

MASTEROPPGAVE

Mat, ernæring og helse
November 2010

En kvalitativ studie av kvinners tanker om
endring av helseatferd

av

Monica Halle



Avdeling for helse, ernæring og ledelse

Sammendrag

Denne studien tar for seg hvordan friske kvinner som ønsker å gjøre endringer i kosthold og fysisk aktivitet, opplever prosessen med å få til dette.

Bakgrunn for oppgaven er handlingsplaner og dokumenter som fokuserer på at enkeltindividet har ansvar for å fremme en god livsstil med sunne valg som forebygger sykdom.

Anbefalingene er ment for friske personer og bygger på forskning. Man antar at det ikke bare handler om kunnskap og informasjon, men om tanker og følelser i forholdt til handling.

Målet med undersøkelsen er økt innsikt og forståelse for hvordan folk opplever det å ønske livsstilsendringer og hvordan selvforståelsen påvirker prosessen. Jeg ønsker å belyse den subjektive opplevelsen av endringsprosessen.

Utvalget er 8 kvinner mellom 35 – 45 år. Metoden er kvalitative forskningsintervju som var som en samtale. Først et intervju som er en samtale om kosthold, mosjon og motivasjon der vi definerte til mål og tiltak for å nå de ulike mål. Etter 3 måneders utprøving av tiltak ble kvinnene intervju igjen for å få innsikt i hvordan de opplevde prosessen

Tema for oppgaven er kvinners tanker om endring av helseatferd og problemstilling er: Hvordan opplever kvinner som ønsker å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet prosessen med å planlegge mål og tiltak og gjennomføre endringer?

Det er tatt utgangspunkt i teori som belyser forskjellige sider ved helse og faktorer som påvirker endringer.

Hovedfunnene viser at kvinner motiveres for endring av helseatferd gjennom enkle grep tilpasset deres hverdag. Det kan se ut som de som finner egne løsninger som passer inn i deres liv, deres væremåte og personlighet lykkes bedre med og nå mål og gjennomføre endringer.

Summary

This study looks at how healthy women who want to make changes in diet and physical activity, experiencing the process of achieving this.

Background for the study are action plans and documents that focus on the individuals responsibility to promote a good lifestyle with healthy choices that prevent disease. The recommendations are intended for healthy people and is based on research. It is believed that it is not just about knowledge and information, but about thoughts and feelings related to action.

The aim of this study is increased insight and understanding of how people experience the desire to lifestyle changes and understanding how even affect the process. I want to illuminate the subjective experience of the change process.

8 women between 35 to 45 years are chosen. The method is qualitative interviews in the form of a conversation. First, an interview about diet, exercise and motivation where we defined the goals. After 3 months of testing the women were interviewed again to see a how they experienced the process

This study focuses on women's thoughts about changing health behavior and the question is: How do women who want to promote their own health through diet and physical activity process of planning goals and implement changes? It is based on theory that sheds light on different aspects of health and factors that influence change.

The main findings show that women are motivated to change health behavior through simple measures appropriate to their everyday lives. It seems that those who find their own solutions that fit into their lives, their behavior and personality succeed better and reach goals and implement changes.

1.0 Innledning og bakgrunn.....	6
1.1 Presentasjon av studien	6
1.2 Aktualitet og formål med studien	6
1.3 Egen bakgrunn og motiver for studien.....	8
1.4 Problemstilling.....	8
1.5 Avgrensning og struktur av oppgaven.....	9
2.0 Teorigrunnlag og forskning.....	10
2.1 Helse og helsefremmende arbeid	10
2.2 Livsstil og helseatferd	11
2.3 Endring.....	13
2.4 Anbefalinger	15
2.4.1 Kosthold.....	16
2.4.2 Fysisk aktivitet	17
2.5 Samtale og dialog	18
2.6 Coaching	19
2.7 Motivasjon, selvforståelse og mestring.....	22
3.0 Metode	28
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag for studien	28
3.2 Forskningsdesign	29
3.2.1 Intervju som metode	30
3.2.2 Intervjuguide	30
3.3 Egen forforståelse og forskerrolle	31
3.4 Etske hensyn.....	32
3.5 Gjennomføring	33
3.5.1 Utvalg.....	33
3.5.2 Gjennomføring av intervjuer	35

3.6 Analyse	37
3.6.1 Studiens analyse trinn	38
3.6.2 Koding og kategorisering	39
4.0 Resultater	44
4.1. Endringshistorie med ønsker, mål og tiltak.....	44
4.2 Hva mener de hemmer muligheter for å få til endringer?.....	48
4.2.1 Fysisk aktivitet	48
4.2.2 Kosthold.....	49
4.3 Hva fremmer muligheter til å få til en endring?.....	50
4.4 Selvføståelse knyttet til mål og mestring.....	54
4.4.1 Mestring, selvføståelse	55
4.4.2 Måloppnåelse, selvføståelse	56
4.5 Oppsummering av resultater	60
5.0 Drøfting.....	62
5.1 Helse og ønsker	62
5.2 Hva hemmer og fremmer prosessen?.....	64
5.3 Samtalen.....	67
5.4 Motivasjon og mestring.....	69
5.5 Selvpøpfattelse	73
5.2 Oppsummering og konklusjon.....	75
6.0 Avslutning og forslag til videre forskning.....	76
Litteraturliste	77

1.0 Innledning og bakgrunn

1.1 Presentasjon av studien

Denne studien tar for seg hvordan kvinner som ikke er syke eller innenfor behandlingstilbud, men som ønsker å gjøre endringer i kosthold og fysisk aktivitet, opplever prosessen med å få til dette. Utgangspunktet er at råd og handlingsplaner i utgangspunktet er tenkt for friske mennesker, men at det meste av tiltak er for å behandle livsstilssykdommer eller andre plager. Det å endre helseatferd er krevende og hverdagen vår er preget av vaner når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet. Å endre uheldige kost- og aktivitetsvaner til fordel for et sunnere kosthold og økt aktivitet krever motivasjon til å ta vare på egen helse på en hensiktsmessig måte. Denne oppgaven retter seg i utgangspunktet mot hvordan friske kvinner opplever prosessen med å endre helseatferd.

1.2 Aktualitet og formål med studien

Vi lever i et informasjonssamfunn og informasjon har aldri før vært så tilgjengelig for så mange i ulike media og til alle døgnets tider. Media formidler mye faktakunnskap og blir omtalt som å ha mye makt. Mengden av helsestoff i media har økt og for mange er dette viktige kilder til kunnskap om helse. Det stilles mye kritikk til måten massemedia omtaler helsestoff og det viser seg at mye er usakelig, misvisende, ufaglig og unyansert framstilt. Likevel er det mange som bruker ulike medier og vet veldig mye om helse, men det kan være vanskelig å sortere og nyttegjøre seg av all informasjon på egenhånd. Det ser ut som det er stor uenighet om hva som er sunt og hva som er helseskadelig for helsen og rådene endres stadig. Dette kommer muligens av at man stadig får ny kunnskap gjennom forskning, samt at mat, ernæring og helse utgjør et stort marked og det er mange kommersielle aktører. Men det er likevel stor grad av konsistens i rådene gitt i Norge de siste femti år (Hagestad, 2008).

En sentral rolle i helsepersonell sine oppgaver er å påvirke helseatferd, men dette er ikke enkelt da atferdsmønstre er innvevd i daglige rutiner eller har bestemte funksjoner. Det er viktig å være gode kommunikatorer og formidle anbefalinger som er mest mulig korrekte (Aarø, 2008).

Norge fikk sin første offisielle ernæringspolitikk gjennom stortingsmelding nr. 32 fra 1975 og ernæringspolitikken ble inkludert som en del av folkehelsepolitikken i Norge ved stortingsmelding 37(1992-1993)(1992). Dette ble videreført i stortingsmelding nr. 16 (2002-

2003) (2002) *Resept for et sunnere Norge*, også kalt Folkehelsemeldingen. De offisielle norske anbefalingene for ernæring og fysisk aktivitet er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet [Shdir], 2005a) og sammen med Nasjonalt råd for ernæring arbeider de med at befolkningen får et best mulig kosthold og endre dårlige kostholdsvaner. De nordiske landene samarbeidet om å utarbeide anbefalinger som er framkommet av mange års forskning (Nordic Nutrition Recommendations [NNR], 2004) og de norske anbefalingene er utarbeidet på grunnlag av disse. Anbefalingene er i første rekke tenkt for friske mennesker og det er tenkt gjennomsnittkost over en lengre periode.

Det er laget en ”Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009” (Departementene, 2005) og en ”Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen 2007-2011” (Departementene, 2007) og de norske og de nordiske anbefalingene ligger til grunn. Det er viktig å forebygge og gjøre noe med overvekt da dette påvirker mange andre folkesykdommer (WHO/FAO, 2003). I rapport fra World Cancer Research/American institute for Cancer (WCRF/AICR, 2007) er det mange anbefalinger og de samsvarer med ovennevnte planer og anbefaler å unngå overvekt og være fysisk aktiv for å forebygge kreft.

Folkehelsemeldingen vektlegger det å skape gode forutsetninger for at enkeltindividet skal kunne ta ansvar for egen helse. Samtidig er det et samfunnsansvar å påvirke dette gjennom å informere, gi kunnskap og påvirke holdninger (St.meld. nr.16, 2002). Helseopplysning er et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet og dette handler om læring i vid forstand, ikke bare formidling av informasjon og opplysninger (Mæland, 2005). Videre sier Folkehelsemeldingen at påvirkning av levevaner og levekår er nødvendig, spesielt for den fysiske helsen, mens den psykiske helsen påvirkes gjennom tilrettelegging for mestring av gode opplevelser, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet. Mennesker med sykdommer som kan knyttes til livsstil behandles, eller bør behandles, av helsevesenet. Dette kan dreie seg om overvekt og fedme som sees i sammenheng med andre relaterte sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, kreft og metabolsk syndrom (Nordic council of Ministers [NCM], 2006). Dersom man ikke har en diagnose som gjør at man faller innenfor offentlige tiltak, men likevel ønsker å gjøre noe med sin livsstil, er det ikke mange tilbud. Tilbud med hensyn til å gå ned i vekt finnes det derimot mange av, mange private aktører.

1.3 Egen bakgrunn og motiver for studien

Med bakgrunn som lærer, spesialpedagog, veileder og trener for voksne og barn og med interesse for helsefremmende arbeid, var det naturlig å kombinere dette. De senere årene har forsker jobbet med voksenopplæring inne helse- og sosialfag og gjennom dette kommet i kontakt med mange voksne kvinner som ønsker hjelp og svar på spørsmål angående endringer av egen helseatferd. Det er mange som ønsker å ta kontroll over egne valg knyttet til livsstil og som er motivert, men likevel ikke får det til. Mange er usikre på valgene og vet ikke hvilke råd de bør følge. Informasjon og råd må dekodes for å bli anvendt kunnskap eller personlig kunnskap. Det er nødvendig med forståelse for hva som påvirker folks atferd (St. meld. nr. 16, 2002, Mæland, 2005).

1.4 Problemstilling

Masterstudiet i Mat, ernæring, helse har utgangspunkt i folkehelsearbeid og folkehelsevitenskap, og har et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Forutsetningene for helsefremmende tiltak er at folk er villige til å delta aktivt, og at de får hjelp til selvhjelp, ut fra hver enkelts livssituasjon.

Målet med denne undersøkelsen er økt innsikt og forståelse for hvordan kvinner opplever det å ønske livsstilsendringer og se på sammenhengen mellom selvforståelsen og endringsprosessen. Oppgaven prøver å belyse den subjektive opplevelsen av endringsprosessen. Tema for oppgaven er kvinners tanker om endring av helseatferd.

Problemstilling:

Hvordan opplever kvinner som ønsker å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet prosessen med å planlegge mål og tiltak og gjennomføre endringer?

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å kunne svare på problemstillingen:

Hva har de tidligere gjort for å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet?

Hvilke ønsker og mål om å endre helseatferd har de nå?

Hvilke tiltak ønsker de å sette i gang?

Hvordan er deres selvforståelse knyttet til ønsker om endringer og til oppnåelse av de mål de har satt seg?

Hva mener de hemmer mulighetene til å få til endringer?

Hva mener de fremmer mulighetene til å få til endringer?

1.5 Avgrensning og struktur av oppgaven

På bakgrunn av studiens begrensede rammer og tidsaspekt er det valgt å fokusere kun på kvinner, men det samme gjelder trolig for menn som er friske, men har ønsker om å fremme egen helse. Det er trolig slik at kvinner og menn har ulike faktorer som hemmer og fremmer gjennomføring, så derfor er oppgaven avgrenset til kvinner.

Det er valgt å bruke ordet helseatferd isteden for livsstil da dette begrepet er snevrere og omfatter kun de faktorer som påvirker helsen. Hvordan vaner vedrørende helse utvikler seg og former livsstil er komplisert og hva som skal til for å endre disse vanene betydning for prioritering og bruk av tjenester innenfor helsevesenet. Dette gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og ulike behandlinger.

Det er tatt utgangspunkt i teori som belyser forskjellige sider ved helse og faktorer som påvirker endringer. Det er et bevisst valg og ikke å ta med de mange helseatferdsmodellene som er utviklet over mange år, men eller fokusere på faktorer som forsker mener er viktige i denne undersøkelsen. Da det ikke dreier seg om utprøving av behandling eller tiltak gjennom helsetjenester.

Da samtalen er et viktig verktøy og trolig har påvirkning på gjennomføring og motivasjon er ulike sider ved dette utdypet. Ved gjennomføring av intervju brukes råd og tips som følger norske anbefalinger og derfor er dette tatt med i teori og forskning. Men det er ikke utdypet verken om kosthold eller fysisk aktivitet da undersøkelsen ikke dreide seg om dette, men de faktorer som påvirker hvordan de forvalter dette.

Motivasjon, selvforståelse og mestring går over i hverandre og selvbestemmelsesteorien i forhold til motivasjon er valg på bakgrunn av at den tar for seg mange sider av motivasjon og er godt utprøvd gjennom mange år.

Metode som er aktuelle for å belyse problemstilling blir omtalt og tas utgangspunkt trinn i analyseprosessen for å komme frem til resultater

Funn presenteres fortløpende utfra hva som ble framtreende i analysen og det som er viktig drøftes i siste kapittel, før det avslutningsvis blir redegjort hva som er kommet fram i forhold til problemstilling og nye spørsmål og videre forskning.

2.0 Teorigrunnlag og forskning

2.1 Helse og helsefremmende arbeid

Peter F. Hjort definerer helse som det å ha overskudd i forhold til hverdagens krav og god helse som evnen til å fungere eller mestre. Dette settes i sammenheng med hva vi utsettes for og kraften vi har til å stå i mot påkjenninger man utsettes for gjennom livet. Man har veldig mange oppfatninger av helse og vi kan skille mellom tre oppfatninger som er helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende (Mæland, 2005). Fravær av sykdom blir for snevert og tar ikke med det subjektive aspektet, mens det vil være urealistisk å ha fullstendig velvære og personlig utvikling som mål. Klare grenser mellom patologisk sykdom og naturlige utfordringer i livet blir utfordringen (Andrews, 2003). Dette handler om fysisk helse, men dette påvirkes av den psykiske helsen som ofte defineres som fravær av psykisk sykdom, men omfatter både det kognitive, det emosjonelle, selvbestemmelse, positive relasjoner, stressmestring og andre utfordringer i livet (Naidoo & Wills, 2007, Shdir, 2007). Ottawa charteret fra 1986 ligger til grunn for tanker om helsefremmende arbeid og definerer dette som *”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”* (Mæland, 2005, s. 66). Et av områdene for innsats i Ottawa charteret er å utvikle personlige helsefremmende ferdigheter. Det betyr at enkeltindividet bør ta egne valg som fremmer helsen (Mæland, 2005). Folkehelsemeldingen påpeker at helsefremmende arbeid er en prosess der folk blir i stand til å øke kontrollen over egen helse (St. meld. nr. 16, 2002). Dette kan sees på som en helsefremmende prosess som bidrar til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helsen. Det handler om å bli i stand til å ta gode valg som bedrer helsen og livet. WHO (1987) trekker fram at sykdomsforebygging og helsefremming bør skilles, men tiltak kan nesten være det samme og overlape hverandre. Der eksempelvis tiltak innenfor fysisk aktivitet og kosthold kan forebygge hjerte-karsykdom, men også virke inn på mestringsfølelse og velvære. Sykdomsforebygging kommer i førsterekke fra helsesektoren med risikofaktorer som fokus, mens helsefremming går langt utover det å forebygge sykdom. Begrepet salutogenese, som er motstykke til patogenese, er kunnskapen om hvilke faktorer som fremmer helse eller alt som bidrar til å holde folk friske, både motvirke sykdom og føle overskudd (Lærum, 2005).

Gode helsevaner blir assosiert med bedre livskvalitet og bedre funksjonsevne på en rekke områder og folk flest er enige om at livskvalitet er et uttrykk for folks subjektive vurderinger av sitt eget liv (Mæland, 2005). Det er denne subjektive opplevelsen knyttet til tanker, råd og egne valg i forhold til kost og mosjon denne oppgaven fokuserer på.

2.2 Livsstil og helseatferd

Begrepet livsstil er ikke entydig, men brukes i forhold til helserelevante levevaner, men også bredere som en verdimeisig orientering. Handlinger, vaner og levestil ser ut til å ha stor innflytelse på helsen (Mæland, 2005). Mæland (2005) definerer livsstil som handlingsmønstre og det dekker mange ulike atferds rutiner som vaner knyttet til mat, klær, fritid og sosiale aktivitet.

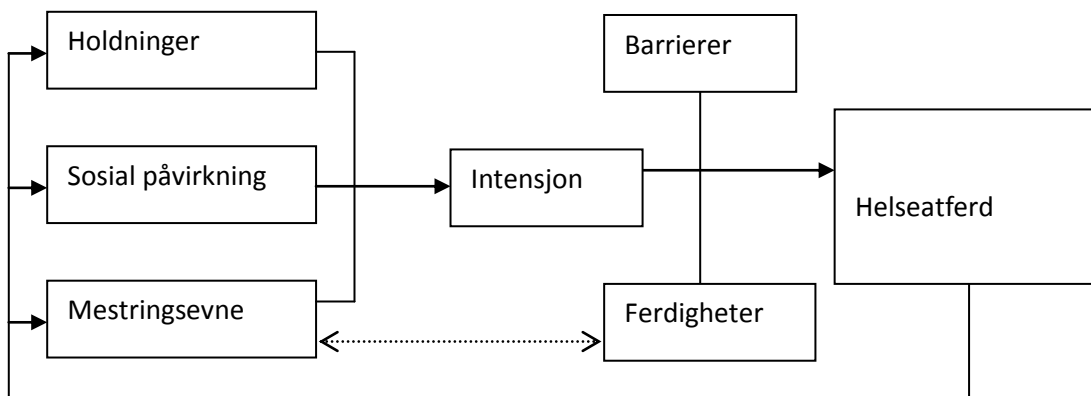
Helseatferd kan sees på som atferd som influerer på helsen og sosiale, kognitive faktorer som mestringsforventning, holdninger, intensjoner og subjektive normer er viktige faktorer. I tillegg til disse faktorer påvirker også eksterne faktorer som priser og tilgjengelighet på eks. frukt og grønt, sykkelstier og røykeloven. Helseatferd kan defineres som:

Helseatferd er enhver aktivitet hos en person som oppfatter seg selv som frisk, og hvor målet er å forebygge eller oppdage sykdom før den bryter ut (Espnes & Smedslund, 2001, s.78)

Det bør legges til at helseatferd er det man fokuserer på for å styrke helsen. Stimulering av helsefremmende atferd er viktig for både individet og for samfunnet (Espnes & Smedslund, 2001). De viktigste livsstilsfaktorene som påvirker helse er kosthold, mosjon, røyking og alkoholforbruk. Med den økende kunnskap om sammenhengen mellom helse og atferd er det mulig for hver enkelt å velge en livsstil som gir god helse (Prescott & Børtveit, 2004). En studie om nordmenns helseatferd viser at dette er svært komplekst. De så på viktige faktorer til at man velger å leve sunt eller usunt. Man fant at det viktigste for å være fysisk aktiv var å få mer overskudd og tidsaspektet var den største hindringen. Mens de viktigste faktorene for å spise frukt og grønnsaker var smak og sunnhet, mens vanen og at det er dyrt var det viktigste motivet for og ikke velge frukt og grønnsaker (Lurås, 2001).

Det finnes mange teorier, modeller og begreper som er viktige med hensyn til å belyse hva som påvirker helserelevante atferd og hvordan man kan endre atferd. Men det har i senere år blitt sett på som felles på tvers av teorier og det ser ut som utviklingen går mer i samme retning. Espnes & Smedslund (2001) viser til tre hovedgrupper av modeller som på ulike måter belyser vår atferd i forhold til helse. Det er modeller som forklarer helseatferd ved gener og genetiske forskjeller, modeller som legger vekt på forholdene i samfunnet og modeller som fokuserer på forventninger og ønsker hos individet. Det er ikke noen modeller alene som forklarer alt, men sammen gir de et helhetlig bilde av hvordan atferd bestemmes.

Forsker har valgt å ta utgangspunkt i modeller som tar med kognitive mekanismer hos enkeltindividet. En teoretisk modell utviklet på bakgrunn av en av de mest populære teoriene, KAP-modellen og teorien om planlagt atferd, sier man må se på atferd som en funksjon av hva slags intensjoner man har. AES-modellen er utviklet av forskere ved Universitetet i Maastricht og kan virke noe innlysende ved første iakttagelse. Men dersom man ser på at man slett ikke alltid lykkes med det man har intensjoner om å gjøre, blir det tydeligere. I følge modellen skyldes det at man ikke lykkes at det finnes barrierer eller praktiske hindringer, eller at man mangler ferdighetene som skal til for å utføre en atferd (Ajzen, 1991, Aarø, 2008).



Figur 1 ASE-modellen etter Aarø, 2008

Den såkalte ASE-modellen (Attitudes, Social influence and Self-Efficacy) kan brukes til å forklare folks kost og mosjonsvaner, samt som et redskap for å planlegge tiltak for å påvirke og endre slike vaner. Modellen er mer enn KAP- modellen som kun tar for seg kunnskaper og holdninger. ASE-modellen tar for seg flere forhold som kan virke inn på helseatferd. Barrierer og ferdigheter påvirker de gode intensjonene, mens holdninger, mestringsevne og det sosiale også virker inn. En ekspertgruppe med atferdsforskere ble for noen år siden invitert av NIMH (National Institute of Mental Health) for å finne ut hva som var det viktigste til å virke inn på helseatferd. De ble enige om at det overnevnte i ASE-modellen var viktig, men tok med ytterligere to faktorer. De mente at selv-standarder, som handler om verdier, idealer og hva en mener er riktig å gjøre, samt emosjoner belyser forståelsen av hva som påvirker helseatferd (Aarø, 2008).

Forskning tar stort sett for seg livsstil i sammenheng med livsstilssykdommer. Eksempelvis viser forskning at fire faktorer har en stor innvirkning på forbygging av livsstilssykdommer. De fire faktorene var og ikke å røyke, BMI under 30, være fysisk aktiv 3,5 time eller mer i uka og helsefremmende kosthold som økt inntak av frukt og grønt, økt inntak av fullkorn og lavt inntak av kjøtt (Katz, 2009). Vaner og handlingsmønstre ble antatt å være årsak til kreft og hjerte- og karsykdommer, derav navnet livsstilssykdommer (Sørensen, Graff-Iversen, 2001). Økt risiko for hjerte- og karsykdommer, visse kreftformer, type 2-diabetes og andre sykdommer ved uheldige levevaner som inaktivitet, dårlig kosthold og røyking, er velkjent og godt dokumentert gjennom en rekke vitenskapelige studier (Klepp, 2009). Forskning i forhold til livsstil og endringer er stort sett knyttet til livsstilssykdommer.

I denne undersøkelsen er det nyttig å se på holdninger, mestringssevne og sosial påvirkning med hensyn til at dette ser ut til å gjøre utslag på ønsket og intensjonen om å endre helseatferd, samt at de to faktorene ekspertgruppen legger til viser seg gjennom analysen å ha stor betydning. Verdier og idealer påvirker holdninger og emosjoner kan være en barriere for gjennomføringen av endring av helseatferd selv om intensjonen er der.

2.3 Endring

Livsstilsendringer handler om å bli bevisst på automatiske handlinger man gjør i hverdagen. Det handler om å tilegne seg kunnskaper for å se ulike muligheter og for og bevisst velge tiltak som hjelper. Varige endringer handler om å opprettholde endret atferd over tid og ikke falle tilbake til gamle vaner (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Man trodde tidligere at opplysning og informasjon kunne hjelpe folk å endre atferd, men erfaringer viser at dette har liten betydning alene (Sørensen, Graff-Iversen, 2001). Å gi informasjon kan påvirke holdninger som igjen påvirker hvordan vi handler. I tillegg kan kunnskap gi en positiv holdning og større tro på at en vil mestre en atferd. Det å mobilisere sosial støtte og legge opp til endringer som ikke stiler for store krav, samt å se på hvilke barrierer som finnes og gjøre noe med disse ansees også som viktig (Aarø, 2008).

Senere års forskning har vist at sosiale miljøpåvirkninger og sosiale normer har sterk effekt på helserelatert atferd (Mæland, 2005). Atferdsendring er som regel ikke enkelt da det er etablerte vaner som er innvevd i dagliglivet og fyller funksjoner for personen (Orford, 2001). Det er forskningsmessig dokumentert at helsearbeidere kan påvirke til endring av helseatferd,

men da dreier det seg for det meste om pasienter som har sykdommer som gir grunn til endring (Prescott & Børtveit, 2004).

Atferdsendring går i en prosess over tid, innstillingen til endring avhenger av hvor man er i prosessen. Med fasemodellen til Prochaska og DiClemente (1992), kan man vurdere hva en person kan ha nytte av for å komme videre i prosessen. Modellen har fem faser og man antar at det ved første forsøk vil personen gå suksessivt gjennom fasene, men tilbakefall er et viktig aspekt og det er vanlig at personen går flere runder for varige endringer. Fasene starter med før-overveielse for så å gå over til overveielse, forberedelse, handling og sist vedlikehold.(Prescott & Børtveit, 2004). Tilbakefall sees på som regelen, unntaket er endring uten tilbakefall, uansett atferd. Det er viktig å se på tilbakefall som en del av prosessen og ikke det motsatte av endring (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Konklusjoner og overveielser er ofte ikke nok til en forandring, men bevisstgjøring som vekker følelser øker sjansen for å få til en endring. Følelser kan mobilisere kraft til å drive og styrke en endring (Barth, Børtveit & Prescott, 2001).

Elfhag og Røssner (2005) påpeker at raske og merkbare resultater kan gi bedre prognoser for å få en varig endring av eksempelvis vekt. Men de fleste som går ned i vekt vil legge på seg igjen og dette poengteres i studien til Elfhag og Røssner (2005) og de å konkludere med at for å få en varig endring dersom man går rask ned i vekt så assosieres det med å ha nådd et mål, ha en fysisk aktiv livsstil, ha sunne og faste måltider og ha evnen til og rutiner for å observere egen atferd. Det viktigste punktet dreier seg om å sette realistiske mål og nå målene da dette gir størst sannsynlighet for varig endring.

Mange tror de må ha eller gjøre noe før de kan sette i gang med det de virkelig vil (Thune, Bø, Winter, 2002). Som eksempel kan nevnes at mange skal gjøre noe for seg selv når barna er blitt store. Dette kan være å slanke seg, trimme, får bedre jobb eller kanskje en hobby. Men man har det best dersom man sikter på og først *være* den man er, så man kan *gjøre* det man trenger for å *ha* det man ønsker (Thune, Bø, Winter, 2002).

Det er en utfordring å finne og definere mål, erkjenne hva du virkelig ønsker, men det er ikke noe man nødvendigvis må nå, men heller en retning og noe konkret å fokusere på. Man kan ta vare på visjonen og la seg inspirere av den, men være konkret og fokusere på forandringer for å komme i gang (Thune, Bø, Winter, 2002). Man kan bruke SMART-prinsippet for å formulere gode mål som er overkommelige, motiverende og som styrker troen på egen evne

til å mestre. SMART står for spesifikt, målbart, akseptabelt, realistisk og tidsfestet (Prescott & Børtveit, 2004). Konkrete mål påvirker arbeidsinnsatsen og kan være avgjørende for motivasjon og mestring. Mål og tiltak for og nå mål avgrenser oppgaven, gjør det oversiktlig og letter gjennomføringen. Det er bra å sette prosessmål og ferdighetsmål, utvikle og konkretisere strategier for å nå mål, samt få støtte og tilbakemelding fra seg selv og andre (Wormnes & Manger, 2005).

Studier er i følge Elfhag og Rössner sprikende med hensyn til faktoren om å ha kontroll på og evnen til å regulere kosthold og fysisk aktivitet, men de fleste studier peker på viktigheten av måltidsmønster og regelmessighet for fysisk aktivitet.

Faktorer som mestringsforventning og opplevd kontroll antas å være viktig for å lage seg nye strategier som kan brukes i stedet for å holde fast ved gamle vaner. Det å bruke nye strategier for å ta kontroll over og hankses med stress og vanskelige ting fordrer evne til å være kreativ og kognitiv for å finne egne løsninger som passer for en selv (Elfhag og Rössner, 2005).

2.4 Anbefalinger

Anbefalinger for fysisk aktivitet og kosthold er det vi går ut fra når vi gir råd til mennesker som er friske, men som ønsker å få hjelp til å endre livsstil. Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005 – 2009)(2005) og handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) har som mål å endre fysisk aktivitet og kosthold i tråd med anbefalingene. Oppsummert er kostholdet blitt magrere, men innhold av fett, sukker, salt og alkohol er fortsatt høyt. Vi beveger oss for lite og inntar for lite grønnsaker, frukt, fisk og grove kornprodukter. I følge VEKT – HELSE (2000) er overvekt en trussel mot folkehelsen. Enkelt sagt kommer dette av at vi spiser for mye og beveger oss for lite, men både arv, psykologi, miljø, stoffskifte og hormoner spiller inn. Forskning viser også at optimisme har positiv effekt i forbygging av hjerte- og karsykdommer (Tindle, 2009).

Målet i planen for fysisk aktivitet er 30 minutters moderat aktivitet hver dag for voksne. Det legges vekt på aktiv hverdag og fritid i nærmiljøet (Departementene, 2005). Det er overveiende sannsynlig at fysisk aktivitet er en viktig komponent i helse og at det spiller sammen med kostholdet vårt (Barasi, 2003). Dette bygger på og følger opp WHO(2004) sin globale strategi. Fysisk aktivitet, inntak av frukt og grønt, vann isteden for sukkerholdig drikke sammenfaller med anbefalingene (WHO/FAO, 2007). Samtidig ser man at økt inntak av frukt og grønt har en effekt i forbygging av sykdom, men sannsynlig også i forbygging av

overvekt og en rekke folkesykdommer. Fra et globalt perspektiv regner man det for sannsynlig at normal vekt, fysisk aktivitet, mest mat fra planteriket og mindre fra dyreriket og lite bearbeidet mat er helsebringende (WCRF/AICR, 2007, 2009).

Sosioøkonomiske status som omfatter yrke, utdanning og inntekt har også en betydning for helsetilstanden. I følge handlingsplanen for sosiale ulikheter i helse, ”Gradientutfordringen” kan lavere sosiale lag ha et dårligere kosthold og flere undersøkelser viser at de med høyere utdanning spiser sunnere, som mye frukt og grønt og mindre inntak av fett (SHdir, 2005b).

2.4.1 Kosthold

Alle vet at maten vi spiser påvirker helsa vår. Samtidig er det sammensetningen av vårt totale kosthold, ikke enkelte matvarer, som er avgjørende for vår helse. Massemedia har mange påstander med sunn og usunn mat og det ser ut som det er en faglig uenighet. Med tross alt er det en stor grad av konsistens i råd som er blitt de siste tiårene i Norge. Rådene er basert på de offisielle anbefalingene i Norge (Departementene, 2007) som igjen baserer seg på de nordiske anbefalingene (NNR, 2004). Disse blir jevnlig revidert og er rettet mot den generelle befolkningen.

Nøkkelråd for kostholdet:

- spis minst tre porsjoner grønnsaker og to porsjoner frukt daglig
- velg kokte eller bakte poteter fremfor chips og pommes frites
- spis grove korn- og brødvarer
- spis mer fisk – både som pålegg og middag
- velg magre kjøtt- og meieriprodukter
- velg myk vegetabilsk margarin eller olje framfor hard margarin eller smør
- velg gjerne nøkkelhullsmerkede matvarer
- kutt ned på inntaket av sukker, særlig i form av brus og godteri
- vær varsom med salt
- vann er den beste tørstedrikk

Dette er veldig generelle råd og avgrenset, men forsker ser at i etterkant av intervjuer er det ikke mer enn dette som har blitt brukt som råd eller veiledning. Fokuset for samtalen ligger ikke på mye fakta om ernæring og fysisk aktivitet, men hvordan man best skal forvalte dette. Hvilke handlinger og tanker som former tiltak for å forvalte det de allerede vet om kosthold,

men med mulighet til å spørre om ting de lurte på. Eksempelvis ble det snakk om å bytte ut enkelte matvarer og spise mer eller mindre av ulike matvarer. Mange respondenter var nysgjerrige på om nøkkelhullmerkede matvarer og brødskalaen var til å stole.

2.4.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet og folkehelse er et greit utgangspunkt da man vet nok om problemene og nok om løsningene. Mesteparten av forskningen oppsummeres med at vi trenger mer kunnskap. Likevel er det mye som er opplest og vedtatt. Med rimelig sikkerhet vet vi at det er å sammenhenge mellom inaktivitet og fedme og at aktivitet er gunstig for å forbygge en rekke livsstilssykdommer og fedme. Vi vet at dette krever ulike tiltak, praktiske tiltak, men dette koster mye penger. Det handler om å gjøre det enkelt for folk å begynne, samt å kommunisere hvor lite aktivitet som skal til for at det skal gi store helsegevinster (Olsen, 2008). Lite er kjent om effektiviteten av strategier for å sette folk i stand til å oppnå og opprettholde anbefalt nivå av fysisk aktivitet (Denison, Underland, Nilsen & Fretheim, 2010). Kunnskapscenteret (nr. 19, 2010) har på oppdrag fra Helsedirektoratet samlet og sett på tiltak for å øke aktiviteten hos inaktive. Tidligere oppsummering av effekt av tiltak for å øke fysisk aktivitet viste at det var dokumentert hovedsakelig på tiltak innen helsetjenesten. Følgende spørsmål ble stilt: ”Hva er effekten av ulike individrettede og befolkningsrettede tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet 1) hos voksne generelt og 2) hos grupper i befolkningen?”. Det ble konkludert med at sosial støtte trolig bidrar til en økning av fysisk aktivitetsnivå på kort sikt og at rådgivning samt trening og undervisningsmaterieell muligens kan bidra til økt fysisk aktivitetsnivå på kort og lang sikt. Men bevisene er svake og gir ikke en klar indikasjon. En annen gjennomgang av studier som å vurdere effektiviteten av tiltak som skal fremme fysisk aktivitet hos voksne sier at de fleste voksne er ikke aktiv på anbefalt nivå. Resultatene av denne gjennomgangen viser at faglige råd og veiledning med fortsatt støtte kan oppmuntre folk til å være mer fysisk aktive på kort til mellomlang sikt, men sier mer forskning er nødvendig for å etablere hvilke metoder for trening fungerer best på lang sikt å stimulere bestemte grupper av mennesker for å være mer fysisk aktive (Foster, Hillsdon, Thorogood, 2005).

Når det gjelder kroppssammensetning og forbrenning har fysisk aktivitet stor betydning. Økt muskelmasse gir økt hvilestoffskifte som igjen gir økt mobilisering og utnyttning under hvile og arbeid. Dette gir positive effekter både under og etter aktivitet og sykdomsrisiko er redusert for personer som er i god form. Dette er uavhengig av vekt og vekttap og betyr at man bør være

opptatt av aktivitetsnivå heller enn kroppsvekt. Etter hvert som den fysiske aktiviteten og forbrenningen øker kan man være mindre fokusert på restriksjoner i matinntak (Stømme & Høstmark, 2000).

Gjeldende norske anbefalinger sier at alle voksne mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i aerobe aktiviteter i minimum 30 minutter. Perioder av minimum 10 minutter kan samles opp til 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask gangtur. I tillegg anbefales øvelser for å vedlikeholde og forbedre muskulær styrke to ganger i uken. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke mengden av trening.

Anbefalingene fra helsedirektoratet skal gi råd om fysisk aktivitet og det finnes tallrike eksempler på gode tiltak (Departementene, 2005).

Anbefalinger for fysisk aktivitet - voksne:

- Fysisk aktivitet med moderat intensitet 30 minutter om dagen er nok til å gi betydelig helsegevinst.
- Dette kan være hverdagsaktiviteter som rask gange eller middels hardt husarbeid. Aktiviteten kan deles opp i bolker på 10 minutter eller 2 ganger 15 minutter
- En økning i aktivitetsnivået utover dette gir ytterligere helsegevinst. Det er aldri for sent å starte med fysisk aktivitet.

Dette er utgangspunktet for hva forsker sier i samtalene med respondentene. Det ble ikke gitt råd som strider mot dette, men dersom respondenten spurte om mer spesifikke råd med hensyn til styrketrening, ble det gitt tips om enkle øvelser for store muskelgrupper som er vanlig og anerkjent. Samtalene ble ikke ansett som ekspertuttalelser, men mer som tips dersom respondenten var åpen og ba om dette. Med utgangspunkt i generelle anbefalinger som nevnt ovenfor.

2.5 Samtale og dialog

Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling (Malterud, 2003). Samtalen er viktig som verktøy for å oppnå kontakt mellom mennesker. Den kan være helt avgjørende og skape endringer ved å oppleve å bli forstått og respektert (Wormnes & Manger, 2005). Tidligere erfaringer påvirker opplevelser og det er viktig å ha en

positiv indre samtale for å være motivert, mestre å få økt selvtillit (Wormnes & Manger, 2005).

Rådgivning sees på som en kommunikativ prosess hvor samspeillet er klart definert med rammer som tid, innhold og karakter. Den styrende faktor i rådgivningen er målet og arbeidet mot å nå målet er prosessen (Lassen, 2000). Fokuset for alle rådgivningsamtaler er å fremme rådsøkers vekst og mestring. Det er rådsøkers prosess det skal fokuseres på selv om rådgiver er en viktig bidragsyter (Lassen, 2002).

Samtaler med symptomfrie mennesker handler ofte om hvorfor man skal gjøre endringer og det er mange ulike grunner som gir kraft til endringsprosessen. (Prescott & Børtveit, 2004). Den gode dialogen handler om å forstå andres opplevelser empatisk fra eget ståsted og fortolke det som blir formidlet. Det er viktig at partene forholder seg til den andre som deler noe og bidrar med noe selv. I et postmodernistisk perspektiv brukes begrepet dekonstruering om prosessen om å forstå en annen person samtidig som vi hele tiden må være kritisk til egen horisont og villig til å begrense den (Røkenes & Hanssen, 2002). Dialogen er møtet mellom mennesker og det er et helt nødvendig møtepunkt hvor enhetlig refleksjon og handling er nødvendig, ikke kun overføring av kunnskap, men en skapende handling (Freire, 1970). Freire (1970) påpeker at begge parter i en dialog er deltagere og engasjerer seg kritisk, samt tilfører ny innsikt (Freire 1970). I tillegg til å formidle egne synspunkter, tanker og følelser er det viktig å lytte til den andre.

I denne undersøkelsen vil intervjuene fortone seg som samtaler der dialogen og møtet vil være viktig med hensyn til å få respondentene til å delta aktivt og være ekspert på seg selv, mens intervjuer vil fremme vekst gjennom definering av mål og tiltak, samt tilføre ny faglig innsikt dersom det ligger til rette for det. Samtalen vil ha elementer fra coaching da ansvaret for endring ligger på respondenten, samt at det handler om å få respondenten til å bevisstgjøre seg og sette ord på ønsker og mål.

2.6 Coaching

Kjernen i coaching er det innholdet i det å utvikle mennesker, en metode for å gjennomføre prosesser og en presisering av hvem som har ansvaret for å lykkes, samt at det kan sammenlignes med en oppdagelsesreise der det handler om å komme til det man ønsker fra der en er i dag (Berg, 2006).

Coaching er en metode som kan gi større innsikt i egne ressurser og hjelp til å lykkes både personlig eller i jobb. Det sentrale er at man forsøker å hjelpe den som søker hjelp til å ta i bruk egne ressurser og finne egne løsninger på problemer. En person som coaches er i bevegelse og på vei mot noe positivt som åpner for handling. Coaching har hele personen i fokus, men kan handle om deltemaer som jobb, studier, livsstil o.s.v. Det handler ofte om personer som strever med motivasjonen og har uvaner på enkelt områder. Coachen og samtalepartneren er likeverdige i dialogen. Coachen støtter de mål som settes og bruker redskaper til å hjelpe i gang og finne svarene som ligger i samtalepartneren. Sentrale egenskaper hos en coach er selvinnsikt, empati og samarbeidende kommunikasjon. Man må være klar over hvilke ”briller” man har på seg i situasjonen for å forstå og uttrykke egne perspektiv, holdninger og hvordan man reagerer i samtalen. Dernest å se den andres perspektiv og forstå og verdsette er viktig for å kunne være en god hjelper for den andre. Den nysgjerrige og ydmyke coach finner og utforsker ideer og løsninger effektivt sammen med andre. Det er viktig å la samtalepartner finne og styrke eierskap til hvorfor og hvordan, ikke forklare hvordan og spørre om hvorfor. I prosessen er coachen bevisst hvem som eier problemene og løsningene (Riis & Kristiansen, 2008).

Coaching er noe som kan skje når man har en konfidensiell samtale basert på den andres agenda. Coaching er en forandringsprosess, der den enkelte person, gruppe eller team selv tar ansvar for egen utvikling og suksess (Riis & Kristiansen, 2008, s.19).

Når man anvender hovedtrekkene i coaching, men også benytter elementer fra andre veiledningstradisjoner bruker man begrepet ”Coachende væremåte” eller coachende samtale. Det handler om hvordan man best mulig kan hjelpe den andre til selv å finne løsninger og løse utfordringene. God coaching kan beskrives helhetlig gjennom hva som utgjør fundamentet.

Internasjonal Coach Federation, coaching core competencies har utviklet fire hovedområder med kjernekompetanse i coaching og dette er tilpasset norsk av Ericson College International (Riis & Kristiansen, 2008). Kompetansene er uavhengig av rekkefølge på punktene og kan brukes uavhengig av kultur:

A. Å sette grunnlaget

1. Å møte etiske retningslinjer og profesjonelle standarder
2. Etablering av mål for samtalen

B. Å redesigne relasjonen

3. å etablere tillit og nærhet med samtalepartnern, være på bølgelengde
4. coachposisjon (coachens tilstedeværelse)

C. Å kommunisere effektivt

5. Aktiv lytting
6. Kraftfulle spørsmål
7. Direkte kommunisering

D. Å legge til rette for læring og resultater

8. Skape realitetsbevissthet
9. Designe tiltak
10. Planlegging og målsettinger
11. Framdrift og ansvarliggjøring

(Riis & Kristiansen, 2008, s. 119)

Det enkleste er å bruke tre spørsmål som er helt grunnleggende og de viser at man antageligvis kun kan hjelpe individet til å hjelpe seg selv. Individet vet ofte selv svarene, eller finner svarene, men kan trenge hjelp til selve prosessen.

Hvor er du nå? (nå-situasjonen)

Hva vil du? (ønsket situasjon)

Hvordan nå målet? (Bruke verktøy)

Vi tar utgangspunkt i den situasjonen individet befinner seg i nå, på bakgrunn av hvordan vedkommende forstår og tolker dette selv.

I denne undersøkelsen er å intervjuguide laget med bakgrunn i spørsmålene om hvor er du nå, hvor vil du og hvordan nå målet. Og narrative som er laget for å bli kjent med

respondentene og for å samle og forkorte informasjon respondentene er laget med utgangspunkt

2.7 Motivasjon, selvforståelse og mestring

Hva som ligger bak det vi gjør, interesser, hva som får oss til å engasjere oss og velge en handling fremfor en annen kalles gjerne motivasjon. Motivasjon er et mye brukt begrep som forklarer hvorfor noen endrer, eller prøver å endre atferd. Begrepet brukes gjerne i psykologien og sier noe om en tilstand i forhold til en aktivitet. Noen sier aktiviteten må være meningsfylt og at vi ønsker å involvere oss. Tidligere snakket man om vilje til handling og betraktet dette som en sentral faktor i menneskets atferd. Dette er for generelt og senere ble instinkter også tatt med, deretter drifter og forsterkning. Så ble det tatt med at motivasjon var sterkt påvirket av emosjoner, men det var uenighet om dette var et resultat eller en forutsetning for motivasjon. Motivasjon angir kraft og retning og har sterk forbindelse til personens oppfatning om seg selv, tro på seg selv, selvoppfatning. Så går en utvikling mot at selvet blir en stadig viktigere del av motivasjon, med utvikling av autonomi (Lillemyr, 2007).

Motivasjon er et abstrakt begrep som blir brukt om subjektive tolkninger og private definisjoner. I endringsfokustert rådgivning avgrenser de begrepet til å bli brukt om tanker og følelser som påvirker atferd, personens motiver, grunner, ønsker, tanker, frykt, intensjoner, bekymringer og mer. Motivasjon kan være en slags indre eller ytre kraft eller styrke som er årsak til handlinger (Barth, Børtveit & Prescott, 2001)

Det er ikke nok og bare ville gjøre forandringer, man må kunne dette også. Det dreier seg om å ha tilgjengelige og gode fremgangsmåter. Vår helseatferd handler ofte om hva vi er motivert for å gjøre i en valgsituasjon og motivasjonen er utgangspunkt for all endring. Pintrich & Schunk (1996) bruker en psykologisk definisjon på motivasjon som en prosess: "Motivation is a process whereby goaldirected activity is instigated and sustained". På bakgrunn av dette kan vi ikke observere dette direkte, men gå ut fra menneskers handlinger ved valg, utholdenhet og uttalelser. Motivasjon blir derfor et begrep som handler om å forstå hvorfor mennesker handler som de gjør. Det kan være nyttig å forklare atferd ut fra mål eller behov, slik som behov for selvbestemmelse (Pintrich og Schunk, 1996). Nå ser teoretikere derimot ut til å være mer interessert i valg og fokuserer mer på verdimeslige og følelsmessige faktorer knyttet til motivasjon, *hvorfor* handler mennesker, ikke *hvordan* (Weiner, 1992).

Motivasjon handler mye om hvordan vi ser på oss selv, hvordan vi forstår oss selv, selvforståelse. Det er indikert at selvforståelse og selvvinnsikt, i forhold til hva som engasjerer, er av stor betydning for å oppnå indre motivasjon (Lillemyr, 2007). Som nevnt tidligere er det mange som er motivert, men som ikke får det til. Med fremgangsmåter forstås personens tanker om hva som hjelper, og mestring er personens ferdigheter til å utføre handlinger og sette planen i verk (Barth, Børtveit & Prescott, 2001).

Begrepet mestring har en betydning som belyser om de handlinger man for foretar seg i en bestemt situasjon fører til resultater, at man får til noe som er en utfordring. Mestring brukes derfor som en fellesbetegnelse på handlinger og strategier man bruker for å håndtere situasjoner som man opplever som vanskelig og utfordrende (Frydenberg 2007).

Bandura antas å være den mest innflytelsesrike teoretikeren innen sosialkognitiv tradisjon og tilnærmingen til mestring kan knyttes opp til begrepet self-efficacy eller forventning til egen mestring (Bandura 1994, 1997). Begrepet er sentralt fordi det legges til grunn de forventninger man har til egen mestring og er med på å forme tanker, valg og drømmer. Self-efficacy omhandler tro på egne evner til å takle og påvirke det som oppstår i livet og Bandura (1997) definerer begrepet som *Perceived self-efficacy refers to beliefs in ones capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments*. Hvordan man oppfatter og tror på egne evner til å få til ting, mestre, vil påvirke hvordan man tenker, føler og motiveres til å handle og dette sier Bandura (1986) med *What people think, believe, and feel affects how they behave*. Self-efficacy omhandler en vurdering av egen kompetanse til å mestre en oppgave. Positiv selvoppfatning innenfor et område kan bygges opp gjennom å gi en person mestringsopplevelser (Bandura, 1997). Tiltro til egen evne til å gjøre det konkrete kalles mestringsstillit (Brumoen, 2007) oversatt til norsk etter ”self-efficacy (Bandura, 1997, Barth, Børtveit & Prescott, 2001) og er avgjørende for at endring skal finne sted. En persons tro på egne evner til å klare ting er det som styrer en om en person lykkes med en endring eller ikke. Høy mestringsstillit er forbundet med at en person tør å ta fatt på noe som er vanskelig og også viktig ved motgang. Motsatt er lav mestringsstillit problemet for en som ikke er i stand til å starte på endringer eller som lett gir opp ved motstand (Brumoen, 2007). Brumoen (2007) mener mestringsstillit er relevant i forhold til tanker om endring, det å sammenligne med seg selv og at det handler om spesifikke områder i livet knyttet til situasjoner og øyeblikk. Motivasjon og mestring innvirker på hverandre og det er klart at tiltro til egne evner til endring holder motivasjonen oppe over tid. Å ønske forandringer og å bli

motivert handler ofte om et perspektivskifte, det vil si at man ser konsekvensene av sin atferd på en annen måte (Barth, Børtveit & Prescott, 2001).

Handlingsmønstre påvirkes av kognitive og affektive faktorer med relevans for helse, slik som personlighetstrekk, mestringsstrategier og emosjoner (Mæland, 2005). Forskning på ulike områder beskriver en tendens til at kvinner forstår hendelser og situasjoner ut fra egne handlinger og egenskaper. Selvrefleksjon vendes innover heller enn ut mot ytre omstendigheter. Dette kan øke mestringsmuligheter, men også føre til sterk skyldfølelse når noe går galt (NOU, 1999).

Deci & Ryans (1985, 1991, 2000) "Selvbestemmelsesteori" eller "Self-Determination Theory (STD)" legger vekt på det selvbestemte mennesket. Teorien omhandler flere perspektiv og bygger på et positivt menneskesyn. Den tar for seg indre og ytre motivasjon og er både behovsorientert og kognitiv. Deci & Ryan (1985:9) kaller den "...our organismic theory of human motivation" der mennesket må gis rom for optimale utfordringer, valgfrihet og følelse av tilhørighet for å fungere optimalt og realisere sine behov, det vil si indre motivert og effektivt. Den indre motivasjonsfaktoren har sine bunner i to grunnleggende behov. Det er behov for kompetanseopplevelse, som vil si behovet for å føle at en er kompetent for oppgaven og behovet for selvbestemmelse, som vil si behovet for selv å bestemme og oppleve av å ha valgmuligheter (Deci og Ryan 1985, 1991) Deci er opptatt av om handlinger er kontrollert eller selvregulerende og om det derav er ytre eller indre motivasjon som gjør seg gjeldende. Indre motivasjon er styrt av selvet, kjernen i personligheten, og ytre motivasjon er noe utenfor oss selv, kontrollregulert. Men vi kan også ha ytre motivasjon som er selvregulert, integrert i personligheten, der vi selv har kontrollen og det bygger på ønsker, holdninger og verdier. Deci og Ryan har et kognitivt aspekt og vektlegger den betydningen de kognitive prosesser har for handlinger. Selvbestemmelsesteorien er en generell teori bestående av fem underteorier som forklarer menneskelig motivasjon. SDT består av fem mini-teorier, som hver ble utviklet for å forklare et sett av motivasjonskrevende baserte fenomener som fremkom fra laboratorie-og feltarbeid. Hver teori tar for seg en av sidene ved motivasjon eller personlig fungering. Dette dreier seg om aktiviteter og sosiale kontekster som integrerer eller regulerer atferd, hvordan selvet utvikles gjennom ytre motivert atferd, personfaktorene som virker inn på hvordan vi å orientere mot miljøet på ulike måter som støtter selvbestemmelse og grunnleggende behov og hvordan dette har relevans til psykisk helse og velvære (Deci & Ryan, 1985, Ryan & Deci, 2000).

Decy (2008) og Ryan, Vansteenkiste og Decy (2010) tar for seg alle underteoriene og Kognitiv Evaluering Theory (CET) er den første og den gjelder indre motivasjon. Motivasjon som er basert på godtgjørelser som folk gjør "for sin egen skyld. Typer av indre motivasjon er barns utforskning og lek, men indre motivasjon regnes som en livslang kreativ kilde. CET tar spesielt opp effekten av sosiale sammenhenger på den indre motivasjonen og hvordan faktorer som belønning, opplevelse av mellommenneskelige kontroller, samt det som omtales som egosentrisk styrking og effekt på indre motivasjon og interesse. CET fremhever de kritiske aspekter av kompetanse og autonomi som fremmer indre motivasjon, noe som er viktig.

Den andre mini-teorien, organisk Integration Theory (OIT), omhandler temaer av ytre motivasjon i sine ulike former, med sine egenskaper, determinanter, og konsekvenser. Generelt sett er ytre motivasjon ting som tar sikte mot å få direkte påvirkning på atferden. Men det er forskjellige former som og inkluderer ekstern regulering, identifisering og integrering. Jo mer internalisert det ytre motivasjonen er i mennesket jo mer autonome blir personen når handlingen er gjennomført. OIT fremhever spesielt støtte for autonomi og tilhørighet som er avgjørende for internalisering. For at noe skal gjøres gyldig for en selv må en få støtte for selvstendighet og tilhørighet.

Kausalitet orientering Theory (COT) er den tredje mini-teori og den beskriver individuelle forskjeller i folks tendenser til å orientere seg mot miljøer og de regulerer atferd på ulike måter. COT beskriver og vurderer tre typer orienteringer: autonomiorientering der personer handler ut fra interesse og verdsetting av hva som er oppstått, kontrollorientering der fokuset ligger på belønning, gevinster, og godkjenning, og den upersonlige eller umotiverte orientering preget av angst om kompetanse.

Fjerde teori kalles Basic Psychological Needs Theory (BPNT). Begrepet utviklet seg gjennom grunnleggende psykologiske behov og deres forhold til psykiske helse og velvære. BPNT hevder at psykisk velvære og optimal funksjon er betinget av autonomi, kompetanse, og tilhørighet. Derfor er det sammenhenger som støtter eller forhindrer disse behovenes innvirkning på velvære. Teorien hevder at alle tre behov er viktig, og at hvis noen blir hindret eller ikke tatt hensyn til vil det gi konsekvenser.

I senere tid har den femte teorier kommet til og den handler om mål og innhold i målet (Decy, 2008). Mål og innhold Theory (GCT) vokste ut av forskjeller mellom indre og ytre mål og deres innvirkning på motivasjon og velvære. Mål er sett på som noe ulikt grunnleggende behov for godtgjørelser og er dermed forskjellig forbundet med velvære. Ytre mål som økonomisk suksess, utseende og popularitet / berømmelse har vært sett på som forskjellig fra iboende mål som nære relasjoner og personlig vekst. Den ble tidligere mer sannsynlige assosiert med lavere velvære og økt helsevesen. Som Decy (2008) påpeker så omhandler den femte teorien som er utviklet om mål og innhold i målet. Det er gjort klart gjennom flere hold at det ikke nytter å sette i gang endringer dersom man ikke har et klart mål.

Kjernen i selvbestemmelsesteorien er at muligheter for å tilfredsstillere et eller flere av behovene for kompetanse, tilhørighet og autonomi gir økt motivasjon (Deci, Vallander, Pelletier & Ryan, 1991). Decy og Ryan (2002) viser til forskning som støtter at motivasjonen bidrar til sunn personlighetsutvikling gjennom indre motivasjon eller selvregulert ytre motivasjon.

Man er opptatt av motivasjon, hvordan å bevege seg selv eller andre til å handle. Mange sliter med å motivere andre og enkeltpersoner sliter med å finne energi, mobilisere krefter og klare å fokusere på oppgaver over tid. Folk motiveres ofte av eksterne faktorer som belønningssystemer, karakterer, evalueringer, eller meninger de frykter andre kan ha av dem. Men like ofte, er folk motivert innenfra, av interesser, nysgjerrighet, omsorg eller vedvarende verdier. Disse indre motivasjon er ikke nødvendigvis eksternt belønnet eller støttet, men likevel kan de opprettholde lidenskaper, kreativitet, og vedvarende innsats. Samspillet mellom de ytre kreftene som virker på personer og indre motiver og behov som ligger i menneskets natur er det det handler om i teorien om selvbestemmelse.

Selvbestemmelsesteorien (SDT) representerer en bred ramme for studiet av menneskelig motivasjon og personlighet. Kanskje enda viktigere er det at SDT også å fokusere på hvordan sosiale og kulturelle faktorer fremmer eller undergraver folks vilje og initiativ, i tillegg til trivsel og kvaliteten på deres prestasjoner. Forhold som støtter den enkeltes opplevelse av autonomi, kompetanse, og tilhørighet er hevdet å fremme det de gjør, og former for motivasjon og engasjement for aktiviteter, deriblant forbedret ytelse, utholdenhet og kreativitet. I tillegg foreslår SDT at i hvilken grad noen av disse tre psykologiske behov ikke

er støttet, vil det ha en ugunstig innvirkning på velvære.

Motivasjon, handling og utvikling maksimeres innefor ulike sosiale kontekster som gir mulighet for å tilfredsstillte grunnleggende behov. Vi trenger støtte, dialog og bekreftelse for å styrke selvbilde, mestringstillit, gode følelser og positive holdninger til å mestre en utfordring (Wormnes & Manger, 2005).

I denne undersøkelse er dette noe av kjerner til hva som påvirker i forhold til gjennomføring av endringer og motivasjon, mestring og selvforståelse går inne i hverandre.

3.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for metode valgt på bakgrunn av studiens problemstilling, egen forskerrolle, endringer og tanker underveis i prosessen og praktisk gjennomføring fra planlegging til hvordan data er analysert og blir beskrevet

En undersøkelse skal være en metode for å samle inn empiri og det vi ønsker er resultater som måler det vi er interessert i og som vi kan stole på, dette gjelder uansett metode. Men når vi gjennomfører undersøkelser, uansett metode, vil denne påvirke både de som undersøkes og resultatene (Jacobsen, 2003).

Hensikt med undersøkelsen er økt innsikt og forståelse for hvordan folk opplever det å ønske livsstilsendringer og hvordan selvforståelsen påvirker prosessen. Forsker ønsket å belyse den subjektive opplevelsen av endringsprosessen. På bakgrunn av problemstilling og den kunnskapen som ønskes belyst ble det valgt en kvalitativ metode. Metode betyr ”veien til målet” og handler om hvordan vi skal gå frem for å samle kunnskap (Kvale, 2005).

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag for studien

I hovedsak skiller vi mellom to vitenskapstradisjoner, positivismen som bygger på en teoretisk struktur i form av heldekkende lovmessigheter og hermeneutikken som bygger på forståelse av den menneskelige væremåte. Forskerens vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva det søkes informasjon om (Thagaard, 2002). Det er ikke slik at en metode er bedre, metodene er ulike og har svake og sterke sider og er dermed egnet i bestemte sammenhenger (Jacobsen, 2003). I denne studien søkes det informasjon om menneskelig tilværelse og dette ligger innfor den hermeneutiske tradisjon. Hermeneutikk betyr tolkningslære eller læren om forståelsen. Opprinnelig var hermeneutikken brukt om fortolkning av tekster, men har blitt utvidet til å innbefatte forståelse av personer og handlinger og i senere tid også at fenomener kan leses på forskjellige måter. Et mål for forskeren er å gjengi en tykk beskrivelse som innebefatter informantens fortolkninger, samt den fortolkningen forskeren har (Thagaard, 2002). Postmodernismen fokuserer på språket og den betydningen det har for hvordan vi oppfatter vår virkelighet. Informantens beskrivelser av sin virkelighet er intersubjektiv og utformes i relasjon mellom mennesker (Thagaard, 2002). En kvalitativ undersøkelse søker prosess og mening i stedet for utbredelse og antall (Malterud, 2003). Forsker må la den andre sin vilje, meninger og intensjoner komme

fram slik at det samsvarer med hver og en sine kvaliteter og kjennetegn. For å få til dette må forsker forholde seg til den andre med åpenhet, innlevelse og empati (Aadland, 2004).

I denne undersøkelsen benyttes en kvalitativ metode fordi den kan være rettet mot å forstå virkeligheten slik den oppfattes av enkeltpersoner og gi innsikt og forståelse for andres liv (Thagaard, 2002). Metoden brukes for å få innsikt i erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2003).

Kvalitativ metode er ikke tilstrekkelig for å generalisere, men kan gi en mer dyptgående kunnskap og mer helhetlig perspektiv. Ønsket er å forstå et fenomen innenfra og metoden preges av nærhet, fleksibilitet, sensibilitet og dette gir et fokus med mening, innsikt og forståelse (Thagaard, 2002). Et fenomenologisk vitenskapssyn tar utgangspunkt i subjektive opplevelser og forsøker å oppnå en forståelse av dypere mening i personlige erfaringer. Et utgangspunkt for forskningen er forskerens refleksjon over egne erfaringer, men forsker må være åpen for erfaringene til informantene og ha et subjekt-subjekt forhold. Det vil si at begge parter inngår i en sammenheng og begge påvirker forskningsprosessen (Thagaard, 2002).

Kvalitative metoder omfatter mange ulike strategier for innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra observasjon, samtale eller skriftlig materiale. Her er det brukt kvalitative intervju etter semistrukturert intervjuguide.

Denne undersøkelsen har et fenomenologisk perspektiv, da hensikten med intervjuet var å forstå informantenes livsverden og tolke denne. Videre har jeg analysert og tolket funn fra undersøkelsen, noe som er sentralt i en hermeneutisk forståelse. Hensikten med intervjuene er i denne sammenheng, som nevnt, å få innsikt i erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger hos respondentene omkring det å gjøre endringer i atferd som påvirker helsen.

3.2 Forskningsdesign

Forsker valgte det kvalitative forskningsintervju som metode. Undersøkelsen har innspill av aksjonsforskning, med ett intervju først om respondentenes tanker om endring, motivasjon og definering av mål som de ønsker å nå, samt klargjøring av tiltak de ønsker å sette i gang for å nå sine mål. Det andre intervjuet var med de samme personene etter 3 måneder for å snakke om hvordan prosessen har gått. Forskningsintervju er spesielt egnet for å få informasjon om synspunkter, opplevelser og selvforståelse (Thagaard, 2002). Utgangspunktet var å få tak i

kvinner synspunkter og opplevelser rundt endringer av helseatferd og hvordan selvforståelsen påvirker mestring og gjennomføring av oppsatte tiltak.

Aksjonsforskning har elementer av strategier for endring, samtidig som man vil benytte prosessen til å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2003). Utvalget skal gjennomføre oppsatte tiltak, etter egne ønsker, og dette omfatter endringer i helseatferd og noen av respondenten får ny kunnskap om egne strategier og helseatferd. Det er derimot ingen bestemt metode som utvikles gjennom denne undersøkelsen, men fokuset er på endringer og det å finne gode strategier for den enkelte.

3.2.1 Intervju som metode

Intervjupersoner som snakker om seg selv kalles respondenter og det kvalitative intervju tar vanligvis utgangspunkt i samtalen (Holter & Kalleberg, 1996). Kvalitative forskningsintervju bygger på samtaler, en utveksling av synspunkter omkring tema som opptar intervjuer og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2009). Den mest brukte fremgangsmåten i kvalitative intervjuer er en delvis strukturert tilnærming der temaer er bestemt, men ikke rekkefølgen (Thagaard, 2002).

Det er viktig at intervjuer har kunnskap om temaene, men også sosial interaksjon og en balanse mellom å lytte og snakke selv (Kvale, 2001, Thagaard, 2002). Selv om forskningsintervju ligger tett opp til dagliglivets samtaler er det ikke enkelt og krever mye av intervjuerens ferdigheter og en balanse mellom ønske om å innhente kunnskap og ha respekt for intervjuerens integritet (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker må forsøke å være åpen på sitt eget ståsted og egen forforståelse (Kvale, 2005). Samtalen inneholder informasjonsutveksling, men også sosial samhandling. Når samtalen er instrumentet for å samle data er det viktig at rammen omkring samtalen er god. Forsker må ha fokus på hva som forgår mellom respondent og forsker, og at dette påvirker og har betydning for funn og tolkninger (Malterud, 2003). Det vil være viktig og avgjørende at forsker klarer å skape et tillitsforhold mellom seg og respondent. Forsker må være en aktiv aktør og bruke seg selv som instrument i prosessen, samt erkjenne eventuelle fordommer og følelser forsker har med intervju og analyse (Fog, 2005).

3.2.2 Intervjuguide

Intervjuene kan bli forberedt med en intervjuguide som er som et manuskript som strukturere intervjuene med temaer som skal dekkes og med forslag til spørsmål, semistrukturert intervju.

Det er nyttig å utarbeide spørsmål som tar utgangspunkt i forskningsspørsmål, men lage intervju spørsmål, uttrykt i dagligspråk, som kan fremkalle tematisk kunnskap og bidra til en dynamisk god samtale (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjuer kan bli opp på bånd og deretter transkribert. Transkripsjonen kan gi en ny dimensjon til samtalene og gi rom for ny ettertanke og spørsmål, det kan være en start på de spørsmål vi stiller mer systematisk i analysefasen (Malterud, 2003).

I denne studien brukte forsker kvalitative intervjuer med en delvis strukturert tilnærming der temaer ble bestemt, men ikke rekkefølgen. Intervjuene ble forberedt med en intervjuguide for å strukturere intervjuene med temaer som skal dekkes og med forslag til spørsmål, semistrukturert intervju. Det ble å utarbeide spørsmål som tok utgangspunkt i forskningsspørsmål, men ble laget intervju spørsmål uttrykt i dagligspråk for å fremkalle tematisk kunnskap og bidra til en god og naturlig samtale. Forsker merket at spørsmålene ble stilt enda mer i form av dagligspråk i løpet av intervjuene og fant flere måter å spørre på som passet bedre inn med de ulike respondentene og hvordan samtalen forløp.

3.3 Egen forforståelse og forskerrolle

Forforståelse er sentralt i forskning og må kartlegges. Forsker må redegjøre og være tydelig på sitt ståsted og utgangspunkt for forskning (Kvale, 2001). Forforståelse handler om den kunnskap, holdninger, erfaringer og forventninger som forsker bringer med seg, bevisste eller ubevisst, inn i prosessen. Forskning krever at forsker er reflektert rundt din egen forforståelse og avdekker motiver og intensjoner med arbeidet (Malterud, 2003).

Innledningsvis ble det gjort rede for motiver og intensjoner med denne studien som ønsker å belyse hvordan kvinner opplever det å ønske livsstilsendringer og hvordan selvforståelsen påvirker prosessen. Forsker ønsker å belyse dette utfra kvinner som ikke faller inn under offentlige tiltak på grunn av sykdom, men friske kvinner som anbefalinger er ment rettet mot.

Forsker er selv kvinne i samme alder som respondentene og med overnevnt bakgrunn og dette kan sees på som å ha innsikt i tema, men også at det kan være vanskelig å se bort fra egne erfaringer. Dette for å se nye perspektiver i datamaterialet som er samlet inn ved intervju. Forforståelse kan for noe sees på som en nødvendighet for å forstå den verden man lever i (Gilje og Grimen 1993). Men det kan oppstå mistolkninger når vi forstår for raskt fordi vi gjennom vår erfaring og forforståelse tar noe for gitt (Gilje og Grimen 1993). Forsker er

delaktig i forskerprosessen og bruker seg selv som instrument ved å ha en nærhet til personene og det det forskes på. For å synliggjøre forskers forforståelse og perspektiv er det viktig å fortelle noe om hvilke briller forsker ser virkeligheten gjennom.

Som beskrevet tidligere har forsker gjennom jobb på flere ulike arenaer i mange år opparbeidet seg erfaringer gjennom å undervise og veilede innen helse og pedagogikk. Dette preger forskers syn på endring av helseatferd som med antagelser om at det ikke dreier seg om hva personer vet, men å få gode teknikker som passer inn i hver enkelt person sitt liv. Faglig og teoretisk ser forsker at holdninger, mestring og motivasjon, samt emosjoner og praktiske hindringer er viktige element for å forstå endring av helseatferd..

3.4 Etiske hensyn

En undersøkelse bryter som regel inn i privatlivet til enkeltindivider og dette krever aktsomhet og det opereres vanligvis med tre grunnleggende krav om informert samtykke, krav til privatliv og krav om at man blir korrekt gjengitt (Jacobsen, 2003).

Det stilles krav til informert samtykke. Det vil si at den som undersøkes skal delta frivillig og er informert om alle sider ved undersøkelsen. Det er ingen klare regler for hva som er tillatt eller ikke, men forlanges at vi tenker kritisk igjennom kompetansen, frivilligheten, informasjon og den forståelsen de som undersøkes har av den informasjonen som blir gitt. Tilstrekkelig informasjon om hovedformål og hvordan dataene skal benyttes skal gies, men ikke slik at informasjonen påvirker undersøkelsens pålitelighet (Jacobsen, 2003). I denne undersøkelsen er det gitt muntlig informasjon og skriftlig informasjon, samt mulighet til spørsmål og klargjøring av hva som forventes av de som deltar.

Krav om privatliv handler om hvor følsom informasjonen vi samler inn er, hvordan informasjonen samles inn og anonymiseringstiltak som ikke gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner ut fra dataene (Jacobsen, 2003). Data handler om livserfaringer og tanker, i denne oppgaven i forhold til livsstil og helse. Håndtering av kvalitativt materialet må sikre aktsomhet som ivaretar respekten for respondentene som utleverer seg (Malterud, 2003). På den annen side er det viktig å redegjøre for prosessen, slik at respondentene ikke ser på intervjusituasjonen som klinisk eller terapeutisk. Det er viktig at vi møter respondenter med respekt for deres egne grenser slik at folk klarer å ivareta sin selvforståelse og indre balanse (Malterud, 2003).

Det ble gitt ut et informasjonsskriv om undersøkelsen, men vel så mye informasjon ble gitt muntlig og med mulighet til å stille spørsmål. Forsker forklarte at intervjuene ville ha form av en samtale, der respondenten hadde full kontroll over hva de ønsket å dele i forhold til tema. Forsker forklarte tema og de som ønsket fikk se på noen stikkord fra intervjuguiden.

Det forutsettes godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) før intervjuene finner sted og dette foreligger (vedlegg 3). Det var i følge brev fra NSD ikke nødvendig for respondentene å undertegne samtykkeerklæring, men de ble informert om at de til en hver tid kunne trekke seg fra studien. Det ble presisert viktigheten av anonymisering av data og riktig bruk av data, slik at man ikke avslører respondentene identitet. Respondentene er kun gitt en bokstav og et fiktivt navn i alfabetisk rekkefølge og derfor ble respondentene ble fullstendig anonymisert i oppgaven og analysen ved å få kun en bokstav i transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og lydbånd ble markert med en bokstav og navn ble ikke nevnt i intervjuene. Det ble sikkert oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk, og blir slettet i etterkant av at transkriberingen, analysen og evalueringen av masteroppgaven.

3.5 Gjennomføring

Det vil her bli gjennomgått hvordan studien ble gjennomført og hvilke endringer og valg som ble tatt underveis i prosessen..

3.5.1 Utvalg

Kvalitative studier baserer seg på strategiske *utvalg*. Det vil si at man velger ut respondenter som har egenskaper eller kunnskaper som faktisk kan besvare problemstillingen (Thagaard, 2006).

Ryen (2002) fremhever to punkter som bestemmer antallet i et kvalitativt utvalg. Det trekkes fram at tilstrekkelighet, det vil si at antallet er stort nok, tilstrekkelig, til å få frem bredden i det respondentene representerer og den situasjonen som er utgangspunktet og tema for intervjuene, ønsker om endringer av helseatferd. Det andre kriteriet Ryen (2002) fremhever er tilfredsstillende informasjon slik at metningspunktet blir nådd. Thagaard (1998) forklarer metningspunkt med at utvalg kan betraktes som tilstrekkelig stort når flere enheter ikke vil gi ytterligere forståelse av fenomenet som studeres. For å avgrense det empiriske feltet i masteroppgaven har jeg valgt åtte respondenter. Utfra analyser og gjennomgang ser forsker at

det kunne vært nok med seks respondenter, men dersom noen hadde trukket seg eller var lite representative ville det vært sårbart.

Utvalget er 8 kvinner mellom 35 og 45 år som ønsket livsstilsendringer og var motivert, men som opplever det som vanskelig å klare å komme i gang. Forsker ville rekruttere kvinner fra voksenopplæring, ved å ta kontakt, annonsere og fortelle om oppgaven. Dette ble gjort og det ble gitt mange positive tilbakemeldinger på at mange ville være med, men få tok kontakt. Etter hvert tok noen fra voksenopplæring kontakt og noen andre etter å ha hørt om muligheten til å få enkel samtale om kost, mosjon, mål, motivasjon og tiltak og med et oppfølgingsintervju etter 3 måneders utprøving av tiltak. Utvalget er basert på kvinner som frivillig stiller seg tilgjengelig for denne undersøkelsen og som har egenskaper som er relevante for denne undersøkelsen (Thagaard, 2004).

I informasjonen stod det at forsker ville ha tak i kvinner som ønsker endringer og som var med eller uten symptomer på sykdom, men ikke ha diagnoser som faller inn under offentlige tiltak eller behandling (vedlegg 2). Underveis i intervjuene kom det fram at flere hadde vært under behandling eller tiltak, men ingen var det under prosjektperioden. Det ble tydelig at, som skrevet i innledning, fravær av sykdom blir for snevert. Og det vil være urealistisk å ha fullstendig velvære og personlig utvikling, mens det subjektive aspektet, hvordan folk ser på sykdom og at det er ikke er klare grenser mellom patologisk sykdom og naturlige utfordringer i livet, blir et viktig aspekt (Andrews, 2003). Ut i fra de kvinnene som ble spurt og tok kontakt ble tilfeldigvis utvalget delt i to med hensyn til utdanning, mens i alder så var det kun et spenn på seks år. Lavere utdanning spenner fra videregående utdanning og ulike fagbrev, til et års studier på høyskolenivå. Høyere utdanning spenner fra 3 på høyskole til mastergrad fra universitet

Respondent	alder	utdannelse	Yrkesaktiv
Ada	37	Høyere utd.	Jobber fulltid og studerer
Beate	40	Høyere utd.	Gå tilbake til jobb etter sykdom
Carina	37	Videregående utd.	Jobber deltid
Dina	40	Høyere utd	Jobber fulltid
Eirin	40	Videregående utd	Jobber deltid
Frida	43	Videregående utd	Jobber deltid
Gina	43	Videregående/ privat høgskole	Jobber fulltid
Hilde	39	Høyere utd	Jobber fulltid, men fortiden s.m

Tabell 1 Alder, utdannelse og yrkesaktiv

3.5.2 Gjennomføring av intervjuer

Før gjennomføringen av intervjuer ble studien planlagt med håp om å lykkes med å innhente den kunnskapen forsker ønsket (Kvale, 2005, Kvale & Brinkmann, 2009). En semistruert intervjuguide med spørsmål fra tema og forskningsspørsmål ble laget, med spørsmål formulert med dagligdagse ordlyd. Forsker tok kontakt med alle som sa seg villig til å være med i god tid for å lage avtaler om tid og sted for intervju. Det var flere som flyttet første avtale på bakgrunn av endringer på jobben, syke barn eller syke selv. Men alle intervju ble

gjennomført selv om det tok lenger tid enn beregnet. En trakk seg før første intervju på grunn av flytting til utlandet, men samtidig tok en annen kontakt og ville delta.

Forsker startet alle intervju med tilnærmet samme informasjon der respondentene ble forberedt med hovedfokus for intervjuet. Intervjuene ble startet med å fortelle om hvordan de oppfattet helsa si nå og hva de hadde som ønsker fremover. Deretter fortalte de fritt og forsker fulgte opp med spørsmål for å utdype tema og utsagn, eller dersom det var noe de ikke kom inn på av seg selv. Det andre intervjuet ble gjennomført likt med at forsker ba de starte med å fortelle hvordan de synes det gikk i forhold til oppsatte mål fra forrige samtale. Det var veldig stor forskjell på hvor mye de fortalte der noen kom inn på alt sentralt selv, mens et par av respondentene måtte stilles mer konkrete spørsmål og ga korte svar. Imidlertid oppfattet ikke forsker dette som noe annet enn forskjeller i personlighet. Alle virket trygge og latteren satt løst under intervjuene. Forsker hører på lydbåndene at spørsmålene blir stilt veldig uformelt og ser at respondentene gir veldig ærlige og gode beskrivelser av sin livsverden (Kvale, 2001, 2005). Forsker hadde et ark med dato, kode og tid, som ble benyttet til enkle notater, og dette fikk respondenten beskjed om, samt se på dersom de ønsket det. Etter intervjuet ble det føyd til yttligere stikkord, dersom forsker så noen linjer eller lurte på noe til neste møte. Blant annet var det flere som etter at båndopptaker var slått av fortsatte å prate om tema og noe av dette ble notert og fulgt opp i neste intervju.

Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplass eller i private hjem. Forsker opplever ikke at det ble veldig stor forskjell på data innsamlet hjemmet eller på arbeidsplass, men opplevde at det var lettere hjemme hos respondentene med hensyn til lyd kvalitet og forstyrrelser. I ettertid har imidlertid forsker tenkt at det kan være forskjell på hvem som er komfortable med å gjennomføre dette på jobb, men velger å gå ut fra alle virket komfortable med den varianten de selv hadde valgt.

Alle intervjuene startet med en kort innledning om hva som var hovedtema og at det ville forløpe seg som en vanlig samtale. Forsker gjennomførte alle intervju og begynte første intervju med å be de fortelle om hvordan de oppfattet helsen sin nå og hvordan det hadde vært før. Andre intervju startet med kort innledning om hva tema var og dernest å be respondentene fortelle hvordan det hadde gått i forhold til de mål og tiltak de hadde.

Etter intervjuene ble de hørt på flere ganger før transkripsjon og dette utgjorde ca. 100 sider med datamateriale fra første intervju og ca. 40 sider datamateriale fra andre intervju.

Intervjuene ble transkribert mest mulig ordrett, men skriftlig stil, og dette ble gjort med tanke på sitater og en nyttig form på transkripsjonene (Kvale, 2005). Da det var mye jobb ble det ikke lagt vekt på å bruke mye tegnsetting, men heller vekt på å lese gjennom samtidig med at bånd ble avspilt for å fange opp humør, tone og trykk på ord. Dette fordi man ved transkripsjon går glipp av mye kroppsspråk som gester og kroppsholdning (Kvale & Brinkmann, 2009), men noe av dette ble gjenkalt ved å spille av båndene flere ganger ved gjennomlesning. Ufra dette må det vektlegges at alle intervju hadde en positiv og god tone, selv om respondentene var veldig ulike. Forsker hadde samtale og coaching i bakhodet og la vekt på at respondentene var eksperter på seg selv.

3.6 Analyse

Analyse av data er en kontinuerlig prosess og starter allerede under utarbeidelsen av intervjuguide. Analyseprosessen handler om blant annet om å:

- Redusere, organisere, fokusere, forenkle, tydeliggjøre, abstrahere og omforme datamaterialet
- Få frem mening og det viktige i det de intervjuede har fortalt i intervjuet
- Ulike tolkningsnivåer; selvforståelse, allmenn forståelse, teoretisk forståelse
- Veksle mellom helhet og deler
- Ulike nivåer der man beskriver, tolker, ser på teori i henhold til hensikt/problemstilling

Og alt dette handler jo også om hvordan forsker ser på dette innsamlede datamaterialet, hvilke briller man har på. Under intervjuet får forsker et inntrykk og en oppfatning av hva som er av betydning og dette vil sannsynligvis påvirke den videre analysen i flere trinn (Thagaard, 2004). Analysen forgår i ulike trinn og former, men noen er mer eller mindre vanlige i kvalitativ analyse av intervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Begrepene analyse og tolkning handler om den fasen i forskningen som det konstrueres svar og belyser forskningsspørsmål og problemstilling.

3.6.1 Studiens analyse trinn

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver seks trinn i analysen og disse er i tråd med forskers erfaringer i denne studien. Dette er beskrevet nedenfor i ulike trinn og med eksempler fra denne studien.

Et første trinn er når respondentene beskriver sin livsverden under intervjuet og gjennom spontan fortelling kommer inn på hvordan de opplever emnet for intervjuet. En semistrukturert intervjuguide dannet utgangspunktet og intervjuene foregikk som samtaler. Det forgår liten fortolkning og analyse her, men forsker får inntrykk av hva som er viktig og sitter igjen med nøkkelord og spørsmål. Forsker oppdaget ganske tidlig i intervjuene at disse kvinnene var opptatt av mye av det samme rundt tema. Eksempelvis kom alle respondentene rask inn på at det var ting rundt dem som var hemmende i forholdt til å få til endringer i kosthold og fysisk aktivitet. Alle nevnte også på ulike måter at å gjøre endringer måtte være enkelt og ikke ville de ikke legge opp til store omfattende og ukjente tiltak.

Neste trinn er at respondenten selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet og ser betydninger på bakgrunn av det de spontant forteller. I denne studien var det flere respondenter som ga tilbakemeldinger, i både første og andre intervju, som bekrefter dette. Det gikk på at flere respondenter så at ting de gjorde var bra og at ved å sette ord på dette ble ting tydeligere og de oppdaget nye ting. Dette var eksempelvis små forskjeller som at å dele opp treningen i små økter også gir effekt, at en del av frossenmat, som grønnsaker, er godt nok eller at det finnes brød som ser relativt fint ut, men som inneholder mye grovt og det går ann og bruke brødskaalen mer aktivt i brødvalg

Tredje trinn foretar intervjuer fortetninger og fortolkninger i løpet av intervjuet og sender disse tilbake til respondenten, slik at man får bekreftet eller avkreftet. Dette pågår til det kun er en mulig fortolkning igjen eller det er flere eller selvmotsigende oppfatninger om emnet. Dette medfører en kontinuerlig fortolkning med umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse. Som at forsker sammenfatter litt av det respondenten har sagt og spør om dette er rett forstått eller ikke. Forsker ser at det ved flere anledninger ble brukt mye tid på å forklare om ting rundt respondentene som virket hemmende. Forsker spurte da om det var rett forstått at dette dreide seg om ting rundt eller ikke og dette ble bekreftet. Prøve å skape en dialog om emnet og prøver å styre respondenten inn på nye tema dersom hun brukte mye tid på ting som ikke var relevant.

I det fjerde trinnet blir det transkriberte intervjuet tolket. Intervjuet struktureres og klargjøres for analyse. Intervjupersonens egen forståelse hentes fram i lyset, men i den egentlige analysen er det intervjuers mening som kommer frem og presenterer nye perspektiv på emnet.

Men først er alle respondenter presentert gjennom en narrativ fremstilling som følger oppbygningen av boksene i coaching (Riis & Kristiansen, 2008). Dette vil bli utdypet og gitt eksempler på i neste avsnitt. Dette ble gjort for å bli kjent med kvinnene og for å samle informasjon som ikke er direkte relevant for drøfting, men belyser situasjonene til de ulike kvinnene og deres syn på helse og holdninger til dette.

Et femte trinn er gjenintervjuing og som en forlengelse av det selvkorrigerende intervjuet er det mulighet for å kommentere fortolkninger, samt å utdype egne uttalelser. I denne studien var det en del av designet og gjenintervjuet personene for å belyse hvordan prosessen hadde gått. Forsker skrev derfor ned spørsmål, etter transkripsjon og analyse av de første intervjuene, i de tilfellene hvor respondenten sa noe viktig etter at intervjuet var ferdig eller noe virket uklart. To av respondentene sa etter første intervju at de prøvde masse da de var yngre, men at de etter hvert hadde akseptert seg selv som de var. Forsker spurte derfor i gjenintervjuingen hva de hadde prøvd og hva som gjorde at de aksepterte seg selv, i tillegg til tema for andre intervju.

Et mulig sjette trinn er å gå lenger enn beskrivelse og fortolkning til også å omfatte handling. Det vil si at respondentene begynner å handle på bakgrunn av ny innsikt de har fått gjennom intervjuer. Ved aksjonsforskning handler forsker og intervjuerperson på grunnlag av den kunnskap de kommer fram til i intervjuene, endringer kan fremkalles av handlinger. I denne studien var det en viktig del at respondentene definerte noen tiltak for å nå de oppsatte mål. De fikk en enkel utskrift av tiltak og skulle ha dette som grunnlag for handling i forhold til kosthold og fysisk aktivitet i en periode på tre måneder. Dette var kun en enkel A4 lapp med oppsummerende stikkord fra det respondenten hadde oppgitt som mål og tiltak. Endringer som fremkalles av handling framkom i andre intervju, samt at mange hadde tanker om videre handlinger etter andre intervju.

3.6.2 Koding og kategorisering

Fjerde trinn var selve analysen av de transkriberte intervjuene. Dette analysearbeidet kan deles inn i fem ulike metoder: fortetting, kategorisering, narrativ strukturering, tolkning og ad hoc metoder. I trinn 4 av meningsanalysen beskriver Kvale (2007) disse fem ulike metoder for

analyse. I mitt arbeid har jeg valgt ad hoc metoder. Dette er i følge Kvale den mest hyppige brukte formen for intervjuanalyse. Ad hoc metode tar i bruk ulike tilnæringsmåter og teknikker for meningsgenerering. Dette kan forklares som flere analysemetoder. Det vil si at metoden har elementer av alle de trinnene som Kvale beskriver i tilknytning til ad hoc metode (Kvale, 2007). Mening og språk griper inn i hverandre, men det som behandles her er betydningen av det som sies og koding som innebærer at man bruker nøkkelord til teksten for og senere å identifisere uttalelser. For deretter å kategorisere og systematisere utsagn som gir mulighet for kvantifisering. Under er et utdrag av hva kvinnene i undersøkelsen sier om hva som hemmer de i å få fysisk aktivitet. Dette er utsagn av respondentene og nøkkelord notert i margen på transkripsjonene. Deretter er nøkkelord gjennomgått og samlet med hovedvekten av hva forsker mener respondentene mener hemmer de i å få til å være så fysisk aktive som de selv ønsker å være. Nøkkelord ble slått sammen og gitt nye betegnelser for å sammenfatte og gi et oversiktlig bilde, samt å være utgangspunkt for fremstilling av resultater og drøfting av funn. Målet er å utvikle kategorier som beskriver fullstendig det intervjupersonene omtaler (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker startet koding allerede ved gjennomføring av intervju da intervjuguide og temaer ga en viss retning og forsker skrev ned noen få stikkord ved hvert intervju. Ved koding og kategorisering blir meningen i lange intervjutekster redusert til noen få utsagn og til få tabeller og figurer (Kvale & Brinkmann, 2009). Nedenfor er et eksempelvis presentert på hva som ble trukket ut fra transkripsjonene i første og andre runde, dette ble gjennomgått flere ganger og gjort mindre og mer konkret. Til slutt ble det bedømt til mindre viktig enn fremmere for fysisk aktivitet og dermed snevret ned til et lite kapittel.

<p>A-få organisert mann og barn og sette av tid til seg selv</p> <p>A-mann som jobber turnus</p> <p>D-enklere å få til på morgenen, det er slitsomt på kvelden, da bruker du liksom hele kvelden</p> <p>D- også er jeg jo aktiv i FAU og sosialt, det tar tid</p>	<p>Tid</p> <p>Organisering</p>
---	--------------------------------

<p>A-tid til å reise dit</p> <p>E-reise langt</p> <p>F-finner liksom ikke tid</p> <p>H- det krever tid og må passe med livet mitt</p>	
<p>A-å komme i gang, formen er så dårlig</p> <p>D-så er det det med å holde stimen oppe</p> <p>E-vanskelig å få med folk, vært flink en stund, men..</p> <p>E-jeg synes det er vanskelig å komme i gang igjen</p> <p>H-så at jeg ikke bare skal sitte og tenker på det, men faktisk å gjøre det</p>	<p>Å komme i gang</p> <p>Fortsette</p> <p>Handling</p>
<p>A-noen til å passe på sønnen min</p> <p>C-mann som jobber seint, så må man ha barnevakt</p> <p>F-barnevakt for den minste for det er lettest å gå når han ikke er med</p>	<p>Barnevakt</p>
<p>H-kjempeslitsomt med barna i mange år</p> <p>C-noen dager er tyngre enn andre</p>	<p>Stress</p> <p>Dagsform</p>
<p>B-å å ha familie, vi kvinner står jo for mesteparten av hus, hjem og organisering</p> <p>D- det er ikke meg det går på, men de rundt meg</p>	<p>Familie</p>

D-pluttelig tar ting lengre tid med andre mennesker, det ødelegger planen min	
C-lystbetont så fort det blir lysere og vår, men vinteren....	Årstid
A-skravlerunde, for sosialt å gå tur	Sosialt
F-vondt i nakke og skulder	Vonder

Tabell 2 Hemmere for fysisk aktivitet

↓

Handling	-å komme i gang -å forsette -vondter
Tid	-reise -årstid - finne tid
Ting rundt	-barnevakt, familie, hus og hjem -oppgaver, organisere -Stress

Tabell 3 Hemmere fysisk aktivitet

Den siste fasen i denne analyse er at man på en systematisk måte prøver og setter sammen å lage en sammenheng og forståelse av dataene. Det vil i følge Kvale (2007) si å fremstille en logisk tankerekke, og å finne en sammenheng i begreper og teorier.

Først hørte forsker på alle intervju og så over stikkord, samt føyde til noen stikkord, før transkribering. Deretter ble tekstene lest, samt kodet med stikkord i høyre margen og markert med ulike farger og tall, etter hvilket emne utsagnet belyste. Stikkordene i margen forteller hva dette er og etter hvert ble vokste det frem kategorier som ble notert i venstre marg. Etter flere gjennomlesning, for å sjekke om noe var oversett eller nye emner var nevnt, ble materialet samlet i mindre bunker. Kvale (2007) skriver at forskeren koder meningene i intervjuene i ulike kategorier i lys av problemstillinga og de spørsmål forskeren er interessert i. Dette betyr at det er forsker som ”bestemmer” hvordan forsker velger å kode utsagnene og hvordan man velger å kategorisere dem. Forskers forforståelse vil påvirke dette. Forskerrollen har betydning for måten jeg har kodet og kategorisert datamaterialet. Dette ble nødvendig for å gjøre materialet mer oversiktlig. Det ble laget narrativer, korte historier, for å beskrive respondentenes endringshistorier før de begynte med tiltakene. Narrative belyser de først forskningsspørsmålene, mens hovedvekten av kategoriseringen er gjort på mestring og av hva som hemmer og hva som fremmer prosessen. Dette er gjort fordi det leder frem til og gir innsikt i problemstillingen om hvordan kvinnene opplever denne prosessen.

4.0 Resultater

Dette kapittelet vil presentere funnene i studien slik det fremkommer av analyseprosessen. Funnene er delt inn i 4 hovedkategorier i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål.

1. Endringshistorie med ønsker, mål og tiltak
2. Hva hemmer mulighetene til å få til endringer?
3. Hva fremmer mulighetene til å få til endringer?
4. Hvordan er selvforståelsen knyttet til ønsker om endringer og oppnåelse av mål?

Hovedkategori 1 presenteres som narrativ, mens den andre kategorien presenteres ved koder og sitater for å belyse disse. Kategoriene henger nøye sammen, og det vil være noe overlapping. Flere av temaene kunne vært plassert i flere hovedgrupper, men forsker måtte ta noen avgjørelser og valgte å presentere det slik. Funnene presenteres ved hjelp av forskers egne ord og sitater fra respondentene. Sitatene er skrevet i kursiv og presenterer kun de setningene som forsker mente var relevante.

4.1. Endringshistorie med ønsker, mål og tiltak

Første intervju ble innledet med å be respondentene fortelle litt om hvordan de oppfattet sin egen helse nå og hvordan det hadde vært. Etter hvert kom samtalen inn på ønsker fremover og mål og tiltak for og nå mål. Rundt de temaene ble motivasjon og mestring omtalt, enten uoppfordret eller som oppfølgingsspørsmål. Hovedfokus ved samtalen var bygget på elementer fra coaching og kjernen er å stille gode spørsmål og lytte aktivt. Intervjuguide ble laget med bakgrunn i spørsmålene om hvor er du nå, hvor vil du og hvordan nå målet. Og narrativene som er laget for å bli kjent med respondentene og for å samle og forkorte informasjon respondentene er laget med utgangspunkt i de samme spørsmål, men med fokus på hva de skal gjør for å nå ønsket situasjon og tiltak som er verktøy for å få til dette (Riis & Kristiansen, 2008).

Forsker har valgt å starte kapittelet om resultater med narrativer som bygger på bakgrunnsinformasjon om respondentenes endringshistorie, hvordan de ser på helsa si og hva de ønsker å oppnå. De har fiktive navn som blir brukt i kapittelet om resultater og drøfting, for å bli litt kjent med respondentene og for å belyse forskningsspørsmål om hva de har tidligere gjort for å fremme egen helse, hvilke mål de har med å være med og hvilke tiltak de ønsker å sette i gang for å oppnå målet.

Det bør opplyses om at kvinnene ble ikke veid eller bedt om å oppgi vekt, men flere av kvinnene hadde vektnedgang som mål. Likevel må det presiseres at kvinnene stort sett var normalvektige, men at flere hadde noen ekstra kilo som gikk utover trivsel og velvære.

Ada er en kvinne sent i tredveårene som har et lite barn. Hun har høyere utdanning og jobber i kommunal sektor. Hun er frisk, men mener helsa kunne vært bedre. Hun ønsker å forbygge diabetes og høyt blodtrykk, som hun ser i familien. Samtidig ønsker hun bedre kondisjon for å følge med sønnen og mer overskudd. Målet hennes er å gå ned i vekt, samt å bli mer aktiv og få tilbake et måltidsmønster. Hun har tidligere fått god hjelp av å gå på Grete Roede kurs og trening. Formen har variert mye fra hun som ung trente mye. Perioder med lite trening og lite mønster på måltider p.g.a sykdom, svangerskap og mye arbeid og gode perioder med trening og godt måltidsmønster. Hun er bevisst på hva som skal til, hva hun kan klare nå og vet hva hun har fått til før.

Beate er akkurat rundet 40 år og har to barn, et i barnehage og et i småskolen. Hun har høyere utdanning og trapper opp i jobb, etter utmattelsesyndrom for flere år siden. Hun mener helsa er grei nok og at hun er langt på vei, men at det er langt igjen til der hun ønsker å være. Hun ønsker overskudd i hverdagen og at kroppen fungerer slik den gjorde før hun ble gravid første gang. Hun har alltid vært i forholdsvis god form og hatt et bra kosthold. Målet hennes for å oppnå det hun ønsker er å trene tre økter i uka, samt å få inn så mye naturlig aktivitet som mulig. Hun er opptatt av at hun kan det meste om kosthold og trening, men at ting rundt henne skaper hindringer.

Carina er en kvinne sent i tredveårene som har et barn i skolealder. Hun har utdanning på videregående nivå og jobber deltid. Hun er frisk og har aldri hatt noen spesielle plager. Hun ønsker å spise sunnere og være mer aktiv. Målet hennes er å svømme og gå tur, samt planlegge for å ha tilgang på raske løsninger til middag. Hun liker å være i naturlig aktivitet, men har vanskelig for å komme i gang. Hun har ikke prøvd noe organisert før, men var tidligere opptatt av kropp og vekt, men sier hun har godtatt seg selv som hun er og virker fornøyd. Hun mener hun burde få til dette, men virker som hun ikke er helt klar.

Dina er en kvinne på 40 år med et barn som går på småskolen. Hun har høyere utdanning og jobber fulltid. Hun ser på helsa si som rimelig god, men har astma og arvelig høyt kolesterol. Hun har hatt et tøft år med å prøve ut nye medisiner selv, sykdom i nær familie, samt også mistet en i nær familie. Dina ønsker mer aktivitet og har som mål å svømme to ganger i uken. Hun har forsøkt ting tidligere, men har nå godtatt seg selv som hun er og virker som hun er veldig bevisst med hensyn til hva hun kan få til. På tross av mange utfordringer har Dina en positiv innstilling og viser tydelig at hun tar tak i ting.

Eirin er en kvinne som har rundet 40 år og som har to store barn. Hun har videregående utdanning og jobber deltid ved en skole. Hun oppfatter helsa si som god og er opptatt av å holde seg i form. Hun ønsker å trene mer og å bli instruktør for å få med seg andre til å bli mer aktive. Målet hennes er å prøve ut ting med en jentegruppe hun prøver å samle jevnlig, samt å ta kontakt med et lokalt senter for instruktørkurs. Eirin ønsker også å lage sunnere mat og vil derfor planlegge enkle retter til middag. Hun virker positiv og vil gjerne få til dette, men er litt tvilende til egne evner.

Frida er en kvinne på 40 år som har tre barn, to ungdommer og et på barneskolen. Hun har videregående utdanning og jobber deltid ved en skole. Hun sliter med høyt blodtrykk og oppfatter derfor helsa si som ikke helt bra. Har også slitt med nakke og skuldre, men dette er blitt bedre ved pilatestrening. Hun har slitt med blodtrykket lenge, men dette ble verre av vektøkning i forbindelse med svangerskap og at hun sluttet å røyke. Har forsøkt å gjøre endringer på egenhånd før, men det har vært vanskelig. Hun ønsker å gå ned i vekt for å komme tilbake til en vekt hun trives med. Hun vil gjøre dette ved å fortsette med pilates, gå to turer i uka og planlegge for tilgjengelighet av enkle, sunne middager og mellommåltid. Hun er god i gang og virker veldig positivt innstil.

Gina er en kvinne på 43 år som har et barn på barneskolen. Hun har tatt høyere utdanning ved private skoler i voksen alder og jobber fulltid. Hun oppfatter helsa si som bra, men vekta har i perioder variert mye og hun ønsker nå å gå ned en del kilo. Hun er god i gang og sier hun klarer det hun vil klare. Hun har tatt ulike kurs som Libra og Grete Roede tidligere med varierende effekt og er veldig tydelig på at hun går sin egen vei. Hun vil trene håndball to ganger i uka, ta sit-ups hver dag og få til en del naturlig aktivitet. Med kosthold mener hun at hun har effekt av å telle kalorier, men vil ikke bytte ut matvarer, men spise mindre porsjoner og mer frukt, grønt og grovt.

Hilde er en dame som snart runder 40 år. Hun har tre barn, et i barnehage og to på barneskolen. Hun har høyere utdanning og jobber til vanlig fulltid, men er fortiden sykemeldt og føler hun er ved et veiskille med hensyn til jobb. Hun oppfatter ikke helsa si som helt bra og gir tydelig uttrykk for at et av barna krever mye og føler at det ikke blir tid og overskudd til seg selv og egen helse. Hun har tidligere prøvd Libra og ser at bevisstgjøring og synliggjøring er noe av det som var bra. Hun ønsker å komme i gang med turer, pilates og små økter med styrkeøvelser. Med kostholdet handler det meste om familien og hun ønsker enkle tips til seg selv og barna.

Hvordan kvinnene oppfatter helsa si å variere fra bra og grei nok til at de ser rom for bedring eller at helsa ikke er helt bra. Noen ser sykdom i familien eller egen sykdom som trussel, mens andre ønsker å forebygge sykdom eller kun fremme egen helse. En av kvinnene betegner forandringer i helsen med jobberelaterte vondter og mens de andre kvinnene betegner forandringer i helsa som før og etter de fikk barn og sykdom. Det er derimot stor variasjon med hensyn til hvordan kvinnene ser på seg selv og hvordan de definerer egen helse. Der en av kvinnene definerer egen helse som rimelig god, mens hun har utfordringer med astma og arvelig høyt kolesterol, har en annen kvinne definert helsen sin med rom for bedringer, mens hun ønsker overskudd og unngå sykdom. Kvinnene er generelt ikke opptatt av utseende, men bruker ord som overskudd, forebygge sykdom og mestre hverdagen for å beskrive hva de ønsker. Kvinnene er ikke opptatt av kroppsideal, men fokuserer på helse og velvære. Carina gir en oppsummering som gjelder alle kvinnene i hvordan de begrunner hvorfor de ønsker endringer.

Så lenge jeg er frisk og har det bra så får jeg heller veie et par kilo for mye (Carina)

6 av 8 respondenter har forsøkt noe før for å endre helseatferd, enten organisert eller slankekurer og trening på egenhånd. De forteller alle om kortidseffekter, men ser også at enkeltkomponenter har vært nyttig og prøver å bruke det som passer inn i deres liv.

Enkeltkomponenter som oppfattes som bra er eksempelvis å lære måltidsmønster, skrive ned hva man har fått til er bevisstgjørende, trening gir overskudd og fravær av vondter.

Ønskene å variere fra økt overskudd og forbygge sykdom som diabetes og høyt blodtrykk til ønsker om å spise sunnere og være mer aktiv, mens en ønsker å påvirke andre til å være aktiv.

Målene til respondentene er ganske sammenfallende med økt aktivitet og sunt kosthold, men der noen ønsker vektreduksjon og stressmestring som en konsekvens, mens andre kun er opptatt av det helsefremmende perspektivet.

Tiltakene er også sammenfallende der alle ønsker turer og naturlig aktivitet, mens noen også ønsker trening i sal som styrke og pilates eller svømming og små økter på egenhånd med styrketrening. Tiltakene med hensyn til kosthold har også respondentene svart sammenfallende på som omfatter planlegging for tilgjengelighet av sunn mat, raske løsninger og regelmessige måltider.

4.2 Hva mener de hemmer muligheter for å få til endringer?

Dette er et hovedpunkt som forsker velger å gjøre relativt kort da det gjennom analysen og arbeidet med teorien kommer fram at hovedfokuset bør ligge på neste punkt som dreier seg om hvilke faktorer som fremmer mulighetene til å få til endringer. Forsker velger derfor å skrive oppsummerende om kategorier som hemmer respondentene i å få til endringer, samt belyse dette ved få, korte sitater.

4.2.1 Fysisk aktivitet

Ved første intervju om mål og tiltak gir respondentene inntrykk av at det er tre ting som hemmer de i å få til fysisk aktivitet etter deres ønsker. Det er selve handlingen med å sette i gang aktivitet og å fortsette når man først er gang, men også nevner flere at ulike vondter hindrer dem. Alle mener familien og ting rundt dem er et viktig hinder, da de må skaffe barnevakt og organisere hverdagen. Stress i forbindelse med jobb og/eller studier er en faktor flere kommer inn på som som en faktor utenfor deres kontroll. Dernest nevner flere at det er vanskelig å finne tid til å trene, men også at når dagene går sin gang så er det vanskelig å få

det til å passe inn, samt at årstiden spiller en rolle. Flere tar opp at sommeren er en enklere tid for å få til ting. Da forsker spurte hva som gjorde det vanskelig å få til det de ønsket svare svarte respondentene eksempelvis:

”Å komme i gang, for den fysiske formen er så dårlig” (Ada)

”Jeg vet hva som må til, men det gjenstår og faktisk å gjøre det” (Hilde)

”Vært flink en stund, men...” (Eirin)

”så er det det med å holde stimen oppe” (Dina)

”Det er ikke mest meg det går på, men ting rundt meg” (Dina)

”å få organisert mann og barn og sette av tid til seg selv” (Ada)

”Å ha familie er begrensende og vi står jo for størstedelen av hus, barn og organiseringen i hverdagen (Beate)

”Så er jeg aktiv i FAU og sosialt og sånn og det tar tid” (Dina)

”Så har jeg ikke vært noe flink, finner liksom ikke tid” (Frida)

4.2.2 Kosthold

Hindringer i forholdt til å få til et sunt kosthold var tilsvarende nevnt tidligere for fysisk aktivitet der tid og tilgjengelighet av raske løsninger var hovedårsaken for respondentene, mens de med små barn var i tillegg opptatt av at hva familien spiste styrte kostholdet deres. En annen årsak mange ga var trøstespising, store porsjoner og dårlig måltidsmønster.

”Samboer er et godtesvin” (Ada)

”når man kommer hjem fra jobb og skal videre på noe annet” (Carina)

”Da er jeg utsulta og da blir det stor porsjon” (Frida)

”jeg er alt for glad i mat, også spiser vi for mye..” (Gina)

”jeg gir jo barna mine regelmessig mat, men har en tendens til å hoppe over måltider selv” (Hilde)

4.3 Hva fremmer muligheter til å få til en endring?

Respondentene ble spurt om hva som kunne gjøre det enklere å få til endringer, hva som motiverte og hva de mestret godt. Mange hadde klare tanker om hva som var motiverende og hva som kunne hjelpe de å få til det de ønsket. Men hva de mestret var ikke enkelt å svare på så forsker måtte synliggjøre dette for respondenten for å få de på gli. Da ble det derimot veldig gode svar og forsker hadde en coachende væremåte for å få de til å se hva de var gode på og om dette kunne brukes som verktøy.

Det er flere områder som peker seg ut med hensyn til å fremme endringer og dette er oppsummert i stikkordene under og gjelder både kosthold og fysisk aktivitet. Hva de mestret og hva selvforståelsen betyr for dette vil bli omtalt senere i dette kapittelet.

Forsker oppfatter hva som fremmer muligheter for å få til endringer som hovedfunnene i studien og ser mange sammenhenger etter å ha analysert første og andre intervju. Dette oppsummerer hva respondentene mente i første intervju, men også hva som var den faktiske opplevelsen etter å ha gjennomført tiltakene. Tiltakene er satt opp på bakgrunn av hva de mente, men det er også slik at alle har justert dette etter hva som fungerer best for hver enkelt og hva de mestret. Stikkordoversikt over hva som fremmer muligheter for å få til endringer i kosthold og fysisk aktivitet fremkommet gjennom analysen, koding og kategorisering av de transkriberte intervjuene:

1. Enkelt
 - Raske, sunne løsninger
 - Lett å få til å trene
2. Støtte
 - Skryt, tilbakemelding
 - Tid og hjelp fra familien
3. Resultater
 - Se, føle og kjenne
 - overskudd
4. Tilgjengelighet
 - Raske, sunne løsninger
 - Trening i nærhet

5. Mestre

- Erfaring, fått til før
- Liker å gjøre, gøy

6. Avtaler

- Treningskamerat, faste avtaler
- Om hva man har tilgjengelig av mat

Alle respondentene fortalte om enkelhet enten de omtalte det å lage mat eller det å være fysisk aktiv. Og dette sammenfaller med hva de ønsker å vite noe mer om eller hjelp til. Fire av respondentene ønsket enkle øvelser de kunne gjøre hjemme og tre av respondentene ønsket forslag på raske løsninger til middag og snacks, samt tips som kunne inspirere kostholdet. Fem av åtte snakket om brødskalaen som gjør det enkelt å velge grove produkter, samt enkle løsninger for å forbedre kostholdet, som å bytte ut vanlige matvarer med sunnere varianter.

”å gå tur, trenger kun et par gode sko”(Ada)

”det enkleste for meg er kanskje å gå tur om kvelden”(Ada)

”selv sånne timinuttersøkter vil være motiverende for meg”(Hilde)

”Alt må gå superraskt, kjappe løsninger”.....Ja, det kan ikke være noe voldsomme greier, for det funker ikke(Carina)

”folk skal hit og dit, så man skal ha raske middagsløsninger”(Frida)

”og da har det der å bytte ut sånne ting ikke blitt noe offer, men bare litt spennende og ålreit”(Hilde)

Flere sier med en litt lattermild stemme ”praktisk hjelp” når vi kommer inne på hva de ønsker hjelp til eller hva som kunne hjulpet de med å nå målet sitt. Før de går inn på tidsaspektet og hjelp fra familien som punkter som ville ha gjort det lettere for dem å nå sine mål. I andre intervju kommer en av kvinnene inn på hvordan mannen, som jobber skift, av og til har begynt å lage ferdig middag til henne og sønnen og at dette oppleves som hjelp i en travel dag.

”det mannen min har prøvd å hjelpe meg litt med, når jeg har vært mye aleine med sønnen min, har han laget litt middager ferdig til meg, og lagd litt salat og sånt.” (Ada)

Flere forteller om konkret hjelp fra familien med hensyn til barnevakt og er tydelige på at de må ha faste tider og må komme seg ut av huset for å få til.

”...for jeg trener på tirsdag, da får dere andre ta minstemann, for dere ordne opp og så er det min tid. Ja, det er veldig deilig altså” (Eirin)

Flere sier at de finner støtte i en treningskamerat som kan ”pushe” litt og at det er morsommere å trene sammen, samt å få positive tilbakemeldinger og ros. Men alle snakker om at motivasjonen ligger i å se resultater i form av å se fysisk på kroppen eller kjenne ved å få til mer, overskudd eller vondter blir borte.

”og skaffe meg en turkamerat til å pushe meg litt” (Ada)

”også har jeg en venninne som har begynt å sykle sammen med meg” (Eirin)

”få positiv tilbakemelding og skryt, så føler jeg meg vel” (Dina)

”så jeg går sammen med søstera mi, også bakker vi hverandre opp hvis vi har hatt en litt lang, tøff dag” (Frida)

”styrketrening er det morsomste jeg vet for der ser du fremgangen og måler det. Å se resultater motiverer meg” (Ada)

”jeg får strammet opp både her og der og får overskudd og energi” (Dina)

”jeg startet på pilatesen og etter det har jeg ikke hatt behandlinger...jeg ser jo fremskritt og at det har skjedd noe med kroppen og det gir kikk til å fortsette” (Frida)

”11 kilo er borte og kondisjonen er bedre.når jeg faktisk merker at jeg får det bedre” (Gina)

”gå å legge meg om kvelden og ikke være sliten” (Beate)

Tilgjengelighet av sunn mat er en nødvendighet for å ha tilgang på ”kjappe løsninger” som mange refererer til med hensyn til en travel hverdag. Fem av respondentene hadde planlegging for å ha tilgjengelige sunn, rask mat som konkret tiltak. Her kommer igjen de enkle tiltakene inn med fokus på å bytte ut enkeltmatvarer med bedre erstatninger, kunne bruke brødskalaen, enkelte frossenprodukter er bra nok og tips med hensyn til enkel, rask og sunn mat.

”hver tirsdag får vi frukt på jobben, men den er borte til dagen etterpå, så da må du bare grabbe til deg. Men jeg bruker stort sett å kjøpe banan, eple og kiwi hver dag på morran” (Gina)

”spiser yoghurt hver morgen med nøtter, rosiner og linfrø. Og jeg har begynt å bake sånn veldig grovt brød. Svensk rugbrød som du kjøper på sånne kartonger på Ikea. Kan bare fylle oppi vann, riste og steke. De er gode” (Eirin)

”jeg har blitt veldig bevisst på brødtypen både for meg og barna, det frister faktisk med den typen brød nå” (Hilde)

”jeg bruker mer grønnsaker og mindre av det andre. Også har jeg brukt de middagstipsene på Mega litt og det har hjulpet. Så kutter jeg ut det vi ikke liker og legger til noe annet, og så kjører vi på med grønnsaker. Og da har hele familien vært fornøyd” (Frida)

”og da har det å bytte ut sånne ting ikke blitt noe offer, men bare litt spennende og ålreit” (Hilde)

Tilgjengelighet når det gjelder fysisk aktivitet handler om at kvinnene hele tiden snakker om tid og ønsker at treningstilbud og turmuligheter skal være i nærheten. Flere trekker fram at det ikke er tilbud i nærheten eller at det er begrenset med plasser.

”så jeg håper at hun setter opp noen flere timer. Hun snakket om å få flere timer både på morgenen og ettermiddagen” (Frida)

”da vil jeg være ute. Gå tur eller sykle eller hagearbeid... kjempefint turområde rett ved sjøen” (Carina)

”for å ha tid til å reise på treningsstudio innebærer både at jeg må ha tid til å reise dit og være med på timen..” (Ada)

”det starter noen kurs nå som varer i åtte uker, som jeg ikke fikk slengt meg på” (Hilde)

Kvinnene bruker eksempler fra hva de har klart å få til før og omtaler dette som motivasjon til å prøve igjen. Men alle påpeker også at de har lettere for å gjøre ting som ikke føles som en plikt, men som oppleves som gøy.

”å svømme, det er noe jeg liker og klarer” (Dina)

”jeg synes det er veldig gøy med Yoga”(Ada)

”førte aktivitetsbok før og da klarte jeg ganske mye”(Beate)

”har gjort det før så da vet jeg at jeg kan igjen”(Gina)

Siste punkt forsker velger å trekke fram i hva som fremmer endringer er punktet avtaler. Det omfatter å lage avtaler med familie med hensyn til tilgjengeligheten av matvarer, at flere bidrar med å lage mat og være barnevakt og lage avtaler med hensyn til fysisk aktivitet på faste tider.

”når han ikke kjøper inn godteri, da spiser jeg heller ikke godteri”(Ada)

”jeg må lage en avtale med mannen min for han trenger det også..... og ungdommen som da jobber og tjener penger sjøl kjøper inne og da ligger det i skapet”(Frida)

”når jeg har laget en avtale om trening så holder jeg den”(Ada)

”nye lettere å trene sammen dersom man har faste treningstider”(Eirin)

”faste dager og faste tidspunkt. Det hjelper ikke uansett hva som skjer på hjemmebane da, han drar”(Hilde)

”at hun kjører videre kurs på pilates og spinning, sånn at jeg kan fortsette der, det har funka. Men nå er det liksom, dette har jeg betalt for og det skal jeg”(Frida)

4. 4 Selvforståelse knyttet til mål og mestring

Selvforståelse er knyttet til hvordan vi ser på oss selv og dette blir derfor belyst med sitater av hvordan respondentene omtaler seg selv, hva de mestrer og hva som gjør det vanskelig. Dette handler om om de virker sikre eller usikre i måten de formidler seg til forsker om hva de mestrer eller ikke mestrer. I første intervju prøver forsker å få tak i hvordan de omtaler hva de får til og ikke får til, men forsker brukte også tid på, som nevnt i metodedel, at dette var et område forsker måtte hjelpe til med å utdype. I andre intervju ble de bedt om å starte med å fortelle hvordan det gikk i forholdt til det de hadde satt opp som mål og tiltak for seg selv. Hvordan de beskriver hva de har gjort og ikke gjort og forklaringer på dette gir utgangspunkt for hva forsker gjengir for å belyse selvforståelse og hvordan dette kan påvirke endring av

helseatferd. Den oppfatningen vi har av oss selv kan sees på som en bro mellom det vi vet og hvordan vi utfører dette.

4.4.1 Mestring, selvforståelse

I første intervju omtaler kvinnene seg selv og hvordan de kan mestre eller ikke mestrer situasjoner. Her er det trukket ut sitat på hver respondent for å komme tilbake til dette i drøftingen og se dette opp mot måloppnåelse og hvordan de omtaler dette.

Jeg har falt ut i en sånn dårlig trend som jeg ikke kommer ut av. Jeg har jo vært flink før. På en måte så må jeg bare begynne, jeg har jo gjort det før (Ada)

Hvis jeg ikke hadde hatt noen begrensninger så hadde jeg gjort det.hvis jeg ikke får det til så er det bare meg selv det går på... (Beate)

Man får jo litt dårlig samvittighet. Jeg burde vel sikkert trent litt mer, finner mest unnskyldninger. Jeg må bare skjerpe meg litt, bli litt flinkere (Carina)

Jeg burde litt av hvert, men det er det å få det til da. Jeg tror det stort sett går bra, jeg har rimelig kontroll på det. Jeg er ganske god til å gjennomføre det jeg planlegger. Det har vært tøffe år, men jeg synes jo jeg har kommet greit gjennom det (Dina)

Jeg er fæl til å tro at jeg ikke er bra nok, nei, det tror jeg ikke jeg får til for det er jeg ikke bra nok på......./..For jeg er ikke noe sånn treningsinstruktør (Eirin)

Stadig vekk tenker jeg at jeg skal være flink. Jeg er veldig dårlig på å tenke at jeg skal ut hver kveld, har mange unnskyldninger. Jeg vet hva jeg gjør feil, det er bare det å komme inn på riktig sti (Frida)

Da bare fant jeg ut at, nei nå får jeg prøve å se og det gikk overraskende bra. Da har jeg fortsatt, nå tar jeg en dag av gangen, det får gå som det går. Du får ta meg som jeg er, her er jeg, ferdig med det (Gina)

Veldig opptatt av fokuset mitt. At jeg kan gjøre noe med ting selv. Men jeg har en tendens til å holde meg unna det som jeg egentlig ikke vil erkjenne. Nå er jeg sykemeldt, da tillater jeg meg å være litt nede og være i en prosess (Hilde)

Ada, Carina, Eirin, Frida og Hilde virker åpne for forslag og tips og sier alle ting de ønsker hjelp med når forsker spør, mens de andre 3 sier de ikke trenger hjelp til noe eller refererer til oppfølgingskurs eller annen hjelp de kan innhente på et senere tidspunkt. To av de tre, Beate og Gina, virker ikke åpne for forslag, men er tydelige på at de vet og kan det meste, mens den tredje, Dina, virker åpen og imøtekommende, men har ikke behov for annet enn hjelp til fokus og bevissthet. De som ville ha hjelp til mat ønsker forslag og tips til raske og enkle løsninger i en travel hverdag. Mens to av de fem og ønsker i tillegg forslag til enkle øvelser for hjemmetrening.

Nettsteder og sånne steder jeg kan finne mat og tips til å lage mat og alternativer til å putte i seg alt det godteriet, for eksempel (Frida)

Forslag til sånne timinutters økter ville være motiverende for meg (Hilde)

4.4.2 Måloppnåelse, selvforståelse

Andre intervju ble innledet med å be respondentene fortelle hvordan det gikk i forhold til målene de satt opp tre måneder tidligere. Noen var raskt ute med å si at det ikke hadde fått gjort så mye, men i løpet av samtalen justerte de det til at de hadde fått til en god del, bare gjort noen endringer. Mens andre sa det gikk bra, men at de ikke hadde fått gjort alt de satt opp som tiltak. Noen brukte tid på å forklare hvorfor de ikke hadde nådd målet sitt, mens andre var fokusert på hva de faktisk hadde fått til. Velger derfor å ta med flere sitater fra noen respondenter for å gi innsikt i utviklingen i samtalen. Eksempelvis var Frida veldig fornøyd og tydelig i at hun hadde nådd målet sitt og fått gjennomført tiltakene.

Jeg synes det går kjempebra. Jeg har gått ned åtte kilo, skulle gå ned ti på lang sikt. Funker kjempebra og så trives jeg med den type trening. Det synes jeg er kjempegøy. Og ellers har jeg jo med mat og sånn vært flinkere til å bruke grønnsaker og sånn. Jeg bruker mye grønnsaker og mindre av det andre. Ja, så blir jeg mett og fornøyd og det ser ut som minstemann også, som ikke liker så veldig mye, har begynt å skjønne at det går ann å smake.

Fra å beskrive hva hun helt konkret har fått til og hva hun gjør tar samtalen en annen vending der hun forteller om hvordan hun har merket fysiske endringene.

..nakken er kjempefin, har vært fin siden jeg begynte å trene pilates. Det hjelper betraktelig når du ikke går rundt med noen vondter, for å si det sånn

Frida snakket om at hun hadde høyt blodtrykk og at det var vanskelig å finne riktig dose medisiner, når jeg spør om hun har merket det på blodtrykket sier hun:

Sist jeg var hos legen var det gått veldig ned, det er veldig bra, det hadde ikke vært så bra på to og et halvt år

Carina sier hun har nådd målet sitt, men var den som snakket mest om at hun burde trene og spise sunnere ved første intervju. Hun virker mest fornøyd med situasjonen og sier hun vil gjøre noe, men ikke noen drastiske endringer. Hun virker mest opptatt av årstid og gir dette som grunn til at hun føler at målet er nådd.

Ja, smoothie blir det jo en del av. Og aktivitet det er jo også lettere nå når det er vår og sommer.

Ada føler ikke at hun helt har nådd målet sitt, men sier først:

Da føler jeg at jeg ikke er helt i mål, det er ikke alle tingene jeg har fått til. Det er flere årsaker til det, noen endrer seg kraftig fra og med i morgen. Det har ikke vært lett å være i

praksis og skulle jobbe fullt ved siden av og skulle få det til å gå opp i forhold til å dra og trene på Elixia

Senere i samtalen sier hun:

Jeg er fornøyd med at jeg har klart, selv om jeg ikke har fått fullført det vi satt opp, så har jeg ikke glemt og fortrengt det..... jeg tror hadde jeg ikke hatt det med meg så hadde det blitt mer sånne kjappe løsninger med sjokolade og sånne ting.

For så avslutningsvis å si:

Ja, så selv om jeg da føler at jeg ikke har kommet helt i mål med alle de tingene jeg satt opp så har det ikke sklidd helt ut, det har hjulpet meg og på en måte å ha fokus.

Der Ada sier hun ikke er helt i mål, men føler at hun er på vei og dette har hjulpet henne er Hilde er først opptatt av at hun har gjort litt, men senere i samtalen ser at hun har fått til mer. Hilde starter med å si:

Ja, det er tre måneder siden vi snakket sammen og jeg har ikke engang sett på oversikten siden den gang, men en del har jeg hatt i bakhodet, ser jeg nå som jeg leser gjennom det.

For så i neste avsnitt og ramse opp det hun har gjort og oppsummere med å si:

Men det har skjedd noe i riktig retning der også, det er helt klart. Nå skjønner jeg egentlig mer og mer at jeg har hatt det, jeg har ikke jobba veldig bevisst med det, men jeg har tydeligvis hatt det veldig i bakhodet.

Og hun avrunder hele intervjuet med å si noe om å være med på prosjektet og hva hun har fått til:

Så bevisstgjørende og motiverende, at det går ann å fokusere på det man har fått til. Og ta tak i det og så kan jeg da bruke det til andre ting og. Fordi når du, når jeg skjønner at vi skulle møtes igjen, så må jeg ærlig innrømme at, åh allerede nå, kanskje vi bare kan droppe det for jeg har ikke gjort noe. Men så begynte jeg å tenke litt før jeg kom hit, jeg har jo faktisk gjort noe, også stiller jo du spørsmålene som får det opp da, hva jeg faktisk har fått til.

Gina svarer litt motsatt av de andre der hun starter med å si at det går bra, men moderere seg og finner årsaker til at hun ikke har nådd hele, men deler av målet sitt.

Det går bra, men det har vært perioder det ikke gjorde det. Eller jeg vet ikke, ikke det var vel kanskje litt gærent å si, men det var ikke så mye trening som jeg skulle ønske fordi jeg har slitt med et kne. Og eksamensforberedelser og sånne ting, da blir det til at du spiser litt mer enn du skal og litt andre ting.

Dina forklarer at målet ikke er helt innfridd med hva hun og mange av de andre mente ville hemme gjennomføringen av tiltakene før de startet.

Målet er jo ikke helt innfridd da, men det står ikke på viljen. Det står jo på andre sing som har kommet i veien.

For så å forklare det med det mange sier noe om, at familien vanskeliggjør gjennomføringen:

Ja, ja jeg har jo hele tiden i bakhodet at jeg må få putta inn noe svømming noen morgener i uke og sånn. Prøver å få gjort noe i helgene som innebærer fysisk aktivitet. Det er ikke alltid det lar seg gjøre liksom. Det er så mye som skjer på våren. Ja, også er jeg mamma`n i huset og da bruker jeg sikkert masse tid på at ting skal være litt ordentlig, istedenfor å bruke tid på meg selv.

Det må vel være at jeg ikke har nådd de målene vi satt opp, men jeg er veldig bevisst i forhold til hvorfor jeg ikke har nådd de målene (Beate)

De fleste svarer at det å ha et mål og være med på dette har hjulpet dem.

Jeg har sett på det som å jobbe mot et mål fordi jeg hadde den samtalen med deg. Også tenkte jeg at da må jeg få prøve å få gjort deler av det. For min del og for din del. For at jeg har sagt ja til å være med på noe for deg. Men det har jo gått i fordel av meg hele veien. Ja, det har det. Jeg har hatt det i bakhodet hele tiden at, nei du har bestemt deg for at dette skal du. Og når du ser at dette funker, så får du et ekstra kikk til og fortsette.(Frida)

Jeg hadde ikke grjot så mye på egenhånd hvis jeg ikke hadde. Det er mye lettere å gjøre noe med det når, også når jeg visste at du skulle komme tilbake og sjekke. Da hadde jeg sikkert fortsatt å gå og tenke på det. Og ikke gjort noe med det.(Eirin)

Veldig bevisstgjørende. Kjempeåltreit, det å få litt hjelp i form av de spørsmålene du stiller og sånn, og fokusere på hva man har fått til og hvorfor. Jeg tenker jo at det er den der nøkkelen vi var inne på. Og det er mye lettere for meg å få til det med hjelp enn ikke med hjelp. Så bevisstgjørende og motiverende, at det går ann å fokusere på det man har fått til. og ta tak i det og så kan jeg da bruke det til andre ting og (Hilde).

Jeg opplever det som en motivasjon i seg selv. Også er det klart at sånn som det har vært for meg nå så kan det fort bli demotiverende, når jeg overhodet, altså, når man merker at jeg får ikke gjort det jeg skal. Men jeg har vel nådd et punkt hvor jeg ser at jeg, det blir avgjørende at jeg får gått ned i vekt og komme i bedre form i forhold til livsstilssykdommer og at moren min har diabetes og selv om hun har litt.. nei, jeg synes det er bedre. For uten mål så kan det skli helt ut (Ada)

jo, det er greit at du, det ligger jo litt i bakhodet at man liksom må tenke littegrann på hva man spiser og hva man gjør. Så det er greit å få litt sånn tankevekker (Carina)

Det som, hjulpet meg så mye har det kanskje ikke, men det som er positivt er at man blir bevisst fordi du har det i bakhodet. Selyfølgelig hvis man blir litt mer bevisst i forhold til dette, man tenker mer på det, sånn sett er det veldig positivt (Beate)

jo, det hjelper jo til en viss grad det å ha et mål i bakhodet at jeg må prøve å få til det, liksom. Det hjelper jo, hvis ikke hadde man jo gitt fullstendig blaffen. Jeg har jo gjort det i perioder også, hvor jeg bre har gitt opp. Det hjelper jo å få litt mer fokus på det og få lyst til å gjøre noe med det. Å ha det som et sånt mål i bakhodet. At du planlegger hele uka og putter inn. (Dina)

Det ligger i bakhodet hele tiden, det ligger i bakhodet ja. Sånn som i dag på jobben så stod det et helt fat med skolebrød, istede for å ta et helt så tok jeg et halvt. (Gina)

Med hensyn til videre tanker om helseatferd og hva de har lært av å være med på dette prosjektet deler svarene seg relativt likt som svarene til om de var åpne for å få hjelp og tips. Der Ada, Erin Frida og Hilde har tanker om hva de har lært og vil fortsette med, mens Beate og Gina sier de ikke har lært noe, men skal fortsette med det de selv har begynt med. Mens Dina gir inntrykk av at hun har funnet ut at hun må fokusere mer på trening.

Jeg har jo lært at man skal ikke gi opp. For at det er litt sånn til å begynne med, man vil så gjerne, hvis man skal ned i vekt og sånt no så vil man så gjerne at det skal være synlig med en gang. Ikke sant, man føler at nå har du vært flink så lenge også vises det kanskje ikke på vekta, men likevel synes det på kroppen likevel, du merker det på bukser, du merker det på andre ting, men kanskje ikke på vekta. Du trener i tillegg også. Jeg vil ned enda mer i vekt, men jeg vil ta det sånn som jeg har det nå. At jeg kan gjøre det på den måten jeg gjør det nå. For at jeg føler at det er ikke et slankeprogram det er, jeg vil trene og spise sunt, men samtidig kunne kose meg innimellom. Sånn at jeg ikke bare skal sitte og knaske grønnsaker eller sånne ting. . .(Frida)

Fortsette litt, det er ikke noe nye ting jeg tenker, annet enn å prøve å overføre litt dette her med at jeg gjør det fordi jeg vil og fordi jeg synes det er spennende og sånt og at jeg klarer å erstatte det jeg ikke vil ha med det jeg vil ha og det likevel er lystbetont. Det er det jeg tenker at jeg har lyst til å få til i forhold til trening og. Fordi at de få gangene jeg kommer meg ut på tur og sånn sa var jeg jo ganske raskt der at jeg tenkte at jeg vil enda mer, gå på tur mer med venninnen min, men jeg vil pushe meg litt videre fordi jeg var overraska over at ikke f. eks astmaen slo ut, at jeg fikk lyst til å løpe (Hilde)

Jeg har lært at jeg må bli litt tøffere da. For å få til det jeg har lyst til må jeg bli litt tøffere (Eirin)

Absolutt! Prioritere meg selv! (Ada)

..... jeg ser jo begrensingene, men det er veldig greit å forholde seg til begrensningene når man forstår hvorfor (Beate)

Det eneste jeg har lært er vel at jeg må prøve å fokusere mer på det. Men det er typisk sånn flink pike syndrom som skal får til alt mulig rart, så da.(Dina)

Det har egentlig ikke hatt noe å si. Jeg var så godt i gang og jeg kommer til og fortsette.(Gina)

Flere som føler at de har nådd deler eller alle målene sine sier alle at de ikke har gjort akkurat som de satt opp, men funnet andre tiltak som gir samme effekt.

Så synes jeg det er så slitsomt å gå inn i en svømmehall når det været sånn som det er nå. Da vil jeg være ute. Gå tur eller sykle tur eller hagearbeid eller(Carina)

Eh, jeg har ikke fått til den trimminga om kvelden med manne min og ikke en dag med venninna. Men jeg har trena pilates. Ja, og det med trening og det var det at jeg når jeg da jobber så mye, fikk ikke til før klokka ble ti halv elleve om kvelden og da var det ingen av oss som var motivert for å gå ut døra, for han jobbet så seint. Sa da har det heller blitt til at jeg har lagt på en time trening med spinning når hun kom med det tilbudet der jeg trener pilates. Da hoppa jeg på det og tenkte at da får jeg heller tenke på meg selv (Frida)

Både de der små treningsøktene og det har liksom vært bare min lille stund, liksom. Jeg liker musikken og jeg liker å bevege meg og sånn og samme med maten, så jeg har ikke gått og tenkt på stram mage når jeg har gjort det, men det føles godt å få til noe som jeg synes er viktig (Hilde)

Men jeg har prøvd de stedene jeg har vært i praksis og ikke å ta heis, gå i trappa og prøvd å legge inn noen sånne parkere på den borteste parkeringsplassen, jeg har prøvd å ta igjen lit.(Ada)

ja, for da jeg begynte å gå så fant jeg ut at jeg vil ha litt mer puls. Så begynte jeg å springe og fant ut at det gikk jo faktisk veldig greit (Gina)

4.5 Oppsummering av resultater

Funnene viser at respondentene har til dels ulik oppfatning av egen helse og at dette kan ha påvirkning på motiavsjon og mestring av endringer. Det kan se ut som de fleste mener helsen forandret seg etter de fikk barn og at de nå ønsker overskudd, forebygge sykdom, gå ned i vekt og eller bare en mer helsefremmende livsstil. Tiltakene er forholdsvis enkle med økt fysisk aktivitet og naturlig aktivitet, tilgjengelighet av sunn mat og raske løsninger.

Hindringer ved fysisk aktivitet er selve handlingen for å sette i gang og fortsette, tid til aktiviteten og hindringer rundt dem med familie, stress og forpliktelser. Hindringer med hensyn til et bra kosthold er tid, tilgjengelighet, måltidsmønster og familien.

Det som fremmer både fysisk aktivitet og kosthold er at det er enkelt å få til, at man får støtte og hjelp fra familien, se og kjenne resultater og at man har tilgjengelig gode løsninger. Det hjelper også at de har en erfaring at de har fått til dette før og det å ha avtaler med familien om tilgjengelighet av mat og treningsavtaler med andre.

Kvinnene omtaler egne mestring og måloppnåelse og der noen er tydelige i å forklare hvorfor de ikke har nådd hele eller deler av mål er de fleste fornøyd med egen innsats og ser at de har fått til mer enn de i utgangspunktet tenkte før andre intervju.

Kvinnene beskriver fokus og bevissthet som faktorer som har vært positive ved å være med på undersøkelsen og mange tar frem at de har trengt hjelp til å sette i gang. Mange har ikke

gjennomført alt som beskrevet i målskjema, men funnet andre tiltak som passer bedre med deres liv og hva de liker.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes de resultatene som er presentert i resultatkapitlet. Det er nødvendig med noen avgrensninger. Utgangspunktet er helse og ønsker kvinnene har for helsa si. Det er lagt vekt på kosthold og fysisk aktivitet og hva som hemmer og fremmer muligheter for å få til endringer. Undersøkelsen er gjennomført ved intervju som var som samtaler og det er derfor nyttig å se på hvilken rolle samtalen hadde. Forsker ser det som nyttig å se prosessen opp mot teorier og forskning på motivasjon og mestring for senere og se på selvpoppfattelsens betydning. Det ble klart i løpet av analysen og når kategorier dukket opp at det som er mest interessant i denne studien er hva kvinnene mente ville gjøre gjennomføringen av tiltakene enklere og hva som faktisk var det utslagsgivende for å få til endringer. Der ser man at oppfattelsen av egen helse er påvirket av hvordan man ser på seg selv som igjen gir en ramme for hvordan man går i gang med å gjennomføre egne tiltak. Da utvalget er lite og ikke kan brukes til å generalisere ser forsker det som feil og trekke inn mye om utdanning og jobbsituasjon, men nevner dette i forbindelse med tid, kunnskap og selvforståelse. At forsker velger å vektlegge hva som fremmer helse betydelig mer enn hva som hemmer kan være et resultat av eget ståsted og forforståelse. Dette kan være påvirket av eget syn på mennesket, som har et positivt fokus, men det sammenfaller med det positive synet på mennesker motivasjonsforskningen til Decy og Ryan (2005) har og som er utprøvd på mange ulike områder som for eksempel helse og velvære, sport og arbeid.

5.1 Helse og ønsker

Respondentenes svar på oppfattelse av egen helse å variere og kan sees i sammenheng med selvpoppfattelse. Flere oppfatter helsa si som grei nok, men vil gjerne ha bedringer. WHO (1987) trekker fram skille mellom helsefremming og sykdomsforebygging, mens disse kvinnene ønsker både å forbygge diabetes, høyt blodtrykk samt kontroll på arvelig høyt kolesterol og de også er opptatt av helse som økt overskudd og det å mestre hverdagen. Den psykiske helsen påvirkes av den fysiske helsen. Psykisk helse omtales som stressmestring og andre utfordringer, samt det emosjonelle og evnen til selvbestemmelse (Naidoo & Wills, 2007). Mange sier stress på jobb og i privatlivet påvirker og dette og tapper de for overskudd og energi. Likevel mener flere at overskuddet kommer tydelig og raskt tilbake når de får satt i gang med fysisk aktivitet og setter av litt tid til egne prosjekter Dette kommer tydelig fram i

både første intervju og oppfølgingsintervju at kvinnene ønsker overskudd til alt og at de ikke føler seg utslitt når kvelden kommer.

Mens helsefremming går utover det å forbygge og begrepet salutogenese, som omtalt i kapittel 2, der Lærum (2005) definerer det som både å motvirke sykdom og føle overskudd, ser ut til å passe best med den oppfattelsen disse kvinnene har av egen helse og ønsker for forbedringer. Da de også i forkant ble fortalt at forsker ønsket kvinner som var friske, men kunne ha symptomer på sykdom, men ikke være under oppfølging av helsevesenet. Oppfatningene er svært individuelle og blant disse kvinnene finner vi både de som fokuserer på fravær av sykdom og de som ser på helse som ressurs til å takle hverdagens krav, samt at noen kommer inn på helse som velvære som Mæland (2005) definerer som tre ulike oppfatninger. Det kan derimot se ut som det ikke er et klart skille mellom disse oppfatningene og kvinnene gir eksempler fra hverdagen som berører det å ha ressurser til å takle familiære utfordringer, samt at dersom de holder sykdom i sjakk vil velvære og overskuddet øke.

Utfordringen blir som Andrews (2003) omtaler at det ikke for alle er klare grenser mellom det som oppfattes som sykdom og det som oppfattes som naturlige utfordringer i livet. Det er stor forskjell på hvordan kvinnene definerer egen helse, der en definerer helsa si som dårlig uten å ha klare symptomer på sykdom, mens en annen har sykdom å takle, men definerer seg ikke som ”å være syk”. Den oppfattelsen av egen helse er uttrykk for subjektive vurderinger av sitt eget liv (Mæland, 2005) og det er den samme subjektive opplevelsen forsker ser som speiler hvordan folk tar egne valg i forhold til atferd som påvirker helsa. Mange har prøvd flere ulike kurs eller endringer på egenhånd før, men har likevel ønsker om å mestre endringer igjen. Dette gir forsker en indikasjon på at dette ikke har virket og at det er noe annet enn ulike kurs som gir varige endringer. Uten å gå inn på diskusjonen om ulike kurs som Grete Roede og Libra virker så kan det se ut som det handler om hva man selv gjør ut av det.

Mæland (2005) omtaler handlinger, vaner og levesett i det at det gir innvirkning på helsa. Dette bekrefter kvinnene ved å si at det er vanskelig å endre på inngrodd vaner og at livet er travelt slike de lever. Espenes og Smedslund (2001) definerer helseatferd som enhver aktivitet som personer som oppfatter seg selv som friske gjør for å forebygge eller oppdage sykdom. Dette bekrefter kvinnene ved å si hva de ønsker for helsa si og kognitive faktorer som mestringsforventning, holdninger og subjektive normer og tilgjengelighet av mat og trening

påvirker om man klarer å styrke helsen. Der flere av kvinnene sier dette skal jeg klare, mens andre er tydelige på at de tar det som det kommer og gir inntrykk av å finne begrunnelser for hvorfor de ikke har fått gjennomført hele eller deler av mål, kan man finne forskjeller i holdninger til eget tiltak og deltagelse. Flere av kvinnene er tvilende til egen mestring, men de som virker åpne for tips og hjelp får bedre uttelling. Det kan også se ut som de som har mye følelsesmessig å ta tak i blir begrenset av dette ved gjennomføring og mestring. Holdningene og forventning om mestring av tiltak i forhold til mål virker oppriktig og ærlig, men at de blir begrenset av andre emosjonelle faktorer.

Kvinnene oppfatter at helsa har forandret seg etter de fikk barn og alle kvinnene har barn. Det var kun en av de åtte kvinnene som ikke snakket om dette, men heller om slitasjeskader etter yrke med mye tunge løft. Dette sier noe om

5.2 Hva hemmer og fremmer prosessen?

Handlingsmønster påvirkes av tanker og følelser (Mæland, 2005) og flere av kvinnene beskriver ved spørsmålet om hva som vanskeliggjør endringer at dette har med ting rundt dem å gjøre og flere beskriver dette som vanskelig situasjoner med mann og barn som tar mye energi i form av tanker og følelser. Spesielt de som har personer rundt seg som strever med noe eller har vanskeligere perioder selv blir påvirket av dette i så stor grad at det påvirker egen evne til å gjennomføre endringer. Forskning beskriver en tendens til at kvinners selvrefleksjon vendes innover og dette kan gi sterk skyldfølelse når noe går galt (NOU, 1999) og dette beskriver kvinnene som sliter med situasjoner med barna. De tar på seg i stor grad det meste av skylden for om barna eller annen familie har vansker og mener de må sette seg selv på vent dersom noen trenger deres støtte og oppfølging. Hilde beskriver hvordan sønnens vansker styrer livet hennes, mens mannen gjennomfører det han har avtalt uansett situasjon hjemme. Hun presiserer også at mannen absolutt stiller opp, men legger fokus på at han klarer å gjennomføre sine aktiviteter på tross av at sønnen har en vanskelig dag, mens hun ikke har samvittighet til det og får skyldfølelse.

Prescott og Børtveit (2004) mener at med den økende kunnskapen som er tilgjengelig om kosthold og fysisk aktivitet er det mulig for hver enkelt å velge en livsstil som gir god helse. Det kan imidlertid se ut som de kvinnene med høy utdanning ikke har mange spørsmål om kosthold, mens de med lav utdanning spør litt mer. Men det er ikke et tilstrekkelig utvalg til å trekke noen klare konklusjoner om dette. Mens det kan se ut som de som virker åpne for tips

er opptatt av nærmest å avklare hva som er bra og ikke bra, er de som er mindre åpne for hjelp opptatt av å fortelle forsker fakta. Mens kvinnene i denne undersøkelsen bekrefter at de har eller tilegner seg tilgjengelig kunnskap, men det er ting rundt dem, tid og overskudd som hindrer dem i å velge riktig. Der den norske undersøkelsen av Lurås (2001) viser at helseatferd er svært komplekst, men trekker også frem at overskudd og tidsapektet er den største hindringen. Kvinnene i denne undersøkelsen sier også at det å sette i gang med en aktivitet og fortsette å være aktive er vanskelig og flere trekker frem at ulike vondet i skulder, nakke og bekken hindrer dem. Lurås (2001) trekker frem vane og pris som faktorer for og ikke å spise frukt og grønt, mens kvinnene bekrefter vanen trekker de fram at de velger det som er tilgjengelig i en travel hverdag og velger enklere løsninger.

Undersøkelsen tar for seg teorier om motivasjon og kognitive mekanismer hos enkeltindividet. ASE-modellen som tar for seg intensjonen om å endre atferd, men er valgt på bakgrunn at den tar opp barrierer og praktiske hindringer for å lykkes med det man har intensjoner om å gjøre. Kvinnene bekrefter dette ved at alle tar opp hindringer. Forsker ser også at kvinnene har ulike holdninger til prosjektet og til sin evne til å gjennomføre tiltakene de har bestemt. Verdier, idealer og hva de mente var riktig å gjøre, samt følelser påvirker også slik Aarø (2008) sier ekspertgruppen legger til ASE-modellen ved gjennomgang. For eksempel Gina var veldig fast bestemt på at hun ikke skulle bytte ut noen produkter, slik anbefaling promoterer, men heller spise mindre av produkter med for eksempel mye fett. Forsker mener dette er holdninger og verdier som dessverre hindrer Gina i å finne gode alternativer. Dette er en veldig viljesterk dame som kunne funnet gode vaner med langvarige effekter og med muligheter for å unngå flere store tilbakefall, som Gina har hatt tidligere. Hun er som sagt viljesterk og sikker på seg selv, men forsker mener hun kunne fått bedre uttelling ved og justerer holdninger og verdier etter kunnskapen som er tilgjengelig. Motsatt er for eksempel Frida veldig ærlig om hindringer og sier hun trenger enkle råd. Hun er åpen med hensyn til å diskutere hva hun og familien spiser og ikke fastlåst i holdninger og verdier. Hun ser at det er en barriere for henne å trene på egenhånd og sier rett ut at hun må ha faste avtaler. Hilde er veldig opptatt av at hun prøver nye ting før hun bestemmer om hun liker eller ikke og at dette er fordi hun er nysgjerrig. Mange er opptatt av hva barna liker, men igjen viser forskjellen seg i hvordan kvinnene håndterer dette. De som er åpne for forslag og diskusjon får flere a-ha opplevelser som de presenterer på neste intervju. Flere av kvinnene trekker fram at barna kommer først og hadde en oppfattelse av hva de mente var riktig å gjøre for å oppnå

resultater, men passet på at denne atferden stemte overens med familien sin hverdag. For eksempel mente flere at de trengte å komme seg ut av huset sitt for å få best effekt av trening, men dersom barna hadde behov for hjelp og støtte ville det hindre mor i å gå ut for å gjennomføre trening, og når barna hadde lagt seg var overskudd og motivasjon til å trene borte. Dette kan vi se i sammenheng med motivasjonsteorien til Decy og Ryan (2008) der den påpeker at mange handler utfra verdsetting av hvilken situasjon som er viktigst og at dette godkjennes av andre. Eller at fokuset ligger på hva man opplever som vanskelig med og ikke å være tilstede og det er en umotivert angst for at noe man ikke har kontroll på kan oppstå.

De som var åpne for alternativ og tips fikk uttelling både med hensyn til og ikke lage egen mat til barna og at barna smakte mer dersom tilbudet var der. Dette var små, enkle endringer som stemmer overens med anbefalinger og forskning om mer frukt og grønt, mer fysisk aktivitet, økt inntak av fullkorn og lavere inntak av kjøtt ble gitt som råd (Shdir, 2005a, NNR, 2004 Katz, 2009, Klepp, 2009). Bytte ut noen matvarer med bedre erstatninger, bruke brødskalaen og finne tips til gode løsninger samt å bruke mer av noen matvarer og mindre av andre. Ingen av kvinnene var opptatt av å følge en diett eller et strengt treningsregime, men en av kvinnene ville telle kalorier da hun sa hun hadde hatt god effekt av det tidligere. Dette viste seg vanskelig å følge opp på grunn av stress ved jobb og studier. Hovedårsaken til hindringer i forhold til å ha et sunt kosthold var som nevnt flere ganger i ulike sammenhenger tid og tilgjengelighet. Motsatt var en av hovedårsakene til å få til å spise sunt at man hadde enkle, raske og sunn mat tilgjengelig. I travle hverdager med jobb og familie ble det viktig å planlegge for tilgjengelighet av bra alternativer. Flere oppgav også det å ha et godt måltidsmønster, ha gode vaner der de spiste regelmessig og variert virket, var fremmede for helseatferd.

Å endre helseatferd handler om å bli bevisst på automatiske handlinger man gjør i hverdagen og dette er det flere av kvinnene som i løpet av intervjuene som påpeker selv. De trekker frem at de har begynt å se på ting de automatisk gjør, som ikke er bra for helsa, men de måtte bli mer bevisst på dette og sier å være med har satt fokus og gjort dem bevisst.

Det som også var tydelig var at de med holdninger med hensyn til å være åpen for forslag, tips og snakke om egne handlinger nådde bedre målene sine enn de som ikke ønsket noen tips eller hjelp. Dette støttes av forskning (Foster, Hillsdon, Thorogood, 2005) som sier råd og veiledning med fortsatt støtte kan oppmuntre folk til å være mer fysisk aktive på kort til

mellomlang sikt. Det kan derfor se ut som støtte gjennom bare 2 samtaler med 3 måneder i mellom kan ha en effekt.

Kvinnene mente det og faktisk å begynne å trene og fortsette handlingen var vanskelig. Flere oppgav også stress i forhold til jobb, studier og familie som hemmende for å gjennomføre endringer. Selv om de brukte ulike ord på å forklare var det for forsker tydelig at dette handlet om ting rundt dem. Flere omtalte at hadde det bare vært opp til meg hadde jeg fått det til, men det er ting rundt meg som vanskeliggjør. Dette sees i sammenheng med Decy og Ryans (2010) STD som legger vekt på det selvbestemte menneske. Den påpeker at indre motivasjon påvirkes av tendensen til å ha nok interesse for en ting og kunne prioritere det å være litt egosentrert. Mange sier at barna tar all tid og ser at de må prioritere seg selv også.

At all aktivitet var bedre enn inaktivitet er viktig å kommunisere at det handler om å gjøre enkle endringer og at også lite aktivitet kan gi store helsegevinster (Olsen, 2008) og flere av kvinnene hadde tatt til seg dette. De var overrasket over at mange små økter kunne gi effekter og dette ga motivasjon for noen. Strømme og Høstmark (2000) sier også at dersom man øker den fysiske aktiviteten over tid slik at forbrenningen øker kan man være mindre opptatt av restriksjoner på matinntak og at dette kan motivere noen. Flere av kvinnen hadde det bedre når de trente og selv om ingen var opptatt av kroppsideal var de tydelige på at samvittigheten, humøret og fokuset var bedre når de var aktive. Flere Ved andre intervju var det flere av kvinnene som oppga hverdagsaktiviteter og små bolker med fysisk aktivitet slik som anbefalingene sier (Shdir, 2005a). Dette følges opp av Olsen (2008) som også påpeker at det er enkle tiltak som ser ut til å fungere.

5.3 Samtalen

At intervjuene var som samtaler var et viktig verktøy for å oppnå kontakt og det var helt avgjørende med hensyn til å motivere til endring slik som Wormnes og Manager (2005) tar opp. Forsker ser på de mange latterutbruddene markert i transkripsjonene og alle gangene forsker nikkete gjenkjennende til respondentene som et uttrykk for at kvinnene følte at dette var en samtale omkring et tema som opptar mange. Dette kan sees på som litt ømt å snakke om egen helse, men forsker tror at forberedelsen og tonen i intervjuene ga inntrykk at dette var noe alle kunne relatere seg til, uten at forsker lot være å påpeke at de var eksperter på seg selv og de bestemte hva de ville dele om egen helse. Malterud (2003) beskriver samtalen som

sosial samhandling og informasjonsutveksling. Forsker ser på alle samtaler som sosial samhandling og som tidligere omtalt opplevdes alle samtaler å ha en god tone. Men det er større mulighet for å motivere og påvirke dersom personene er åpne for informasjonsutveksling. Forsker ser i ettertid at det ble brukt mye tid på motivasjon og det å påpeke hva de var gode på. Den styrende prosessen skulle være måldefinering og hvordan de skulle nå målene (Lassen, 2000) og forsker var tydelig på at det var kvinnene som bestemte mål selv. De som nådde mål eller deler av mål mente samtalen hadde betydning som bevisstgjøring, fokus og det å holde en avtale. to av kvinnene var ikke åpne for ny innsikt og det kan hende forsker ikke var god til å etablere sterk nok tillit (Riis & Kristiansen, 2008), men følte ikke at relasjonen var dårlig i intervjuene. I prosessen med å forstå en annen person samtidig som man må være kritisk til egen overbevisning og villig til å begrense den (Røkenes & Hanssen, 2002) kan det hende at man glemmer fokus og ikke er oppmerksom på det samme i hver intervjusituasjon. Der samtalen og mennesker er verktøyet er det mange muligheter for at dette påvirker samtalen og resultatet i ulike retninger. Ved og aktivt å lytte og stille kraftfulle spørsmål for å skape bevissthet som Riis & Kristiansen (2008) beskriver som kompetanseområder i coaching var det flere av kvinnene som underveis i samtaler ga inntrykk av at de så nye sider ved seg selv og fikk ny motivasjon. Nettopp spørsmållstillingen påpekte flere at var med på å få ny tro på egen mestring, samt at dette ga rom for ettertanke mellom intervjuene. Forsker stiller seg og kritisk til at spørsmålene ble stilt underveis i hvordan intervjuene utviklet seg og derfor er det stor mulighet for at det i noen intervju ble gått grundigere til verks enn i andre. Det ser også ut som at de som virket ærlig og oppriktig ute etter hjelp selv gikk grundigere til verks enn de som hadde vanskeligheter med å forklare hvorfor de var med. Det sees som en feilkilde at det er mulig 1-2 av kvinnene ikke så behovet for å delta, men var opptatt av å være med for å hjelpe forsker og vise forsker hva de kunne eller hva de mente. Likevel kan det trekkes en forsiktig konklusjon om at samtaler og følelsen av å ha en avtale kan være avgjørende i forhold til disse kvinnenes mestring av endringer. Det ble påpekt at de ikke ville klart det samme på egenhånd eller og at det å bli stilt spørsmål fremkalte bevissthet og fokus. Wormnes og Manger (2005) sier vi trenger støtte, dialog og bekreftelse for å påvirke gode følelser, positivt fokus og derav påvirke selvbilde og det å mestre. Det antas at dialogen i samtaler som har en coachende tilnærming kan gi innsikt i egne ressurser og egne løsninger på problemer (Berg, 2006) og dette ser ut til å gjelde disse kvinnene. Gjennom dialogen følte flere at det ble fremkalte bevissthet og innsikt i egne ressurser. Men de to kvinnene som ikke virket åpne for hjelp omtalte ikke at samtalen hjalp og

dette kan jo sees som at forsker ikke var god nok i samarbeidende kommunikasjon og coachende væremåte (Berg, 2006). Eller at de ikke var klare for endringer og at holdningene deres var et hinder for å få til.

5.4 Motivasjon og mestring

Ord som ofte nevnes i sammenheng med endringer og helseatferd er motivasjon og mestring. Det er ikke grunn til å stille spørsmål ved det, men motivasjon og hvordan man opplever prosessen man skal gjennom for at endring skal skje er utgangspunkt for denne studien. Sosial kognitiv teori beskriver motivasjon som en målrettet aktivitet som opprettholdes gjennom forventning om utfall og mestring (Bandura, 1997). Forventing om utfall av aktiviteten og forventning om mestring av aktiviteten gjør derfor motivasjonsbegrepet mer konkret. Dermed er gjennomføring av handlinger og i hvilken grad de utføres et uttrykk for motivasjon.

Forsker brukte, som nevnt, mye tid på finne områder kvinnene mestret for å bruke den positive selvoppfatningen på et område til å bygge oppe mestringstillit, tiltro til egen evne til å gjøre tiltak konkrete med hensyn til at endring skulle skje (Brumoen, 2007). Eksempelvis var Hilde tydelig på at hun så at hun kunne mer enn antatt selv og at i løpet av samtalen så ble det klarere for henne hva hun mestret og hva hun hadde fått til av tiltakene. Hilde var en av de som hadde mye følelsesmessig å håndtere og hun gjorde det hun kunne ut av sin egen situasjon. Hilde og Ada var tydelige på at tanker fremover etter tiltak var å prioritere seg selv og gjøre lystbetonte ting som gjorde noe med humøret.

STD teorien tar for seg flere sider av det selvbestemte menneske og fokuserer både på både på indre og ytre motivasjon. Den første underteorien tar for seg indre motivasjon og handler om motivasjon som er basert på at man gjør noe for sin egen skyld. Alle kvinnene sier de vet hva som skal til, de har kompetanse, for endring, men dette igjen påvirker den enkeltes opplevelse av autonomi og kan ha en ugunstig innvirkning på velvære (Decy, 2008, Ryan, Vansteenkiste & Decy, 2010). Dette støttes av kvinnenes manglende evne til å tenke på seg selv, egosentrert engasjement, samt effekt de sosiale sammenhenger har med hensyn til at sosialt arbeid med skoler og venner å konkurrere om tiden og kontrollen til kvinnene. Noen sier dette er fokus for å tenke videre etter de har vært med på prosjektet. De ser at de må tenke mer på seg selv og ta seg tid til å prioritere egen helse. Det er også snakk om man skal se på seg selv som aktiv eller passiv, aktør eller brikke (Nygård, 1993) og dette faller sammen med Decy og Ryans (2005) motivasjonsteorier. Lar man omgivelsene styre seg eller handler det om at

kvinnene ikke har noe valg. Dette er et eget og nytt tema i oppgaven, så forsker velger og ikke å belyse dette videre, men velger punktet om selvbestemmelse. Selvbestemmelse handler om å gjøre om mål til handling og utfordringen ligger i utformingen av målene. Et ønske om å endre helseatferd som å spise sunnere og være mer aktiv fører ofte med seg at man glemmer å definere gode, konkrete mål, men går rett på handlingsfasen. Det er vanskelig å implementere mål når man ivrer etter å komme i gang og glemmer mål, forventninger om utfall og mestring. Forventning om mestring er den variabelen som kognitiv teori bruker mest oppmerksomhet på og som viser seg gjennom studier, mest pålitelig for og prediktere atferd (Conner & Norman 2005).

Ytre belønninger og det å få sosial støtte for å gjennomføre endringer. Det er klart at disse kvinnene i hovedsak ikke er opptatt av ytre belønning, men flere snakker om støtte fra familien med hensyn til å hjelpe til og støtte valget og bidra med det som forenkler. Alle påpeker at det gjør noe med selvtilliten å få positive tilbakemeldinger og flere snakker om at de vil bruke ytre belønning når målet er nådd, som innkjøp av nye klær.

Den tredje underteorien omhandler individuelle forskjeller i hvordan folk handler. Dette handler om hva man orienterer seg mot. Orienterer kvinnene seg mot interesser, belønninger og godkjenning eller er de umotiverte og preget av angst for å få det til. Disse kvinnene orienterer i utgangspunktet mot interesser og ved andre intervju ble det klart at egne tilpassninger og bytte av tiltak er på bakgrunn av at de ser at det som interesserer og er gøy gir mer motivasjon for å få til tiltakene. Noen av kvinnene hadde underliggende umotiverte tanker som de orienterer seg mot og det er klart at da orienterte de seg mot det og hadde mindre fokus på positive faktorer.

Det kan se ut som at dersom kvinnene i utgangspunktet ikke hadde det bra psykisk sett var det mindre sjanse for at de skulle klare å orientere seg mot målet. Det var ingen i undersøkelsen som var psykisk syke, men to snakket om at de var ved et veiskille med hensyn til jobb og helse og dette tok mye av deres energi. Fjerde teori handler om grunnleggende behov og kvinnenenes forhold til psykisk helse og velvære. Psykisk helse og optimal funksjon mener Decy og Ryan (2008) er betinget av de tre grunnleggende behovene i teorien som er autonomi, kompetanse og tilhørighet. Teorien påpeker at dersom et eller flere av behovene ikke blir ivaretatt vil dette få konsekvenser. Det kan se ut som dette stemmer overens med hva kvinnene forteller om egen helse og om motivasjon til å gjøre endringer. De som føler at det

de ikke får gjort som de ønsker får ikke dekket behovet og det hjelper lite at de har kompetansen, dersom de ikke har det bra på andre områder med familie eller jobb. Dette gjenspeiler seg også i hvordan kvinnene omtaler motivasjon for jobb eller studier. Flere omtaler at når de bare har fått gjort unna studier og andre faktorer som skaper stress, da skal de få tid til å prioritere seg selv. Dette samsvarer med det Thune, Bø og Winter, (2002) tar opp der de mener kvinner tror de må ha eller gjøre noe før de kan sette i gang med det de virkelig vil. Mens det kan være mer effektivt å *være* den man er ved å *gjøre* det man trenger for å *ha* det man ønsker (Thune, Bø, Winter, 2002). Dette kan i forhold til disse kvinnene være å trene for å få overskudd til barn, jobb og studier. Det er enighet om at dette vil være fordelaktig, men igjen kommer da kvinnene inn på det at selve handlingen, å komme i gang er vanskelig. Elfhag og Rössner (2005) mener at man må finne nye strategier for å ta kontroll og gjøre noe med stress. Vanskelige situasjoner krever evner til å være kreativ og tenke ut egne løsninger som passer for en selv. Dette punktet ”passer for hver enkelt mener forsker er et annet punkt som representerer noe av hovedfunn i undersøkelsen. Det kan se ut som de som finner egne løsninger som passer inn i deres liv, deres væremåte og personlighet lykkes bedre med og nå mål og gjennomføre endringer.

I følge Thune, Bø, Winter,(2002) er det er en utfordring å finne og definere mål og erkjenne hva man virkelig ønsker. Forsker var tydelig på at det er ikke noe man nødvendigvis må nå, men heller en retning og noe konkret å fokusere på. Thune, Bø, Winter (2002) sier det slik at man kan ta vare på visjonen og la seg inspirere av den, men være konkret og fokusere på forandringer for å komme i gang. Ved å spørre kvinnene hva de ønsket for så å definere konkrete mål startet vi med visjonen for så å konkretisere og definere mål og tiltak for og nå mål. For flere av kvinnene ble visjonen tydeligere når de merket endringer og så at visjon og ønsker var innen rekkevidde. Kvinnene definerte sine egne mål, men forsker forsøkte å hjelpe de med å lage SMARTe (Prescott & Børtveit, 2004) mål som var overkommelige på ca 3 måneder, motiverende og realistiske og så konkrete som mulig. Noen var veldig tydelige på hva de hadde som mål og hadde tenkt på dette som grunn til å være med på prosjektet. Mens andre hadde vansker med å finne konkrete og målbare mål. De fleste av kvinnene som følte at de hadde nådd hele eller deler av målene sine hadde mer konkrete og spesifikke mål, mens en av kvinnene hadde et veldig vagt mål, men likevel følte at hun hadde nådd dette. Hvilke strategier eller tiltak kvinnene satt (Wormnes & Manger,2005) har mye å si for gjennomføringen og innsatsen. De kvinnene som satt ned klare tiltak med hensyn til for

eksempel å delta på timer ved et senter ved en fast tid hadde bedre gjennomføring enn de som skulle være naturlig fysisk aktive når det passet. Det kan se ut som de som hadde faste tider og timer også hadde avtaler med familien i forhold til å passe barn, slik at ikke det handlet om å tilpasse før man kunne trene. Dette passer med det Wormnes & Manger (2005) skriver om å ha støtte fra andre. Og de hadde noen å trene sammen med på faste tider fikk også tilbakemeldinger og støtte fra dem, samt at det var større mulighet for at de så hva de selv faktisk fikk til.

Ada sier helt konkret at praksis i forbindelse med studier har vært negativt ladet og hun har ikke følt tilhørighet eller at hun har hatt nok kompetanse til å motivere seg for oppgaven.

Den femte under teorien er den sist utviklede teorien tar for seg om mål er indre eller ytre motivert og hva slags innhold disse målene har. Handler det om utseende eller iboende mål som omhandler helse og velvære. Å sette seg mål handler om etablere et utgangspunkt for handling og forpliktelse. Dette sier noe om å være entusiastisk, dedikert og ha et riktig fokus (Pintrich og Schunk, 2002). Studier viser at utfordrende mål fordrer motivasjon. Det blir også presisert at for å motivere og dirigere atferd kan kognitive mål som er diffuse som ønsker om å gå ned i vekt er vanskeligere å nå enn mål med konkret innhold som jeg skal gå ned ti kilo (Bandura, 1997). Som nevnt over definerte kvinnene ulike mål med hensyn til kosthold og/eller fysisk aktivitet. Det er ikke direkte interessant hva hver kvinne hadde som mål, men, innholdet i målen sier noe om det er gjennomførbart eller ikke. Alle hadde ønsker om å være mer fysisk aktive og 6 av respondentene hadde i tillegg ønsker om et sunnere kosthold. Dette ble presisert for eksempel med klare mål om å gå ned i vekt. Elfhag og Røssner (2005) sier at raske og merkbare resultater kan gi bedre prognoser for å få et varig endring. Kvinnene påpeker at det å merke forskjell på eksempelvis å bli sterkere, gå ned i vekt, overskudd, vondter blir borte og se resultater av det de jobber mot er veldig motiverende.

Forsker velger her og trekke fram det som er synlig i starten av andre intervju der flere påpeker at uansett om de har forandret litt på tiltaket så har målene ligget i bakhodet hele tiden. Det har vært viktig for kvinnene å ha et mål som er lettfattelig og ligger i

underbevisstheten hele tiden. Noe som ikke føles som stress, men virker som en rettesnor for å ha et riktig fokus.

Prescott & Børtveit (2005) bruker Prochaska & DiClemente (1992) sin fasemodell som sier endringer i atferd er en prosess og at hvordan man innstiller seg på endring har sammenheng med hvor man er i prosessen. Fasemodellen sier noe om hvor man er og hva man har nytte av for å komme videre. Disse kvinnene skulle alle være i fasen som går på forberedelse og flere hadde vært gjennom dette før med tilbakefall. Det som ble synlig utover i intervjurundene var at ikke alle kvinnene var kommet helt til fasen med å forberede. De som ikke var klare slet med å komme i gang, mens for eksempel Hilde var veldig klar og gledet seg, nådde målene sine lettere. Det kunne antas at noen var mer klare for å sette i gang ved andre intervju og at de nærmest hadde brukt de tre månedene i mellom på overveielser og prøvelser, mens de nå var klare til planlegging og handling. Som det blir hevdet i teori om fasene (Prescott & Børtveit, 2004) avhenger innstilling til å endre helseatferd av hvor man er i prosessen og det er ofte ikke nok med en konklusjon om at nå må noe gjøres, men det å bli bevisst og koble inn følelser øker sjansen for å få dette til. Hilde var den som virket mest klar under første intervju og hun var tydelig på at dette var viktig for henne å få til. Flere av de andre var innstilt på å gjøre noe med helsa si, men ga ikke inntrykk av at det var så viktig, men det hadde vært fint å få til. Det kan se ut som det er forskjell på hvordan de med sterke følelser og engasjement virket som de hadde mer kraft til å ta tak i og drive endringene, mens de som ikke var sterkt knyttet til hva de ønsket lente seg litt tilbake.

5.5 Selvoppfattelse

Oppfattelsen av egen helse forteller om subjektive vurderinger av sitt eget liv (Mæland, 2005) og dette påvirkes av hvordan man ser på seg selv. Hva kvinnene motiveres av sier mye om kvinnenens selvoppfatning som er oppfatning av seg selv og tro på seg selv. Man må kunne gjøre endringer og det er ikke nok å ville, men krever gode strategier for handling. Dette krever at man er motivert på riktig måte slik at det skaper et engasjement. De som hadde mest behov for å lykkes på grunn av vondter og begrensninger i helse og velvære, hadde en ekstra motivasjon.

Lillemyr (2007) påpeker at selvet er viktig og det er indikert at selvforståelse og selvinnsett er av stor betydning (Lillemyr, 2007) for å oppnå indre motivasjon. Kvinnene sier tydelig at det

de liker og det de oppfatter som gøy er det som er lettest å gjennomføre. Men den indre motivasjonen og å bli motivert handler ofte om et perspektivskifte, å se konsekvenser av atferd på en ny måte (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). De som har tilstrekkelig selvinnsikt vil være tydelig på hvilke vaner og handlingsmønstre som påvirker helsa negativt. Det er flere som tar opp at de merker at dårlige kost- og mosjonsvaner gir negativt utslag på helse og velvære. Noen er tydelig på at de vet dette og ønsker å endre, mens andre sier ingenting om uheldig vaner, men mener det dreier seg om begrensninger.

Hvordan respondentene omtaler hva de mestrer og hva de ikke mestrer sier mye om deres selvforståelse og selvinnsikt. Der noen er veldig tydelige med å si hva de mestrer og ikke mestrer er andre mer opptatt av hva som er årsak til at de ikke mestrer. Forsker vil med dette skille mellom de som virket ærlige i forhold til hva de fortalte og de som ga inntrykk av å være veldig sikre, men fant mange begrunnelser for hvorfor det ikke nådde sine mål. De samme kvinnene som hadde fremgangsmåtene, tanker om hva som hjelper og sa de kunne sette planen i verk (Barth, Børtveit & Prescott, 2001) alt i starten av samtalen, uten rom for innspill, var de som i etterkant fant mange unnskyldninger for hvorfor deler eller hele målet ikke var nådd. Som Barth, Børtveit & Prescott (2001) understreker hadde kvinnene tanker om hvordan de skulle handle og gå frem for å sette egen plan i verk, men det var forskjell på de som var med å drøfte og endret planen underveis i samtalen, når det kom frem nye ting, enn de som ikke justerte seg underveis og var med på innspill. De kvinnene som mestret og nådde målene sine best var de som var ærlige, tydelige og åpne for innspill. Flere av disse virket som de var usikre på egne evner, men forsker oppfattet at de hadde god selvinnsikt likevel, da de valgte å si hva de synes var vanskelig å mestre. Det var flere som sa at de hadde endret tiltakene underveis, men at de bare hadde erstattet og gjort om til noe som passet bedre. Dette henger sammen med Decy og Ryans (2000) STD som handler om å få dekket behovet for å ha kompetanse om seg selv og hva de mestrer, være selvstendig og ta egne avgjørelser og ha kontroll, samt behov for relasjon og sosial tilhørighet i situasjonen.

I følge Aarø (2008) formes hva som ligger bak intensjoner om en atferd. Holdninger, evne til å mestre og sosial påvirkning virker på intensjonen som påvirker helseatferden. Flere som ikke helt eller delvis lykkes med endringene opplever hindringer eller mangler ferdigheter til å utføre det som er bestemt. I forholdt til kvinnene i denne undersøkelsen virket det som holdninger var vanskelig å endre og at dette laget hindringer for enkelte. Mens de som lykkes

best viste iver for å få til og var mest engasjert, samt hadde positive holdninger til seg selv og prosjektet sitt.

5.2 Oppsummering og konklusjon

For å gi en konklusjon på problemstilling oppsummeres det som forsker anser som hovedfunn i undersøkelsen i forhold til forskningsspørsmål og det som virker relevant.

Kvinnene har prøvd flere ulike kurs eller endringer på egenhånd før for å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet, men dette ser ikke ut til å ha gitt varig endring. At tiltakene har hatt elementer som virker for kvinnene er klart, men det ser ut som langtidseffekt og det å initialisere tiltakene mangler.

Kvinnene ønsker både å forbygge sykdom og å få kontroll på sykdomstegn ,men de er mest opptatt av helse som økt overskudd, velvære og det å mestre hverdagen.

Tiltakene kvinnene ønsker å sette i gang spenner fra turer, og naturlig aktivitet til trening i sal som styrke og pilates eller svømming og små økter på egenhånd med styrketrening. Tiltakene med hensyn til kosthold omfatter planlegging for tilgjengelighet av sunn mat, raske løsninger og regelmessige måltider

Der ser man at oppfattelsen av egen helse er påvirket av hvordan man ser på seg selv som igjen gir en ramme for hvordan man går i gang med å gjennomføre egne tiltak. det som er mest interessant i denne studien er hva kvinnene mente ville gjøre gjennomføringen av tiltakene enklere og hva som faktisk var det utslagsgivende for å få til endringer

Det er ting rundt dem som familieog jobb, samt tid til å trene og lage sunn mat i travle hverdager og overskudd som hemmer muligheter til å få til endringer. Mens det som er mest interessant i denne studien er hva kvinnene mente ville gjøre gjennomføringen av tiltakene enklere og hva som faktisk var det utslagsgivende for å få til endringer. Kvinnene mente at å gjøre alt enkelt enten det var tilgjengelighet av sunne, raske løsninger av mat eller trening ville være veldig fremmede for å ta gode valg av helseatferd. Sammen med å føle mestring, se og kjenne raske resultater og ha gode avtaler og få støtte og positiv tilbakemelding av de rundt seg.

Å finne egne strategier for å ta kontroll over helseatferd og bruke kreativitet og tanker for å finne egne løsninger som passer for en selv er det som ser ut til gjøre det mulig å nå sine mål. Gjøre de tingene som er riktig for deg, ta de grepene du trenger og være åpen for innspill og samtale med andre for å se nye vinkler. Subjektive vurderinger av sitt eget liv og egen mestring speiler hvordan folk tar egne valg i forhold til atferd som påvirker helsa. Mestring og selvinnsikt er av stor betydning for å oppnå indre motivasjon for å nå mål. Bevissthet og selvinnsikt økes ved samtaler dersom man er åpen og har positive holdninger.

Kvinner i denne undersøkelsen som ønsker å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet opplever prosessen med å planlegge mål og tiltak og gjennomføre endringer på ulik måte. Det kan se ut som de som finner egne løsninger som passer inn i deres liv, deres væremåte og personlighet lykkes bedre med og nå mål og gjennomføre endringer.

Avsluttere med et sitat av den kvinnene forsker mener har lykkes best i sin prosess og dette avrunder hun siste intervju med:

Det har i grunn vært morsomt å være med på. Du får en liten sånn puff til å gjøre noe med deg sjøl. I den tilværelsen du lever i. og jeg merker at jeg har fått mye mer oversudd, du er ikke så sliten og pumpa når kvelden kommer som det jeg har vært tidligere. Jeg føler jo det at jeg har begynt å legge om kostholdet og trene, sånn som jeg gjør nå, jeg merker det at jeg har mer overskudd på kvelden til å gjøre ting, både med Petter og male ute, klippe gressplen. Sånne ting er ikke lenger det derre orket som det var før. Litt mer sånn: må egentlig gjøre noe (Frida)

6.0 Avslutning og forslag til videre forskning

Det er vanskelig å si noe om hvorfor vi handler som vi gjør i forhold til helsa vår, men det er helt avgjørende å forske på hva som kan få folk til å handle. Det viser seg gjentatte ganger at man kan ha kunnskaper om helse og intensjoner om å handle på bakgrunn av holdninge, men at det å sette i gang endringer og oppnå varige endringer er vanskelig.

I forhold til denne oppgaven ville det vært interessant å følge opp med å sette i gang og undersøke ulike lavterskeltilbud for å hjelpe folk i gang med endring av helseatferd, selv om man ikke er syk eller utsatt for trusler om sykdom.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo:Universitetsforlaget 2.utg.
- Abraham, C. & Sheeran, P. (2000). *Understanding and changing health behaviour: From health beliefs to self-regulation*. I: P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Red). *Understanding and changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6 (1), 30-42.
- Bandura A (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura A (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and company.
- Bandura, A. (2000). *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. I: P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Red) (2000). *Understanding and changing health behaviour. From health beliefs to self regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Bandura A (2004). *Health promotion by social cognitive means*. *Health education and behaviour*. 31(2), 143-164.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise og Control*. New York: W. H. Freeman and Company
- Barasi, E., M. (2003). *Human nutrition. A health perspectiv*. Second edition. New York: Oxford University Press Inc.
- Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning* Oslo : Gyldendal akademisk

- Brumoen H. (2007). *Vanen, viljen & valget : en psykologibok om avhengighet og mestringstillit* Oslo : Gyldendal akademisk
- Bråten, I. (2002). Selvregulert læring i sosial-kognitivt perspektiv. I: I. Bråten (red.) *Læring: i sosialt, kognitivt og sosial-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Conner, M. & Norman, P. (Red.) (2005). *Predicting health behaviour*. London: Open University Press.
- Conner, M. & Sparks, P. (2005). *Theory of planned behaviour and health behaviour*. I: M. Conner & P. Norman (Red.) *Predicting health behaviour*. London: Open University Press.
- Contento, I., R. (2007). *Nutrition Education. Linking Research, Theory and Practice*. Sudbury, Massachusettes :Jones and Bartlett Publishers
- Deci, E. L. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Deci, E.L. (1996). *Self-determined Motivation and Educational Achievement*. I: Nygård, R. & Gjesme, T (Eds.): *Advances in Motivation*. Oslo: Scandinavian University Press, s.195-209.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. I: Dienstbier, R. (Ed.). *Nebraska symposium on motivation. Vol. 38: Perspectives on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, s.237-288*.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, Vol.11, No.4, s.227-268*.

Deci, E.L., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G. & Ryan, R.M. (1991). Motivation and Education:

The Self-Determination Perspective. *Educational Psychologist*, 26, s.325-346.

Denison, Underland, Nilsen & Fretheim: Effekter av tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet hos voksne, rapport fra Kunnskapscenteret nr 19 - 2010.

Departementene (2005). *Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet.*

(2005 – 2009). Oslo: Departementene

Departementene. (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011).* Oslo: Departementene

Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*. 6, 67-85.

Espnes, G.A. , Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi.* Oslo: Gyldendals akademiske

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsintervju.*

Akademisk forlag. 2 utg.

Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2005; (1). DOI: CD00318.pub2.

Freire, P. (2002). *De undertryktes pedagogikk.* Gyldendal Norske Forlag

Garcia, K. & Mann, T. (2003). From 'I wish' to 'I will': Social-cognitive predictors of behavioral intentions. *Journal of Health Psychology*. 8(3) 347-360.

Glanz, K., Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (Red.) (2002). *Health behaviour and health education.*

Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass publishers.

Gollwitzer, M. & Oettingen, G. (2000) The emergence and implementation of health goals. I: P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Red). *Understanding and changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Green, J. & Tones, K. (2009). *Health promotion: planning and strategies.* Los angeles: Sage.

Holter, H., Kalleberg, R. (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning.*

Oslo: Universitetsforlaget

- Hjort, P. F. (1982). *Helsebegreper i helseidealer og politiske mål*. Oslo: Tanum- Nordli.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvale, S. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo:Gyldendal Akademisk AS. 7.oppl.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Katz, L., D. (2009). Life and Death, Knowledge and Power: Why Knowing What Matters Is Not What's the Matter: Comment on "Healthy Living Is the Best Revenge"
Arch Intern Med. 2009;169(15):1362-1363.
- Lassen, L., M. (2002). *Rådgivning : kunsten å hjelpe* Oslo : Universitetsforlaget
- Lazarus, R., Folkman, S. & Visby, M. (2006). *Stress og følelser*. København: Akademisk forlag
- Lazarus, R.S., og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005) Social cognitive theory. I: M. Conner & P. Norman (Red.) *Predicting health behaviour*. London: Open University Press.
- Lillemyr, O., F. (2007). *Motivasjon og selvforståelse* Oslo: Universitetsforlaget
- Lurås, H. (2001). A Healthy lifestyle: the product of opportunities and preferences – An explorative study. University of Oslo. Health economics research programme. Working paper 11
- Malterud, K. (2003). *Kvalitativ metode i medisinsk forskning En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mæland, J., G. 2005 *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis* Oslo : Universitetsforlaget
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Oversatt av: Karin Larsson Wentz ; faktagranskning: Bjöörn Fossum. [Lund] : Studentlitteratur
- Nasjonal plan for selvhjelp (2004). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Neumark-Sztainer, D., Story ,M., Hannan, P.J., Tharp, T. & Rex, J. (2003). Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 157(8), 803-810.
- Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005) Protection motivation theory. I: M. Conner & P.

- Norman (Red.) Predicting health behaviour. London: Open University Press.
- NOU (1999). *Kvinnens helse i Norge*. NOU1999: 13 Norges offentlige utredninger.
Sosial- og helsedirektoratet
- Nordic Council of Ministers (2006). *A better life through diet and physical activity*
- Nordic Nutrition Recommendations (2004) *Integrating nutrition and physical activity*
- Orford, J. (2001). *Excessive Appetite: A Psychological View of Addictions*
(2. utgave). Chichester, England: John Wiley and son
- Pintrich, P.R. & Schunk, D.H. (1996). *Motivation in education*. Theory, research and
applications. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Pintrich, P.R. & Shunk D.H. (2002). *Motivation and education: theory, research and
applications* (2nd ed.). New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Prescott, P., Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring* Oslo : Gyldendal akademisk
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic
Motivation, Social Development and Well-Being. *American Psychologist, Vol.55,*
No.1, s. 68-78.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2010). Motivation and
autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and
practice. *The Counseling Psychologist, Online*
- Ryen, Anne (2002). Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid.
Fagbokforlaget
- Røkenes, O., H., Hanssen, P. (2002). *Bære eller bryte*. Kommunikasjon eller relasjon i arbeid
med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget
- Schunk, D.H. (1996). *Learning Theories: An Educational Perspective*. 2nd Ed. New Jersey:

- Prentice-Hall, Inc.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*
- Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b). *Handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse.*
- "Gradientutfordringen". Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- St. meld 32 (1975-76)(1975). *Tilråding frå den forsterka landbrukskomitéen om norsk ernærings- og matforsyning.* Oslo: Landbrukskomitéen
- St. meld. nr. 37 (1992 -1993)(1992). *Utfordringer i forebyggende og helsefremmede arbeid*
- Oslo: Det kongelige helsedepartement
- St. meld. nr. 16 (2002-2003)(2002). *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken.*
- Oslo: Det kongelige helsedepartement
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd.
- Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2001;121:720- 4. utgave*
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring I kvalitativ metode.*
- Fagbokforlaget
- Thune,C., Bø, K., Winter, B. (2002). *Overskudd til livet. Motivasjon Mosjon Mat.*
- H. Aschehaug & Co.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation: metaphors, theories, and research.* Sage Publications, Inc.
- VEKT – HELSE (2002). *Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rapport 1/2002*
- WHO. (1987). *Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid (Ottawa Charter for Health Promotion).* Oslo: Helsedirektoratet

WHO/FAO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Technical report 916. Geneva: World Health Organisation.

Williams, D.M., Anderson, E.S. & Winett R.A. (2005). A review of the outcome expectancy construct in physical activity research. *Annals of Behavioral Medicine*. 29(1), 70-79.

World Cancer Resarch Fund/American Institute for Cancer Research. *Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition and Physical Activity: a Global Perspective*. Washington DC: AIRC 2009

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

WHO. (2004). *Global strategy on Diet, Physical Activity, and Health*. France: World Health Organization.

Nettadr:

http://www.psych.rochester.edu/SDT/publications_search.php?action=domain_search&dID=9

Kvinneres tanker om endring av helseatferd

- Hvordan opplever kvinner som ønsker å fremme egen helse gjennom kosthold og fysisk aktivitet prosessen med å planlegge mål og tiltak og gjennomføre endringer? -



Jeg holder på med masteroppgave ved avdeling Mat, ernæring og helse ved Høgskolen i Akershus. For å belyse problemstillingen min ønsker jeg kontakt med kvinner som går på voksenopplæring innen helsefag.

Bakgrunn for oppgaven er handlingsplaner og dokumenter som fokuserer på at enkeltindividene har ansvar for å fremme en god livsstil med sunne valg som forebygger sykdom. Anbefalingene er ment for friske personer og bygger på forskning. Forbyggende og helsefremmende arbeid er hovedbudskap i planene, mens tiltak og forskning drives hovedsakelig på ulike livstilssykdommer.

Målet med undersøkelsen er økt innsikt og forståelse for hvordan kvinner opplever det å ønske livsstilsendringer. Jeg ønsker å belyse den subjektive opplevelsen av endringsprosessen for voksne kvinner.

Jeg ønsker å komme i kontakt med 6-8 kvinner ca. 35 – 45 år som ønsker endringer. Kvinnene kan være med eller uten noen symptomer på sykdom, men ikke ha diagnoser som gjør at de faller inn under noen offentlige tiltak eller behandling.

Metoden er kvalitative forskningsintervju. Undersøkelsen starter med et intervju om kosthold, mosjon og motivasjon med vekt på å definere mål og tiltak for å nå de ulike mål. Etter 3 måneders utprøving av tiltak vil det bli gjennomført nye intervju for å få innsikt i hvordan det oppleves å være i en endringsprosess.

Jeg vil ikke ha fokus på om målene er nådd, men heller tanker omkring hva som var lett, hva som var vanskelig og hvorfor. Jeg vil bruke båndopptaker og enkle notater.

Intervju vil foregå i februar 2010 og mai 2010 og vil være individuelle samtaler. Det vil ta ca. 1 time. Det er frivillige samtaler og deltagerene har mulighet til å trekke seg fra studien, uten nærmere begrunnelse. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og både student og veileder er underlagt taushetsplikt. Materialet vil anonymiseres senest 31.12.2010 ved at lydopptak og navn og ev. andre identifiserende opplysninger slettes. Ingen enkeltpersoner vil være gjenkjennelige i oppgaven. Dersom dere trenger mer informasjon eller noe er uklart kan dere ta kontakt med meg eller min veileder ved Høgskolen i Akershus, Førsteamanuensis Anne I. Smehaugen.

Asker, 15.01.2010

Med Vennlig Hilsen
Monica Halle
Mastergradstudent ved HIAK

E-mail: jonica@frisurf.no
Mobil: 40 88 63 22
Sentralbord ved HIAK: 64 84 90 00

Innledning: Informasjon om prosjektet og redegjørelse av intervjuets form. Nevne noen stikkord for hva man kan samtale om og oppmuntre respondent til å være deltagende og aktiv.

Fornavn:

Alder:

Sivil status:

Barn: Antall og alder:

Yrke/utdanning:

Lydbånd test, lydbånd på.

Tema for samtale:

Hvordan oppfatter du din nåværende helse?

Ønsker Hva ønsker du å endre/gjør noe med? kan du si noe mer om det?

Hvor lenge har du hatt slike ønsker?

Har du prøvd noe før for å få til dette? Hva? Hvordan opplevdes det?

Hva føler du gjør det vanskelig?

Mål Hva kan du sette opp som mål for deg som er S M A R T

Kosthold?

Mosjon?

Tiltak Hva kan du gjøre for å nå målene: Råd, anbefalinger, nøkkelråd (ha med enkle utskrifter)

Kosthold

Mosjon

Motivasjon og mestring

Hva er viktig for deg og hva gir deg pågangsmot? (venner, familie, resultater...)

Hva er vanskelig å få til/hva føler du at du ikke mestrer?

Hva kan du gjøre med det?

Hva føler du at du mestrer godt?

Hvordan kan du bruke det videre?

Er det noe du ønsker du hjelp til/ ønsker du å vite noe mer om?

Oppsummere ønsker, mål og tiltak, stemmer dette?

Oppsummere tanker om motivasjon og mestring

Er det noe mer du vil legge til eller spørre om?

Jeg sender deg en utskrift av mål og tiltak og eventuelle råd/ oversikter. Ta kontakt dersom du kommer på noe i ettertid.

Lydbånd av.

Takk for samtalen, da sees vi igjen om ca. 3 mnd, lykke til, gleder meg til å snakke med deg igjen.

Innledning: Hyggelig å se deg igjen! Gjenta intervjuets form og oppmuntre respondent til å være deltagende og aktiv.

Fornavn:

Lydbånd test, lydbånd på.

Tema for samtale:

Hvordan synes du det går i forhold til det du hadde som mål?

Hva har du fått til/hva er du fornøyd med? Hvorfor, fortell mer?

Hva føler du du ikke har fått til? Hvorfor, fortell mer?

Hva føler du hindrer deg i å få til endringer du ønsker?

Hva kunne hjulpet deg?

Hva føler du hjelper deg til å få til endringene du ønsker?

Fortell mer.....

Hvordan har du forholdt deg til oppsatte tiltak?

Hva har du gjort/ikke gjort?

Har du fått noe hjelp/støtte ?

Hvordan opplever du å jobbe mot et mål du ønsker å nå?

Hva tenker du videre om dette, vil du prøve videre alene?

Har du lært noe av å delta som kan hjelpe deg videre?

Er du blitt motivert til å søke annen hjelp eller til å prøve noe annet?

Er det noe mer du tenker på som du vil foretelle om?

Oppsummere

Lydbånd av.

Takk for samtalen, lykke til videre. Takk for ditt bidrag til min oppgave, det blir spennende å se hva dere mener er viktig å se på i forholdt til å ønske endringer i livsstil.



Anne Smehaugen
Afdeling for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 18.01.2010

Vår ref: 23337 / 2 / PB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.01.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 15.01.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23337	<i>Kvinnerns tanker om endring av helseatferd</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Smehaugen</i>
Student	<i>Monica Halle</i>

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

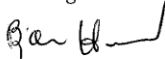
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Monica Halle, Måsankroken 14 A, 1385 ASKER

Afdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svanva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23337

Studien omfatter intervjuer med kvinner om kosthold, mosjon, motivasjon og helsemessige mål, samt oppfølgingsintervjuer tre måneder senere om opplevelsen av endringsprosessen i forhold til tiltak for å oppnå bedre helse. I forbindelse med studien kan det bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c.

Intervjuer blir tatt opp på lydopptak. Direkte personidentifiserende opplysninger (navn) vil bli erstattet med et referansenummer som viser til en navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige materialet.

Personvernombudet mottok 15.01.2010 revidert informasjonsskriv til utvalget og finner skrevet tilfredsstillende. Ombudet finner at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ, 9 a (gyldig samtykke).

Senest ved prosjektslutt 31.12.2010 skal datamaterialet anonymiseres ved at lydopptak og kobling til navneliste slettes samt at eventuelle indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller kategoriseres tilstrekkelig.