



Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer

-en kvalitativ studie

Marianne Eliassen

**Masteroppgave i helsefag
Flerfaglig studieretning**

**Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet**

Mai 2014
Antall ord: 25 794

Forord

Tre år med masterstudiet er snart over. Tre år med ei studietid jeg ikke ville vært foruten, da denne prosessen har lært meg å se fag i et nytt lys, så vel som å se livet forøvrig i nytt lys. Jeg vil rette en stor takk til de fem informantene som er grunnlaget for hele oppgaven. Å få innblikk i deres tanker, følelser og opplevelser har skapt kunnskap. En stor takk til frisklivssentralen som hjalp til med rekrutteringen av informanter, samt stilte lokaler, kaffe og te til disposisjon.

Tusen takk til Cathrine Arntzen, veileder på denne oppgaven. Uten din positive innstilling og kreative tanker ville ikke denne oppgaven blitt det den er. Andre lærere ved studieretningen master i helsefag fortjener også en stor takk for inspirerende forelesninger, viktige diskusjoner og god veiledning. Alle medstudentene på kullet som har bidratt til faglige diskusjoner, så vel som ikke-faglige diskusjoner fortjener også en stor takk.

Takk også til alle mine kollegaer ved utdanningen for bachelor i fysioterapi Tromsø. Dere inspirerte meg til å starte på studiet og har lagt til rette for meg underveis og i innspurten. Alle våre faglige diskusjoner gjennom disse årene, har beriket meg og i så måte bidratt til denne oppgaven.

Sist men ikke minst takk til min, på mange måter, mye bedre halvdel Morten og småguttene. Dere har gitt meg tid til å grave meg ned i arbeid når det har vært nødvendig, og dere har gitt meg anledning til å glemme arbeidet når det har vært nødvendig. Takket være dere har jeg beholdt et rasjonelt perspektiv på det som er aller viktigst.

Tromsø, mai 2014

Marianne Eliassen

Sammendrag

Bakgrunn: Tema for denne masteroppgaven er helsefremmende arbeid i form av livsstilsendringer hos overvektige. Hensikten med studien har vært å skape en forståelse for aspekter som oppleves som vesentlige for å opprettholde livsstilsendringer over tid.

Utgangspunktet for studien er problemstillinga: *Hva mener tidligere deltakere ved kommunal frisklivssentral har vært essensielt for å opprettholde livsstilsendringer over tid?*

Metode: Studien er av kvalitativ art og er forankret i fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori. Fem tidligere deltakere ved kommunal frisklivssentral som har opplevd å opprettholde livsstilsendringer minimum ett år etter reseptperiode ble inkludert i studien. På bakgrunn av semistrukturerte intervju ble det utarbeidet tekstmateriale som ble gjennomgått både ved hjelp av tverrgående og langsgående analyse.

Resultat: Faktorer som fysisk aktivitet, kosthold og depresjonsmestring ble vektlagt som sentrale faktorer for endring av livsstil. Gjennom analysen tydeliggjøres en endringsprosess hvor deltakelsen ved frisklivssentralen står som et sentralt vendepunkt. Ved hjelp av teorier om situert læring, kroppsfenomenologi og mestring kom det tydelig frem at endringsprosessen har vært et resultat av:

- Sosial tilhørighet i ei gruppe hvor det opplevdes støtte, respekt og tilhørighet.
- Kroppslige erfaringer på bakgrunn av bevegelse, sansning og persepsjon
- Opplevelse av mestring

Oppmerksomheten mot kropp, fysisk aktivitet og kosthold endret seg gjennom prosessen og over tid var livsstilsendringene implementert som varige vanemønstre på bakgrunn av kroppslig kunnskap og identitetsoppfatning.

Konklusjon: Veien mot varige livsstilsendringer bestod av en prosess hvor sosiale relasjoner, kroppslig læring og mestring var essensielt.

Nøkkelord: Livsstilsendring, frisklivssentral, overvekt, fysisk aktivitet, kosthold, kvalitativ studie, kroppsfenomenologi, mestring, salutogenese, situert læring.

Abstract

Background: This Master thesis concerns health promoting work based on lifestyle changes among obese. The aim of the study was to create a comprehension of aspects which are perceived as essential for the maintenance of lifestyle changes over time. The research question in this study is: *What does former participants of a “healthy living center” (frisklivssentral) emphasize as essential to maintain lifestyle changes in course of time?*

Methods: This is a qualitative study which is rooted in phenomenological epistemology. Five former participants from a Norwegian healthy living center who specified that they had maintained lifestyle changes at least one year after ended participation, were included in this study. Both longitudinal and transverse analyzes were used to review the data based on semi-structured interviews.

Results: Conditions as physical activity, nutrition and depression coping was emphasized as essential for lifestyle changes. The results revealed a process where participation at the healthy living center appears to be central. Based on theories of situated learning, body phenomenology and coping strategies, it became clear that the process was a result of:

- Social identity in a group where support, respect and affiliation was experienced.
- Bodily experiences based on movement, sensation and perception.
- Experiences of managing and coping

The awareness of body, physical activity and nutrition changed throughout the process and the lifestyle changes was implemented as non-reflected habits which maintained based on bodily knowledge and perception of identity.

Conclusion: Social relations, bodily learning and coping was revealed as essential in the process of maintaining lifestyle changers.

Keywords: lifestyle changes, healthy living center, obesity, physical activity, nutrition, qualitative study, phenomenology of the body, coping, salutogenesis, situated learning.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for og beskrivelse av tema	7
1.1.1 Dagens sykdomspanorama	7
1.1.2 Forskningsfeltet	8
1.1.3 Helsepolitisk ståsted	9
1.2 Problemstilling	10
1.3 Avgrensning	10
1.4 Begrepsavklaring	11
1.4.1 Helse og livskvalitet	11
1.4.2 Livsstil og livsstilsendring	12
1.4.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid	13
1.5 Oppbygning av oppgaven	14
2 Forskning på området	15
2.1 Kvantitative studier	15
2.2 Kvalitative studier	16
3. Teoretisk utgangspunkt	19
3.1 Lave og Wengers situerte læringsteori	19
3.2 Merleau-Pontys kroppsfenomenologi	21
3.3 Antonovskys salutogenese	22
4 Metodekapittel	25
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	25
4.2 Metodevalg	26
4.3 Utvalget	26
4.4 Produksjon av materiale	28
4.5 Analysen	29
4.6 Forskerposisjonen	31
4.7 Refleksivitet, relevans og validitet	32
4.8 Metodekritikk	33
4.9 Etske aspekter	35
5. Resultat	37
5.1 Endringer	37
5.2 Ei fortid med annen livsstil	39
5.2.1 Bakgrunn for deltakelse	39

5.2.2 Fokus på kropp, fysisk aktivitet og kosthold før deltakelse	41
5.3 En ny start på frisklivssentralen	42
5.3.1 Bevissthet	42
5.3.2 Den «rette» innstillinga	43
5.3.3 Forpliktende rammer og struktur	44
5.3.4 Sosialt fellesskap	44
5.4 Et vendepunkt	45
5.4.1 Kroppslig erfaring	45
5.4.2 Å oppleve mestring	47
5.5 En endring har skjedd	48
5.5.1 Bevissthet	48
5.5.2 «En ny sjanse i morgen»	49
5.5.3 Eget initiativ til lystbetont aktivitet	50
5.5.4 Å se seg selv i nytt lys	50
5.6 En iboende ressurs	52
6. Diskusjon	54
6.1 Opplevelse av sosial tilhørighet – et sosiokulturelt perspektiv	54
6.1.1 Læring i et praksisfellesskap	54
6.1.2 Legitim perifer deltakelse	55
6.1.3 Identitet, roller og relasjoner	58
6.2 Kroppslig erfaring	60
6.2.1 Kroppen som subjekt og objekt	60
6.2.2 Sansing, persepsjon og bevegelse	61
6.2.3 Kroppslig læring	64
6.2.4 kroppsbevissthet og kroppsoppmerksomhet	66
6.3 Opplevd mestring	69
6.3.1 Mestring i et salutogent perspektiv	70
6.3.2 Begripelighet og empowerment	70
6.3.3 Håndterbarhet	72
6.3.4 Meningsfullhet	73
6.4 Dialektisk samspill mellom situert læring, kroppslig læring og mestring	74
7 Oppsummering	76
Litteraturliste	79

1. Innledning.

Ved hjelp av denne masteroppgaven ønsker jeg å rette fokus på forebyggende helsearbeid i norske kommuner med temaet livsstilsendringer hos overvektige. Denne oppgaven er sett fra pasientenes perspektiv. Deres opplevelser og erfaringer er grunnlaget for denne oppgavens utvikling av ny kunnskap om læringsprosesser som skaper endring.

1.1 Bakgrunn for og beskrivelse av tema

1.1.1 Dagens sykdomspanorama

De siste hundre årene har sykdomsbildet i Norge gått fra en overvekt av infeksjonssykdommer mot et sykdomsparadigme preget av sammensatte, kroniske lidelser som psykisk lidelse, muskel- og skjelettsykdom, kols, type-2-diabetes og hjerte/karsykdommer. Samtidig som medisinen utvikling i stor grad har greid å bekjempe de store utfordringene med infeksjonssykdommene, har den også gjort det mulig for folk å leve med sykdommer som man tidligere døde av, f eks hjerte/karlidelser og diabetes (Hjemås og Vold 2011). Økt levealder blant befolkningen gjør også at vi lever med våre plager i lengre tid, noe som følgelig skaper økt press på behandlingsapparatet og økte statlige utgifter (Mæland et al. 2004).

I tillegg til at vi overlever våre sykdommer og lever lengre, ser man også sterk korrelasjon mellom livsstilsrelaterte faktorer og de kroniske lidelsene. Særlig har de fire risikofaktorene røyking, alkoholforbruk, fedme og manglende fysisk aktivitet vært satt i sammenheng med den stadig økende andelen såkalte *livsstilssykdommer*. WHO har anslått at om lag 80 % av forekomsten av hjerteinfarkt, 90 % av diabetes type 2 og 30 % av krefttilfellene kan forebygges eller utsettes ved hjelp av endringer i kostholds-, røyke- og mosjonsvaner (Øverby et. al 2011). Til tross for at andelen hjerte- og karsyke har sunket noe i Norge de siste tiårene, er det fortsatt den hyppigste dødsårsaken, og omfatter om lag 35 % av dødsfallene i Norge. Andelen pasienter med diabetes har økt dramatisk de siste 20-30 årene i hele verden. Det er særlig diabetes type 2 som utgjør denne økningen, som ses i sammenheng med endring i levevaner, og korrelerer særlig med fedme og inaktivitet (Jerum 2011). Endrede levevaner i form av redusert aktivitetsnivå har også vært satt i sammenheng med økt

forekomst av enkelte kreftformer (Thune 2011), samt økt forekomst av en rekke muskel- og skjelettplager (Magnussen og Morken 2011). Snur vi på problemområdet, hevdes det at sunne levevaner gjennomgående vil forlenge livet, samt øke antall år uten sykdom (Mæland 2005).

1.1.2 Forskningsfeltet

Forskning viser at livsstilsendringer, da referert til økt aktivitetsnivå og endret kosthold, på kort sikt har resultert i redusert psykisk stress (Lim et al. 2009), lavere nivå av glykoproteiner, samt nedsatt LDL-kolesterolnivå (Kuller et al. 2012). Det er også vist sterk sammenheng mellom faktorene fysisk aktivitet og kosthold og overvekt (Zelasko 1995; Wing et al. 2001; Shook et al. 2014). Til tross for tilgjengelig kunnskap og informasjon om effekten av fysisk aktivitet og sunt kosthold, ser det ut til at livsstilsendringer er vanskelig å opprettholde over tid (Wing et al. 2001; Hafekost et al. 2013). Flere tiltak for helsefremmende arbeid i Norge har vært evaluert, (Blom 2008; Helgerud og Eithun 2010; Mikkelsen et al. 2010; Lie et al. 2013; Bratland-Sanda et al. 2014). Disse studiene ser hovedsakelig på effektmål i form av aktivitetsnivå, fysisk form og sykemeldingsprevalens og konkluderer med positiv effekt i inntil 1 år (ibid). Lav deltakelse og andre metodiske svakheter gjør at disse resultatene må ses i sammenheng med andre studier.

I forskningsmiljøet etterlyses det spesifikt kvalitative studier på området (Chen et al. 2005; Kuller et al. 2012). Studier som retter søkelyset på livsstilsendringer hos overvektige tar hovedsak for seg deltakere i et pågående, organisert opplegg. Tett oppfølging av helsepersonell og rådgivere rapporteres som vesentlig for gjennomføringen av livsstilsendringene (Chen 2005; Jones et al. 2007; Thomas et al. 2010; Fucuoka et al 2011; Knutsen et al. 2011). Kvalitative studier som ser på erfaringer med å opprettholde livsstilsendringer over lengre tid var ikke å finne. Større innsikt på dette området vil ha stor betydning for hvordan man kan møte utfordringen med den stadige økende forekomsten av såkalte livsstilssykdommer. Dette vil derfor være tema for denne oppgaven. Forskningen vil belyses nærmere i kapittel 2.

1.1.3 Helsepolitisk ståsted

Dagens utfordring med livsstilssykdommer har allerede vært på politisk dagsorden i mange år. Stortingsmelding nr. 16; *Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken*, satte fokus på forebyggende helsearbeid gjennom sin målsetning om å skape flere leveår med god helse, samt redusere helseforskjeller i befolkningen. Dette var bakteppet for innføring av «grønnresept»-ordningen fra 2003. Tiltaket skulle blant annet tilrettelegge for fysisk aktivitet og et sunnere kosthold for pasienter med hypertensjon og diabetes type 2 (Helsedepartementet 2003). I handlingsplan for fysisk aktivitet fra 2005-2009 (Helse- og omsorgsdepartementet et al. 2004) vektlegges det i stor grad viktigheten av folkehelsearbeid i form av lavterskeltilbud for fysisk aktivitet. Tiltak som FYSAK trekkes frem som et fylkeskommunalt tiltak hvor siktemålet er å styrke regional og kommunal innsats for å utvikle et aktivitetstilbud for grupper som faller utenfor ordinære rammer for idrett og aktivitet (ibid). I samhandlingsreformen som kom ut som stortingsmelding i 2009, rettes igjen fokus på forebygging av livsstilssykdommer. Ved hjelp av frie midler, ansvarliggjøres de enkelte kommuner for å styrke tiltak til helsefremmende og forebyggende arbeid basert på innbyggernes helsetilstand i den enkelte kommune. Tiltak som frisklivssentraler anbefales som en type arena for helsefremmende og forebyggende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Frisklivssentralen er et kommunalt forankret tilbud som har til hensikt å fremme helse, samt forebygge og mestre sykdom. De fleste frisklivssentralene legger stor vekt på fysisk aktivitet, kostholdsveiledning, samt røykeslutt og har som mål å gi hjelp til å opprettholde gode levevaner også etter endt deltakerperiode (Helsedirektoratet 2013a). I tillegg til å drive endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak i form av ulike aktiviteter, turer og oppfølgingssamtaler, oppfordres frisklivssentralen til å samarbeide med, og stimulere til utvikling av, lokale lavterskeltilbud i kommunen for øvrig (Slettland og Donovan 2012). Det langsiktige målet om opprettholdelse av forbedret helsetilstand og livskvalitet kan virke særlig utfordrende på bakgrunn av forskningsresultater som viser at livsstilsendringer kan være vanskelig å opprettholde over tid (Wing et al. 2001; Hafekost et al. 2013). Det vil derfor være interessant å få en forståelse for hva som kan bidra til vedvarende livsstilsendringer hos frisklivssentralens deltakere.

1.2 Problemstilling

Ut fra problemområdet skissert ovenfor, vil jeg med denne oppgaven forsøke å svare på problemstillinga; «Hva opplever tidligere deltakere ved kommunal frisklivssentral har vært essensielt for å opprettholde livsstilsendringer over tid?»

1.3 Avgrensning

Kriteriene for deltakelse ved frisklivssentralens tilbud er vide, og spennet innen diagnoser og problemområder er derfor stort (Helsedirektoratet 2013a). Som en avgrensning ønsker jeg å ta for meg deltakere med overvektsproblematikk. Overvekt ses ofte som en sentral faktor ved en rekke livsstilssykdommer (Hjemås og Vold 2011), og er nært relatert til livsstil og levevaner (Zelasko 1995; Wing et al. 2001). Å ta utgangspunkt i denne pasientgruppa vil derfor være en egnet innfallsvinkel for å få innsikt i informanters opplevelse av livsstilsendring. For å klassifisere overvekt og fedme brukes gjerne betegnelsen kroppsmasse indeks (KMI¹), som er et uttrykk for vekt fordelt på kvadraten av høyde. Overvekt defineres som KMI mellom 25 og 29,9, mens KMI på over 30 klassifiseres som fedme (Bahr 2008). I diagnosesystemet ICD-10 er overvekt er i seg selv ikke en diagnose før man overstiger en KMI på 30; fedme² (Helsedirektoratet 2013b). For enkelte vil det nok likevel være aktuelt å assosiere overvekt med «uhelse» allerede før man overstiger 30 i KMI, og det er påvist generell risikoøkning for sykdom blant gruppen overvektige med KMI mellom 25 og 29,9 (Bahr 2008). Definisjonen har vært omdiskutert da den verken tar høyde for kjønn, alder eller muskelmasse. Hvordan deltakerne forstår sin egen kropp som overvektig basert på en kulturell og sosial forståelse vil derfor vies større plass enn målbare forhold i denne oppgaven.

Informantene som bidrar vil være avgrenset til en voksen befolkningsgruppe (>18 år), da det sannsynligvis vil være svært ulike faktorer som er avgjørende for livsstilsendringer hos barn og voksne. For å få innsikt i hvordan det oppleves å opprettholde livsstilsendringer over tid,

¹ KMI omtales gjerne som Body Mass Index (BMI) i internasjonal sammenheng.

² KMI på over 30 klassifiseres som fedme innenfor diagnosen ICD-10 jf. E 66.

har jeg tatt utgangspunkt i deltakere som rapporterer å ha opprettholdt endringer i minst ett år etter intervensjon. Nedenfor vil jeg redegjøre for begreper som vil være sentrale for oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Helse og livskvalitet

Helsebegrepet har gjennom årrekker blitt dratt mellom ulike fagtradisjoner og blitt ilagt ulikt meningsinnhold av den grunn. Fra et tradisjonelt biomedisinsk ståsted har helse vært ansett å være en tilstand med fravær av sykdom, mens en humanistisk tradisjon tar utgangspunkt i mennesket som aktivt og skapende i samspill med andre når helse defineres. I et forsøk på å forene disse ulike fagtradisjonenes syn på helsebegrepet, ble en biopsykososial holistisk modell utviklet. Ut fra denne modellen anses helse som et resultat av fysiske, personlige og sosiale ressurser (Øverby et al. 2011). Dette perspektivet finner vi igjen i Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av helse fra 1946; «Fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære». Denne definisjonen har ikke vært helt uproblematisk, og mye av kritikken mot den har særlig vært rettet mot begrepet *fullstendig*, da det nærmest fronter helse som noe uopnåelig. Styrken ved denne vide definisjonen er likevel at den fremmer helse som noe mer enn fravær fra somatisk sykdom; også den psykososiale komponenten tas høyde for (Mæland et al. 2004). For å få innsikt i det brede spekteret av forhold som påvirker livsstil, vil jeg i denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i helse som et dynamisk og sosialt fenomen som står i sterk tilknytning til begrepet *livskvalitet*. Jeg vil i så måte legge stor vekt på emosjonelle opplevelser som den enkelte opplever som avgjørende for livet i sin helhet. Livskvalitet har blitt mer og mer sentralt innen helsefagene for å kunne dekke de aspekter man mener faller bort innenfor den mer biomedisinske forståelsen av helse (Slettland og Donovan 2012). Ved hjelp av dette begrepet ønsker jeg å supplere den biomedisinske modellen med forhold som er uttrykk for folks subjektive vurderinger av eget liv.

1.4.2 Livsstil og livsstilsendring

Livsstilsbegrepet lar seg heller ikke uproblematisk definere da faktorene og variablene innen feltet er mange. I denne oppgaven velger jeg å fokusere på livsstil som levevaner og atferdsmønstre med særlig fokus på faktorer som i forskning knyttes direkte opp mot livsstilssykdommer; kosthold og fysisk aktivitet. Dette er også forhold som vektlegges som sentrale i frisklivssentralers arbeid (Helsedirektoratet 2013a).

Endringer av livsstil er avhengig av et bredt spekter av indre og ytre faktorer som våre generelle verdier og preferanser, arvelige og biologiske faktorer, materielle goder, samt det sosiale og kulturelle miljøet vi er en del av (Mæland 2005). Elementet av læring i forbindelse med endringer vil bli betraktet som sentralt i denne oppgaven. Læring defineres av Ekeland og medforfattere (2007) som relativt varige endringer i atferd, opplevelser og forståelser som et resultat av erfaringer. I tillegg til læring er våre handlinger også avhengig av tenkning, problemløsning, motivasjon, personlighet og emosjonelle forhold (ibid).

Begrepet *helseatferd* brukes av Slettland og Donovan (2012) i deres beskrivelse av hvilken atferd som påvirker helsen vår, enten det er i positiv eller negativ retning, og kan i så måte forstås som en avgrenset del av livsstil som direkte knyttes opp mot helse og livskvalitet. Denne forståelsen av livsstil vil være bakgrunn for denne oppgaven. Begrepet livsstil vil likevel bli anvendt, da dette er sterkt implementert i en allmenn oppfattelse av atferd som påvirker helsen. For å kunne oppnå livsstilsendringer, påstås det at en må få en forståelse for hvordan helseatferden påvirker vår helse (ibid). Ulike teoretiske perspektiver har prøvd å skape forklaringsmodeller for hva som styrer vår helseatferd. Behaviorismen som vokste frem på begynnelsen av 1900-tallet hevder at ytre stimuli, i form av belønning eller straff, er det som påvirker vår atferd. Motsetningen til denne typen tenkning kom med den humanistiske psykologien som legger til grunn at menneskets frie vilje gjør at vi kan ta ansvarlige valg. Disse teoriene har lagt grunnlaget for nye teorier om helseatferdsendring. En av disse er “stadiemodellen” utviklet av Prochaska og Di Clemente i 1984 (I: Slettland og Donovan 2012). Denne teorien bygger på en forståelse av atferdsendring som en prosess bestående av fem stadier:

- 1) Før-overveielsesfasen. Dette er fasen før man i det hele tatt har tenkt på å endre atferd.
- 2) Overveielsesfasen. Individet ønsker i denne fasen en endring, men finner ofte unnskyldninger for å utsette tiltak.

3) Forberedelsesfasen. I denne fasen har individet blitt overbevist om at endringer må gjøres og forbereder disse.

4) Handlingsfasen. Her prøver man ut ny helseatferd

5) Vedlikeholdsfasen. Den nye helseatferden inngår som en del av ens nye vaner. Denne fasen kan være preget av kortere eller lengere tids tilbakefall (ibid).

Beskrivelsene av de ulike fasenes innhold og hvordan de leder an til neste fase for så å ende med vedvarende endringer, er noe vage. I denne masteroppgaven vil jeg derfor forsøke å forstå hva individet selv opplever som avgjørende for å mestre atferdsendringer.

1.4.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Det kan være vanskelig å skille mellom begrepene helsefremmende og forebyggende arbeid. Skillet kan også virke noe kunstig da de ofte brukes om hverandre i dagligtale, til tross for at disse to begrepene stammer fra tradisjoner som ideologisk sett kan ses på som hverandres motsetninger. Forebyggende medisin tar utgangspunkt i epidemiologisk kunnskap på bakgrunn av konkrete diagnoser eller risikofaktorer. I sosialmedisinsk samfunnsperspektiv er forebyggende arbeid av politisk interesse da det anses som enklere å administrere og mer kostnadseffektivt enn behandlende og rehabiliterende tiltak, samtidig som det kan nå ut til en stor gruppe av befolkningen (Wing et al. 2001; Mæland et al. 2004). Målsetningen innenfor sykdomsforebyggende arbeid er å forhindre eller utsette sykdomsforløp eller død. En innvending mot denne tilnærmingen har vært at den bygger på en paternalistisk ideologi som i for stor grad innblander seg i menneskets rett til selvbestemmelse med en «ovenfra-og-nedholdning» (Mæland et al. 2004). Som motpol har det helsefremmende perspektivet rot i en mer radikalt politisk tradisjon.

Radikale frigjøringsstrømninger på 1970-tallet har særlig gitt helsefremmende arbeid grobunn. Den brasilianske pedagogen Paulo Freire har vært en viktig inspirator i arbeidet for å utdanne folk til å selv handle mot undertrykkende politiske krefter (Mæland 2005). Å styrke folks egne ressurser som kan virke helsebringende, står sentralt som en målsetning innen helsefremmende arbeid. Arbeidet har som ideal å ta utgangspunkt i det friske og defineres som «*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 2005:16). I 1986 utarbeidet WHO "Ottawa Charter for health promotion" hvor helsefremming defineres som en prosess, ikke et mål eller middel. Prosesser tett knyttet til læring vektlegges og bygger

på ideologien om "empowerment" (ibid). Et humanistisk menneskesyn som vektlegger hvordan man selv kan utvikle evner og ferdigheter som sikrer egne interesser på best mulig måte er utgangspunktet for begrepet empowerment. Begrepet defineres gjerne som en prosess hvor man mobiliserer ressurser til å håndtere egne utfordringer, enten som individ eller på gruppenivå (Sørensen et al. 2002). Til tross for motsetningene i de politiske styringsmentalitetene som ligger til grunn for sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, bør disse tilnærmingene ses på som komplementære fremfor konkurrerende. Kun gjennom begge tilnærmingene vil man kunne legge til rette for et helhetlig *forebyggende helsearbeid* (Mæland 2005). I veileder for kommunale frisklivssentraler presiseres det at frisklivssentralenes arbeid skal ha fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse (Helsedirektoratet 2013a). Denne tilnærmingen vil derfor stå sentralt i intervensjonen deltakerne i denne studien har gjennomgått og vil på den måten ha betydning for forhold som kan ha påvirket deres helseatferd.

1.5 Oppbygning av oppgaven

Jeg vil videre i oppgaven starte med å gjøre en mer inngående presentasjon av forskning som er gjort på området. Deretter vil jeg redegjøre for teoretiske perspektiver som belyser funn fra denne studien. I kapittel 4, metode, vil jeg ta for meg studiens metodiske tilnærming. Her vil det fremkomme hvordan forskningsprosessen har foregått, hvordan data er produsert og hvordan resultater har blitt til. Etske aspekter, samt studiens styrker og svakheter vil bli redegjort for her. I kapittel 5 blir resultatene presentert, mens kapittel 6 tar for seg diskusjon av resultatene. Drøftingene og diskusjonene bygger i hovedsak på teoretiske perspektiver som fremkommer i kapittel 3. Til slutt oppsummeres funn og diskusjon i oppgavens siste kapittel. Her avdekkes også behovet for videreutvikling av kunnskap innenfor dette feltet.

2 Forskning på området

2.1 Kvantitative studier

Det er gjort en god del kvantitativ forskning på livsstilsendringer hos overvektige. Et søk i PubMed med søkeordene *lifestyle changes*, *obesity*, *maintenance* gav 142 treff. Som nevnt innledningsvis i oppgaven viser flere studier til kortsiktige resultater av livsstilsendringer, som vektnedgang, nedsatt psykisk stress (Lim et al. 2009), redusert nivå glykoproteiner, samt lavere LDL-kolesterolnivå (Kuller et al. 2012). Men flere kan også vise til lite endringer på lang sikt (ibid). For denne oppgaven vil det være av særlig interesse å se på norske studier som tar for seg tiltak ved frisklivssentraler og lignende institusjoner.

I 2006 satte Grimstad kommune i verk helsetilbudet «Helsekilden». Tiltaket skulle gi et lavterskeltilbud til alle som ønsket hjelp med livsstilsendringer uavhengig av diagnoser og medisiner. Opplegget inneholdt individuelt tilrettelegging av fysisk aktivitet, kostholdsendringer og røykeslutt og kan sammenlignes med opplegget i en frisklivssentral. En omfattende evaluering av Helsekilden ble publisert i Fysioterapeuten i 2010 (Mikkelsen et al. 2010). Evalueringen konkluderte med at deltakernes aktivitetsnivå økte i løpet av deltakerperioden. Metodiske svakheter og usikkerhet rundt evalueringen kan gi et skjevt bilde av effekten. Deltakernes evne til å opprettholde endringer etter endt deltakelse ble ikke kartlagt.

Lie og medarbeidere (2013) gjennomførte en randomisert kontrollert studie av deltakere ved en norsk frisklivssentral. Ei intervensjonsgruppe (n=18) gjennomgikk seks måneders intensiv trening og mottok helseinformasjon, mens kontrollgruppa (n=17) fortsatte daglig praksis. Baseline ved seks måneder viste signifikant reduksjon av fettprosent og økt VO₂max hos intervensjonsgruppa, sammenlignet med kontrollgruppa. Etter 12 måneder var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Lav deltakelse må antas å kunne ha betydning for resultatene i denne studien.

Frisklivssentralen ved Modum kommune ble evaluert på bakgrunn av en tverrsnittsundersøkelse basert på spørreskjema av 169 tidligere deltakere ved sentralen. Spørsmålene knyttet seg til opplevelser og erfaringer med deltakelse ved frisklivssentralen og hensikten var å avdekke endringer i aktivitetsnivå etter deltakelse. 55 % oppgav økt

aktivitetsnivå etter frikslivsreseptperioden. Betydningen av trening som foregår i gruppe, samt samhandling mellom frisklivssentralen og henviser ble satt i sammenheng med økt aktivitetsnivå, mens tiltagende helseplager var den største barrieren for aktivitet blant de som ikke økte aktivitetsnivået (Bratland-Sanda et al. 2014).

En masteroppgave så på effekten av «trening på resept» i 14 norske kommuner. En intervensjon bestående av tre måneders individuelt tilrettelagt oppfølging og trening ble evaluerte etter ett år. Her ble det avdekket bedret kondisjon³, opprettholdt aktivitetsnivå, samt reduksjon i andelen sykemeldte fra 28 % til 19 % etter ett år (Blom 2008).

2.2 Kvalitative studier

Søkeordene *lifestyle changes*, *obesity*, *qualitative* gav 46 treff i PubMed. 40 av disse er publisert i løpet av de siste 10 årene. En utsiling av relevante overskrifter hvor jeg blant annet utelukket studier som omhandler kirurgi, medikamentell behandling, samt barn med overvekt, gav meg 16 aktuelle treff. Etter gjennomgang av studienes abstracts satt jeg igjen med 5 kvalitative studier som omhandlet livsstilsendringer hos overvektige. Jeg vil gi en kort oppsummering av studiene her.

I 2010 publiserte Thomas og medarbeidere (2010) en kvalitativ studie basert på semistrukturerte dybdeintervju av 142 overvektige i Australia. Det viste seg at majoriteten av denne gruppa foretrakk tiltak som hadde til hensikt å endre livsstil (veiledet fysisk aktivitet, politiske reguleringer og kampanjer), fremfor kommersielle tiltak som f eks ulike dietter og kirurgi hvor målet utelukkende var vektreduksjon.

Jones og medarbeidere (2007) gjennomførte 24 semistrukturerte kvalitative intervju med overvektige som deltok i et kostreguleringsprogram for vektreduksjon. I studien kommer det frem at deltakerne vektla viktigheten av å være tilknyttet fagpersonell (ernæringsveileder) for veiledning og oppmuntring, samt følelsen av ansvarlighet ovenfor andre. Motivasjonsfaktorer som gikk igjen hos deltakerne for å opprettholde endret livsstil var subjektive følelser av bedre livskvalitet, som å føle seg gladere, mer energisk og selvsikker. Mange opplyste også

³ Kondisjonsmål i form av UKK gå-test 2 km: basert på gangtid, hjerterefreknens og kroppsmasseindeks regnes det ut en kondisjonsindeks. Denne er validitetstestet mot VO₂max-mål

informasjon om helserisikoer hos overvektige som en motivasjon, og enkelte mente til og med at de ble best motivert av å føle seg skremt av denne type informasjon. Utfordringer med opprettholdelse av livsstilsendringer var assosiert med negative følelser som å være lei seg, depresjon og manglende motivasjon.

I en kvalitativ studie hvor 30 kvinnelige deltakere ble intervjuet om sine forsøk på livsstilsendringer som strategi for vektreduksjon, ble det blant annet konkludert med at støtte av faglig personell var essensielt for å opprettholde motivasjon for endringer (Chen 2005).

Fucuoka og medarbeidere (2011) gjennomførte fokusintervju med 35 overvektige om bruk av program på mobiltelefon til motivasjon ved livsstilsendringer. Etter deres arbeid konkluderte de med at mobiltelefonapplikasjoner, særlig med mulighet for kommunikasjonsmuligheter med fagpersoner eller andre i samme livssituasjon, kan være en motiverende faktor for overvektige som skal gjennomføre livsstilsendringer.

Ved hjelp av Foucaults⁴ perspektiv på makt, har man i en norsk studie forsøkt å se på hvordan deltakere i et preoperasjonskurs for overvektige forholder seg til seg selv og hverandre. Gjennom en diskursanalyse av 12 intervju, så man at mange opplevde at kurset gav rom for respekt og ydmykhet, noe som igjen førte til at deltakerne følte seg moralskt aksepterte. Deltakerne rapporterte at følelsen av respekt og makt over egen situasjon bidro til mestring av livsstilsendringer. Til tross for dette var det kun en av de tolv som valgte livsstilsendring foran operasjon. Forfatterne bak artikkelen ser på dette i lys av Foucaults teori om at det alltid vil være en ujevn maktfordeling som skaper en viss avhengighet i en slik institusjon (kurset) til tross for tilsynelatende respekt og rom for medbestemmelse (Knutsen et al. 2011).

Fellestrekk for disse studiene er at undersøkelsene er gjort av deltakere som er i et pågående, organisert opplegg hvor deltakerne følges opp av fagpersonell for råd og veiledning og at deltakerne hevder at denne tette oppfølgingen er vesentlig for gjennomføringen av deres livsstilsendringer (Chen 2005; Jones et al. 2007; Thomas et al. 2010; Knutsen et al. 2011). På bakgrunn av tall fra Tromsøundersøkelsen gjennomførte Sand (2011) fem kvalitative intervjuer med tidligere overvektige som hadde opplevd vektreduksjon. Disse hadde ikke

⁴ Michel Foucault (1926-1984) skriver i verket «*Overvåkning og straff*» fra 1999 om hvordan det finnes maktforhold i alle diskurser og relasjoner, og hvordan makt og statlig styring er vesentlig for produktivitet (Foucault 1999).

gjennomført organiserte livsstilsendringsprogrammer, og vektreduksjon var for de fleste ikke en bevisst målsetning. Mine søk gir ingen treff på kvalitative studier som ser på livsstilsendringer i tiden etter endt intervensjon for livsstilsendringer. Dette anses derfor som et område som bør belyses for å frembringe mer informasjon om deltakeres erfaringer med å opprettholde endringer etter endt intervensjon. Dette vil være tema for denne oppgaven.

3. Teoretisk utgangspunkt

I dette kapitlet vil jeg ta for meg de teoretiske rammene som vil være utgangspunkt for drøfting av funnene i denne oppgaven. Jeg har allerede beskrevet læring som en sentral faktor for atferdsendring. Lave og Wengers situerte læringsteori, samt teori som bygger på en fenomenologisk forståelse av kroppslig læring vil være sentrale. Til slutt vil jeg presentere Antonovskys salutogene modell for mestring som vil ha relevans for å forstå hvordan deltakerne i denne studien opplever mestring i forbindelse med livsstilsendringene.

3.1 Lave og Wengers situerte læringsteori

Tradisjonelt sett har læring vært ansett som individuelle prosesser som finner sted hos det enkelte lærende individ. Den behavioristiske teorien om læring har rot i en empirisk tradisjon og tar utgangspunkt i individets fysiske erfaringer og vektlegger stimulus-respons, og da særlig belønning, som en sentral forutsetning for læring. Teorien ble sterkt kritisert for ikke å ta hensyn til individets mentale prosesser, samt måten mennesket fremstilles som et objekt som lar seg styre og manipulere etter mekaniske læringsprinsipper. Ut fra denne kritikken vokste kognitivismen frem på 1940-tallet. Nå forsøker man å forstå læring på bakgrunn av menneskets intellekt og kognitive prosesser. Forestillinger, begrepsdanning, tenkning og kreativitet ble sentralt, og de kroppslige og mentale prosessene ble studert atskilt fra hverandre med en forståelse av at den intellektuelle tanken var sentrum for handling. Også denne teoretiske strømmingen ventet kritikk da det særlig ble etterlyst et fokus på de sosiale og kulturelle aspekter ved læring. Dette blir grobunnen for sosiokulturelle læringsteorier. Her anses mennesket som et sosialt vesen og dermed anses menneskelig læring som et sosialt anliggende (Bakke og Tønnessen 2007). Ut fra dette kontekstavhengige læringssystemet har det vokst frem ulike teoretiske retninger. Jean Lave og Etienne Wengers (2003) teori om situert læring er av de mest anerkjente. Den primære forståelsen av læring i et sosiokulturelt perspektiv vektlegger at kunnskap konstrueres i samhandling med andre innenfor en kontekst. Vårt tankesett innlæres i et system vi tar til oss i samspillet med andre vi omgås. På den måten vil hele vårt tankesett være påvirket av kulturen vi er en del av og dens normer og regler (Bakke og Tønnessen 2007).

Bakgrunnen for situert læringsteori er Laves observasjoner av skreddere i Liberia på 70-tallet. Hun var opprinnelig ute etter å observere direkte undervisningssituasjoner i mestersvennpraksiser. Underveis oppdaget hun at det fantes lite konkret undervisning i disse læringsmiljøene, men at det likevel fantes læring. Ut fra disse observasjonene har teorien om at læring oppstår i praksisfellesskaper utviklet seg. Wenger sluttet seg til teorien på bakgrunn av sin oppfattelse av at utvikling av identitet og praksisfellesskaper er to gjensidig utviklende aspekter av læring (Kvale 2003).

Begrepet praksisfellesskap står sentralt i Lave og Wengers (2003) læringsteori og representerer sosiale fellesskap som en avgjørende arena for læring. Lave og Wenger baserer i stor grad sin teori på 5 case-studier hvor de observerte mesterlæresituasjoner i ulike læringsordninger. I disse situasjonene fremstod det sosiale samspillet i praksisfellesskapet som avgjørende for kunnskapsutviklingen og Lave og Wenger var overbevist om at dette ikke bare omhandlet tradisjonelle læringssituasjoner, men også finner sted i alle livets hverdagslige situasjoner. Wenger (2004) fortsetter å utvikle sin teori om praksisfellesskaper etter sitt samarbeid med Lave. I boka *Praksis fellesskaper* går han enda lengre i å beskrive hvordan deltakelse i praksisfellesskap skaper læring. Han påpeker tre dimensjoner av praksisfellesskap som essensielt. Det første aspektet er at deltakerne har et gjensidig engasjement som knytter medlemmene sammen i en sosial enhet. Den andre dimensjonen peker på at fellesskapet er knyttet til en felles virksomhet. Til sist trekker han frem at medlemmene i et fellesskap har et felles repertoar av praksiser, rutiner, redskaper, symboler, historier og måter å gjøre ting på (Bakke og Tønnesen 2007). Læring skjer ikke utelukkende bare ved at man befinner seg i et sosialt nettverk, men er et resultat av at man som individ endrer relasjoner og veksler posisjon i forhold til de andre deltakerne i fellesskapet (Lave og Wenger 2003). På bakgrunn av dette ble begrepet legitim perifer deltakelse utviklet. Dette er en beskrivelse av individets plassering i de ulike sosiale relasjoner og fellesskap. Lave og Wenger (ibid) beskriver ulik rollefordeling som et viktig aspekt ved fellesskaper. Nyankomne i praksisfellesskap innehar som regel det de definerer som legitim perifer deltakelse, hvor periferiteten representerer hvordan man innledende innehar en mindre aktiv deltakelse, men etter hvert som man tar mer og mer ansvar, utvikler kunnskap og ferdigheter, endres posisjonen i retning en mer fullkommen deltakelse (Bakke og Tønnesen 2007).

I denne oppgaven blir Lave Wengers teori om læring i praksisfellesskaper anvendt for å forstå hvordan endring kan finne sted på bakgrunn av et sosialt fellesskap. Teorien har vært kritisert

for å definere læring som noe som skjer i all sosial praksis, noe som usynliggjør skillet mellom læring og sosialisering og dermed mister verdi som definisjon av læring. I tillegg har de vært kritisert for å neglisjere subjektets individualitet i lærings situasjoner (ibid). I denne studien blir det tydelig at teorien har sine mangler for å forklare de kroppslige opplevelsene og endringene deltakerne beskriver. For å dekke opp for dette behovet, vil kropps fenomenologisk teori supplere situert læringsteori.

3.2 Merleau-Pontys kropps fenomenologi

Forskningen jeg viser til tidligere i oppgaven tyder på at vaner knyttet til livsstil og vektregulering er vanskelig å endre på. I følge Thornquist (2001) har vaner makt over oss fordi de er en integrert del av oss, samtidig som de er tett knyttet til vår identitet. Hun viser til Bourdieus teorier om hvordan sosiokulturell påvirkning er med på å skape vårt handlingsmønster og dermed vanskeliggjør kroppslig endring. I drøftingen av resultatene fra denne oppgaven vil jeg bruke et fenomenologisk teorigrunnlag for å skape forståelse for deltakere ved frisklivssentralens kroppslige erfaringer med livsstilsendring. Kropps fenomenologien er en filosofisk retning som har vokst frem på bakgrunn av den fenomenologiske vitenskapsteorien som utviklet seg på midten av 1900-tallet. Denne filosofiske retningen er å regne som et brudd med den epistemologiske dualismen som tradisjonelt sett har vært grunnlaget for forståelse av både ontologiske og epistemologiske spørsmål helt tilbake til 1600-tallet (Thornquist 2003).

For Husserl og andre fenomenologer har målet i stor grad vært å viske bort skillet mellom kropp og sjel. Dette er grunnleggende for å kunne skape en forståelse av mennesket, ikke bare som et objekt, men også et subjekt som opplever og er en del av verden og dens fenomener. Merleau-Ponty regnes som kropps fenomenologiens far, og bygger på Husserls arbeid når han utformer sin teori. I motsetning til tidligere fenomenologers forståelse av intellektets sentrale posisjon hos mennesket, setter Merleau-Ponty nå kroppen i sentrum for våre erfaringer og erkjennelser. Han mener at det ikke kan stemme at intellektet er individets kjerne, da vi alltid allerede befinner oss i verden med vår kropp før vi refleksivt kan beskrive den. Med dette gir han kroppen en sentral posisjon når han videreutvikler det fenomenologiske begrepet *væren-i-verden*. Bindestreke illustrerer hvordan vi ikke kan løsrive oss fra verden, men alltid befinner oss i den -og det med våre kropp. Ved å poengtere at vi *er* våre kropp samtidig

som vi *har* en kropp, viser han til kroppens tvetydighet ved å både inneha subjektstatus samtidig som objektstatus (ibid). Det er gjennom våre kroppslige sanser vi opplever verden, og den kan først oppleves etter at vi allerede er i den. Ut fra dette kan vi forstå menneskets eksistens som en pre-refleksiv tilstedeværelse i verden. Kun på bakgrunn av bevegelse, sansning og persepsjon kan vi erkjenne vår eksistens (Merleau-Ponty 2002). Denne forståelsen av hvordan vi gjennom kroppen opplever verden er grunnlaget for å forstå læring som kroppslig. I sitatet under tillegger Merleau-Ponty kroppen forrang for forståelsen:

«Det er som tidligere nævnt kroppen, der «forstår», under erhvervelsen av vane. [...] At forstå vil sige at opleve overensstemmelse mellem det, vi ser, og det, der er givet, mellem intentionen og udførelsen – og kroppen er vor forankring i verden» (Merleau-Ponty 1994:100).

Gjennom kroppslige opplevelser og erfaringer tilegner vi oss vaner som inngår som en kunnskap i seg selv. Andre som beskriver praktisk kunnskap har også gitt kroppen en sentral posisjon i forbindelse med læring: *“Et vesentlig perspektiv er at praktisk kunnskap er kroppslig. Den er avleiret i innøvde kroppslige ferdigheter og fortrolighet med omgivelsene og i mindre grad i språket”* (Nortvedt og Grimen 2004: 173). I denne oppgaven vil det bli lagt stor vekt på hvordan kroppslige erfaringer virker avgjørende for læring og endring.

3.3 Antonovskys salutogenese

Begrepet salutogenese er en sammensetning av ordene *saluto*, som betyr sund, og *genese* som betyr utviklingen av. Den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky utviklet begrepet på bakgrunn av en interesse for hvilke faktorer og mekanismer som ligger til grunn for utviklingen av helse (Fredens et al. 2011). I sin studie av kvinners tilpasning til overgangsalderen fant han ved en tilfeldighet, og overraskende nok, ut at en tredjedel av kvinnene som hadde sittet i konsentrasjonsleir under 2. verdenskrig opplyste at de var ved god helse mange år senere. Dette vakte Antonovskys interesse for å finne ut av hvordan disse kvinnene, til tross for store, psykiske belastninger i sin fortid, hadde utviklet god helse på sikt. Denne vendingen blir sett på som et brudd fra den tradisjonelle patogene tilnærmingen, hvor man gjerne tar utgangspunkt i "det syke" (Antonovsky 2012). For å forstå den salutogene modellen må man også forstå helse og sykdom som et kontinuum, ikke et dikotomisk "enten-eller". Ut fra denne forståelsen befinner mennesket seg alltid ett eller annet sted mellom "det

syke" og "det friske", og målet med helsefremmende arbeid vil være at individet forflytter seg i retning av den positive enden av kontinuumet (ibid).

På ett vis kan Antonovskys teori bli sett på som destruktiv i den forstand at han påpeker at vi alltid er under en kontinuerlig påvirkning av ulike stressfaktorer i omgivelsene rundt oss som potensielt kan føre til uhelse. Han påpeker likevel at det nettopp er disse stressfaktorene som kan føre til helsefremming hos enkelte. Det er i stor grad avhengig av hvordan vi håndterer de ulike forholdene vi utsettes for. På bakgrunn av dette utviklet Antonovsky teorien om OAS; opplevelse av sammenheng som en sentral del av den salutogene modellen. Antonovsky (2012) definerer OAS som:

"En helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente" (Antonovsky 2012: 17).

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er sentrale faktorer som avgjør den enkeltes OAS. Dersom man opplever å ha en form for medbestemmelse i eget liv, samtidig som man har ressurser for å takle motstand, enten i form av økonomisk trygghet, sosialt nettverk el. og finner mening både i kognitiv og emosjonell forstand vil dette gi en høy OAS. Selv utviklet Antonovsky et spørreskjema som poengscorer den enkeltes OAS. I sine empiriske undersøkelser finner han sammenheng mellom menneskers OAS og deres helsetilstand. Spørreskjemaet har vært prøvd ut i 20 land og reliabilitets- og validitetstester har funnet skjemaet tilfredsstillende (Sommerschild 1999). Han konkluderer med at en sterk OAS inspirerer til handling og dermed kan virke helsefremmende, mens en svak OAS fører til lammelse av handling og kan i så måte resultere i u-helse (Antonovsky 2012). Etter å ha blitt kritisert for å stigmatisere mennesker, og bås feste dem innenfor en verdi av OAS som avgjør deres framtidsutsikter, kom Antonovsky (ibid) opp med tre ulike måter OAS kan påvirkes, noe som igjen gir individet mulighet til å forflytte seg fra den negative enden av helse/uhelsekontinuumet mot den positive enden. Han peker på to ulike modeller for kortvarig endring av OAS, som han mener vi stadig er under påvirkning av, men likevel faller tilbake til opprinnelig OAS. En modell for langvarig endring av OAS kalles gjerne en *stressvaksinasjon*. Dette innebærer å sette folk i stand til å oppsøke OAS-fremmende erfaringer innenfor de rammene de har i sitt eget liv (ibid). Dette kan for eksempel innebære å få hjelp fra

helsepersonell til å skape opplevelser av mestring, medbestemmelse og meningsfullhet i forhold til egen livssituasjon.

I en norsk studie av livsstilsendringer som behandling mot fedme, finner Eikeland (2010) sammenheng mellom sterk OAS og mental helsetilstand, mens deltakerne med svak OAS hadde noe bedre effekt i forhold til vektreduksjon og livsstilsendringer. I helsedirektoratets veileder for kommunale frikslivssentraler påpekes det at en salutogen tilnærming med fokus på mestring og mestringsressurser er en sentral filosofi i deres frisklivsarbeid. Målet er å styrke deltakerens eierskap i egen endringsprosess gjennom blant annet mestring, indre motivasjon, tilhørighet og bedret fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet 2013a). Intervensjonen ved frisklivssentralen vil altså i stor grad innebære elementer fra en salutogen grunntenkning og dette perspektivet vil bli benyttet for å skape forståelse for deltakernes mestring.

4 Metodekapittel

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for oppgavens vitenskapsteoretiske ståsted, mitt metodevalg og utvalget i studien. Jeg vil videre beskrive hvordan jeg har samlet inn og analysert data for å komme frem til mine resultater. Refleksjoner rundt egen forskerposisjon og andre faktorer som virker styrkende og begrensende for studien fremlegges før jeg til slutt reflekterer rundt etiske forhold knyttet til studien.

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

For å kunne besvare problemstillinga hvor det etterspørres opplevelser og erfaringer med det komplekse temaet livsstilsendringer, valgte jeg en kvalitativ tilnærming til stoffet. Dette er den best egnede metoden for å få tilgang til informantenes egne opplevelser og følelser (Polit & Beck 2012).

Opgaven er forankret i både en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det var vesentlig for meg å få tak i 1.personserfaringer fra deltakere som hadde opplevd å mestre livsstilsendringer. Kun ved å gå til saken selv kunne jeg få innsikt i fenomenet som skulle undersøkes. Disse prinsippene står sentralt i den fenomenologiske vitenskapstradisjonen, som i stor grad dreier seg om å gyldiggjøre våre erfaringer med verden slik som den fremtrer for oss (Thornquist 2009). Jeg har vært opptatt av å få frem og skape forståelse for informantenes opplevelser og erfaringer. Disse belyses ved hjelp av teori fra fenomenologisk vitenskapstradisjon.

Analyseprosessen i denne oppgaven har forankring i hermeneutisk tradisjon for tilnærming til kunnskap. For å oppnå en forståelse av informantenes erfaringer og opplevelser var det avgjørende for meg å gjennomgå materialet gjennom flere prosesser hvor både deler av- og teksten i sin helhet, ble gjennomgått i flere runder og analysert fra ulike perspektiver. En slik analyseprosess baserer seg på den hermeneutiske sirkel hvor man stadig beveger seg mellom del og helhet (Gulddal og Møller 1999). Perspektivet man ser materialet fra vil avgjøre hvilke kunnskap som løftes frem. Ulike teorier og forskning ble derfor anvendt i analyseprosessen. Noe ble forkastet, mens andre teorier ble ansett som berikende for å belyse materialet i denne studien og er presentert som de teoretiske rammene i kapittel 3.

4.2 Metodevalg

«Hvis du vil vite noe om hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (Kvale og Brinkmann 2010:19).

Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2010) innleder boka «Det kvalitative forskningsintervju» med sitatet ovenfor. Det er gjennom samspill og samtaler med hverandre vi lærer folk og kjenne og dermed kan få innsikt i verden sett fra informantenes side (ibid). I min søken etter erfaringer med livsstilsendringer, var det derfor kvalitative forskningsintervju som var den best egnede metoden. Ved hjelp av en uformell struktur på intervjuene, ønsket jeg å nå fram til informantenes historier og erfaringer uten særlig forstyrrelse av min forforståelse. Likevel ønsket jeg å ha en viss struktur for å sikre meg svar som kunne belyse problemstillinga mi. Jeg valgte derfor å bruke semistrukturerte intervju, som er regnet for å være best egnet til dette formålet (ibid).

4.3 Utvalget

Da målet mitt var å gå i dybden av informantenes⁵ erfaringer og opplevelser med livsstilsendringer, var det vesentlig for meg å ikke ha for mange informanter, da dette ville gjort det vanskelig å komme tilstrekkelig i dybden på materialet innenfor oppgavens rammer. Likevel ønsket jeg å se på flere kasuistikker for å kunne avdekke eventuelle forhold som gikk igjen blant flere av deltakerne, eller om noen faktorer skilte seg ut som enestående. Fem informanter ble derfor grunnlaget for denne studien. Disse ble valgt strategisk ut på bakgrunn av konkrete forhold som skulle sikre meg informanter som hadde best grunnlag for å belyse problemstillinga. Inklusjonskriteriene i dette studiet er:

- Informantene har vært deltakere ved frisklivssentralens aktiviteter på bakgrunn av eller med overvekt/fedmeproblematikk.
- Informantene har ikke deltatt ved frisklivssentralens reseptordning det siste året, men oppgir likevel å ha oppnådd livsstilsendringer som har vedvart etter endt deltakelse.
- Deltakerne er over 18 år.

⁵ I denne oppgaven vil jeg veksle mellom betegnelsene informanter og deltakere. Deltakere brukes særlig i retrospektive perspektiv for å belyse deltakelse ved frisklivssentralen, men vil også bli benyttet vekselvis med informanter for å berike det språklige uttrykket.

Deltakerne ble rekruttert fra en frisklivssentral som er godt etablert og har godt innarbeidede tilbud for sine deltakere. Det ble sendt ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2 og 3) til potensielle deltakere hvorav fem meldte seg. Til tross for at to av dem fortsatt deltok ved frisklivssentralens lavterskelaktiviteter, ble de inkludert, da de ikke hadde vært under reseptordning eller helseoppfølging det siste året.

I resultat- og diskusjonskapitlene i denne oppgaven vil ikke resultatene fremstilles i tilknytning til de enkelte deltakerne, men fremstå som resultater fra gruppa som en enhet. Jeg vil likevel gi en presentasjon av de fem deltakerne her, for å gi en innsikt i hvilke individer som utgjør grunnlaget for resultatene.

Informant 1:

Min første informant er en 53 år gammel kvinne som ble henvist til frisklivssentralen av fastlege for over ti år siden, først og fremst med mål om depresjonsmestring. Hun er gift, har barn og barnebarn. Har tidligere vært arbeidsfør, men er nylig uføretrygdet. Deltar fortsatt to til tre ganger i treningsgrupper arrangert av frisklivssentralen. Hun opplever stor endring av livskvalitet etter deltakelse og knytter dette særlig opp mot depresjonsmestring, bedre humør og hennes økte evne til å mestre daglige gjøremål.

Informant 2:

Informant nummer to er en 48 år gammel kvinne som deltok ved frisklivssentralen over tre reseptperioder for tre-fire år siden. Hun ble da henvist pga. overvekt og depresjon. Informanten er gift og har innehatt ulike jobber. Er for tiden sykemeldt pga. muskel/skjelettplager. Etter å ha lagt om kosthold og vaner i forhold til fysisk aktivitet har hun oppnådd betydelig vektreduksjon og mestrer utfordringer med depresjon i mye større grad enn tidligere. Det siste året har hun vært preget av skader som har satt henne tilbake med tanke på fysisk aktivitet, men hun opplever likevel at hun greier å holde på et visst aktivitetsnivå, og gleder seg til å bli skadefri for å kunne trene aktivt igjen.

Informant 3:

Den tredje deltakeren i denne studien er en 70 år gammel mann med en sykdomshistorie preget av overvekt og langvarige ryggmerter. Han ble henvist fra lege for ca. fire år siden pga. overvekt og hjerte/karproblematikk. Tidligere yrkesaktiv i 30 år før han ble uføretrygdet pga. ryggplager. Bor sammen med kone og har to voksne sønner. Etter reseptperioden har han

deltatt aktivt ved gruppetreningstilbud ved frisklivssentralen tre til fire ganger i uka. Har i stor grad endret aktivitetsnivået og føler seg i bedre fysisk form enn før oppstart.

Informant 4:

Informant fire er en 51 år gammel kvinne med lang sykdomshistorie etter en alvorlig skade. Hun oppsøkte selv fastlege for å få frisklivsresept. Etter reseptperioden har hun deltatt jevnlig ved gruppetilbud ved frisklivssentralen. Har tidligere vært yrkesaktiv, men er uføretrygdet nå. Bor alene etter et nylig samlivsbrudd. Hun opplever at livsstilsendringene hun har gjort etter deltakelse ved frisklivssentralen har resultert i bedret fysisk form og har påvirket humøret i positiv forstand.

Informant 5:

Den siste deltakeren i denne oppgaven er en 43 år gammel mann. Han ba på eget initiativ om frisklivsresept fra sin fastlege for ca. fire år siden etter å ha fått påvist diabetes type 2. Jobber som selvstendig næringsdrivende og bor sammen med kone og barn. Etter deltakelse på frisklivssentralen har han startet opp eget småbruk som han vier mye av fritiden til. Han påpeker at hans kosthold og aktivitetsnivå er betydelig endret, noe som har resultert i vektreduksjon, bedre fysisk form og helsetilstand generelt.

4.4 Produksjon av materiale

I forkant av intervjuet utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 1) med bestemte tema jeg ønsket å komme innom, samt forslag til spørsmål. Spørsmålene var likevel kun ment som en rettleider, med mulighet for å endre spørsmålsformuleringen på bakgrunn av det som kom frem underveis i intervjuene. Som nevnt hadde jeg en målsetning om at informantene skulle oppfatte intervjusituasjonen som en uformell samtale. Dette for å redusere en potensiell asymmetrisk relasjon til mine informanter for å øke mulighetene for å få tilgang til mer personlige fremstillinger av fenomenet. Å gjennomføre gode intervju er et håndverk som krever praktisk erfaring (Kvale og Brinkmann 2010). Det ble derfor gjennomført et prøveintervju i forkant av datainnsamlingen. Dette for selv å bli tryggere i intervjusituasjonen, samt avdekke evt. mangler/svakheter ved intervjuguiden.

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden november – desember 2013. Datainnsamlingen ble gjennomført i lokalene til frisklivssenteralen som hjalp til med rekrutteringen av informanter. Dette er lokaler som deltakerne er kjent i og lett kan komme seg til. Intervjuene ble tatt opp på liten, diskret båndopptaker som var plassert på bordet mellom intervjuer og informant. Hvert av intervjuene varte mellom 45 og 75 minutter, totalt 283 minutters opptak. Like i etterkant av intervjuene noterte jeg ned umiddelbare refleksjoner og inntrykk. Intervjuene ble så transkribert til tekst. En god transkripsjon skal gjøre det mulig å lese mellom linjene slik at mening som ikke fremkommer i ord også blir tydelig (Malterud 2013). Jeg noterte derfor ned tydelige håndbevegelser, latter, kremting og tydelig endringer i toneleiet. Transkripsjonen ble gjort på dialekt og alle ord som ble sakt ble tatt med. Dette for å unngå å skape uriktige oversettelser. Totalt sett ble det transkribert 65 siders tekst som ble utgangspunktet for denne oppgaven. Etter analysearbeidet var ferdigstilt ble sitater som fremstilles i oppgaven gjennomgått og renvasket for småord og ufullstendige setninger som skapte forvirring ang. meningsinnholdet. Da en av informantene hadde en dialekt som skilte seg fra de andre, ble sitatene oversatt til bokmål som et ledd i anonymiseringen av informantene.

4.5 Analysen

Ved å hele tiden være åpen for nye sider av saken, også tema jeg ikke hadde forventet på forhånd, vil muligheten for å skape ny kunnskap øke. Jeg ønsket å unngå å gå inn i prosjektet med skyggelapper som ville hindret meg i å se resultater utenfor min egen forforståelse. På bakgrunn av det startet jeg prosjektet med å utarbeide en “selvangivelse” hvor jeg noterte meg hvilke forventninger jeg hadde til mine resultater og hva jeg trodde informantene kom til å svare i intervjuene. Malterud (2013) hevder at en slik skisse av egen forforståelse skal være til hjelp for å øke mulighetene for å være åpen for ny kunnskap. Like etter intervjuene sammenlignet jeg de umiddelbart fremtredende resultater med selvangivelsen. De resultatene som jeg ikke hadde forutsett, uthevet jeg som særlig interessante. Senere i analysearbeidet, gikk jeg stadig tilbake til selvangivelsen for å sammenligne temaene som kom frem i materialet med min egen forforståelse. Denne skissen har vært viktig for meg i analysen, da den har tydeliggjort hva jeg ikke hadde regnet med å finne, og er dermed med på å skape grunnlag for ny kunnskap. I tillegg har jeg blitt gjort oppmerksom på tema som tydelig har

vært preget av min egen forforståelse. I disse situasjonene har jeg tvunget meg selv til å forsøke å se på resultatene fra andre perspektiver.

Analysestrategien som er benyttet er Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering med både tverrgående og langsgående analyse (Malterud 2013). Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og som også mange andre analysestrategier innen kvalitativ forskning, bygger denne metoden på prinsipper for dekontekstualisering og rekontekstualisering. I en dekontekstualiserende fase løftes elementer og deler av teksten frem og ses på i lys av andre elementer i materialet mens man i rekontekstualiseringen validerer delene opp mot helheten (ibid).

Analysen av datamaterialet startet praktisk talt allerede underveis i intervjuene. De svar som kom underveis, gav utgangspunkt for videre spørsmålstilling, både i det aktuelle intervjuet, men også i senere intervju av andre informanter. Den fleksible og uformelle strukturen gav på denne måten rom for å hente inn kunnskap som ikke ville oppstått dersom jeg hadde valgt en mer rigid struktur i mine intervju. Malterud (ibid) beskriver en analyseprosess bestående av fire trinn. Gjennom det første trinnet er målet å skape et helhetsinntrykk av materialet. Denne prosessen startet allerede umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene, da det uprovosert dukket opp temaer som jeg oppfattet som relevante. Under transkriberingen og gjennomlesning av transkripsjonene tilførte jeg enda noen tema til listen. Jeg startet da ut med åtte foreløpige tema. Disse ble mitt utgangspunkt for det neste trinnet i analyseprosessen

Det andre trinnet er en del av dekontekstualiseringen av materialet hvor delelementer i teksten belyses særskilt. Denne mer systematiske gjennomgangen av teksten har som hensikt å avdekke meningsbærende enheter. Ved hjelp av koding skal innholdet organiseres og systematiseres (ibid). I første omgang gjennomgikk jeg materialet ved hjelp av en tverrgående analyse, hvor informasjon fra alle informantene ble sammenfattet. Meningsbærende enheter i tekstmaterialet ble fargekodet med tanke på tilhørighet i en av de åtte foreløpige temaene fra første analysetrinn. Det ble fort tydelig at noen av kodene overlappet hverandre og i stor grad dreide seg om det samme, mens andre tema i liten grad kunne gi svar på problemstillinga. Etter en omorganisering av materialet, satt jeg så igjen med fire koder: Endringer, motivasjon for endring, egeninnsats, og fokus på kropp/helse.

I det tredje analysetrinnet i Malteruds (ibid) systematiske tekstkondensering, er målet å identifisere meningen i de ulike kodegruppene. Hver av disse kodegruppene ble gjennomgått for seg og det ble dannet subgrupper. Videre utarbeidet jeg et “kondensat” til hver av subgruppene. Dette kondensatet er et konstruert sitat som stammer fra, og oppsummerer de meningsbærende enhetene i den enkelte subgruppa. Jeg valgte også ut et “gullsitat” for hver av subgruppene som best mulig illustrerer innholdet. Denne tverrgående analysen ble satt opp i en analysematrise (vedlegg 4⁶). I denne oversikten kom det frem en del motstridende funn, og det ble etter hvert tydelig at informantenes uttalelser om temaene endret seg avhengig av hvilken fase av prosessen mot livsstilsendringer som ble diskutert. Etter drøfting og diskusjon med veileder gikk jeg på nytt gjennom råmaterialet mitt. Denne gangen med en langsgående analyse hvor jeg tok for meg hver og en av informantenes historie og identifiserte kronologien i deres prosesser ved å sette opp opplevelser og hendelser på ei tidslinje. Materialet deles nå inn i kodegrupper som reflekterer ulike stadier i en prosess mot livsstilsendringer⁷. Videre sammenlignet jeg tidslinjene og lette etter fellestrekk og kontraster.

Den fjerde fasen i analyseprosessen skal resultatene sammenfattes ved hjelp av en rekontekstualisering. Det ble nå utarbeidet en analytisk tekst for hver av kodegruppene hvor essensen av delmaterialet ble sett på i en helhet. Denne teksten er utgangspunktet for resultatdelen i denne oppgaven. Resultatene som fremkom ble underveis drøftet på bakgrunn av ulike teorier, samt forskning som ble ansett som relevant. I denne prosessen mellom empiri og teori ble det stadig gjort justeringer og endringer i resultatene på bakgrunn av nye elementer som ble tydeliggjort. Særlig har pedagogisk teori om situert læring, samt teori om kroppsfenomenologi fått en viktig betydning i arbeidet med datamaterialet i denne oppgaven.

4.6 Forskerposisjonen

I denne studien har jeg selv valget tema og problemstilling. Jeg har vært den som gjennomførte, transkriberte og analyserte intervjuene, samt drøftet funnene. Min forutinntatthet om mulige resultater i denne studien, min fagbakgrunn som fysioterapeut, samt andre fordommer og forforståelser har preget mitt arbeid gjennom hele denne prosessen.

⁶ I vedlagt analysematrise er kondensatene til de enkelte subgrupper tatt bort for å skape bedre oversikt over strukturen som var en avgjørende del av analysen. Gullsitatene er beholdt for å presentere eksempler på innhold i subgruppene.

⁷ En forenklet modell av tidslinjen og de tilhørende stadiene finnes i figur 1 i resultatkapittelet

Begrepet fordom ble bragt inn i hermeneutisk teori av hermeneutikeren Hans-Georg Gadamer og bygger på Heideggers teori om at mennesket har en ubevisst og førrefleksiv primærforståelse av fenomenene (Gulddal og Møller 1999). «*Den som prøver å forstå, blir villedet av for-meninger som ikke holder stand mot saken selv*» (Gadamer 2010: 37). Gadamer (2010) mener derfor at vi må være bevisst vår egen forforståelse i arbeid hvor vi prøver å skape forståelse. Å ugyldiggjøre forforståelsen vil ikke være mulig, da vi alltid vil være preget av kulturelle holdninger, våre tidligere erfaringer og kunnskaper. Mitt faglige ståsted, faglige interesse og personlige erfaringer har vært avgjørende både i valg av problemstilling, utarbeiding av intervjuguide, måten spørsmål blir stilt og fulgt opp i intervjuene, hvilke utsagn som blir vektlagt og hvilke konklusjoner de gir. For å unngå å misledes av min forforståelse startet jeg prosessen med å utarbeide en selvangivelse, som beskrevet tidligere. Ved å skrive ned min egen oppfatning av temaene, samt hva jeg trodde informantene ville svare, ønsket jeg å bli bevisst min egen forforståelse. I intervjuguiden (vedlegg 1) ble spørsmålene formulert så åpne som mulig slik at informantens historie skulle kunne komme best mulig frem med minst mulig forstyrrelse av min forforståelse.

I forkant av intervjuene var deltakerne informert om min faglige bakgrunn som fysioterapeut. I gjennomføringen av intervjuene, forsøkte jeg likevel etter beste evne å legge bort “fysioterapeuthatten” og heller lytte til informantens fortellinger og godta deres fortolkninger som ikke alltid stemte overens med min faglige overbevisning. I starten av intervjuene understreket jeg for deltakerne at det var *deres* opplevelser og erfaringer jeg var ute etter å høre om, og at det var *de* som var “ekspertene” på området, ikke meg.

4.7 Refleksivitet, relevans og validitet

Refleksivitet, relevans og validitet ses på som betingelser for vitenskapelighet og kan være med på å tydeliggjøre en studies gyldighet (Malterud 2013). Med refleksivitet menes forskerens egen evne til å sette spørsmålsteget ved egen fremgangsmåte og konklusjoner, samt være åpen for andre svar enn de man hadde forventet. Ved å utarbeide en selvangivelse gikk jeg inn i prosjektet med en åpenhet til å møte ny kunnskap. Underveis i analyseprosessen har jeg systematisk gjennomgått datamaterialet flere ganger for å unngå å overse motstridende data. I 4.8, metodekritikk, vil jeg videre redegjøre for potensielle feilkilder og mangelfulle forhold ved studien som kan påvirke resultatet.

Relevansbegrepet viser til forventningen om at andre skal kunne dra lærdom av kunnskapen som frembringes og at denne kan ha overførbarhet til andre situasjoner (ibid). Det har ikke vært publisert kunnskap om tidligere deltakere ved frisklivssentrals opplevelser av endringer over tid. Informantene i denne studien fremstår som et utvalg som kan representere pasientbildet i dagens sykdomspanorama som særlig preges av livsstilssykdommer. Flere av forholdene som drøftes i denne studien, bør dermed være av interesse for videreutvikling og videreføring av forebyggende og helsefremmende tilbud i norske kommuner.

Studiens validitet vil blant annet avhenge av overførbarheten av resultatene (ibid).

Sannsynligheten for at funn er gyldig, styrkes dersom flere er enige om at konklusjonen er rimelig (ibid). I denne studien drøftes resultatene opp mot teori og eksisterende empiri på området. Denne måten å analysere materialet er med på å skape en analytisk generalisering (Polit & Beck 2012). Resultatene i denne oppgaven, kan langt på vei forstås ut fra sentral teori om læring og endring, og vil i så måte kunne tillegges gyldighet ut over de fem aktuelle deltakerne i denne oppgaven.

4.8 Metodekritikk

Å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju er et håndverk som krever mye forberedelser, erfaring og læres kun gjennom praksis (Kvale og Brinkmann 2010). Min begrensede erfaring med å gjennomføre denne type intervju, vil derfor kunne stå til hinder for å fremskaffe potensiell informasjon som kan ha vært av viktig betydning for oppgaven. I en slik intervjusituasjon vil det likevel utspilles et asymmetrisk forhold mellom informant og intervjuperson. Det er jeg som innehar forskerposisjon som bestemmer tema for samtalen, samtidig som min fagbakgrunn kan gi inntrykk av at jeg sitter med «rett svar» på spørsmålene. Den asymmetriske relasjonen kan skape begrensninger for hva informantene ønsker å utdype. Med formål om å utjevne den asymmetriske relasjonen ble spørsmålsformuleringen gjort så åpen som mulig for å skape rom for informantenes historie, samtidig som jeg gjorde informantene oppmerksomme på at det var deres personlige erfaringer jeg var ute etter, og forsikret dem om at det var de som var eksperter på området. Det vil være et etisk spørsmål knyttet til aspektet om asymmetrisk relasjon, noe jeg berører i 4.9, etiske utfordringer.

Intervjuene ble gjennomført i frisklivssentralens lokaler. Dette var et bevisst valg jeg tok. Dette er lokaler hvor informantene kan føle seg mer hjemme enn jeg selv gjorde. Dette kan være med på å jevne ut det asymmetriske forholdet i intervjusituasjonen. I tillegg var dette et sted hvor alle informantene lett kunne komme seg til. Ulempen med stedsvalget er at det kunne skape en oppfatning av intervjuet som en form for evaluering av frisklivssentralen. Det kan tenkes at dette kan føre til at informantene bevisst eller ubevisst ønsker å «pynte» på sannheten for å ikke «svikte» ansatte ved frisklivssentralen som de muligens føler en tilknytning til. Informantene ble derfor gjort oppmerksom på at jeg ikke hadde direkte tilknytning til frisklivssentralen og at deres uttalelser ville bli anonymisert.

Temaet, livsstilsendringer, som undersøkes i denne oppgaven, er et svært vidt tema som omfatter mange forhold knyttet til atferd, handling og relasjoner i informantenes liv. Hva informantene velger å vektlegge i intervjuene vil nok være preget av at de har kjennskap til min fagbakgrunn som fysioterapeut. Fysisk aktivitet og kosthold ble særlig vektlagt. Dette kan ha sammenheng med at dette er forhold som ofte anses som relevante tema innen fysioterapifaget. I tillegg er dette forhold som særlig vektlegges ved frisklivssentralen, noe som også kan ha vært en årsak til vektleggingen av disse temaene. Et stort fokus på disse områdene kan ha gått på bekostning av andre forhold som også påvirker livsstil og livskvalitet.

Med tanke på at intervjuene i stor grad dreier seg om retrospekte perspektiver, hvor elementer fra fortiden blir vektlagt, kan det være vanskelig å huske enkelte forhold og hendelser. Et slikt retrospekt perspektiv kan gir skjevhet i resultatene som kommer frem (Repstad 2007). Enkelte av informantene i denne studien påpekte også at noen forhold fra lengre tid tilbake var vanskelig å huske. I analyseprosessen vil likevel de forhold som kommer frem drøftes opp mot hverandre og i så måte forsøke å skape en helhetlig forståelse for materialet.

Når det gjelder oppgavens resultater, er de løftet frem på bakgrunn av den teoretiske rammen for diskusjon. Jeg ønsker her å påpeke at en rekke andre perspektiver kan være med på å kaste lys over helt andre forhold ved resultatene. Den forståelsen som fremkommer som resultatet i denne oppgaven, er bare *en* av mange mulige måter å forstå fenomenet på. Det vil kunne være interessant å gå inn i materialet på et senere tidspunkt med «nye briller» for å se om nye

elementer kan tydeliggjøres. Rammene for denne oppgaven muliggjør riktig nok ikke dette i denne omgangen.

Til tross for strukturert gjennomgang og analyse av materialet vil jeg alltid stå i fare for å ikke være bevisst min egen forforståelse. Min horisont vil alltid være en mulig begrensning når jeg prøver å forstå. Jeg kan heller ikke være sikker på at jeg har greid å avdekke helheten som er avgjørende for å forstå delene, eller delene som er avgjørende for å forstå helheten. Dette i tråd med en hermeneutisk oppfatning av at vi som mennesker aldri kan få den fullstendige sannheten som vitenskapen, til tross for at vi stadig er på vei mot den: «*Vi er alltid allerede i gang med at forstå*» (Gulddal og Møller 1999:30).

4.9 Ethiske aspekter

Forskningsetikken har i større eller mindre grad alltid eksistert i form av ulike reguleringer og normer. I 1964 ble Helsinki-deklarasjonen utarbeidet på bakgrunn av en rekke oppgjør med handlinger som ble ansett som umoralske innen forskningen (Ruyter 2003). I følge deklarasjonen skal all forskning la hensyn til forsøkspersonen være viktigst og det skal alltid foreligge informert samtykke. Deltakere skal ha innsikt i formål, mulige belastninger og fordeler, samt ha mulighet til å trekke seg når som helst (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2013). Alle informantene fikk utdelt informasjonsskriv (vedlegg 2) i god tid i forkant av intervjuene, og underskrev en samtykkeerklæring (vedlegg 3). For å unngå at informantene følte seg presset til deltakelse, ble de rekruttert via frisklivssentral som de tidligere har vært deltakere ved. Da de ikke hadde forpliktende tilknytning til institusjonen lengre, ble det vurdert som etisk forsvarlig da muligheten til å avstå fra deltakelse var god. Informantenes anonymitet ble ivaretatt ved at ingen navn nevnes. Alle personlige opplysninger som kunne spore tilbake til deltakeren ble sensurert. Lydbåndopptak og transkribert materiale ble oppbevart på passordlåst PC i låste lokaler og slettets etter ferdigstilt oppgave. I invitasjon om deltakelse ble alle deltakere informert om disse forhold. Prosjektet var godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 5) før det ble opprettet kontakt med informanter.

Tema som ble tatt opp i intervjuene dreide seg i stor grad om sensitiv informasjon om deltakerne. Overvekt og sykdomsproblematikk sett i sammenheng med egne livsvaner vil

kunne virke stigmatiserende for deltakerne. Jeg var derfor forberedt på at evt. negativt ladde følelser og assosiasjoner kunne frambringes i intervjusituasjonene og satte av god tid dersom det skulle være behov for støtte i etterkant. En av informantene opplyste om ryggsmarter på intervjudagen. Hun ble gjort oppmerksom på at hun når som helst kunne trekke seg eller ta pause. Ingen av de andre informantene opplyste om noen form for ubehag rundt intervjusituasjonen, men gav uttrykk for at de ønsket at deres opplevelser skulle komme frem i ønske om å kunne nå frem til andre med livsstilsproblematikk.

5. Resultat

I denne delen av oppgaven vil jeg starte med å gi en innsikt i livsstilsendringene deltakerne i denne studien har oppnådd i løpet av prosessen de har vært gjennom. Deretter vil jeg gå grundig gjennom deltakernes prosess fra deres tidligere livsstil til situasjonen de befinner seg i i dag.

5.1 Endringer

Samtlige av de fem deltakerne i denne oppgaven fortalte at de hadde oppnådd endringer i livet sitt, som de ikke ønsket å være foruten. Alle fem rapporterer om en tidligere livsstil preget av mindre fysisk aktivitet og dårligere kosthold i forkant av sin deltakelse ved frisklivssentralen. Fire av fem beskriver et svært lite aktivt liv med mye stillesitting og TV-seing og et kosthold som gjerne bestod av store måltider i tillegg til usunne småmåltider med brus, sjokolade og potetgull. Kosthold og fysisk aktivitet er sentrale tema som går igjen i alle informantenes historier. I tillegg beskriver de forhold på jobben, psykisk og fysisk helse og sosialt liv som avgjørende for hvordan de oppfattet egen livsstil. En av informantene beskriver sin tilværelse for noen år tilbake slik:

“Og alt var pyton. Hun sa det på jobb; “samme hva jeg sa til deg, så var det pyton”, sa hun. “Ja, da” sa jeg, “jeg husker det”.

Under deltakelse ved kommunal frisklivssentral gjorde alle informantene store endringer, særlig når det gjaldt fysisk aktivitet. Under reseptperioden ved frisklivssentralen deltok alle informantene på mellom to til fire gruppeaktiviteter i uka. Selv om de fleste opplyser at endringene var mer markante mens de var under reseptperioden ved frisklivssentralen, har de fortsatt med jevnlig fysisk aktivitet i etterkant, enten ved gruppetreningstilbud eller individuelle tiltak. For enkelte av deltakerne har aktivitetsnivået variert noe i ettertid, særlig påvirket av opphold på grunn av skade- og sykdomsperioder, men de opplyser likevel at de har et betydelig mer aktivt liv i dag enn før deltakelse ved frisklivssentralen. Endringene i forhold til kostholdet har vært noe mer varierende. I løpet av oppholdet deltok tre av informantene på kostholdskurs som arrangeres på sentralen. I intervjuene kommer det frem at fire av deltakerne har gjort endringer i sitt kosthold. To av deltakerne opplever at kostholdet

har forbedret seg betydelig, to andre har også gjort noen endringer i kosten, men opplever dette som mindre relevante for sin livsstil i dag.

“Joda, vi har gjort noen endringer, det har vi jo. For vi har kuttet ut... Vi bruker mye grønnsaker da. Litt mer ordentlig mat, og ikke spiser så mye prøver vi. Så jeg tenker jo på det da. Det gjør jeg. Ellers så hadde jeg sittet med potetgullposen foran meg hele tida, og det gjør jeg jo ikke”.

En av deltakerne har ikke gjort bevisste endringer i forhold til kostholdet, da han ikke opplevde det som relevant i sin situasjon.

De mest konkrete endringene informantene opplyser om, er i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Disse endringene har igjen hatt store følger som påvirker levestilten i et stort omfang:

“For det har ikke bare med mat og trening og gjøre. Det har noe med å forandre, hva skal jeg si, hele livsstilen for å si det sånn da. [...]Men det har liksom litt med hele måten du lever livet ditt på, mener jeg”.

Dette eksemplifiserer de med blant annet stressmestring, sosial deltakelse og fritidsaktiviteter.

Resultatene av endringene er mange. Fire av deltakerne peker på vektreduksjon/midjemål som et resultat, mens alle fem har opplevd at den fysiske formen har blitt betydelig bedre. Både subjektiv opplevelse og fysiske tester gjennomført i regi av frisklivssentralen gir grunnlag for at de selv konkluderer med bedret fysisk form.

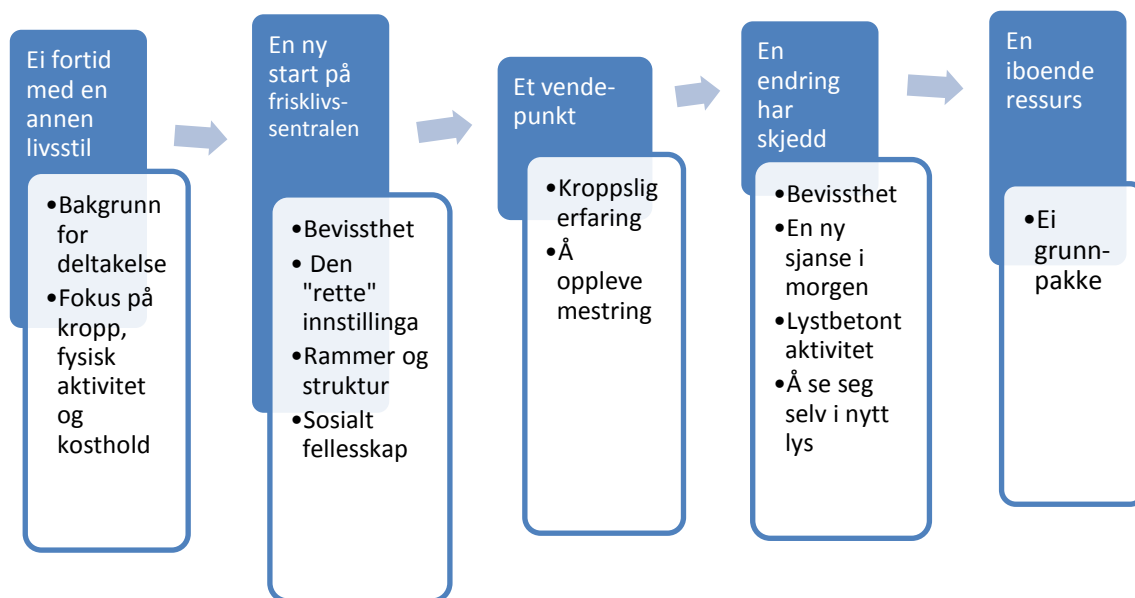
“Vi hadde jo og sånn gåtest, vi tok gåtest, jeg husker ikke nå hva den gåtesten het for noe, men vi gjorde jo den da vi starta, og så da vi var ferdige eller da vi hadde vært her ei stund eller ett eller anna sånt no. [...]både så det på papiret og merket det selv da, at noe hadde skjedd”.

Noen nevner overskudd til husarbeid, kroppslig velvære og helserelaterte forhold som mindre stivhet og smerter i kroppen, som viktige resultater av livsstilsendringene. Sosial deltakelse og aktiviteter sammen med familie har og vært en viktig følge av endringene som har skjedd.

“Jeg er jo kanskje mer sånn initiativtagende kan du si. Jeg vil være med dem [barnebarna]. Uansett vær og føre, så vil jeg jo gjennomføre det vi har planlagt liksom. Og det har jeg jo lært her”.

Overordnet sett mener alle fem at endringene de har gjort har vært verdt innsatsen og at endringen har ført til en heving av livskvaliteten. Dette beskriver de med at de opplever en følelse av å «duge til noe», ser lysere på livet og økt trivsel generelt sett.

For å oppnå livsstilsendringene som er skissert ovenfor, kan man i datamaterialet fra denne oppgaven tydelig se at dette har vært en prosess som har vart over en viss tidsperiode. I løpet av denne prosessen finner vi en rekke momenter som er med på å skape et vendepunkt for deltakerne. Mange av disse momentene går igjen hos alle fem deltakerne. Resultatene vil derfor bli lagt frem på en måte som prøver å følge kronologien i deltakernes prosess i veien mot livsstilsendringer. Figuren under fremstiller prosessen og elementer som deltakerne trekker frem som viktige i de ulike fasene.



Figur 1: En kronologisk fremstilling av deltakernes prosess mot livsstilsendringer. Modellen utdypes i tekst videre i kapittelet.

5.2 Ei fortid med annen livsstil

5.2.1 Bakgrunn for deltakelse

For å kunne motta helseoppfølging ved frisklivs-sentralen, kreves det frisklivsresept fra fastlege. I tre av tilfellene jeg har sett på har informantene blitt oppfordret til deltakelse av fastlege, mens i de to andre tilfellene har det vært deltakerne selv som har tatt initiativ til å

oppsøke fastlege spesifikt for å få resept til frisklivssentralen. Det er ulike årsaker som har ført informanter i denne studien til frisklivssentralen, men det er likevel tydelige fellestrekk. Alle informantene har fått sin henvisning på bakgrunn av sammensatt og flerfaktoriell helseproblematikk som har vart over mange år. For alle fem har deres helsesituasjon hatt innvirkning på arbeidssituasjon. I tillegg til overvekt, som er en faktor som går igjen blant alle informantene, opplyser de om en historie preget av depresjoner, dødsfall i nær familie og smerter i muskel- og skjelettapparatet. Informant 1 og 2 ble henvist fra lege på bakgrunn av overvekt og depresjon. Informant 3 ble henvist med overvekt, høyt blodtrykk, samt lang historie med alvorlige ryggplager. Informant 4 har vært overvektig og hatt en lang sykdomshistorie med plager fra muskel/skjelettapparatet etter en ulykke for atten år siden og tok selv kontakt med fastlege for deltakelse. Informant 5 ble henvist på bakgrunn av overvekt og diabetes type 2 etter selv å ha fremmet ønske om deltakelse til sin fastlege. Til tross for langvarige og sammensatte problemer, opplyser to av informantene at det var helt konkrete hendelser som var utløsende for deres ønske om deltakelse for hjelp til livsstilsendringer. Informant 2 hadde allerede vært henvist til frisklivssentralen en gang tidligere, men som hun sier selv, første gang var hun med for å komme seg i bevegelse, og opplevde ikke særlig vedvarende endringer i den omgangen. Det som var utslagsgivende var et avslag på en fedmeoperasjon, noe som fikk henne til å ta innse at hun måtte ta tak i problemene igjen.

“OK, da er det opp til meg selv. Jeg skal vise at jeg faktisk klarer det selv”.

Etter dette tok hun kontakt med fastlege som igjen henviste til frisklivssentralen. Informant 5 beskriver også en konkret hendelse som utslagsgivende for sin deltakelse. Etter en lang periode med mye krevende arbeid forteller han at det var akkurat som at det bare sa “stopp”. Han oppsøkte lege og fikk påvist diabetes type 2, samt kysseyke. Han mener diagnosen var utslagsgivende for at han ønsket å gjøre endringer i livet sitt.

“Det der med kropp og helse, det er ikke et problem før det skjer ett eller annet. [...] Det der å våkne opp og det plutselig ikke er så bra som det var før. [...] Vi er jo sånn at vi skal jo ikke gjøre noe før det har skjedd. [...] Så vi må liksom ha et lite spark bak for at det skal skje noen ting”.

5.2.2 Fokus på kropp, fysisk aktivitet og kosthold før deltakelse

Flere av informantene opplyser at de var lite bevisste sitt forhold til kosthold og fysisk aktivitet før deltakelse. En informant forklarer at han ikke ble bevisst sitt kosthold og aktivitetsnivå, før han fikk en diagnose og dermed innså at noe måtte være galt. Han hadde en overbevisning om at han var tilstrekkelig fysisk aktiv gjennom jobben sin, da han har en fysisk krevende arbeidshverdag. Flere av de andre beskriver at de har vært bevisst på sin overvekt, men at det har vært vanskelig å gjøre noe med det.

“Jeg syntes det var fælt å være stor, ja. Men jeg klarte ikke, klarte ikke å ta tak i det der og da rett og slett. [...] Jeg hadde vel prøvd i forhold til kostholdet, men jeg ser jo likevel, at selv om jeg prøvde... så var jo ikke det sånn som jeg gjorde fremover likevel. Så jeg ser jo at det er jo helt feil det jeg gjorde da. Og noe særlig trening, altså ikke sånn, sånn som jeg gjorde etterpå, det var det heller ikke”.

Som nevnt tidligere bestod kostholdet gjerne av svært store porsjoner med usunn mat, mens fysisk aktivitet var på et minimalt nivå, kun i tilknytning til daglige gjøremål eller arbeidssituasjon. De opplever selv å ha liten bevissthet til forhold som fysisk aktivitet og kosthold, samtidig som kroppen likevel vies en viss oppmerksomhet.

“Altså, kroppen min har alltid vært et tema for meg i mange år, for å si det sånn. Og det, ja, det henger tilbake i tid og for å si det sånn da. [...] Og så er det vanskelig igjen i perioder. Og da er kroppen.. ikke så enkel. For da er den liksom... Den er stor. Han er ikke normal på en måte”.

Informantene har ulik erfaring med fysisk aktivitet. Noen har drevet med aktiviteter i barne- og ungdomsårene og har relativt gode opplevelser med aktivitet fra den tiden, mens andre har mer negative erfaringer med aktivitet. En av informantene beskriver:

“Ja, det er mange år siden da. Jeg gikk på aerobic og sånt no. Jeg vet jo hvordan det er, så da må du jo følge med det de andre gjør og det. Det klarer ikke jeg, så jeg ville ikke begynne på noe annet”.

5.3 En ny start på frisklivssentralen

5.3.1 Bevissthet

Informantene bruker begrepet bevissthet i flere sammenhenger i forbindelse med deres prosess mot livsstilsendringer. Som beskrevet ovenfor forteller de at de tidligere var lite bevisste på sin livsstil, men at dette endret seg under sin deltakelse ved frisklivssentralen. Tre av informantene deltok på depresjonsmestringskurs som en del av opplegget for livsstilsendring. Her lærte de seg teknikker for å takle utfordringer i dagligdagse situasjoner. I starten oppfattet deltakerne dette som vanskelig og det krevde mye fokus for å mestre teknikkene.

“Vi hadde jo hjemmeoppgaver og greier, men fikk det ikke til. [...] Du tenker i gale baner og kan du si. At når du tenker mye rart du ikke skulle tenke på, så sier du “STOPP”. Nå bruker jeg teknikkene ubevisst, så nå tenker jeg ikke så mye på det, men til å begynne med så gjorde jeg det bevisst. Så til å begynne med så tenkte du på dem hele tiden; at “nå er det sånn og sånn”, men etter hvert da behøvde du ikke tenke på dem, da går det av seg selv da liksom”.

Denne endringen av fokus var også tydelig når det kom til kosthold og forholdet til mat. Tre av informantene forteller at fokuset på mat og kosthold økte betydelig i starten av denne fasen. Etter deltakelse ved kostholdskurs økte bevisstheten på hva de kunne/burde spise. Dette kunne innebære å telle kalorier i måltidene, lage handlelister som de måtte forholde seg til og kutte ut enkelte matvarer fra kostholdet og erstatte dem med andre alternativer. I denne perioden kunne informantene til en viss grad være preget av dårlig samvittighet. Det opplevdes enkelte ganger som vanskelig å etterleve kravene til endringer. En følelse som også kunne virke belastende i seg selv. En av informantene beskriver det slik:

“Så det blir jo, som jeg sier til meg selv, du blir jo sprø av å tenke på mat hele tida. [...] For at jeg tenkte jo på mat uansett. Og “da spiste jeg for mye” og “jeg kan ikke spise det”.

Informantene fikk også økt bevissthet på eget aktivitetsnivå. Ingen av deltakerne hadde drevet jevnlig med fysisk aktivitet i forkant av oppstarten ved frisklivssentralen. Noen opplevde det derfor som tøft å starte opp, og de refererer til “dørstokkmila”. Det var ikke uvanlig at de vegret seg mot å sette i gang med trening eller annen form for fysisk aktivitet den første tida og det var lett å tenke at man kunne utsette treninga til senere.

“Den gangen var det mer en sånn “må-ting”, at skulle jeg på en måte komme meg videre så måtte jeg dette her. Du tvang deg til å gjøre ditt og du tvang deg til å gjøre datt”.

5.3.2 Den «rette» innstillinga

Alle informantene beskriver aktivitetene på frisklivssentralen som lystbetonte og lekinspirerte, noe de i dag opplever som positivt, men som ikke var like enkelt til å begynne med. En av informantene forteller:

“Altså, vi starter med litt forskjellig oppvarming, som var lek. Med ball. Jeg er kanskje ikke helt der, men var med. Og det, jeg tror jo kanskje at i dag, så kan det hende jeg hadde syntes den lekingen var litt annerledes enn da, for da... var hodet mitt litt innstilt på andre ting. Nei, jeg syntes det var... hva jeg skal si da, altså latteren min satt ikke så lett det var litt mer alvor da på en måte. Ja. [...]Men om jeg så det da, det er jeg ikke sikker på. Nei. Men jeg ser jo det nå at... og jeg skjønner jo hvorfor. At det... skal liksom være lystbetont mener dem da, og at du skal kunne leke for å...vi har nok litt tendens til å tenke alvor i mye. Og med det å leke, så kan du slippe deg litt løs, ja”.

Til tross for denne opplevelsen, forteller informantene at de likevel deltok jevnlig på aktivitetene. Særlig to av informantene vektlegger viktigheten av å ha det de kaller “den rette innstillinga” for å kunne ha utbytte av tiltaket. Flere av de andre informantene fremhever også at de har vært avhengig av et individuelt initiativ. Utsagn som “å ta seg selv i nakken”, “gå noen runder med meg selv” og “å være litt streng med seg selv” dukker opp. En av informantene sier at det til en viss grad handler om selvdisiplinering, og sier:

“Det må komme, du må gi av deg selv, ja. Gå inn med, gå inn med full styrke fra dag en. Hvis du skal få forandringer på ting, så må du det. Det gjelder med alt i livet. Du må...[...]ja, det kommer ikke av seg selv. Ingenting kommer av seg selv. Du må gå inn, som jeg sier, med full styrke”.

Det er ikke selvforklarende hva dette konkret innebærer, likevel vektlegger informantene dette som en viktig faktor for å kunne lykkes med livsstilsendringene. I tillegg til å ta ansvar for- og gjennomføre endringene selv, presiserer de viktigheten av å kunne forholde seg til en struktur og faste rammer for aktiviteten de skulle gjennomføre.

5.3.3 Forpliktende rammer og struktur

Samtlige av deltakerne understreket hvor viktig det var med avtaler og faste tidspunkt for å kunne gjennomføre treninga.

“Men når jeg er med her sånn “eh, ja, klokka elleve, da skal jeg være på «Stedsnavn», da må jeg skynde meg og skifte”, ja, ikke sant [...]det har hatt veldig mye å si, altså, og det tror jeg ikke jeg er alene om. For det tror jeg mange andre kan skrive under på, for at klokka... da du legger opp til det du skal gjøre selv, da er det prioritert”.

Noe av det de påpeker som viktig med å ha faste grupper og tidspunkt å forholde seg til, er at de føler en forpliktelse ovenfor de ansatte og andre deltakere. Det som er tydelig i denne tidlige fasen av prosessen, er at det stort sett er andre som organiserer og strukturerer aktivitetene. Frisklivssentralen setter opp treningsgrupper, planlegger innholdet og fastsetter tidspunkt. Informantene påpeker at det er lettere å utebli fra aktivitet som de selv har tatt initiativ til, særlig i tilfeller hvor de ikke har forpliktet seg ovenfor andre. De trekker frem viktigheten av å få tilbakemeldinger fra de andre, samt viktigheten av å ha noen som “pusher hverandre”. Senere beskriver de også andre forhold rundt de sosiale relasjonene, som jeg vil se nærmere på i neste avsnitt.

5.3.4 Sosialt fellesskap

Som nevnt ovenfor kommer det frem at de andre deltakerne, samt helsepersonellet ved frisklivssentralen, ble sett på som en viktig del av informantenes livsstilsendringer. De har noen som venter på dem til faste tidspunkt og noen som motiverer og gir tilbakemeldinger. Aktivitetene var lagt opp på bakgrunn av et mål om at alle skulle kunne gjennomføre aktivitetene uavhengig av fysisk form. For eksempel kunne de med god fysisk form få i oppgave å løpe/gå tilbake til de som ble hengende etter for å ikke skape for stor avstand mellom deltakerne når de var ute på tur. Deltakerne beskriver ei treningsgruppe på alt fra 15-35 stykker i alderen 18-80 år. Alle beskriver det sosiale fellesskapet ved frisklivssentralen som positivt, og trivsel er et av nøkkelbegrepene som går igjen. De påpeker at det stort sett alltid var god stemning på treningene og at det gjerne var noen av deltakerne som ofte tok ansvaret for å fortelle vitser og historier. I tillegg til å oppleve trivsel, opplever flere av deltakerne at de sosiale relasjonene i gruppa påvirker ens egen identitet. Utsagn som; “godtatt for den du er”,

“å liksom bli verdsatt”, “du blir en del av gjengen” og “alle blir på en måte like” er bare noen av de som kommer frem når informantene beskriver hvordan de opplevde å være en del av gruppa ved frisklivssentralen. De forteller også at det ikke stilles krav til å utlevere sykdomshistorien sin, da sykdom vanligvis ikke behøver å være et tema. En av informantene beskriver sin opplevelse av deltakelse i det sosiale nettverket slik:

“Nei, altså, det er jo det at du treffer andre mennesker, og du føler deg mer med og at du, ja, du blir ikke liggende der og bare dekke liksom, du, du er jo med. Du treffer andre og prater med andre og hører kanskje litt på dem, og ja. Andre har jo problemer de også, ikke bare jeg liksom”.

At gruppa er et lavterskeltilbud med deltakere i alle aldre og med svært ulike utfordringer, mener deltakerne bidrar til å skape et inkluderende miljø som gir grunnlag for å vise respekt for hverandre.

Etter hvert beskriver deltakerne hvordan de endrer sine vaner også i andre sosiale fellesskap. Tre av informantene forteller at de involverer venner utenfor frisklivssentralen i forbindelse med fysisk aktivitet. I tillegg blir også familien en arena for livsstilsendringene etter hvert. En av informantene deltok på frisklivssentralen sammen med sin kone. Utenom frisklivssentralens aktivitetstilbud trente de mye sammen, i tillegg til at de endret på kostholdet til hele familien. Andre forteller også at de har begynt å gå turer sammen med sine ektefeller i etterkant av deltakelse ved frisklivssentralen. En av informantene forteller hvordan det tok tid å få mannen til å forstå hennes utfordringer, men hvordan han i ettertid har involvert seg i noe større grad.

«I starten skjønte han nok ikke hvordan... det gikk an... Jeg tror han skjønner litt mer av det nå. Han ser jo forskjellen på hva jeg spiste da og hva jeg spiser nå».

5.4 Et vendepunkt

5.4.1 Kroppslig erfaring

Samtlige av de fem informantene beskriver hvordan de opplever helsegevinst og bedret fysisk form etter en periode med endret livsstil. En av deltakerne sier:

«og den treninga gjør underverker for kroppen. Du får opp balanse. En blir smidigere. En får opp på en måte alt».

I tillegg poengterer de hvordan fysisk aktivitet førte til en opplevelse av velvære og en god følelse i kroppen:

“Jo, alle vet jo om den der “dørstokkmila” som de snakker om. Den er jo av og til veldig tung. Og når du da på en måte kommer i gang, og i sær når du da kommer tilbake, så kjenner du det at “åh, dette skulle jeg ha gjort mer av” eller ett eller annet sånt noe liksom, så føler du det at det, det skjer noe med hele deg”.

Flere deltakere poengterer at kroppen opplevdes lettere og smidigere, i tillegg til at humøret ble påvirket i positiv forstand både umiddelbart etter å ha vært i fysisk aktivitet, samt etter en lengre periode med jevnlig fysisk aktivitet. Uten nærmere presisering, sier en av informantene at det ikke skal store forandringer til før hun ser lysere på livet generelt og setter dette i sammenheng med den gode opplevelsen etter ei treningsøkt.

Mye av treningen foregår utendørs, og samtlige av informantene vektlegger utendørsaktivitet som noe særskilt positivt. Dette begrunner de blant annet med hvordan de kan sanse naturen mens de er fysisk aktive og at bevegelsesmønsteret blir mer naturlig. En informant beskriver:

“Det der å gå i skogen og høre og se. Det er jo helt... det er sånn, det må, jeg vet ikke om det må læres å gjøre det, eller hva det er for noe, men det er i hvert fall noe helt noe... det kan ikke sammenlignes med noe annet.

En annen beskriver:

“Både det å være ute i naturen, og ... lukta. Alt. Oksygenopptaket. Du får jo frisk luft, sant. Det er bare helt utrolig. [...] Det er ikke mer naturlig måte enn å være i naturen og bevege seg da. Det er jo ikke det”.

I forhold til å drive med aktiviteter ute, presiserer flere av deltakerne at de har lært seg å være ute i all slags vær og erfart at været ikke behøver være en stopper for å gå ut: *“Vi var jo blaute som bare det. Men det tørket jo igjen, det”.* I eksemplene ovenfor er det tydelig at informantene har gjort noen kroppslige erfaringer som de selv opplever som positive. I tillegg til disse kroppslige opplevelsene har de mange eksempler på enda mer konkrete erfaringer med hva fysisk aktivitet kan gjøre med kroppen. Tre av informantene har oppnådd betydelig

vektreduksjon. I tillegg til å oppleve at kroppen har blitt lettere, oppgir de også at de får mindre smerter i kroppen og føler seg mindre stiv og støl når de holder seg jevnlig i aktivitet.

5.4.2 Å oppleve mestring

I tillegg til å oppleve kroppslige erfaringer med livsstilsendringene, trekker de også frem viktigheten av å oppleve mestring som en viktig motivasjonsfaktor for å opprettholde endringene, samt å utfordre seg selv enda mer.

«Nei, det går jo på mestring da. Det går jo på mestring alt slikt. Egentlig, for nå som jeg sa, så har jeg jo ikke følt at jeg har vært i form, god nok til å være med på den intervalltreninga. Nå har jeg lyst til å prøve. Ehm. Finne ut om det er noe for meg eller ikke. Det e noe annet. Men jeg har i alle fall lyst til å prøve, for jeg mener i alle fall at jeg er god nok til å prøve».

I løpet av oppholdet på frisklivssentralen opplever deltakerne mestring både som en subjektiv følelse, men også i form av objektive, målbare resultater. Noen refererer til vektreduksjon som et konkret mål på å ha mestret utfordringer. To refererer til en gå-test hvor fysisk form testes før oppstart og underveis i programmet:

“Du skulle se at du faktisk greide å oppnå noe bedre enn det du, det som hadde vært. Og den tror jeg var med på at; “ja, faktisk så blir det forbedring av dette her”. [...] Du så at det, både så det på papiret og merket det selv da, at noe hadde skjedd”.

I tillegg opplyser deltakerne om at de merker at endringene de gjør også påvirker mer hverdagslige ting, som å mestre husarbeid blant annet. Denne mestringa er med på å motivere til ytterligere aktivitet. Som en av deltakerne sier; *“Ah, jess. Dette har jeg faktisk klart, da skal jeg klare enda mer”*. Dette eksemplifiseres også av sitatet beskrevet tidligere hvor en av informantene har lyst til å prøve seg i ei treningsgruppe som hun nå, i motsetning til tidligere, føler seg god nok til å prøve.

Jeg har så langt skissert hvordan deltakerne ved frisklivssentralen har opplevd positive kroppslige erfaringer, samt opplevd mestring i møtet med en ny livsstil. Videre i prosessen skal vi se at deltakernes forhold til fysisk aktivitet, kosthold og livsstil endrer seg i løpet av deres deltakelse ved frisklivssentralen.

5.5 En endring har skjedd

5.5.1 Bevissthet

En informant forteller om endringene som har skjedd i livet de siste årene:

“Jeg har blitt mye mer bevisst på kropp og helse og all type slikt. Skal ikke si at jeg ikke unner meg goder jeg altså, men jeg har blitt mye mer bevisst”.

Dette utsagnet er ikke unikt for denne ene informanten, da nesten alle de fem intervjuede overordnet sier at de har blitt mer bevisst på kosthold og fysisk aktivitet enn de var før de startet opp ved frisklivssentralen. Til tross for dette finnes det mange holdepunkter i datamaterialet som tilsier at bevisstheten – og i alle fall den bevisste oppmerksomheten mot temaene, reduseres i denne neste fasen i endringsprosessen som jeg vil beskrive her.

Informantene som deltok på depresjonsmestringskruset beskriver at de nå slipper å tenke så mye på teknikkene som de tidligere måtte gjøre, noe de selv mener kan tyde på at ting går lettere.

“Men etter hvert da behøver du ikke tenke på dem, da går det av seg selv da liksom. [...] så nå tenker jeg ikke så mye på det. Men til å begynne med så gjorde jeg det bevisst. [...] Men så nå, nå er det, går det av seg selv”.

En av informantene forklarer at hun etter å ha deltatt ved frisklivssentralen, har fått med seg noe grunnleggende som hun nå klarer å ta frem selv. En annen informant beskriver kunnskapen de fikk på frisklivssentralen som en “grunnpakke” som de tar med seg som et grunnlag som vedvarer, uten at de behøver å tenke så mye på endringene i dagliglivet. På spørsmålet “tenker du mye på det med kosthold nå?” svarer han;

“Nei, men som jeg sa tidligere: Den grunnpakka som du får inn med en gang, den tror jeg sitter med en gang. For det er en del produkter i det kjøleskapet som du ikke kunne finne der før, så du lærer ganske fort. [...] Verken jeg eller madammen tenker på det når vi handler. Jeg går ikke rundt og tenker når jeg er i butikken, men jeg ser jo det at vi har jo mye av det samme som vi lærte i starten når vi begynte her. Og da har vi på en måte lært noe mener jeg, da”.

Det bevisste fokuset på kropp og helse har også blitt mindre. En av informantene beskriver et tidligere forhold til sin kropp som svært vanskelig. I svømmehallen og på treningssenteret har

hun jobbet med å kunne kle av seg foran andre i garderoben, noe hun ikke har like store problemer med nå som tidligere. Hun beskriver at i de “gode fasene”, de periodene hvor det meste går greit, da tenker hun ikke så mye på kroppen, og den oppfattes heller ikke så ille. Informantene tenker også mindre på egen helse enn de gjorde før og ved oppstart ved frisklivssentralen. En av informantene som mente at en viktig motivasjonsfaktor for å gå i gang med opplegget, var frykten for at helsa skulle bli dårligere. På spørsmål om han fortsatt har den samme frykten, svarer han:

“Nei, jo, sånn... En skulle jo alltid ønske seg at en hadde bedre helse, men det er nok ikke sånn som det var da”.

En annen svarer på spørsmålet om hun tenker mye på helsa daglig:

“Nei, ikke nå lenger, for den fysiske helsa mi har jo, som jeg sa, blitt veldig bra nå”.

5.5.2 «En ny sjanse i morgen»

Informantene forteller at de har gjort en del grunnleggende endringer i forhold til kosten, men at de likevel tillater seg noen goder innimellom, gjerne begrenset til helgene. Flere av informantene sier at de har lært seg at de alltid har en ny sjanse. Flere beskriver ei innstilling hvor de sier til seg selv at dersom det ikke går som planlagt én dag, har de en ny mulighet til å endre på det neste dag. En av informantene har tatt en bevisst avgjørelse om å ha et mindre fokus på kostholdet da hun mener hun blir “sprø” av å tenke for mye på kostholdet, og det poengteres at det ikke kan være sunt å være “for ekstrem”. Den samme avslappede innstillingen ser man også i deres forhold til fysisk aktivitet. Dersom de mister ei treningsøkt én dag, ser de på det som en ny mulighet til å ta det igjen neste dag, og dersom de ikke klarer å fullføre en hel treningsøkt, er det i alle fall bedre å ha gjort litt, enn ingenting. En av informantene beskriver at det ikke er mulig å være i samme “modus” når man er ferdig med oppholdet ved frisklivssentralen. Han utfyller dette med å si at man ikke er like intens verken når det gjelder kosthold eller fysisk aktivitet, men at du har en slags “grunnpakke” med i underbevisstheten, som gjør at man likevel opprettholder mange av endringene.

“Så skal du få folk til å forstå at litt forandring kan faktisk gjøre ganske mye. Hvis du bare tar med deg 20 % av det du lærte her, så tror jeg du får det mye bedre på alle mulige måter”.

Opplevelsen av å ha mestret store endringer i livet står sterkt når de enkelte ganger opplever å mislykkes. Flere forteller at de *vet* at de kan klare å hente seg inn igjen dersom de en dag i mellom faller tilbake mot gamle vaner.

5.5.3 Eget initiativ til lystbetont aktivitet

I denne fasen opplever ikke deltakerne samme motstanden mot trening, da de ser på aktiviteten som lystbetont og motiverende i seg selv.

“Men trening ble ikke noe “må” etter hvert. Det ble lystbetont. Men etter hvert så var det ... Nei, jeg syntes det var kjempegøy”.

Flere hevder at de nærmest glemmer at de trener, og at når de opplever at de har det gøy går tida fort:

«Og så e det det at vi, vi lekte en del. Vi gjør masse øvelser. Og det er veldig kjekt da, og du, du vet ikke ordet av det før at tida er gått. En time og et kvarter».

Til tross for dette ønsker alle informantene fortsatt å ha en viss fastsatt struktur i form av faste tidspunkt for trening for å lettere gjennomføre denne. I slutten av denne fasen, hvor deltakerne har avsluttet sin reseptperiode, er aktiviteten på initiativ fra deltakeren, som selv ønsker å skape disse rammer og struktur. Tre av deltakerne har kjøpt treningskort for å delta i gruppeaktiviteter ved frisklivssentralen, mens de to andre har gått i gang med aktiviteter utenfor kommunens regi. Alle påpeker at det fortsatt er viktig å ha faste tidspunkt for teningen, evt. avtale med venner eller trener om tidspunkt for å opprettholde jevnlig frekvens på treninga.

5.5.4 Å se seg selv i nytt lys

Under intervjuene fremstår informantene generelt sett som noen som har det godt med seg selv. Trivsel er et sentralt begrep når de snakker om hva livsstilsendringene har gitt dem. De

omtaler seg selv som noen som ikke tar seg selv så høytidelig og ikke behøver å legge for stort press på seg selv.

«Vi har nok litt tendens til å tenke alvor i mye. Og med det å leke, så kan du slippe deg litt løs. [...] At du på en måte blir litt løsere, at ikke alt er bare alvor».

Denne informanten mener at det å ikke ta alt så alvorlig er med på å gjøre det lettere å ikke gi opp. Hun beskriver seg selv som en som tidligere hadde lett for å gi opp når det var noe hun ikke mestret. Dersom hun nå opplever å ikke mestre noe den ene dagen, kan hun si til seg selv at da mestrer hun det neste dag.

Mestring er også sentralt for flere av de andre deltakerne. Etter å ha vært gjennom sine livsstilsendringer, omtaler de seg selv nå som noen som mestrer. Dette kan være alt fra dagligdagse, huslige oppgaver, til større aspekter ved livet. En av informantene har flyttet og kjøpt et lite småbruk hvor han blant annet driver med hest. Han har energi og overskudd til å drive med sin store interesse, og har god tilgang til naturen hver dag. Han trekker frem dette som noe av det viktigste i forbindelse med sine livsstilsendringer.

Alle informantene understreker at deltakelsen ved frisklivssentralen har vært en av de viktigste faktorene for endringene de har oppnådd. Likevel kommenterer de også at den egeninnsatsen de har lagt ned, har vært essensiell og påpeker med det at de selv har mestret å ta grep i sitt eget liv, som har gitt gode resultater.

«Det er jo ingen som kan bestemme for deg egentlig. Du må ta den siste avgjørelsen, den må du gjøre sjøl. [...] Jeg føler liksom at det ligger noe hos meg som jeg kan klare å ta fram selv da».

I takt med endrede kostholds- og aktivitetsvaner, endres også deltakernes syn på seg selv. En beskriver seg selv som noen som ikke lengre «sitter med potetgullposen foran meg hele tiden», mens en annen påpeker at «nå [...] som jeg er i bedre form enn jeg har vært i alle de årene». I tillegg til å se på seg selv på en ny måte, beskriver flere av informantene også hvordan de opplevde at andre endret sitt syn på dem. En informant forteller at det var lite hjelp å hente fra familien i starten, men at dette endret seg etter hvert som familiemedlemmer får større forståelse for situasjonen:

«Hjemme så er det ingen som; «å nei, men, nå må du gjøre... eller så flott at du...»det er ikke helt sånn [...] men sånn etter hvert så så han at jeg... det her på en måte gikk for meg på en måte da, eller hva jeg skal si. Så da hadde han nok et litt annet syn på det [...] Hen ser jo forskjellen på hva jeg spiste da og hva jeg spiser nå. Ja, så han... Og det trur jeg og er en av årsakene til at han skjønner det at «nå er det vanskelig for meg å gå i butikken»».

5.6 En iboende ressurs

Frem til nå har jeg presentert resultater som sier noe om at deltakerne ikke er like «intense» når det kommer til fysisk aktivitet og kosthold som da de var deltakere ved frisklivssentralen. De beskriver selv at de har et mer avslappet forhold til kropp og helse og dersom de mister ei treningsøkt en dag eller to, har de en ny mulighet senere. Flere poengterer at det kan være lett å falle tilbake til gamle vaner. Til tross for dette sier de likevel at de har gjort grunnleggende endringer som gjør at livsstilsendringene vedvarer.

Deltakerne får spørsmål om hvordan det oppleves og hva de gjør dersom det har gått en lengre periode hvor de har vært i mindre fysisk aktivitet. En informant beskriver:

«Jeg prøver nok å kjenne etter at nå, nå er det noe som skurrer her hos meg, så nå må jeg gjøre noe med det. [...]Det er mer en sånn fortvilelse, eller sånn uro over at jeg ikke får lea på kroppen på samme måten. [...]mange år med et annet liv er jo vanskelig å forandre. Og det... det er som jeg sier, det hender du går tilbake til ting. Men så vet du at, nå klarer jeg liksom å tenke at «sånn skal det ikke være. Dette må du forandre på igjen». Og det klarte jeg nok ikke tidligere».

En annen informant beskriver opplevelsen av å ha vært borte fra aktivitet over en lengre periode som en følelse av dårlig samvittighet og at det er noe som «skurrer baki her». Denne følelsen forteller han at det er på tide å «ta seg selv i nakken» og gjøre noen grep. Alle informantene føler likevel ikke at det er så vanskelig å ta tak i trening igjen når det da har gått en lengre periode, og de har noen ulike strategier for å komme i gang igjen. To av informantene forteller at det da kan være enklere å avtale en treningsøkt med andre bekjente. En forteller at det er lettere å komme i gang dersom hun melder seg på en organisert treningstime sammen med andre enn å gjennomføre aktivitet på egenhånd.

Oppsummert kan prosessen mot livsstilsendringer se ut til å inneholde elementer som går igjen blant de fleste informantene. De starter med en problemstilling i form av diagnose eller

oppfordring fra lege som resulterer i deltakelse ved Frisklivssentralen. Her opplever de tilhørighet i et sosialt fellesskap, nye erfaringer med egen kropp, samt mestring på mange områder. Etter endt deltakelse ved frisklivssentralen gir nye vanemønster mulighet til å rette fokuset bort fra kropp, helse, fysisk aktivitet og kosthold, noe som gjenspeiles i et avslappet forhold til disse faktorene. I neste kapittel vil disse resultatene drøftes i lys av teori og tidligere forskning.

6. Diskusjon

I det foregående kapittelet har jeg skissert deltakernes prosess mot sine livsstilsendringer. At det har vært en prosess for å komme dit deltakerne har kommet, er tydelig i materialet. I innledningen av denne oppgaven ble Prochaska og Di Clementes (I: Slettland og Donovan 2012) stadielinndeling av atferdsendring presentert. Denne modellen, som deler inn atferdsendring i stadiene *før-overveiellesfasen*, *overveiellesfasen*, *forberedelsesfasen*, *handlingsfasen* og *vedlikeholdsfasen*, har mange likheter med prosessen deltakerne ved frisklivssentralen har vært gjennom. Innledningsvis etterlyste jeg en presisering av hva disse fasene innebærer og hva som kreves for å komme videre i prosessen. I den videre teksten vil situert læringsteori og et kroppslig perspektiv på læring stå sentralt i drøftingen av endringene som har skjedd. Mestringsteori vil også belyse temaet.

6.1 Opplevelse av sosial tilhørighet – et sosiokulturelt perspektiv

I resultatene fra denne studien er det tydelig at det har skjedd en endring hos deltakerne under deres opphold på frisklivssentralen. De påpeker selv at sentralen har vært en viktig arena for læring. Samtlige av deltakerne trekker frem det sosiale nettverket som en av de viktigste faktorene for endringen som har skjedd, og det ble derfor naturlig for meg å søke forståelse for fenomenet i læringsteorier som omhandler læring i et sosiokulturelt perspektiv.

6.1.1 Læring i et praksisfellesskap

Som nevnt i teoridelen i denne oppgaven, står begrepet praksisfellesskap sentralt i Lave og Wengers (2003) læringsteori og representerer sosiale fellesskap som en avgjørende arena for læring. Basert på deres empiriske undersøkelser, utviklet de teorien om sosiale fellesskap som grunnlag for læring. I samhandling med andre gjøres det enkelte individ oppmerksom på hvordan andre individer opptrer og løser situasjoner, noe som gjør individet delaktig i andres kunnskaper og ferdigheter (ibid).

Dette gir en begynnende forståelse for hvorfor deltakerne ved frisklivssentralen trekker frem det sosiale aspektet som svært viktig for deres endring av livsstil. De refererer til følelsen av

forpliktelse ovenfor de andre deltakerne, som kan gjenspeile en opplevelse av at «når de andre deltar, så må jeg også delta» eller «hvis de andre klarer, skal jeg også klare det». De bruker med andre ord de andre deltakerne i sitt praksisfellesskap; frisklivssentralen, som ledetråd for egen atferd, og det skapes en «kultur» for denne type atferd i dette fellesskapet. Andre studier som også har sett på livsstilsendringer konkluderer også med at sosiale relasjoner og kommunikasjon oppleves som viktig for deltakere i livsstilsendringsprogrammer (Chen et al. 2005; Fucuoka et al. 2011; Bratland-Sanda et al. 2014).

Flere av deltakerne i denne studien påpekte det sosiale fellesskapet som en arena hvor alle var likestilte og fremhever opplevelsen av tilhørighet til et fellesskap. Wenger (2004) trekker frem noen sentrale dimensjoner ved praksisfellesskap som læringsarena. Det første aspektet peker på deltakernes gjensidige engasjement som er med på å knytte deltakerne sammen til en sosial enhet. Utsagn som «*Godtatt for den du er*», «*å liksom bli verdsatt*», «*du blir en del av gjengen*» og «*alle blir på en måte like*» fremhever frisklivssentralen som et type praksisfellesskap hvor deltakerne opplever seg som en sosial enhet. De påpeker også at de føler seg verdsatt og respektert.

Videre peker Wenger (ibid) på at individene i praksisfellesskapet er knyttet til en felles virksomhet. Dette finner vi også igjen i frisklivssentralen, der alle har et visst felles mål for deltakelsen. De kan være henvist av ulike årsaker, ha ulikt grunnlag både når det kommer til erfaring med aktivitet, fysisk form og helsesituasjon for øvrig. Likevel opplever de dette som uvesentlig i samholdet med de andre deltakerne. De ser på det som en lettelse at de slipper å fortelle om sin helsebakgrunn og sine plager og trekker frem viktigheten av at aktivitet legges på et nivå som kan tilpasses alle uavhengig av fysisk form. På bakgrunn av dette opplever deltakerne at de stiller på likt grunnlag, og har et felles mål, nemlig å hjelpe hverandre til å gjennomføre deltakelse.

6.1.2 Legitim perifer deltakelse

I resultatkapittelet fremkommer det at deltakerne har et noe annerledes forhold til aktivitetene på frisklivssentralen ved oppstart og etter en viss tidsperiode. I begynnelsen er deres deltakelse preget av noe usikkerhet og tilbakeholdenhet. En av deltakerne forteller blant annet at det var vanskelig å slippe seg løs i starten, særlig i forbindelse med aktiviteter som var

forbundet med lek. I denne innledende fasen er deltakelsen av en perifer karakter. Deltakerne tar lite styring selv, og er i stor grad del av opplegget som allerede er lagt til rette for. Etter hvert som formen blir bedre, rapporterer de også at de mestrer mer. De går lengre turer, noen begynner å jogge i stede for å gå og de deltar på mer krevende aktiviteter. Dette kan man betrakte isolert som en forbedring av fysisk form, men i følge Lave og Wengers (2003) teori om situert læring i praksisfellesskap, kan man se på denne endringsprosessen som et viktig aspekt av deltakernes læring. I samvær med andre deltakere ser informantene at de andre også blir slitne og har sine utfordringer de strever med. Dette er med på å legitimere og ufarliggjøre nye kroppslige følelser, som slitenhet og utmattelse. Samtidig blir dette et felles anliggende som virker inkluderende omkring en felles virksomhet. Deltakerne forteller også at de føler en viss forpliktelse til de andre og terskelen for å gi seg blir høyere enn når de er alene. Dette fører til nye erfaringer med egen kropp og lærer seg å kjenne sin fysiske og mentale kapasitet. Denne læringen er med på å endre deltakerens rolle i forhold til de andre. Økt mestring og økt kapasitet til å delta i ulike aktiviteter tillegger deltakeren en mer sentral posisjon i fellesskapet.

Et annet aspekt ved informantenes deltakelse ved frisklivssentralen, er at de går fra å være en del av andres opplegg, mot å etter hvert ta mer og mer styring over aktivitetene sine selv. Tidligere studier har dokumentert viktigheten av å ha tett oppfølging av fagpersonell i en prosess mot livsstilsendringer, hvor det skapes et slags avhengighetsforhold mellom deltaker og fagperson (Chen et al. 2005; Jones et al. 2007). Dette avhengighetsforholdet beskriver noen av deltakerne i denne studien som en del av innledende fase hvor de trekker frem viktigheten av faste rammer og struktur, samt tilbakemelding fra fagpersonalet. Etter hvert blir det likevel tydelig at måten deltakerne endrer posisjon i praksisfellesskapet er med på å skape økt ansvar hos den enkelte, som igjen hindrer at det etableres et varig avhengighetsforhold til frisklivssentralen som institusjon. Etter reseptperioden avsluttes, tar deltakerne selv initiativ til å melde seg opp til treningsaktiviteter, gjøre avtaler med treningskamerater eller sette av tidspunkt for aktivitet. Dette kan man se på i lys av Lave og Wengers begrep om *full deltakelse* i et praksisfellesskap. Full deltakelse er ikke et statisk begrep som omhandler en slags kjerne, eller universell forståelse av den optimale deltakelse, men omfatter de ulike relasjoner i deres varierende former for medlemskap (Lave og Wenger 2003). Deltakerne i denne studien tar etter hvert mer og mer ansvar og styrer i stor grad egen praksis, noe som kan anses som nært opp mot full deltakelse i praksisfellesskapene de er en del av.

Lave og Wengers teori om læring i praksisfellesskap har vært kritisert for å kunne omfatte en hver situasjon, noe som vil gjøre begrepet verdiløst i seg selv (Bakke og Tønnesen 2007). Det sosiale nettverket er likevel ikke ubetinget koblet til læring, men avhenger hele tiden av det enkelte individs engasjement og aktive deltakelse (ibid). Samtlige deltakere trekker frem det sosiale fellesskapet som svært viktig for deres livsstilsendringer. Likevel poengterer flere av dem at det ikke er tilstrekkelig med et sosialt nettverk alene for å kunne mestre endringene de har gjennomgått. Sitatet under ble presentert i resultatkapittelet og illustrerer dette tydelig:

«Du må gi av deg selv, ja. Gå inn med, gå inn med full styrke fra dag én. Hvis du skal få forandring på ting, så må du det. Det gjelder med alt i livet. Det kommer ikke av seg selv. Ingenting kommer av seg selv. Du må gå inn, som jeg sier, med full styrke».

Dette forteller oss at det forutsettes en aktiv deltakelse av individet selv for å kunne oppnå resultater. Wenger (2004) poengterer også at en legitim perifer deltakelse innebærer en *aktiv* deltakelse for å kunne føre til læring. Han påpeker at begrepet deltakelse må forstås i videre forstand enn engasjement til bestemte aktiviteter. Vi kan engasjere oss for oppgaver innenfor ulike aktiviteter, men like fort «skru av» engasjementet når aktiviteten avsluttes. Derimot bruker han deltakelse om en konstituert del av vår identitet som ikke kan slås av og på. Deltakelse innebærer at forståelse og erfaring er i konstant samspill (Lave og Wenger 2003). Med dette kan vi forstå at det vil være ulikt læringsutbytte for deltakere ved frisklivssentralen som møter opp og gjennomfører aktivitet uten en videre forståelse for erfaringene en gjør seg, og de deltakerne som stadig øker sin forståelse i takt med økt erfaring. Disse deltakerne «slår ikke av» sitt engasjement når de forlater frisklivssentralen, men tar med seg sin aktive rolle i andre situasjoner i dagliglivet.

Ved å etter hvert ta mer og mer ansvar for eget aktivitetsnivå, kosthold, samt depresjonsmestring, beveger deltakerne seg mot såkalt full deltakelse i et praksisfellesskap. Den nye kunnskapen og atferden fra praksisfellesskapet ved frisklivssentralen tar de også med seg i andre praksisfellesskap. Flere av deltakerne beskriver hvordan de nye vanene etterhvert implementeres i familien og andre sosiale kretser. To av de kvinnelige informantene forteller for eksempel om ektefeller som har drevet med fysisk aktivitet på jevnlig basis. Tidligere har dette vært et anliggende for ektefellen, men er nå en aktivitet som de kan gjøre i fellesskap. En av informantene deltok på frisklivssentralen sammen med sin kone. De tok med seg erfaringene fra frisklivssentralen inn i familiens sosiale ramme ved å gjennomføre

treningsøkter sammen, ved siden av å implementere et nytt kosthold for seg selv og barna. Lave og Wenger (ibid) definerer perifer deltakelse i praksisfellesskap som individets plassering i den sosiale verden.

«Perifer deltakelse handler om at være placeret i den sociale verden. Skiftende plassering og perspektiver er en del af aktørnes læringsbaner, utviklingsidentiteter og former for medlemskab. Legitim periferitet er endvidere et komplekst begreb, der er impliceret i sociale strukturer, som indebærer magtrelasjoner» (Lave & Wenger 2003:37).

For å forstå hvordan deltakerne kan «bevege seg» fra perifer deltakelse i retning full deltakelse, blir det vesentlig å se på individenes ulike roller i relasjonene som finner sted i de ulike sosiale fellesskapene deres.

6.1.3 Identitet, roller og relasjoner

I resultatene i denne oppgaven kommer det frem at informantene opplever endring av egen identitet etter deltakelse ved frisklivssentralen. De anser seg selv som noen som ikke tar seg selv så høytidelig, men som i større grad enn før mestrer utfordringer av ulik art. I tillegg ser de på seg selv som mer aktiv og i bedre fysisk form enn forut for deltakelsen. Denne endringen av egenoppfatning må kunne i en form for sammenligningsgrunnlag. Ved å karakterisere seg selv som en som mestrer utfordringer, må det foreligge en viss oppfatning av hva som omfatter en som mester, og en som ikke mester. Dette beror nok både på erfaringer fra tidligere, men også en forståelse av seg selv i relasjon til andre. På denne måten ønsker jeg å forstå deltakernes identitet som både et resultat av, og et utgangspunkt for, det sosiale fellesskapet ved frisklivssentralen.

«At bevege sig i retning af fuld deltagelse i praksis indebærer ikke blot en større tidsmæssig forpligtelse, forøget indsats, flere og bredere ansvarsområder indenfor fællesskabet og vanskeligere og mere risikable opgaver, men hvad viktigere er, en voksende fornemmelse av identitet som mesterpraktiker» (Lave og Wenger 2003: 95).

Ved å starte prosessen med det Lave og Wenger (ibid) definerer som legitim perifer deltakelse, for så å endre posisjon i fellesskapet mot en full deltakelse, skjer det også endringer av egen identitet. Relasjonene endrer seg i form av at individene får ulike roller og maktfordelingen endres. Deltakerne ved frisklivssentralen trekker frem erfaringer med noen

av de ulike rollene som utspilles i det sosiale fellesskapet. Flere beskriver et av prinsippene ved frisklivssentralen som innebærer at de med fysisk god form «henter opp» de med dårlig form når de er ute på tur. Denne tilrettelegginga gjennom aktivitet har som mål at ikke avstanden mellom deltakerne i gruppa blir for stor, samtidig som de kan holde et individuelt tilpasset intensitetsnivå uavhengig av fysisk form. I tillegg er denne type aktivitet med på å gi deltakerne oppgaver som definerer deres posisjon i fellesskapet. De med god fysisk form får i oppgave å motivere og støtte de med dårligere kapasitet og tillegges i så måte en «hjelpesfunksjon». Med denne oppgaven følger det en følelse av forpliktelse og ansvar, men viktigst av alt, en opplevelse av egen mestring. De med dårligere kapasitet føler seg ivaretatt og respektert, samtidig som de inspireres til videre utfordring. I starten av prosessen vil de fleste identifisere seg med de med dårligst fysisk form. Etter hvert som formen bedrer seg, samtidig som det kommer til nye deltakere, vil man endre posisjon i fellesskapet og kan se på seg selv som en av dem med bedre fysisk form.

Til tross for disse ulike rollene, oppfatter deltakerne likevel en likeverdighet i det sosiale fellesskapet på frisklivssentralen. I Lave og Wengers (2003) studier av mesterlære ser det ut til at lærlingene lærte best i relasjoner med andre lærlinger, enn i situasjoner som var preget av større asymmetri i forhold mellom «nyankomne» lærlinger og veteraner/pedagoger i fellesskapet. Deltakerne ved frisklivssentralen presiserte viktigheten av å føle seg likeverdige og respektert. Dette gjorde det lettere å slippe seg løs og ikke ta seg selv så høytidelig. Samtidig kan det å se hvordan andre i samme situasjon håndterer utfordringer, hjelper en selv til å se egne muligheter. Sitatet «*andre har jo problemer de også, ikke bare jeg liksom*» er et godt eksempel på dette. Deltakerne lærer av de andre deltakernes atferd, og endrer på den måten sin posisjon i fellesskapet.

I lys av Lave og Wengers (2003) læringsteori er det ingen tvil om at deltakerne ved frisklivssentralen har gjennomgått en læringsprosess hvor de har tilegnet seg mer eller mindre ikke-verbalisert kunnskap innen feltene fysisk aktivitet, forhold til kosthold og depresjonsmestring. At det sosiale fellesskapet ikke bare har vært en viktig arena, men også en viktig del av læringa er også tydelig. Lave og Wenger (ibid) presiserer selv at denne læringa ikke nødvendigvis befinner seg på et kognitivt nivå, og det blir derfor en utfordring å forstå hvordan den nye kunnskapen blir en del av individet ut fra den tradisjonelle pedagogikkens forklaringsrammer hvor behaviorismen og kognitivismen har stått sentralt.

Videre i denne oppgaven vil jeg, ved hjelp av et kroppsfenomenologisk perspektiv, se på deltakernes kroppslige erfaringer som en del av læringsprosessen.

6.2 Kroppslig erfaring

Ovenfor har jeg redegjort for hvordan det sosiale fellesskapet har bidratt til endring hos deltakerne ved frisklivssentralen. Ved hjelp av den situerte læringsteorien om praksisfellesskap kan man forstå læring som en del av - og en følge av relasjoner i sosiale fellesskap (Lave og Wenger 2003). I forhold til denne oppgaven er det likevel ikke tilstrekkelig å bruke dette perspektivet alene for å forstå hvordan læringen implementeres som en del av atferdsendringene informantene beskriver. De kroppslige erfaringene de gjør seg gjennom deltakelse ved frisklivssentralen er særskilt relevante sett ut fra et kroppsfenomenologisk perspektiv. Som beskrevet tidligere tar Merleau-Ponty kroppen som utgangspunkt når han skaper en fenomenologisk forståelse for læring i sitt prosjekt mot å bryte ned det dualistiske skillet mellom kropp og sjel.

«Man siger, at kroppen har forstått, og vanen er erhvervet, når den har ladet sig gennemtrænge af en ny betydning, når den har tilegnet sig en ny betydningskerne»
(Merleau-Ponty 1994:103)

I dette sitatet ønsker Merleau-Ponty å presisere at det er kroppen som forstår, og den forstår etter selv å la seg «gjennomtrenges» av betydning. Dette vil være utgangspunktet for videre drøfting av hvordan deltakernes kroppslige erfaringer bidrar til å skape læring.

6.2.1 Kroppen som subjekt og objekt

Alle informantene opplevde at den fysiske formen bedret seg som et resultat av deltakelsen ved frisklivssentralen samtidig som de registrerte evt. vektnedgang. På bakgrunn av annen forskning som viser til resultater av fysisk form på bakgrunn av et livsstilsendingsprogram (Blom 2008; Lie et al. 2013) var dette ikke overraskende. I følge både Moe (2009), Bårdsen og Thornquist (2010) kan disse biologiske endringene ses på som en ren bieffekt av tiltakene økt fysisk aktivitet og kostholdsendringene. Jeg støtter meg til dette synet uten ønske om å bagatellisere denne effekten, som absolutt er essensiell for deltakernes helsetilstand, så vel

som deres opplevelse av mestring. Likevel er det et annet aspekt av den kroppslige erfaringen som informantene trekker frem som vel så viktig, nemlig subjektive følelser og emosjoner knyttet til sin nye livsstil. En ensidig biomedisinsk tilnærming til fenomenet livsstilsendringer hos overvektige vil kunne føre til en objektivisering av kroppen. Målsetningen for en overvektig vil ut fra dette perspektivet utelukkende være vektreduksjon. Tiltaket for å nå målet vil være økt energiforbruk i form av fysisk aktivitet og redusert energiinntak i form av endret kosthold (Shook et al. 2014). Et tilsynelatende enkelt regnestykke. Ut fra dette perspektivet fremstilles kroppen som et objekt som skal formes og endres, uten at det tas hensyn til subjektet -det enkelte individ.

I følge Merleau-Ponty (2002) kan vi se på kroppen som et objekt i den forstand at vi kan se den og ta på den. Samtidig skiller den seg fra alle andre objekter, da vi aldri kan forlate den. Vi *har* ikke bare en kropp som objekt, vi *er* våre kropper som subjekt. At vi ikke kan løsrive oss fra egen kropp, tillegger kroppen en subjektstatus som «situert» i verden, noe som gjør det umulig å kunne se på kroppen som et rent naturfenomen som kan forklares uavhengig av tid, sted og sammenhenger for øvrig (Thornquist 2003). Merleau-Ponty argumenterer for at kroppen ikke bare er rent materie som den fremstilles i en biomedisinsk tradisjon, men den er samtidig erfarende, noe som gir våre livserfaringer en direkte forankring i kroppen. Dette perspektivet legger Moe (2009) til grunn når hun presiserer viktigheten av å vektlegge den enkeltes opplevelser og erfaringer for tilrettelegging av tiltak i form av fysisk aktivitet. Denne samtidigheten av kroppen som objekt og subjekt blir tydelig når informantene gir de emosjonelle erfaringene med livsstilsendringene stor betydning. Å oppleve glede, mestring, velvære og trivsel trekkes frem som særlig viktig for å opprettholde endringene. Dette er ikke unikt for deltakerne i denne studien, men beskrives også i andre studier av livsstilsendringer (Jones et al. 2007).

6.2.2 Sansing, persepsjon og bevegelse

Ut fra et fenomenologisk perspektiv ønsker jeg å forstå hvorfor flere av deltakerne sier at det føles godt å være i aktivitet. Moe (2009) skriver i en kroppsfenomenologisk skildring av fysisk aktivitet at det er gjennom bevegelse en opplever seg selv og omverdenen. Hun forklarer dette med samspillet mellom begrepene sansing, persepsjon og bevegelse. Begrepene finner vi sentrale i Merleau-Pontys (1994) kroppsfenomenologi. Alle informantene

beskriver at de i etterkant av fysisk aktivitet opplever velvære og en god følelse i kroppen. Det er også påfallende at samtlige trekker frem den positive opplevelsen av å være i aktivitet ute i naturen -uavhengig av været. Som nevnt tidligere opplever de også aktivitet som gjennomføres i grupper som særlig inspirerende. Det virker som om bevegelse i seg selv er en utløsende faktor for å kunne oppleve velvære. I tillegg påvirkes denne følelsen av hvor aktiviteten finner sted, og hvem den utføres sammen med.

En av informantene beskriver hvordan sansene er involvert i aktivitet utendørs:

"Det der å gå i skogen og høre og se. Det er helt... Det er sånn, jeg vet ikke om det må læres å gjøre det, eller hva det er for noe, men det er i hvert fall noe helt ... det kan ikke sammenlignes med noe annet".

En annen sier:

"Lukta. Alt. Oksygenopptaket. Du får jo frisk luft, sant. Det er bare helt utrolig".

Sansesystemet vårt er nøye kartlagt i naturvitenskapelig øyemed. Vi har sanseceller i de ulike sanseorganene som fanger opp adekvat sansestimuli. Med øynene kan vi se, med ørene kan vi høre, med nesen kan vi lukte, med hendene kan vi føle osv. Nervesignaler sørger for at stimuli når sentralnervesystemet og vi bevisstgjøres i større eller mindre grad sanseopplevelsen (Brodal 2007). Ut fra den naturvitenskapelige beskrivelsen av sansesystemet vårt, kan vi se på sansenes funksjon isolert fra hverandre. I virkeligheten oppfatter vi sanseimpulsene i samspill med hverandre. I kroppsfenomenologien finner man ofte at det trekkes paralleller til gestaltteorien, hvor helheten opptrer før delene for vår bevissthet (Leder 1990; Merleau-Ponty 1994; Thornquist 2003). Det er altså den kvalitative betydningen av det vi sanser som gis plass til i vår bevissthet. Ikke bare tolker vi sansene i forhold til hverandre, men vi tolker dem også på bakgrunn av våre tidligere sosiokulturelle erfaringer og opplevelser. Det er dette Merleau-Ponty (2002) omtaler som persepsjon. Våre sanser er altså bare en del av systemet som hjelper oss å oppleve en helhetlig forståelse av oss selv og våre omgivelser. Når deltakerne ved frisklivssentralen opplever en god følelse etter å ha vært i fysisk aktivitet ute, kan dette ha en sammenheng med hvordan de får en rekke sanseinput fra miljøet, samtidig som disse inputene blir oppfattet i en kontekst av deres forforståelse. Det norske naturlivet er et av de mest sentrale trekkene ved den norske naturen og ferdsel i naturen assosieres gjerne med det å være «ekte nordmenn», og kan i så måte være med på å skape en

identitetsforklaring (Høyem og Westersjø 2011). En kulturell forståelse av at naturen er en arena for det "friske", og "barndomslæren" om at frisk luft er sunt kan spille en viktig rolle i deltakernes persepsjon av den gode følelsen med å være i aktivitet utendørs.

Informantene beskriver at det å se, høre og lukte skaper gode opplevelser. I tillegg forteller de at bevegelse i seg selv oppleves som godt. Det proprioceptive sanseapparat som finnes i muskel/skjelettsystemet vårt, er avgjørende for hvordan bevegelse i seg selv er en viktig kilde til persepsjon av omverdenen, og dermed også opplevelsen av seg selv i verden. Merleau-Ponty (1994) trekker derfor frem bevegelse som en viktig kilde til persepsjon. I hans litteratur bruker han gjerne eksempler om hvordan konkrete motoriske ferdigheter innlæres på bakgrunn av bevegelseserfaring. Han beskriver for eksempel hvordan spebarnet lærer å gripe en leke etter erfaringer med å strekke frem armen, eller hvordan man lærer å danse en ny dans på bakgrunn av motoriske erfaringer med dansen. Moe (2009) har brukt hans teori for å forstå persepsjon og bevegelse i en mer generell forståelse av fysisk aktivitet og påpeker at bevegelse, sansning og persepsjon er uløselig fra hverandre. Bevegelse er en forutsetning for sansning og persepsjon, mens disse faktorene igjen er en forutsetning for bevegelse. På bakgrunn av den fenomenologiske forståelsen av bevegelse, mener hun at befolkningens aktivitetsnivå kan økes ved å legge til rette for aktivitet som fremmer positive opplevelser med bevegelse og støttes på dette av Bårdsen og Thornquist som skriver: «*For å få varig endring av daglige vaner er det den enkeltes opplevelser og verdsett som er avgjørende*» (Bårdsen og Thornquist 2010:1488). Deltakernes positive opplevelse av bevegelse, samt aktivitet utendørs ser ut til å være en nøkkel til å skape vanemessig atferd med økt fysisk aktivitet. De ønsker å gjenskape den gode opplevelsen, og erfarer etter hvert fysisk aktivitet som noe de selv ønsker å gjennomføre, og ikke en "må-ting" som de gjorde ved oppstarten på frisklivssentralen.

"There is no inner man, man is in the world, and only in the world does he know himself". (Merleau-Ponty 2002:XII). Når Merleau-Ponty (2002) beskriver subjektets væren-i-verden, viser han til den prerefleksive kroppslige tilstedeværelsen som er primær. Vi er allerede i verden med våre kropp, og kan bare på bakgrunn av vår kroppslige tilstedeværelse forstå verden og oss selv som en del av den. I vestlig kultur opplyses vi stadig i form av helsekampanjer og såkalte "livsstilsråd" fra ulike kanaler, og det er nok kjent for de fleste at fysisk aktivitet og et sunt, varier kosthold er viktig for vår helsetilstand. Noen av deltakerne i denne studien påpekte også dette, men presiserte at de likevel ikke hadde klart å endre vanene

på bakgrunn av denne type kunnskap. Denne type befolkningsrettet helseopplysning baserer seg på en kognitiv strategi hvor målet er å gi kunnskap og informasjon til flest mulig. Denne strategien har vist seg å ha begrensninger og det kan se ut til at det er et stort gap mellom å gi gode helseråd og å få folk til å følge rådene (Mæland 2005). I denne studien blir det tydelig at endringer er avhengig av den kroppslige erfaringen med å være i aktivitet, eller smakserfaringen med et nytt kosthold som igjen gir grunnlaget for en god følelse. Dette anser jeg som viktig kunnskap i all praksis hvor endring av atferd er involvert. For å kunne nå frem til individets forståelse, må vi tillate individet å skape forståelsen gjennom egen kropp. Først da kan vi lære å kjenne kroppen på nytt, som Merleau-Ponty skriver:

"We have relearned to feel our body; we have found underneath the objective and detached knowledge of the body that other knowledge which we have of it in virtue of its always being with us and of the fact that we are our body" (Merleau-Ponty 2002: 239).

6.2.3 Kroppslig læring

Jeg spurte informantene om hva de hadde lært på frisklivssentralen. Flere av deltakerne tenkte seg lenge om før de svarte. De hadde alle en oppfatning av at de hadde lært mye og oppfattet at deltakelsen hadde hatt stor betydning for deres livsstilsendringer. Likevel var det vanskelig å svare konkret på dette spørsmålet. Dette kan nok ha sammenheng med typen kunnskap de har tilegnet seg i løpet av denne prosessen. Noen av deltakerne forteller at de har lært enkelte treningsprinsipper, depresjonsmestringsteknikker og ernæringstips. Dette kommer likevel i bakgrunnen av den *kroppslige* kunnskapen de har tilegnet seg gjennom handling og erfaring. Begrepet kroppslig kunnskap er tett knyttet opp mot det som også kan omtales som «handlingskunnskap», «taus kunnskap», «praktisk kunnskap» osv. (Nortvedt og Grimen 2004). Jeg velger å bruke begrepet kroppslig kunnskap, da jeg mener atferdsendringene i dette tilfellet er tydelig kroppslig forankret.

Merleau-Ponty (1994) analyserer en rekke eksempler av praktiske ferdigheter hvor han tematiserer hvordan kunnskapen eksisterer i vår kropp. Han eksemplifiserer dette med hvordan man lærer seg å danse, hvordan man er i stand til å skrive på tastaturet uten å kunne si hvor de enkelte bokstavene befinner seg, eller hvordan pianisten lærer seg å spille på et nytt piano. Han skriver:

«Men hvis vanen hverken er en viden eller en automatik, hvori består den da? Det drejer sig om en viden, som ligger i hænderne, og som kun melder sig ved en kropslig indsats og ikke kan tolkes objektivt» (Merleau-Ponty 1994:99)

Med dette kan vi forstå hvordan vi med kroppen persiperer verden rundt oss, ser den i sammenheng med vår intensjon og forståelse og derav erverver nye vaner. En av informantene beskriver hvordan hun lærte seg å takle depresjon og negative tanker som hun lenge hadde vært plaget av. Etter en periode med innøving av en konkret teknikk opplevde hun plutselig en endring som hun beskriver slik: *«Men etterhvert da behøvde du ikke tenke på dem, da går det av seg selv da liksom»*. Leder (1990) beskriver også denne typen kunnskap og bruker betegnelsen «I can» om ferdigheter som vi ureflektert vet at vi kan gjøre uten særlig kognitivt fokus: *«This now comes without conscious effort, allowing my focus to be directed elsewhere»* (Leder 1990: 31). Videre beskriver han hvordan disse «I can»-ferdighetene kan bli en del av våre atferdsvaner - «I do»:

«As a result of ongoing patterns of action, the body can develop automatic tendencies to repeat. I may fall into unreflective habits concerning waking up and going to sleep, conducting myself on the job, interacting with colleagues, exercising, or relaxing. The vast reach of the «I can» contracts into the «I do», that region of body possibility I actually use. Nor, because of the nature of incorporation, is it easy to excise or even recognize such habits. Over time they simply disappear from view. They are enveloped within the structure of the taken-for-granted body from which I inhabit the world» (Leder 1990:32).

Med dette kan vi forstå hvorfor det var vanskelig for deltakerne å sette ord på hva de hadde lært ved frisklivssentralen. Tradisjonelt sett har læring og kunnskap vært sett på som et kognitivt anliggende som er av en mer presis art enn den som vi kun erfarer (Rognhaug 1996). På bakgrunn av Platons oppfatning av at vitenskap skulle kunne uttrykkes i påstander har kunnskapsbegrepet vært nært knyttet til det formulerbare (Nortvedt og Grimen 2004) noe som har ført til at den teoretiske kunnskapen har vært ansett som overlegen praktiske kunnskapsformer. I intervjuene kom det frem at informantene hadde tilegnet seg en rekke nye vaner, som innbefattet en form for kroppslig læring. Dette fremstod likevel ikke umiddelbart som en kunnskap for deltakerne, men befinner seg på et mer ikke-refleksivt nivå. Dette gjør det interessant å se på hva informantene, mener med utsagn som *«jeg har blitt mye mer bevisst på kropp og helse»*. Utsagnet står i kontrast til Leders (1990) beskrivelser av hvordan vanene «forsvinner» for vår bevissthet. I neste avsnitt vil jeg se nærmere på dette fenomenet.

6.2.4 kroppsbevissthet og kroppsoppmerksomhet

Begrepet «bevissthet» dukket opp ved flere anledninger i mine intervjuer, og var et begrep informantene knyttet tett opp til livsstilsendringene. Flere av dem hevdet at de var blitt mer bevisste sitt forhold til trening, kosthold og generelle helsetilstand etter deltakelsen ved frisklivssentralen. Likevel viser funnene en redusert oppmerksomhet mot kroppen, og andre utsagn tyder på at den kognitive bevisstheten ikke var særlig fremtredende i tiden etter deltakelse ved frisklivssentralen. Jeg vil her se nærmere på dette fenomenet og forsøke å avklare hvordan bevisstheten endrer seg gjennom prosessen mot livsstilsendringer.

Begrepet bevissthets tvetydighet er drøftet av andre tidligere. Gallagher (2005) har forsøkt å oppklare det tvetydige meningsinnholdet ved å skille mellom begrepene kroppsbevissthet og kroppsoppmerksomhet. Han mener vi kan bruke begrepet kroppsoppmerksomhet for å forstå hvordan vi retter vårt oppmerksomhetsfelt mot kroppen som objekt. Dette skjer gjerne i forbindelse med sykdom, skader eller ved innlæring av nye oppgaver. Kroppsbevissthet er derimot en kontinuerlig tilstand hvor vi – gjennom våre kropper, persiperer oss selv og våre omgivelser. Gjennom denne formen for bevissthet er kroppen gjerne fraværende for vårt oppmerksomhetsfelt; vi retter oppmerksomheten bort fra egen kropp, og mot oppgaven som evt. skal gjennomføres (ibid).

Ut fra Gallaghers skille mellom kroppsbevissthet og kroppsoppmerksomhet kan man forstå tvetydigheten i informantenes utsagn om en økt bevissthet til tross for redusert oppmerksomhet mot kroppen. En økt kroppsbevissthet på bakgrunn av bevegelseserfaringer og persepsjon skaper økt kjennskap til egen kropp. Samtidig reduseres kroppsoppmerksomheten som en følge av de innlærte vanemønstrene som åpner for at oppmerksomheten i større grad kan rettes mot utenforliggende forhold.

Drew Leders bok, *The absent body* (1990) bygger på Merleau-Pontys kroppsfenomenologi og vektlegger hvordan kroppen veksler mellom å framtre og forsvinne for vår oppmerksomhet. I prosessen mot livsstilsendringer forteller flere av informantene at de var lite bevisste på kropp og helse før de ble gjort oppmerksom på dette enten i form av opplevd sykdom, informasjon fra lege om sin helsetilstand eller en opplevelse av at kroppen ikke var sosialt akseptert. Denne måten å gjøre bevisst sin egen kropp kan sees på ut fra det Leder (1990) definerer som «dys-appearance». Han bruker selv smerte og sykdom som tydelige eksempler på hvordan et

ikke-forventet ubehag kan føre til at oppmerksomheten flyttes mot kroppen: «*In stead of just acting from the body, I act towards it*» (Leder 1990:79). Han mener at en ved en slik form for dys-appearance, vil kroppen i større grad fremtre som et objekt utenfor oss selv; *den* er syk eller *den* er ikke sosialt akseptert.

«Whenever our body becomes an object of perception, even though it perceives itself, an element of distance is introduced. I no longer simply «am» my body, the set of unthematized power from which I exist. Now I «have» a body, a perceived object in the world» (Leder 1990: 77).

En av informantene beskriver kroppen sin som «*Den er stor. Han er ikke normal på en måte*», når hun forteller om de periodene preget av økt kroppsoppmerksomhet. Begrepet *dys-appearance* viser til en fremtredelse med fortegnet «dys» som stammer fra det greske begrepet for «dårlig», «vanskelig» eller «syk» (ibid). Kroppen fremtrer for oss som et objekt med mangler eller feil. Begrepet kan fremstå som negativt ladet, noe som kan virke banalt da dette en av de utløsende årsakene til at deltakerne befinner seg der de er i dag. I følge Antonovskys (2012) salutogenese er det nettopp denne typen tilsynelatende negative hendelser som ironisk nok kan gi positive følger for helsen i form av at individet tar tak i problematikken og håndterer utfordringene på en konstruktiv måte. I tilfellene som informantene i denne studien beskriver er det nettopp dette som har vært bakgrunnen for deres deltakelse ved frisklivssentralen. Likevel karakteriserer de denne kroppslige oppmerksomheten som en negativ oppmerksomhet. De så på kroppen sin som annerledes og ufunksjonell. Fokuset på kosthold opplevdes som et ork og fysisk aktivitet ble sett på som en «må-ting». En av informantene beskriver denne oppmerksomheten som nærmest uutholdelig; «*Du blir jo sprø av å tenke på mat hele tiden*». I følge Moe (2009) kan denne oppmerksomheten frarøve muligheten til å vie sin oppmerksomhet mot andre aktiviteter. Man kan derfor tenke seg at en slik type kroppslig oppmerksomhet kan virke dysfunksjonell på lengre sikt. Det som blir tydelig i mine resultater er riktig nok at denne kroppslige oppmerksomheten blir mindre og mindre fremtredende underveis i informantenes deltakelse ved frisklivssentralen. Fokuset dreier seg etterhvert mer mot aktivitetene de gjør, leken, det sosiale samholdet og opplevelsene i naturen og mindre mot sin egen kropp som objekt. Kroppen blir nærmest fraværende den kognitive bevissthet. Dette fraværet kaller Leder (1990) *disappearance*. Når vi betrakter et tre, kan vi ikke se våre egne øyne, når vi slår på spikeren med en hammer vender vi oppmerksomheten bort fra armen som utfører handlingen, og mot oppgaven i seg selv; spikeren som skal slås. Dette er tydelige eksempler på et sentralt prinsipp

i kroppsfenomenologisk tenkning, nemlig at bevegelse er intensjonell. Bårdsen og Thornquist (2010) beskriver også hvordan det kan oppleves som positivt å dreie fokuset bort fra kroppen.

«De fleste av oss har det best når vi glemmer kropp og helse, når vi ikke tenker på andres form og fasong, eller teller kalorier eller regulerer pusten, men er oppslukt og tilstede her og nå i de ulike gjøremål» (Bårdsen og Thornquist 2010: 1488).

Når informantene da beskriver at de har blitt mere bevisst sitt forhold til kosthold, fysisk aktivitet og helse, ser det ut til at dette dreie seg om noe annet enn den bevisste oppmerksomheten. Derimot ser det ut til at den kroppslige bevisstheten, som finnes mer eller mindre ureflektert som en kroppslig kunnskap, økes gjennom prosessen. Gjennom sine erfaringer med de nye vanene skaper de en økt ikke-refleksiv kroppslig bevissthet: De kjenner kroppen sin bedre og er mer var på signaler de får fra den. Flere av informantene beskriver at de har opplevd å føle at de er på vei tilbake mot tidligere atferdsmønster, men at kroppen sier i fra i form av en følelse av ubehag. Dette beskriver de både i sammenheng med perioder hvor de har vært mindre fysisk aktiv, eller spiste matvarer de opplevde som usunne. En av informantene sier: *«Det er mer en sånn fortvilelse, eller uro over at jeg ikke får lea på kroppen på samme måten»*. En annen informant beskriver det som en slags følelse av dårlig samvittighet. I disse situasjonene kommer altså den kroppslige bevisstheten til uttrykk i form av at kroppen igjen fremtrer for oppmerksomheten, noe som gjør at de raskt kan gjenvinne kontrollen over egen atferd, for så å vende oppmerksomheten bort fra kroppen igjen. Noen av deltakerne beskrev bevisste strategier for å «hente seg inn igjen» enten i form av å avtale trening med en treningskamerat eller trener, eller melde seg på ulike organiserte aktiviteter. På bakgrunn av å ha erfart at dette er strategier som fungerer, benytter deltakerne seg av dette for å ikke falle tilbake til gamle vaner.

De kroppslige erfaringene deltakerne gjør seg gjennom bevegelse og persepsjon er altså grunnlaget for en kroppslig læring hvor handling implementeres som vanemønster. De innlærte vanene tillater deltakerne å dreie oppmerksomheten bort fra kroppen og kan fokusere på utenforliggende oppgaver og prosjekter. Bårdsen og Thornquist (2010) drøfter dette aspektet når de beskriver individers ulike drivkrefter for å drive med fysisk aktivitet:

«Mange beskriver fokusert oppmerksomhet, selvforømmelse og sterk sanseropplevelse som drivkraften. Noen søker leken som frigjør fra rutinene i hverdagen, andre får styrket livsmot gjennom å erfare at de mestrer» (Bårdsen og Thornquist 2010:1488).

6.3 Opplevd mestring

Informantene i denne studien beskriver at en viktig motivasjonsfaktor for å opprettholde sine endringer, i forhold til fysisk aktivitet og kosthold, er at de opplever egen mestring. De refererer til alt fra å mestre de helt konkrete utfordringene de opplever i forbindelse med fysisk aktivitet og endring av kosthold, til mestring av egen livssituasjon i et større perspektiv. De beskriver blant annet hvordan de opplever det som motiverende når de mestrer aktiviteter som de ikke har klart å gjennomføre tidligere. En av informantene beskriver for eksempel hvordan hun opplevde mestringsfølelse når hun oppdaget at hun kunne jogge på treningsturene hvor hun tidligere hadde holdt gangtempo. Denne opplevelsen av å mestre fysiske utfordringer motiverte henne til å prøve å delta i en intervall-treningsgruppe med større krav til fysisk aktivitet.

Mestringsopplevelsen kan sees i sammenheng med den gode følelsen informantene beskriver i forbindelse med sine livsstilsendringer. I ulike mestringsteorier finner vi beskrivelsen av den såkalte «flow-tilstanden» som representerer tilstanden man befinner seg i når det oppstår balanse mellom de ressurser man innehar og de kravene som stilles i oppgaven man skal utføre (Nordhelle 2007a). Ved å mestre utfordringer som ikke er for lette til å skape kjedsomhet, vil man oppleve en tilstand av lykke og tilfredsstillelse. Denne følelsen bygger opp om en indre motivasjon, hvor opplevelsen av selve aktiviteten i seg selv er drivkraften til å fortsette, fremfor en ytre motivasjon, hvor man drives av et utenforliggende mål (ibid). Disse erfaringene av å lykkes vil være en viktig faktor til vår mestringsforventning. Nordhelle (2007b) refererer til Albert Banduras teori om mestringsforventning som motivasjon og påpeker at tidligere erfaringer, sammen med fortolkning av andres erfaringer, hva andre forteller en at en kan klare og egen opplevelse av hvor motivert man er, er med på å danne grunnlag for motivasjon for en gitt oppgave. Når deltakerne ved frisklivssentralen opplever egen mestring, samtidig som de observerer andre i lik situasjon mestre tilsvarende utfordringer og oppmuntres av ansatte og meddeltakere, vil dette kunne virke motiverende for fortsettelse. *“Ah, jess. Dette har jeg faktisk klart, da skal jeg klare enda mer”*. Utsagnet foran fra en av informantene viser et tydelig eksempel på hvordan mestringsforventning er en viktig motivasjonsfaktor for å fortsette å utfordre seg selv.

Ulike mestringsteorier kan benyttes for å forklare de enkeltstående opplevelsene av mestring som kommer frem i resultatene fra denne studien. Det mest interessante er likevel hvordan

deltakerne opplever å mestre sin livssituasjon og hverdag som helhet i etterkant av deltakelse ved frisklivssentralen. Videre i oppgaven vil jeg belyse dette området ved hjelp av teori fra Antonovskys salutogenese som står sentralt innen helsefremmende arbeid.

6.3.1 Mestring i et salutogent perspektiv

«En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring» (Antonovsky 2012:36-37). Etter å tidligere ha sett på de kroppslige erfaringene deltakerne har ervervet seg gjennom sine livsstilsendringer, vil jeg nå presentere en teori som i større grad kan ses på som en kognitiv modell. I Antonovskys salutogene modell, fremtrer de tre komponentene *håndterbarhet*, *begripelighet* og *meningsfullhet* som grunnlaget for begrepet *Opplevelse Av Sammenheng; OAS* (ibid). Som beskrevet i teorikapittelet vil OAS være avgjørende for hvordan en mestrer utfordringer generelt sett. De tre begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet overlapper hverandre på mange områder, samtidig som de er avhengig av hverandre. Ved hjelp av disse tre begrepene vil jeg videre gi en analytisk fremstilling av deltakernes opplevelse av mestring i forbindelse med livsstilsendringene.

6.3.2 Begripelighet og empowerment

I begrepet begripelighet ilegger Antonovsky (2012) forutsigbarhet, medbestemmelse og autonomi. Å oppleve informasjon som strukturert og begripelig i motsetning til kaotisk og uoversiktlig, er av stor betydning for hvordan vi oppfatter og håndterer utfordringer vi møter. At situasjonen vi befinner oss i er oversiktlig og at det finnes en logisk sammenheng mellom fortid, nåtid og fremtid er vesentlig for å kunne akseptere situasjonen og eventuelt motiveres for å foreta oss endringer. Deltakerne har en konkret oppfatning av hvorfor de bør endre livsstil på bakgrunn av diagnose eller anbefalinger fra lege. Alle har en forståelse for at endringene er av stor betydning for deres helsesituasjon. På spørsmål om hva som var motivasjonen for deltakelse ved frisklivssentralen beskriver en av informantene:

“Frykten for å bli enda dårligere kanskje, for det, det har jeg, det har jeg tenkt mye på da; at hvis du ikke gjør noe nå, så kan det kanskje bli enda verre”.

Dette forteller at denne informanten hadde en klar oppfatning om at det var sammenheng mellom endringer han foretok seg i forbindelse med livsstil og hans helsesituasjon. Han så også sammenheng mellom atferdsendringer og sine framtidsutsikter da han opplevde en reell fare for å bli verre dersom han ikke foretok seg noe. Å gjennomføre endringer tilknyttet livsstil opplevdes altså som logisk på bakgrunn av kunnskap informanten hadde angående helse, noe som styrker motivasjonen for å foreta endringer. I en av de tidligere presenterte studiene som så på overvektiges erfaringer med livsstilsendringer, ble det også avdekket at informasjon om helserisiko ble sett på som en motivasjonsfaktor. Noen hevdet også at det å bli skremt av denne type informasjon gav best motivasjon (Jones et al. 2007). Som drøftet tidligere vil denne type helseopplysninger sjelden være avgjørende alene, men i følge Antonovsky (2012) kan vi anse denne type informasjon som en form for stressfaktor som kan virke utløsende for helsefremmende atferd dersom informasjonen oppfattes som begripelig og håndterbar.

Uten muligheten til å ta del i beslutninger, mener Antonovsky (ibid) at vi reduseres til objekter, noe som kan føre til en opplevelse av at våre handlinger ikke har noen effekt i verden, og at verden etter hvert oppleves som meningsløs. Å kunne ta del i egne avgjørelser vil derfor være sentralt for å kunne oppleve mestring. Noe av det deltakerne i denne studien trekker frem som positivt ved opplegget ved frisklivssentralen, var at de selv kunne velge intensitetsnivå og aktiviteter de ønsket å delta i. Flere beskriver at det var noen dager de ønsket å ta det litt roligere på trening, noe det alltid fantes en mulighet for.

Denne forståelsen av hvordan medbestemmelse og autonomi er en forutsetning for individets utvikling av egne ressurser og muligheter har vært grunnlaget for implementeringen av begrepet empowerment som en del av helse- og sosialsektoren (Juritzen, Engebretsen og Heggen 2012). Begrepet knyttes også sterkt opp mot helsefremmende arbeid som av WHO defineres som en prosess hvor egne ressurser for å oppnå mestring vektlegges (Wilhelmsen og Holthe 2011). Sentralt for empowerment-begrepet er omfordelingen av makt mellom helsearbeideren og målgruppen/individet, hvor målet er å motivere og stimulere den enkelte til å realisere egne muligheter innenfor rammer som skaper en indre følelse av kontroll (ibid). Dette forsøket på å omfordele makt har vært kritisert av Juritzen, Engebretsen og Heggen (2012), da de mener begrepet har vært anvendt som et politisk hjelpemiddel for å skape en illusjon av valgfrihet. De hevder at når makt omfordeles, gjenoppstår den på nye måter i tråd

med Foucaults begrep «technologies of self». Til tross for denne kritikken, påpeker likevel deltakerne i denne studien en verdi ved å delta i utforming av egne mål og tiltak. De knytter dette opp mot en følelse av forutsigbarhet og kontroll over egen situasjon, i tråd med Antonovskys salutogene forklaring. Dette finner vi igjen i undersøkelsen hvor Knutsen og medarbeidere (2011) ser på opplevelsen av deltakelse ved et preoperasjonstilbud for overvektige hvor selvbestemmelse og brukermedvirkning vektlegges. Deltakerne opplevde at følelsen av respekt og makt over egen situasjon bidro til mestring av livsstilsendringer. I denne studien vedvarer deltakernes selvbestemmelse over egen helseatferd også etter endt reseptperiode ved frisklivssentrene. Tre av deltakerne fortsatte å følge treningsgrupper ved frisklivssentralen, mens de to andre har valgt seg til aktiviteter ved andre arenaer. Alle forteller at dette er basert på deres egne valg på bakgrunn av egen interesse. Dette tyder på at de har opparbeidet seg evne til å kunne ta ansvar for egne valg i tilknytning til sin livsstil, og skaper på denne måten ressurser for å takle motgang. Dette bringer oss videre over på Antonovskys andre aspekt ved OAS; håndterbarhet.

6.3.3 Håndterbarhet

Antonovsky (2012) bruker begrepet håndterbarhet når han beskriver hvordan den enkeltes ressurser er avgjørende for å takle de stressfaktorer og utfordringer som en kontinuerlig utsettes for. Avhengig av typen utfordring kan denne type *motstandsressurser* være av ulik karakter, som f.eks. økonomi, god selvfølelse, kulturelt stabile omgivelser og sosialt nettverk og støtte. Deltakerne beskriver særlig den sosiale støtten som viktig i forhold til deres mestring. De ilegger tilbakemeldinger og oppmuntring fra ansatte og andre deltakere ved frisklivssentralen stor verdi. Etter hvert trekker de frem viktigheten av at familien deltar med – eller viser forståelse for atferdsendringene. En annen ressurs de trekker frem som viktig er fastlagte treningsaktiviteter. Treningsfasiliteter i form av gruppeaktiviteter til fastsatte tidspunkt, eller avtaler med personlig trener ses på som en ressurs for deltakerne, da de opplever at dette er avgjørende for om de gjennomfører aktiviteter. I denne sammenhengen må vi altså kunne antyde at sosiale relasjoner, så vel som fastsatte rammer rundt aktiviteter er en vesentlig ressurs for å kunne gjennomføre endringer særlig knyttet til fysisk aktivitet.

Etter endt reseptperiode opplever flere av deltakerne at det var vanskelig å opprettholde den samme «gløden». Noen forteller om en viss reduksjon i aktivitetsnivået, samt hendelser med

«utskeielser» i forbindelse med kostholdet. Dette kan tyde på at de etter reseptperioden, ikke har de samme ressursene tilgjengelig for å opprettholde samme intensitet rundt sine livsstilsendringer. De vedlikeholdte likevel en god del endringer på et nivå som de følte seg tilfreds med. En av informantene belyser dette ved hjelp av utsagnet; «*Hvis du bare tar med deg 20 % av det du lærte her, så tror jeg du får det mye bedre på alle mulige måter*». Dette kan synes å henge sammen med at endringene de har gjort er håndterbare ut fra den enkeltes situasjon og tilgjengelige motstandsressurser. Annen forskning som tar for seg programmer som kan sammenlignes med frisklivssentralens tiltak viser også til størst endringer i løpet av oppfølgingsperioden (Mikkelsen et al. 2010; Lie et al. 2013). I følge Thornquist (2001) er vårt handlingsmønster basert på våre sosiokulturelle påvirkninger og i så måte et privat anliggende. Endring av handlingsmønster vil dermed være en privat inngripen og er ikke nødvendigvis alltid riktig. At den enkeltes handlingsmønster skal samsvare med konteksten individet lever i for øvrig vil derfor være vesentlig for å kunne håndtere endringene. Det skal finnes tid og ressurser til å gjennomføre aktiviteter, og kostholdsendringer vil i stor grad også påvirke evt. andre familiemedlemmer og kan til en viss grad være avhengig av økonomi. Disse forholdene er avgjørende for hvor stor grad deltakerne kan opprettholde endringene på lang sikt.

6.3.4 Meningsfullhet

Det siste forholdet som er avgjørende for OAS, er opplevelsen av meningsfullhet. Antonovsky (2012) mener at dette aspektet på mange måter virker styrende for de andre komponentene, og i så måte kan sees på som et nøkkelbegrep for å forstå OAS. For å kunne oppnå en overordnet opplevelse av sammenheng, er det altså vesentlig å føle at ens handlinger har en meningsgivende verdi. Som beskrivelse av meningsfullhet skriver Antonovsky at; «*Tilværelsens problemer og krav er verdt å bruke krefter på, at de er verdt engasjementet og innsatsen*» (Antonovsky 2012:41). Alle deltakerne i denne studien ble spurt om de følte at endringene var verdt innsatsen de hadde lagt ned. Samtlige hadde en klar oppfatning av at endringene de hadde gjort, var en investering de ikke ville vært foruten. De opplevde at atferdsendringene resulterte i økt livskvalitet og positiv helsegevinst, og knyttet sine handlinger direkte opp mot resultatene de oppnådde, og ser i den forbindelse at handlingene gav mening. Aktiviteter som gav en umiddelbar følelse av velvære, opplevdes også som meningsfulle. Turer i naturen trekkes særlig frem som aktivitet som virker meningsgivende.

I følge Antonovskys (ibid) salutogene modell vil disse tre nevnte parametere avgjøre den enkeltes OAS; opplevelse av sammenheng. Dette vil igjen være avgjørende for evnen til kognitivt og følelsesmessig evne til å strukturere oppfatningen av utfordringer man stilles ovenfor og akseptere at man er nødt til å håndtere disse. Det er dette Antonovsky (ibid) mener fører til mestring. Gjennom deltakelse ved frisklivssentralen lærer deltakerne å ta ansvar for egne valg, de lærer seg å bruke sine ressurser, enten i form av sosiale fellesskap, arenaer for aktivitet eller lignende, og de ser resultater av sine handlinger og opplever dette som meningsgivende.

6.4 Dialektisk samspill mellom situert læring, kroppslig læring og mestring

I denne oppgaven er de ulike perspektivene på læring presentert hver for seg. Det er likevel viktig å påpeke at disse teoriene ikke kan forklare fenomenet med livsstilsendringer uavhengig av hverandre, men bør sees på som komplementære perspektiver.

For at deltakerne skal endre rolle i praksisfellesskapet, som er beskrevet som avgjørende for å oppnå læring, er det vesentlig at de både gjør seg kroppslige erfaringer samtidig som de opplever mestring. I mange tilfeller blir det også tydelig at mestringen er en del av den kroppslige erfaringen. Informanten som plutselig opplevde at hun kunne jogge på treningsturene fremfor å holde gangtempo, knyttet en sterk mestringsfølelse til dette. Opplevelsen av mestring baserer hun på den kroppslige følelsen av økt fysisk form. Dette motiverer henne til å delta i en ny, mer krevende treningsgruppe som hun ikke har følt at hun «passet inn i» tidligere. På bakgrunn av kroppslig erfaring, opplever altså deltakeren mestring. Videre fører mestringsfølelsen til at hun tar fatt på nye utfordringer, som igjen skaper nye kroppslige erfaringer. Denne positive spiralen mellom kroppslige opplevelser og mestring setter informanten i en ny posisjon i praksisfellesskapet, som «en av de spreke». I tillegg går hun også inn i et nytt praksisfellesskap – treningsgruppa hvor det kreves høy intensitet. I denne gruppa vil hun møte skape nye relasjoner, samtidig som hun får nye kroppslige erfaringer med den nye treningsformen.

Vi kan se på den samme situasjonen med utgangspunkt i praksisfellesskapet som bakgrunn for kroppslig læring og mestring. I treningsgruppa er det lagt til rette for de store variasjonene innen fysisk form. Noen går, mens andre jogger med ulikt tempo. Informanten som er representert her startet med gange, men opplevde plutselig at hun jogget uten å ha reflektert over dette. Ved å implisitt ta etter andres atferd på bakgrunn av praksisfellesskapet hun er en del av, skaper hun nye kroppslige erfaringer. Hun beveger seg på en ny måte, kjenner pusten på en ny måte og skaper på bakgrunn av dette kroppslig læring. Endret posisjon i fellesskapet gir også en ny identitetsopplevelse hvor hun opplever seg selv som mestrende.

Mestringsfølelsen er både basert på hvordan hun ser seg selv i forhold til de andre deltakernes posisjon i fellesskapet, så vel som hvordan hun opplever at endringen gir mening, er begripelig og håndterbar.

Denne konkrete hendelsen er bare ett av mange eksempler som går igjen i resultatene fra denne oppgaven hvor det blir tydelig at samspill mellom situert læring, kroppslig læring og mestring er avgjørende for å drive deltakeren videre i endringsprosessen. Læringen som skjer implementeres i kroppens vanemønstre og er med på å forme deltakernes identitet. Dette gir grunnlag for å skape vedvarende livsstilsendringer.

7 Oppsummering

Denne oppgaven setter søkelys på hva tidligere deltakere ved kommunal frisklivssentral vektlegger som vesentlig for å opprettholde livsstilsendringer over tid. Informantene i denne studien bidrar til innsikt i veien fra en potensielt helseskadelig livsstil til et liv preget av økt mestring, trivsel og bedre opplevd helse. Studien avdekker en langvarig endringsprosess hvor viktigheten av sosiale relasjoner, kroppslige erfaringer og opplevelse av mestring blir tydelig. I dette avsluttende kapittelet vil jeg oppsummere viktige funn og se på hvordan disse kan utnyttes i praksis. Veien videre innen forskningsfeltet vil belyses helt til slutt.

De fem informantene som er grunnlaget for denne oppgaven forteller sin historie om endringer hvor de særlig vektlegger hvordan de over tid har endret vaner i forhold til fysisk aktivitet og kosthold. I tillegg til disse forholdene, trekker tre av informantene frem endringer forbundet med depresjonsmestring. Noe av det som ble mest overraskende for meg etter å ha gjennomgått intervjuene, var hvor avslappet alle fem deltakerne var i forhold til sine livsstilsvaner i dag. Alle beskriver at endringene var størst mens de fortsatt var under reseptperioden ved frisklivssentralen, og at de i ettertid ikke har opprettholdt samme intensiteten i forhold til endringene de tidligere gjorde. Likevel opplever de i stor grad å ha mestret livsstilsendringer, og mener at bare de tar med seg en liten andel av de endringene de oppnådde i løpet av reseptperioden, har de oppnådd store endringer. Deres avslappede forhold til fysisk aktivitet synliggjøres blant annet når de forteller at dersom de en dag ikke orker å trene, har de en ny sjanse dagen etterpå. I forhold til kosthold tillater de seg å skeie ut i ny og ne. De grunnleggende endringer av vanemønsteret i forhold til fysisk aktivitet og kosthold er så godt implementert at dersom de viker bort fra disse innimellom, vil hverdagen likevel være styrt av gode helsevaner. Mestringsfølelsen som har blitt styrket gjennom gjentatte erfaringer med mestring, er robust nok til at deltakerne håndterer en utskielte av og til.

Denne avslappede holdningen henger sammen med informantenes forhold til - og fokus på kropp, helse og livsstil endret seg underveis i endringsprosessen. Fra å gå fra en livsstil hvor det fantes liten oppmerksomhet på forhold som påvirket helsen, samt et forhold til egen kropp som var preget av negative følelser, fikk deltakerne økt oppmerksomhet rundt dette området i det de startet som deltakere ved frisklivssentralen. Underveis i deltakelsen, endrer fokuset seg igjen. Den kognitive oppmerksomheten blir mindre fremtredende, og det kan se ut som bevisstheten mot disse forholdene er av større kroppslig karakter, enn kognitiv

oppmerksomhet. Denne vanemessige endringen har jeg beskrevet i sammenheng med kroppslig læring og erfaringer deltakerne har gjort gjennom bevegelse, sansing og persepsjon. Kroppsfenomenologisk teori har vært sentral for å forstå fenomenet.

Et av de viktigste forholdene som trekkes frem som essensielt for gjennomføringen av livsstilsendringen er sosiale relasjoner. Ved hjelp av teorier om situert læring, avdekker intervjuene både hvordan de sosiale relasjonene bidrar til økt læring og identitetsutvikling. Det er sammen med andre, en kan forstå seg selv og oppleve seg selv som mestrende individer. Nye ferdigheter, så vel som vaner, erverves i samhandling med andre deltakere ved frisklivssentralen og etableres etter hvert som en del av de allerede eksisterende nettverkene i vennekretsen og familien.

Mestring er et annet aspekt som deltakerne er opptatt av når de selv forsøker å forklare hva som har bidratt til livsstilsendringene. Etter å ha fått hjelp til å forstå egen situasjon i forhold til livsstil og helse, har deltakerne selv hatt stor innvirkning på hva tiltakene skal innebære. Dette har jeg i oppgaven belyst med Antonovskys (2012) begrep om begripelighet. Tiltak som deltakerne oppgir som meningsgivende er særlig opplevelser i naturen, følelse av velvære og bedre helse. At den nye helseatferden er innenfor rammene for hva den enkelte deltaker kan håndtere på bakgrunn av ens ressurser er viktig for å kunne håndtere utfordringene. Både meningsfullheten og håndterbarhet er også aspekter ved den salutogene forståelsen av mestring (ibid).

For å forstå kompleksiteten i hvilke forhold som er essensielle for å opprettholde livsstilsendringer over tid, må man forstå de tre teoretiske perspektivene situert læring, kroppslig læring og mestring som en dialektisk enhet. Endring skjer på bakgrunn av en samtidig sosial og kroppslig læring preget av mestring.

En rekke andre sentrale områder som ikke har blitt gransket inngående her på grunn av oppgavens begrensninger i omfang, kan være av stor betydning for dypere forståelse av temaet. Dette dreier seg blant annet om tema som motivasjon for endring, samfunnsstrukturers og helsepolitiske strukturers innvirkning på individuelle endringer og hvordan maktrelasjoner påvirker endringer. Før intervjuene ble gjennomført, hadde jeg en tanke om at teoretikere som vektlegger samfunnsstruktur for å forstå den enkeltes handling kom til å bli rammen for denne oppgaven. Teoretikeren Pierre Bourdieu og hans

habitusbegrep, samt Michael Foucaults makt-teorier var lenge med som et bakteppe i planleggingen av prosjektet. Resultatene i denne oppgaven ledet meg likevel mot å benytte andre teorier. Dette utelukker ikke at materialet kan inneholde viktig kunnskap som kan komme tydeligere frem dersom denne type perspektiver benyttes.

Denne oppgaven står innenfor en salutogen tenkning og har tatt utgangspunkt i de som opplever å mestre utfordringer i tilknytning til livsstil. Det kunne vært like interessant å ta stilling til spørsmålet fra et patogent utgangspunkt for å få innsikt i de som ikke mestret å opprettholde endringer over tid. Hvilke utfordringer møter de på veien? Hva hindrer dem i å opprettholde endringene?

Videre forskning innenfor området helsefremmende arbeid vil bli svært viktig for folkehelsen i årene fremover. Det er viktig å være oppmerksom på de metodiske utfordringene man kan møte når man ønsker å forske i et så komplekst fagområde som sykdomsforebyggende helsearbeid. Mæland (2005) sammenligner forebyggende arbeid med metaforen om husarbeid som ikke synes før det ikke gjøres, og belyser i så måte hvordan det kan være vanskelig å føre bevis for at forebyggende tiltak har effekt. Dagens helseutfordringer består i stor grad av tilstander hvor påvirkning som både kan være årsakforklarende og effektforklarende vil være preget av mange sammensatte forhold. En politisk satsning på kommunale tiltak innenfor området gjør det vesentlig å løfte blikket mot de tiltak som foregår på kommunalt nivå; ikke minst frisklivssentralene som vokser i omfang i det norske helsevesenet. Kvalitative studier som kan kartlegge erfaringer med ulike tilnærminger og tiltak vil være av betydning for videre drift og utforming av frisklivssentraler og liknende institusjoner. Samtidig vil man være avhengig av kvantitative studier som kan fortsette å avdekke eventuelle effekter av tiltakene. Dette kan bidra til å bremse den voksende utfordringen med livsstilssykdommer vi står ovenfor i dag.

Litteraturliste

- Antonovsky A. (2012) *Helsens mysterium*. 1. utgave Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahr R. red. (2008) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* Helsedirektoratet.
- Bakke K.R. og Tønnesen E.S. (2007) *Lave & Wenger og Dreyfus & Dreyfus -Læring i et sosiokulturelt perspektiv*. Hovedfagsoppgave i 2. avd. Pedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Blom E. E. (2008) *Trening på resept*. Masteroppgave i idrettsfysioterapi. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Bratland-Sanda S., Lislevatn F., Lerdal A. (2014) 'Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra friklivssentralen i Modum kommune'. *Fysioterapeuten* 3:18-24.
- Brodal P. (2007) *Sentralnervesystemet*. 4. utgave Oslo: Universitetsforlaget.
- Bårdsen Å. og Thonquist E. (2010) 'Må vi trene for å ha god helse?' *Tidsskrift for Den norske legeforening* 130(15):1487-1488.
- Chen M.Y, Chou C.C, Hsu C.Y. (2005) 'The experiences of overweight female adolescents after health promotion counseling'. *J Nurs Res.* 13(1):41-8.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinki-deklarasjonen*: Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 01.05.13).
- Eikeland T. (2010) *Salutogenese og fedme – en kvantitativ studie av livsstilsendring som behandling mot fedme*. Master i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Vestfold.
- Ekeland T, Iversen O, Nordhelle G. og Ohnstad A. (2007) *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Foucault M. (1999) *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Fredens K., Johnsen T. J. og Thybo P. (2011) *Sundhetsfremme i hverdagen. Få mennesker du møder til at vokse*. København: Munksgaard Danmark.
- Fukuoka Y, Kamitani E, Bonnet K, Lindgren T. (2011) 'Real-Time Social Support Through a Mobile Virtual Community to Improve Healthy Behavior in Overweight and sedentary Adults: A Focus Group Analysis'. *J Med Internet Res*, 13(3):e49.
- Gadamer H-G. (2010) *For-forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Gallager S. (2005) *How the body shapes the mind*. New York: Oxford.

Gulddal J. og Møller M. (1999) *Hermeneutikk – en antologi om forforståelse*. København: Gyldendal.

Hafekost K, Lawrence D, Mitrou F, O’Sullivan T. A, Zubrick S.R. (2013) ‘Tackling overweight and obesity: does the public health message match the science?’ *BMC Medicine*, 11(41):1-8.

Helgerud J. og Eithun G. (2010) *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommuner*. NTNU og Hokksund rehabiliteringssenter.
Tilgjengelig fra: www.hokksund-rehab.no/filarkiv/File/Forskningsartikler/Rapport_2010.pdf
(Hentet: 10.04.14).

Helsedepartementet (2003) *Stortingsmelding nr. 16.: resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet.

Helsedirektoratet (2013a) *Veileder for kommunale frisklivssentrales – Etablering og organisering* IS-1896
Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentrales-etablering-og-organisering-/Publikasjoner/Frisklivsveileder%20elektronisk%20versjon%20050413.pdf>
(Hentet: 04.04.14).

Helsedirektoratet (2013b) *Kapittel IV (E00-E90) Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser*
Tilgjengelig fra: <http://finnkode.kith.no/#|icd10|ICD10SysDel|2599414|flow>
(Hentet: 02.05.13).

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Stortingsmelding nr. 47.: Samhandlingsreformen. Rett behandling – rett sted – rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse – og omsorgsdepartementet, arbeids – og sosialdepartementet, barne – og familiedepartementet, kommunal – og regionaldepartementet, kultur – og kirke departementet, miljøverndepartementet, samferdselsdepartementet, utdannings- og forskningsdepartementet (2004) *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009: Sammen for fysisk aktivitet*.
Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf
(Hentet: 22.04.14).

Hjemås G. og Vold B. (2011) ‘På randen av samhandling’. *Samfunnsspeilet* 5-6:14-23
Statistisk sentralbyrå.

Høyem J. og Westersjø J. H. (2011) ‘Friluftsliv og folkehelse’. I: Øverby N. C., Torstveit M. K. og Høigaard R.(red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. Norwegian Academic Press.

Jerum A. K. (2011) ‘Kjerte- og karsykdom og diabetes’. I: Øverby N. C., Torstveit M. K., Høigaard R. (red.): *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. Norwegian Academic Press.

- Jones N., Furlanetto D.L., Jacksom J.A., Kinn S. (2007) 'An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment'. *J Hum Nutr Diet.* 20(5):486-94.
- Juritzen T., Engebretsen E., Heggen K. (2012): 'Myndiggjøringens forførende makt'. I: Engebretsen E. og Heggen K. (red.) *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Knutsen I.R., Terragnia L., Foss C. (2011) 'Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves'. *Nursing Inquiry.* 18(4):348–358.
- Kruuse E. (2003) *Kvalitative forskningsmetoder – I psykologi og tilgrænsende fag*. 5. Utgave. Viborg: Psykologisk forlag A/S.
- Kuller L.H., Gabriel K.K.B., Kinzel L.S., Underwood D.A., Conroy M.B., Chang Y., Mackey R.H., Edmundowicz D., Tyrrell K.S., Buhari A.M., Kriska A.M. (2012) 'The Women on the Move Through Activity and Nutrition.(WOMAN) Study: Final 48-Month Results'. *Obesity (Silver Spring).* 20(3):636–643.
- Kvale S. (2003) Forord. I: Lave J. & Wenger E.: *Situert læring - og andre tekster*. København: Hans Ritzels Forlag.
- Kvale S. og Brinkmann S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lave J. & Wenger E. (2003). *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Ritzels Forlag.
- Leder D. (1990) *The absent body*. Chicago.
- Lie S. S., Sevidl C. H., Tjelta L. I., Dyrstad S. M. (2013) 'Norwegian primary health care: Evaluation of a lifestyle intervention program'. *Fysioterapeuten* 11/13:16-22.
- Lim S.S., Norman R.J., Clifton P.M., Noakes M. (2009) 'Psychological Effects of Prescriptive vs General Lifestyle Advice for Weight Loss in Young Women'. *Journal of the American Dietetic Association.* 109(11):1917–1921.
- Magnussen L. H., Morken T. (2011) 'Muskel- og skjelettlidelser'. I: Øverby N. C., Torstveit M. K., Høigaard R.(red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. Norwegian Academic Press.
- Malterud K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Merleau-Ponty M. (2002) *Phenomenology of Perception*. New Yourk: Routledge Classics.
- Mikkelsen C., Adde H. og Somdal B. M. (2010) 'Helsekilden – en lavterskelmodell for livsstilsendring'. *Fysioterapeuten* 8/10:20-26.

- Moe S. (2009) 'Et kroppsfenomenologisk syn på fysisk aktivitet og bevegelse'. *Fysioterapeuten* 4:17-21.
- Mæland J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland J. G., Fugelli P., Høyer G. og Westin S. (2004) *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordhelle G. (2007a) 'Motivasjon – hva driver mennesker til handling?' I: Ekeland T-J., Iversen O., Ohnstad A., Nordhelle G.(red.) *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen's Forlag.
- Nordhelle G. (2007b) 'Kognisjon, emosjoner og motivasjon'. I: Ekeland T-J., Iversen O., Ohnstad A., Nordhelle G.(red.) *Psykologi for sosial- og helsefag*. Oslo: Cappelen's Forlag.
- Nortvedt P. og Grimen H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Polit D. F. & Beck C. T. (2012) *Nursing research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Repastad P. (2007) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rognhaug B. (1996) 'Kunnskapssyn og yrkesutøvelse'. I: Bunkholdt (red.) *Kunnskap og omsorg. Sosialisering og skikkethet i profesjonsutdanningene*. Tano Aschehoug.
- Ruyter K. W. (2003) 'Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn'. I: Reuter K. W.(red.) *Forskningsetikk*. Oslo: Gyldendal.
- Sand A. (2011) *Fra overvektig til normalvektig. En kvalitativ studie av varig vektnedgang*. Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.
- Shook R.P., Hang G.A., Blair S.N. (2014) 'Top 10 research questions related to energy balance'. *Res Q Exerc Sport*. 85(1):49-58.
- Slettland N., Donovan R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Sommerschild H. (1999) 'Mestring som styrende begrep'. I: Gjørum B., Grøholt B., Sommerschild H. (red.) *Mestring som mulighet i møtet med barn, ungdom og foreldre*. Aurskog: Tano Aschehoug.
- Sørensen M., Graff-Iversen S., Haugstvedt K-T., Enger-Karlsen T., Narum I. G., Nybø A. (2002) '"Empowerment" i helsefremmende arbeid'. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 122: 2379-2383.
- Thornquist E. (2001) 'Kroppssyn og faglige utfordringer i dag'. *Fysioterapeuten*. 68(14):9-15.

Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thomas S.L., Lewis S., Hyde J., Castle D., Komesaroff P. (2010) 'The solution needs to be complex.' Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity'. *BMC Public Health* 10:420.

Thune I. (2011) 'Kreftutvikling og fysisk aktivitet'. I: Øverby N. C., Torstveit M. K., Høigaard R.(red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. Norwegian Academic Press.

Wenger E. (2004) *Praksis fællesskaber*. København: Hans Ritzels forlag.

Wilhelmsen B. U. og Holthe A. (2011) 'Profesjonsidentitet i folkehelsearbeid'. I: Øverby N. C., Torstveit M. K. og Høigaard R.(red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press.

Wing R.R., Goldstein M.G., Acton K.J., Birch L.L., Jakicic J.M., Sallis J.R. J..F, Smith-West D., Jeffery R.W., Surwit R.S. (2001) 'Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity'. *Diabetes Care* 24(1):117-123.

Zelasko C.J. (1995) 'Exercise for weight loss: what are the facts?' *Journal of the American dietetic association*. 95(12):1414-1417.

Øverby N. C., Torstveit M. K., Høigaard R. (2011) 'Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?' I: Øverby N. C., Torstveit M. K., Høigaard R.(red.) *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS-Norwegian Academic Press.

Vedlegg 1: Intervjuguide til masteroppgaven

Navn: Alder: Kjønn: Årsak til deltakelse ved frisklivssentralen: Sivil status: Yrkesaktiv:	
Hvordan vil du beskrive din dag i dag? Hverdager generelt? Tidligere hverdager? Hvilke endringer mener du har skjedd	- Livsstil/livssituasjon - Endringer i fht: fysisk akt. Kosthold, røyk/alkohol, sosial deltakelse/hobby, yrkesaktivitet etc - Livskvalitet
Hvilket opplegg var du gjennom i regi av frisklivssentralen?	- Deltakelse/grupper - Hva lærte du? - Knyttet kontakter? - Hvordan opplevdes det?
Hvilke forhold fra frisklivssentralen mener du har hatt særlig betydning for endringene	- Læring - Faglig støtte og oppfølging
Hvilke forhold opplever du selv har bidratt til opprettholdelse av endringene etter endt deltakelse?	Atferdsendring Motivasjon Disiplin Andre støttespillere (sosialt, kommersielt, aktivitetstilbud)
Tenker du mye på fysisk aktivitet, mat og helse i hverdagen? (tidligere?)	- Fys. akt: mål/middel? - Kroppssyn? - forhold til kropp/helse
Hva har vært mest utfordrende og hvordan har du taklet dette?	
Opplever du at resultatet/ne har vært verdt innsatsen?	-Hva er evt. ofret? - Hva er den opplevde «gevinsten» -livskvalitet i dag

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er livsstilsendringer ved overvekt. Jeg er interessert i å undersøke erfaringer og opplevelser ved å endre livsstil, samt opprettholdelse av endret livsstil etter deltakelse ved frisklivssentral.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 5 personer over 18 år som tidligere har deltatt ved frisklivssentralens tilbud, men avsluttet deltakelse for mellom 1-2 år siden. Deltakeren skal ha kontaktet/vært henvist til frisklivssentral i forbindelse med overvekt/fedme (BMI >25) samt opplevd en viss grad av mestring i forbindelse med livsstilsendring.

Spørsmålene vil dreie seg om dine strategier for å endre/opprettholde endret livsstil med tanke på blant annet kosthold og fysisk aktivitet. Dine erfaringer og opplevelser av dette vil bli sentrale.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og gjennomføres i lokaler hos frisklivssentralen. Nærmere spesifisering om tid og sted avtales.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 2014.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på TLF....., eller sende en e-post til Navn.navn@uit.no.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Navn Navn
Adresse Adresse
Adresse Adresse

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring for deltakelse i masteroppgavestudie

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg 4: Analysematrise

Helhetsinntrykk	Koding	Subgrupper	Gullsitat
Sosial tilhørighet	Motivasjon for endring	Sosial tilhørighet	<p>“Og det der å treffe andre. For nå er jeg uføretrygda, nå får jeg ikke snakka med så veldig mange andre da. Å da komme hit, det er medisin altså”.</p> <p>“JA, tenkt på hvor sosialt det blir når du kommer sammen flere sånn og kan diskutere problemer og felles interesser, og du glemmer jo at du trener”.</p> <p>“Og så var det sånn at kona var med og så var det sånn at den ene dagen du skulle trene så "nei, nå har jeg ikke noe lyst til å reise" så var det den andre "jo, det må du. Vi skal og det er sånn eller sånn". Så vi var veldig flinke til å pushe hverandre og”.</p>
Lystbetont aktivitet		Lystbetont aktivitet	<p>“Ja, men jeg syntes, jeg syntes det va så artig. Det har jeg syntes hele tiden [...]. Nei, men altså, det va jo nytt. Vi gjorde jo noe nytt hele tiden. Jeg fikk være ute i naturen. Jeg har jo alltid vært veldig glad i. Og, ja, litt lek og litt, ja. Forskjellige ting. Det blei jo aldri likt disse treningene. Nei, jeg syntes det var veldig kjekk måte å gjøre det på”.</p>
Faste avtaler og rammer		Rammer og avtaler	<p>“Men når jeg er med her sånn “eh, ja, klokka elleve da skal jeg være på «Stedsnavn», da må jeg skynde meg og skifte”, ja, ikke sant. [...] det har hatt veldig mye å si, altså, og det tror jeg ikke jeg er alene om. For det trur jeg mange andre kan skrive under på, for at klokka ... da du legger opp til det du skal gjøre sjøl, da er det prioritert.”</p>
Helse som motivasjon		Helse som motivasjon	<p>“Frykten for å bli enda dårligere kanskje, for det, det har jeg, det har jeg tenkt mye på da; at hvis du ikke gjør noe nå, så kan det kanskje bli enda verre”.</p>
		Den gode følelsen	<p>“Jo, alle vet jo om den der «dørstokkmila» som dem snakker om, den er jo av og til veldig tung. Og når du da på en måte kommer i gang, og især når du da kommer tilbake, så kjenner du det at «åh, dette skulle jeg ha gjort mer av» eller ett eller annet sånt noe liksom, så føler du det at det, det skjer noe med hele deg”.</p>
		Mestring som motivasjon	<p>“Ah, jess. Dette har jeg faktisk klart, da skal jeg klare enda mer”</p>
Frisklivssentralen	-	-	-
Endring	Endring	Tiltak	<p>-Kosthold: “Jada, vi har gjort noen endringer, det har vi jo. For vi har kuttet ut. Vi bruker mye sånn grønnsaker da. Litt mere ordentlig mat da, og ikke spiser så mye prøver vi og sånn noe da. Så jeg tenker jo på det da. Det gjør jeg. Ellers så hadde jeg sittet med potetgullposen foran meg hele tida, og det gjør jeg jo ikke”</p>

			<p>-Aktivitet: “Har ikke tid til å sitte å se TV heller [...] Jeg synes ikke jeg går glipp av noen ting, jeg eh... Ser ... Før kunne jeg sitte i timevis og se på sporten og fotball og alt som er. Jeg gjør det aldri lenger. Det skal mye til at jeg sitter en time og ser på TV for å si det sånn. Så det er, det er stor forandring”</p> <p>-Psykososialt: “Eller altså prøvd å bruke de der metodene da. Og det fungerer veldig fint. [...] Nei, det er det at du liksom. Vi snakka om det der med den kaffekoppen som kvelva da liksom, det er klart at det er mye sånn forskjellig sånne ting da altså. Men du må liksom godta det at det er jo ikke skade skjedd likevel. “Nei vel, jeg gjorde det, men dagen er jo ikke ødelagt for det. Det er bare å tørke det opp igjen og så er du ferdig. Og det har jeg jobbet mye med meg selv, og det har jeg klart nå”.</p>
		Vedlikehold	“Ja, for det at du får en slags sånn “grunnpakke” som du får inn med en gang, og den, den blir du ikke å glemme for å si det sånn da. Det er det første du tar med deg, og det trur jeg liksom sitter i og. Liksom det med maten og at du tross alt må røre litt på deg også”.
		Resultat	“Du får en heving av livskvaliteten, mener både jeg og kona. [...] vi trives. ja. Det har vært en total forandring fra det vi hadde før. Helsa og fysisk form og, men også ikke minst hvordan vi lever livet hadde jeg sagt [...] Jeg må jo si at vi har jo totalt forandret livsstil samlet sett, da. Så har det blitt veldig forandret de siste 5-6 årene”.
Egeninnsats /disiplinering	Egeninnsats	Selvdisiplinering	“For at samtidig så søkte jeg vel egentlig om operasjon. Ja. Og så fikk jeg nei på det, og da tenkte jeg at «ok, da er det opp til meg selv. Jeg skal vise at jeg faktisk klarer det selv”.
		Eget initiativ	“Nei, ja, jeg syntes det var veldig greit, kan du si. Det var jo frivillig. Jeg blei jo ikke trua til noe som helst. Jeg tok selv initiativet ovenfor fastlege og arbeidsgiver, at nå må vi, eller nå må jeg gjøre noe med situasjonen. Og jeg var innstilt på det”.
Helsefokus	Fokus på kropp/helse	Oppmerksomhet /bevissthet	“Nei, nå har jeg prøvd å begynne å blåse i det litt mere for jeg syntes jeg har tenkt så mye på det. Men jeg klarer ikke. Så det blir jo, som jeg sier til meg selv, du blir jo sprø av å tenke på mat hele tiden. Jeg har prøvd å la være litt, ja. For at jeg orker ikke”.
		Ubevisst/ikke oppmerksomhet	“Det er tider hvor jeg ikke har noen... taker i forhold til det. At det liksom går greit. Og det er vel kanskje de periodene som går greit da”.

Vedlegg 5: Tilbakemelding på behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages 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.no: 985 321 884

Cathrine Arntzen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 04.07.2013

Vår ref:34865 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34865	<i>Fra frisklivssentral til friskt liv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Cathrine Arntzen</i>
Student	<i>Marianne Eliassen</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marianne Eliassen, Soppsvingen 9, 9102 KVALØYSLETTA

Avdelingskontorene / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TROMSØ NSD, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 02. kjette.svarer@ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. redmaa@svf.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34865

Ifølge prosjektmeldingen skal det gis skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Deltakerne mottar invitasjonen via frisklivssentalen de tidligere har deltatt ved. Personvernombudet finner at framgangsmåten for førstegangskontakt er god, og at informasjonsskrivet er tilfredsstillende utformet i henhold til vilkåret om informert samtykke.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 10.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.