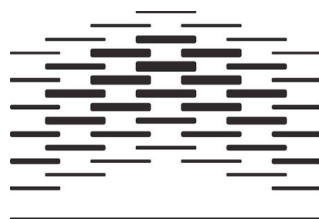


**MASTEROPPGAVE**  
**Ernæring, helse- og miljøfag**  
**2013**

En kvalitativ studie av menns oppfatninger av helse,  
kostråd og kostholdets betydning  
for å forebygge livsstilssykdommer

Marit Toverud

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for helse ernæring og ledelse**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**



## Forord

Etter å ha skrevet på masteroppgaven i det som føles en lang periode (og i den perioden rukket å fått to nydelige barn), er jeg endelig i mål. Det har vært en spennende, krevende, men ikke minst lærerik prosess, både fagmessig og personlig. Det er flere som her fortjener en stor takk!

Først og fremst ønsker jeg å takke de ni respondentene som frivillig meldte seg til å delta i denne studien. Det hadde ikke vært noen masteroppgave, hvis det ikke hadde vært for at dere villig delte deres livserfaringer og tanker. Takk for deres tillitt og åpenhet!

En stor takk til veileder Gun Roos. Du har gitt meg motivasjon og ikke minst inspirert meg i denne prosessen. Takk for at du har delt din kunnskap, og for fruktbare samtaler med stor takhøyde!

Kreftforeningen fortjener også en takk for samarbeid, og for behjelpeligheten med å skaffe informanter.

En gjennomføring av denne studien hadde heller ikke vært mulig uten de gode støttespilleren jeg har rundt meg. Takk til min kjære samboer for støtte og tålmodighet. Og til min familie og gode venner for troen på meg, og at dere alltid stiller opp. Dere er alle gull verdt!

Marit Toverud

Hamar, Januar 2013.



# Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| 1 INNLEDNING .....                                    | 8  |
| 1.1 PRESENTASJON AV STUDIEN .....                     | 8  |
| 1.2 AKTUALITET OG BAKGRUNN .....                      | 8  |
| 1.3 PERSONLIG OG FAGLIG BEGRUNNELSE .....             | 10 |
| 1.4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....                  | 12 |
| 1.5 AVGRENSING .....                                  | 13 |
| 1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON .....                       | 14 |
| 2 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING .....                  | 15 |
| 2.1 HELSE .....                                       | 15 |
| 2.1.1 Helseadferd .....                               | 17 |
| 2.2 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID .....        | 19 |
| 2.2.1 Etikk og forebyggende helsearbeid .....         | 20 |
| 2.3 LIVSSTILSSYKDOMMER OG KREFT .....                 | 21 |
| 2.3.1 Livsstil .....                                  | 23 |
| 2.4 KOSTRÅD .....                                     | 24 |
| 2.4.1 Motedietter .....                               | 25 |
| 2.4.2 Ernæringskunnskap .....                         | 26 |
| 2.5 MENN, MAT OG HELSE .....                          | 27 |
| 3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSMETODE .....              | 30 |
| 3.1 VITENSKAPSTEORETISK GRUNNLAG FOR METODEVALG ..... | 30 |
| 3.2 INTERVJU SOM METODE FOR PRODUKSJON AV DATA .....  | 31 |
| 3.2.1 Valg av intervjupersoner .....                  | 32 |
| 3.2.2 Intervjuguide .....                             | 33 |
| 3.2.3 Oversikt over utvalg .....                      | 35 |
| 3.2.4 Pilotintervju .....                             | 35 |
| 3.3 ANALYSE AV DATA .....                             | 36 |
| 3.4 KRITISK REFLEKSJON .....                          | 40 |
| 3.4.1 Tidligere forskning .....                       | 40 |
| 4 PRESENTASJON AV RESULTATER .....                    | 42 |
| 4.1 PRESENTASJON AV RESPONDENTENE .....               | 42 |
| 4.2 BEGREPET HELSE .....                              | 43 |
| 4.2.1 Som fravær av sykdom .....                      | 44 |
| 4.2.2 Som en ressurs .....                            | 45 |
| 4.2.3 Som velbefinnende .....                         | 45 |

|  |    |
|--|----|
| 4.3 HVEM/HVA PÅVIRKER SPISEVANER.....  | 47 |
| 4.3.1 Tid.....   | 47 |
| 4.3.2 Pris.....  | 48 |
| 4.3.3 Sosiale relasjoner.....  | 49 |
| 4.3.4 Tilgjengelighet.....   | 50 |
| 4.3.5 Helse.....   | 51 |
| 4.3.6 Kunnskap.....  | 53 |
| 4.3.7 Kos og trivsel.....  | 55 |
| 4.4 FORHOLD TIL KOSTRÅD.....   | 56 |
| 4.4.1 Problematiserer tillitt.....   | 56 |
| 4.4.2 Finne sin egen vei.....  | 59 |
| 4.5 HOLDNING TIL KOSTENS BETYDNING FOR FOREBYGGING AV LIVSSTILSSYKDOMMER.....    | 62 |
| 4.5.1 Kunnskap om kostens betydning for forebygging av livsstilssykdommer.....   | 62 |
| 4.5.2 Bevissthet og praktisering.....  | 65 |
| 4.6 DRIVKRAFT FOR Å FOREBYGGE LIVSSTILSSYKDOMMER.....                            | 66 |
| 4.6.1 Sykdom og helse.....   | 67 |
| 4.6.2 Sosiale faktorer.....  | 69 |
| 4.6.3 Risiko.....  | 70 |
| 4.7 OPPSUMMERING.....  | 71 |
| 5 DISKUSJON AV METODE OG RESULTATER.....   | 73 |
| 5.1 METODEDISKUSJON.....   | 73 |
| 5.2 RESULTATDISKUSJON.....   | 78 |
| 5.2.1 Betydning av helse.....  | 78 |
| 5.2.2 Hvem/hva påvirker spisevaner.....  | 81 |
| 5.2.3 Forhold til kostråd.....   | 82 |
| 5.2.4 Holdning til kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer..... | 84 |
| 5.2.5 Drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer.....                          | 85 |
| 6 AVSLUTNING.....  | 88 |
| Litteraturliste.....   | 90 |
| Vedlegg.....   | 96 |

## Forkortelser

FAO Food and Agriculture Organization, FNs organisasjon for ernæring og landbruk

FN De Forente Stater

NSD Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

NOU Norges offentlige utredninger

Shdir Sosial- og helsedirektoratet

WHO World Health Organization, Verdens helse organisasjon

WCRF World Cancer Research Fund

## Tabeller, figurer og vedlegg

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabell. 1:  | Tre oppfatninger av helse.....                          | 16 |
| Tabell. 2:  | Oppsummering av modeller og teorier.....                | 30 |
| Tabell. 3:  | Forskjellene mellom kvantitativ og kvalitativ metode... | 31 |
| Tabell. 4:  | Forhold til kostråd .....                               | 38 |
| Figur. 1:   | Eksempel på halvstrukturert forskningsintervju.....     | 35 |
| Figur. 2:   | Eksempel på utdrag fra pilotintervju.....               | 37 |
| Vedlegg. 1: | Informasjonsskriv til deltagere                         |    |
| Vedlegg. 2: | Intervjuguide   |    |
| Vedlegg. 3: | Matrise   |    |
| Vedlegg. 4: | Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste       |    |



# Sammendrag

## Bakgrunn

Kreft, fedme og diabetes II er livsstilssykdommer som rammer stadig flere menn i den vestlige verden. Tidligere forskning har fokusert mindre på menns spisevaner, enn på kvinners og man har ikke like mye kunnskap om menns oppfatning om mat og helse. De få studiene som er gjort, har vist at menn er dårligere enn kvinner til å benytte seg av kunnskap om mat og helse. Det finnes få studier som tar for seg menns syn på kostråd og deres tanker om kostholdets forebyggende effekt. I denne studien ønsket jeg å belyse mennenes syn på egen helse, oppfatning av kostråd og kostholdets potensial til å forebygge livsstilssykdommer.

## Metode

Studiens design er basert på fenomenologisk vitenskapsfilosofi og som metodisk tilnærming, ble det brukt et kvalitativt semistrukturert forskningsintervju. Deltakerne var ni tilfeldig utvalgte menn fra en stor bedrift i Oslo i 2009. Aldersspennet på respondentene var mellom tretti og femtifem år. Det ble brukt en firetrinns fenomenologisk analyse for å behandle datamaterialet.

## Resultater

Respondentene opplevde god helse som en forutsetning for daglige gjøremål og for deres trivsel. De eldre var mer bevisst på betydningen av god helse og på å forebygge livsstilssykdommer. En av grunnene til det var at de enten selv hadde fått en livsstilssykdom eller at noen i nære relasjoner hadde blitt berørt. For de under førtifem år var tanken på å forebygge livsstilssykdommer fjern. Flere nevnte derimot at hvis de visste det var en tydelig risiko mellom kosthold og livsstilssykdommer, ville de tenke mer på det. Så lenge mennene selv ikke har noen sykdom eller plager, så de det ikke som relevant å forebygge livsstilssykdommer. Flere ga uttrykk for at de synes det hele var kompleks.

De fleste mennene i denne studien var kritisk til kostråd. Respondentene syntes kostrådene i media var forvirrende, og for flere var løsningen å finne sin egen vei. Få av mennene skilte mellom offisielle kostråd og ”motedietter”, men flere var imidlertid interessert i det vitenskapelige aspektet om mat og helse.

## Konklusjon

Denne studien viser at god helse er av stor betydning for menn. De har imidlertid liten tillitt til kostråd og formidlerne av dem. For å imøtegå dette bør det tydeliggjøres hva som er evidensbaserte kostråd, og hva som er motedietter. I tillegg kunne de som arbeider med forebyggende helsearbeid og som utarbeider kostråd, inkludere holdningsarbeid som en del av intervensjonene sine for å bedre menns syn på, og bruk av kostråd.

# Abstract

## Background

Cancer, obesity and diabetes type II are all common consequences of negative health behaviour like overeating and an unhealthy diet and are increasing among men in the Western hemisphere. Earlier studies have had less focus on eating habits in males than in woman and little to none on their attitudes toward nutritional advise. The current study aimed to investigate male attitudes towards health, nutritional advise and the preventive effect of a healthy diet.

## Methods

The study design was based on phenomenological philosophy and utilized a qualitative semi-structured interview. The participants were a convinience sample of nine males from a large company in Oslo in 2009. The age range was 30-55 years. To analyze and interpret the data this study used a 4-step phenomenological analysis.

## Results

The respondents viewed health as an important factor for their quality of life and in their everyday tasks. Most of the respondents were suspicious toward nutritional advice and wanted to make independent choices in their diet. Few of the respondents separated official dietary advise from “fashion diets”, but were interested in the scientific aspect of food and health. They viewed the nutritional advice in the media as confusing and not trustworthy.

The participants younger than 45 years viewed the idea of preventing disorders through diet as distant and not relevant to them. However, the younger respondents said that if they knew more about nutrition and negative health aspects they would view it as more salient. Their conclusion was that as long as they do not have any illnesses themselves, they would not be concerned with prevention.

## Conclusion

This study demonstrated that health is very important to the participants. Men have little confidence in nutritional advice and the communicators of this advice. To address this an effort should be made to clarify the difference between evidence-based advice and ”fashion” diets. In addition, interventions and practitioners might incorporate attitude change as a important part of their programs to address the lack of committment among men.

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av studien

Denne studien fokuserer på menn sitt syn på helse, deres oppfatninger av kostråd og syn på kostholdets rolle for å forebygge livsstilssykdommer. Mennenes erfaringer og opplevelser av helse og kostråd, blir drøftet i livsstilsperspektiv. Metoden er et kvalitativt dybdeintervju med en fenomenologisk tilnærming. Problemstillingen blir belyst av aktuell forskning som er vevd inn i teoridelen, kapittel to.

## 1.2 Aktualitet og bakgrunn

Det har skjedd betydelige forandringer over lang tid i det norske kostholdet. Vi i Norge har aldri levd lenger enn det vi gjør i dag. Fra å være forventet levealder på ca. 50 år på 1900 tallet, er det i dag forventet at vi skal leve til vi er omkring 80 år gamle. Dette skyldes bedre levekår og bedre behandling av sykdommer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Ifølge Brunberg og Foss (2002) har forventet levealder i Norge økt jevnt de siste tohundre årene. Forskjellen mellom kvinner og menn økte betydelig frem til 1986, hvor den deretter ble noe redusert. Differansen mellom menn og kvinner er ca 3.5 år i 2011 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Det finnes ingen klare fasit svar på hvorfor kvinner lever lenger enn menn. En forklaring kan være forskjeller i genene til menn og kvinner. En annen forklaring kan være at menn utsetter seg for større risiko (Brunborg og Foss, 2002). Den viktigste grunnen til at kvinner lever lenger enn menn, ser ut til å være at kvinner har til nå hatt en sunnere livsstil (Mæland, 2005).

Det har tidligere vært lite fokus på menn sine spisevaner, og studier har stort sett vært basert på kvinners svar. Man vet ikke like mye om menns opplevelser av mat og spising (Roos & Wandel, 2004). Likeledes hvordan menn opplever sin egen kropp og helse, som er et område det er lagt liten vekt på i norsk sammenheng (Lilleaas, 2006).

Kjønnsforskjellene reflekterer at mat og helse er feminine områder, hvor forskning viser at kvinner er mer opptatt av matkvalitet, vektreduksjon og helse (Jensen & Holm, 1999). Kjønnsforsker Lilleaas (2003) forbinder menn med elefanter, og mener med det at lider i stillhet. Mange menn trekker seg tilbake og vegrer seg for å fortelle når noe er i veien. Mannskulturen i forholdet mellom menn, kan gjøre at det er vanskelig å vise svakhet og fortelle om sine sårbare sider (Lilleaas, 2003). Menn sin helse har imidlertid kommet mer i

lys den siste tiden og det finnes nå både nasjonalt og internasjonal forskning rundt området (Sobal, 2005; Roos & Wandel, 2004; Johansson & Solvoll, 1999; Jensen, 2007; Evans, et. al., 2010; Lilleaas, 2006). Ifølge verdens helseorganisasjon er kampen å endre mennene sin etablerte holdning til egen helse, mot en kultur hvor menn oppfatter viktigheten å ta vare på seg selv. Denne kampen berører også helsesektoren som må tilrettelegge og imøtekomme for mennene sine helseproblemer (WHO, 2001).

Verdens helseorganisasjon definerer helse som ”*en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte*” (WHO/FAO, 2003). I denne definisjonen kommer det frem at god helse er det samme som et godt liv. På den måte blir helse en investeringsfaktor for det gode liv. Ifølge Nasjonalt råd for ernæring (2011), har den enkelte ansvar for egen helse og står ansvarlig for sine egne valg. Samfunnet sin oppgave er å tilrettelegge informasjon for å tilføre kunnskap og påvirke holdninger (St. meld. Nr. 16. 2002 - 2003). Informasjon kan beskrives som selve innholdet i kommunikasjonsprosessen og er en enveis prosess (Jarlbro, 2004). Man kan stille spørsmålet om helseinformasjon når frem til menn og hvordan rådene blir omsatt til helsefremmede tiltak. Palm og Windahl (1989) mener at begrepet ”informasjon” uttrykker mer kontroll og påvirkning enn hva helsekommunikasjon gjør. Min primære interesse er å undersøke hvilken oppfatninger menn har om helse og kostråd, og deres oppfatning av kostholdets forebyggingspotensial.

Sammenhengen mellom folks levevaner og utvikling av kreft, har de senere år blitt bedre dokumentert gjennom internasjonal forskning. Disse sammenhenger åpner for betydelige forebyggingsmuligheter (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Forekomsten av krefttilfeller har økt globalt og er i dag en trussel mot liv og helse. I 2030 antar man at antallet personer med kreft har doblet seg. Den sterkeste økningen vil sannsynligvis komme i lav og middelsinntekts land. Det er snakk om en epidemi (WCRF, 2007). Et av Kreftforeningens viktigste satsingsområder har i mange år vært forebyggende arbeid, blant annet innenfor kosthold (Gråberg, 2007). Man regner med at 30 – 40 prosent av alle krefttilfeller kan forebygges ved et riktig sammensatt kosthold, økt fysisk aktivitet og opprettholdelse av normal kroppsvekt (WCRF, 2007). Dette tilsvarer et forebyggingspotensiale på 6000 nye krefttilfeller hvert år i Norge. Ved å øke inntak av frukt og grønnsaker alene, er det anslått at det kan forebygges 15 prosent av krefttilfellene (Sosial og helsedepartementet (Shdir), 2005).

De første norske anbefalinger for næringsstoffer kom i 1954. I Norge, i begynnelsen av 1900 tallet og frem til 1950, var fokuset først og fremst å sikre ernæring for å unngå mangel – sykdommer (Wandel & Fagerli, 1999). For ca. 50år siden endret offisielle ernæringsråd fokus fra å beskytte ernæringsmangler, til også å skulle forebygge kroniske sykdommer som blant annet kreft. Det har vært - og er fortsatt - en stor grad enighet av hva vi daglig trenger av protein, fett, karbohydrater, vitaminer og mineraler, for å unngå mangler og oppnå god helse. Dette avspeiles ved at det er liten forskjell mellom de europeiske og nordiske anbefalinger (Meltzer, H., Meyer, H & Klepp, K., 2004). Store deler av befolkningen i Norge har et kosthold som ikke er optimalt i forbindelse med forebygging av livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, type 2-diabetes og osteoporose. Av de seks viktigste risikofaktorene for død i Europa, kan fire av disse faktorene påvirkes av kostholdet. I mange land anslår både WHO og helsemyndighetene at de fleste kroniske sykdommer, kan forebygges med endringer i fysisk aktivitet, røykevaner. Dette med henblikk på bl.a. hjerte- og karsykdommer, kreft, type 2 diabetes og fedme kosthold (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Helse- og levekårsundersøkelsen i Norge utført av statistisk sentralbyrå, viser at forekomsten av fedme er størst blant menn som er midt i livet (45 – 66 år). I denne aldersgruppen hadde 12 prosent av mennene BMI verdi på over 30 eller høyere i 2005 (Jensen, 2007). Dette gjør det relevant å spørre hva menn tenker og mener om helse, kostråd og forebygging av kreft, da sammenhengen mellom kosthold og kreft er godt dokumentert (Gråberg, 2007).

### 1.3 Personlig og faglig begrunnelse

Min bakgrunn er sykepleier, med erfaring fra arbeid med blant annet med kreftsyke mennesker. Interessen, nysgjerrigheten og søken etter mer faglig kompetanse økte særlig i forhold til forebygging og kosthold. Ved kontakt og samtale med en høyskolelektor ble jeg inspirert til å skrive/drøfte denne problemstillingen opp mot kjønnsroller i samfunnet. Jeg har bl.a. søkt å belyse hvordan menn oppfatter kostholdsråd og i hvilken grad de reflekterer over kostholdets betydning i hensikt å forebygge livsstilssykdommer. Tidligere har mat, kropp og slanking, tradisjonelt vært kvinnelige domener.

Min erfaring er at temaene berører menn i minst like stor grad. Etter å ha snakket om dette med pasienter, familie og venner, ser jeg stor interesse og engasjement rundt denne problemstillingen. Få fagfelt får i dag mer medieoppmerksomhet enn kosthold og

ernæring. Sykepleiere som helsefaglig profesjonsarbeidere møter pasienter i ulike ledd av helsetjenesten som trenger informasjon og undervisning om riktig kosthold.

## 1.4 Hensikt og problemstilling

Hovedformålet med studien er å få økt kunnskap om menns oppfatninger av helse, kostholdsråd og hvilken tanker de har om kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer. I denne studien er det fokusert på i hvilken grad kostholdsråd påvirker helsevaner blant menn og deres tanker om kostholdets forebyggingspotensiale. Deres oppfatning av helse vil være med å belyse dette. Det er i problemstillingen valgt å bruke ordet ”kostråd” og ikke ”offisielle kostråd”. Dette i hensikt å se hva individet selv legger i begrepet kostråd og for å forsøke å få frem noen nye perspektiver på fenomenet som undersøkes.

Problemstillingen i denne studien vil være følgende:

*Hvilken oppfatning har menn om helse og kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer?*

For å belyse problemstillingen nærmere er det blitt utformet fire forskningsspørsmål:

1. Hvilke oppfatninger har menn begrepet helse?
2. Hvem/hva mener menn påvirker deres kosthold?
3. Hvordan forholder menn seg til kostråd?
4. Hvilke oppfatninger har menn om kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer?

## 1.5 Avgrensing

For å avgrense oppgaven er det kun yrkesaktive menn som har blitt intervjuet. Det er ikke satt kriterier for alder, da det var undersøkt på forhånd at de som kunne bli valgt ut var over 18 år. Det ble undersøkt hvordan respondentene oppfattet kostråd i forbindelse med forebygging av livsstilssykdommer.

Når det i teori - delen blir brukt ordet ”kostråd”, menes med dette både offisielle kostråd og såkalte ”moteråd”. Når det er et skille, vil det stå beskrevet.

I resultat og diskusjonskapittelet blir betegnelsen menn og respondenter brukt om hverandre.



## 1.6 Oppgavens disposisjon

*I dette kapittelet* er studiens formål presentert, samt en begrunnelse for valg av tema - med en presentasjon av problemstilling. Kapittelet avsluttes med definisjon, avklaringer og avgrensninger.

*I kapittel to* blir teori presentert, ved å gjøre rede for begreper som helse, forebyggende helsearbeid, helsefremmende helsearbeid, livsstil og livsstilssykdommer, kostråd og menn, mat og helse. I kapittel nummer to blir tidligere forskning vevd inn som en del av teorien. Avslutningsvis i dette kapittelet kommer en oppsummering over modeller og teorier som benyttes i studien.

*I kapittel tre* som har fått overskriften *Presentasjon av forskningsmetode* presenteres metodiske tilnærminger og beskrivelser av analyseprosessen. I kapittelet presenteres først grunnlaget for metodevalget, for å synliggjøre at det er valgt en hensiktsmessig forskningsstrategi for denne studien. Der redegjøres videre for fremgangsmåten i datainnsamlingen og for analysearbeidet. Til slutt presenteres etiske overveielser.

*I Kapittel fire* kommer en *Presentasjon av resultater* som består av studiens funn og fortolkninger. Her er det fokusert på mennenes opplevelse av livsverden, i forhold til deres erfaringer og tanker om helse, kostråd og oppfatning av kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer. Dette kapittelet avsluttes med en oppsummering av funnene.

*I kapittel fem – Diskusjon* starter med en metodediskusjon. Her diskuteres gyldigheten av funnene, ved å se nærmere på om det er noen forhold som kan ha påvirket resultatet. Videre presenteres en diskusjon av studiens resultater, sett opp imot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Kapittelet avsluttes med en oppsummering og implikasjoner for videre forskning.

## 2 Teori og tidligere forskning

I dette kapitlet vil det bli presentert aktuell teori i forhold til studiens problemstilling. Det vil innledningsvis bli redegjort for begrepet helse og helseadferd. Videre vil det bli presentert teori om forebyggende og helsefremmende arbeid, samt etikk i forhold til disse to begrepene. Teori om livsstilssykdommer og kreft blir så presentert. Videre blir kostråd definert, før det avslutningsvis blir presentert teori om menn, mat og helse, og en oppsummering av modeller og teorier som benyttes i studien. Tidligere forskning er vevd inn i forskjellige temaer i teorikapitlet.

### 2.1 Helse

Begrepet helse kan defineres på flere måter. I 1946 sa Verdens helseorganisasjon (WHO) at helse er ”*mer enn fravær av sykdom og svakheter*”. Det ble da utvidet til å innefatte ”*fullstendig fysisk, mental og sosial velbefinnende*” (WHO/FAO, 2003), noe som er den mest brukte definisjonen i dag. Definisjonen til Verdens helseorganisasjon er imidlertid blitt kritisert for å være en forestilling om lykketilstand. Det kan være derfor verdens helseorganisasjon senere har brukt en mer dempet versjon, hvor helse beskrives som ”*evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv*” (Mæland, 2005, s. 25). Hjort (1994) relaterer begrepet helse til mestring i hverdagen og definerer helse som ”*overskudd i forhold til hverdagens krav*” (Mæland, 2005). Ifølge Mæland (2005) gjenspeiler det hvordan man oppfatter begrepet helse, både livsoppfatning, verdimeslige prioriteringer, samt kulturelle og sosiale forhold.

Helse er og har alltid vært en svært viktig verdi for folk. Det kan ifølge Fuggeli & Ingstad (2001) vise seg i de store religionene der de har løfter om god helse som belønning og sykdom som straff. Ifølge Norske meningsmålinger står god helse fortsatt øverst på ønskelisten, og bekrefter dermed helsens prioritet (Barstad, 1999). Opp igjennom tidene ser man at helse har vært forankret i ideen om både det optimale og ideen om det normale. Det å ha en *balansert helse* har vært et tema også før den moderne medisin. Da handlet det om å finne den rette balansen mellom ”supernatural beings” – kroppen, miljø og prosesser inni kroppen. Dårlig helse oppstår når det er ubalanse i noen av disse faktorene (Blaxter, 2010). Nasjonale og internasjonale studier viser at menn ofte snakker om variasjon og balanse når det gjelder kosthold og helse (Roos & Wandel, Warde 1997).

I den norske befolkning er helsetilstanden generelt god (Jensen, 2007). Ifølge helse- og levekårsundersøkelsen i 2005, ser fire av fem mennesker fra 16 år og eldre på sin egen helse som god eller meget god. I motsatt retning er det en av tjue som ser på sin egen helse som dårlig eller meget dårlig. Det er tilsynelatende en liten forskjell i egenvurdert helse mellom menn og kvinner (Jensen, 2007; Ramm, 1997). Sykdom kan oppleves forskjellig og mange mener at de har en god helse til tross for sykdom (Ramm, 1997; Blaxter, 2010). I den siste tiden har et mer moderne begrep ”livskvalitet” kommet langt på vei i å ta over for begrepet helse (Mæland, 2005). Det er enighet om at livskvalitet må sees på som en subjektiv opplevelse (NOU 1999:2, 1999).

De tre formene for helse i tabellen under, henger gjensidig sammen.

Tabell: 1 Tre oppfatninger av helse.

|                     | Som fravær av sykdom               | Som en ressurs                        | Som velbefinnende                           |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Tilstand            | Å være                             | Å ha                                  | Å fungere                                   |
| Beskrivelse         | Fravær av sykdomstegn og symptomer | Robusthet<br>Styrke<br>Motstandskraft | Opplevd velvære<br>Aktiv<br>Gode relasjoner |
| Relasjon til sykdom | Ødelegges av sykdom                | Gir motstand mot sykdom               | Kan oppleves til tross for sykdom           |

Mæland (2005:26) Modifisert etter Herzlich (1973) og Mæland (1989).

Fuggeli og Ingstad (2001) undersøker i sin studie hva slags forestillinger og meninger folk i Norge har om helse. Det folkelige perspektivet på helse har ifølge Fuggeli og Ingstad (2001) tre kjennetegn:

1. ”Helhet. Helse er et holistisk fenomen, og er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet.
2. Pragmatisme. Helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig og forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon.
3. Individualisme. Helse er et personlig fenomen. Menneskene er ulike. Derfor må helse som mål og veiene til helse bli forskjellig fra individ til individ”

Hvordan mennesker selv oppfatter egen helse kan ha sammenheng med definisjonen av begrepet helse. Internasjonale studier viser seg at de som beskriver helsen sin som ”ikke syk”, og helse som ”aktivitet”, oftere blir brukt av de som anser helsen sin som god og spesielt av menn. Kvinner nevner oftere den psykiske delen av sin helse. Noen beskriver helsen sin som god, til tross for faktorer som indikerer at helsen heller er relativt dårlig. Det er også noen som beskriver helsen som dårlig, selv om det ikke er noen faktorer som tilsier at det er tilfelle. Depresjon og personlige kriser kan være forklaringer på at noen beskriver sin helse som dårlig. Noen vurderer også helsen som veldig bra, til tross for alvorlig kronisk sykdom og noen syke eldre, syke kan vurdere sin helse som bra, når de tar sin alder i betraktning (Blaxter, 2010).

Tidligere studier viser at egenvurdert helse kommer an på personens medisinske helsestatus og eventuelle funksjonelle konsekvenser. Andre faktorer i denne sammenheng som også kan ha betydning, er den subjektive opplevelsen individet selv har om egen helse. Egenvurdert helse viser seg imidlertid å være en bra måte og måle menneskers subjektive opplevelse av helse. Målinger av egenvurdert helse brukes også i kvantitative studier (Manderbacka, 1998). Noen undersøkelser har vist at hvilken oppfatning en har av helse, kan være avhengig av sosial status. En tendens i de høyere sosiale lag er at god helse blir oppfattet som velbefinnende, mens det i lavere sosiale lag blir sett på som en ressurs i hverdagen. Forventningene til helse vil da variere hos folket og øke sammen med sosial status. Den vanligste oppfatningen av god helse i vestlige kulturer er fravær av sykdom (Mæland, 2005; Blaxter, 2010).

### 2.1.1 Helseadferd

Helseadferd er en kombinasjon av livsstil og levevaner som har konsekvenser for helsen, som for eksempel kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholforbruk. De bakenforliggende årsakene til helseadferden må endres, for å tilrettelegge menneskers helseadferd (St meld. nr 20 (2006 – 2007) 2007). Sosialpsykologisk forskning har i forhold til helseadferd presentert en rekke teorier og modeller. I denne studien har jeg blant annet valgt å presentere Ajzen (1991) sin teori; *theory of planned behavior* og *the health belief model*. Denne teorien/modellen ble vurdert mest hensiktsmessig med bakgrunn i problemstilling og forskerspørsmål.

Ajzen (1991) hevder i *theory of planned behavior* at individets beslutning om å handle står høyest når: en har positive holdninger til handlingen, egen forståelse av andres meninger

om handlingen og egen oppfatning av at handlingen er under kontroll. En oppfatning kan for eksempel være at en mann velger å spise ”fem om dagen”, fordi personen har tro på at det kan forebygge livsstilssykdommer, og kona roser han for det. Denne mannen føler han kan beherske å spise ”fem om dagen”. I denne studien kan *the theory of planned behavior* belyse forholdet respondentene har til kostråd.

En annen aktuell modell for denne studien er ”*the health belief model*” oversatt til norsk; ”modellen om helseoppfatninger” (Mæland og Aarø, 1993). Denne modellen er designet til å forklare hvilke elementer som påvirker helseatferden til mennesker. Hovedbudskapet i modellen om helseoppfatninger, er at avgjørelsen om å utføre en forebyggende handling, for eksempel å spise ”fem om dagen”, bygger på et mentalt regnskap hvor visse faktorer sees opp mot hverandre;

- Alvorlighetsgraden av sykdom eller helseproblemet som man ønsker å unngå.  
Eksempel: En person som nylig har mistet en nær person i familien av en alvorlig og hissig kreft diagnose, endrer kostvaner og begynner å gå til og fra jobb.
- Sannsynligheten for å bli rammet.  
Eksempel: En person som spiser mye usunn mat hver dag, vurderer i hvilken grad han er utsatt for å få tykktarmskreft og om han skal spise mindre pizza og hamburgerer og heller mer frukt og grønt.
- I hvilken grad risikoen reduseres ved forebyggende handlinger.  
Eksempel: Ved å endre kosthold og bli mer fysisk aktiv kan en som er i faresone for å få diabetes type II forebygges.
- Hvilke omkostninger som forbindes med å forebygge sykdom og helseproblemer.  
Eksempel: En barriere eller omkostning kan dreie seg om å legge om kostholdet til å inneholde mer fukt og grønnsaker for å forebygge livsstilssykdommer.

Ifølge Mæland & Aarø (1993) er det fremdeles en mangel på en modell som gir god nok forståelse av helseadferd og det har vært manglende fokusering på sosiale og samfunnsmessige forhold. Det er også diskutert om helseadferd kan forklares bedre om begrepet helse hadde hatt en klar og entydig definisjon.

## 2.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebygging dreier seg om mer enn å forebygge sykdom og skade. Det handler også om å fremme folks helse slik at det blir en ressurs i hverdagen. Utvikling av livsstilssykdom er en prosess og vi vet at det ikke er unngåelig, eller når tid risikofaktorene har størst betydning (Mæland, 2005). Forebygging kan deles i tre typer; *Primær forebygging*; Målsettingen er å forhindre, eventuelt utsette, sykdomsforløp. Det vil si at færre mennesker får livsstilssykdommer eller får redusert risiko for å få livsstilssykdommer. *Sekundær sykdomsforebygging*; Hindre at en sykdom på ny manifesterer seg eller utvikler seg videre. For å hindre at den utvikler seg videre, kan trening og endring av kosthold være viktige faktorer. *Tertiær sykdomsforebygging*; Når målsettingen er å redusere de følgende sykdommen får for funksjon og livskvalitet. Tertiær sykdomsforebygging kan sidestilles med behandling eller rehabilitering (Mæland, 2005).

Helsefremmende arbeid er definert som; ”*Proessen 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, s. 16)”. Målsetningene for det helsefremmende arbeidet har Verdens helseorganisasjon formulert som ”*å legge til rette for helseutvikling, å styrke folkets motstandskraft mot helsetruende forhold, å stimulere folks evne til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, og å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig*” (Mæland, 2005. s.14). For å bekjempe folkehelseproblemer, krever det både folkelig deltakelse og profesjonell kompetanse. Forebyggende helsearbeid, innebærer både å forebygge og å fremme helse. En effektiv måte å forebygge sykdom og helseproblemer på er å fremme helsen. Innenfor helsefremmende arbeid er det å forebygge sykdom helt sentralt, da sykdom svekker helse hos individ og befolkning. I stedet for å se på forebyggende og helsefremmende arbeid som motsetninger, bør de ses på som komplementære tilnærminger innenfor det forebyggende arbeidet (Mæland, 2005).

WHO/FAO ga i 2004 ut en strategi for å promotere og beskytte helse, gjennom fysisk aktivitet og å spise riktig. I den globale strategien var et av hovedpunktene å redusere risiko for kroniske sykdommer, samt øke kunnskap og forståelse hos folket med henblikk på hvordan mat påvirker helsen (WHO/FAO, 2004). Rådene fra WHO er de samme som de nordiske eksperter anbefaler. Soria – Moria erklæringen er den politiske plattformen til Regjeringen Stoltenberg II. I denne heter det blant annet ”*det skal satses sterkere på*

*sykdomsforebyggende arbeid. Samarbeid med frivillige organisasjoner vil blant annet vil bidra til at fokuset på fysisk aktivitet og kosthold økes*’ (Rapport Soria Moria, 2005).

Det er nødvendig å se det forebyggende helsearbeidet i forhold til menn i et livsstils – perspektiv, siden livsstilssykdommer er et resultat av helseadferd gjennom livet. Det lønner seg å forebygge på et tidligst mulig tidspunkt (WHO, 2001). Kostholdet man har fra tidlig i livet påvirker også helsen når man blir eldre, samt risikoen for å utvikle livsstilssykdommer. I forhold til hjerte – og karsykdommer, rammes menn omtrent 10 år før kvinner. Menn har rundt fem ganger større dødelighet av hjerteinfarkt (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

### 2.2.1 Etikk og forebyggende helsearbeid

Det er ifølge Mæland (2005) også flere anklager mot det å drive helsefremmende arbeid. Dette begrunnes blant annet med at det er svært kostbart og at metodene er lite effektive. At det kan bidra til å skape engstelse blant majoriteten av befolkningen som ikke har spesielt høy risiko for sykdom eller skade, samt at forebyggende tiltak kan ha bivirkninger som kan være farlige. Det er også kommet anklager som tilkjenner at forebygging bidrar til å kamuflere de reelle årsakene til helsesvikt.

Folkehelsearbeidet er blitt kritisert for å skape en falsk forestilling og forventning om optimal helse. Denne kritikken kan ikke avfeies helt. Forebyggende arbeid kan ikke garantere en god helse for alle. Helsefremmende og forebyggende arbeid kan derimot øke sjansen for at helsen ivaretas. Både fellesskapet og enkeltindividet har et ansvar (Mæland 2005). Det er imidlertid en menneskerettighet å ha en tilfredsstillende levestandard som er tilstrekkelig for helse og velvære. Det heter i FNs (De Forente Nasjoner) Menneskerettighetserklæring at ”*Enhver rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære...*” (fn.no, 2012).

Livsstilssykdommer kan i stor grad forebygges (WHO/FAO, 2003). Folkehelsearbeidet har de siste årene blitt kritisert fordi modellen for forebygging først og fremst har dreid seg om endring av livsstil hos enkeltindivider (Næss, 2003). Siden 1980 tallet har ansvaret for å forebygge livsstilssykdommer sakte men sikkert flyttet seg fra å være statens oppgave til individet selv. Målet for politikken er å gjøre det enklere for folk og ta sunne valg (Kjaernes & Roos, 2012). Dette vises i I St.mld. nr 16 (2002 – 2003), hvor det understrekes den enkeltes ansvar for egen helse. Samtidig bør samfunnet påvirke valgene

gjennom å tilføre kunnskap, informere og påvirke holdninger. Det å plassere ansvaret for egen helse hos individet, kan være en politisk ideologi, som resulterer i å innklage individer for deres egen sykdom. ”*You are dangerous to your health*” (Blaxter, 2010).

I Herzlich sin studie fra 1973 viser resultatene at individet føler de har ansvar for egen helse og sykdom ble sett på som en del av livet; ”*way of life*”. Mennesker bli nå lært opp til å ta ansvar for egen helse, samt ta vare på kroppen sin, ved å spise riktig, være aktiv og sørge for å ta vare på miljøet. Dette kan føre til at individet føler ansvar for alt og at de føler seg hjelpeløse på samme tid (Blaxter, 2010).

*Imagine a person who has learned to feel at least partially responsible for her own health, who feels that personal habits like eating and exercise are things that directly affect her health and are entirely within her control. Now imagine such a person gradually coming to believe that wider and wider circles of her existence – her family relationships, community activities, work situation – are also directly related to personal health. Once the process of linking a complex system to other complex systems begin, there is no reason, logically, to stop.* (Martin (2000) hentet fra Blaxter, 2010, s. 73).

Enkeltpersoners ansvar for å ta vare på kropp og helse har ifølge Bugge og Lillebø (2009) utviklet seg fra å være et personlig valg, til noe en *bør* gjøre. En annen grunn til man føler man bør ta vare på kroppen, er denne kan fremstå som et symbol på sunnhet og suksess (Bugge & Lillebø, 2009). Fokus på individets ansvar for å ta egne sunne valg kan ifølge Kjaernes & Roos (2012) være en faktor som forverrer problemene med overvekt. Det kan også føre til at det blir vanskeligere å bekjempe dette folkehelseproblemet.

## 2.3 Livsstilssykdommer og kreft

Livsstilssykdom kan defineres som sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever. Kostholdsvaner, ytre miljø, livsstil og måten vi velger å leve på påvirker disposisjonen til å få livsstilssykdommer senere i livet (Norsk helseinformatikk, 2012). Det siste tiår har industrialiseringen og urbanisering skapt forandringer i folkets kosthold og livsstil, spesielt i utviklingsland. Levestandarden er blitt bedre og tilgang på mat har økt. Negative konsekvenser som økt bruk av tobakk og mindre fysisk aktivitet sammen med en økning av kostholds relaterte kroniske sykdommer rapporteres, spesielt blant de fattige (WHO/FAO, 2003). Begrepet epidemi brukes av WHO/FAO for å beskrive utviklingen, hvor livsstilssykdommer blir omtalt som helseutfordring. Det er som oftest kostholds relaterte lidelser som knyttes til livsstilssykdommer. Halvparten av tilfellene med livsstilssykdommer er hjerte – og kar sykdommer. Antall overvektige og personer med diabetes øker og man ser flere får slike sykdommer også i yngre alder enn tidligere (WHO/FAO, 2003). I Norge har man de siste tretti årene sett en tredobling av antall



personer med Diabetes type II og utviklingen ser ut til å fortsette (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Kreft er også en livsstilssykdom som mange får i løpet av livet. Det er estimert at 32 prosent av krefttilfellene kunne vært unngått ved et riktig sammensatt kosthold (Woo, 2000). Kosten er kanskje en av de miljøfaktorene som i stor grad påvirker folk sin helsetilstand og velvære. Svakheter ved folk sitt kosthold, kan føre til sykdommer, som blant annet kreft (Johansson & Solvoll, 1999). Ifølge rapporten fra Sosial og helsedirektoratet (2005) vil 30 – 40% av alle krefttilfeller kunne forebygges med riktig sammensatt kosthold, økt fysisk aktivitet og opprettholdelse av normal kroppsvekt. Mer enn 3000 epidemiologiske observasjonsstudier, viser et klart bilde av hvordan et høyt inntak av frukt og grønnsaker reduserer risikoen av visse kreftformer. Resultatene er i det store og hele entydige og uavhengige av verdensdel og alder (Meltzer, Meyer, & Klepp, 2004).

Forekomsten av krefttilfeller har økt og er i dag en global trussel mot livskvalitet og helse. I 2030 antar man at antall personer med kreft har doblet seg og den største økning vil sannsynligvis komme i land med middels- og lavinntekt. En god del av denne økningen skyldes økt levealder (WCRF/AICR, 2007). I Norge år 2009 fikk 27520 mennesker diagnosen kreft. Av disse var 14 792 menn og 12 728 kvinner. Blant menn er prostatakreft den hyppigste kreftformen, som også er den kreftformen der det er størst økning, hele 23 prosent i forekomst (Kreftregisteret.no, 2012). Det har imidlertid blitt stor framgang siden midten av 1990 og man vet mer om kreftprosessen og hva som påvirker denne. Det er økt bevis om spesifikke kostmønstre. Mat og drikke og kan beskytter mot kreft, ikke bare før prosessene startene, men også etterpå (WCRF/AICR, 2007). Ved å øke inntaket av frukt og grønt kan for eksempel muligheten til å få kreft reduseres (Woo, 2000). Ubalanse eller mangel i ernæringsstatus på grunn av kosthold eller sykdom kan muligens øke risikoen av kreften ved å forårsake en ubalanse i det kjemiske forløpet til DNAet. Ernæringens rolle på kreft, kommer an på innflytelsen den har på fundamentale celle prosessen (WCRF/AICR, 2007).

Det finnes ingen garanti for å unngå kreft, men det finnes noen endringer man kan gjøre i hensikt å redusere denne risikoen (Gråberg, 2007). Befolkningens kosthold er stort sett i tråd med anbefalingene fra statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Det er imidlertid noen klare helsemessige svakheter. Dette gjelder særlig innholdet av for mye mettet fett og

for lite grove kornprodukter, frukt og grønt (Johansson & Solvoll, 1999). Sammenhengen mellom folks livsstil og utvikling av kreft har de senere årene blitt dokumentert gjennom nasjonal og internasjonal forskning (Gråberg, 2007; WHO/FAO, 2003; Nasjonalt råd for ernæring, 2011; WCRF/AICR, 2007).

### 2.3.1 Livsstil

Mæland definerer livsstil som handlingsmønstre, som innebærer de vanemessige handlinger som individet stort sett følger i hverdagen. Begrepet handlingsmønster dekker adferds rutiner som spisevaner. Den mest utbredte modell for å forklare og påvirke adferd er denne: KAP = Knowledge – Attitude – Practice. ”*Kunnskap påvirker holdning, som igjen påvirker adferd*” (Mæland 2005. s. 105).

Denne modellen kan gjenspeile seg i forskerspørsmålene, knowledge - kunnskap menn har om kostholdsråd og kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer. Attitude - hvordan de forholder seg til rådene, Practice - i hvilken grad rådene praktiseres. KAP modellen har imidlertid blitt kritisert for årsak/virkningsforholdet. Hvis det blir påvist sammenheng mellom holdning og adferd, kan man ikke vite sikkert at det er holdningen som fører til en viss adferd. Det kan også være at individet tilpasser holdningen til adferden hun/han føler seg komfortabel med. For eksempel kan en mann som er glad i biff og hamburgere, ha en holdning til at salat ikke er et skikkelig og tilfredsstillende måltid. Det er også påvist at kunnskap til en viss grad kan påvirke eller forutsi adferd, men er ikke tilstrekkelig i de fleste situasjonene. Kunnskapsformidling viser seg imidlertid også å ha en verdi i det forebyggende arbeidet. For eksempel ved sykdom, er god og tilstrekkelig kunnskap en viktig faktor for hvordan en person mestrer sykdommen, og opplever en følelse av kontroll (Mæland, 2005).

Giddens (1991) beskriver hvordan individer må ta livsstils valg for å redusere kompleksitet i en tid med et mangfold av valg. Sosiologen Pierre Bourdieu (1989) mener at våre matvaner forteller noe om den underliggende klassebestemte forståelsen av matens funksjon. Det å vokse opp i forskjellige sosial klasser, lokaliteter og familie-form, påvirker til en habitus som setter oss i stand til å handle på en spesiell måte (Bourdieu, 1989). Man kan for eksempel se på arbeiderklassen, der matens hovedfunksjon er ifølge Roos & Wandel (2004) ”å fylle opp”, slik at en kan bli mett og tilfreds til en rimelig pris. Her foretrekker menn en enkel, solid kosthold og legger mindre vekt på tilberedning og helsemessige aspekter (Roos & Wandel, 2004). Folk i øverste sosiale lag, er derimot mer

opptatt av matens helsemessige kvaliteter. I Norge er det sjelden at det er økonomiske forhold som avgjør hvilken livsstil man har. Når personer i lavere sosiale lag har et mer usunt kosthold, reflekterer det mer holdninger, enn de muligheter man har (Mæland, 2005). De sosiale rammene rundt måltidet har konsekvenser for kostholdet, og det er akseptert å *ikke* bruke mye tid på å lage middag kun til seg selv (Bugge, 2005).

## 2.4 Kostråd

Kostråd og helse er i vinden som aldri før. Det viser seg blant annet gjennom oppslag i media, og i politikken. Det har de siste tiårene skjedd betydelige endringer i det norske kosthold og det har vært en stor økning i kunnskapen om kostholdets betydning for helsen. Siden 1960 tallet gikk offisielle ernæringsråd fra å handle om å beskytte mot ernæringsmangler til å også skulle forebygge kroniske sykdommer. På 1970 tallet var fortsatt oppfatningen blant folk at kostholdet var viktig for kroppen og for å unngå mangelsykdommer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Flere regjeringer har utformet meldinger for å systematisere mat- og ernæringsarbeidet. Den første var St. meld. nr 32 (1975 – 1976) ”Om norsk ernæring og matforsyningspolitikk”. Den siste som er kommet ut er ”Handlingsplan for et sunnere kosthold i befolkningen (2007 – 2011)”. Målet med meldingen er å forbedre befolkningens kosthold, ved å gi råd og føringer (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Videre er et viktig mål for norsk mat – og ernæringspolitikk å redusere forekomsten av helseproblemer relatert til kosthold, samt å redusere helseforskjellene blant folk (Johansson & Solvoll, 1999). Ernæringsrådet har som oppgave å gi ut norske anbefalinger om næring og kosthold. Disse bygger i stor grad på de nordiske anbefalingene, under Nordisk Ministerråd. På grunnlag av disse anbefalingene, skal man kunne planlegge et sunt kosthold som sikrer behov i forbindelse med vekst og funksjon. Det gir en forebyggende effekt samt gode forutsetninger for en god helse. Det gis ut både næringsstoffbaserte og matvarebaserte kostråd (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Nasjonalt råd for ernæring (2011) har laget retningslinjer for et sunnere kosthold. Her har de blant annet anbefalt økt inntak av fisk, grove kornprodukter, frukt og grønnsaker.

Likeledes en nedgang i forbruket av spisefett, spesielt hard margarin og en reduksjon av forbruk av sukker og salt. Disse matvarene har dokumenterte helseeffekter, selv om det er usikkert hvilke mekanismer og stoffer som forklarer effektene. Det har vært mye fokus på matvarebasert forskning de siste 10 – 15 årene. Nye kostråd utvikles på grunnlag av denne kunnskapen (Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Det tas utgangspunkt i matvarebasert forskning, når nye nasjonale råd utvikles. Forskingen må vise en overbevisende eller sannsynlig sammenheng mellom eksponering og risiko for sykdom. Hvis disse faktorene er manglende, vil det bli benyttet næringsstoffbasert kunnskap til utvikling av kostråd. Tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon ligger til grunn for anbefalingene til hvert enkelt næringsstoff (Nasjonalt råd for ernæring, 2011). Offisielle kostråd blir således ikke basert på kun en enkelt studie eller funn. Det handler ifølge Meltzer, Meyer, & Klepp (2004) om å legge stein på stein i bygging av kunnskap. Historiske og etiske hensyn tas i betraktning når konkrete kostråd utformes, i tillegg til faglig kvalitet og holdbarhet. Det tas her også hensyn til befolkningen sine innarbeidende vaner (Meltzer, Meyer, & Klepp, 2004).

#### 2.4.1 Motedietter

”Motedietter” er stort sett basert på ”ikke – autoriserte” teorier om kostholdet, hvor temaene varierer. Lavkarbo var blant de ordene det ble søkt mest på Google i 2011 (Bugge, 2012). Dette viser at flere er interessert i å forsøke leve sunt og/eller slanke seg her i landet. Videre eksempler på slike dietter er ”blodtypedietter”, ”middelshav dietten”, ”NOKA dietten, osv. Det som er typisk for nåtidens motedietter, er at de oppstår hos enkeltpersoner - eller i grupper - som er utenfor det etablerte fagmiljø. Disse diettene begrunnes og markedsføres ut fra faglige spekulasjoner hentet fra biokjemi, fysiologi, genetik eller epidemiologi. På grunn av fagspråket kan det være vanskelig, selv for fagpersoner å navigere seg gjennom denne ”diettjungelen”. På tross dette, fører flere populære teorier og dietter til at mange likevel får et sunnere kosthold. Selv om det fører til at folk føler seg bedre er det ikke grunnlag nok for å danne offisielle anbefalinger (Meltzer, Meyer, & Klepp, 2004). Forskning viser også at individer ser ut til å ha mer tillitt til de kostråd som er i samsvar med deres oppfatninger og verdier (McComas, 2008).

Middelthon (2009) kommer med to råd om hvordan man skal ta seg frem i ”kostråd” terrenget. Det første rådet er å bruke sunn fornuft, ved å ta kostrådene med en klype salt, hvor hvert individ må finne en måte som fungerer for seg. Det andre rådet er å sjekke næringsinnholdet på maten vi kjøper, som for de fleste er uforståelig (Middelthon, 2009).

Formidlings- og mediekanaler som tv – programmer, spalter i ukeblader, aviser, m.m., har i stor grad tatt over som hovedkanal for kunnskapsformidling også innenfor kostråd og helse. Tidligere var det Statlige opplysningskampanjer som formidlet denne informasjon (Bugge & Lillebø, 2009). I media hender det ofte at enkelt undersøkelser blir gitt stor oppmerksomhet. Dette fører til at motstridende funn skaper strid om hva vi tror, vi vet og

ikke vet. Det kan også føre til mistillit når en forsker mottar finansiell støtte eller gaver fra organisasjoner, private selskaper, etc. Problemet oppstår hvis forsker lar seg påvirke på noen måte av dette forholdet under arbeidet med undersøkelsen (McComas, 2008). Det er også flere selvopplevte eksperter som uttaler seg i media, som kan være med å skape mer forvirring og mistillit (Meltzer, Meyer, & Klepp, 2004).

#### 2.4.2 Ernæringskunnskap

I den tverrfaglige studien - ”*Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy.. Finnes en diett for alt?*” (Bugge 2012) - er det benyttet både kvalitative og kvantitative metoder. Resultatene i denne studien viste at stadig færre har et likegyldig forhold til sine spisevaner, og syv av ti var helt eller delvis enige i påstanden: ”Jeg er meget interessert i å spise sunt”. Svært mange ga uttrykk for at de var meget interessert i å lese om kosthold og mat i aviser, magasiner eller matprogrammer på tv. Det viser seg også at kvinner fortsatt er mer interessert enn menn. Fire av ti brukte internett regelmessig for å skaffe seg kunnskaper. Videre viser studien til Bugge (2012) at tiltroen til de offisielle kostrådene var nokså lave. Kun 10 prosent var ”helt enige” i påstanden ”jeg har stor tiltro til helsemyndighetenes kostråd”, mens 23 prosent var delvis enige. Listene over mat man bør unngå, kan se ut til å ha blitt lengre, hvor det er uenighet i hva som betraktes som sunt og usunt. Unntakene er grønnsaker og fisk, som både helsemyndighetene og formidlerne av ”motedieter” er enige om er helsefremmende. Hva vi vektlegger mener Bugge er et resultat av våres ernærings – kunnskap og verdier (Bugge, 2012).

Som en del av EU fondet Food4Me prosjektet har forskere fra Wageningen Universitet og forskningssenter og Belgisk Compani Bio – Sense, identifisert viktige elementer for å tilpasse kostråd til et individuelt nivå. De mener at grunnen til at flere velger ikke å følge kostråd, er fordi kostråd blir kommunisert til en for bred populasjon. Hvis kostråd imidlertid hadde vært tilpasser hver og en ut ifra arv, helsetilstand og kostmønster, hadde kanskje flere valgt å følge de individuelt tilpassede rådene. De tilpassede kostrådene kunne ha ført til en bedre helse, på en mer effektiv måte. En utfordring kan være kostnader vedrørende en genetisk undersøkelse og kommunikasjon fra forbruker tilbake til de som formidler kostråd (Ronteltap, et al, under utgivelse).

## 2.5 Menn, mat og helse

Kjønn er en viktig faktor i matstudier (Jensen & Holm, 1999). Fordelingen av fedme etter kjønn og alder, tyder på at menn utsettes for økt risiko for helseproblemer enn kvinner, som henger sammen med overvekt og fedme i yngre alder (Jensen, 2007). Mæland (2005) har en spissformulering som sier at ”*menn dør, mens kvinner lider*”, men likevel omtales menn som det sterke kjønn (Lilleaas, 2006). Menn har større dødelighet enn kvinner på alle alderstrinn. Menn fremstilles også som risikotagere og bruker mer sjelden helsetjenester (WHO, 2000). De underrapporterer symptomer og snakker ikke om følelser og redsler (Roos & Wandel, 2004). En nasjonal studie viser at menn også underkommuniserer sykdom og plager. Dette kan ha en sammenheng med at menn føler et forsørgeransvar og deres beredskap for arbeidet. Forsørger rollen sitter i kroppen som en vane, da menn historisk sett har vært forsørgerne i familien. Dette gjør mannskroppen sårbar (Lilleaas, 2006).

Videre har flere studier hevdet at mat og matrelaterte vaner, reflekterer og former kjønnsidentitet, roller og forhold (Jensen og Holm, 1999; Roos og Wandel, 2004; Sobal, 2005). Disse studiene har stort sett vært basert på teoretiske analyser eller vært basert på kvinners utsagn. Rødt kjøtt assosieres i mange samfunn mer med menn, og forbruk av grønnsaker, frukt og søte ting symboliserer femininet (Jensen og Holm, 1999; Roos og Wandel, 2004; Sobal, 2005). I Nordkost studien fra 1997, er andelen av energien i kostholdet som kom fra fett og alkohol, høyere blant menn enn kvinner (Johansson & Solvoll, 1999). Menn forventes også å spise store mengder mat, og syns å velge mat som er plassert høyere på makthierarkiet (Jensen og Holm, 1999). Det viser seg imidlertid at det stort sett er kvinner som står for matlaging, selv om det ideelt sett skulle vært delt likt (Bugge, 2005).

Tidligere forskning har satt fokus på behovet og satset på menn sin helse som en del av det offentlige forebyggende arbeidet (World Congress om Men`s Health & Gender, 2005). I hele Europa er menns bruk av helsetjenester og helseinformasjon lav, noe som kan komme av at disse tjenestene ofte ikke er tilpasset deres behov. Ifølge Roos og Wandel (2004) etterspurte mennene positiv informasjon om kosthold med humor, men kunne også se utfordringene.

Det er manglende forskning og investeringer i menns helse og antall dødsfall som kan er uakseptabelt høyt (WHO, 2001). I år 2000 kom WHO med en anerkjennelse av økt behov

for kunnskap om menns lavere levealder i forhold til kvinner. Likeledes den manglende forståelse for hvilken rolle ”maskulinitet” har i forhold til menns forventninger og holdninger i forhold til egen helse og sykdom. Det er en tendens blant menn å unngå å forebygge livsstilssykdommer og ignorere helse – informasjon. Dette fører til dårligere helse for menn i forhold til kvinner (Evans et al, 2012). Internasjonal forskning har også vist at noen menn tar avstand fra myndighetenes budskap om helse og føler anbefalingene reduserer deres muligheter til å kunne ta et fritt valg. Dette kan føre til en barriere mot å ta sunne matvalg (Gough & Conner, 2006).

Roos & Wandel intervjuet i en kvalitativ studie i Oslo, 20 snekkere, 15 ingeniører, og 11 sjåfører. De kom frem til at spising ble ofte beskrevet som en rutine og var kun tilfeldig karakterisert som problematisk. Da mat beskrives som problematisk var det ikke påvist å ha konsekvenser for valg av mat i hverdagen. Målet med å spise i hverdagen var først og fremst og bli mett. Mat hadde også positive meninger, det ble beskrevet som en del av helge kos, nytelse og smaksopplevelse. Menn forventes ikke og snakker ikke om helse og mat med kolleger (Roos & Wandel, 2004). Moynihan (i Roos & Wandel, 2004) mener at kombinasjonen styrke, suksess og maskulinitet, gjør det vanskelig for menn å snakke om sin helse. Samtidig som man ikke skal være for opptatt av kroppen sin og det man spiser, skal man prøve å ha en veltrent kropp og spise sunt (Roos, 2006).

Tabell:2 Oppsummering av modeller og teori som benyttes i studien, presentert i kapittel to, - teori og tidligere forskning.

| Modeller og teorier  | Hovedbudskap   | Aktualitet for denne studien  |
|--|--|---|
| <p>KAP-modellen:<br/>Kunnskap, holdning, adferd.</p> <p>Utarbeidet av: Ukjent</p>                                      | <p>Kunnskap som påvirker holdning som påvirker adferd(Mæland og Aarø, 1993).</p>   | <p>Se om det er noen sammenheng mellom kunnskap, holdninger og adferd hos menn i forbindelse med helse og kosthold.</p> <p>Hvordan har mennene i daglig praksis klart å ta innover seg kostråd?</p> |
| <p>The health belief model:<br/>Modellen om helseoppfatninger</p> <p>Utarbeidet av: Rotter, Becker og medarbeidere</p> | <p>Denne modellen handler om hvordan mennesker tolker sin mulighet til å forebygge sykdom og hvor utsatte de selv er.</p>  | <p>Belyse hvilke oppfatninger menn har omkring deres mulighet til å forebygge livsstilssykdommer og hva som eventuelt er motivasjonen bak.</p>  |
| <p>The theory of planned behavior:<br/>Teorien om planlagt adferd.</p> <p>Utarbeidet av Ajzen.</p>                     | <p>Modellen formoder at helseadferd er resultat av <i>intensjonen</i> om å utføre handlingen.</p> <p>Oppfatning av kontroll over egen adferd (Mæland &amp; Aarø, 1993)</p> | <p>Illustrerer sammenhengen mellom intensjonen om å forebygge og hvordan menn faktisk handler i forhold til å legge vekt på kostholdsråd?</p>   |

Disse modellene og teoriene vil bli anvendt i diskusjonskapittelet (kap fem), for å belyse funnene i studien ytterligere. I neste kapittel vil studiens vitenskapelige tilnærming bli gjort rede for.



### 3 Presentasjon av forskningsmetode

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for valg av metode i forhold studiens problemstilling. Kapittelet inneholder en beskrivelse av hvilken forskningsmetode som er valgt, samt begrunnelser for dette og egne refleksjoner som er gjort underveis i prosessen. Det vil bli gjort rede for den praktiske gjennomføringen av studien og for analyse av data. Til slutt i dette kapittelet vil kritisk refleksjon og etiske betraktninger bli beskrevet.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag for metodevalg

Betydningen av ordet *metode* er ifølge Kvale (2008) veien til målet. Når man vet målet med studien, kan man foreta gjennomtenkte valg angående hvilken vei det er mest hensiktsmessig å gå. Hvordan studien til slutt bedømmes avhenger av hvor overbevisende vi beskriver det vi gjør. Det bør vises tydelig gjennom tydelige begrunnelser og reflekterte valg. Det bør også være en "rød tråd" gjennom hele studien, som styres av problemstilling og målet med studien (Bugge, 2006).

Ifølge Thagaard (2006), kan de betydeligste forskjellene mellom kvalitative og kvantitative forskjeller oppsummeres slik:

Tabell: 3 Forskjellene mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Thagaard, 2006, s. 17)

| Kvantitative metoder:    | Kvalitative metoder:    |
|--------------------------|-------------------------|
| Utbredelse og antall     | Prosess og mening       |
| Analyse av tall          | Analyse av tekst        |
| Avstand til informantene | Nærhet til informantene |
| Store utvalg             | Små utvalg              |

Den viktigste forskjellen ifølge Johannessen og Tufte (2002), kan bindes til ulike data forsker jobber med. Ved kvantitativ forskning arbeides det med talldata, og ved kvalitativ forskning arbeides det med tekster (Thagaard, 2006). Kvalitativ metode gir kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved å undersøke dette kan det oppnås økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Målet med kvalitativ forskning er å analysere meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det erfarer av individet selv i deres egen livsverden (Malterud, 2006). Forsker har et ønske om å få innsikt i menn sitt syn på helse og kostråd, samt deres

oppfatning av kostholdets forebyggingspotensiale. Det vil si få innsikt i et sosialt fenomen slik personen selv forstår det (Thagaard, 2006).

Metoden ble valgt ut i fra problemstillingen, noe som er en hovedregel for vitenskapelig virksomhet (Malterud, 2006). I denne undersøkelsen er det derfor blitt valgt en kvalitativ tilnærming. Dette for få frem menneskes egne erfaringer og opplevelser om fenomenet. ”*Kvalitativ tilnærming brukes for å beskrive og forstå meninger mennesker knytter til fenomener eller prosesser*” (Roos & Wandel, 2004, s.17). En kvalitativ tilnærming kan på bakgrunn av grundige data gjøre at man får bedre forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2006).

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan menn oppfatter helse og kostråd, og hvordan de vurderer kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer. Forsker forsøker å forstå verden fra menns ståsted og fokuserer på menneskes egne opplevelse av livsverden. På denne måten vil den virkelige verden slik mennene forstår den, komme tydeligere frem. Forsker er i tillegg til å forstå menneskes egne livsverden, interessert i deres egen erfaring.

Denne undersøkelsen har en fenomenologisk tilnærming. Analyseprosessen er da konsentrert mot tekstens betydningsinnhold (Thagaard, 2006), som bygger på menneskelig erfaring (Malterud, 2006). Fenomenologi brukes ifølge Kvale og Brinkman (2009) som et begrep som ”*peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkeligheten er den virkeligheten mennesker oppfatter*” (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 45).

### 3.2 Intervju som metode for produksjon av data

Samtalen er et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer om sin situasjon (Thagaard, 2006). Intervju blir ifølge Kvale (2008) definert som: ”*Et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene*”. Ved bruk av denne metoden kan forsker få innsikt i hva andre tenker, føler og erfarer. Formålet er å få fylldige opplysninger om hvordan menn opplever sin livssituasjon. Intervjudata beskrives av Thagaard (2006) som en gjenspeiling av hvordan respondenten oppfatter egen erfaring og hvordan respondenten forstår forskeren.

Forsker har under intervjuet hatt fokus på å skape en fortrolig ramme med god atmosfære, som innbyr til fortrolighet. Det ble for eksempel innledningsvis servert drikke, og intervjuet startet med noen basis spørsmål som skulle være enkle og svare på. Den åpne, fenomenologiske måten og tilnærme seg intervjuet på, er ifølge Spradley, (1979) godt uttrykt i følgende introduksjon: *”Jeg ønsker å forstå verden fra ditt ståsted. Jeg vil vite det du vet, på din måte. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i ditt sted, føle det du føler, og forklare ting slik du forklarer dem. Vil du være læreren min og hjelpe meg med det?”* (Kvale s 73, 2008). Fenomenologien prøver å gi en direkte opplevelselsesbeskrivelse uten noen overveielser om opprinnelsen eller årsaken til en gitt opplevelse.

### 3.2.1 Valg av intervjupersoner

Kreftforeningen har et samarbeid med en større bedrift, og det ble da naturlig å spørre om de kunne bistå med informanter til denne studien. Denne bedriften har en kontaktperson med kreftforeningen, som bidro med praktisk hjelp til å trekke ut 20 tilfeldige yrkesaktive menn innenfor alle arbeidsfelt. Disse fikk forespørsel via email om å delta i undersøkelsen. Det ble kun satt begrensninger på at alder måtte være over atten år, ellers var det ingen kriterier for utdanning. Dette for å berike studien med variasjon i alder og sosial status. Det ble imidlertid ingen stor variasjon i sosial status, da det viste seg at alle mennene unntatt en hadde høyere utdanning.

Av de tjue mennene som fikk forespørselen om å delta på intervju, var det ni som takket ja til å delta. Kontaktpersonen til kreftforeningen sendte invitasjon og formidlet videre til forsker de som ønsket og delta. Denne fremgangsmåten ble valgt for å sikre informantene anonymitet. Det ble lagt vekt på at ingen skulle føle seg presset til å være med (Thagaard, 2006). Hvis det hadde vært flere som hadde takket ja til å være med på studien hadde det i tillegg blitt utformet et enkelt spørreskjema som hadde vært av kvantitativ metode. Dette for å ikke avvise de som allerede hadde takket ja og for å berike studien fra en annen side. Når det var kun ni personer som takket ja ble dette ikke lenger aktuelt. Og intervjuene ble utført som planlagt. Bedriften stilte med kontor hvor intervjuene fant sted. Dette var tilsynelatende en fordel for informantene, da intervjuene foregikk i samme bygg, og under arbeidstiden. De slapp og bruke ekstra tid på reise og det var lett for dem og finne frem.

Antall intervjupersoner som trengs avhenger av studien formål. Det er viktig og ikke ha et for stort antall, da det vil være vanskelig og gjennomføre grundige tolkninger av intervjuet.

Hvis det er for få respondenter vil det være vanskelig og generalisere funnene (Kvale, 2008). Utvalget bør ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser, samtidig som det tas hensyn til tiden en har til rådighet (Thagaard, 2006). De ni som sa seg villige til å delta på studien fikk en formell henvendelse i form av et informasjonsbrev ( se vedlegg 1). Dette brevet inneholdt opplysninger om undersøkelsens hensikt, prosjektansvarlig, hvem som utfører undersøkelsen, faglige bakgrunn, samt en samtykkeerklæring. De fikk informasjon om at de til enhver tidspunkt har mulighet til trekke seg fra undersøkelsen (Thagaard, 2006). Respondentene ble informert om sine rettigheter og ble forklart formålet med studien. De skrev så under på et samtykkeskjema før intervjuet fant sted. Intervjuene varte fra 35 – 55 minutter og ble tatt opp med båndopptaker med deltakernes samtykke. Det ble også skrevet notater under intervjuet samt en oppsummering når de var ferdige.

### 3.2.2 Intervjuguide

Det ble brukt en intervjuguide (se vedlegg 2) for å strukturere intervjuene. Intervjuguiden ble utformet etter grundig gjennomgang av litteratur. Den omfattet sentrale temaer og spørsmål som til sammen skulle avdekke de viktigste områdene studien skal belyse (Dalen, 2004). Forsker hadde fokus på å få det til å flyte som en samtale, og ikke ”låses” i intervjuguiden. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål og fordypet seg i informantenes svar. Intervjuet ble avrundet med en oppsummering fra forsker om de viktigste punktene som var kommet frem, slik at det var mulig for informant å på nytt kommentere hvis ønskelig. Nedenfor vises et eksempel fra det halvstrukturerte forskningsintervju (Figur 1), med fokus på respondentens opplevelse av emne. Intervju av Arne (36 år).

Figur: 1. Eksempel på halvstrukturert forskningsintervju.

F: Det neste vi skal snakke om da er hvordan du forholder deg til kostholdsråd! Det har jo vært mye i om det i media. Har du noen tanker om kostholdsråd?

I: Ikke annet enn at jeg bryr meg utrolig lite om det. Det går inn det ene øre og ut det andre øret. Med mindre det er noe som, som virkelig har noe faglig tyngde i det..

F: Mmm

I: Jeg har en bror i USA som er litt opptatt av det og har vært det i en del år, og av og til hører jeg på hva han sier, og veldig ofte gjør jeg ikke det,

F: Så du får kostråd av broren din?

I: Ja, hele tiden. Men det går liksom inn det ene øre og ut det andre. Jeg må liksom ha ordentlig tro på det! Det må være noe jeg har tro på gir en effekt!

F: Hva er det som for deg til å tro det?

I: Godt spørsmål. Jeg tror det må komme av noen som jeg har litt tillitt til.

F: Mmm

I: Rett og slett.

F: har du noen eksempler?

I: Ja, kreftforeningen. Hvis de påviselig har vist at det er sunt for helsa i forhold til sannsynligheten for å få kreft senere, så er det sannsynlig at det går inn.

Det blir først stilt et åpent spørsmål hvor respondenten kan forklare fritt med egne ord. Det ble lagt vekt på å lytte på en fordomsfri måte, der informantene fritt hadde mulighet til å fortelle egne erfaringer. Intervjuenes påfølgende spørsmål tar utgangspunkt i respondentens svar og spør etter klargjøring av hans/hennes svar (Kvale, 2008). Oppfølgingsspørsmål ble også stilt for å motivere til refleksjon og å oppnå dybde.

Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål, for å belyse disse så godt som mulig. Spørsmålene ble formet slik at de skulle være lette å forstå, samt motivere informanten til å fortelle om egen følelser og erfaringer. Det er flere måter og sette sammen en intervjuguide. Det kan være en grov skisse med emner, eller et detaljert plan med spørsmål som forsker bruker under intervjuet (Kvale, 2008). I denne studien ble det brukt en halvstrukturet form. Det vil si en grov skisse over emner og forslag til spørsmål under de ulike emnene. Intervjuspørsmålene ble sett på som veiledende under intervjuet, men forsker la liten vekt på rekkefølgen av spørsmålene. Hensikten var å få en dypere forståelse av tankene og erfaringene menn har om fenomenet som undersøkes.

Det var da fruktbart å ikke binde seg til et standard oppsett som kunne gjøre det problematisk og innlemme nye dimensjoner under intervjuene.

### 3.2.3 Oversikt over utvalg

Alderen til respondentene i denne studien varierte fra 30 år til 55 år. Blant mennene var det både utdanning fra videregående, bachelor og mastergrad. Tabellen under, viser en oversikt over utdannings grad, hvor videregående skole er blitt beskrevet som lavere utdanning og bachelor samt mastergrad går under høyere utdanning. Av informantene var det en som var skilt, resten var gift. Nedenfor viser en tabell med basis informasjon om hver informant. Alle informantene hadde barn.

Tabell: 3. Oversikt over utvalget

| Alder      | Utdannelse       | Sivilstatus              | Fiktivt navn |
|------------|------------------|--------------------------|--------------|
| Mann 31 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | Lars         |
| Mann 35 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | Petter       |
| Mann 36 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | Arne         |
| Mann 45 år | Lavere utdanning | Gift - barn              | Karl         |
| Mann 47 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | Fillip       |
| Mann 50 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | Frode        |
| Mann 53 år | Høyere utdanning | Gift - barn              | David        |
| Mann 53 år | Høyere utdanning | Skilt – barn(flyttet ut) | Even         |
| Mann 54 år | Høyere utdanning | Gift – barn              | Geir         |

### 3.2.4 Pilotintervju

Til den første personen som meldte seg frivillig til å delta på intervju, ble det sendt en skriftlig forespørsel om han kunne delta på et pilotintervju. Han fikk en beskrivelse av hva dette innebar og sa seg villig til å være med. Det var nyttig med et pilotintervju, for å se om det var behov for endringer i intervjuguiden og for forsker sin del, bli kjent med intervjusituasjonen og få øvet seg i praksis. Intervjuet viste seg imidlertid å være vellykket og ble dermed også inkludert i analysen. En endring etter pilotintervjuet var å komme med eksempler, rundt et spørsmål som tilsynelatende kunne være vanskelig å svare på. Det var spørsmålet om: hvilket forhold de hadde til kostråd. I de resterende intervjuene kom jeg med eksempler som; ”*Det har vært en del diskutert i medier, blant annet om Fedon, Grethe rode, og forskjellige typer kostråd. Hva mener du om kostråd?*”. Istede for kun å

spørre: ”Hva mener du om kostråd?”. Etter dette hadde intervjuene god flyt.

Tilbakemelding fra respondent var at de synes intervjuet hadde gått bra og spørsmålene var greie å forstå, samt å svare på.

Figur: 2. Eksempel på utdrag fra pilotintervju

*F: ja.. hvordan ser du på betydningen av kosthold i et helseperspektiv?*

*I: Nei altså det er et ordtak som heter; du er hva du spiser..(liten pause).*

*Og det er jo.. sant til en viss grad! Klart det er umulig å unngå hvertfall hvis du leser aviser og følger med på medier og sånn... Og unngå å hvertfall høre.., altså du hører mye om at ”det er kreftfremkallende, og det er kreftfremkallende” og så får du noen andre forskningsresultater som sier at det ikke er så farlig likevel.. Så det er veldig mye at det ene slår det andre i hjel. Men det er hvertfall mye fokus på det. Men sånn generert det jeg tenker, ehh det de fleste er enige om er at man skal spise mer av frukt og grønnsaker og f.eks. mer fiberrik mat og etc. Det jeg tenker er jo at kanskje hvis du har et variert kosthold ha så har du kanskje(ler) muligheten til å få i deg noe som er bra! Innimellom...*

*M: Sånn generelt så synes du at et variert kosthold er viktig?*

*I: Ja, så er det også en trivselsfaktor i det som jeg også tror er viktig. Tror er viktig.. Ikke bare det at man skal være helt at man tenker ”jeg skal spise sundt, jeg skal spise sundt”...Så det er en trivselsfaktor ved måltidet så jeg også tror er viktig.*

*M: Viktig å unne seg litt og kose seg innimellom?*

*I: Ja ja! Jeg tror det er like viktig, en kan bli dårlig av å mistrives på en måte.. At trivsel også har noe med helsen å gjøre. Det tror jeg.” Pilotintervju.*

Forsker hadde også på forhånd trent på intervju situasjon på andre medstudenter og familie.

### 3.3 Analyse av data

Analyse av kvalitative data er en tidkrevende og omstendelig prosess (Halvorsen, 2008). Med utgangspunkt i problemstillingen stilles det i intervjuet spørsmål og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle (Malterud, 2006). Det er viktig som forsker og være klar over sin rolle og ta stilling til sin posisjon gjennom alle ledd i forskningsprosessen. I mitt tilfelle bygger forforståelse på flere års erfaring i helsevesenet, hvor jeg til daglig møter syke mennesker. Spørsmålet jeg etter hvert stilte meg var om noen av de syke menneskene jeg pleiet, kunne ved å ha levd et sunnere liv, unngått å bli syk.

Analysen vil bli basert på en livsstilstilnærming, hvor man ser på blant annet om kostvaner er basert på offisielle kostråd og valg som blir tatt, blant de mulighetene man har. Analysen forsøker å finne et mønster i oppfatninger av kostråd, hva som påvirker kostholdet, og hvordan kostråd praktiseres. Det vil være fokus på hvordan menn forsøker å fremme sunne kostvaner og hva slags faktorer som påvirker dette, samt deres holdning til kostholdets forebyggingspotensiale. Informasjonen fra alle respondentene sammenlignes og man går i dybden på de enkelte temaene (Thagaard, 2006). Analysemetoden som er brukt i denne studien er systematisk tekstkondensering. Denne metoden er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud (2006). Hensikten ved bruk av denne metoden er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer. Egne forutsetninger blir forsøkt se bort i fra, selv om dette er så å si umulig. Det er lagt vekt på å ha et reflektert forhold til hvilken innflytelse en selv kan ha på materialet. Målet er å gjenfortelle på en lojal måte informantens egne erfaringer.

Analysen ble gjennomført i fire trinn, der første fase handler om å få en oversikt over og bli kjent med materialet. I *første fase* ble det under intervjuet tatt notater og materialet ble lest igjennom som *helhet* etter intervjuet var avsluttet. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet, var det under dette arbeidet fokus på å legge forforståelsen til side. Den teoretiske referanserammen er gjeldende, samtidig som forsker prøver å legge til siden det hun tror hun vet (Malterud, 2006). Når hele materialet, gjentatte ganger er lest i sin helhet, ble det valgt ut 6 temaer som forsker mener belyser problemstillingen.

I *andre fase* av analysen blir det forsøkt å identifisere de meningsbærende enhetene i materialet (Malterud, 2006). Disse meningsbærende enhetene får en merkelapp og blir videre systematisert i de forskjellige temaene. Også kaldt dekontekstualisering. Dette er nå koder, som dekker de meningsbærende enhetene som sier noe om temaene fra første fase. Se figur som viser hvordan de meningsbærende enhetene får en merkelapp, og deretter systematisert i temaer.



Tabell:4. Forhold til kostråd

| Materiale -<br>Meningsbærende enheter   | Merkelapp  | Tema                                    |
|---|--|---|
| <p>Det er jo veldig mye i media, om forskjellige kostråd. Har du noen tanker rundt kostholdsråd?</p> <p>Ja det har jeg. Og jeg er jo litt frustrert over asså hvis en eller annen har tatt en doktorgrad et eller annet sted da. Og funnet ut da at gullerøtter er da omtrent livsfarlig da. Så blåses jo det opp. Så går det et par uker så glemmer man jo det og ingen nevner noe mer om det. Ehh, så det er klart at <i>jeg hopper ikke i stolen</i> når jeg noen ganger leser at det jeg spiser noen ganger er farlig!</p> <p>M: nei..</p> <p>I: Men det er jo vel.. hvis man følger litt med på sånn over tid, så er det jo en tendens til... det finnes jo en felles sånn multimum som mange er enige om! Det er vel ingen som er i tvil om at det er utrolig viktig å spise masse frukt og grønt!! Og det prøver vi å gjøre. Det står alltid et fruktfat hjemme.</p> | <p>En undersøkelse blåses opp.</p> <p>Tar nyheteter om kostråd med ro</p> <p>Følger med på kostråd over tid</p> <p>Kostråd som er bekreftet av flere</p> <p>Frukt og grønt</p> | <p>Mistillitt</p> <p>Trend over tid</p> |

Delene av teksten som tas ut fra råmaterialet leses i sammenheng med beslektede tekstbiter og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2006). Det blir igjen i denne faser sett tilbake på forforståelsen for å luke ut det som ikke hører hjemme. De meningsbærende enhetene blir delt opp i forskjellige farger etter hvilken kode de hører til og kopiert over på et nytt ark under koden den hører hjemme. Dette ble gjort på pc 'n ved å markere de

forskjellige meningsbærende enhetene i farger, som viser hvilken kose de hører hjemme i. Det blir på hver meningsbærende enhet skrevet hvilken informant den kommer fra, samt alder på informant, for å ha en tydelig oversikt. Etter å ha gått veien fra rådata til tema og videre til koder, blir det sett jevnlig tilbake ved å stille spørsmål om hva som er inkludert og ekskludert, samt hva jeg mener med de forskjellige kodene. Det ble i fase to laget en matrise (se vedlegg 3) for å få bedre oversikt over materialet. I matrisen vises de fiktive navnene på mennene horisontalt, mens jeg har tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene vertikalt. Så ble kodene som for eksempel; *trivselfaktor*, *samvittighet*, *mistillit*, skrevet ned i boksene etter hvem de tilhørte og under hvilket forskningsspørsmål det gjaldt.

*Fase 3* handler om å abstrahere kunnskapen som kommer frem i kodegruppene. De meningsfulle enhetene som nå har blitt kodet, blir hentet ut av materialet (kondensering). Kodene blir sortert i forhold til hverandre ettersom de sier noe om samme tema. Dette blir gjort ut ifra faglig perspektiv og ståsted. Subgruppene med koder blir utviklet til kategorier, som er mer abstrakt enn koder. Det ble utført en sammenfatning av de meningsbærende enhetene i hver kategori, et såkalt *artefakt*, som er ment for å fortette innholdet i hver subgruppe (Malterud, 2006). Det blir også valgt ut noen sitater som illustrerer det som er abstrahert i hver kategori.

*I den fjerde* og siste fasen av analysen skal bitene på plass, såkalt re-kontekstualisere. Funnene i materialet skal sammenfattes i form av gjenfortellinger som kan danne grunnlag for nye beskrivelser eller begreper (Malterud, 2006). Denne sammenfatningen ble validert, ved å gå tilbake til råmaterialet for å se om det er en gyldig beskrivelse og har forankring i det empiriske materialet.

Analysen er både teoristyrte og datastyrte. Teoristyrte analyse vil si at forsker har i deler av analysen sortert teksten i forhold til forhåndsbestemte kategorier som er hentet ut fra aktuelle teorier som er beskrevet i teori – kapitlet. I den datastyrte delen av analysen blir det tatt utgangspunkt i teksten, hvor enheter blir identifisert og brukt som grunnlag til utvikling av kategorier.

### 3.4 Kritisk refleksjon

Utvelging av informanter vil ofte ha et element av selvutvelging ved seg fordi de som sier ja til å delta i en kvalitativ undersøkelse, vil ofte være vesensforskjellig fra de som nekter å delta (Halvorsen, 2008). Dette må tas i betraktning. Videre må det tas flere *hensyn ovenfor intervjupersoner* som bidrar med informasjon til undersøkelsen. Det ble det sendt en søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste), og avventet tillatelse før intervjuene ble utført. Det er strenge regler for hvordan lister med navn, eller andre opplysninger som kan identifisere personer kan oppbevares. Disse reglene er under denne undersøkelsen fulgt ved å blant annet anonymisere respondentene. Alle samtaler er taushetsbelagte. Respondentene fikk før intervjuene tok sted, informasjon om undersøkelsens formål og omfang.

Forskerens etiske ansvar kan ifølge Thagaard (2006) knytter til tre hovedprinsipper. Hvorav den *første* er informert samtykke, der forskeren må ha deltakerens informerte samtykke. Respondenten har krav på å få god kjennskap til formålet med undersøkelsen og hovedtrekkene i prosjektet. Respondentene ble informert om sin rett til å trekke seg fra prosjektet på ethvert tidspunkt. Det *andre* hovedprinsippet innebærer at de som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må anonymisere respondentene når resultatene av undersøkelsen presenteres. Samtlige båndopptak vil bli slettet umiddelbart etter evaluering av masteroppgaven. *Tredje* prinsippet er knyttet til de konsekvenser forskningen kan ha for deltakerne. Det fremheves at forskeren skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Forskning skal respektere individets frihet og selvbestemmelse (Thagaard, 2006).

#### 3.4.1 Tidligere forskning

Å finne forskning som er aktuell for denne studien har vært både en omfattende og spennende prosess. Det finnes en del forskning som er relevant for denne studien. Det er blitt foretatt litteratursøk ved biblioteket på Høyskolen i Akershus, Kjeller. Gjennom hele arbeidsprosessen med masteroppgaven har det blitt gjort søk i helsebiblioteket, Medline, Cochrane, Pubmed og Google Scholar. De mest brukte søkeordene er ”mens health”, ”men and food/eating”, ”men, food and preventing chronic diseases”. Jeg har valgt å veve inn tidligere forskning i teoridelen, ettersom det passet naturlig inn.

Neste kapittel vil omhandle funnene som kom frem under analysen. Disse resultatene vil bli presentert ved forskers egne ord og fra sitater fra respondentene. Sitat vil bli skrevet i

kursiv og pauser underveis i forklaringen merkes med tre punktum. Tre punktum med et parantes rundt seg (...) viser at respondenten har sagt noe i forkant av det som kommer frem i sitatet. Når ordet kostråd blir brukt i intervjuet, er det frem til respondenten å legge det de selv ønsker i ordet, det inkluderer derfor alt fra “moteråd” til offisielle kostholdsråd. Dette er gjort for å belyse flere sider av problemstillingen.

## 4 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet vil studiens funn bli presentert ut fra forskningsspørsmålene som er presentert innledningsvis. Jeg starter med en presentasjon av mennene, før respondentenes uttalelser om hva de legger i *begrepet helse* blir presentert. Videre kommer resultatene om mennenes meninger om hvem eller hva som påvirker kostholdet. Så presenteres mennenes forhold til kostråd, etterfulgt av analysedimensjonen *drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer*. Under disse analysedimensjonene, ønsker jeg å vise hvordan mennene reflekterer over sin egen helse. Likeledes deres tanker og erfaringer om kostråd og kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer.

### 4.1 Presentasjon av respondentene

Det alle mennene i denne studien hadde felles, var at de jobbet i en stor bedrift med ulike arbeidsoppgaver og utdanningsbakgrunn. Samtlige av mennene som sa seg villig til å delta i denne studien, hadde stort sett sittestilende arbeid.

Tabell: 5. Presentasjon av respondentene

| Alder      | Utdannelse        | Sivilstatus | Fiktivt navn |
|------------|-------------------|-------------|--------------|
| Mann 31 år | Høyere utdannelse | Gift        | Lars         |
| Mann 35 år | Høyere utdannelse | Gift        | Petter       |
| Mann 36 år | Høyere utdannelse | Gift        | Arne         |
| Mann 45 år | Lavere utdannelse | Gift        | Karl         |
| Mann 47 år | Høyere utdannelse | Gift        | Fillip       |
| Mann 50 år | Høyere utdannelse | Gift        | Frode        |
| Mann 53 år | Høyere utdannelse | Gift        | David        |
| Mann 53 år | Høyere utdannelse | Skilt       | Even         |
| Mann 54 år | Høyere utdannelse | Gift        | Geir         |

De fleste av mennene hadde høyere utdannelse (Tabell 3). Den yngste av mennene var trettien år og den eldste var femtifire år. Det var kun en mann som ikke hadde barn i hjemmet, alle de øvrige hadde barn som stort sett bodde hjemme. De ga under intervjuet uttrykk for at dette påvirket deres hverdag på forskjellig vis. Kun en av de eldre, nevnte at barna hadde flyttet ut hjemmefra.

De yngste mennene (under førtifem år), hadde lite erfaring med livsstilssykdommer. Kun en av de yngre mennene nevnte at han hadde mistet moren sin av kreft. De snakket derimot mer om forebygging av livsstilssykdommer, i forbindelse med risiko for å bli syk. Deres hverdag handlet om å få tiden til å strekke til. Seks av mennene var over førtifem år. Flere i denne aldersgruppen hadde tenkt over kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer, spesielt de som selv var berørt av sykdom.

## 4.2 Begrepet helse

Innledningsvis i intervjuene ble opplevelsen av helse utdypet. De første utsagnene respondentene kom med, gav et bilde av at de stort sett var fornøyd med egen helse. Men det kom imidlertid fort frem flere nyanser og en mer bevisst holdning, der flere av mennene nevnte forhold de ikke var fullt så fornøyd med ved egen helse og helseadferd. Ingen av respondentene syntes de selv hadde direkte dårlig helse, men de fleste nevnte noe de kunne ønske var annerledes, eller hva de selv kunne gjøre for å forbedre helsen. Det var forskjellige oppfatninger av hva respondentene selv la i begrepet helse og hva de så på som ”god helse”.

Som en av mennene uttrykte det:

*”Jeg fungerer til husbruk og hverdags.” Geir (54 år)*

Mange av mennene gav innledningsvis uttrykk for at god helse, først og fremst handlet om det å være frisk og å ha energi til hverdagslige ting. For Even handlet det om helheten, en subjektiv oppfatning av begrepet helse.

*”Det har med en opplevelse av allmenn tilstand selvfølgelig.” Even (53 år)*

Lars hadde et objektivt perspektiv på begrepet helse. Han forbandt helse med helserelatert adferd, samt psykiske helse.

I forhold til de eldre mennene som fortalte på et mer generelt grunnlag om hva helse betød for dem, trekker Lars frem eksempler på helserelatert adferd i sin forklaring av helse.

*”Jeg tror god helse er en blanding mellom kosthold og trening. Men også tror jeg søvn og sånne psykiske ting, familieliv og arbeidssituasjon.” Lars (31 år)*

Jeg har i min analyse tatt utgangspunkt i Mæland sin beskrivelse av helse og ser på materialet som gjelder helse, i lys av det. Mæland (2006) delte begrepet opp i tre oppfatninger : Fravær av sykdom, en ressurs, velbefinnende.

#### 4.2.1 Som fravær av sykdom

Hele åtte av de ni som deltok i intervjuet nevnte under spørsmålene om helse, at det handlet om fravær av sykdom. Som tilstand handlet det om å være frisk. Måten flere av respondentene definerte helse på, var fravær av symptomer og sykdomstegn. Mennene med relasjon til livsstilssykdom hadde tilsynelatende gjort seg opp flere tanker omkring sitt forhold til egen helse, hvor de beskrev viktigheten av fravær av sykdom.

Flere beskrev også sykdomshistorie hvor de selv eller en i nære relasjoner var berørt. De som selv hadde erfaring fra livsstilssykdom, eller kronisk sykdom, var stort sett mennene over 50 år, med ett unntak. Den yngste var 45 år - i gruppen av respondenter som selv hadde erfaring med kronisk sykdom.

*”Ja det er mulig det er litt spesielt for meg, for jeg var 38år, så fikk jeg sånn derre, ... artrose! Før det tenkte jeg ikke så mye på det, det må jeg ærlig innrømme. Så i perioden før, spiste jeg det jeg hadde lyst på, og tenkte ikke noe særlig over det. Jeg har alltid hatt lett for å legge på meg så, så.. men allikevel så hadde jeg ikke noe bevisst forhold til det.”*  
*Karl (45 år)*

En av respondentene som beskriver helse som fravær av sykdom, brukte det som et argument, for at han ikke trengte å tenke på det. Dette så lenge han ikke var syk og formen var grei. Dette sier noe om hans livsoppfatning og livssituasjon. Han er en mann på 35 år, er gift og har barn i barnehage. Han sier at han er vant med å spise sunn mat fra barndommen av og at det da blir et naturlig valg for han å spise sunt.

*”Jeg har en helse som er ok. Jeg er sjelden syk. Jeg trenger ikke tenke så mye på det på en måte.. jeg er i sånn høvelig form. Så da er det liksom helt greit.”* Petter (35år)

I tillegg til fravær av sykdom, nevnte også noen av respondentene at god helse er en ressurs og helse som velbefinnende.

#### 4.2.2 Som en ressurs

De færreste av respondentene nevnte at de så på helse som en ressurs. Frode som er 50 år, så på god helse som en styrke. For han var det viktig å spise sunt for å ha en god helse, særlig med alder tatt i betraktning.

*”Jo elder du blir, jo viktigere er det å spise sunt. Så tanken er på en god helse er en viktig drivkraft.” Frode (50 år).*

Frode nevner også at han syns at han burde ha trent mer. Han har en jobb hvor han sitter hele dagen foran pc 'n. Det blir litt skigåing om vinteren og svømming og sykling om sommeren, men Frode syns han burde vært mer aktiv for å bedre helsen. *”Kunne sikkert hatt en bedre helse, større aktivitet der da..”*

Even (53 år) er fornøyd med sin egen helse. Han er den eneste av respondentene som er skilt og bor alene. Han beskriver det som en styrke å ha god helse. Even syns begrepet har blitt utvidet de siste årene og mener det handlet om en opplevelse av allmenntilstand. Det betød mye for han å kunne gjøre det han ønsket, og å fungere fysisk.

*”Nei det har med en opplevelse av allmenn tilstand selvfølgelig. At man klarer å gjøre det man ønsker, også videre. (...)Helse er jo viktig. For det er jo begrensende, hvis du har dårlig helse(...).Det de gjør etter hvert, er å inkludere mer og mer sånn medisinsk i begrepet helse, hva som kan gjøres med det() og alt skal behandles. Jeg tenker på helse mer sånn, at i stor grad klarer man å gjøre mer selv.”*

Siden han bor alene er det viktig for han å mestre hverdagen og kunne være selvstendig. Even ser på helse som en ressurs og styrke til å klare seg selv i hverdagen, uten å måtte få hjelp av andre.

#### 4.2.3 Som velbefinnende

Samtlige av respondentene gav uttrykk for at de syntes det å ha en god helse, var av stor betydning for deres velbefinnende. Det gav frihet til å gjøre både hverdagslige ting og ting de satt pris på - som ferier, m.m...

Geir som er 54 år og den eldste av respondentene. Han har ikke selv hatt en livsstilssykdom, men er imidlertid utsatt for smerter i forbindelse med migrene og nakkeproblemer. Han sier dette går ut over livskvaliteten. Her beskriver han betydningen med god helse.



*”Jo, jeg er veldig opptatt av det å ha god helse. For vi er veldig aktive sånn i fritiden, å.. Og har mange jern i ilden, hus og hytter som skal bygges litt, å.. Reiser mye på lange ferieturer å... Jeg ser jo at når det blir noe helseskavanker og plager så vil jo en del av de tilbudene forsvinne rett og slett.”*

Så for Geir betyr helsen mye, da det ga ham mulighet til å være aktiv, blant annet ved prosjekter som betyr mye både for ham og familien. Noen av de eldste i gruppen som ble intervjuet, hadde et annet syn. Dette som følge av at de selv hadde fått en livsstilssykdom, eller kjente noen i nær omgangskrets som var alvorlig syk eller en-de hadde mistet grunnet livsstilssykdom. De forteller at det har følt som en vekker, da de ikke tenkte på helse på samme måte da de selv var yngre

*”Ehh, du tenker ikke så mye på det da du er yngre da. (...) Jeg har ikke den kroppen jeg hadde når jeg var 18 år liksom.. Så, de siste årene, når jeg har hatt migrene, så skjønner jeg hvor viktig det er å ha god helse!”* Phillip (47 år)

Frode (50 år) synes i likhet med de andre mennene at det betyr mye å ha god helse. Han legger vekt på å fungere i hverdagen, uten plager eller sykdom.

*”Jeg ser på det som veldig viktig å ha en god helse. Men som sagt det.., du merker det ikke før du holdt på å si har mistet den gode helsen. Så lenge du fungerer og er greit tenker man ikke så mye over det som om når du får en sykdom. (...)Jeg føler meg holdt på å si .. frisk og fungerende og sånn.”* Frode (50år)

På tross av plager, kunne helsetilstand oppleves som god. David (53 år) som har fått diagnosen diabetes type II, har blitt mer oppmerksom på egen helse etter han fylte 50 år. Først og fremst fordi han var eksponert for livsstilssykdommer, som tilligger familien. Han sier imidlertid at han følte seg bra - til tross for sykdom.

*“Nei jeg føler at jeg har en ganske bra helse jeg!(...) Det diabetes greiene ble avdekket gjennom en kontroll, ikke at jeg hadde hatt noen plager eller symptomer på det.”*

Karl (45 år) fortalte om sin erfaring om å bli kronisk syk i tidlig alder av 38 år. Han innrømte å ha tenkt lite på egen helse før han ble syk, selv om han hadde lett for å legge på seg. Tankene kom først da det ble et problem at han var så tung, i forbindelse med sykdommen artrose. Han søkte seg ny jobb, da han følte at jobbsituasjon hadde

sammenheng med at han ble syk i første omgang. Til tross for egen sykdom og overvekt ga han uttrykk for at han var fornøyd med helsen.

*“Nei jeg, tja, jeg har det egentlig veldig bra jeg asså. Tross at jeg har en sykdom liksom. Men i en alder av 38, så en kronisk sykdom - det er ikke i tanken engang, ikke sant. Så for meg var nedturen ganske stor altså! (...) Så lenge man ikke har noen plager, så tenker man liksom ikke noe over det. Da er det på en måte helt greit. Da kan du spise alt, og gjøre alt! Med en gang plagene kommer får du opp øynene. Og det gjorde jo jeg også. At sånn kunne det jo ikke fortsette. Så jeg måtte ned i vekt, og trene å.. da får du litt annet syn på det. At det er viktig og holde kroppen sin ved like! Men for meg, jeg hadde sikkert holdt på, på samme måten enda, hvis det ikke hadde vært for at jeg fikk det, ikke sant..”*

Nedturen for Karl var altså ganske stor da han oppdaget sykdommen. Han fortalte at han var overvektig da han fikk denne diagnosen. Sykdommen rammer leddene og kan føre til sterke smerter og invaliditet. Han hadde fått et annet forhold til helsen etter han ble syk, og fikk mer fokus på å holde seg frisk, for å kunne fungere i hverdagen.

### 4.3 Hvem/hva påvirker spisevaner

Respondentene nevnte en rekke faktorer som var med å styre hva de valgte å spise. Det kunne være mangel på *tid, pris*, deres *sosiale relasjoner, tilgjengelighet* på kosthold, på *helse*, samt hvilken *kunnskap* respondentene satt inne med. *Kos og trivsel* var også viktige faktorer for de fleste mennene. Mye av det samme gikk igjen hos flere. Noen faktorer kunne også gjenspeile deres livssituasjon, som for eksempel tid sammen med sine små barn - hos de yngste mennene.

#### 4.3.1 Tid

De fleste av respondentene som nevnte at tid kunne påvirke deres spisevaner, var familiefedre. De beskrev at de hadde mange baller i luften, som førte til at det ble om å gjøre å få i seg mat fort, for så ”å komme seg videre”. Petter sa at mangel på tid, var det som kan hindre han i å følge kostråd.

*”Så er det tid. Tidsklemma! Å rekke å lage en ordentlig type, ehh, mat. Da er det bare å få i deg noe for. Samme hva det kan være, bare for å komme videre. (...) Ehh, det at du må få raska sammen noe greier, og det du rasker sammen er ferdigprodusert materie.” Petter (35)*

Den samme erfaringen hadde Lars. Han sa at tiden kunne være med å avgjøre om det ble sunn eller usunn mat i hverdagen. Han har også små barn og som medførte en hektisk hverdag.

*”Tid, å ta seg tid til å lage den maten da, som er sunn!” Lars (31)*

De yngste mennene mente det i hverdagen ofte tok for lang tid til å lage et sunt måltid. Ferdigprodusert mat var da en enkel løsning, men det er noe de gir uttrykk for å ikke være helt tilfreds med.

#### 4.3.2 Pris

Pris ble nevnt av noen av mennene som et argument, for at de valgte bort sunne alternativer. Frode (50) var en av de som syns pris kunne være en faktor som hindret han i å spise sunt. Han og familien var bevisste på matvareprisen, og dette førte til bl.a. at de hadde turer til Sverige for å handle. Han kom også med eksempler på at sunn mat, var dyrere enn usunn mat. Selv om han påsto at pris kunne hindre ham i å spise sunn mat, sa han imidlertid at de kjøpte økologiske matvarer og forsøkte å velge sunne alternativer.

*”Jada, så er vi mye i Sverige og kjøper inn for der er det billigere. Jeg bruker bare brunt sukker, ikke hvitt sukker – det er mye dyrere! Ehh, vi kjøper mye økologiske matvarer. Selv om vi kjøper det i Sverige, er det dyrere enn andre matvarer. Speltmel er dyrere enn hvetemel. Så prisen kan hindre det.” Frode (50)*

Hjemme hos Lars (31) hendte det at de kaster mat, noe han syntes var synd - da det er kostbart med mat. Han mente at pris kunne påvirke kostholdet og påpeker også at sunn og god mat kan være noe dyrere.

*”Det er jo at, det er faktisk litt økonomi. Å ha råd til å kjøpe frukt og grønt, og hve det når det ikke blir spist, eller.. ha råd til å kjøpe fersk fisk å.. litt sånne ting”*

Geir (54 år) mente at han *ikke* kunne bruke pris som en unnskyldning for å ikke følge kostråd og spise mer usunt, da han hadde råd til å kjøpe seg sunn mat.

*”Jeg har råd til å spise det jeg vil av mat. Og kunnskap nok , tror jeg, til å leve sunnere enn det jeg gjør, så... Jeg har ingen unnskyldninger(ler)” Geir (54 år)*

Så flere av mennene i studien, mente at pris på matvarer kunne hindre dem i å ta sunne valg og påvirke hva som endte opp i handlekurven. Det var imidlertid interessant da en nevnte at pris og kunnskap, derimot *ikke* kunne *være en unnskyldning* for å spise usunt.

#### 4.3.3 Sosiale relasjoner

Selv om det var flere ting mennene mente påvirket kostholdet, var de fleste enige om at de i hjemmet, den nære familien dvs. Kone og/eller barn har mest å si. Alle respondentene unntatt en er gift. Mennene som var gift, mente kona var den som påvirket kostholdet mest. Flere av mennene sa de hadde oppgaven med å handle, mens kona oftest sto for matlagingen.

*”Altså det viktigste er jo, det er jo, hjemme, kona! Jeg vil vel si at det er miljøet hjemme som er viktigst! (...)Kona er tannlege og rimelig oppegående menneske, så vi er liksom. Vi er liksom litte grann opptatt av miljø rundt oss, av hva vi spiser også videre..(...) Min leder da, har jo fulgt en sånn karbohydrat.. altså, lavt inntak av karbohydrater opplegg og raste ned 10 kg og..(...) Det øker kunnskapen å høre hva folk har opplevd og hva de har erfart og fanget opp av nye ting også videre.. Så, det er jo med og påvirker det, det og!” Geir (54)*

Geir hadde også hatt nytte av å høre sine kollegers erfaringer. Han hadde - som et par andre av mennene - hatt samtaler rundt temaet kosthold og kostråd på jobben, og selv prøvd å kutte ned på ”raske” karbohydrater etter å ha blitt motivert av sin leder på jobb. Den samme erfaring har Frode (50 år).

*”Vi har jo noen samtaler rundt lunsjbordet av og til, liksom om hva de spiser da. Har en kollega som er ganske kostholds bevisst da. Så har jeg også en kone som er opptatt av økologisk mat, så det blir til at vi kjøper en del av det! (...) Hvis de har en direkte mening hjemme om hva som er sunt og hva som er usunt. Klart en blir påvirket av det! Av de menneskene som de omgir seg med.”*

De eldste informantene fortalte at personlige erfaringer ble delt rundt lunsjbordet, hvor de ble overrasket over hvor mange som har gått på en diett. Kosthold var hos flere av mennene, et populært tema det ble snakket en del rundt på jobben. Det var imidlertid mer alvor, da dette emne ble diskutert blant de eldre mennene. De yngre fortalte at kosthold ikke var det mest populære temaet, men at det ble spøkt litt rundt det. Likeledes var det

mer fokus på hva som er godt å spise, enn hva som var sunt. Petter (35 år) syntes imidlertid at alle rundt han var med å påvirke hva han spiste, i alle fall til en viss grad.

*”Ehh, på den ene fronten tror jeg kona gjør det, påvirker kostholdet mitt. Ehh, jeg tror egentlig hele omgangskretsen, de menneskene man omgås med generelt da. De menneskene man spiser med hele tiden. Det kan være venner, familie, det kan være omgangskrets, kolleger, ehh.. Du ser når du spiser, du blir jo påvirket av alt og alle!”*

Even (53 år) var skilt og barna var så store at dem hadde flyttet ut. Han syntes det var moro å lage mat, og var glad i å bruke tid på kjøkkenet, - sammen med andre. Når han var alene brukte han mye ”ferdigmat”, som han kalte det. Even var veldig glad i god mat, og vokste opp med sunn hjemmelaget mat, som han mente var en kilde til trivsel og glede.

*”Begge døtrene mine har flyttet ut. Og det er ikke moro å lage mat aleine. Da kan det bli mye hurtigmat.. Men jeg er veldig lite glad i det egentlig. Men å stå og kokkelere for seg selv, det blir.. det er et eller annet som ikke rimer der. Mat er det sosialt. Man skal kunne ha ro og sitte ned.”*

For Even, som resten av mennene i undersøkelsen, var den sosiale konteksten viktig for trivselen. Han var derfor veldig glad for at de har en god kantine med varm – lunch, i bedriften han jobber. Han sa han ofte spiste varm mat der, og gjorde stort sett ikke så mye ut middagen da han kommer hjem, siden han da var alene.

#### 4.3.4 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet på både usunn og sunn mat, påvirket hva respondentene valgte å spise. For noen var det vanskelig å si nei, når de ble tilbudt for eksempel kake. For andre var fristelsen i matbutikken vanskelig å gå forbi. Det kunne også være mangel på tilgjengelighet av gode, sunne alternativer. Flere av mennene nevnte kantinen der de jobbet. Bedriften hadde en stor kantine, med mye variert mat. Det var egen salat buffet og flere forskjellige varmretter.

*Altså jeg er ikke, jeg prøver asså, når man er så heldige som her i bedriften, så har vi nokså variert kantine. Så man kan spise mye salater! Riktignok blir det dyrere - enn om man skal pøse på med poteter eller pasta, brød eller altså.. Så jeg har et viss bevisst forhold, men det betyr ikke at jeg, at jeg velger bort, holdt på å si.. Jeg lar meg, hehe, friste mange ganger til å liksom spise det ene og det andre.” Frode (50 år)*

Frode satt pris på utvalget de hadde i kantinen, men selv om det var flere sunne alternativer, var det også noen fristelser. Det kunne da bli en utfordring å velge det som var sunt, når det var andre ting som frister mer. Han innrømmet at han rett som det var, lot seg friste. En annen beskrev hvordan han kunne bli fristet da han handlet.

*”Jeg blir jo sikkert manipulert jeg å da, i forhold til butikker, hva de, hvordan de legger frem varene sine i butikken. Og jeg går forbi, og tenker, jøss det så godt ut.. og så da tar jeg det.” Petter (35 år)*

Frode (50 år) nevnte også kantinen på jobben, og hvilken konsekvenser utvalget hadde å si for hans hverdag.

*”Jeg har en tendens til å spise for mye. Det er jo ikke så sunt det heller. Altså størrelsen, mengden på mat man spiser ikke sant. Men det er en veldig god kantine her! Så det er veldig fristende å ta litt for mye, ja.(...) Så jeg spiser stort sett varm lunch med en salat eller grønnsaker. Da får man i seg karbohydrater i form av poteter. Jeg kan innimellom bytte ut poteter med en salat.” Frode (50 år)*

Tilgjengeligheten ble nevnt på godt og vondt. Det kunne føre til at sunne valg ble enklere å ta, samtidig kunne tilgjengeligheten på usunn mat føre til at fristelsen ble for stor. Frode nevnte også at han hadde en tendens til å spise for mye. Den gode maten i kantinen, førte til at fristelsen av og til ble for stor. Samtidig førte tilgjengeligheten at han av og til valgte en sunnere variant.

#### 4.3.5 Helse

Flere av respondentene mente at mat var en betingelse for god helse. For noen av de eldre mennene som ble intervjuet, var tanken på helse, en motivasjon for å spise sunnere. Frode (50 år) beskrev sitt forhold til mat og helse slik:

*”Nei altså det er et ordtak som heter; du er hva du spiser.. Og det er jo sant.. til en viss grad.”*

For Frode (50 år) handlet det også om identitet. Han var opptatt av hva han spiste, i hensikt å prøve å bevare helsen. Men han understrekte at det var ikke det eneste som betød noe. Han la også vekt på trivsel og kos ved måtidet. Det å bli mer bevisst over egen helse, var noe han syntes hadde kommet med årene. En av de andre mennene har liknende erfaring.

David (53) hadde blitt mer bevisst på hva han spiste - og burde spise - etter han fylte 50 år og fikk påvist diabetes type II. For han ble det en vekker å få diagnosen. Han begynte å spise sunnere både på grunn av sykdommen, men også for å bevare helsen i fremtiden. Så for han ble tanken på helsen, den viktigste motivasjonen.

*”Ehh, og nå ser det ut som jeg har fått sånn, ehh, Diabetes II da.. Så Nå har jeg blitt mer oppmerksom på det, i den senere tid da!!”*

En av de yngste respondentene svarer det motsatte, at han ikke har noen plager, og synes derfor ikke det er noen grunn til å tenke på hva han spiser i forhold til egen helse.

*”Jeg har en helse som er ok. Jeg er sjelden syk. Jeg trenger ikke tenke så mye på det på en måte.. Jeg er i sånn høvelig form.” Petter (35 år)*

Motsetningene mellom de eldste og de yngste mennene, kom tydelig frem i forhold til helse. De eldre hadde et mer reflektert forhold til egen helse og de yngre følte seg friske og levde i nuet. Som Petter (35 år) sier, han trengte ikke tenke på det, fordi han ikke var syk. Å bli eldre betyr for mange at de får et annet forhold til helse.

*”Jeg har blitt mye mer oppmerksom den siste tiden da, og ehh.. ikke redd, men kanskje ehh, redd på den måten at jeg tror det er viktig da. Asså når du er 18 – 20 år tenker du at du aldri skal dø ikke sant.” Phillip (47 år)*

Phillip hadde nylig mistet en slektning som hadde kreft. Han hadde også begynt på blodtrykk senkende medisiner. Tidligere hadde han hatt en jobb med vaktordninger, hvor han arbeidet til forskjellige tider på døgnet. Det var et relativt høyt arbeidspress, og etter han fikk påvist høyt blodtrykk, fant han ut at det var på tide han skiftet jobb. På den nye jobben har han mer ordnet arbeidstider og lunsj til fast tid. For ham betød det mindre ”junk food” og mindre stress. Han følte også at helsen ble bedre. Han forsøkte å ta mer vare på egen helse, noe han ikke tenkte noe særlig over da han var yngre og ikke hadde noen plager. I forbindelse med at han fikk påvist høyt blodtrykk, har han tilegnet seg mer kunnskap, med henblikk på å ta bedre vare på helsen.

#### 4.3.6 Kunnskap

På spørsmål om hvilken mat de trodde kunne forebygge livsstilssykdommer og kreft, kom de med flere konkrete svar. Geir sa at både han og kona har kunnskap om hva de bør spise. Selv om det ikke følges hele tiden, har de likevel et fokus på det.

*”Det kan jo være forskjell på liv og lære. Men vi er sånn noen lunde opptatt av hva vi bør spise og hva vi ikke bør spise, og.. Så føler jeg at vi er rimelig asjur og oppdatert og spiser fornuftig.” Geir (54 år)*

Lars etterspurte kunnskap om hvordan han raskt og enkelt kunne lage god og sunn mat. Kunnskapen kunne gjøre det enklere for han og familien å spise sunnere, spesielt i en hektisk hverdag.

*”Hvordan gjøre det i praksis? ”Kan jeg lage en lasagne eller grønnsakssuppe fra skretsj”. Kan jeg lage en ertesuppe vegetar som er god?? Litt kunnskap rett og slett, om å lage GOD sunn mat! Og da mener jeg ikke bare god, men skikkelig god mat! Det har jeg ikke noe særlig kunnskap om.” Lars (31)*

Even syns ikke norske menn var særlig flinke til å lage mat, samt tilberede matvarer. Han mente at mangel på kunnskap, kunne være en av grunnene til at mange lager og spiser mer usunn mat.

*”Det går i opplæring i å lage mat. Jeg liker å lage mat. Jeg har en kamerat som er fransk, og de har sånn basis kunnskap som har gått inn gele livet. Han vet hvordan han behandler man sånn og sånn. Er du fransk, så vet man bare! Så det har noe med kunnskap om matlaging å!” Even (53 år)*

Han har noen franske venner som har ser på som et forbilde, når det gjelder matlaging. Han setter også pris på å bruke tid på å tilberede et skikkelig måltid og kose seg med maten.

##### 4.3.6.1 Hvor får de kostråd fra?

Alle respondentene nevnte media som hovedkilden til informasjon om kosthold. De fleste leste avis stort sett daglig. For Even (53 år) var kostråd det han leste i media. Han hadde aldri spurt verken lege, eller søkt råd hos noen kostholdsekspert.

*”Det er media. Aviser, tv. Det er det først og fremst. Og helseprogrammer, som Puls og sånn.”*



Ukeblader ble også nevnt av flere av mennene. Enten som et sted de trodde det kunne vært greit å fått kostråd, eller som en kilde som ble brukt av kona eller svigermor. En av mennene sa at han selv hadde lest kostråd i ukeblader.

*”Jeg tror mye ukeblader er flinke å skrive. Og det er veldig lett tilgjengelig. Asså, de kan ha en side om et eller annet. Og det er de helt vanlige ukebladene. Allers og Norsk ukeblad, eller Hjemmet eller andre.. kanskje det står noe i avisene en dag!”* Phillip (47 år)

Ingen av mennene hadde imidlertid oppsøkt fagpersoner for å få råd. Det var kun en av respondentene, David (53 år), som fortalte han hadde fått konkrete kostråd av legen:

*”Ja det begynte med konkrete råd hos legen. At det er viktig og bla bla bla. Og da blir man jo opptatt av det. Da gjør man jo noen prioriteringer ut ifra det.”*

Karl (45 år) ble anbefalt å slanke seg noen kilo av legen, da han fikk diagnosen artrose. Men isteden for kostråd, fikk han to tabletter. Den ene skulle ifølge respondenten hjelpe kroppen hans å skille ut fett, mens den andre skulle være med å regulere blodsukkeret.

*”Når jeg fikk det greiene, så sa han at du bør gå ned litt. Men jeg vil ikke kalle det kostholdsråd, for det var ikke spesifikk på hva jeg må gjøre! Det jeg kanskje reagerte på at han gjorde, var at jeg fikk 2 piller av han. Det ene var at jeg fikk sånne piller som tar ut fett av maten, sånne som legen skriver ut. Og så fikk jeg sånn som egentlig er for diabetes, som demper blodsukkeret, visstnok da.”*

Dette gjorde at Karl ble opprørt. Han hadde forventet seg konkrete kostråd, som kunne hjelpe han på riktig vei i den situasjonen han var i. Han ble selv nødt til å søke kostråd, blandt sosial omgangskrets, ukeblader og internett.

Internett ble hyppig brukt til å søke forskjellig type informasjon av alle mennene. Men kun to av mennene, den ene har en kronisk sykdom og den andre har en livsstilssykdom, sier at de aktivt har søkt etter kostråd på nettet. De andre mennene sier at de kan ha kommet over dette da de har surfet på nettet.

Flere nevnte hjemmesidene til Kreftforeningen, ”andre foreninger” og landsforeninger, som sted de selv kunne tenke seg å søke råd dersom de kom til å trenge det. En av respondentene, har diabetes type II og har i den forbindelse inne på Diabetesforeningen for å søke råd.

Kostrådene i media, herav aviser og ukeblader, ble jevnlig diskutert på jobben, spesielt rundt lunsjbordet. Kostråd kunne også komme fra familie og venner. Geir (54 år) syns det har vært økt fokus på kosthold på jobb, og temaet diskuteres jevnlig blant kolleger.

*”Det øker kunnskapen å høre hva folk har opplevd og hva de har erfart og fanget opp av nye ting også videre..”*

#### 4.3.7 Kos og trivsel

Mennene i denne studien gir alle uttrykk for at de liker å kose seg med mat. Mat var et viktig innslag, både til hverdag og fest. De å samles rundt et godt måltid var med å øke trivselen blant mennene. Flere nevnte at de likte å kjøpe lunsj på jobben og at de hadde flere varmretter og sunne alternativer og velge mellom.

Dette ble satt pris på av flere av mennene. Even (53 år) hadde lagt merke til at flere av kollegene var ivrige når det ble servert pizza og hamburgere i kantinen. Selv foretrekker han sunn mat, og brydde seg ikke noe særlig om hamburgere og pizza.

*”For øvrig et ganske interessant fenomen, hvis du går i kantina her, det bør du nesten observere! Så må du se på varmmaten. For jeg spiser nesten alltid varmlunch her. De lager god fisk, de pleier å ha ganske gode råvarer, og de lager ganske god mat! I dag er det dagen i uka hvor man har karbonader - og da er det kø.. Jeg skal fortelle deg når det er kø i kantina. Det er når det er pølser, pizza, og karbonader. Blant voksne mennesker! Jeg skjønner det ikke jeg altså.. og hamburgere!” Even (53)*

Kos og trivsel kunne også gjøre at det ble enda vanskeligere for noen av mennene å si nei til usunn mat. Det handlet om den sosiale rammen rundt måltidet. En av mennene fortalte at flere av kollegene en gang i måneden dro ut, og spiste burger til lunsj. Dette var noe kona hadde reagert på, da han egentlig skulle gå ned i vekt.

*” Men jeg får ofte kjeft av kona for att jeg er veldig .., jeg er litt lett påvirkelig noen ganger da. Hvis jeg lover noe en kveld og jeg kommer på jobben. Så er det veldig sosialt da.. Så kommer det noe mat. Så.. vi har siste dag i måneden gått på Burger King da. Og da blir det sånne svære greier da.” Karl (45 år).*

Det å bruke tid på lage en ”skikkelig god middag”, ble satt pris på av noen av mennene. Lars liker å lage mat og invitere venner til middag. For ham betydde det mye, og måltidet var en viktig ramme rundt den sosiale samlingen.

*”For meg er mat kjempeviktig! Jeg synes det er, ehh, jeg liker veldig godt å spise god mat, å lage god mat. Jeg synes også måltidene er koselig ramme! Ramme for samtale, eller bare slappe av og ha det fint. Jeg synes det er morsomt å prøve forskjellig type mat også. For meg er det en viktig del av livet.”* Lars (31 år).

Det var tydelig at mennene likte å kose seg med mat. Flere satt også pris å tilberede et godt måltid.

#### 4.4 Forhold til kostråd

Flere av mennene hadde gjort seg opp tanker rundt kostråd, og hadde sterke meninger om hva de syntes om kostråd. Det ble gitt uttrykk for frustrasjon og usikkerhet blant flere, på grunn av blant annet motstridende kostråd i mediene. Noen av mennene skilte mellom offisielle kostråd og såkalte motedietter, mens de fleste av respondentene vurderte alle kostrådene samlet. Slik uttaler Lars seg når han får spørsmål om hans tanker om kostråd:

*”Jeg vet ikke, jeg har ikke grunnlag for å mene noe om de kostholdsrådene. Jeg vet ikke om de er bra eller dårlig.. De fungerer kanskje litt!?!”*Lars (31 år)

Lars ga uttrykk for at dette var noe han ikke hadde tenkt så mye på. Han var usikker på hvilken effekt kostrådene har på folk.

##### 4.4.1 Problematiserer tillitt

Samtlige av mennene i studien sa de var kritiske til kostråd i mediene. Flere problematiserte tillitten til kostråd, som førte til at de ikke tok det de leste alvorlig. Frode (50 år) forteller sin mening om hva han tenker om kostråd;

*”Du hører mye om at ”det er kreftfremkallende - og det er kreftfremkallende” og så får du noen andre forskningsresultater, som sier at det ikke er så farlig likevel.. Så det er veldig mye at det ene slår det andre i hjel.”*

Frode synes det er vanskelig og ble forvirret av å forholde seg til de motstridende kostråd i media. Flere av mennene mener det samme, uavhengig av alder;

*”Du blir lei det og. Det blir sånn filter at, åhå det gidder jeg ikke høre på, ikke sant. Eller ahh, nok et program om livsstilssykdommer og livsstil. Så blir du immun etter hvert da..”*  
*Petter (35 år)*

Geir (54 år) fortalte at han hadde reflektert over hva han mener om kostråd. Han og kona er opptatt av helse og hva de spiser. Han reagerer på de motstridende rådene i media og legger ikke så mye i det, hvis det kommer et oppslag om en ny undersøkelse. Men rådene som varer over tid, velger han derimot å ha mer tillitt til, og sier han tilegner seg det som kunnskap.

*”Og jeg er jo litt frustrert over altså hvis en eller annen har tatt en doktorgrad et eller annet sted da. Og funnet ut da at gulerøtter er da omtrent livsfarlig da. Så blåses jo det opp. Så går det et par uker så glemmer man jo det og ingen nevner noe mer om det. Ehh, så det er klart at jeg hopper ikke i stolen når jeg noen ganger leser at det jeg spiser noen ganger er farlig! (...) Jeg lar meg vel ikke frustrere, men irritere litt over sånne litt sånn småhysterisk oppslag innimellom.” Geir (54 år)*

Det var ifølge en av mennene ”en jungel” av informasjon der ute. Kvaliteten varierte og det var vanskelig å stole på ekspertene som uttalte seg, som kunne ha ulike grunner til å mene det han gjør. Dette var en av grunnene til at flere av mennene ga uttrykk for at de til tider var lei all maset om helse og kosthold. Karl (45 år) snakket om å ”være flink” her og ”være flink” der.. Det var tydeligvis ikke bare ”kvinneprat”, men også menn som snakker om å ”være flink” på mange områder, både på jobb og i hjemmet. I tillegg skulle Karl velge en metode for å slanke seg. Dette synes han ble mer - enn hva han føler han kunne mestre.

*”Ja, akkurat det der, at det er så mye der ute! Nå står jeg her og gå ned i vekt, hva pokker skal jeg finne på? Skal jeg ta en ”Grethe Rode” eller skal jeg ta en kur, eller skal jeg gå på helsekosten eller...(..) Du blir møkk lei av å holde det kjøret hele tiden da, så nå kan jeg ikke spise det å.. Flink her, flink der.. Du skal være flink på så mange områder, ikke sant. På jobben, hjemme og familie og si i tillegg skal jeg slanke meg!!! Det blir jo så mye rart, at det orker en ikke.” Karl (45 år)*

Mennene har forskjellige erfaringer og er i forskjellige livssituasjoner. Noen lever et hektisk liv med små barn, andre var selv blitt syke eller hadde noen i nære relasjoner de har mistet, grunnet livsstilssykdom. Karl (45) var så lei all maset, at han hadde gitt opp. Han syntes det var vanskelig å vite hvilke kostråd han skulle høre på.

#### 4.4.1.1 Skille mellom forskjellige kostråd

Tre av respondentene skilte mellom offisielle kostråd og andre kostråd. Lars (31 år) kalte det ”*generelle kostholdsråd*”, som han videre beskriver som allmennkunnskap som er offisielt anerkjent. David (53 år) siktet til rådene fra helsemyndighetene. Frode (50 år) henviste til det han kalte autoriteten. Han hadde et kritisk og nyansert syn på kostråd og hadde ikke full tillitt til *autoriteten*.

*”Men jeg synes det er spennende og finne ut av det, men har et kritisk og nyansert syn på det - at det er ikke alltid hva autoriteten sier er alltid riktig heller. Det gjelder vel all forskning generelt.” Frode (50)*

Lars (31 år) prøvde å beskrive hans oppfatning av det han kaller ”generelle kostholdsråd”. Den norske staten ble nevnt og han sammenlignet offisielle kostrådene med allmennkunnskap. Han mente det var allmennkunnskap å spise variert, og nevnte den kjente ”fem om dagen”. Lars etterspurte kostråd, som kunne hjelpe han å lage gode, sunne og raske retter. Dette synes han kunne være en utfordring i en travel hverdag.

*”Det er liksom, hvis du kan si sånn, generelle kostholdsråd da, som er kanskje sånn offisielle, som sier; ”spis blandet og drikk melk og, ikke drikk for mye øl og sånn”, det er helt greit. Så er det mer spesifikke, slankeråd! Som; ”ikke spis karbohydrater”, og, ja. Jeg tenker at kostholdsråd mer generelt er ganske nyttig, for det er en påminnelse om å spise sunt! (...)Offisielt er mer sånn allmennkunnskap da, sånn; ”du bør ha et variert kosthold, du bør ikke spise blodig biff hver dag”. Ja allmennkunnskap, og kanskje de som er offisielt sånn anerkjent da. Sånn ernærings, den norske staten passer på at, ehh, ja.” Lars (31 år)*

David (53 år) ga uttrykk for å ha satt seg veldig godt inn i de forskjellige kostrådene. Etter han fikk diagnosen diabetes type II på en helsekontroll, hadde han brukt tid på å studere kostråd i forbindelse med hva han bør spise, i forhold til sykdommen. Han stilte seg kritisk til de norske helsemyndighetene, og mente det var politikk og økonomi som styrte de offisielle kostrådene.

*”I forhold til diabetes og andre ting, at du da må ta hensyn til det. Og da er det ikke sikkert at de gode rådene fra helsemyndighetene nødvendigvis er helt riktige da. Jeg mener, det er åpenbart krancling om en del ting, ikke sant, hva som er riktig og galt. Altså, for eksempel, det er vel litt lenger tilbake i tid. Den derre Fedon kontra disse andre, helsedirektoratet eller hva det var hen.” David (53 år)*

Da Arne (36 år) fikk spørsmål om hva han tenkte om kostråd, kom dette svaret:

*”Ikke annet enn at jeg bryr meg utrolig lite om det. Det går inn det ene øre og ut det andre øret. Med mindre det er noe som, som virkelig har noe faglig tyngde i det. (...) Jeg må liksom ha ordentlig tro på det! Det må være noe jeg har tro på gir en effekt!”*

Videre ble han spurt hva som kan få han til å tro det.

*”Det må komme av noen som jeg har litt tillit til. For eksempel Kreftforeningen. Hvis de påviselig har vist at det er sunt for helsa i forhold til sannsynligheten for å få kreft senere, så er det sannsynlig at det går inn. Det må være konkret og enkle råd! (...) Ja det motsatte av Kreftforeningen er jo annonser i sladderpressen da. Det har jeg fryktelig lite tillit til.”*

Arne (36 år)

Selv om han ikke konkret skilte ut offisielle kostråd, har han tenkt over kvaliteten på kostrådene. Han har gjort seg opp en mening og silt ut de mest ekstreme rådene i media. Det går igjen blant respondentene at de har en ”sil”, hvor de fleste fester liten lit til en del av kostrådene som blir omtalt i media. Flere har tillitt til rådene de ser blir anbefalt over tid. Så å si alle nevner ”fem om dagen”, i løpet av intervjuet - som et eksempel på et fornuftig råd de har tro på.

#### 4.4.2 Finne sin egen vei

Flere av mennene snakket om å finne en måte de kunne leve et godt liv, samtidig som de ønsket å leve forholdsvis sunt. Det sosiale var en viktig faktor i hverdagen for mennene, sammen med trivsel, og det å forsøke å ha en sunn livsstil. I tillegg til forskjellige erfaringer og opplevelser, hadde de fleste mennene funnet en måte å håndtere mengden med kostråd, ved å - *finne sin egen vei*. De ønsket naturlig nok en best mulig livskvalitet – formet på en måte som gjorde dem tilfreds med tilværelsen ut fra eget ståsted.

Fillip (47 år) hadde prøvd flere dietter og synes rådene i media var vanskelige å forholde seg til. Etter flere forsøk, fant han kostråd som fungerte for ham og passet inn i livssituasjonen. Han uttrykker fatalisme over fremtiden, og mener han bare kan håpe på at det går bra.

*”Og så syntes jeg at det er mye kreft. Det er mye mer kreft i dag, enn før! Eneste jeg tenker da, er du kan bare gjøre så godt du kan, og håpe at det går bra! Det er også en sånn tanke jeg har da...(…) Vi prøver liksom og servere fisk med grønnsaker og ikke poteter. For poteter er det sukker i, ikke sant! Så prøver vi å redusere mengden med brød! (...) Og*

*prøver liksom å forstå disse tingene da. Vi prater jo mye om det. Hva for eksempel enkelte grønnsaker og enkelte frukter, hvilke innvirkning de har.”*

Arne (36 år) var også forvirret på grunn av motstridende råd, noe som han bruker som et argument for å ikke bry seg så mye om det. Han og familien forsøkte likevel å ha et variert kosthold, for å være - som han sier ”*på den sikre siden*”.

*”Det er så ubalansert. Altså, ehh, det endrer seg hele tiden! Det går litt sånn frem og tilbake uten at det er noe tydelig budskap. Det er forvirrende. Det gjør at jeg blir litt sånn.. sannsynligvis vil alt gi kreft hvis du spiser for mye av det. Har man et balansert forhold til det, får man håpe det går bra. Det er nesten litt sånn!(ler)”*

Selv om David (53 år) har fortalt at han nylig har satt seg inn i kostråd og hva han bør spise på grunn av sykdommen Diabetes type II, uttaler han senere i intervjuet at han velger å overse kostråd. Han legger vekt på, som samtlige av de andre mennene, at det er viktig med et balansert kosthold. Det som forvirrer også han, er de motstridende rådene om hva som er sunt det ene øyeblikket, for så å være usunt det neste øyeblikket.

*”Jeg overser dem som regel. Fordi det har vært så veldig mye. Så er det sunt, så er det usunt.. Så alt med måte. Det er det jeg føler. Ha et balansert kosthold. Plutselig skal man ikke spise fiber, så skal man ikke spise karbo. Karbo trenger man faktisk! Så jeg hører lite på kostholdsråd egentlig. Alt med måte, og ha et ballansert kosthold så tror jeg du får nok av det som trenger.”* David (53 år)

Petter (35) var den nest yngste av mennene i gruppen, var gift og hadde små barn. Hverdagen måtte gå opp, og det mente han hadde førsteprioritet. Samtidig ønsket han at hans barn skulle vokse opp med sunn og god mat, slik han selv gjorde da han barn. Han synes noen av kostrådene var ekstreme og brydde seg lite om disse. Men han tok til seg det han syntes virket fornuftig, både bevisst og ubevisst.

*”Så, kostholdsråd, jeg hører de vel, og jeg observerer de, eller registrerer de sikkert. Men det er ikke sånn at jeg, ”å det var lurt, det skal jeg gjøre med en gang jeg kommer hjem... Men jeg plukker det sikkert opp, jeg gjør jo det.(...) Jeg tar alt med en klype salt – de dere syke slankerådene; ”sniff på appelsinskall isteden for å spise mat” og den type ting.. Da er jeg skeptisk. Men sånn sunt normalt vett, ikke sant.”* Petter (35 år)

Geir har funnet en måte å følge kostråd på. Det som fungerte for han, var å følge med over tid.

*”Man følger litt med på sånn over tid, så er det jo en tendens til... det finnes jo en felles sånn multimum som mange er enige om! Det er vel ingen som er i tvil om at det er utrolig viktig å spise masse frukt og grønt!! Og det prøver vi å gjøre.” Geir (54 år)*

I likhet med Geir, forsøkte Frode og familien, å spise frukt og grønt. I tillegg har Frode troen på et variert kosthold, som flere av de andre mennene.

*”Såå, derfor har jeg havnet på dette her at man skal prøve og spise variert, så..men..., så har man hvertfall sikret seg og spise noe bra!” Frode (50 år)*

Det ser ut til å være en løsning for flere av respondentene å finne sine egne ”regler” og holdninger blant mengden kostråd. De hadde tro på forskjellige ting, men det gikk ofte igjen at de forsøkte å spise variert og balansert. Selv om respondentenes meninger om kostråd kunne variere, hadde de det til felles at de forsøkte å velge det de selv vektla som sunne alternativer.

#### 4.4.2.1 Forsøker å spise sunt

Kostråd kommer i mange varianter og fra forskjellige fora. Det er alle mennene i denne studien enige om. Men selv om det kan være vanskelig å vite hva som er rett og galt eller hva som forebygger for hva, var også alle mennene i denne studien opptatt av å ha en rimelig sunn livsstil. En av informantene sa at kostråd var for han, *en påminnelse* om å spise sunt. De la vekt på forskjellige forhold innenfor kostråd og var i forskjellige livssituasjoner.

*”Men sånn generelt det jeg tenker, ehh det de fleste er enige om er at man skal spise mer av frukt og grønnsaker og f.eks mer fiberrik mat og ect. Det jeg tenker er jo at kanskje hvis du har et variert kosthold ha så har du kanskje(hehe.. ler) muligheten til å få i deg noe som er bra... innimellom!” Frode (50 år)*

Lars (31 år) var ivrig når det kom til meninger om kostråd, og var opptatt av å spise sunt også for barna sin del. Han etterspurte kostråd som var handlingsorientert, og tilpasset en hektisk hverdag.

*”Jeg tror veldig mange vet hva som er sunt, men jeg tror også flere av de samme strever med å få det til i praksis!” Lars (31 år)*



David hadde brukt tid på å orientere seg innenfor kostråd. Han hadde blant annet fått informasjon av fastlegen i forhold til sykdommen Diabetes type II.

*”Det er åpenbart en sum, så jeg vet ikke hva som har vært triggeren. Jeg prøver å orientere meg, og skape en viss balanse. Jeg prøver å være litt sånn, karbohydratene har jeg på en måte hengt meg litt opp i da. Så det prøver jeg å unngå en del da. Det er på en måte min vei da, inn i dette her. Eller hva det er... det ser ut til å funke for meg.”* David (53 år)

Han har brukt tid på å søke informasjon på nettet. Han har også snakket med kolleger om kosthold, hvor de har delt erfaringer rundt lunsjbordet. Summen av dette mener han har ført til hans egen vei, som fungerte for ham, i hans livssituasjon.

#### 4.5 Holdning til kostens betydning for forebygging av livsstilssykdommer.

Alle mennene var enige om at kosthold *kunne* påvirke risikoen for å få livsstilssykdommer, til tross for at noen gir uttrykk for å være noe mer i tvil om graden av risiko i den sammenheng. Noen sier de er hellig overbevist om at det er en tydelig sammenheng, andre er mer usikre på hvilken rolle kosthold kan ha for å utvikle blant annet kreft. Samtlige av mennene nevnte også at de syns det hele var komplisert og at det var flere faktorer som hadde betydning. Hvordan de forsøkte å praktisere kostråd i hverdagen varierte, men de fleste følte samtidig at de var bevisst på å spise forholdsvis sunt.

##### 4.5.1 Kunnskap om kostens betydning for forebygging av livsstilssykdommer

De fleste mennene hadde noe kunnskap om kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer. Når de ble spurt om sammenhengen mellom kosthold og livsstilssykdommer, ga alle mennene uttrykk for at de trodde kosthold kunne påvirke risikoen for å få kreft. Likevel var det blant flere av mennene et stort ”*men*”, fordi det hele handlet om så mye mer enn kosthold. Alle nevnte andre faktorer som også kunne være med å utvikle livsstilssykdommer. Noen av mennene mente for eksempel at arv og fysisk aktivitet, hadde mer å si enn kosthold. Frode (50 år) trodde kreft kunne forebygges, og at kosthold er en del av helheten.

*”Altså jeg tror det er en, at du kan forebygge kreft med et sunnere kosthold og visse matvarer. Men det er en helhet, ikke bare kosthold. Det er en dette, generelt sett(sukk) livsstil, altså mosjon om du røyker..”*

Lars (31 år) var blant dem som synes det hele var så komplisert, at han ikke brydde seg om å forebygge, før han fikk vite at det var en sterk sammenheng mellom hva han spiste og risikoen for at akkurat han skulle få en livsstilssykdom. Men han har likevel tro på at det er en sammenheng mellom kosthold og risiko for å få kreft. Han påpeker at hvis han hadde fått informasjon og kunnskap om hvor mye han hadde redusert risikoen ved å spise sànn og sànn, hadde han vært mer interessert i å følge kostrådene som ble gitt.

*”Man har en bestemt oppfatning om at det har en sterk korrelasjon, fordi klart hva du spiser og hva du putter i kroppen din påvirker hvordan cellene dine oppfører seg! Men jeg synes det også er veldig kompleks. Også ville jeg være skeptisk, fordi moren min da, hun var dritsunn. Det hjalp ikke henne. Faren min spiser sjokolade og er rund som en kule, men har er still going fine han!” Lars (31 år)*

Lars fortalte at moren hans var kjempesunn, men fikk allikevel kreft og døde av hjernesvulst. Hun levde ifølge Lars det sunne livet. Hun løp og spiste frukt og grønnsaker. Dette gjør at Lars var kritisk til kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer. Han var tilsynelatende den eneste av mennene som fortalte slik erfaring.

Geir (54 år) var den eldste av mennene og beskrev hvordan han begynte å kjenne redselen for å få livsstilssykdommer på kroppen. Det var allerede flere i årskullet hans fra barneskolen som hadde gått bort på grunn av kreft. Dette hadde gjort at han var mer bevisst på hva han spiste og hvordan han levde. Han fortalte at han brukte kostrådene som en rød tråd i hverdagen og trodde det var veldig viktig med riktig kosthold, i hensikt å forebygge livsstilssykdommer eller andre sykdommer.

*”Jeg er jo sørgelig klar over at jeg kan like gjerne få kreft som alle andre. Men når jeg tenker kosthold og helse er jeg kanskje mer opptatt av hjerte – og kar sykdommer. Men jeg vet at spiser jeg mye frukt og grønt, så forebygger det i forhold til kreft. Det vet jeg..” Geir (54 år).*

Even trodde kreft kunne oppstå ved gjentatte irritasjoner som for eksempel røyk og alkohol. Kostholdets forebyggende effekt stiller han seg mer kritisk til og mente det var kun en liten andel, som kunne forebygge kreft ved riktig kosthold.

*”Hvis du ser på større tallmaterialet så tror jeg ikke det har så mye å si asså. Men det er klart, det er tilfeller der kosthold kan være avgjørende. Men det tror jeg er få..”*

Selv sa Even han ikke tenker på å forebygge livsstilssykdommer. Han har kunnskap om kosthold og sier at han spiste sunt, på grunn av gode vaner fra barndommen. Even opplevde at det var mange som ble rammet av kreft i familien. Han trodde arv hadde mest å si, i forhold til om man er utsatt for å få kreft.

Fillip har troen på at kosthold er viktig for å forebygge livsstilssykdommer, men argumenterer også med at han tror kroppen vår er laget for å tåle veldig mye. Han fremlegger flere eksempler på konkrete kostråd, som etter hans mening kunne forebygge livsstilssykdommer. Deretter argumenterte han for hvorfor han velgte å ta noe avstand til det. Som for eksempel at kvinner har større risiko for å få kreft hvis de røyker, enn menn.

*”Og det jeg tenker mange ganger på da, er atte, (pause), spesielt hvis jenter røyker da, så har jeg lest atte de er mer utsatt for å få kreft for eksempel”. Phillip (47 år)*

#### 4.5.1.1 Kunnskap om hvilken konkrete kostråd som kan forebygge livsstilssykdommer

Da mennene ble spurt om hvilken kostråd som kunne forebygge kreft, kunne de fleste komme med forslag på flere konkrete kostråd. Det ble nevnt tomater, frukt og grønt, ikke svidd kjøtt og rødt kjøtt. Rødvinn – var noen både for og imot, osv. Et par av mennene gav uttrykk over å være overrasket over at de kunne så mange råd om mat mot kreft.

*”Mye frukt og grønnsaker. Tenker jeg da. Jeg har til og med fått med meg at tomater er alright(ler).” David (53 år)*

Frode (50 år) hadde tydelig satt seg inn i kostråd. Han hadde mye kunnskap om kostråd og hvilken type kosthold som anbefales og ikke anbefales for å forebygge livsstilssykdommer generelt - og kreft spesielt.

*”Men sånn generelt sett da, så mer frukt og grønnsaker. Når det gjelder kreft, - mindre stekt mat, mindre stekt kjøtt da for å si det sånn. Det er jo noe alle vet ikke sant, menn som er så glad i å grille om sommeren! At jo mer svidd det er jo verre er det. Det er også noe med det at man skal spise mindre rødt kjøtt og mer hvitt kjøtt og sånn.. jeg vet ikke hvordan det er med fisk i forhold til kreft, om det har noen forebyggende effekt, men det er vel mer generelt. Så har man jo det her med fettsyrer og mettet og umettet fett, og alt det der. Så er det med antioksidanter, frukt bær og grønnsaker, brokkoli nevnes som veldig bra mot kreft, rødbeter mot noen krefttyper. Rotgrønnsaker generelt, vil jeg tro. Det er det også mye fiber i.”*

Frode forteller at han og kona er kostholds beviste. De har en bok av Fedon hjemme, og han prøver og kutte ned på raske karbohydrater.

#### 4.5.2 Bevissthet og praktisering

For flere av mennene er tanken på egen - og sine nærmeste - sin helse, noe som gjør dem mer bevist på hva de spiser. Arne (36 år) var blant de yngre mennene i undersøkelsen. Han har troen på at livsstilssykdommer kan forebygges - til en viss grad, ved å følge kostråd. Han påpeker at den konkrete effekten kostholdets forebyggende effekt har på akkurat ham, ikke kan måles. Da det heller ikke gir en merkbar effekt å følge kostråd, synes han det var vanskelig å være bevist på det. Dette til tross for at han trodde kosthold kunne ha en effekt.

*”Jeg tror det har en effekt! Det er mer utfordrende å vite om det har en effekt for meg!(...) Både det og at jeg føler at det ikke gjelder meg!” Arne (36 år)*

Han sa på den ene siden at han synes det var vanskelig å være bevist, da han var usikker på effekten. Likevel forsøkte han å spise sunt, og innrømte å ha tenkt noe på det likevel. Han fortalte at han for eksempel valgte å spise fisk, da det skulle være bra for kroppen. Han ønsket også at barna skulle få gode vaner med et sunt kosthold.

*”Jeg er jo kanskje lite bevist på forhold til det med maten. Jeg spiser det jeg vil og det jeg har lyst på. Samtidig tenker jeg jo litt på det. Med å prøve å spise fisk, for det har jeg hørt skal være bra å.. Drikke tran hver dag og. Det er kanskje barnas skyld da, at du prøver å få i de gode vaner.” Arne (36 år)*

Lars (31 år) var usikker på i hvor stor grad kosthold kunne påvirke om man får livsstilssykdom, eller ikke. Men at det har noe å si, er han derimot helt sikker på. For at han skulle bli mer bevist og praktisere kostråd som forebygger livsstilssykdommer, følte han behov for mer informasjon. Herunder hvor stor sjanse det var for at han kunne få sykdommen og hvor mye risikoen reduseres ved riktig kosthold.

*” Akkurat hvor viktig det er, det vet jeg ikke. Så langtidseffekter er vanskelig å vite Men at det er en del av en helhet, det er det helt sikkert! (...) Så jeg helt klart tror det kan ha noe å si, men da måtte jeg ha fått visst veldig spesifikk informasjon da. Om gruppe mennesker, og hvilke risiko jeg faktisk utsetter meg for da!” Lars (31 år)*

En av mennene nevnte en kampanje Kreftforeningen hadde hatt på jobben. Han hadde i den forbindelse lest om kostråd for å forebygge kreft. Han hadde da fått ny kunnskap om kosthold, samt en påminnelse om viktigheten av forebygging med henblikk på livsstilssykdommer.

*”Jeg har jo, jeg har jo fulgt med litt på den kampanjen som var her i på jobben blant annet. Og jeg er hellig overbevist om at det er en sammenheng her, med hva du putter i deg og større er risikoen for å få kreft, for eksempel! Eller andre sykdommer for den saks skyld!” Geir (54 år)*

Flere av mennene forsøkte å spise sunt og følge de kostrådene som de selv hadde tro på. Det var imidlertid fåtall som hadde konkret fokus på å forebygge livsstilssykdommer i hverdagen. En av respondentene som selv hadde fått en livsstilssykdom, hadde reflektert en del rundt det å forebygge livsstilssykdommer. Det gjorde han imidlertid først etter han ble syk. Før det erkjente han ikke ha tenkt noe særlig på det.

*”Det er noe med det når du blir syk og tenker igjennom en sånn diagnose, hva det betyr. Så blir det, du får en motivasjon på en annen måte da (...) Om jeg ikke har funnet den endelige formen, så tar jeg hensyn til det og gjør det sånn ganske stringent!” David (53 år)*

På spørsmål om David følger kostråd, sa han at han tar hensyn til det, og forsøker å følge de kostrådene han har tro på. Hans egen kone var imidlertid bevisst på det hun spiser. De handler stort sett sammen, men han innrømte at hun oftest tilberedet middagen.

Noen av mennene, da i hovedsak de yngre, understreket betydningen av å kose seg, ”å leve livet”, isteden for å tenke på at de en dag kunne bli syk.

#### 4.6 Drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer

Det var ett forhold som gikk igjen hos alle mennene, som viste seg å *kunne være* hoveddrivkraften i hensikt å forebygge livsstilssykdommer. Det var tanken på at de selv kunne bli, eller allerede var rammet, av en livsstilssykdom. De risikerte dermed å miste den gode helsen. Her var det et tydelig skille mellom de eldre og yngre mennene. Blant de eldre mennene, hadde de fleste erfart å enten selv å bli alvorlig syk, eller å ha mistet noen i omgangskretsen på grunn av livsstilssykdom. De yngre mennene, under førtifem år, snakket mer om hvilken risiko de hadde for å bli rammet av en alvorlig sykdom.

#### 4.6.1 Sykdom og helse

For de fleste mennene over førtifem år, var tanken på at de selv kunne få - eller hadde fått - en livsstilssykdom, en viktig drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer.

##### 4.6.1.1 Å selv bli syk

To av mennene hadde selv hatt en opplevelse av å få en alvorlig diagnose. David (53 år) fikk diagnosen Diabetes type II på en rutine kontroll hos legen, etter han fylte 50 år. Dette har gjort at han ble nødt til å ta sin egen helse mer alvorlig, bl.a. ved å sette seg inn i kostråd tilpasset sykdommen. Han hadde ikke tenkt så mye på egen helse før dette. Men han sier at å få denne diagnosen og beskjed om at han har et høyt blodtrykk, var en viktig drivkraft for ham til å tenke mer på hva han burde gjøre for å beholde helsen videre. David har blitt mer bevisst på hva han spiser og hvordan han lever. Og han har også erfart på kroppen at det å følge kostråd har en effekt. Ved legekonsultasjon hadde han fått påvist bedre blodverdier. Dette gjorde det enklere for ham å motivere seg for å følge kostråd.

*”Jeg, ehh, jeg har ikke vært veldig opptatt av helse. Det er noe jeg begynte med når jeg ble 50 år kanskje. For jeg er eksponert for en del ting sånn familiemessig! Ehh, og nå ser det ut som jeg har fått sånn, ehh, diabetes II da. Så nå har jeg blitt mer oppmerksom på det, i den senere tid da!!(...) Det er noe med det når du blir syk og tenker igjennom en sånn diagnose, hva det betyr. Så blir det, du får en motivasjon på en annen måte da! (...) Jeg føler at jeg er midt opp i det! Det er det som gjorde at jeg ble litt mer opptatt av det! Og mitt bilde av det, er jo at det faktisk virker, ikke sant!!” David (53 år)*

Karl (45 år) hadde nylig fått en kronisk diagnose, osteoporose. Ifølge sin lege, var han overvektig. Legen hadde også anbefalt ham å redusere sin vekt, av hensyn til helsen og sykdommen. Han sa at det var en ”a-ha opplevelse” å få diagnosen i så tidlig alder, og det gjorde han bevisst på egen helse. Han forsøkte å gå ned i vekt, men syntes det var problematisk. Selv om han tenkte mer på egen helse etter han fikk diagnosen, syntes han at tanken på å forebygge for eksempel kreft, var fortsatt ganske fjern. Han følte ikke han var i faresonen for å få kreft, og dermed valgte han å se bort ifra det.

*”Også jeg fikk jo et spark i baken, jeg hadde sikkert ikke gjort det enda, hvis det ikke hadde vært for at du skjønner at nå..., du må skjønne at det er så viktig for deg! Og det tror jeg; alle kan få kreft, men du må spise riktig for -ellers så får du kreft, den holder ikke vet du! For det truer ikke her og nå. Karl (45 år)*

Karl (45 år) tenkte ikke så mye på egen helsen i fremtiden. Han mente det var nok med å tenke på å gå ned i vekt. Han ønsket ikke at det skulle bli for mye fokus på helsen, da det går utover trivselen og sliter ham ut.

*”Akkurat nå er det litt fjernt, for nå syns jeg at jeg gjør så mye fra før av! Og det tror jeg at jeg ikke ville ha vært villig til heller. Da får livet ha en pris, og det må være at du skal dø engang. Man skal ikke leve helt.. det må være en viss form for lyst oppi dette her å! For ellers tror jeg blir bare mas. Jeg syns jeg gjør nok jeg. Men det er klart, kommer det noen og sier det er ”lurt og spise brokkoli jevnlig”, så hadde jeg nok prøvd å følge det, hvis det passet inn. Og spesielt hvis nære familie hadde den og den krefttypen, så slapp jeg det! Eller mindre sjanse for å få det, så hadde jeg nok gjort det. Men nå syns jeg liksom at nå, nå får det holde(ler).” Karl (45 år)*

Karl mente at ”livet må ha en pris” og følte det fort kunne bli for mye mas om helse. Men han var likevel åpen for å endre på kostholdet og forebygge livsstilssykdommer, dersom noen i nære relasjoner ble rammet og han visste at han kunne redusere sjansen for selv å bli syk. Under slike forutsetninger, ville han altså prøve å forebygge.

#### 4.6.1.2 Livsstilssykdom i det sosiale miljø

Flere av mennene har opplevd å miste noen rundt seg av kreft. Blant de eldste mennene over førtifem år, har flere mistet noen på sin egen alder. Dette kan være en tankevekker og har fått Geir (54 år) til å tenke mer over egen helse og på å forebygge i forhold til helsen.

*”Det er klart jeg hører jo til en generasjon som nå begynner å få smake livsstilssykdommer, så det.. det er jo, det er faktisk 3 stk som jeg gikk i på barneskolen som er død av kreft. Så det er jo en sånn tankevekker.(...) Så må jeg jo si at jeg er opptatt av å gjøre ting som er smart i forhold til et sånt sykdoms – bilde. For å unngå å bli syk.” Geir (54 år)*

Geir var i en alder hvor han så at andre jevnaldrende fikk livsstilssykdommer. For ham har alderen også vært en drivkraft, ved å bli mer opptatt av hvordan han skal bedre og vedlikeholde egen helse. En av de yngre mennene, Petter (35 år) kan se for seg at også han kunne bli mer bevisst, dersom han hadde opplevd sykdom i sin nærhet.

*”Det er hvis noen folk i min omgangskrets får diagnosen, ikke sant. Hvis det begynner å forekomme hyppigere i min omgangskrets. Kolleger og familie. Noen får kreft eller hjerte –*

*og kar sykdommer. Det vil jo sette det mye mer på agendaen. Da blir det plutselig nært” Petter (35 år).*

Petter var 35 år og tenkte ikke så mye på å forebygge livsstilssykdommer. Han uttalte imidlertid at dersom noen i hans egen omgangskrets ble rammet, ville det ha ført til at han hadde reflektert over slike forhold.

#### 4.6.2 Alder

For flere av mennene har det å bli eldre, vært en type ”vekker”. De har fått erfare alvorlet med livsstilssykdommer nært på kroppen.

*”I den alderen vi er i nå, så mister du de som er rundt deg på en måte da! Det er jo bare sånn fase man er i i 40– 50 åra. Men, nei... pause... Det med oppfatningene av min egen helse har jeg blitt veldig klar over da. (...)og da tenker du jo liksom det at det kan jo skje meg, jeg kan jo få den sykdommen. Ehh, og hva kan jeg gjøre for å unngå det.(...) Asså når du er 18– 20 år tenker du at du aldri skal dø ikke sant. At måten du lever, maten du spiser, at du får nok søvn, at du ...pause.. unngår å leve sånn at du har bekymringer. At du prøver å ordne livet ditt sånn at du har det bra da.” Phillip (47 år)*

Phillip følte at han har fått en mer bevisst holdning til sin egen helse. Han tar det mer alvorlig nå, enn hva han gjorde da han var yngre. Også Frode (50år) har tilsvarende erfaring, at alder førte til at man blir mer bevisst. For ham var tanken på en god helse når han ble eldre, en viktig drivkraft til å spise sunt og følge de kostrådene han tror på.

*”Det er jo tanken på at det er veldig viktig. Og jo eldre du blir, jo viktigere er det å spise sunt. Så tanken er på en god helse er en viktig drivkraft.” Frode (50 år).*

#### 4.6.2 Sosiale faktorer

For Frode (50 år) var det viktig å ha god helse for å kunne være tilstede med barna. Han ville at barna skulle vokse opp med en frisk far. Det ble for ham en motivasjon til å forebygge livsstilssykdommer. Frode forsøkte også å lage gode rutiner for barna.

*”Det er tanken på en dårlig helse for å si det sånn! Jeg har små barn og en ting er meg selv, en annen ting er familie. Det er viktig å holde seg frisk og i live(ler) for å si det sånn!!” Frode (50 år)*



Geir (54 år) fortalte at de har snakket en del om kosthold på jobben. Han har selv blitt mer opptatt av kosthold de siste årene og ble overrasket over interessen blant kolleger over temaet kosthold.

*Det øker kunnskapen å høre hva folk har opplevd og hva de har erfart og fanget opp av nye ting også videre.. Så, det er jo med og påvirker det, det og!*

Han har eoplevd at flere i senere tid har kommet til ham for kostråd, og blant kolleger deler de gjerne erfaringer. Han kunne bli inspirert av andres erfaringer og meninger, som igjen kunne være en motivasjon til å følge kostråd, i hensikt å bedre helsen og forebygge livsstilssykdommer.

#### 4.6.3 Risiko

De fleste mennene under førtifem år nevnte at *en tydelig risiko*, kunne være en drivkraft. Det var imidlertid ingen som følte at de var i risikozonen for å utvikle livsstilssykdom. Flere gav utrykk for å være usikre på hvilken konkret effekt kosthold hadde for å forebygge livsstilssykdom, selv om samtlige var enige om at det hadde noe å si på helheten.

Arne (36 år) innrømte å tenke lite på forebygging av livsstilssykdommer, men har likevel tro på at det har betydning for helsen.

*”Det må være noe jeg har tro på gir en effekt! (...). Så er det klart, er det helt påviselige ting for å få kreft, ville jeg jo ha unngått det!”*

Arne sier at han må vite hvilken risiko han utsatt seg selv for, før han begynte å tenke på å forebygge. Han syntes det var vanskelig, da det ikke var en klar og tydelig sammenheng. Han valgte derfor å distansere seg fra det. Han mente at det du gjorde og spiste i dag, kunne få følger langt frem i tid. Etter hans mening var imidlertid risikoen å anse som så liten og usikker, at tanken på å forebygge livsstilssykdommer fravek.

*”Det må være hvis jeg føler et behov for det. Og hvis jeg blir sterkt overbevist, og ser effekten av det. Nei, det er vanskelig å si. Jeg synes det er så utrolig vanskelig å måle effekt i forhold til det kosthold.” Arne (36 år)*

Heller ikke Lars (31 år) følte han var i faresonen for å utvikle en livsstilssykdom.

*”Det ene er hvis noen skulle få kreft i nær omgangskrets. Og så sier de til meg at; ”legen sa at det var fordi jeg spiste sånn og sånn” ikke sant.” Lars (31 år)*

Han mente hvis han fikk en klar indikasjon på at det fantes en risiko, ville han forsøkt å unngå det. Men det fantes ifølge Lars tilsynelatende ingen særlig risiko som truer han her og nå. David (53 år) derimot følte han var i risikozonen og vurderte risikoen som så høy, at han satt inn egne tiltak for å passe bedre på egen helse.

*”Man legger sammen ikke sant. Jeg sier jeg er eksponert for diabetes og sånn, ehh, alle disse her, hva heter det.. Ehh, metabolske syndrom, ehh, flere ting rundt det som vi har historie om i familien. Det var derfor jeg begynte å gå regelmessig til lege da, etter 50, ikke sant.” David (53 år)*

Det var en tydelig forskjell på de yngste og de eldste mennenes vurdering av helse og risiko i denne studien. De yngste forholdt seg til hverdagen ”her og nå” og tenkte ikke så mye på hvordan egen utviklet seg helse frem i tid. De fleste av de eldre mennene har fått erfare enten selv bli syk av livsstilssykdom, eller noen blant nær omgangskrets har blitt rammet. Dette førte til forskjellig syn på forebygging av livsstilssykdommer og forskjellig vurdering av risiko blant mennene.

## 4.7 Oppsummering

Avslutningsvis i dette kapittelet vil jeg presentere en oppsummering av funnene i studien. Innledningsvis ble mennene spurt om *hva helse betyr* for de. Det viste seg i denne studien at samtlige av mennene så på god helse som en forutsetning for å fungere i hverdagen og for deres trivsel. De fleste av mennene så på helse som fravær av sykdom og som velbefinnende. Flere av mennene over førtifem år fortalte at de ble mer bevisst på egen helse, samt betydningen av det å ha god helse, først da de selv begynte å få plager eller livsstilssykdom. En av de yngre understrekte derimot at han *ikke* trengte å tenke på helse og på å forebygge livsstilssykdommer, siden han var frisk.

Det var interessant å diskutere med mennene *deres forhold til kostråd*, og det viste seg at flere av dem hadde sterke og til dels konsise meninger om dette temaet. Flere problematiserte tilliten til kostråd i medier. Dette begrunnet de i all hovedsak med at det var flere motstridende råd og motedietter, som i etterkant viste seg å ikke å være bra

likevel. Flere av mennene valgte av den grunn å finne sin egen vei, hvor de satt sammen det kostholdet de trodde var bra og som fungerte for dem og familien. De fleste forsøkte å ha et forholdsvis sunt kosthold, selv om det var flere faktorer som kunne hindre dem i å ta sunne valg. Ektefelle hadde også vesentlig betydning med hensyn til hvilket kosthold som ble handlet inn, tilberedet og spist i hjemmet. Det var få som skilte mellom offisielle kostråd og type ”mote-kostråd” i media.

Mennene sine *holdninger til kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer* varierte og resultatene viste at deres holdninger hang sammen med alder. Mennene kom med flere eksempler på hvilken mat som var bra for å forebygge, og hvilken mat man burde styre unna. Samtlige av mennene nevnte at frukt og grønt og var bra. Men selv om de satt inne med kunnskap, var det ikke like mange som hadde fokus på å forebygge livsstilssykdommer i hverdagen. Blant de eldre mennene over førtifem, var de mer bevisst på å praktisere kunnskapen de satt inne med. Heller ikke alle i denne aldersgruppen overbevist om i hvilken grad kosthold kunne forebygge livsstilssykdommer. Flere av mennene, uavhengig av alder, nevnte at de synes det hele var kompleks. De mente det var flere faktorer som hadde betydning for utviklingen av livsstilssykdommer.

*Drivkraften for å forebygge livsstilssykdommer* hos mennene, var frykten for å enten selv bli syk, sykdom og dødsfall i sosiale relasjoner – særlig i nær familie, eller opplevd risiko for å selv få en livsstilssykdom. De som selv var blitt syke, beskrev at de hadde større fokus på å vedlikeholde/bedre helsen og følge kostråd.

De yngre mennene - under førtifem, forklarte at en klar risiko for å kunne få livsstilssykdom, var en drivkraft til å forebygge dette. Det var imidlertid ingen av mennene i denne alderen som følte det var en *tydelig nok* risiko. Dette kan ha vært en årsak til at flere av de yngre under førtifem distanserte seg fra denne problemstillingen.

## 5 Diskusjon av metode og resultater

Målet med dette kapittelet er å diskutere gyldigheten av resultatene opp imot det metodiske og teoretiske aspektet. Avslutningsvis vil jeg vurdere konsekvensene av denne studien, samt implikasjoner for videre forskning.

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjon vil jeg diskutere gyldigheten av funnene ved å se nærmere på om det er noen forhold som kan ha påvirket resultatet. I forskningslitteraturen er det ulike fremgangsmåter på hvordan en kvalitativ studies holdbarhet vurderes (Kvale, 2008; Willig, 2001; Thagaard, 2006). Først blir det presentert refleksjoner i forhold til valg av metode og utvalg. Videre diskuteres fremgangsmåten og utføringen av studiens intervju, og forhold mellom forsker og respondent. I denne studien er det valgt å fremheve Relevans, Validitet og Refleksivitet slik Malterud (2006) knytter begrepene til kvalitativ forskning. Dette blir presentert avslutningsvis i metodediskusjonen.

#### *Valg av tilnærming og metode*

I denne studien er det valgt en kvalitativ tilnærming på grunnlag av formål og problemstilling. Det var en prosess å velge metode, og det er blitt reflektert mye over hvilken vitenskapsteoretisk tilnærming som egnet seg best for denne studien. I utgangspunktet ble det valgt en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming, som til slutt ble gjort om til en fenomenologisk tilnærming i samråd med veileder. Dette for å få frem respondentenes egne opplevelse på en måte som er minst mulig preget av min forhåndskunnskap og fortolkning. Et fenomenologisk perspektiv har respondentens livsverden i fokus og ønsker å fremheve beskrivelsenes sentrale betydning (Kvale, 2008). Formålet med et intervju er å få grundig og omfattende data om respondentenes opplevelse av livsverden (Thagaard, 2006). Ut ifra studiens problemstilling har jeg vurdert individuelle intervjuer som mest hensiktsmessig. Lignende tidligere studier, har også brukt individuelt intervju (Økern, 2012; Tilrem 2010). Målet med denne studien er å få frem menns erfaring og opplevelse av det fenomenet som undersøkes.

#### *Utvalg*

Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder materialet som kan si noe om studiens problemstilling (Malterud, 2006). Studiens utvalg består av ni menn mellom tretti og

femtifem år. Mennene fikk en e - mail med invitasjon til studien via en person i bedriften som hadde ansvaret med samarbeidet med kreftforeningen. Det er en viss risiko for at noen av mennene valgte å delta siden de visste hvem personen de fikk e - mail av var. Det ble imidlertid lagt vekt på å ikke legge noe press på de som fikk invitasjon. De fikk informasjon om prosjektet av ”samarbeidspersonen”, og de som var interessert i å delta, skulle svare direkte til min email adresse. Samarbeidspersonen fikk ikke vite hvem som hadde valgt å delta, og hun slettet e - mailen med invitasjonene hun hadde sendt.

### *Intervjuets kontekst*

Jeg valgte å ha intervjuene på respondentenes egen arbeidsplass, hvor jeg fikk disponere et grupperom. Dette gjorde det enklere for mennene å delta da de ikke brukte tid på å reise eller personlig fritid, og var i kjente omgivelser. Det ble forsøkt å skape en atmosfære under intervjusituasjonen som var preget av fortrolighet og ro, for å skape trygghet for respondentene til å snakke åpent om temaet (Malterud, 2006). Respondentene ble da de kom tilbudt drikke, og fikk informasjon om prosjektet. De fikk vite at alt som ble sagt ble tatt opp på båndopptaker, og at intervjuet blir anonymisert. Det ble lagt opp til at de kunne stille spørsmål både i forkant av intervjuet, og avslutningsvis.

Stedet intervjuet ble holdt kan imidlertid være med å styre hva mennene har fokus på. Jeg opplevde at mennene snakket en del om både kantinen og om kolleger i forhold til temaene som ble tatt opp. Svarene kunne vært annerledes hvis intervjuene hadde blitt holdt hjemme. Dette må tas i betraktning.

### *Intervjuguide og intervjuing*

Intervjuguiden var grundig gjennomarbeidet, og ble testet ut på både masterseminar og blant familie. Det ble i forkant av intervjuene utført et pilotintervju. Under intervjuene opplevde jeg at de fleste mennene var engasjerte. Praten gikk stort sett lett, men det var et spørsmål noen av informantene hadde noe startvansker til. Det var spørsmålet om hvilket forhold de hadde til kostråd. Her var det noen som ga utrykk for å være usikre på hva jeg spurte om, og hva de skulle svare. Det førte til at jeg videre i de neste intervjuene kom med eksempler, og pratet litt innledningsvis. Som for eksempel; ”*Det har vært en del diskutert i medier, blant annet om Fedon, Grethe Rhode, og om forskjellige typer kostråd. Hva mener du om kostråd?*” Ved å ha en slik innledning løsnet intervjusituasjonen veldig for respondentene, og de delte engasjert sine erfaringer og tanker om temaet. Jeg har reflektert over at det å ha en slik innledning på spørsmålet kunne gi respondentene føringer i hva de

snakket om. Jeg mener imidlertid at det kom frem mye interessant og det varierte hva respondentene følte og erfarte om temaet.

### *Forskerrolle og etiske dilemmaer*

Det er viktig å reflektere over forholdet mellom forsker og informant. Forsker skal ifølge Malterud (2006) ikke prøve å se bort fra sin egen rolle, men være bevisst på sin påvirkning. Jeg forsøkte å møte respondentene med et åpent sinn og hadde fokus på å være lyttende og empatisk. Med min bakgrunn som sykepleier var det en utfordring å legge til side den terapeutiske hjelperrollen. Spesielt i de intervjuene der respondentene delte sine erfaringer som de opplevde som vanskelige. For å avverge at det kritiske perspektivet gikk tapt, valgte jeg istedenfor og tre inn i omsorgsrollen der og da, heller gi dem noen tips og råd etter vi hadde avsluttet intervjuet der det følte naturlig. Respondentene fikk også mulighet selv til å ta opp det de måtte ønske, eller stille spørsmål, etter intervjuet. Med min bakgrunn som sykepleier kan det på en annen side være det ble enklere å snakke om deres personlige erfaringer om sykdom.

En annen faktor som kan påvirke min relasjon til respondentene er kjønn. Forsker sitt kjønn kan ifølge Thagaard (2006) ha betydning for relasjonen. Som kvinne som intervjuet menn var jeg bevisst på det under intervjuene. Det kan være en risiko for at mennene ønsker å fremstå som maskuline, og at dette påvirker deres utsagn. Dette kunne også ha vært tilfelle, hvis en mann hadde vært den som intervjuet. Jeg opplevde imidlertid respondentene som tillitsfulle og åpne, og intervjuene hadde en naturlig flyt. Tema helse og kostråd er mer feminine temaer, det kan da være det ble lettere for mennene å snakke om disse begrepene med en kvinnelig intervjuer.

### *Transkribering og oppfølging av spor*

Transkribering er ifølge Fog (2005) en utskrift av en situasjon mellom to personer som utveksler ord. En stivnet utgave av en tidligere levende prosess hvor forsker og respondent har sendt en hverandre budskap med kropp og ord.

Intervjuene ble som beskrevet i metodekapittelet tatt opp med båndopptaker. Jeg utførte selv transkriberingen med full lojalitet til respondentenes utsagn, i ordrett form. For å hindre tapt informasjon, ble det skrevet ned når det for eksempel var latter, pauser og gjentakelser. I de tilfellene jeg var i tvil, ble båndopptakeren spilt av flere ganger. Transkriberingen ble gjort etter alle intervjuene var gjennomført.

Ved gjennomlesing og under analysen av intervjuene, hendte det jeg fant beskrivelser jeg i ettertid ser det kunne vært interessant å ha gått nærmere inn på. Studiens troverdighet må likevel ta i betraktning min begrensede erfaring med denne type arbeid. Jeg opplevde imidlertid at det ble enklere etter hvert å løsrive fra intervjuguiden. Dette førte til mer fokus og bedre oppfølging av dimensjoner ved respondentenes opplevelse av livsverden. I studien har jeg forsøkt å skille mellom informantenes utsagn og min egen vurdering av innsamlet data. En måte å gjøre dette på var å få en bekreftelse om jeg forsto respondenten riktig. Det ble gjort ved å stille spørsmål tilbake, om mine oppfatninger stemte.

### *Relevans, Validitet og Refleksivitet*

Det er i forskningslitteraturen ulike begreper knyttet til hvordan en studies holdbarhet blir vurdert (Malterud 2006, Thagaard 2006, Kvale, 2008). Denne studien benytter seg av Malterud (2006), som relaterer begrepene *Relevans, Validitet og Refleksivitet* som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig forskning.

#### *Validitet og Relevans*

Validitet dreier seg om hva resultatene egentlig sier noe om, altså gyldigheten til studien (Malterud, 2006). Sannhet og kunnskap er ifølge Kvale (2008) viktige faktorer for å sikre validitet. Malterud (2006) stiller to spørsmål for å måle validiteten. Det første handler om *sannhet* som går under intern validitet, og det andre spørsmålet handler om *overførbarhet* til mennesker i tilsvarende kontekster – ekstern validitet.

Intern validitet handler om konteksten for innhenting av data og konsekvensene av det. Relevans er ifølge Malterud (2006) i intern validitet et viktig begrep. Man kan se på om det er valgt den metoden og referanserammen som er mest relevante i forhold til studiens problemstilling og om de metodiske valg som er tatt fører til gyldige svar. I metodekapittelet er det forsøkt redegjort for hvilke metodiske fremgangsmåter som er brukt for innsamling av data, og for analyse og tolkning. For å vurdere validiteten i studien kan vi se på intervjuet. Om det er brukt relevante begreper, om forsker har stilt ledende spørsmål, og hvilke kartleggingsmetode som er anvendt. Lignende design er anvendt i andre studier som Ramthun (2010) og Arnesen (2011), som kan være med å styrke denne studiens validitet.

I det andre spørsmålet om validitet ser vi ifølge Malterud (2006) på det som gjelder overførbarhet. Dette kalles ekstern validitet, som omhandler den konteksten vi har skaffet

data fra. For å se hvilken overføringsverdi denne studien har, er det viktig å se på den spesifikke konteksten data er hentet ut fra. Slik at leserne selv kan vurdere om den kan overføres til liknende kontekster (Willig, 2001).

I denne studien er konteksten menn, fra en utvalgt bedrift. Denne bedriften har mange ansatte, med varierende utdanningsbakgrunn. De fleste av mennene som sa seg villig til å delta på intervjuet, hadde imidlertid høyere utdanning og var mellom 30 år og 55 år. Ifølge Thagaard (2006) er det et problem i tilgjengelighetsutvalg at de som i høyere grad føler de mestrer sin livssituasjon, og er fortrolige med forskning, oftere sier seg villig til å stille som respondenter. Dette må tas i betraktning ved overføring av denne studien.

I kvalitative studier utvikles det ifølge Kvale & Brinkmann (2009) vitenskapelig kunnskap som har en overføringsverdi, men hver kontekst og situasjonen er unik. Den nye kunnskapen er nødt til å tilpasse seg aktuell kontekst og mangfold. Kunnskapen som kommer frem i denne studien kan da ikke sies å gjelde alle voksne menn. Men den sier noe om de ni mennenes opplevelse av helse og kostråd, i forbindelse med forebygging av livsstilssykdommer. Studiens eksterne validitet kan imidlertid styrkes ved en gjentakende undersøkelse i samme kontekst med et utvalg som inkluderer flere menn og en større variasjon i utdanningsbakgrunn.

### *Refleksivitet*

Det er viktig å problematisere hva den kvalitative teksten representerer, ved å vurdere innflytelsen forskerens ståsted har på teksten (Thagaard, 2006). Jeg har under studien jevnlig spurt meg selv om hva som er med å bestemme det jeg ser. Mæland (2006) sier man skal forsøke å finne ut av hva slags briller man har på seg. Min bakgrunn er sykepleier, som nevnt tidligere i dette kapitlet hvor jeg kom med en redegjørelse for min relasjon til respondentene. Ved å følge fremgangsmåten til Mæland (2006), og legge inn spørsmålsteget underveis i studien, er det forsøkt å se på det som studeres med friske øyne. For å vurdere egne tolkninger kan analyseprosessen gjennomgå med kritiske øyne (Thagaard, 2006). Dette har jeg forsøkt, etterfulgt av veileder som kritisk har lest igjennom analysen, og fulgt analyseprosessen. Samtidig har jeg underveis i denne studien reflektert over kunnskapens, og analysemetodens relevans og validitet.



## 5.2 Resultatdiskusjon

Formålet med denne studien er å få mer kunnskap om menns oppfatninger *helse, kostråd og kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer*. I resultatdiskusjonen blir hovedfunnene fra analysen hentet frem og diskutert i forhold til tidligere forskning, teoretisk referanseramme og studiens problemstilling.

Hovedfunnene viste at det å ha god helse betyr mye for mennene. Det var en viktig forutsetning for daglige gjøremål og for deres trivsel. De fleste av mennene så på god helse som fravær av sykdom og som velbefinnende. Videre viste funnene at mennene var kritiske til kostråd og forsøkte å finne sin egen veg. Mennenes holdninger til kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer var splittet. Flere ga uttrykk for at de synes det hele var komplisert, og mente at flere faktorer av høyere betydning spilte inn. Resultatene viste også at mennenes alder påvirket deres oppfatning. Den viktigste drivkraften for å forebygge livsstilssykdommer, viste seg å være selv bli syk, høy risiko for å bli syk, eller å miste noen i nær omgangskrets/familie. Også i denne dimensjonen viste det seg å være et skille i alder. Flere av de eldre mennene over førtifem år, gav uttrykk for å ha en viss fokus på å forebygge livsstilssykdommer. De yngre mennene valgte derimot å distansere seg fra denne problemstilling.

Mennenes erfaringer og opplevelser *henger sammen i en helhet* som medfører at dimensjonene er vanskelig å skille tydelig fra hverandre. Noen av funnene, for eksempel *ansvar for egen helse*, vil derfor bli diskutert på kryss av forskerspørsmålene og dimensjonene i resultatdiskusjonen.

### 5.2.1 Betydning av helse

Respondentene i denne studien opplevde god helse som en forutsetning for daglige gjøremål og for deres trivsel. Alle mennene, med unntak av en med høyere utdanning, så på helse som fravær av sykdom. Noen respondenter nevnte også at de så på helse som velbefinnende. Tidligere forskning viser at helse som velbefinnende er en vanlig oppfatning i de høyere sosiale lag. De fleste i vestlige kulturer, ser på helse som fravær av sykdom (Mæland, 2006). Resultatene i denne studien viste imidlertid en variasjon av respondentenes oppfatning av begrepet helse, til tross for at kun en av mennene hadde lavere utdanning. De færreste gav uttrykk for at de så på helse som en ressurs. Tidligere studier viste også at helse alltid har vært - og er - av stor betydning for mennesket (Fuggeli & Ingstad, 2001; Barstad, 1999). Det varierte imidlertid hva respondentene i denne studien

selv la i begrepet helse. Hva man legger i helse kan ifølge Mæland (2006) gjenspeile verdimeslige prioriteringer, livsoppfatning, kulturelle og sosiale forhold.

Flere av mennene i denne studien opplevde egen helse som god, og forklarte dette med at de ikke hadde noen sykdommer. De setter da likhetstrekk mellom det å ha god helse og fravær av sykdom. Fuggeli og Ingstad (2001) mener det folkelige perspektivet på helse har tre kjennetegn; helhet, pragmatisme og individualisme. Pragmatisme handler om at helse er et relativt fenomen. Med dette menes at helse erfares og bedømmes i forhold til hva en forventer ut fra blant annet sykdom, alder og sosial situasjon. Dette kan forklare hvorfor flere av mennene i denne studien opplever god helse som fravær av sykdom. Det viser seg også i andre studier, at menn som ser på sin egen helse som god - oftere beskriver helse som fravær av sykdom (Blaxter, 2010).

Helse som velbefinnende handler blant annet om opplevelsen av velvære, om relasjoner og om å fungere. Helse som velbefinnende kan oppleves selv om en har en sykdom (Mæland, 2006). Et par av mennene i denne studien opplevde helsen som god, til tross for at de hadde en sykdom. En av mennene som var plaget av migrene, sa for eksempel at han opplevde sin egen helse som god. Den yngste av respondentene som hadde fått en kronisk sykdom, sa at han synes egen helse var bra, men gav likevel uttrykk for at sykdommen var en "nedtur". Nasjonale og internasjonale studier viser at flere mener de har god helse, til tross for sykdom (Ramm, 1997; Blaxter, 2010). For de fleste er terskelen rimelig høy for å vurdere sin egen helse som dårlig (Ramm, 1997). En kan stille spørsmål om respondentene i denne studien som gav uttrykk for at de synes helsen var god til tross for sykdom, egentlig syntes sykdommen og plagene gikk utover helsen. Men grunnet høy terskel for å erkjenne å ha dårlig helse, unnlot de å si det. Ifølge Ramm (1997) vil de fleste forsøke å ha en positiv vurdering av helsen, inntil plager og ubehag blir så merkbare, at de ikke lenger kan undertrykkes. At menn underrapporterer symptomer og ikke snakker om følelser og redsler, vises også i studien til Roos og Wandel (2004). Denne studien viser også at en av mennene opplever helsen som god, til tross for sykdom. Dette er i samsvar med tidligere forskning (Blaxter, 2010). Den subjektive opplevelsen en har om helse, er også av betydning for hvordan man vurderer egen helse (Manderbacka, 1998).

Videre viser funnene i denne studien at de færreste av respondentene så på helse som en ressurs, slik Mæland (2006) beskriver som robusthet, styrke og motstandskraft mot sykdom. Et mindretall av mennene tenkte på helse som en ressurs, i forhold til å forebygge

sykdommer. En av de som gjorde det, var Frode (50 år) ”*Det er jo tanken på at det er veldig viktig. Og jo eldre du blir, jo viktigere er det å spise sunt. Så tanken på en god helse er en viktig drivkraft.*” Frode var bevisst på å forebygge sykdom og så på helsen som en motstandskraft mot sykdom.

Bugge & Lillebø (2009) beskriver at enkeltindividets ansvar for egen helse har utviklet seg til noe man også føler man *bør* gjøre. Flere av respondentene i denne studien, gav uttrykk for at de følte ansvar for egen helse. Mennene forklarte at de syntes de burde være flinkere på visse områder, som omhandlet det å ta vare på helsen. Flere nevnte for eksempel at de burde trene mer. Andre gav uttrykk for at de kunne ha spist sunnere. Mennesker blir nå ifølge Blaxter (2010) opplært til å ta ansvar for helsen sin, blant annet ved å være aktiv og å spise riktig. Dette kan føre til at individet til slutt føler de skal ta ansvar for alt, og samtidig føler en hjelpeløshet (Blaxter, 2010). Denne erfaringen har også en av mennene i denne studien, Karl, som har hatt flere forsøk på å gå ned i vekt.

*”Ja, akkurat det der, at det er så mye der ute! Nå står jeg her og gå ned i vekt, hva pokker skal jeg finne på? Skal jeg ta en ”Grethe Rode” eller skal jeg ta en kur, eller skal jeg gå på helsekosten eller..(...) Du blir møkk lei av å holde det kjøret hele tiden da, så nå kan jeg ikke spise det å.. Flink her, flink der.. Du skal være flink på så mange områder, ikke sant. På jobben, hjemme og familie og si i tillegg skal jeg slanke meg!!! Det blir jo så mye rart, at det orker en ikke.”* Karl (45 år)

Tidligere studier har pekt på at man skal ikke være for opptatt av egen helse, samtidig som man skal spise sunt, og være veltrent (Roos, 2006). Dette gjenspeiler seg også i denne studien. Samtidig som mennene var opptatt av trening og kosthold i hverdagen, snakket de også om at det ikke skulle være for mye fokus på det. Ordene; *balanse* og *variasjon* går igjen i denne studien hos samtlige av respondentene. Både i forhold til helse og spesielt til kosthold. Samtidig som de fleste var enige om viktigheten av å leve og spise sunt, var også mennene opptatt av at det måtte være en mellomting. Å ha en balansert helse har det vært snakket om også før den moderne medisin. Da handlet det om å finne den rette balansen mellom blant annet miljø og prosesser inni kroppen (Blaxter, 2010). Både nasjonale og internasjonale studier viser at menn ofte snakker om variasjon og balanse når det gjelder kosthold og helse (Roos & Wandel, Warde 1997). Et godt eksempel på det er utsagnet til Arne (36 år) ”*Har man et balansert forhold til det, får man håpe det går bra.*”

### 5.2.2 Hvem/hva påvirker spisevaner

Selv om utvalget i denne studien hovedsakelig besto av menn med høyere utdanning, var det en bred variasjon blant hvem eller hva som påvirket deres spisevaner. Studiens resultater viste at mennene mente tid, kunnskap, sosiale relasjoner, tilgjengelighet, trivsel og disiplin er forhold som hadde noe å si på deres mat - valg. Mennene som var gift mente at kona var den som påvirket kostholdet mest.

Sosiologen Pierre Bourdieu (1989) mener at våre matvaner reflekterer underliggende klassebestemte oppfatninger av matens funksjon. Roos og Wandel sin studie fra 2004 viser at mennene fra arbeiderklassen la mindre vekt på tilberedning av mat og helsemessige aspekter i ukedagene, men i helgen ble mat brukt for å kose seg. Matens hovedfunksjon var å "fylle opp" slik at en ble mett og tilfreds for en rimelig pris (Roos & Wandel, 2004). I denne studien viste materialet at de fleste mennene la vekt på smak og nytelse under måltidene, men det var også et skille mellom hverdag og fest. Noen av mennene snakket om trivselen ved å både tilberede et godt måltid og spise god mat i en sosial setting. Det kunne spesielt hos småbarnsforeldre handle om å "*få i seg noe, samme kan det være*" (Petter, 35 år) på travle dager. Samtidig fortalte noen av mennene at å ha barn, ble en påminnelse om og motivasjon for å spise sunt.

Videre nevnte noen av mennene at pris kunne være en faktor som hindret dem i å spise sunt. En av mennene nevnte derimot at pris *ikke* kunne brukes som en unnskyldning, da han hadde råd til å ta sunne kost - valg. Det er sjelden at økonomi alene avgjør hvilken livstil man har, spesielt her i Norge (Mæland, 2006).

En annen faktor av betydning for respondentene i denne studien, var den sosiale rammen rundt måltidene. Middagen var ifølge Bugge (2005) et sosialt måltid. Det er allmenn akseptert å ikke bruke tid på å lage god og sunn mat når man er alene (Bugge, 2005). Det sosiale aspektet rundt måltidene var av viktig betydning for mennene i denne studien. En av respondentene som var skilt og bodde alene, fortalte at han ikke brukte mye tid på å lage mat. Han var egentlig glad i å lage god mat med ordentlige matvarer, *når* han hadde noen å lage mat til. Også flere av respondentene i denne studien likte å lage mat, men innrømte at det oftest var kona som sto ved kjøkkenbenken. Tidligere studier viser at kvinner oftere forvalter og utfører de fleste oppgaver som knytter seg til det å lage middag, fordi mange synes det er mest praktisk (Bugge, 2005).

### 5.2.3 Forhold til kostråd

Et viktig funn i denne studien var at samtlige av mennene var kritiske til kostråd. Motstridende kostråd, mengden kostråd og såkalte motedietter som kom og gikk, var hovedårsaken til mistilliten blant respondentene. Flere av mennene ga uttrykk for å være både forvirret og oppgitt. Tidligere forskning viser at i media kan en enkelt undersøkelse slås stort opp, som fører til motstridende funn. Dette skaper forvirring om hva vi vet og ikke vet (McComas, 2008). Også fagpersoner har vanskeligheter med å skille mellom kostråd i den såkalte diettjungelen, på grunn av fagspråket (Meltzer, Meyer & Klepp, 2004). Kun enkelte av respondentene i denne studien skilte mellom offisielle kostråd og ”moteråd/dietter”. En av mennene uttrykte også mistillit til *offisielle* kostråd. Internasjonal forskning har vist at noen menn *tar avstand* fra myndigheters budskap om helse. De føler anbefalingene reduserer deres muligheter til å kunne ta et fritt valg. Dette kan føre til en barriere mot å ta sunne matvalg (Gough & Conner, 2006).

Respondentene ga uttrykk for at de følte noen av kostrådene ikke passet inn i deres livsstil. For flere hadde løsningen blitt å finne sin egen vei blant kostrådene de har lest og hørt. Giddens (1991) forklarer hvordan individer er nødt til å ta livsstils- valg, for å redusere kompleksiteten i et mangfold av valg. Ifølge McComas (2008) har individer mer tillitt til kostråd som deler deres syn og verdier. Dette samsvarer med materialet i denne studien, da flere av mennene forklarte at de valgte seg ut kostråd de syntes passet sin livsstil, -kostråd som de hadde tro på. Ifølge Ronelap, et al, (under utgivelse) velger flere å se bort fra kostråd, fordi det blir kommunisert til en for bred populasjon. Ved å tilpasse kostråd til hver og en ut ifra arv, alder, helsetilstand og kostmønster kan det være at flere hadde valgt å følge kostråd (Ronelap, et al, under utgivelse).

*”Jeg tror det har en effekt! Det er mer utfordrende å vite om det har en effekt for meg!(...) Både det og at jeg føler at det ikke gjelder meg!” Arne (36 år).*

Ajzen (1991) hevder i *theory of planned behavior* at beslutningen om å handle står høyest, når en har positive holdninger til handlingen. Om man tror en person man respekterer og anser, deler samme oppfatning, og om man føler man kan beherske handlingen. Deler av materialet vil nå ses på i lys av denne modellen.

Det første punktet i *the theory of planned behavior* handler om man har positive holdninger til handlingen. Materialet viste at forholdet respondentene hadde til kostråd, bar preg av usikkerhet og tvil. Et liknende tema er behandlet av Bugge (2012), der resultatene

fra en survey, viste at tiltroen til de offisielle kostrådene var nokså lave. Kun ti prosent hadde stor tiltro til helsemyndighetenes kostråd, mens tjuetre prosent var delvis enige. Det var imidlertid noen kostråd de fleste mennene i denne studien skilte ut, som det å spise frukt og grønt, og mer fisk. Dette hadde respondentene tro på var pålitelig kostråd, og prøvde dermed å følge disse kostrådene. Både helsemyndighetene og formidlerne av motedietter var imidlertid enige om at grønnsaker og fisk er sunt (Bugge, 2012).

Videre handler det andre punktet om *hvem* som påvirket respondentenes mat valg (Ajzen, 1991). Flere av mennene nevnte at kona hadde mye å si. Samtidig som noen følte de måtte understreke, at hun ikke hadde *alt* i si angående kostholds - beslutninger som ble tatt. Ifølge noen av mennene ble de ofte oppmuntret av kona til å spise sunnere. For de fleste mennene var kona tilsynelatende en person som støttet opp til et sunt kosthold.

Tredje punktet i *the theory of planned behavior* handler om hvordan mennene følte de kunne mestre en handling, - en endring i kostholdet, for å spise sunnere (Ajzen, 1991). Positiv mestringsforventning gjør at folk anstrenger seg mer for å få til en beslutning (Mæland, 2006). Flere av mennene i denne studien valgte å ta til seg de kostråd de følte passet inn i deres livsstil. På denne måten ble det enklere å mestre å ta til seg kostråd. De fleste respondentene hadde et ønske om å være sunne, ha en god helse og ha et balansert kosthold. Dette samsvarer med resultatene til studien til Bugge (2012), som viste at stadig flere var opptatt av å spise sunt. Syv av ti var helt eller delvis enige i påstanden; ”*jeg er veldig interessert i å spise sunt*” (Bugge, 2012).

Selv om mennene var interessert i å spise sunt, var helse og kosthold noe de yngre under førtifem sa de ikke snakket noe særlig om med kolleger. De ga uttrykk for at de heller pratet om hva som er god mat, eller at det kom noen humoristiske innslag om for eksempel et ekstremt kostråd, rundt lunsj -bordet. Helse og kosthold var imidlertid et tema flere av de eldre over førtifem år snakket jevnt om rundt lunsj bordet. De kunne for eksempel dele erfaringer om sykdom og dietter, eller sammen prøve å gå ned noen kilo. Tidligere forskning viser imidlertid at menn ikke forventes å snakke med sine kolleger om helsen (Roos og Wandel, 2004). En av de eldre mennene i denne studien fortalte derimot at han ble *overrasket* over responsen fra kolleger, da han fortalte om sine erfaringer om å legge om på kostholdet, i forbindelse med at han fikk diagnosen diabetes type II. Også studien til Bugge (2012) viste at stadig færre har et likegyldig forhold til sine spisevaner. I likhet med

studien til Arnesen (2011) viste også noen av mennene i denne studien interesse for vitenskapelig forskning innen feltet helse og kosthold.

#### 5.2.4 Holdning til kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer.

Mennene er enige om at kostholdet *kan* påvirke risikoen for å få livsstilssykdommer. Det er imidlertid en forskjell på i hvor stor grad de tror kostholdet kan ha noe å si, og hvor mye de vektlegger forebygging i hverdagen. De vanemessige handlinger som individet følger i hverdagen kalles handlingsmønstre, som også dekker spisevaner. Den mest vanlige modellen for å forklare og påvirke adferd er KAP -modellen (Mæland, 2006). KAP modellen står for Knowledge - Attitude – Practice, og på norsk; *Kunnskap - Holdning - Adferd*. Innledningsvis i studien ble forskningsspørsmålene presentert, og jeg ønsker å bruke KAP modellen for å diskutere forskerspørsmål fire; Hvilke oppfatninger har menn om kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer?

*Kunnskap*; Materialet viste at mennene satt inne med en del kunnskap om kostråd for å forebygge livsstilssykdommer. Mennene sa for eksempel at frukt og grønt, og tomater kunne forebygge blant annet kreft. Samtlige nevnte internett som en kilde til informasjon om kosthold og kostråd. Videre ble det også nevnt fastlege og media: aviser, ukeblader og tv – programmer. Noen fortalte også at de fikk kostråd av kolleger og familie. I studien til Bugge (2012) viser det seg at fire av ti bruker internett regelmessig for å skaffe seg kunnskap. Hva vi vektlegger er et resultat av våres ernæringskunnskap og verdier (Bugge, 2012). I studien til Roos og Wandel (2004) etterspurte mennene positiv informasjon om kosthold, men kunne også se utfordringene. En av de yngre mennene i denne studien ønsket seg mer kunnskap om hvordan han kunne lage rask, enkel og god mat.

Resultatene viste videre at en av de eldre mennene i denne studien har selv erfart å ha blitt bedre etter å ha endret kostholdet. Han ble diagnostisert med Diabetes type II, og fikk i den forbindelse *kostråd av legen*. En blodprøvekontroll tatt etter at han la om kostholdet viste tydelige positive endringer. I hans tilfelle bekreftes det at kunnskap er en viktig forutsetning for mestring og følelse av kontroll (Mæland, 2006). En av de yngre mennene i denne studien mente at det ble for ”*fjært*” å tenke på å forebygge livsstilssykdommer for han sin del. Selv om han trodde at kosthold kunne forebygge livsstilssykdommer i noen tilfeller. Mennene sitter tilsynelatende inne med noe kunnskap om kostråd i forbindelse med å forebygge livsstilssykdommer. Det har vist seg at kunnskap kan i begrenset grad påvirke helsereelatert adferd (Mæland, 2006).

*Holdning;* WHO kom i år 2000 med en anerkjennelse av økt behov for kunnskap om menns lavere levealder i forhold til kvinner. De ønsket mer informasjon om hvilken rolle maskulinitet har, i forhold til menns forventning og holdning, til egen helse og sykdom. Resultatene i denne studien viste at mennene hadde en oppfatning om at kostholdet *kunne* påvirke risikoen for å få livsstilssykdom. Det var imidlertid få av respondentene som hadde fokus på å forebygge livsstilssykdommer i hverdagen. Unntaket var et par av de eldre mennene over femti år. De innrømte imidlertid å ha tenkt lite på egen helseadferd i yngre alder, spesielt i forbindelse med å forebygge livsstilssykdommer. Mange av mennene i denne studien, både eldre og yngre, synes imidlertid det å forebygge livsstilssykdommer var *kompleks*. Flere hadde en oppfatning om at andre faktorer var av større betydning, som for eksempel, arv, alkohol og røyk og aktivitet. Internasjonale studier har vist at det er en tendens blant menn å unngå å forebygge livsstilssykdommer, og å ignorere helseinformasjon (Evans et. al., 2012). Menns bruk av helsetjenester og helseinformasjon er lav i hele Europa (World Congress om Men's Health & Gender, 2005).

*Adferd;* Blant de eldre mennene i denne studien var det flere som praktiserte et kosthold hvor de var bevisste på å forebygge sykdommer, enn hos de yngre. Selv om noen av de yngre mennene også ga uttrykk for å forsøke å ha et sunt og variert kosthold, var det imidlertid ingen av dem som hadde fokus på å forebygge livsstilssykdommer. Bourdieu (1989) mener at hvordan vi oppfatter, bedømmer og handler knytter oss til en habitus. Flere studier hevder også at mat og matrelaterte vaner reflekterer og former kjønnsidentitet, roller og forhold (Jensen og Holm, 1999; Roos og Wandel, 2004; Sobal, 2005).

### 5.2.5 Drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer

For flere av mennene i denne studien var tanken på å selv bli syk, en viktig drivkraft for å forebygge sykdommer. En tankevekker kunne være at noen i nær omgangskrets ble rammet, spesielt blant de eldre mennene som opplevde dette blant jevnaldrende. De yngre mennene var mer opptatt av *risikoen* for å bli syk.

Videre har jeg valgt å diskutere mennenes drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer i lys av *The health belief model* – modellen om helseoppfatninger. Hovedbudskapet til modellen er at avgjørelsen om å utføre en forebyggende handling bygger på et *mentalt regnskap*, hvor visse faktorer sees opp mot hverandre (Mæland og Aarø, 1993).

Den *første faktoren* handler om alvorlighetsgraden til sykdommen som man ønsker å



unngå. Hvordan mennene i denne studien vurderte alvorret var individuelt. En av de yngre mennene nevnte for eksempel at han *ikke* tenkte mer på å forebygge livsstilssykdommer etter at moren hans døde av kreft. Selv om han opplevde hennes diagnose som alvorlig, trodde han ikke hennes livsstil hadde noe med diagnosen å gjøre. En av de eldre vurderte imidlertid alvorret så høyt da han fikk diagnosen diabetes type II, at han endret kosthold. Dette kan tolkes som at en ytre hendelse *kan* i noen tilfeller påskynde forebyggende handlinger (Mæland, 2006). Det var imidlertid få av respondentene i denne studien som hadde *endret helseadferd* etter alvorlighetsgraden. Det kan også forklares med at det var få respondenter som følte de kunne relatere seg til det, eller som vurderte alvorret høyt nok; ”Jeg har en helse som er ok. Jeg er sjelden syk. Jeg trenger ikke tenke så mye på det på en måte..” Petter (35år).

Den *andre faktoren* handler om sannsynligheten for å bli rammet. Sjansene for å bli rammet øker med alder, og materialet viste at de eldre mennene hadde mer fokus på å forebygge livsstilssykdommer enn de yngre. En årsak kan være at flere av de eldre hadde opplevelser med livsstilssykdom, enten selv eller i omgangskretsen. David (53 år) sa han begynte å tenke på å forebygge, da flere av barndomsvennene hadde gått bort på grunn av livsstilssykdom. Han fortalte at det kom nærmere inn på han, og alvorret ble mer tydelig. Ingen av respondentene kunne si noe om *i hvor stor grad* de trodde kosthold kunne forebygge livsstilssykdommer. Alle var imidlertid enige om at det hadde noe å si på helheten. Ifølge St. Meld. nr 16 (2002 – 2003), kan livsstilssykdommer i stor grad forebygges.

*Tredje faktor* handler om i hvilken grad risikoen reduseres ved forebyggende handlinger. Mennene i denne studien sa de ville ha fulgt kostråd hvis *de visste* at de var i faresonen for å få en alvorlig sykdom, og det var en tydelig sammenheng med kosthold og risiko. Spesielt de yngre synes sammenhengen mellom risiko og forebygging var av viktig betydning hvis de skulle forebygge livsstilssykdommer. De fleste ga uttrykk for at de synes dette var et kompleks felt. Arne (36 år) sa for eksempel at han måtte ha blitt ”*sterkt overbevist*” hvis han skulle begynne å tenke på å forebygge livsstilssykdommer.

Under *fjerde faktor* var det snakk om hvilke omkostninger som forbundet med å forebygge sykdom og helseproblemer. Materialet viste her at mennene satt stor pris på det sosiale aspektet rundt måltidet. For samtlige var mat en viktig del av det å kose seg. Derfor blir også omkostningene høye hvis det innebærer og skifte livsstil. For mange skygger de

umiddelbare omkostningene over eventuelle resultater ved langvarig forebygging (Mæland, 2006). De fleste av mennene sier imidlertid at de forsøker å spise sunt, selv om få har fokus på forebygging i det daglige.

## 6 Avslutning

Hensikten med denne studien har vært å fremskaffe kunnskap om menns oppfatninger og opplevelser av helse, kostråd, og kostholdets forebyggingspotensiale. Studien har vært forankret i et livsstilsperspektiv der begreper som helse, kostråd og forebygging av livsstilssykdommer knyttes opp mot mennenes daglige rutiner. Studien design er basert på en fenomenologisk vitenskapstradisjon. Målet var å få frem beskrivelser av respondentens egen livsverden og deres subjektive erfaringer om fenomenet, dvs. å hente frem mening og essens. Ni menn mellom 30 – 55 år, med hovedsakelig høyere utdanning, deltok i kvalitative intervjuer. Respondentene beskrev god helse som en forutsetning for daglige gjøremål og for deres trivsel.

Resultatene i denne studien viste at mennene opplevde kostråd i media som forvirrende. Hovedårsaken var motstridende kostråd, mengden kostråd, og motedietter som kom og gikk. Få skilte mellom offisielle kostråd og andre type dietter/kostråd. For noen av mennene ble løsningen å finne sin egen vei blant kostrådene. Dette samsvarer med Giddens (1991) forklaringer om hvordan individer må ta livsstilsvalg, for å redusere kompleksiteten i en tid med et mangfold av valg. For å imøtegå dette er det viktig å tydeliggjøre hva som er evidensbaserte kostråd, og hva som er motedietter.

I denne studien har vi sett at menn opplever kostholdets betydning for å forebygge livsstilssykdommer som kompleks. Mennene ga uttrykk for at de trodde kosthold kunne ha noe å si for å forebygge livsstilssykdommer. Samtidig uttrykte flere tvil om graden av den forebyggende effekten. Drivkraften viste seg for de yngre i større grad å være risiko. De eldre mennene opplevde det å selv bli syk, miste noen i nære relasjoner eller på sin egen alder som den viktigste drivkraften. Funnene viser at de eldre mennene var mer bevisst på å praktisere kunnskapen om å forebygge livsstilssykdommer, enn de yngre. For dem ble det et mentalt regnskap hvor visse faktorer ble veiet opp mot hverandre (Mæland, 2006).

Et viktig funn i denne studien var at så lenge de yngre mennene under førtifem ikke hadde noen sykdom eller plager, så de det ikke verdien av å forebygge livsstilssykdommer. Dette er en utfordring til de som arbeider med forebyggende helsearbeid. Studien viser at menn synes det er mange faktorer som avgjør om de får en livsstilssykdom. De som arbeider med forebyggende helsearbeid og som utarbeider kostråd, kunne i større grad inkludere holdningsarbeid som en del av intervensjonene sine for å påvirke menns syn på, og bruk av kostråd.

Tidligere forskning har stort sett hatt fokus på kvinner (Roos & Wandel, 2004), men den senere tid har menn vært mer i fokus. Det finnes både nasjonal og internasjonal forskning om temaer som blant annet menn og maskulinitet i forhold til helse, menn og mat, og menn, slanking og overvekt (Sobal, 2005; Johansson. & Solvoll, 1999; Jensen, 2007; Evans, et, al, 2010; Roos & Wandel, 2004). Mennene i denne studien har imidlertid et noe annet perspektiv enn for eksempel mennene i studien til Roos & Wandel (2004), hvor de snakket fremst om mat for å fylle opp. Studien til Gough og Conner (2007) viser at menn mener slanking er av kvinnelige domener. Denne studien viser at menn er også opptatt av kvaliteten på maten, og flere er interessert i det vitenskapelige aspektet om mat og helse. Det kan se ut til at den tidligere oppfatningen av at mat og helse som feminine områder er i ferd med å jevne seg ut.

## Litteraturliste

- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. Organizational behavior and human decision processes 50. 179-211 (1991). University of Massachusetts at Amherst
- Arnesen, T. G. (2011). ”..Grethe Roede kurs, liksom. Hallo? Kjerring?!” En kvalitativ studie av menns erfaringer med slankekurs. Masteroppgave mat, ernæring og helse. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Barstad, A. (1999). *Det gode liv. Hva synes nordmenn de behøver for å få det bedre?* Samfunnsspeilet 1999; nr 4: 12 – 8.
- Blaxter, M. (2010). *Health. Key concepts*. Cambridge: Polity Press.
- Brunborg, H. & Foss, A. (2002). *Forventet levealder. Norsk dødelighet blant de ti laveste i verden*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200201/08/index.html>
- Bourdieu, P. (1989). *Distinction. A social Critique of the Judgment and Taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bugge, A, B. (2005). *Middag. En sosiologisk analyse av den norske middagspraksis*. Avhandling for dr.pilot. –graden. Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Trondheim
- Bugge, A. (2006). *Å spise middag. En matsosiologisk analyse*. Trondheim: Tapir akademisk forlag
- Bugge, A., B. (2012). *Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy.. Finnes en diett for alt?* Fagrapport nr. 4 – 2012. Oslo: Statens institutt for forbruksforskning.
- Bugge, A., B. & Lillebø, A. (2009) *Fit, ikke fet! Forandrings-, forbedrings og forvandlingsdiskurser*. Forbrukernes ansvar. Oslo: Cappelen akademiske.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., Gregory, D. (2010). *Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health*. Journal of men’s health. Volume 8, Issue 1, Page 7 – 15, March 2011

- Fn.no. (2012). *Menneskerettigheter*. Hentet fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Konvensjoner-og-erklæringer/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Fog, J. (2005). *Med samtalen som utgangspunkt*. Det kvalitative forskningsintervju. København: Akademisk Forlag
- Fuggeli, P. & Ingstad, B. (2001). *Helse – slik folk ser det*. Tidsskr Nor Legeforening 2001; 121: 3600 -4
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self – Identity: Self and society in The Late Modern Age*. Oxford: Blackwell Publishers
- Gråberg, M. (2007). *Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen 2007 – 2011*. Hentet fra; [www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no)
- Gough, B. & Conner, M. T. (2006). *Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis*. Social Science & Medicine, 62, 387–395.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.
- International Union Against Cancer. (2004). ”*Evidence – based Cancer Prevention: Strategies for NGOs*”. A UICC Handbook for Europe.
- Jarlbrog, G. (2004). *Halsokommunikasjon – en introduksjon*. Lund: studentlitteratur.
- Jensen, A. (2007). *Feilslutninger om fedmeproblemet*. Samfunnsspeilet nr. 4, 2007
- Jensen, A. (2007). *Kvinner og menns helse – flere likheter enn ulikheter*. Samfunnsspeilet nr. 3, 2007
- Jensen, K., & Holm, L (1999). *Norkost 1993 – 94 og 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner I alderen 16 – 79 år*. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport nr. 3/1999.
- Johansson, L & Solvoll, K. (1999). *Norkost 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16 – 79 år*. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport nr 2/1999.

Kjaernes, U. & Roos, G. (2012). *Food and welfare: Nordic nutrition policy and the current paradox of regulating obesity in Norway*. Mer;

Kreftregisteret.no. (2012). *Krefttrender*. Hentet fra:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Krefttrender/>

Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lilleaas, U-B. (2006). *Det sterke kjønns sårbarhet*. Sosiologisk tidsskrift: VOL.14,311 – 325. Universitetsforlaget.

Lilleaas, U-B. (2003). *Kilden. Informasjonssenter for kjønnsforskning*. Hentet fra :

<http://kilden.forskningsradet.no/c16880/artikkel/vis.html?tid=24336> Den 03.01.2013.

McComas, K.A. (2008). *Nutrition communication The role of trust in health communication and the effect of conflicts of interest among scientists*. Proceedings of the Nutrition Society/Volume 67/Issue 04/ November 2008, pp 428 – 436

Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. Swedish Institute for Sosial Research, Stockholm.

Meltzer, H., Meyer, H., & Klepp, K. (2004). *Fra hypotese til kostråd – veier, snarveier og blindveier*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2004; 124: 1248 – 50.

Middelthon, A-L,. (2009). *Når mat blir medisin – om mat og grenseoverskridelse*. Det medisinske fakultet. Universitetet i oslo.

Mæland, J, G. (2005). *Forebyggende arbeid i teori og praksis*.Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J, G. & Aarø, L, E. (1993). *Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis*. Tidsskrift Norsk Legeforening 1993; 113:51 - 5

- Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Oslo: Helsedirektoratet
- NOU 1999:2 (1999). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Sosial og helsedepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008>
- Norsk helseinformatikk for helsepersonell. (2012). *Livsstil*. Hentet den 18.10.2012. Hentet fra: <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2001;121:1940 – 4.
- Næss, Ø. (2003). *Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter- folkehelsemelding og WHOs årsrapport*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 2003; 123:3245 – 7.
- NOU 2006. (2006). *Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011)*. Oslo: Det kongelige helse – og omsorgsdepartementet
- Palm, L. & Windahl, S. (1989). *Kommunikation. Teorin i Praktiken*. Uppsala: Konsultforlaget
- Ramm, J. (1997). *Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må*. Samfunnsspeilet nr. 2. Hentet fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/9702/4.html>
- Ramthun, S. M. (2010). *En kvalitativ undersøkelse av kvinners opplevelser i tilknytning til kostholdsendring*. Masteroppgave i ernæring, helse- og miljøfag. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Rapport Soria Moria. (2005). *Politisk plattform for flertallsregjering*. Oslo
- Roos, G. (2006). *Kropp, slanking og forbruk*. SIFO-survey hurtigstatistikk 2006.
- Roos, G. & Wandel, M. (2004). *Men og mat. Menn, yrkesgruppe og helselivsstil: En kvalitativ studie*. Oslo: SIFO. Prosjektnotat nr 1.
- Ronteltap A, van Trijp H, Berezowska A, Goossens J. (under utgivelse) *Nutrigenomics – based personalised nutritional advice: in search of a business model?* Genes and Nutrition.



- Sobal, J. (2005). *Men meat and marriage: models of masculinity*. Food and foodways, 13:135 – 158, 2005. DOI: 10.1080/07409710590915409
- Sosial og helsedirektoratet. (2005). *Utviklingen i Norsk kosthold, 2005*. IS : 1325. Oslo: sosial og helsedirektoratet.
- Sosial og helsedirektoratet. (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: sosial og helsedirektoratet. Tilgang: [http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1219\\_2606a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1219_2606a.pdf)
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Høy levealder og lav spebarnsdødelighet*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/dode//main.html>
- St.meld.nr. 16 (2002 – 2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet
- St. meld. nr 20 (2006 – 2007). (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne nasjonale forskjeller*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-/6.html?id=449586>.
- Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Tilrem, Å. (2010). "We can not control the waves, but we can learn how to surf"  
Masteroppgave. Ernæring, helse- og miljøfag. Høyskolen I Akershus
- Wandel, M. & Fagerli, R. A.A. (1999). *Norwegians' Opinions of a Healthy Diet in Different Stage of Life*. Journal of Nutrition Education; Nov/Dec 1999; 31, 6. pg. 339.
- Warde A. (1997) *Consumption, Food and Taste: Culinary Antinomies and Commodity Culture*. London: Sage.
- WHO/FAO. (2004). *Global Strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
- WHO/FAO. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. Technical Report 916. Geneva: World Health Organization.

Woo, J. (2000). *Relationships among diet, physical activity and other lifestyle factors and debilitating diseases in the elderly*. European Journal of Clinical Nutrition (2000) 54 Suppl 3, s 143 - 147

World Health Organization. (2001). *Men Ageing And Health. Achieving health across the life span*. Geneva 2000. Hentet fra:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf)

Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. Buckingham, England: Open University Press

World Congress on Men's Health & Gender. (2005). *Review of the 4th biennial World Congress on Men's Health & Gender 30 September - 1 October 2005 Vienna, Austria*. (Elektronisk) < <http://www.wcmh.info/> (03.01.2012)

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective 2007*. Washington DC: American Institute for Cancer Research.

## Vedlegg 1

### Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Marit Toverud  
Snarøyveien 122  
1367 Snarøya  
Tlf: 99308232

Oslo 28.10.08

## Undersøkelse

I forbindelse med min Mastergrad i Ernæring, helse- og miljø på Høyskolen i Akershus, gjennomfører jeg et forskningsprosjekt om hvordan menn oppfatter kostholdsråd og om de har noen tanker rundt dette i forbindelse med forebygging av livsstilssykdommer.

Målet er å bidra til økt forståelse om menns forhold til spisevaner og kosthold, samt til økt kunnskap om hvordan kostholdsråd for menn i aktuell alder kan tilrettelegges. Prosjektet vil bli utført av undertegnede i samarbeid med veiledere fra Høyskolen i Akershus og en representant fra Kreftforeningen.

Sammen med ca. 20 andre som er ansatt ved [REDACTED], får du denne forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet. Utvalget er tilfeldig trukket blant menn som er ansatt i [REDACTED] som er samarbeidspersonen i [REDACTED] til Kreftforeningen. Denne forespørselen blir formidlet via henne. Din identitet er ukjent for meg helt til du eventuelt samtykker i å delta i denne studien ved å returnere samtykkeerklæringen. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 45 min, og vi blir sammen enige om tid og sted.

*Undersøkelsen vil bli foretatt etter følgende retningslinjer.*

- Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet.
- Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt.
- Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når masteroppgaven er ferdig, og de vil ikke bli gjenkjent av andre i den ferdige oppgaven.
- Prosjektet forutsettes å være godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S før intervjuene finner sted.
- Intervjuene vil bli foretatt av en fagperson med profesjonelle holdninger til vitenskapelige undersøkelser, med oppfølging av 2 veiledere fra HIAK med høy kompetanse innen forskningsmetodikk og etikk.

Hvis det er noe du lurer på er du velkommen til å ringe meg på tlf: 99308232, eller sende en e-post til [marittoverud@yahoo.no](mailto:marittoverud@yahoo.no).

Du kan også kontakte mine veiledere:

Phil. Dr og Førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus. Anne Smehaugen v/  
[Anne.Smehaugen@hiak.no](mailto:Anne.Smehaugen@hiak.no)

Dr Philos og Førsteamanuensis ved Høgskolen i Akershus. Asta Bye v/  
[Asta.Bye@hiak.no](mailto:Asta.Bye@hiak.no)

Med vennlig hilsen

Marit Toverud

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet ”Menns oppfatninger av kostråd” og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....

Sted..... Dato.....

## Vedlegg 2

### Intervjuguide.

*Hvilken oppfatning har menn om helse, kostråd og kostholdets betydning for forebygging av livsstilssykdommer?* Formål: få mer kunnskap om menns oppfatning av kostråd og forebygging av livsstilssykdommer.

Dato: \_\_\_\_\_

Intervjuet påbegynt kl: \_\_\_\_\_

#### Presentasjon:

Presentasjon av meg selv, formål med studien, bruk av båndopptaker, spørsmål før vi begynner?

#### Generelt betydning av mat og helse.

Hvordan ser de på sin egen helse?

Fornøyd/misfornøyd?

Generelt – hvordan ser de på betydningen av å ha en god helse?

Hva gjør de eventuelt for helsa si?

Hvordan ser de på betydningen av mat i et helseperspektiv??

Hvordan beskriver de betydningen av mat generelt?

Hvordan beskriver de sitt eget forhold til mat?

#### Hvordan forholder de seg til kostholdsråd?

Hva tenker de om kostholdsråd?

Hvilken erfaring har de fra å ta i bruk kostholdsråd?

Hvilke kostråd mener de selv er viktige i forhold til livsstilssykdommer spesielt, og kreft spesielt?

Hvor får de kostholdsråd fra(livsstilssykdommer, kreft)?

Hvordan vil de si at de eventuelt forsøker å spise sunt?

Hva er det som hindrer de i å følge kostholdsråd, hva gjør det mulig å følge kostholdsråd?

### Hvem/hva mener de påvirker deres kosthold?

Hvem tenker de påvirker sitt kosthold?

Snakker de med venner/familie om mat?

Hvem handler for det meste inn mat?

Hvem lager for det meste mat?

Er det noe annet som påvirker kostholdet?

### Hvilke erfaringer har de eventuelt med livsstilssykdommer og konkrete kostholdsråd?

Har de selv erfaring med livsstilssykdommer (seg selv, andre)?

Har noen foreslått kostholdsråd til dem?

Har de noen gang endret kosthold etter å ha fått konkrete kostholdsråd?

Hvem fikk du disse rådene fra(kategorier:lege, familie, internett, bøker)?

Hvordan oppfatter de at de praktiserer kostholdsråd?

Hva er det som hindrer de i å følge kostholdsråd?

Hva gjør det mulig å følge kostholdsråd?

Har de noen synspunkt på sammenhengen av å følge kostholdsråd og forebygging av kreft?

Hvor mye tror du kostholdet kan forebygge muligheten for å få kreft?

Hva tenker de om hvor de kan få informasjon om kostholdsråd som kan forebygge livsstilssykdommer/ kreft?

- *Forklar hva du tror kan få deg til å tenke mer på kostholdet og forebygge kreft?*

### Avslutning:

Er det noe de har lyst å tilføye?

Er det noe de lurer på?

Har de noen råd til menn som ønsker å få en sunnere livsstil?

Informant:

Alder: \_\_\_\_\_

Utdannelse: \_\_\_\_\_

Sivil status: \_\_\_\_\_

Yrke: \_\_\_\_\_

Intervjuet avsluttet kl: \_\_\_\_\_

| Respondenter | Betydning av helse  | Hvem/hva som påvirker spisevaner   | Forhold til kostråd  |
|--------------|---|--|--|
| Lars R:1     | *Fravær av sykdom<br>*Som Velbefinnende<br>*(Skam/skyld?) – burde burde.    | *Fristelser<br>*Livsstil<br>*Tilgjengelighet<br>*Pris<br>*Nær omgangskrets<br>*trivselsfaktor  | *Problematiserer tilliten til kostråd og forskning.<br>*forsøker å spise sunt<br>*forvirret i et mangfold av råd<br>*Trivselsfaktor  |
| Petter R:2   | *Fravær av sykdom-<br>*som velbefinnende<br>*økt fokus på helse etter hvert | *Familien<br>*Arbeidsforhold *Pris<br>*Alder *Tilgjengelighet<br>*Samvittighet<br>*Trivselsfaktor *Disiplin  | *Kostråd og kosthold er ofte et tema hjemme.<br>*Forsøker å spise sunt.<br>*Samvittighet – skyld/skam  |
| Arne R:3     | *Fravær av sykdom<br>*Som en ressurs<br>*Som velbefinnende<br>*skyld /skam  | *Kona *Kunnskap<br>*Deler erfaringer med kolleger<br>*Egen holdning.<br>*Økonomi<br>*Disipin   | *Problematiserer tillit til kostråd og forskning<br>* Følger kostråd som er gjeldende over tid<br>*Kostråd -rød tråd i hverdagen.  |
| Karl R:4     | *Fravær av sykdom<br>*Mental helse  | *Oppvekst<br>*Fysisk aktivitet<br>*Ønske om en sunn helse<br>*Humør<br>*Tilgjengelighet<br>*Kona/familien.<br>*Økonomi *Tid – små barn<br>*Sykdom<br>*Kolleger *Omgangskrets | *Viktig og spise sunn mat.<br>*Fokus på Vitaminer<br>*Oppgitt over moteråd og pulverdietter.<br>* Registrerer kostråd og bruker sunn fornuft..<br>*Lei all prat om kosthold og livsstil. |
| Fillip R:6   | *Som velbefinnende<br>*Som en ressurs.                                      | *Trivselsfaktor<br>*Kunnskap* <b>Tid</b><br>*Familie *Innstilling og disiplin. *Tilgjengelighet<br>*Oppvekst*Økonomi   | * Offisielle kostråd er nyttig, - en påminnelse.<br>*Skeptisk til "moteråd" – som kommer og går.   |
| Frode R:5    | *Fravær av sykdom<br>*Som en ressurs  | *Behov, lyster.<br>*Gener *Familie<br>*Sosial betydning<br>*Tilberedning<br>*Tilgjengelighet   |  |
| David R:7    | *Som fravær av sykdom<br>*Ansvar for egen helse                             | *Sykdom *Arbeidsforhold<br>*Miljø *Trivselsfaktor<br>*Alder  | *Forvirret og frustrert<br>*Liten tillit til "medie" kostråd<br>*Føler det florerer av kostråd<br>*Kan ikke ta innover seg alt<br>*Finne sin egen sti(S. 8Ø)                             |
| Even R:8     | *Som fravær av sykdom<br>*  | *egen sykdom<br>*sosoail, *Omgangskrets<br>*Kos  | *Forvirret og frustrert<br>*Mange retninger *tillitt – kritisk til offentlige kostråd.<br>*Jungel av dietter og kostråd<br>*Finne sin egen sti   |
| Geir R:9     | *Fravær av sykdom   | *Bevisst<br>*Utseende<br>*fravær av sykdom<br>*Tid(10) *Trivselsfaktor<br>*Familie *Tilgjengelighet  | *Prioritering?<br>*Pålitelig kostråd?<br>*Budskap *Troverdighet<br>*Forvirret(10) *  |



| Kunnskap om kostråd og forebygging av livsstilssykdommer  | * Holdning til (kostens betydning for) forebygging av livsstilssykdommer   | Drivkraft for å forebygge livsstilssykdommer   | Hvor finner du informasjon om kostråd.   |
|---|--|--|--|
| *Frukt *Grønnsaker<br>*Fiber - tarmkreft<br>*mindre stekt/svidd mat<br>*Mindre rødt kjøtt<br>*Fettsyrer *Antioksidanter                 | *Har kunnskap<br>*nokså bevissthet<br>*tror kost er en viktig faktor   | *tanken på dårlig helse<br>*Sosiale faktorer: Familie – barn   | *Aviser *Internett,<br>*Bøker * Sosialt  |
| *Holder seg unna skadelige ting(røyk, sprit).<br>*forsøker og spise mindre sukker og stivelse.<br>*Mindre rødt kjøtt.<br>*Smør – oljer. | *tror kroppen tåler mye.<br>*Sammenheng mellom kosthold og kreft<br>*Leve et ballansert liv.<br>*Opptatt av å forebygge hjerte – og karsykdommer | *alvorlig sykdom i nære relasjoner<br>*”det kan jo skje meg”<br>*Alder<br>*Sykdom og overvekt.<br>*Aha - opplevelser | *Henter kostråd fra ukeblader og nettet.<br>*Har troen på kostråd fra ukeblader og ulike medier. *Kona   |
| *Lavkarbo – mindre stivelse og sukker.<br>*Antioksidanter og tomater.<br>*Frukt og grønt  | *Sterk sammenheng mellom kosthold og livsstilssykdommer og kreft.<br>*Opptatt av å forebygge.  | *Alvorlig sykdom i nære relasjonar<br>*Alvorlig sykdom blant bekjente i samme <b>alder</b> eller yngre.<br>* Alder   | *Venner *Kolleger<br>*Meida – hovedkilden.<br>*Kampanje på jobben.                                       |
| *Ordentlige råvarer<br>*Grønnsaker *Fisk<br>*Grønnsaker med sterk farge *Antioksidanter<br>*Sukker.                                     | *Er bevisst<br>*Sammenheng mellom kosthold – helse og livsstilssykdommer<br>*En ballanse mellom flere ting                                       | *Hvis det var alvorlig sykdom i omgangskrets.<br>*Hvis det plutselig ble nært.                                       | *Medier<br>*Kona *Tv<br>*Nettavis<br>*Reklame<br>*Omgangskrets<br>*Ville ved behov funnet en hjemmeside. |
| *Mindre rødt kjøtt<br>* Mindre e – stoffer<br>*Fett/ Oljer *Alkohol<br>*Lite kunnskap om kret spesifikt.                                | *Vanskelig å vite langtidseffekter<br>*Del av en helhet.<br>*Prøver å spise sunt og variert.   |  | *Reklame<br>*Aviser *Tv<br>*Kolleger<br>*Familie<br>*Barnehage   |
|   | *Tror det er en sammenheng. *Må være godt forklart. *Lite kunnskap. *Litt skeptisk   | *Konkret og spesifikk informasjon<br>*Alvorlig sykdom i nær omgangskrets hvor kosten var faktor                      |  |
|   | *Sterk sammenheng  | *Selv få en livsstilssykdom sykdom.  | *Kolleger *Medier  |
| Frukt grønt tomat   | *Sammenheng mellom sykdom og kosthold  | *alder *egen sykdom *Risiko for sykdom   | *internet kolleger*  |
| Fett sukker<br>*Variert kosthold  | Viktig<br>*  | *alvorlig sykdom i omgangskrets<br>*Troen på effekt(7.)<br>*Barna – Gode vaner                                       | *familie<br>*Medie<br>*Omgangskrets  |



Anne Smehaugen  
Avdeling for yrkesfaglærerutdanning  
Høgskolen i Akershus  
Postboks 423 Kjeller  
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 26.11.2008

Vår ref: 20292 / 2 / SOJ

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |   |
|----------------------|---|
| 20292                | <i>Oppfatning av kostråd</i>                                  |
| Behandlingsansvarlig | <i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens overste leder</i> |
| Daglig ansvarlig     | <i>Anne Smehaugen</i>   |
| Student              | <i>Marit Toverud</i>  |

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

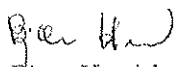
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

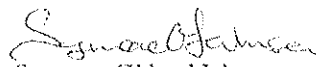
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Synnøve Økland Jahnsen

Kontaktperson: Synnøve Økland Jahnsen tlf: 55 58 83 34  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Marit Toverud, Snarøyveien 122, 1367 SNARØYA



Formålet med masterprosjektet er å undersøke voksne menns oppfatninger av kostholdsråd og meninger de har rundt dette i forbindelse med forebygging av kreft.

Ombudet tar høyde for at det kan bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold (jf. POL § 2 pkt. 8 c). Behandling av personopplysninger, med hensyn til direkte og indirekte identifiserbare opplysninger, kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke) og 9 a). Prosjektsslutt er satt til 16.06.2009, og datamaterialet vil da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte identifiserbare personopplysninger slettes og at indirekte personidentifiserbare opplysninger slettes eller endres (grovkategoriseres). Lydopptak og navnelister slettes.

For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, er det viktig at utvalget er godt informert om alle aspekter ved den aktuelle studien, slik at de kan foreta en helhetlig vurdering av hvorvidt de ønsker å delta eller ikke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.