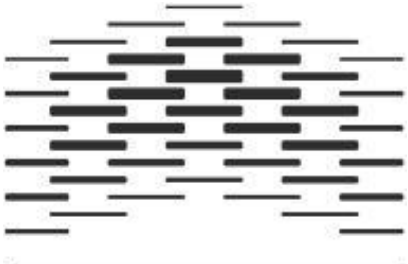
MASTEROPPGAVE

SAMFUNNSERNÆRING

2017

Deltakere i kostveiledning sine opplevelser av barrierer, sosial støtte, self-efficacy og nutrition literacy for oppnåelse av vektreduksjon

Eireen Linge Schwaiger



Faculty of Health Sciences
Oslo and Akershus University College
Norway

FORORD

Nå er masteroppgaven ferdigstilt. For meg er den et symbol på lærerike år.
Jeg vil begynne med å takke min veileder, Professor i helsekommunikasjon, Kjell Sverre Pettersen, for at du gjennom dine forelesninger og ditt engasjement vekket en interesse i meg for denne oppgavens tema. Det har ikke bare gjort disse intense månedene med artikkellesning og teoristudier interessante, men det har skapt sterk vilje hos meg selv til å ville trenge dypere inn i og forsøke å forstå de mange komplekse faktorene som kan ligge til grunn for menneskets utfordringer vedrørende atferdsendring[1]. Det gav meg også innsikt i helsekommunikasjonsfaget som helhet. Tusen takk for god veiledning og raske og presise tilbakemeldinger, og ikke minst for at du fikk meg trygt i havn.

Tusen takk til Martine for konstruktive og positive tilbakemeldinger på oppgavemanuskriptene, til tross for din hektiske hverdag. Det var av stor betydning for meg!
Videre fortjener også Sandra takk for god hjelp med formateringen av oppgaven.

Til Benedicte og Line; disse årene hadde ikke vært (i nærheten av) så morsomme om det ikke var for dere! En enorm takk for upåklagelig mental støtte og up-backing. Deres tilstedeværelse for meg i hverdagen (og på sosiale medier) hjalp meg gjennom mang en lang skrivedag.

Til sist er det også mange andre sin fortjeneste at jeg nå kan kalle meg Master i Samfunnsernæring (MSc). Tusen takk skal dere ha.

Så gjenstår det bare å si at mine overnevnte fantastiske støttespillere har gitt meg selv betydelig «mestringstro» i en fase hvor jeg trengte den som mest, noe som igjen har bidratt til at jeg lyktes med å nå min målsetning.

Oslo 15/11, 2017

Eireen Linge Schwaiger

[1] Et abstract fra masteroppgavens hovedfunn ble utarbeidet, akseptert og presentert som poster-walk-fremlegg ved *10th European Public Health Conference (EUPHA) i Stockholm, 1-4 November, 2017.* Tittelen var: «Nothing fails like failure»: Exploring factors that prevent overweight persons from losing weight. Schwaiger, E.L., & Pettersen, K.S. (poster walk 2, referanse 7.S.8, Fredag 3.november, 2017, kl. 16.20-17.50).

Personal change would be trivially easy if there were no impediments or barriers to surmount.

- Albert Bandura

SAMMENDRAG

Bakgrunn:Overvekt/fedme er viktige helseutfordringer i verden, og Norge er intet unntak. Offentlig og privat sektor i Norge tilbyr profesjonell ernæringsveiledning til overvektige. Suksessraten er imidlertid ikke høy for mange av de som benytter seg av slike tiltak her i landet. Flere hverdagsbarrierer, manglende sosial støtte, lav personlig mestringstro og lav nutrition literacy har vært påstått kan være forklaringer på hvorfor personer har vanskeligheter med å endre kostholdet og redusere vekten.
Hensikt: Å kartlegge barrierer, sosial støtte, mestringstro og nutrition literacy hos personers som deltar i vektreduksjonskurs.
Metode: Semi-strukturerte dybdeintervjuer av 10 kursdeltakere (>20 år; syv kvinner og tre menn), som mottok kostveiledning fra kvalifiserte ernæringsveiledere. Tolkningen av de verbatim transkriberte intervjuene ble utført i en hermeneutisk-fenomenologisk teoriramme.
Funn: I mine tolkninger uttrykte informantene åtte barrierer som spesielt utfordrende for å lykkes med kostholdsendring og vektreduksjon: 1) psykologisk pregete personlige problemer; 2) mangel på måltidsplanlegging; 3) fristelser; 4) sosiale settinger; 5) manglende «lyst på» og preferanse for de kostholdforslagene som de mottok fra kostveileder; 6) å spise annen mat enn øvrige familiemedlemmer ved felles måltider; 7) motta lite individbaserte kostholdsråd; og 8) manglende vektreduksjonsprogresjon. De fleste opplevde sosial støtte, som enten var av intern eller ekstern art. Mestringstro (self-efficacy) virket lavest blant informanter med flere mislykkede vektreduksjonsforsøk bak seg. Majoriteten av informantene ble tolket å ha begrenset nutrition literacy, her spesifikt vurdert som evnen til å kunne kritisk evaluere «flommen» av kostholdsråd fra ulike kilder i samfunnet.
Konklusjon/implikasjon: Kostholdsendring med tilhørende vektreduksjon dreier seg ikke kun om umiddelbart legge om sine matvaner, men å klare å overvinne flere hverdagsbarrierer, ha sosial støtte, ha mestringtro og nutrition literacy. Kostholdsveiledere bør ikke kun gi kostveiledning til overvektige, men også i forkant av veiledningen kartlegge psykososiale forhold hos klienten som kan være utslagsgivende for om vedkommende kan lykkes med kostholdsendring og vektreduksjon. Ernæringsutdanning bør med fordel inneholde og vektlegge atferdspsykologiske temaer.

Nøkkelord: Overvekt, ernærings- og kostveiledning, atferdsendring, barrierer, sosial støtte, mestringstro, nutrition literacy

ABSTRACT

Background: Overweight/obesity pose important health challenges around the world, and Norway is no exception. Both the public and private sector in Norway offer professional nutritional counselling to the obese. However, the success rate is low for many of those who make use of such measures in this country. Several everyday barriers, lack of social support, low personal sense of achievement (low self-efficacy), and low nutrition literacy have been argued being possible explanations as to why people have difficulties in changing their diet and reducing weight.

Aim: To explore barriers, social support, self-efficacy and nutrition literacy in people who participate in weight reduction courses.

Method: Semi-structured in-depth interviews of 10 participants (> 20 years, seven women and three men), who received dietary guidance from qualified nutritionists. The interpretation of the verbatim-transcribed interviews was conducted with a hermeneutic-phenomenological approach.

Findings: From my interpretations of the interviews, the informants expressed eight barriers particularly challenging to achieving permanent dietary changes and weight reduction: 1) psychologically characterized personal problems; 2) lack of meal planning; 3) tempting foods; 4) social and environmental challenges; 5) lack of preference for the dietary suggestions they received from the nutrition counsellor; 6) eating different foods than other family members at common meals; 7) receiving little individual-based advices and 8) experience of too slow weight reduction. Most participants experienced social support, either internal or external. Self-efficacy seemed lowest among participants with several failed weight reduction attempts. The majority of the participants were interpreted as having low nutrition literacy, specifically a restricted ability to critically evaluate the «flood» of healthy food suggestions communicated by various actors in society.

Conclusion/implications: Dietary changes with associated weight reduction do not solely involve an immediate change of foods; one must overcome multiple everyday barriers, receive social support, and have high self-efficacy and nutrition literacy. Nutrition counsellors should not be restricted to providing food guidance to the obese, but also, in advance of the guidance, identify psychological characteristics that can be decisive in determining whether the participant will succeed with the food changes and weight reduction. Nutrition education could benefit from including, and emphasising, behavioural-psychological topics.

Keywords: Overweight, nutrition and dietary counseling, behavioural change, barriers, social support, self-efficacy, nutrition literacy

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord ..... **I**

Sammendrag ..... **III**

Abstract ..... **IV**

Innholdsfortegnelse ..... **V**

Tabeller ..... **VII**

Figurer ..... **VII**

Forkortelser med forklaringer ..... **VIII**

Oversikt over vedlegg ..... **IX**

1 Bakgrunn for studien **1**

2 Teori **3**

2.1 Overvekt og fedme 3

2.2 Vektreduksjonskurs og kostholdsveiledning 4

2.2.1 Typer vektreduksjonskurs 5

2.2.2 Teoretiske fundamenter for kostveiledning 8

2.3 Barrierer til endring 10

2.4 Sosial støtte 12

2.5 Mestringstro: self efficacy 14

2.6 Nutrition Literacy 16

2.6.1 Funksjonell NL 17

2.6.2 Interaktiv NL 17

2.6.3 Kritisk NL 17

2.7 Problemstillingens forskningsspørsmål 18

3 Metode **19**

3.1 Litteratursøk 19

3.2 Forskerens forforståelse 19

3.3 Valg av studiedesign: Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. 20

3.3.1 Fenomenologi og hermeneutikk – en nærmere beskrivelse 21

3.3.2 Fenomenologisk tilnærming – «Til saken selv» 22

3.3.3 Hermeneutisk tilnærming: fortolkning og forståelse 25

3.4 Intervju som metode 28

3.5 Utvalg 29

3.6 Praktisk gjennomføring av intervjuene 30
3.7 Utvikling av intervjuguiden 31
3.8 Transkribering, koding og analyse av intervjuene 33
3.9 Forskningsetiske vurderinger 42
4 Funn 43
4.1 Opplevde barrierer for kostholdsendring 43
4.1.1 Barriere: Mental eller personlig bagasje 43
4.1.2 Barriere: Mangel på måltidsplanlegging 45
4.1.3 Barriere: Hyppig utsatt for fristelser 46
4.1.4 Barriere: Vanskeligheter i sosiale settinger 47
4.1.5 Barriere: Spesielle dietter/råd som ikke fungerer i hverdagen 48
4.1.6 Barriere: Å spise annen mat enn familien/lage flere middager 49
4.1.7 Barriere: Ikke individtilpassede råd - for generelle råd 50
4.1.8 Barriere: Opplevelse av manglende progresjon 51
4.2 Sosial støtte 52
4.2.1 Opplevelse av å ha sosial støtte 52
4.2.2 Opplevelse av å ha lite intern sosial støtte 54
4.3 Mestringstro 56
4.3.1 Mener å ha lav mestringstro 56
4.3.2 Mener å ha noe mestringstro 57
4.3.3 Mener å ha sterk mestringstro 58
4.4 Nutrition literacy (NL) 59
4.4.1 NL: Hevder å ha kunnskap om hva som er «sunt kosthold» 59
4.4.2 NL: Langt mellom liv og lære 60
4.4.3 NL: Mange ulike ernæringsråd oppleves forvirrende 60
4.4.4 NL: Å forstå rådene er motiverende, man må ikke bare bli dem fortalt 61
5 Diskusjon 63
5.1 Metodediskusjon 63
5.2 Funndiskusjon 67
5.2.1 Informantenes åtte barrierer for kostholdsendring 67
5.2.2 Informantenes opplevelse av sosial støtte 74
5.2.3 Informantenes uttrykte mestringstro (self efficacy) 76
5.2.4 Informantenes nutrition literacy 78
5.2.5 Studiens reliabilitet og validitet 80
5.2.6 Konklusjon og implikasjon 82
6 Referanser 83

TABELLER

Tabell 1: Samlet matrise over alle fire temaer med endelige koder, *s. 40*

FIGURER

Figur 1: Overordnet oversikt over hvordan jeg analyserte meg frem til mine funn, *s. 35*
Figur 2: Eksempel på markerte meningsbærende enheter og dannete (foreløpige) koder, *s. 36*
Figur 3: Eksempel på egen oversikt over temaet *barrierer* med tilhørende koder, *s. 38*

FORKORTELSER MED FORKLARINGER

BMI/KMI	Body mass index/Kropps masse indeks	Formel som viser balanse mellom en persons vekt og høyde
FHI	Folkehelseinstituttet	
FNL	Funksjonell nutrition literacy	Evne til å lese og forstå kostholdsinformasjon
HBM	Health Belief Model	
HL	Health literacy	Evner og ferdigheter i å forstå, innhente, anvende og kritisk vurdere helseinformasjon i den hensikt å fremme og opprettholde god helse
INL	*Interaktiv nutrition literacy*	Evne til å innhente og anvende kostholdsinformasjon
KNL	*Kritisk nutrition literacy*	Evne til kritisk vurdering av kostholdsinformasjon, og til å engasjere seg i ernæringsfremmende saker
LHL	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	
MI	Motiverende intervju	
NL	Nutrition Literacy	Evner og ferdigheter i å forstå, innhente, anvende og kritisk vurdere kostholdsinformasjon i den hensikt å fremme og opprettholde god helse
NSD	Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste	
TpB	Thoery of Planned Behaviour	
TRA	Theory of Reasoned Action	
WHO	World Health Organization	

OVERSIKT OVER VEDLEGG

1. Samtykkeskjema
2. Eksempel på transkribert intervju
3. Eksempel på matrise over *sosial støtte* og *mestringstro*
4. Ikke meldepliktig til NSD

1 BAKGRUNN FOR STUDIEN

Overvekt og fedme er sterkt økende i Norge (Helsedirektoratet, 2011; Krokstad & Knudtsen, 2011). I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) defineres overvekt og fedme som en «unormal eller overflødig fettansamling som kan være helseskadelig» (WHO, 2017b - i egen norsk oversettelse), men mer konkret defineres KMI ≥ 25 som overvektig og KMI ≥ 30 som fedme (Helsedirektoratet, 2011). I et folkehelseperspektiv gir denne økningen grunn til bekymring, siden både overvekt og fedme kan knyttes til økt individuell risiko for ikke-smittsomme sykdommer, som blant annet hjerte- og karsykdom, diabetes og enkelte kreftformer (Helsedirektoratet, 2013, 2016a). I sin tur aktualiseres derfor behovet for strukturerte og organiserte tiltak som kan bidra til at overvektige personer kan redusere vekten og deretter klare å opprettholde idealvekt for å forebygge de nevnte relaterte livsstilsykdommene (Helsedirektoratet, 2011).

Resultater fra The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) 2013, viste at 46 % av alle dødsfall før fylte 70 år i Norge muligens kunne forklares av atferdsfaktorer som usunt kosthold, fedme og lavt fysisk aktivitetsnivå. Usunt kosthold ble her ansett som den viktigste risikofaktoren for tidlig død[1] (Knudsen et al., 2016). Folkehelseinstituttet (FHI) kunne i 2015 vise at selvrapportert forekomst av overvekt, inkludert fedme, hos begge kjønn i aldersgruppen 16-79 år i hele landet var på 48%, hvilket støttes av Helsedirektoratets data som viste at nesten halvparten av landets voksne (over 20 år) var overvektige (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsedirektoratet, 2011). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) viste imidlertid at henholdsvis 75 % og 61 % av menn og kvinner (over 20 år) var over normalvekt. Av disse hadde én av fem fedme (Helsedirektoratet, 2011; Krokstad & Knudtsen, 2011; Krokstad et al., 2012). Tromsøundersøkelsen viste at det i perioden 1994-2008 hadde skjedd en dobling av fedme hos voksne bosatt i den nordlige landsdel (Folkehelseinstituttet, 2014). I tillegg predikerer WHO at det kan skje en global befolkningsmessig frekvensøkning av fedmeforekomst, fra ca. 20% i 2008 til nærmere 30% i 2030. Prediksjonen antyder skjevfordeling i overvekt og fedme mellom kvinner og menn (30% av mennene og 17% av kvinnene) (WHO, 2013).

[1] Tidlig død oppstår når noen dør før de oppnår den høyeste forventede levetiden sett i sin aldersgruppe i verden (Knudsen, Kinge, Skirbekk & Vollset, 2016).

Både i offentlig og privat sektor kan mennesker søke råd og hjelp til vektnedgang, og mange benytter seg av slike tilbud (Christiansen, Borge & Fagermoen, 2012; Helsedirektoratet, 2011). Frisklivssentraler er et kommunalt lavterskeltilbud for «mannen i gata», hvor man kan delta på kurs og få individtilpasset veiledning (Helsedirektoratet, 2016b). I tillegg finnes en rekke private aktører i det norske samfunnet som har lignende tilbud for eksempel Grete Roede AS og Dr. Fedon Lindbergs Klinikk (Fedon Lindberg Klinikk, 2017; Grete Roede AS, 2017).

Slike offentlig og privat regisserte vektnedgangstilbud har derimot i flere internasjonale og nasjonale studier vist seg ikke å gi varig vektreduksjon for mange (Berkowitz & Fabricatore, 2011; Følling, Solbjør & Helvik, 2015; Mauro, Taylor, Wharton & Sharma, 2008; Riekert, Ockende & Pbert, 2013). Majoriteten av kursdeltakerne er gjerne tilbake til vekt-baseline, mens enkelte faktisk har gått ytterligere opp i vekt ett eller flere år etter kursavslutning (Barte, 2010; Kassirer & Angell, 1998; Lang & Froelicher, 2006; Soeliman & Azadbakht, 2014; Wadden & Butryn, 2003; Wing et al., 2008). Det er vist i studier om hvorfor mennesker ikke lykkes permanent med sin vektnedgang, at mange har *barrierer*, både kognitive og fysiske i sin hverdag som hindrer dem å holde fast i den påbegynte livsstils- og kostholdsendringen, samt fortsatt drive med fysisk aktivitet (Orji, Vassileva & Mandryk, 2012; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; Tan, 2004). Studier viser at mange som sliter med overvekt blant annet har mye emosjonell og mentalt «tung, belastende bagasje» som hindrer de i å få til sunne og gode endringer i kosthold og aktivitetsnivå (Berkowitz & Fabricatore, 2011; Følling et al., 2015). Slike funn antyder med andre ord at det trolig kan være både psykologiske forhold og praktiske hverdagsbarrierer, varierende grad av mottatt *sosial støtte*, samt begrenset *self-efficacy* (på norsk: mestringstro), heller enn kun returnerende sterk «matlyst» som er grunn til tilbakefallet (Bauer & Liou, 2016). Dessuten kan begrenset ernæringskunnskap om, og ikke-vitenskapelig forståelse av, hva et sunt og vektreduserende kosthold kan være, (på engelsk: *nutrition literacy*) vanskeliggjøre livsstilomlegging og permanent vektnedgang (Bandura, 1977; Bas & Donmez, 2009; Diamond, 2007; Pettersen, 2009; Senecal, Nouwen & White, 2000; Zoellner, Conell, Bounds, Crook & Yadrick, 2009)..

På bakgrunn av det overnevnte, ønsker jeg i denne masterstudien, ved hjelp av personlige intervjuer med personer som deltar i vektreduksjonskurs, å forsøke å besvare følgende problemstilling: *Hvilke opplevelser av barrierer til endring, sosial støtte, mestringstro og nutrition literacy har personer som mottar kostveiledning for å redusere sin kroppsvekt?*

2 TEORI

2.1 Overvekt og fedme

Som nevnt innledningsvis defineres KMI ≥ 25 som overvektig og KMI ≥ 30 som fedme (Helsedirektoratet, 2011). Det er derimot viktig å påpeke at KMI er best egnet for å se på vektutvikling i større populasjoner, og anses ikke som tilstrekkelig til å vurdere enkeltindivider (Folkehelseinstituttet, 2014; Sharma & Kushner, 2009).

I løpet av de siste 30 årene har andelen med overvekt i Norge økt kraftig, og som nevnt innledningsvis, kan blant annet HUNT-studiene vise at henholdsvis 75 % og 61% av menn og kvinner over 20 år, (i de målte områdene), er over normalvekt (Helsedirektoratet, 2011; Krokstad & Knudtsen, 2011). Overvekt kan knyttes til økt risiko for livsstilervervete sykdommer, som hjerte- og karsykdom, diabetes og enkelte kreftformer (Helsedirektoratet, 2013, 2016a). Norge har forpliktet seg til å nå WHO sitt mål om å redusere dødstallene som følge av disse sykdommene med 25% innen 2025. Kostholdsendringer og fysisk aktivitet hos målgrupper i befolkningen med overvekt er tiltak som er foreslått for å forsøke å redusere denne frekvensen (Helsedirektoratet, 2013, 2016b).

Mulige årsaker til overvekt er sammensatte og komplekse, mens den enkleste forklaringen anses å være skjevhet mellom kaloriinntak og forbruk hos individet (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2017b). Både WHO og Helsedirektoratet påpeker imidlertid at endringer man ser i atferdsmønsteret vedrørende fysisk aktivitet og spisevaner hos enkelte, påvirkes av både miljømessige og samfunnsmessige forandringer over tid. Et mer urbant samfunn og flere arbeidstakere med stillesittende arbeid, fører ofte til større grad av inaktivitet (Helsedirektoratet, 2011; WHO, 2017b). Økt tilgjengelighet og inntak av raske og energitette løsninger i matveien, kan bidra til et for høyt energiinntak i forhold til forbruk – og følgelig vektøkning hos mange (Swinburn et al., 2011).

Forskning viser at oppvekstforhold, livsvilkår og psykologiske belastninger også kan bidra til utvikling av overvekt og fedme (Berkowitz & Fabricatore, 2011; Helsedirektoratet, 2011). Sharma & Padwal (2010) hevder i sin oversiktsartikkel at for personer som sliter med overvekt og fedme kreves det systematisk vurdering av flere faktorer som kan påvirke deres energiinntak, metabolisme og energiforbruk. Derfor foreslår de å ta utgangspunkt i både sosiokulturelle, fysiologiske, biomedisinske og psykologiske faktorer for å kunne løse slik problematikk (Sharma & Padwal, 2010). Flere studier viser blant annet at mennesker med psykiske eller personlige belastninger, som angst og depresjon, har økt risiko for overvekt, siden

dette kan ha en uheldig og «usunn» innvirkning på spisemønsteret (deWit et al., 2010; 2014; Følling et al., 2015; Geliebter & Aversa, 2003). På den annen side kan overvekt og fedme være medvirkende årsak til angst og depresjon (Berkowitz & Fabricatore, 2011).

Selv om kalorioverskudd over tid trolig er den umiddelbare årsaken til økt vekt for mange, er det mye som tyder på at forslag til tiltak gitt under ernæringsveiledning bør ha helhetlig, klienttilpasset tilnærming. Kun å foreslå inntak av færre kalorier og øke deres aktivitetsnivå er sannsynligvis ikke tilstrekkelige suksessfaktorer for å nå målet (Lerdal et al., 2011; Mauro et al., 2008; Ravussin & Gautier, 1999; Sharma & Kushner, 2009; Sharma & Padwal, 2010). En rekke studier antyder sammensatte og alvorlige bakenforliggende grunner til *hvorfor* enkelte mennesker har hatt for høyt kaloriinntak gjennom mange år (Leslie, Hankey & Lean, 2007; Macht, 2008; Sharma & Padwal, 2010; Zheng & Berthoud, 2007). Det innebærer at helsearbeidere med fordel bør kartlegge mulige psykologiske, kognitive og barrierepregete faktorer hos sine klienter (Kirk, Penney, McHugh & Sharma, 2012; Lerdal et al., 2011; Mauro et al., 2008; Sharma & Kushner, 2009; Sharma & Padwal, 2010). Mauro et al., (2008) og Sharma & Padwal (2010) hevder derimot at de fleste anbefalingene for vektreduksjon reflekterer ideologi innenfor «energiregnskaps-paradigme» (= mindre kalorier inntatt enn forbrukt), mens man i mindre grad tar med i betraktning de forannevnte faktorene.

Flere fremhever altså at strategier for å motvirke en fedmeepidemi helst bør ta utgangspunkt i det komplekse samspillet av faktorer og forhold som kan bidra til å forklare *hvorfor* vekten hos enkelte stiger dramatisk (Følling et al., 2015; Helsedirektoratet, 2011; Legenbauer, de Zwaan, Muhlhans, Petrak & Herpertz, 2010; Lerdal et al., 2011; Poston, Foreyt, Borrell & Haddock, 1998). Dette antyder behov for tverrfagligsamarbeid innen helsesektoren (Helsedirektoratet, 2011).

2.2 Vektreduksjonskurs og kostholdsveiledning

Som nevnt tilbyr både offentlige og private aktører veiledning til personer i målgrupper, både om hvordan øke deres fysisk aktivitet og få et sunnere kosthold (Helsedirektoratet, 2011). I offentlig sektor anbefalte Helsedirektoratet i Norge i 2011 at alle kommuner skulle etablere en «Frisklivssentral», hvor man blant annet kunne motta veiledning for endring av livsstil og kosthold (Helsedirektoratet, 2016b). I offentlig og privat helsesektor kan man få veiledning av (kliniske) ernæringsfysiologer eller andre fagpersoner med godkjent utdanning innen ernæring (Christiansen et al., 2012; Helsedirektoratet, 2011). Dessuten øker også tilbud om kurs og kostveiledning fra private, kommersielle aktører med variabel ernæringsfaglig bakgrunn

(Pettersen, 2009; Zinöcker et al., 2016). I denne delen av oppgaven vil jeg gi eksempler på hvordan enkelte tilgjengelige vektreduksjonskurs bedrives, samt hva som kjennetegner former for individuell kostveiledning.

2.2.1 Typer vektreduksjonskurs

Et offentlig tilgjengelig lavterskeltilbud for overvektige er Frisklivssentralene. I veilederen for kommunale Frisklivssentraler heter det seg at sentralen skal *« kartlegge den enkeltes barrierer og muligheter og gi individuelt tilpasset oppfølging»* (Helsedirektoratet, 2016b, s. 12). Tilbudet ved Frisklivssentraler er for 12 uker av gangen. Underveis i disse ukene bør klient og veileder samtale om flere sentrale temaer, blant annet motivasjon, barrierer og muligheter for endring og mestring, måloppnåelse, plan for oppfølging, og opprettholdelse av nye vaner. Forløpet på 12 uker starter og avsluttes med en helsesamtale og bygger som oftest på prinsippene innen *motiverende intervju* (motivational interviewing; MI; (Helsedirektoratet, 2016b; D. E. Smith, Heckemeyer, Kratt & Mason, 1997). MI er gjerne en anbefalt metode for å motivere mennesker til atferdsendring, og teknikken har som mål å øke sannsynligheten for endring (Helsedirektoratet, 2016b). Metoden skiller seg fra annen pedagogisk tilnærming ved at formålet er at motivasjonen til forandring skal stamme fra individet selv, snarere enn fra helsepersonell (Miller & Rollnick, 2002). Personen får mulighet til å «overtale seg selv» til at endring skal skje og hvordan det skal skje (Helsedirektoratet, 2016b). MI, som først ble utviklet for behandling av alkoholisme (Miller, 1983), er i dag en anerkjent metode i behandling av både angstlidelser, rusbehandlinger, røykeslutt og endring av kosthold og aktivitetsvaner (Armstrong et al., 2011; Helsedirektoratet, 2016b; Miller, 1983; D. E. Smith et al., 1997). Hos Frisklivssentralen, når klientsamtalen og MI-strategien dreier seg om klienters overvekt, er det fokus på motivasjon, endring, og mestring, fremfor kun det rent faglige vedrørende kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016b).

Flere av landets største sykehus tilbyr kostholdsveiledning for vektreduksjon etter liknende prinsipper som Frisklivssentralene benytter seg av (Helsedirektoratet, 2016b). Både Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest har regionale ressurssentre som bidrar med tiltak overfor personer med fedme og sykelig overvekt[2] (Helse Sør-Øst, 2007; Helsedirektoratet, 2011).

[2] Sykelig overvekt representerer risiko for somatiske og psykiske tilleggslidelser, og defineres ved KMI ≥ 40 kg/m2, eller KMI ≥ 35 kg/m2 med alvorlige følgesykdommer (Helsedirektoratet, 2011).

Grete Roede AS er en velkjent privatdrevet, landsdekkende, kommersiell aktør som har tilbudt kostholdkurs og kostveiledning i 42 år (Bugge, 2016; Grete Roede AS, 2017). I følge informasjonen på deres hjemmeside baseres alle råd og tiltak beskrevet i «Roede-metoden» på Helsedirektoratets kostholdanbefalinger (Helsedirektoratet, 2014), samt kommunikasjons-prinsippene for MI (Helsedirektoratet, 2016b). De mener å være et godt etablert lavterskeltilbud til personer som har behov for å komme i gang med fysisk aktivitet og forbedre sine kostholdsvaner for å oppnå vektnedgang. Grete Roede AS har også, i samarbeid Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) og Diabetesforbundet, utarbeidet konkrete kommunikasjonsverktøy som skal gjøre det lettere for leger og helsepersonell å få til endring av levevaner hos sine pasienter (Grete Roede AS, 2017). Grete Roede AS har ifølge deres hjemmesider i alt 230 sertifiserte kursledere[3] fordelt på 350 kurssteder i hele landet. Bedriften tilbyr en rekke ulike kurs for å oppnå endring av helseatferd hos begge kjønn, også i ulike aldersgrupper. Fokus er ifølge det som fremkommer på deres hjemmesider; å få til «*varig livsstilsendring gjennom et sunnere kosthold, mer fysisk aktivitet og mental trening»* (Bugge, 2016). «Roede-metoden» har grunnverdier som vektlegger både motivasjon, mestring, endringsprosessen og støtte i hverandre, i tillegg til fokuset på sunne matvalg og fysisk aktivitet. Det tilbys også individuell veiledning. Det fremgår imidlertid ikke av deres hjemmeside hvordan slik kostveiledning foregår, utover at det gis ett oppfølging og veiledning med utgangspunkt i den enkeltes personlig definerte mål. Bedriften tilbyr også individuelle kurs kalt «Roede livsstils-coaching». Klienten får sin «personlige mentale trener» som vil hjelpe vedkommende med å kartlegge sine hindre («barrierer»), på veien mot å nå sitt mål, samt tilby mental trening som de mener kan forbedre ferdigheter og muligheter til å endre uheldige handlinger og vaner i hverdagen. Dette innebærer blant annet hjelp til å håndtere stress bedre, kartlegge og utnytte egne styrker, få økt indre motivasjon, samt utvikle større tro på seg selv og egne evner (Grete Roede AS, 2017).

En annen kjent privat, kommersiell aktør er Dr. Fedon Lindbergs Klinikk (Fedon Lindberg Klinikk, 2017). I større grad enn hos Grete Roede AS har denne klinikken fokus på å gi individuelle konsultasjoner fremfor å avholde felles kostholdskurs for klienter. Konsultasjoner gjennomføres med veiledere som presenteres på klinikkens hjemmesider, og

[3] Kurslederne sertifiseres gjennom «Roede-skolen» med undervisning i ernæring, fysisk aktivitet og endringsveiledning. Kurskonseptet er basert på likmannsprinsippet der ett hovedkriterie er at kursleder selv har slitt med vektproblematikk, og fått hjelp av Roede-metoden. Ikke krav til formell kompetanse innen ernæring eller ernæringsveiledning (Grete Roede AS, 2017; Pedersen, Müller, Hjartåker & Anderssen, 2017).

disse kan være leger, sykepleiere, kostveiledere eller klinisk ernæringsfysiologer. De hevder å ha lang erfaring med å behandle overvektige, hvor de primært benytter tiltak som livsstilsendring og «mat som medisin» (Fedon Lindberg Klinikk, 2017). De promoterer at de gjennom individuelt tilpasset behandling og personlig oppfølging kan bidra til å få til varig vektnedgang for sine klienter. Hvordan bedriften gjennomfører sin kostveiledning fremgår imidlertid ikke klart av deres hjemmesider. Deres viktigste metode virker å være «Eurodiet-metoden» som ifølge Fedon Lindberg Klinikk tilbys av klinikker i mange land i Europa (Eurodiet, 2017; Fedon Lindberg Klinikk, 2017). De omtaler dette som en effektiv og godt dokumentert metode for varig vektreduksjon for personer med KMI>27 og som har overvektrelaterte helseplager. Kurset varer seks til syv måneder og består av fire faser, hvor man går fra det klinikken beskriver som lavkaloridiett og oppnådd fysiologisk ketose (inkl. måltidserstatninger), til gradvis re-introdusering av matvarer, og videre til opprettholdelse av et balansert kosthold (Eurodiet; Fedon Lindberg Klinikk, 2017). Kurset består av fire gruppesamlinger og tre individuelle konsultasjoner, hvor det også vektlegges temaer som motivasjon, fysisk aktivitet, mestring, samt å snakke om forholdet mellom mat og følelser. Klinikken er til dels kjent for være uenige i en del av de norske offentlige kostholdsrådene (Helsedirektoratet, 2014), hvilket er en vesentlig forskjell fra Grete Roede AS sitt ståsted (Fedon Lindberg Klinikk, 2017; Grete Roede AS, 2017).

Man kan i privat sektor også få veiledning av (kliniske) ernæringsfysiologer eller andre fagpersoner med godkjent utdanning innen ernæring (Christiansen et al., 2012) ved legesentre som for eksempel Volvat (Volvat Medisinske Senter, 2017).

Både kostholdskurs og individuell kostveiledning tilbys dessuten av aktører med høyst mangelfull kvalifikasjon i ernæringsfaget (Pettersen, 2009; Zinöcker et al., 2016). I publikasjonen «Riktig mat er riktig resept», (Zinöcker et al., 2016) hevdes det at få personer i befolkningen jevnt over har tilgang på kostholdsveiledning fra en fagperson med formell ernæringskompetanse[3] (Zinöcker et al., 2016). Folkehelsemeldingen fra 2015 peker på at det ved Frisklivssentralene kan forekomme mangel på formell kompetanse i ernæring blant de

[3]Formell ernæringskompetanse kan i denne oppgavesammenheng avgrenses til kompetanse innen grunnleggende ernæringslære, samfunnsernæring eller klinisk ernæring, utdannelse på bachelor-eller mastergradsnivå, ved offentlig godkjent institusjon (Pedersen et al., 2017).

ansatte som gir diagnosespesifikk individuell og gruppebasert ernæringsveiledning (Meld.St.19 (2014-2015), 2015).

I rapporten *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012,* vektlegges det at det er *uklart hvilke yrkesgrupper som bør/kan ha ansvar for ulike ernæringsfaglige oppgaver*, samt *hvilken kompetanse som kreves til de ulike oppgavene* (Helsedirektoratet, 2012, s. 4). Dette til tross for at behovet for ernæringskompetanse er uttrykt i en rekke sentrale, offentlige dokumenter allerede fra 1970-tallet (Helsedirektoratet, 2012). Rapporten påpeker også at det er mangelfull undervisning i ernæringsfaget i ulike helseprofesjonsutdanninger. I samme rapport hevdes det også at tilbud om ernæringsfaglig veiledning overfor personer med betydelig overvekt og fedme ikke virket så høyt prioritert av det offentlige helsevesenet som økningen av frekvensen av dette potensielle helseproblemet skulle tilsi (Helsedirektoratet, 2012).

2.2.2 Teoretiske fundamenter for kostveiledning

Det er god dokumentasjon på at livsstilsprogrammer som benytter teknikker fra atferdsterapi, spesielt *kognitiv* atferdsterapi, særlig i kombinasjon med kostholds- og aktivitetsplan, kan føre til bedre resultater for vektreduksjon både på kortere og lengre sikt, selvtillit og mestringsfølelse, enn programmer som kun fokuserer på matinntak og aktivitetsnivå (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012; Brownell, 1999; Butryn, Webb & Wadden, 2011; Jacob & Isaac, 2012; Johansen & Andreassen, 2010; Kassirer & Angell, 1998; Kirk et al., 2012; Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2005; Söderlund, Fischer & Johansson, 2009; Wadden, Webb, Moran & Bailer, 2012). Kognitiv atferdsterapi tar sikte på å endre både tanke- og handlingsmønster, for på denne måten å bidra til at klienten endrer spise- og aktivitetsvaner hvor målet er å skape varig endring (Brownell, 1999). MI kan med fordel metodisk inkorporeres i slik tilnærming, og en slik kombinasjon har vist seg å være svært effektiv ved behandling av overvekt (Helsedirektoratet, 2016b; Hutchinson & Wilson, 2012; West, DiLillo, Bursac, Gore & Greene, 2007). Også forskere i en nylig studie ved Haukland Universitetssykehus har tatt til orde for at behandling som hovedsakelig går ut på å motivere til et sunnere kosthold og økt aktivitetsnivå ved hjelp av «kun» vektmål, aktivitetsplan og kostråd, trolig ikke fungerer godt nok (Skjåkødegård et al., 2016). I nevnte studie har de utført en grundig evaluering av en vektnedgangsintervensjon for barn og unge, hvor atferdsterapi var en viktig ingrediens, samt hvor hele familien var delaktige. Denne formen for behandling ble sammenliknet med «vanlig behandling», hvor man hovedsakelig fokuserte på endringer av kosthold og aktivitetsmønster.

Atferdsterapien viste best resultat (Skjåkødegård et al., 2016). I USA er det publisert flere oversiktsartikler og metaanalyser av behandlingsintervensjoner rettet mot barn, unge og voksne i de senere årene. Resultatene antyder at gruppebasert atferdsterapi er en vellykket tilnærmingsmetode, og enkelte hevder at dette bør være et førstevalg i behandling av overvekt (Butryn et al., 2011; Jacob & Isaac, 2012; Wadden, Butryn & Byrne, 2004; Young, Northern, Lister, Drummond & O'Brien, 2007).

Studier har i tråd med dette vist større vekttap når intervensjon foregår i gruppe fremfor individuelt (Jovanovic et al., 2009; Paul-Ebhohimhen & Avenell, 2009), uavhengig av deltakerens preferanse for gruppe- eller individbehandling (Renjilian et al., 2001). Mye tyder på at deltakernes interaksjoner i gruppebaserte intervensjoner fremmer atferdsendring og vekttap gjennom opplevelsen av blant annet sosial støtte, empati, informasjonsdeling og felles problemløsning (Butryn et al., 2011; Latner, Stunkard, Wilson & Jackson, 2006; Nackers et al., 2015). At gruppebasert veiledning er positivt støttes også av en norsk studie utført ved universitetet i Bergen (Engström, Abildsnes & Mildestvedt, 2016). Ved hjelp av fokusgrupper ble det undersøkt i hvilken grad både ungdommer og unge voksne var motiverte til å få oppfølgning i gruppe, samt hvilke sosiale og miljømessige faktorer som fremmet eller hemmet livsstilsendring for nevnte gruppe. Forskerne rekrutterte 17 deltagere fra Frisklivssentralen i Bergen, og disse ble fordelt i tre grupper som mottok ulike behandlingsprogrammer. Felles for behandlingsprogrammene var at MI ble benyttet som metode. Resultatene viste blant annet at individuell motivasjon ble styrket ved å bli fulgt opp som deltager i en gruppe (Engström et al., 2016). Fagermoen et al. (2014) kan vise til en signifikant økning i deltakernes *mestringstro* og selvfølelse ved at de gjennom felles kurs opplevde å tilegne seg *kunnskap*, men også identifiserte, utfordret og endret ugunstige tanke- og atferdsmønstre gjennom prinsipper basert på kognitiv teori. Borge et al. (2012) kan i sin kvalitative studie vise til beskrivelser som tilsier at slike felles kurs bidrar med støtte og fungerer som et motiverende nettverk.

Uansett, hovedmålet ved livsstilbehandling generelt virker stort sett å fokusere på tre elementer; endring av kosthold, økt fysisk aktivitet og atferdsterapi. Imidlertid tyder det på at det kan være store forskjeller i hvordan de enkelte livsstilbehandlingene velger å fordele mengden av de nevne tre elementene (S. M. Byrne, Cooper & Fairburn, 2004; Fedon Lindberg Klinikk, 2017; Følling et al., 2015; Grete Roede AS, 2017; Kirk et al., 2012).

Både internasjonale og norske studier viser imidlertid at vektnedgangsintervensjoner ikke virker positivt og suksessfullt på alle deltakerne (Berkowitz & Fabricatore, 2011; Følling et al., 2015; Wing et al., 2008). Majoriteten av de som har forsøkt å gå ned i vekt er ofte tilbake

til vektutgangspunktet eller har blitt tyngre ett år etter kursslutt (S. M. Byrne et al., 2004; Kassirer & Angell, 1998). En del hevder at forklaringen til dette kan ligge i at mange livsstilsprogrammer for overvektige ikke omfatter samtaler med psykolog; at man generelt i mindre grad tar hensyn til psykologiske eller opplevde praktiske barrierer som mulig grunn til sitt vektproblem (S. Byrne, Barry & Petry, 2012; S. M. Byrne et al., 2004). I de norske retningslinjene for utredning og behandling av overvekt hos voksne står det at det er:*«(….)vesentlig at helsetjenesten får bedre forutsetninger for å behandle personer med overvekt og fedme»,* samt at det *er «(….)sterkt behov for verktøy i helsetjenesten for hvordan man kan forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme»* (Helsedirektoratet, 2011, s. 3). Hva disse «bedre forutsetninger» og «verktøy» kan være, er dog ikke presisert.

Uansett, faglitteratur og studier viser at det i stor grad er enighet om at det å endre kosthold eller livsstil er vanskelig å mestre for mange, og at andre faktorer enn inntatte matmengder kan være de største utfordringene (Bauer & Liou, 2016; Følling et al., 2015; Legenbauer et al., 2010; Macht, 2008; Riekert et al., 2013).

2.3 Barrierer til endring

Helsekommunikasjonsteorien Health Belief Model inneholder konstruktbaserte variabler som tenderer å ville forklare personers helseatferd (Rosenstock et al., 1988). Modellen, som ble utviklet på 1950-tallet, er trolig den mest kjente og mest benyttede teorien når det gjelder forskning innenfor helseatferd. Den forklarer at sannsynligheten for at en person vil følge anbefalte helserelaterte handlinger påvirkes av vedkommendes oppfattete alvorlighet og mottakelighet for en sykdom/tilstand, samt oppfattede fordeler og ulemper ved å foreta endringen (Kartal & Ozsoy, 2007; Rosenstock et al., 1988; Tan, 2004). Ulempene kan blant annet være personens barrierer (engelsk: *perceived barriers*) for å oppnå endring (Rosenstock et al., 1988).

Som Albert Bandura har hevdet ville personlig forandring vært trivielt enkelt hvis det ikke var noen *barrierer* å overvinne (Bandura, 1998). Derfor er oppfattede barrierer en viktig faktor i HBM og i utdypede versjoner av den (Bandura, 1998; Rosenstock et al., 1988). Barrierer i denne sammenhengen refererer altså til personens subjektive opplevelse av hva som kan hindre en i å gjøre helsefremmende valg - eller som gjør det utfordrende å gjøre dem (Bandura, 1998; Rosenstock et al., 1988).

Albert Bandura`s sosial-kognitive teori skiller mellom ulike typer barrierer, hvor noen av dem er personlige barrierer som hindrer en i å utøve selve helseatferden (Bandura, 1998). I

følge Rosenstock et al. (1988) har barrierebegrepet gjerne omfattet hindringer «av alle slag», alt fra økonomiske utfordringer til personlige karakteristikker (Rosenstock et al., 1988). Eksempler kan være at store jobbmengder, å være sliten, deprimert, ha «bedre» ting å gjøre eller at det er dårlig vær, kan føre til at man unngår å utføre for eksempel en treningsøkt(Bandura, 1998). Andre eksempler er mangel på tid, kunnskap eller motivasjon, eller at noe oppleves som ubehagelig (Das & Evans, 2014; Orji et al., 2012). Slike barrierer kan hindre en i å gjøre helsefremmende valg, selv om man er klar over helsefordelene ved å endre atferden (Orji et al., 2012). Det er følgelig vist at om noen skal oppnå en helserelatert atferdsendring, så må fordelene være større enn ulempene, og de tilhørende barrierene overskrids eller fjernes (Rosenstock et al., 1988). I følge TpB er sannsynligheten for å *bevare* en atferdsendring større hvis balansen mellom oppfattede barrierer og oppfattede tilretteleggere («facilitators») for en atferdsendring er i favør av tilretteleggerne, enn om det motsatte er tilfellet (Ajzen, 1991; Palmeira et al., 2007).

I enkelte studier omtaler man et skille mellom *indre* og *ytre* barrierer, slik som hos Ziebland, Thorogood, Yudkin, Jones og Coulter (1998). De ville se om deltakernes oppnådde atferdsendring om kosthold og fysisk aktivitet hadde sammenheng med hvilke barrierer deltakerne hadde oppgitt tre år tidligere; om de var indre eller ytre. De definerte indre barrierer som blant annet mangel på viljestyrke, være «lat», tidsklemme, at de likte den «dårlige» atferden for godt, eller følte behov for å slappe av, mens ytre barrierer kunne være mangel på fasiliteter, begrenset transportkommunikasjon, dårlig egenøkonomi, eller venners og kollegers motsatte atferd og preferanser. Studien viste at flest deltakere oppga å ha indre barrierer, og at disse hadde hindret dem mest i å få til endring av kosthold og aktivitetsnivå. De som mente å ha flest ytre barrierer mente at de hadde mulighet til å endre på disse og derfor kunne klare å oppnå atferdsendring (Ziebland et al., 1998). Studier har vist at mentale utfordringer og «personlig bagasje» (som eksempler på indre barrierer) kan ligge til grunn for at man mislykkes med atferdsendring (Følling et al., 2015; Geliebter & Aversa, 2003; Macht, 2008; Mellin, Neumark-Sztainer, Story, Ireland & Resnick, 2002; Riekert et al., 2013).

Byrne et al. (2012) hevder man bør identifisere personers barrierer for at de skal klare å endre sitt kosthold og sine aktivitetsvaner. På den måten kan man fokusere sterkere på mulige bakenforliggende grunner til overvekten eller fedmen (Sharma & Padwal, 2010). Videre er det bredt studert at gode sosiale relasjoner og positiv støtte fra nærmiljøet (eng.; *social support*) er faktorer som bidrar til at en person lykkes med atferdsendring – og motsatt (Chair, Wong, Tang, Wang, & Cheng, 2015; Verheijden, Bakx, van Weel, Koelen, & van Staveren, 2005).

2.4 Sosial støtte

At støttende sosiale relasjoner (*sosial støtte*) har betydning for trivsel, tilpasning og god individuell helse, ble relativt tidlig vist i folkehelsestudier (Cobb, 1976; Verheijden, Bakx, van Weel, Koelen & van Staveren, 2005). Å ha opplevelsen av sosial støtte er vist å spille en viktig rolle for å oppnå helsefremmende atferdsendringer, for eksempel det å innta mer frukt og grønnsaker eller å spise regelmessige måltider (Mellin et al., 2002). Flere studier viser at det å ha sosial støtte også kan bidra til å oppnå vektreduksjon (Chair, Wong, Tang, Wang & Cheng, 2015; Riekert et al., 2013; Verheijden et al., 2005; Wing & Jeffery, 1999). Burg og Seeman (1994) har vist at familiemedlemmer gjennom sin kommunikasjon og sine holdninger, ofte har innvirkning på pasienters beslutning om å følge anbefalinger gitt av helsepersonell, deres evne til å sette seg inn i og bevare endringer vedrørende kosthold og fysisk aktivitet, samt deres psykiske velvære.

Uttrykket sosial støtte har blitt operasjonalisert flere ganger i forskningslitteraturen, og begrepet er derfor bredt definert (Demaray & Malecki, 2002). Cobbs (1976) definisjon besto av tre komponenter; føle seg elsket, føle seg verdsatt eller respektert, og tilhøre et sosialt nettverk. I følge Malecki og Demaray (2002) har mange forskere, når de diskuterer sosial støtte, fokusert på det *emosjonelle* aspektet av sosial støtte, og utelatt andre typer eller innhold av støtte. Tardy (1985) har derimot foreslått en modell som adresserer fem dimensjoner i konseptualisering av sosial støtte; *retning* , *disposisjon*, *beskrivelse / evaluering*, *innhold* og *nettverk* (Malecki & Demary, 2002). *Retning* refererer til om sosial støtte blir gitt eller mottatt, *disposisjon* refererer til tilgjengelighet av støtte (tilnærmet «strukturell støtte» beskrevet senere i kapitlet) og hvilken støtte noen har benyttet, og *beskrivelse / evaluering* refererer til om personen er fornøyd med støtten han/hun mottar. Den fjerde dimensjonen *innhold* viser til fire ulike typer; *emosjonell* (består av følelsesmessige støttemidler, for eksempel, kjærlighet tillit, og empati), *instrumentell* (inkluderer ressurser som tid eller penger), *informativ* (informasjon eller råd gitt på et bestemt område), og / eller *vurdering* (evaluerende tilbakemelding til enkeltpersoner). Den femte og siste dimensjonen i Tardys (1985) modell for sosial støtte, *nettverk,* beskriver menneskene i personens sosiale nettverk (Malecki & Demary, 2002).

De varierte operative definisjonene av sosial støtte som fremkommer i litteraturen er symptomatiske for den ulike betydningen som sosial støtte ser ut til ha for livsstilsendring (Tardy, 1985). Tardy, (1985) mener at målet ikke er å komme til enighet om en enkelt definisjon, men snarere å diskutere konseptets teoretiske og operasjonelle nivåer. Begrepets heterogene definisjoner har følgelig gjort det vanskelig å sammenlikne studier og generalisere

forskningsresultater (Tardy, 1985). Andre hevder at nettopp det definisjonsmessige mangfoldet heller er begrepets styrke (Dalgard, Ystgaard & Brevik, 1995).

Jeg har valgt å definere *sosial støtte* etter inspirasjon fra Cobb (1976) og Demaray, Malecki, Davidson, Hogdson og Rebus (2005): *Den oppfatningen en person har om at han eller hun blir respektert, ivaretatt, verdsatt og elsket av noen i sitt sosiale nettverk, samt følelsen av at dette vil være en beskyttende faktor i større kriser, i utfordrende fysiske og psykiske helsesituasjoner, samt til adekvat fungering i dagliglivet* (i min egen norske oversettelse). Videre, mer konkret for formålet i min masterstudie, har jeg valgt å danne en noe utvidet definisjon av oppfattet sosial støtte (på engelsk: «percevied social support»), med utgangspunkt i Malecki og Demaray (2002) sin definisjon som er nært knyttet til Tardys (1985) modell; *En persons oppfatning av støttende atferd (ord eller handlinger) fra mennesker i deres sosiale nettverk, som forbedrer deres funksjon i dagliglivet og evne til kostholdsendring, og/eller reduserer sjansene for det motsatte* (Demaray & Malecki, 2002; Tardy, 1985).

Både familiemedlemmer, venner og kollegaer eller andre former for sosialt nettverk rundt en person, kan gi sosial støtte (Dalgard, 2006; Verheijden et al., 2005). Verheijden et al., (2005) skiller mellom *strukturell* (sosial) støtte og *funksjonell* (sosial) støtte. Førstnevnte gjenspeiler tilgjengeligheten av potensielle støttespillere, mens den siste beskriver personens subjektive opplevelse av støtten han/hun faktisk får. Sistnevnte har vist seg å ha en sterkere innvirkning på helsen (Verheijden et al., 2005). I denne masterstudien har jeg derimot valgt kun å skille mellom *intern* og *ekstern* støtte, hvor støtten henholdsvis enten kommer fra nære relasjoner som mann/kone/nær familie eller fra «fjernere» relasjoner, som for eksempel helsepersonell eller kostveileder (Kreivinienė, 2011).

Wing & Jeffery (1999) rekrutterte deltakere som enten var alene eller sammen med tre venner eller familiemedlemmer, til en vektnedgangs-intervensjon. Hele 95 % av deltakerne som ble rekruttert sammen med venner eller familie fullførte intervensjonen, og 66 % av disse hadde klart å opprettholde sin vektnedgang etter både fire og 10 måneder, mot henholdsvis 76 % og 24 % av deltakerne som deltok i intervensjonen alene.

Støtte fra helsepersonell (ekstern støtte) er også vist å være en sentral suksessfaktor for å få til atferdsendring (WHO, 1998). Ikke minst er det vist at en persons opplevelse av å få oppfølging og støtte fra helsepersonell over lengre tid, øker både vedkommendes motivasjon og følelse av å lykkes med atferdsendringen (Perri, Sears & Clark, 1993; Wadden et al., 2012). I enkelte andre studier er det derimot vist at støtte fra helsepersonell trolig har begrenset effekt i forhold til intern støtte (Verheijden et al., 2005). Den faktiske atferdsendringen finner derfor

sannsynligvis i størst grad sted i vedkommendes private, familiære situasjoner og sammenhenger (Verheijden et al., 2005; WHO, 1998).

Uansett, det er bred helsekommunikasjonsfaglig enighet om at en persons sosiale støtte er viktig for å få til livsstilsendring hos vedkommende, ikke minst ved å øke *mestringstroen* på å klare å overvinne sine barrierer (Chair et al., 2015; Rosenstock et al., 1988).

2.5 Mestringstro: self efficacy

Begrepet *mestringstro* refererer til en persons tro på sin egen evne til å klare å utføre en helserelatert atferdsendring som skal føre til et mål (Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). Mestringstro er ett nøkkelbegrep i Albert Bandura`s sosial-kognitive teori, som beskriver at atferd er sterkt influert av ens selvpåvirkning (Bandura, 1977, 1998; Bas & Donmez, 2009). Hvis vi selv ikke tror at vi er i stand til å utføre en endring, er det stor sannsynlighet for at vi heller ikke vil prøve på det, til tross for at vi innser at endringen er nyttig (Orji et al., 2012). Personens mestringstro har effekt på ens motivasjon, tankemønstre og handlingsvalg, hvilket igjen har ført til at operasjonaliseringer av dette begrepet ofte inngår som innholdskomponent i atferdsendringsteorier, blant annet i utvidete versjoner av Health Belief Model, Theory of Reasoned Action (Didarloo et al., 2011; Rosenstock et al., 1988), Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991), og Relapse Prevention Model (Marlatt & George, 1984). Mestringstro er sett å være viktig for hva slags oppgaver vi begir oss ut på, og hvor mye vi investerer i å utføre oppgaven (Bandura, 1977, 1998, 2006). Det finnes varierende grad av mestringstro, men sterk mestringstro er gjerne forbundet med vilje og konstruktiv innsats til å ville endre uheldig helseatferd (S. Byrne et al., 2012). Individer med sterk mestringstro takler også gjerne nederlag på en bedre måte enn personer med lav mestringstro. De med lavere mestringstro mister raskt troen på seg selv og vil gjerne oftere forsøke å unngå utfordringer/endringer da de har liten tro på suksess (Bandura, 1977, 1998).

Forskning viser at mestringstro kan spille en viktig rolle for vedkommendes evne til reduksjon av overvekt og fedme (Stubbs & Lavin, 2013), for eksempel ved å tro at man klarer å endre/regulere spisevaner og spiseatferd, hvilket kan innebære en betydelig individuell kognitiv, tankemessig restrukturering (Senecal et al., 2000). En intervensjon hvis fokus blant annet var på å øke deltakernes mestringstro, førte til økt inntak av frukt og grønnsaker og sunnere aktivitetsvaner (Anderson-Bill, Winett, Wojcik & Winett, 2011).

Videre vil også det å lykkes med å nå målet sitt kunne skape økt mestringstro, noe som igjen kan øke sannsynligheten for at atferdsendringen opprettholdes (McAuley & Blissmer,

2000). I vektnedgangsintervensjoner har man registrert at mestringstro hos personer økte både underveis og etter fullført kurs (Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi, 1991; Fagermoen et al., 2014; Warziski, Sereika, Styn, Music & Burke, 2008). Mestringstro tilegnes ifølge Bandura (1977) gjennom fire ulike kilder; mestringserfaring, fysiske og psykiske reaksjoner, vikarierende erfaringer og sosial verbal overtalelse/overbevisning (Bandura, 1977). *Mestringserfaring* handler om å overvinne barrierer, og er ifølge Bandura (1977) den viktigste faktoren for å bygge opp mestringstro. Å overvinne barrieren(e) og å lykkes i å mestre en oppgave vil kunne bygge selvtillit, mens å mislykkes vil kunne dempe mestringstroen (Bandura, 1977). *Vikarierende erfaringer* handler om vår observasjon av mennesker rundt oss. Å se mennesker man kan identifisere seg med, spesielt mennesker man anser som rollemodeller, lykkes med å gjennomføre en oppgave, øker troen på at man selv har evnen som trengs for å lykkes i det samme området. Dette vil øke troen på egne evner til å gjøre det samme (Bandura, 1977). *Verbal overtalelse* (eller sosial overbevisning) handler om at innflytelsesrike mennesker i våre liv som for eksempel foreldre, lærere, ledere eller trenere kan styrke vår tro på at vi har det som trengs for å lykkes. Å være overbevist om at vi har evnen til å mestre en atferd (for eksempel kostholdsendringer), fører til at vi vil kunne prestere bedre og øke sjansene for å lykkes, samt opprettholde atferden når det oppstår problemer (Bandura, 1977). *Fysiske og psykisk tilstand* handler om at tilstanden man befinner seg i vil påvirke i hvilken grad vi opplever mestringstro. Bandura (1977) forklarer dette med at for eksempel stress, angst eller depresjon gjerne blir tolket som et tegn på personlige mangler og kan redusere vår mestringstro. Bandura hevder at ved å tilegne seg evnen til å redusere slike følelser, selv hvis man feiler, vil dette kunne øke mestringstroen. På den annen side vil positive følelser kunne øke ens egen mestringstro til våre ferdigheter (Bandura, 1997).

Orji et al. (2012) viste at mestringstro var den sterkeste prediktoren for personers sunne helseatferd. Sterk mestringstro ikke bare økte personers evne til å få til helsefremmende atferd, men minimaliserte også den hemmende effekt av barrieren(e). Å primært øke personers mestringstro kan således, ifølge Orji et al., (2012), være en betydningsfull strategi for å redusere barrierer forbundet med deres ønske om en helsefremmende atferdsendring.

I følge Albert Bandura (1977, 2006) er det et viktig skille mellom mestringstro og det man på engelsk kaller «locus of control». Mens det førstnevnte i større grad dreier seg om hvor *kapabel* man opplever seg til å utføre en helsefremmende handling, (en vurdering av ens egen evner), reflekterer sistnevnte hvorvidt man opplever at det som skjer deg er et resultat av ens egne handlinger (intern) eller av faktorer utenfor ens kontroll (ekstern). I denne

studiesammenheng vil det kunne bety at man med intern «locus of control» vil kunne tenke at ens overvekt er et resultat av ens egne handlinger, eksempelvis det å spise usunt og mye. Disse vil beskylde seg selv for situasjonen de befinner seg i. De med ekstern «locus of control» har en tendens til å legge ansvaret på ytre faktorer, for eksempel at jobbkantinen selger mye usunn mat, eller at partneren lager usunne måltider (Bandura, 2006).

I følge Rosenstock et al. (1988) kan «locus of control» videre ses i sammenheng med personers mestringstro. Man kan derfor som person «vite» at ens vekt*nedgang* fullt og helt er avhengig av ens egne handlinger (intern locus of control), men allikevel føle seg motløs fordi man opplever å være lite kapabel til utføre det som kreves (lav mestringstro/self-efficacy). I motsatt fall vil man med *høy* grad av mestringstro og *ekstern* locus of control kunne se seg selv som kapable til å utføre endringene, men utelate å gjøre det fordi man ikke er overbevist om at endringene gir noen effekt. Rosenstock et al. (1988) hevder også at de som opplever høy mestringstro og intern locus of control er de personene som mest sannsynlig følger de profesjonelle rådene man før, mens man med lav mestringstro og ekstern locus of control mest sannsynlig ikke overholder rådene.

Foruten de forannevnte elementene; barrierer til endring, sosial støtte og mestringstro, er det vist at pasienters/klienters nivå, både av *health literacy* og *nutrition literacy*, spiller en viktig rolle for hvor kapable de er til å forstå, søke etter, kommunisere og evaluere helse- og ernæringsinformasjon (Diamond, 2007; Jenum & Pettersen, 2014; Pettersen, 2009).

2.6 Nutrition Literacy

Begrepet *Nutrition literacy* (NL) har i de senere årene vokst frem som en underdimensjon til *Health literacy*-begrepet (HL) (Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009). Norske oversettelser av begrepene HL og NL er henholdsvis *helsefremmende allmenndannelse* (Pettersen, 2009, s. 92) og *ernæringsfremmende allmenndannelse* (Pettersen, 2009, s. 93). Finbråten og Pettersen (2009) har foreslått følgende norske definisjon av HL: «*personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse»* (Finbråten og Pettersen 2009, s. 60). Silk et al. (2008, s. 4) definerte NL omtrent tilsvarende som HL: *«The degree to which people have the capacity to obtain, process, and understand the basic nutrition information and services they need to make appropriate nutrition decisions».*

NL anser man kan fordele seg, på liknende måte som for HL, i tre kompetanser; funksjonell NL (FNL), interaktiv NL (INL) og kritisk NL (KNL), hvor det for hvert nivå kreves

ytterligere kunnskap og ferdigheter (Guttersrud, Dalane & Pettersen, 2014; Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009; Pettersen et al., 2015).

2.6.1 Funksjonell NL

FNL gjenspeiler en persons grunnleggende lese- og skriveferdigheter som gjør de i stand til å forstå og følge enkel og grunnleggende ernæringsinformasjon. Det innebærer også grunnleggende ernæringsmessige og kroppslige kunnskaper (Pettersen et al., 2015; Silk et al., 2008).

2.6.2 Interaktiv NL

INL er hovedsakelig interaktive ferdigheter som man benytter seg av om man har behov for å innhente kostholds- og ernæringsinformasjon og for å kunne kommunisere kosthold og ernæring i lag med helsepersonell (Pettersen et al., 2015).

2.6.3 Kritisk NL

KNL innebærer at man har evnen til å kunne kritisk vurdere, analysere og evaluere den ernæringsmessige informasjonen som stadig mottas fra de mange kildene som fremmer helsepåstander om dette temaet (Pettersen et al., 2015). På dette nivået er det mulig for en person å gjøre gode helsefremmende valg på bakgrunn av at man kan bruke relevant ernæringsinformasjon aktivt og helsefremmende. KNL innebærer også vilje til å aktivt engasjere seg i saker som fremmer sunt kosthold på flere arenaer i samfunnet (Pettersen et al., 2015).

Det er kjent at de med dårligere leseferdigheter tenderer til å være mindre mottakelig for helseopplysning og lykkes mindre med å håndtere sin kroniske sykdom (Nutbeam, 2000). I tråd med dette, viser studier fra England og USA at mange pasienter faktisk har vanskelig med å forstå og anvende helseinformasjon som de mottar fra profesjonelle helsearbeidere (M. V. Williams, Davis, Parker & Weiss, 2002). Ikke uventet er det altså et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det helsearbeidere tror eller forventer at de forstår (American Medical Association, 1999; Finbråten & Pettersen, 2009). Pettersen et al. (2015) og Jenum og Pettersen (2014) hevder det derfor er viktig at «sender» av budskap i dialog om både kosthold og helse har kartlagt mottakerens nivå av NL og HL. Gjøres dette er det større sannsynlighet for at måten den ernæringsmessige informasjonen blir kommunisert på blir tilpasset pasienten, noe Boehl (2007) påpeker er en viktig faktor når det gjelder menneskers forståelse og atferd knyttet

til ernæring og kostholdsvalg.

I følge Pettersen (2009) kan muligens NL være den viktigste individuelle forutsetningen for ernæringsfremmende atferd. En som har høy NL kan både lese og forstå, evidensbasert kostholdsinformasjon, kommunisere om kosthold og helse med helsepersonell, samt kritisk vurdere ulike kilder til slik informasjon. Ettersom ulikt kvalifiserte aktører fremmer kostholdsinformasjon via mange kanaler, mener Pettersen (2009) at det både er rasjonelt og forebyggende å ha kompetanse til å kunne sortere bort den informasjonen som holder lav ernæringsvitenskapelig standard. Høy NL kan således fungere som et kognitivt «filter». På denne måten kan sjansen for å ta evidensbaserte kostholdvalg øke.

Kunnskap om kosthold og helse har vist seg å være tett forbundet med utfallet av endringsrelaterte intervensjoner (Riekert et al., 2013). Lavere NL er ved flere anledninger blitt assosiert med dårligere helse og et mer usunt kosthold, enn høyere NL (Diamond, 2007; Zoellner et al., 2009). Studier viser også overvektige generelt sett har lavere NL enn normalvektige (Diamond, 2007).

Selv med god kunnskap om kosthold og helse, er derimot ikke dette avgjørende for om man klarer å endre uheldig helseatferd. En norsk studie av personer som deltok i en livsstilintervensjon viste at de fleste deltakerne var klar over *hva* de *burde* gjøre, men de fikk det bare ikke til i praksis (Følling et al., 2015). En annen norsk studie viste også et slikt gap mellom helsekunnskap og helseatferd (Christiansen et al., 2012).

2.7 Problemstillingens forskningsspørsmål

Som tidligere nevnt i kapittelet 1.0 Bakgrunn for studien, er masterstudiens problemstilling: *Hvilke opplevelser av barrierer til endring, sosial støtte, mestringstro og nutrition literacy har personer som mottar kostveiledning for å redusere sin kroppsvekt?*

Problemstillingen søkes besvart med følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke eventuelle *barrierer* til endring opplever personer som mottar kostendring for vektreduksjon at de har?
- Hva slags eventuell *sosial støtte* opplever personer som mottar kostveiledning for vektreduksjon at de har?
- Hvordan vurderer personer som mottar kostendring for vektreduksjon at deres *mestringstro* er?
- Hvordan vurderer personer som mottar kostendring for vektreduksjon at deres *nutrition literacy* er?

3 METODE

> *«All kunnskap har begrenset gyldighet ut over det rommet der den lever sitt liv, med mindre den kan deles og formidles til andre.»* (Malterud, 2011, s. 185)

I dette kapitlet vil jeg beskrive prosessen i prosjektet som har ført frem til mine tolkninger og funn som siden presenteres. Først gjør jeg rede for litteratursøkene til oppgaven og min forforståelse som forsker, etterfulgt av hvilken metode og tilnærming jeg har brukt for best å belyse studiens problemstilling. Deretter beskriver jeg studiens utvalg, og viser hvordan jeg forberedte og utviklet intervjuguiden, samt utførte den praktiske gjennomføringen av intervjuene. Avslutningsvis tar jeg for meg den analytiske prosessen av personintervjuene og det transkriberte materialet.

3.1 Litteratursøk

For å skaffe relevant litteratur til planlegging og gjennomføring av denne studien, benyttet jeg følgende databaser; PubMed, PubPsych, Bibsys, Science Direct, BMC, NCBI, Oria læringssenter og bibliotek, samt Google Scholar. Søkeordene jeg benyttet, både samlet og separat var; «life style change», «livsstilsendring», «atferdsendring», «barrierer + livsstilsendring», «barriers to change», «health belief model», «theory of reasoned action», «social cognitive theory», «theory of planned behavior», «health behavior», «social support», «nutrition literacy», «knowledge and obesity», «self-efficacy», «weight loss maintenance», «emotional baggage as barriers», «diet change», «dieting», «qualitative research». For øvrig henviser referanselisten til fullstendig oversikt over litteratur brukt i denne masteroppgaven. Referansene i brødtekst og referanseliste er satt opp etter den sjette versjonen av American Psychological Association (APA) (American Psychological Association, 2010).

3.2 Forskerens forforståelse

Slik Malterud (2011) hevder, er det hensiktsmessig å redegjøre for ens forforståelse. Som masterstudent i Samfunnsernæring har jeg ervervet meg kunnskap om sammenhenger mellom kosthold, ernæring og helse, primært i et forebyggende folkehelseperspektiv. Jeg har begrenset kunnskap om psykologisk atferdsteori (om hva som kognitivt kan påvirke personers kostholdsatferd). Mitt avlagte masteremne i helse- og ernæringskommunikasjon, samt noe artikkellesning om atferdspregete temaer, er min eneste befatning med dette omfattende fagfeltet, hvilket kan være begrensende for validiteten i fortolkningsrammen til

masteroppgaven. Jeg har således underveis i tolkningsarbeidet prøvd å være meg bevisst på disse faglige begrensningene. Mitt faglige ståsted og forforståelse er derfor primært Samfunnsernæring, og oppgaven vil preges av det.

3.3 Valg av studiedesign: Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

Hensikter var å studere informantenes erfaringer med en prosess hvor de aktet å endre sine kostholdsvaner. Det innebar å utforske meningsinnholdet om et fenomen slik det oppleves for denne målgruppen, og personintervjuer ville således kunne bidra til å belyse erfaringsmessig mangfold og tilhørende nyanser (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Min problemstilling ledet derfor til et naturlig valg av en kvalitativ forskningsmetodisk tilnærming, hvor jeg kunne gjøre bruk av både beskrivelser og tolkninger, med et hermeneutisk-fenomenologisk teoretisk-analytisk fundament (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Jeg vil påpeke at ettersom jeg som masterstudent ikke har dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi, har jeg i denne oppgavesammenhengen inntatt et faglig rasjonelt forhold til begrepene «fenomenologi» og «hermeneutikk». I denne studien vil begrepet hermeneutikk hovedsakelig handle om å *tolke menneskelig mening*, altså mine informanters mening vedrørende min oppgavetematikk (Malterud, 2011, s. 44). Fenomenologi vil i denne sammenheng i størst grad omhandle det å forstå og beskrive hvordan fenomenet, altså tematikken for oppgaven, fremstår for informantene (Malterud, 2011). Mer om fremgangsmåten jeg har brukt i analyseprosessen beskrives i underkapittel 3.8.

Kvalitativ forskningsmetodikk kan bidra til å presentere mangfold og nyanser i det feltet som induktivt studeres (Malterud, 2011). Det teoretiske perspektivet fenomenologi reflekterer at man ønsker å utvikle kunnskap om personers erfaringer og livsverden på et konkret felt; altså forstå hvordan informantene *erfarer* fenomenet i sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Perspektivet rundt intervjupersonenes livsverden i denne masterstudien var å prøve å tolke og forstå deltakernes holdninger til, og erfaringer med, kostholdsendrings-strategier, hvor målet var personlig vektreduksjon – nærmere bestemt; hva som eventuelt hindrer de i å gjøre slike endringer («barrierer»), om de opplever sosial støtte i endringsprosessen de er i, hvordan de vurderer sin mestringstro, og om de mener å ha kunnskap om hva som er et sunt kosthold, samt klarer å forholde seg kritisk til «flommen» av ernæringspåstander i samfunnet, gjerne gjenspeilet som deres *nutrition literacy* (Pettersen, 2009; Pettersen et al. 2015).

Under innsamling og analyse av kvalitativt materiale går beskrivelse og tolkning hånd i hånd. Malterud (2011) mener imidlertid at det er fullt mulig for forskeren å vektlegge én av dimensjonene mer enn den andre. Hvis man beveger seg til ytterpunktet på den ene siden kan man innta en uttalt tolkende posisjon, hvor man bruker det empiriske materialet til å lete etter bakenforliggende mening. Den bakenforliggende meningen vil gjerne være på et nivå hvor den for deltakeren representerer en ubevisst forståelse (Malterud, 2011). Dette krever en sterkt teoriforankret analysestrategi, og forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme vil være avgjørende for resultatet. Det vil også stille store etiske krav til forskeren, til analysen og til formidlingen. Hvordan kan man egentlig hevde at ens egen tolkningsposisjon som forsker er mer gyldig enn informantenes (Malterud, 2011)?

Den motsatte posisjonen er gjerne en *beskrivende* holdning til materialet. Ved minst mulig forstyrrelse av forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme, er intensjonen å representere informantenes stemme og mening så lojalt som overhodet mulig. Man har en aksepterende rolle, og regner informasjonen man innhenter som kunnskap som informanten deler med forskeren. Dette stiller store krav til tillit og til ansvar for å sammenfatte og fremstille kunnskapen på en måte som er lojal mot informantens uttrykk, opplevelser og erfaringer (Malterud, 2011). Det er viktig å være klar over at man i en slik posisjon også forplikter seg til å sammenfatte informasjonen og skape en *overordnet* forståelse – ikke kun gjengi deltakernes beskrivelser.

I min masterstudie har jeg inntatt en rasjonell *mellomposisjon* mellom disse to, hvor man drar nytte av både det hermeneutiske- og det fenomenologiske perspektivet (Malterud, 2011). Jeg forsøkte, med de beste intensjoner, å fokusere både på *hvordan* de nevnte fenomenene trådde frem i sin egenart (; fenomenologi), og det mer *fortolkende*, slik reflektert i hermeneutikk (van Manen, 1990).

3.3.1 Fenomenologi og hermeneutikk – en nærmere beskrivelse

Hermeneutikk og fenomenologi er to sentrale vitenskapsteoretiske perspektiver brukt innenfor helsekommunikasjonsforskning, og å anvende en kombinasjon av disse to er blitt nokså vanlig (Annells, 1996; Borge et al., 2012; Davidsen, 2013; Grant & Boersma, 2005; Laverty, 2003; Merrill & Grassley, 2008). I de to neste avsnittene vil jeg i ytterligere grad prøve å beskrive hva hermeneutikk og fenomenologi innebærer. Jeg legger ikke frem en grundig historisk gjennomgang med vekt på bestemte personer og verk, men jeg trekker frem noen grunnleggende og sentrale trekk ved de to perspektivene som jeg mener kan være

vesentlig for min masteroppgave. Jeg vil forsøke å trekke linjer til denne oppgaven for å eksemplifisere trekk ved de to teoretiske perspektivene. De trekkene jeg prøver å fremheve ved henholdsvis hermeneutikk og fenomenologi er trolig de som trekkes frem som ledende kjennetegn innen nåtidens vitenskapsteoretiske diskusjon. Litteratur er hentet og lest fra lærebøker i vitenskapsteori og metode, en doktoravhandling, samt vitenskapelige artikler som har fokusert på kombinasjonen av de to tilnærmingsformene (Ajjawi & Higgs, 2007; Davidsen, 2013; Gadamer, 2004; Heidegger, 1962, 2007; Husserl, 2008; Johansson, 2016; Malterud, 2011; J. A. Smith, 2007; J. A. Smith, Flowers & Larkin, 2009; Thagaard, 2013; van Manen, 1990).

3.3.2 Fenomenologisk tilnærming – «Til saken selv»[2]

Edmund Husserl (1859-1938), som regnes for å være fenomenologiens grunnlegger, studerte menneskers bevissthet, og det er i dette betingelsene for den fenomenologiske tilnærming ligger; verden studeres gjennom menneskenes og informantenes bevissthet (Aadland, 1997). Husserl mente at menneskets bevissthet derimot alltid har et intensjonelt objekt som den ikke kan skilles fra (Davidsen, 2013). Han mener med «menneskets intensjonalitet» [3] at dets bevissthet alltid er rettet *mot noe*, et objekt; «all bevissthet er bevissthet *om noe»*. (Davidsen, 2013; Husserl, 2008; Svendsen, 2017). Husserl mente at det er den «sanne», personlige «virkeligheten» som mennesket oppfatter med sin intensjonalitet, men at det vi oppfatter bare er en liten del av det objektet vi retter oss mot (Husserl, 2008; J. A. Smith et al., 2009).

Fenomenologi tar med andre ord utgangspunkt i menneskets *subjektive* opplevelser hvilket bygger på en oppfatning om at «realiteten» er slik folk oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2013). Et sentralt element i fenomenologien er derfor at man skal studere fenomener slik de fremstår for subjektet (Malterud, 2011). Det handler om å forstå det sosiale fenomenet ut fra andres ståsted, og danne kunnskap fra dette (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvale (1996) påpeker at man i en slik forskningssammenheng skal åpne for

---

[2] Enkelte beskriver det som et fenomenologisk slagord; beskriver at fenomenet («saken») skal tre frem slik fenomenet/saken fremstår. En skal være «fordomsfri» og komme til «saken selv» - den konkrete menneskelige erfaring fra informantenes *livsverden* (Alvesson & Sköldberg, 2009; Annells, 1996; Heidegger, 1962)

[3] *Intensjonalitet* er synonymt med målrettet. Det vil si at bevisstheten vår er rettet mot noe. Det kan også sammenliknes med å fokusere på/mot noe eller forholde seg til noe (Svendsen, 2017).

den kunnskapen som er forankret i informantenes *livsverden*. Malterud (2011) forklarer at dette, i tråd med Kvales (1996) beskrivelse av informantenes «livsverden», handler om at vi skal få tak i den *«levende kunnskap slik den ser ut for den som lever det livet vi snakker om»* (s.130). I denne masterstudie-sammenhengen dreier det seg om studiet av hvorledes *personlig streben etter å endre kostvaner som fenomen* kan virke inn i disse individenes *livsverden* (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) forteller at man med en slik tilnærming skal beskrive «verden» og fenomenet slik det oppleves for informantene *«(...)ut fra den forståelse at den virkelige virkelighet er den mennesker oppfatter»* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Fenomenologi representerer med andre ord en forståelsesform der *menneskers erfaringer regnes som valid kunnskap* (Malterud, 2011, s. 45).

En forsker som benytter en fenomenologisk tilnærming forsøker å utforske et fenomen så forutsetningsløst som mulig, og i tråd med fenomenets egenart. Dette betyr at man forsøker å sette til side sin egen forforståelse og la fenomenet tre frem i sitt egentlige «vesen» (Husserl, 2008; Malterud, 2011) (tolke og forstå deltakernes holdninger til, og erfaringer med, kostholdsendrings-strategier). En forforståelse kan sammenliknes med forskerens «bagasje» eller «ryggsekk» som man har med på reise eller tur. I forskningssammenheng kan dette være mine erfaringer, formulerte hypoteser, deduktive antakelser, mitt faglige ståsted og den/de teoretiske referanserammen(e) for prosjektet (Malterud, 2011). Jeg bør med andre ord forsøke så godt det lar seg gjøre å legge min forforståelse av fenomenene som skal studeres til side. Mitt faglige ståsted og min forforståelse er nevnt innledningsvis (Kapittel 3.2), men kan i min studiesammenheng også være en antakelse jeg har, for eksempel: «Jeg tror at egenøkonomi er en viktig barriere for å velge sunnere alternativer.» Malterud (2011) påpeker imidlertid at forforståelse kan styrke initiativet til prosjektet, siden den gjerne gir motivasjon hos forskeren, men i verste fall kan føre til at man ikke klarer «å se» andre, viktige nyanser i informasjonen man mottar fra informanter.

I forlengelsen av dette, kan man trekke frem et sentralt begrep i den fenomenologiske tradisjon; «den fenomenologiske reduksjon» (Davidsen, 2013; Husserl, 2008). Trondalen (2004) beskriver i sin doktoravhandling at dette handler om «å kunne redusere det tekstuelle *hva* og det strukturelle *hvordan* til en beskrivelse som inkorporerer »*vesen* eller *essensen*» i opplevelsen» (Trondalen, 2004, s. 53). Smith et al., (2009) hevder at Edmund Husserl forklarer dette med å sette til side «vår naturlige holdning» i møtet med fenomener, hvilket kan inkludere alt fra hverdagslig involvering med fenomenet og selve antakelsen om

fenomenets objektive eksistens, til vitenskapelige antakelser eller teoretisk kunnskap. Ved å sette slike antakelser til side legger altså jeg som forsker til rette for å kunne oppdage fenomenets essens, uten å ta hensyn til objektets «faktiske eksistens» i verden (Smith et al., 2009; Johansson, 2016). Om jeg som forsker får «tak i» denne essensen, og lykkes med å beskrive den, vil den muligens også kunne belyse andres erfaringer med samme fenomen(Malterud, 2011), fordi essensen ifølge Smith et al. (2009), kan overskride de spesifikke omstendighetene den fremtrer i.

Martin Heidegger[4] (1889-1976) (2007) derimot, utviklet fenomenologi i en litt mer eksistensiell retning (Davidsen, 2013). Han søker ifølge Tollefsen (2009) *værens mening.* Heidegger mente at undersøkelsen av «det som er» – realiteten – kun kan være en undersøkelse av menneskets væren, nettopp fordi det kun er for det at væren gir mening (Heidegger, 1962; Tollefsen, 2009).

Heidegger peker videre på *menneskets tilstedeværelse* i verden*,* at vår væren alltid er *væren-i-verden* (Davidsen, 2013; Heidegger, 1962; Laverty, 2003; Tollefsen, 2009). Fordi vi ikke erfarer verden som isolerte subjekter (Heidegger, 1962, 2007), må en ontologisk undersøkelse av menneskets *værensforståelse* med andre ord undersøkes i helheten av menneskets tilstedeværelse i verden, om det skal gi mening (Annells, 1996; Tollefsen, 2009). Dette kalles også *derværen* (Tollefsen, 2009). Heidegger mener altså at menneskets allerede forståelse av denne «væren» (-i-verden) har betydning for hvilken forståelse vi får av et fenomen (Annells, 1996; Davidsen, 2013; Laverty, 2003; Tollefsen, 2009). I hans øyne vil derfor forforståelse ha sin plass når vi studerer fenomener (Heidegger, 2007) (utdypes i kapittel 3.3.3). Fenomenologi vil altså være undersøkelsen av derværen, det vil si; hvordan fenomenet vi studerer fremstår for mennesket i dets væren-i-verden, og dette vil finne sted og variere ut fra en posisjon i både tid og rom (Heidegger, 2007; Tollefsen, 2009).

Heideggers retning innenfor fenomenologi peker på at mennesket er et tolkende vesen. Det handler ikke kun om å *beskrive*, men også om å tolke og forstå; fortolke (Davidsen, 2013). Ettersom fortolkning står sentralt i fenomenologien han representerer, kalles den for *«hermeneutisk fenomenologi»* (Annells, 1996; Laverty, 2003). Hans-Georg Gadamer[4] (1900-2002), som opprinnelig elev av Heidegger, hevder like fullt at hermeneutikk

[4] Tysk filosof, opprinnelig elev av Edmund Husserl, plasseres gjerne som teoretiker for både hermeneutikk og fenomenologi

[4] Opprinnelig elev av Martin Heidegger, tidenes fremste representant for hermeneutikk, og han er best kjent for å ha utvidet hermeneutikk gjennom sitt verk «Sannhet og metode» publisert i 1960.

er nært knyttet til fenomenologi, og er kjent for å understreke betydningen av at *forståelse* og *tolkning* utelukkende er knyttet til hverandre (Annells, 1996; Davidsen, 2013; Gadamer, 2004). I motsetning til ytterpunktet av fenomenologisk filosofi, mener Gadamer også ikke minst - og beskriver tydelig - at det er ut fra vår forforståelse at vi forstår og skaper mening om fenomenene (Davidsen, 2013; Gadamer, 2004, s. 398):

«To try to escape from one`s own concepts in interpretation is not only impossible but manifestly absurd. To interpret means precisely to bring one`s own preconceptions into play so that the text`s meaning can really be made to speak for us.»

3.3.3 Hermeneutisk tilnærming: fortolkning og forståelse

Kvalitativ forskningsmetodikk hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon som i følge Malterud (2011) handler om; *tolkning av meninger i menneskelig uttrykk* (s. 44). Hermeneutikk er med andre ord fortolkningsvitenskap, hvor det handler om å nå frem til gyldige fortolkninger ut fra meningsinnholdet i en tekst (Kvale og Brinkmann 2015). En slik prosess er omstendig, og består i følge Johannessen og Tufte (2010) av stadige bevegelser mellom helhet og deler, mellom det man skal tolke, den konteksten det tolkes i, samt vår egen forforståelse. I prosessen hvor vi vil prøve å forstå fenomenet, mener Thagaard (2013) at «*hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende.*» (s. 41).

Historisk sett startet den hermeneutiske tradisjonen med tolkning av teologiske og antikke tekster, og den er følgelig eldre enn naturvitenskapelige metoder (Malterud, 2011). Tradisjonen er siden dette, fra omkring 1800-tallet, blitt utvidet fra sitt utgangspunkt til også å inkludere både talte ord, handlinger eller estetiske objekt (Annells, 1996; Johansson, 2016). Mens den naturvitenskapelige metodiske tilnærmingen i enkle trekk vil handle om hva vi kan måle, telle og veie, vil en hermeneutisk tilnærming kunne beskrive og fortolke, for på denne måten prøve å gi et dypere meningsinnhold til et studert fenomen (Malterud, 2011).

En forutsetning for den hermeneutiske tankegangen er at man aldri ville ha hatt en forståelse av verden uten vår egen forforståelse av den (Gadamer, 2004; Aadland, 1997). Som Davidsen (2013) påpeker, mente både Gadamer (2004) og Heidegger (2007) at ikke bare vår forståelse av tekster, men all vår viten, bygger på forståelse av det vi allerede vet noe om. Det er via dette vi forstår og skaper mening. Et forskningsobjekt vil derfor innen hermeneutikk ikke være mulig å møte forutsetningsløst (Aadland, 1997). Altså vil forforståelsen, som blant annet

inkluderer praktiske erfaringer og teoretisk kunnskap, derfor ha betydning for hvilken forståelse vi får av et nytt fenomen (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Heidegger (1962) har sagt det slik:

> *«Whenever something is interpreted as something, the interpretation will be founded essentially upon the fore-having, fore-sight, and fore-conception. An interpretation is never a presuppositionless apprehending of something presented to us.» (s. 191–192).*

Hvordan jeg møter og forstår fenomenene i min masterstudie vil altså avhenge av min posisjon som subjekt, min nevnte forforståelse og min erfaring. Den hermeneutiske tilnærmingsmåten er videre basert på prinsippet om at ens forforståelse ikke kun vil avfarge hva man ser i datamaterialet, men også hva man ser *etter* og hvordan man *tolker* det (Gadamer, 2004; Johansson, 2016; Laverty, 2003; Aadland, 1997).

En hermeneutisk tilnærming understreker ikke minst at fenomener kan tolkes på flere nivåer, at det ikke finnes en egentlig sannhet (Thagaard, 2013). Denne tilnærmingen bygger på prinsipper om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det som vi studerer er en del av. Slik som Johannessen & Tufte (2010) fremhever, forstår vi delene i lys av helheten – og omvendt. Hva som regnes som del og helhet er på samme måte som tekstbegrepet, blitt utvidet. En del kan være et tekstutdrag, hvor helheten for eksempel er den boken som teksten er hentet fra (Gadamer, 2004). I min studiesammenheng kan en del være et utsagn, hvor helheten utsagnet stammer fra, er hele intervjuet. Hos ulike teoretikere innenfor den hermeneutiske filosofi har filosofien om bevegelsen mellom deler og helhet hatt noe ulike ankerpunkter, og Heidegger (1962) beskriver ifølge Annells (1996) at helheten også kan favne videre enn å studere meningsinnholdet i deler eller helhet av en tekst, slik det gjerne i den tradisjonelle hermeneutikken tilsvarer (Annells, 1996). Heidegger (1962) trakk også dette inn i en slags ontologisk forbindelse med hans teori rundt menneskets forforståelse og derværen (Annells, 1996; Gadamer, 2004). I tråd med dette vil helheten i min studiesammenheng kunne representere informantenes kulturelle eller sosiale kontekst eller biografiske historie (Gadamer, 2004). Siden det er flere informanter i min studie kan også én informants informasjon om ett tema være en del, mens flere informanter sammen som uttrykker seg om samme tema, kan utgjøre en helhet. Den kontinuerlige bevegelsen mellom helhet og deler er også omtalt som «den hermeneutiske sirkel», og er et sentralt begrep i den hermeneutiske tradisjonen (Annells, 1996; Laverty, 2003), hvor gjerne Gadamer er ansett som den som virkelig lykkes med å bringe dette frem i hermeneutisk filosofi (Annells, 1996). Metaforen sirkel viser til en ikke-lineær

analyseform, hvor man får muligheten til å stadig grave dypere med sin tolkning (J. A. Smith, 2007). Slik sett kan en endelig tolkning aldri nås, da sirkelen teoretisk sett aldri ender. Som forsker i en hermeneutisk tradisjon må man derfor ha evnen til å bestemme når man skal «komme ut av sirkelen», og vite når man har en tolkning som kan være god nok (J. A. Smith, 2007). I følge Kvale (1996) er dette når man har kommet til et punkt hvor man har fått en fornuftig mening av fenomenet, og - for øyeblikket- er fri for indre motsetninger.

Et annet, men liknende bilde som er brukt for å illustrere hermeneutikk, er løken (Johansson, 2016). Den har mange lag, men ingen kjerne. Forskningsprosjektet med en slik tilnærming, med sine forståelser og fortolkninger av et fenomen, kan samlet sett betraktes som en «løk»; Til tross for om man skreller bort lag for lag vil man ikke stå igjen med en kjerne som sier noe grunnleggende om fenomenet man har studert, eller det Thagaard (2013) nevner som noen egentlig «sannhet». Man bør som forsker med en slik tilnærming være bevisst at det kan finnes (mange) flere mulige fortolkninger (Malterud, 2011; Thagaard, 2013)

Ved å ta i bruk en kombinasjon av de to overnevnte tilnærmingsmåtene har jeg vært bevisst min forforståelse og i betydelig grad satt denne i bakgrunnen. Derimot ville forforståelsen, ifølge den hermeneutiske tilnærmingsmåten, kunne være viktig for min forståelse og min fortolkning av fenomenet og for at dets essens skulle kunne tre frem for meg. Jeg landet derfor på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, hvor jeg innså at forforståelsen kan ha sin plass og betydning, men samtidig lot jeg meg ikke oppslukes av den. I tråd med teorien jeg har basert min forståelse og kunnskap på om disse to tilnærmingsmåtene i kombinasjon, er min tilnærming til fenomenet godt beskrevet av van Manen (1990, s. 180):

> *«Hermeneutic phenomenology tries to be attentive to both terms of its methodology: it is a descriptive (phenomenological) methodology because it wants to be attentive to how things appear, it wants to let things speak for themselves: it is an interpretive (hermeneutic) methodology because it claims that there are no such things as uninterpreted phenomena.»*

3.4 Intervju som metode

Ettersom fenomenologisk forskning er opptatt av deltakernes subjektive opplevelse, er gjerne personintervju med informanter både en mye brukt, og gjerne den foretrukne, metoden (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Videre innebærer kartlegging av menneskers erfaringer, og fortolkning av disse (hermeneutikk), blant annet innsamling, bearbeiding, og analyse av transkriberte intervjuer (Johannessen & Tufte, 2010). Kvale (1996) påpeker at målet ved intervjuene i slik forskningssammenheng er at de skal åpne for den kunnskapen som er forankret i informantenes livsverden. Et slikt intervju vil dermed gi anledning til å kunne innhente og beskrive informantenes erfaringer, i lojalitet til deres egen versjon av sin historie (Malterud, 2011). Jeg valgte å belyse problemstillingen ved hjelp av kvalitative semi-strukturerte intervjuer, som bygger på samtaler rundt ett eller flere temaer (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte personintervju, fordi dette egnet seg godt til å innhente fyldig og rik informasjon om informantenes erfaringer, opplevelser, synspunkter, og selvforståelse om de aktuelle temaene. På denne måten fikk jeg forståelse av hvordan deltakerne opplevde temaene relatert til sin livssituasjon (Thagaard, 2013). Hvilken betydning har de temaene vi skal snakke om for ham eller henne? Dette meningsinnholdet ønsket jeg et dypere innblikk i ved hjelp av intervjuene (Malterud, 2011).

Semi-strukturerte intervjuer er ikke en åpen samtale, ei heller en lukket spørreskjema-preget samtale, men utføres på grunnlag av en intervjuguide som har forhåndsbestemte bestemte temaer som skal belyses. Intervjuguden inneholder gjerne forslag til spørsmål (intervjuguiden omtales i punkt 3.7), men karakteristisk for slike fenomenologiske intervjuformer er at informanten får godt rom for egne fortellinger om livserfaringer (Thagaard, 2013). Likevel er det oftest et tydelig asymmetrisk forhold mellom forsker og informant, hvor forskeren har bestemt temaene for intervjuet, stiller spørsmålene og har kontrollen over hvilke svar som bør følges opp (Kvale & Brinkmann, 2015). Å mestre dette er viktig for å vise deltakeren hva slags kunnskap man er ute etter. Malterud (2011) omtaler forskers rolle i en slik situasjon som «en kunst», det å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid. I slike kvalitative intervjuer vil kunnskapen og lærdommen man som forsker innhenter og opparbeider seg underveis i feltarbeidet, kunne bidra til at man reviderer intervjuguiden. Blant annet er det naturlig at man lærer mer om hvor fokuset bør konsentreres, og intervjuguiden tilpasses i så måte (Malterud, 2011).

3.5 Utvalg

Personintervjuer utføres gjerne med fem til 25 informanter(Johannessen & Tufte, 2010). Min prosjektbeskrivelse antydet at jeg ønsket 10 informanter. Et avgjørende prinsipp i kvalitative studier er at utvalget må være egnet til å studere problemstillingen, og er således ikke-tilfeldig (Malterud, 2011). Hver deltaker burde fortrinnsvis kunne bidra med fyldige beskrivelser av temaene, heller enn at jeg rekrutterte svært mange som til sammen gav lite informasjon. Jeg brukte derfor et *strategisk utvalg*, hvor jeg samlet inn data fra informanter med betydelig temainnsikt (personer som gjennomgår kostveiledning for vektreduksjon), inntil jeg mente jeg hadde oppnådd kunnskapsmetning(Malterud, 2011). Utvalget ble bestående av 10 informanter hvorav syv var kvinner og tre var menn i alderen 26-58 år. Informantene fra etablissementer i Oslo- og Akershusregion som tilbyr kostveiledning individuelt eller i gruppe ble invitert til å delta. Rekrutteringen foregikk ved at jeg utarbeidet et informasjonsskriv med kortfattet og forståelig informasjon om hva deltakelsen i prosjektet innebar. Det samme skjemaet var prosjektets skjema for skriftlig informert samtykke (vedlegg 1) (Malterud, 2011). Skrivet ble formidlet videre til deres klienter, og jeg ble kontaktet om de viste interesse for å ville delta. Deltakerne ble lovet et gavekort[5] på 500 kroner. På to etablissementer delte jeg selv ut informasjonsskrivet, samt fortalte klientene kort hva studien handlet om. Kjønnsfordelingen var tilfeldig ut ifra hvem som hadde vist interesse for deltakelse i min masterstudie, men jeg hadde et ønske om at studiens utvalg skulle bestå av informanter av begge kjønn. Jeg fulgte prinsippet om frivillig deltakelse og skriftlig informert samtykke, samt at personene forble anonyme gjennom hele studien (Malterud, 2011).

Inklusjonskriterier for studien var:

- At personen har forsøkt å redusere sin overvekt minimum én gang[6] via kostveiledning i gruppe eller individuelt.
- At personen var over 20 år.
- At personens overvekt/vektreduksjon var én av årsakene til og ett av målene for kostveiledningen.

Eksklusjonskriterium var:

[5] Insentivet på 500 kroner til hver informant ble betalt av masteroppgaveforfatteren selv.

[6] Kriteriet er satt fordi de av denne årsak trolig har relevant erfaring å dele.

- At personen ikke var diagnostisert med alvorlig sykdom (for eksempel en kreftform eller immunsystem-relatert sykdom)

Ingen sensitive personopplysninger ble avkrevd av informantene under intervjuene.

3.6 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i et lokale i Oslo sentrum. Valget av dette lokalet ble tatt på bakgrunn av at det var faglig nøytralt, samt dets enkle fremkommelighet (reisetiden for alle informanter var under 15 minutter), gode parkeringsmuligheter for bil (uten avkrevning av parkeringsavgift), samt var det mulig å nå ved hjelp av kollektive transportmidler innad i Oslo.

For å skape en positiv og trygg ramme rundt situasjonen ble informantene servert kaffe/te mens begge parter presenterte seg, og det ble småpratet om hverdagslige ting. Rett i forkant av intervjuene fikk de utdelt skriftlig informert samtykke de leste igjennom og signerte. Jeg som forsker la vekt på å formidle at de ville forbli fullt ut anonymisert (Malterud, 2011). Intervjuene varierte mellom 60-90 minutter (hovedandelen nærmere 90 minutter) og ble tatt opp på lydbånd. Selv om jeg via utprøvingen av intervjuet følte at temaene og spørsmålene hadde en naturlig rekkefølge, var selve forsøksintervjuene preget av åpenhet når det gjaldt tema-rekkefølge. Dette var viktig for å kunne følge opp enkelte svar fra informanten og på denne måten legge til rette for å innhente mest mulig informasjon om fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015). For å følge opp slike svar er det vesentlig å være en aktiv lytter. Dette tilsier at man har evnen til å lytte til hva informanten forteller for å kunne stille de gode oppfølgingsspørsmålene underveis (Malterud, 2011). Slike spørsmål kunne være konkrete innenfor det området informanten fortalte om, for eksempel: «Jeg forstår, er det andre ting du opplever hindrer deg i å gjøre endringene du beskriver?». Det kunne også være betryggende og oppfordrende reaksjoner som sørget for videre fortelling, for eksempel; «Du er ikke alene om å tenke slik, kan du fortelle mer om det?», «jaha?», nikk, smil eller andre ansiktsuttrykk for å vise forståelse for informantens formuleringer og historie, eller også pauser for å vise informanten at hun/han kunne fortsette sin historie. Jeg opplevde flere ganger at enkelte ting som først kunne virke som en avsporing, kunne vise seg å bidra med interessant og slik jeg tolket det, viktig, informasjon. Med andre ord var det å avvente eller gi rom for disse pausene, viktig. Mitt mål via dette var at intervjuet skulle ha en deskriptiv orientering, altså at jeg forsøkte å få frem rikest mulig beskrivelser fra informantene (Malterud, 2011). Spørsmålene jeg stilte underveis i intervjuet, både oppfølgingsspørsmål eller andre, måtte med andre ord være åpne samtidig som jeg

forsøkte å stille spørsmål hvor svarene var mest mulig spesifikke. Dette ville bli viktig for å kunne se tydeligere konturer av noe som informantene faktisk har opplevd (Malterud, 2011). Jeg benyttet også mer bekreftende og forsikrende spørsmål da jeg opplevde det nødvendig, for eksempel: «Forsto jeg deg riktig hvis jeg opplevde at du mente...?» Dette kalles dialogisk validering, og gjorde at jeg som forsker ble tryggere på at informanten og jeg satt med den samme forståelsen (Malterud, 2011).

Jeg var forøvrig bevisst på å være oppmerksom under intervjuet, og gjorde merknader hvis jeg opplevde at enkelte ting burde endres på eller fremkom uklart. Jeg var også bevisst på å «speile» informantens kroppsspråk under enkelte, spesielle uttalelser, hvilket ble også notert.

3.7 Utvikling av intervjuguiden

I kvalitative intervjuer er semi-strukturert tilnærming en vanlig benyttet fremgangsmåte, det vil som nevnt si at temaene er forhåndsbestemt, men ikke nødvendigvis snakkes om i kronologisk rekkefølge(Malterud, 2011). På bakgrunn av innhold i følgende helsekommunikasjonsteorier anvendt som perspektiv i funnanalysen i masterstudien; Health Belief Model (HMB) (Rosenstock et al., 1988), Theory Of Planned Behaviour (TpB) (Ajzen, 1991), Theory Of Reasoned Action (TRA) (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2011), *self-efficacy* (Bandura, 1977), og *nutrition literacy* (Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009), utviklet jeg en intervjuguide med fokus på de temaene jeg ønsket å belyse. Disse var informantenes opplevelser og erfaringene rundt henholdsvis *barrierer til endring, sosial støtte, mestringstro* og *nutrition literacy*. Under utviklingen av intervjuguiden har jeg latt meg inspirere av metodikk anvendt i lignende studier (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2016; Eg, Frederiksen, Vamosi & Lorentzen, 2017; Følling et al., 2015).

I startfasen skrev jeg ned spørsmål jeg kunne tenke meg å stille informantene. Denne fasen bar preg av idémyldring. Jeg var hele tiden oppmerksom på at spørsmålene skulle kunne gi informasjon som reflekterte de teoretiske perspektivene for min studie (se over og kapittelet 2.3-2.6.3 i Teori). Ettersom intervjuguiden skulle bestå av åpne spørsmål, hvor informanten kunne besvare relativt fritt, anså jeg at det ikke var behov for mange spørsmål til hvert tema. Etter å ha vurdert de valgte teoriene nærmere og latt meg inspirere av lignende studier, samt diskutert med min veileder, kortet jeg ned intervjuguiden til å bestå av ett hovedspørsmål for hvert av de fire temaene. Jeg la derimot til rette for oppfølgingsspørsmål underveis, som en naturlig del av utviklingen av en samtale. Dette stilte også krav til meg som forsker. Jeg måtte

holde fokus på hovedtemaene for samtalen og skape et godt tillitsforhold mellom meg og informantene. Sistnevnte er essensielt ved personintervjuer (Malterud, 2011; Thagaard, 2013).

Det første spørsmålet hadde som formål å kartlegge informantenes opplevelse av *barrierer til endring*, og var inspirert av operasjonaliseringen av HBM (Rosenstock et al., 1988), som beskriver variabler som kan påvirke en persons atferd (se s. 10 i Teorikapittelet). Jeg benyttet meg hovedsakelige av dimensjonen i HBM-modellen kalt *kostnader* (*costs* versus *benefits*), hvilket kan anses å være barrierer. Endring av en atferd må være innenfor personlig akseptable grenser dersom en person skal være villig, eller ha mulighet til, å endre sin atferd (Orji et al., 2012; Rosenstock et al., 1988).

Det neste spørsmålets formål var å kartlegge informantenes opplevelse av *sosial støtte*, som i flere studier har vist å være viktig for å oppnå endringer som kan forebygge eller redusere overvekt (Chair et al., 2015; Riekert et al., 2013; Verheijden et al., 2005; Wing & Jeffery, 1999). Fra slike studier, og på bakgrunn av Cobbs (1976) og Tardys (1985) definisjoner av sosial støtte, dannet jeg meg et grunnlag for spørsmålsstillingen av dette temaet.

Til spørsmålet som dreide seg om informantenes *mestringstro* (se Teorikapittelet s. 14) lot jeg meg inspirere av flere Blant annet Albert Banduras sosial-kognitive teori og hans guide til utvikling av spørsmål for å måle *self-efficacy*, (Bandura, 1998, 2006), HBM (Rosenstock et al., 1988), samt artikkelen til Flolø, Andersen, Nielsen og Natvig (2014) som har oversatt og validert det amerikanske «Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire Short Form» (WEL-SF) til norsk. Begge de nevnte publikasjonene henviser imidlertid til kvantitative målinger av self-efficacy, men både ordlyd og meningsinnhold i deres konstruktbaserte måling var relevante og overførbare til spørsmålstillingen i min intervjuguide.

Når det gjaldt spørsmålet om *nutrition literacy*, tok jeg utgangspunkt i artiklene til Pettersen (2009), Guttersrud, Dalane & Pettersen, (2014) og Pettersen et al., (2015) som belyser nødvendigheten av å ha nutrition literacy, spesielt den tekstevaluerende dimensjonen *kritisk nutrition literacy* (KNL*)*, for at «mannen i gata» skal kunne manøvrere i jungelen av påstander innen ernæring og helse som kommer fra en rekke ulikt kvalifiserte aktører (se Teorikapittelet s. 16). Jeg antok at kun ett spørsmål om nutrition literacy kunne tendere til å gi informasjon om et for snevert begrepsinnhold vedrørende nutrition literacy. For å få et mer nyansert bilde, utviklet jeg derfor syv oppfølgingsspørsmål til dette temaets hovedspørsmål (vises i intervjuguiden nedenfor).

Før første informantintervju utførte jeg en nødvendig «utprøving» av intervjuguiden (Malterud, 2011). Jeg ønsket blant annet å få innblikk i om spørsmålene og temaene kom i

naturlig rekkefølge, var uklare, eller om de kunne misforstås. Denne utprøvingen foregikk med henholdsvis veileder og en medstudent som begge hadde god kjennskap til feltet. Kun få justeringer av setningsoppbygninger ble foretatt. De nedskrevne spørsmålene til min intervjuguide ble:

1. Opplever du at det er konkrete ting som hindrer deg i gjennomføring av de endringene du er blitt rådet til, (eller eventuelt å lykkes med de) – og kan du fortelle litt om det? («*barrierers»*)
2. Opplever du å ha sosial støtte i prosessen med å endre kosthold og gå ned i vekt, og eventuelt fra hvem føler du slik støtte? («*social support»*)
3. Hva tenker du om å mestre disse forandringene? (*«self-efficacy»)*
4. Kan du fortelle hvordan du erfarer ernæringsråd i dagens samfunn, og litt om hvordan det påvirker deg? (*«nutrition literacy»*). Alternative oppfølgingsspørsmål*:*
    a. Hvordan opplever du din egen kunnskap om hva som er «sunt kosthold»?
    b. Hva er din erfaring med å søke etter helsefremmende kostholdsinformasjon?
    c. Hva er din erfaring med å skille useriøse og seriøse vitenskapelige kostråd fra hverandre?
    d. Føler du at du har vanskeligheter med å forstå faguttrykkene som kostholdsveilederne bruker?
    e. Hvilken innsikt har du i mekanismer som inngår i omsetning av mat i kroppen?
    f. Hvordan opplever du diskusjon og prat om sunt kosthold med andre, for eksempel de du mener kan en del om dette?

3.8 Transkribering, koding og analyse av intervjuene

Hvordan jeg utførte min analyse av det innsamlede materialet, for å kunne komme frem til fenomenets *essens,* er hva jeg i denne delen av kapitlet skal beskrive. I min tilnærmingsmåte, som kombinerer hermeneutikk og fenomenologi, bruker jeg ordet *essens* i betydningen av *meningsstruktur og felles favnende beskrivelse* (Johansson, 2016; van Manen, 1990). Med det mener jeg at *essensen* kan kobles til det i fenomenet som gjelder for mange. Mer konkret, det «fellesmenneskelige» som kommer til uttrykk gjennom informantenes individuelle intervjuer. Malterud (2011) sier det logisk, at vi leter etter vesentlig kjennetegn ved fenomenet vi studerer.

van Manen (1990, s. 39) har skrevet følgende om essens:

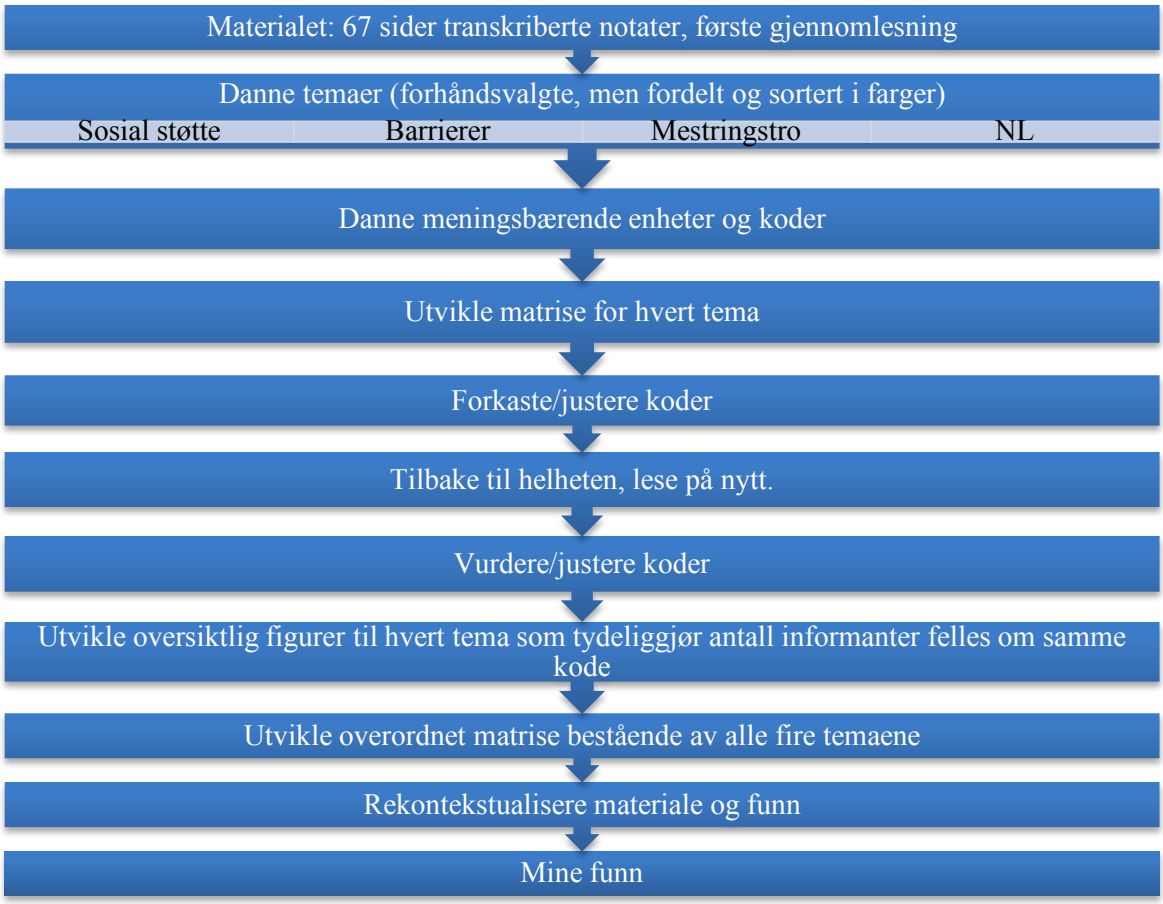
> *By essence we do not mean some kind of mysterious entity or discovery, nor some ultimate core or residue of meaning. Rather, the term «essence» may be understood as a linguistic construction, a description of a phenomenon. A good description that constitutes the essence of something is construed so that the structure of a lived experience is revealed to us in such a fashion that we are now able to grasp the nature and significance of this experience in a hitherto unseen way.*

Til mitt arbeid med å nå frem til fenomenets essens har jeg benyttet meg av Malteruds analysemetode *systematisk tekstkondensering* (Malterud, 2011). Denne analysemetoden er inspirert av Amedeo Giorgis[7] fenomenologiske analyse (Giorgi, 2009), og modifisert av Malterud (Malterud, 1993, 2011). Malterud (2011) trekker den opprinnelige Giorgis analyse frem som en godt beskrevet og teoretisk forankret fenomenologisk analyse. Han beskriver en analyse bestående i fire steg, og de samme trinnene utgjør hovedstrukturen i Malteruds (2011) modifiserte versjon; *systematisk tekstkondensering*:

1. *Få et helhetsinntrykk («fra villniss til temaer»)*
2. *Identifisere meningsbærende enheter («fra temaer til koder»)*
3. *Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene («fra kode til mening»)*
4. *Sammenfatte betydningen av dette («fra kondensering til beskrivelser og begreper»)*

Videre ble mine funn vurdert i lys av mine valgte teoretiske begreper; *barrierer for endring, sosial støtte, mestringstro, og nutrition literacy*.

[7] Amerikansk psykolog (f.1931), kjent for sine bidrag i den fenomenologiske tilnærming, utviklet Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011)



Figur 1: Overordnet oversikt over hvordan jeg analyserte meg frem til mine funn.

Figur 1 gir en overordnet oversikt over fremgangsmåten for analysen av intervjuene fra det transkriberte materialet frem til mine funn. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert verbatim og analysert umiddelbart i etterkant. Å utføre transkriberingen og analysen av teksten direkte sørget for at inntrykkene fra intervjuet var ferske, og dette er også noe Malterud (2011) anbefaler. Dog, kvalitative intervjuer har riktignok intet skarpt skille mellom prosedyrene for datainnhenting, transkribering og analyse (Thagaard, 2013). Det kan være viktig å transkribere intervjuene så likt det verbale og non-verbale som ble uttrykt av informantene. Ord, pauser, latter, tunge sukk eller annet kan være med på å danne et helhetsinntrykk av hva som ble formidlet (Malterud, 2011). De transkriberte intervjuene, tilsvarende i alt 67 sider tekst, bærer derfor preg av å være gjengitt i et muntlig språk (eksempel vedlegg 2). Utfordringen ved slik innhenting av informasjon er å redusere datamengden for å kunne klare å håndtere dette stoffet analytisk (Malterud, 2011). Ettersom intervjuguiden var organisert etter temaer, ble det transkriberte materialet likevel forholdsvis oversiktlig.

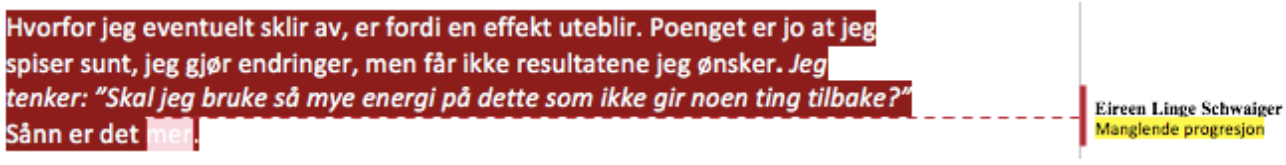
Trinn 1: ***Få et helhetsinntrykk -*** *fra villniss til temaer*

Jeg forsøkte å stille meg så åpen som mulig til innholdet i tekstmaterialet under første gangs gjennomlesning. I tråd med det fenomenologiske perspektivet jobbet jeg aktivt med å sette min forforståelse i bakgrunnen (Malterud, 2011). Jeg holdt en blyant i hånden for å kunne sette merker i teksten der hvor jeg fant interessant meningsinnhold, men i størst mulig grad motsto jeg i denne fasen trangen til å systematisere innholdet. I dette trinnet av analysen er målet å skimte foreløpige temaer ved fenomenet jeg studerer. På tross av mine forhåndsbestemte temaer beholdt jeg «fugleperspektivet» i første analysefase; jeg leste alt for å få et samlet, totalt inntrykk av tekstmaterialet (Malterud, 2011). Deler av teksten vekket intuitivt min oppmerksomhet, og neste steg var å begynne systematiseringen (Malterud, 2011).

Trinn 2: ***Identifisere meningsbærende enheter*** **–** *fra temaer til koder*

Jeg leste nøye gjennom ett og ett intervju, flere ganger, linje for linje, for deretter å starte med å identifisere *meningsbærende enheter* i henhold til mine valgte teoretiske begreper (temaer). Med 67 sider tekst vil ikke all tekst være aktuell å ta med videre, og målet var nå å sortere ut de delene jeg opplevde kunne være med å besvare min problemstilling (Malterud, 2011). Jeg fant nå en måte å samle og merke disse tekstbitene på, som hadde noe til felles; jeg *kodet* tekstmaterialet og de meningsbærende enhetene ved hjelp av ulike farger (Malterud, 2011). For eksempel markerte jeg alt som omhandlet temaet «barrierer» med rød farge. Selv om intervjuene var organisert etter temaer, kunne det forekomme ytringer som lå mer eller mindre utenfor disse. Virket slike ytringer umiddelbart relevant for temaene, skrev jeg en kommentar til dette i margen.

Informantene uttrykte varierende erfaringer til alle mine fire valgte teoretiske temaer. Derfor lagde jeg en kort kommentar/*kode* til disse (ved hjelp av funksjonen «spor endringer» i mitt tekstprogram), og ga dem igjen en egen farge for å tydeliggjøre for meg selv om hvorvidt dette kunne dreie seg om den samme erfaringen om temaet eller ikke (f. eks. vedrørende barrierer for endring). På den måten utviklet det seg koder under gjennomlesningene av materialet. Et eksempel fra temaet «barrierer» og utviklingen av koden «manglende progresjon» er farget rødt og gult, og vises i figur 2.



Figur 2: Eksempel på markerte meningsbærende enheter og dannete (foreløpige) koder.

Denne prosessen innebærer naturligvis at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng, hva Malterud (2011) beskriver som *systematisk dekontekstualisering.* Senere kunne jeg lese disse tekstutdragene i sammenheng med liknende tekstelementer, og i lys av mine teoretiske begreper. Etter anbefaling av Malterud (2011) bevarte jeg den transkriberte teksten også uten merking og koder, da dette skulle brukes for å vurdere funnene mine opp mot denne helheten.

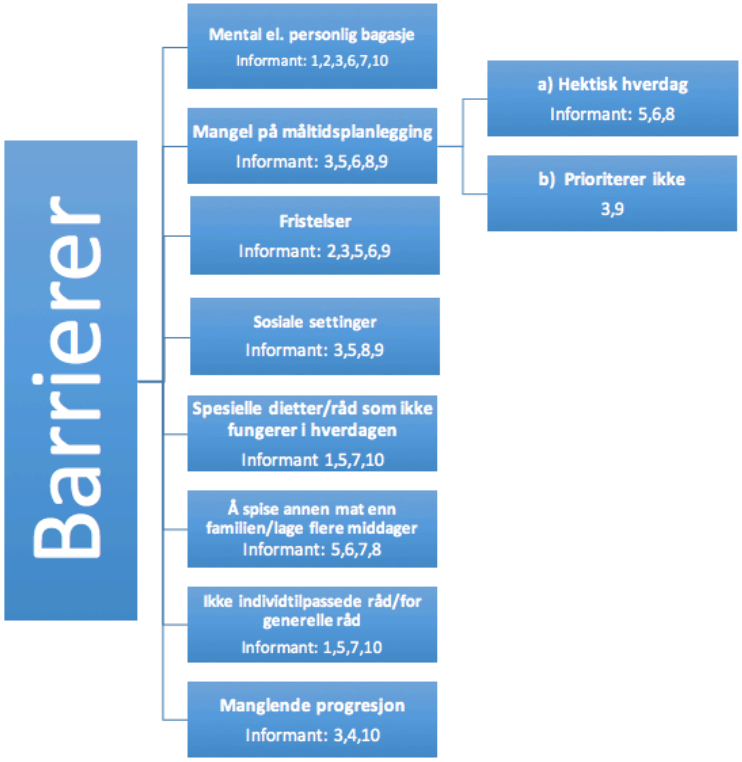
For å organisere materialet ytterligere, utviklet jeg én matrise (eksempel i vedlegg 3) for hvert av de fire temaene (henholdsvis *barrierer, sosial støtte, mestringstro* og *nutrition literacy*) som inneholdt de *foreløpige kodene.* Informantenes anonyme ID ble plassert loddrett, mens kodene sto vannrett. De meningsbærende enheter fra de ulike informantene ble lagt inn i matrisen, og disse reflekterte kodene jeg hadde dannet. Jeg noterte linjenummer ved siden av tekstutdraget slik at jeg lett kunne se hvor i tekstmaterialet de var hentet fra (Malterud, 2011). Med denne oversikten ble det etterhvert enklere å se om noen koder beskrev liknende erfaringer.

Som det fremkommer i det jeg beskriver arbeidet jeg, som Malterud (2011) anbefaler, i denne fasen induktivt. Altså lagde jeg kodene først, dernest vurderte hva dette hadde resultert i. På denne måten opplevde jeg å jobbe jeg mest åpent og kreativt. Malterud (2011) påpeker allikevel at man bør være oppmerksom på hvilke kriterier man setter for å inkludere eller ekskludere meningsbærende enheter, og videre for å utvikle koder. Det er gjerne en logikk i dette, selv om den ikke alltid er så tydelig for en selv. Jeg opplevde at denne prosessen pågikk en god stund fremover i analysearbeidet, og jo mer kjent jeg ble med materialet, jo tydeligere ble det for meg hva som var relevant og ikke. Jeg prøvde å stille spørsmål til teksten, og til mine temaer og kategorier, for å komme nærmere svaret på hva som gjorde at jeg valgte å definere koder; *Hva mener jeg egentlig med «blir ikke sett»? Hva forteller egentlig «tidsklemma»?* Enkelte ganger erfarte jeg ved å stille slike spørsmål og se på materialet igjen, at koder var overflødige og at de meningsbærende enhetene heller tilhørte andre koder. Forøvrig opplevde jeg rett og slett mange av de meningsbærende enhetene så tydelig omhandlende temaene, og så til min interesse at fler av informantene hadde fellestrekk i sine uttrykkelser, slik at mye av kodingen falt seg «naturlig». Det er allikevel viktig å påpeke at jeg flere ganger drøftet elementer i denne prosessen med min veileder, og at han i så måte deltok i vurderingen av koder og kategorier.

Trinn 3: ***Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene*** *- fra kode til mening*

I denne fasen handlet det om å abstrahere kunnskapen jeg foreløpig hadde opparbeidet meg, og «dypdykke» ytterligere i de ulike kodegruppene. Prosessen med å sammenslå, forkaste eller endre koder fortsatte derfor i denne delen av analysen (Malterud, 2011). Ettersom jeg hadde få informanter i studien, måtte jeg hele tiden gjøre overveielser om enkeltstående koder skulle med eller ei. Jeg valgte videre å danne underkategorier (subgrupper) til kun én av kodene mine, «opplevelse av å ha sosial støtte», hvor jeg dannet følgende to; «intern støtte» og «ekstern støtte». Det opplevdes som mer oversiktlig for meg selv, og for leseren forhåpentligvis, at de ulike meningsbærende enhetene fra informantene i de resterende kodene heller beskrev ulike nyanser ved den samme barrieren, enn å tilsvare en egen undergruppe.

Fra de fire matrisene nevnt i forrige trinn (bestående av meningsbærende enheter og koder), etablerte jeg fire overordnede, og trolig «ryddigere» figurer, uten tekstutdrag, som på en mer oversiktlig måte var ment å vise kodene innenfor hvert tema (eksempel i figur 3). Informantens ID-nummer ble oppført, hovedsakelig for å lettere kunne se hvor mange informanter den samme koden gjaldt for.



Figur 3. Overordnet oversikt over temaet «barrierer» med tilhørende koder.

I figur 3 ser man to underkategorier til koden «mangel på planlegging». Disse var tilstede kun under arbeidsprosessen for å vise meg at det trolig var flere nyanser her som jeg burde presentere, og ble ikke stående som egne subgrupper. Underveis i denne prosessen fikk jeg jobbet ytterligere med materialet, og jeg enda tryggere på hvilke koder jeg anså som relevante for problemstillingen til prosjektet. Jeg opplevde også at enkelte koder favnet om liknende tematikk og kunne sammenslås.

Ved systematisk tekstkondensering vil man i dette trinnet i utgangspunktet danne kondensater på bakgrunn av subgruppen(e) i en kode (Malterud, 2011). Jeg valgte å utelate dette for kodene mine da de, etter min vurdering, var tilstrekkelig beskrivende og presise nok for det jeg ønsket å få belyst i analysearbeidet, og jeg stort sett heller ikke hadde dannet subgrupper. Ved deretter å gå tilbake til matrisene med de meningsbærende enhetene, kunne jeg nå finne aktuelle sitater i transkripsjonene som jeg kunne bruke til å underbygge de valgte kodene med.

Helt til slutt i denne fasen valgte jeg å danne en overordnet matrise (tabell 1) som dekket alle fire temaer med valgte koder. Dette gjorde jeg for å lettere gi leseren et helhetsinntrykk, men også for å benytte den til sammenfatning og validering i neste, avsluttende trinn av analysen (Malterud, 2011).

	TEMAER/KATEGORIER			
	Barrierer	**Sosial støtte**	**Mestringstro**	**Nutrition literacy**
KODER	1. Mental eller personlig belastning	1. Opplevelse av sosial støtte	1. Mener å ha lav mestringstro	1. Hevder å ha kunnskap om hva som er «sunt kosthold»
"	2. Mangel på måltidsplanlegging	- Intern støtte	2. Mener å ha noe mestringstro	2. «Lang mellom liv og lære»
"	- Prioriterer ikke	- Ekstern støtte	3. Mener å ha sterk mestringstro	3. Mange ulike ernæringsråd oppleves forvirrende
"	- Hektisk hverdag	2. Liten opplevelse av intern støtte		4. Å forstå rådene er motiverende, ikke bare bli dem fortalt
«	3. Fristelser			
	4. Sosiale settinger (reise, bursdager, etc.)			
«	5. Spesielle dietter/råd som ikke fungerer i hverdagen			
«	6. Å spise annen mat enn familien/lage flere middager			
«	7. Ikke individtilpassede råd			
«	8. Manglende progresjon			

Tabell 1: Samlet matrise over alle fire temaene med valgte koder.

Trinn 4: ***Sammenfatning*** *– fra kondensering til beskrivelser og begreper*

Avslutningsvis i den analytiske prosessen skulle jeg nå sette sammen bitene igjen. Malterud (2011) kaller dette å *rekontekstualisere.* Målet er her å sammenfatte det hele til nye beskrivelser eller begreper som jeg kunne dele med leseren. Og her trer en viktig del av det fenomenologiske perspektivet inn; jeg som forsker skal formidle dette på en måte som er lojal overfor informantene. Jeg skal også sørge for å gi leseren innsikt i og tillit til mine funn (Malterud, 2011). Denne beskrivelsen, den *analytiske teksten* (fremgår i funnkapitlet), dannet jeg på bakgrunn av mine meningsbærende enheter, koder og sitater. Via denne teksten forsøkte jeg å formidle essensen i de ulike kodene, *i mine funn,* og jeg underbygget dette, samt viste til nyansene ved funnet, ved å eksemplifisere det med utvalgte sitater jeg plukket ut i forrige trinn. Overskriftene jeg valgte til å beskrive tematikken og tilhørende funn var hentet fra de teoretiske begrepene, samt bevarte jeg kodens navn som underoverskrifter.

Etter dette var det igjen ønskelig å forsøke å validere funnene mine; å se dem opp mot den sammenhengen som de var hentet ut fra. Nå rekontekstualiserte jeg *funnene mine* (Malterud, 2011). Til det ble det benyttet mine to ulike matriser, hvor jeg kryssleste tekstinnholdet i dem. Jeg leste også det originale tekstmaterialet igjen, for å se hvilken sammenheng beskrivelsene ble fortalt i. Jeg forsøkte, som analysemetoden anbefaler, å lete etter data/beskrivelser som kunne motsi mine (foreløpige) konklusjoner. Denne prosessen gjorde meg også ytterligere bevisst på om enkelte informanter bidro med rikt materiale, og andre ikke. Selv om jeg i denne studien og analysen ikke vektlegger kvantitet, så ble jeg her tryggere på mine funn ved at jeg igjen fikk inntrykk av hvor mye av kunnskapen som hadde røtter inn i større deler av materialet, og eventuelt hva som stammet fra enkeltpersoner (Malterud, 2011). Denne strategien resulterte i én endring for temaet *mestringstro*. Der hvor jeg til nå hadde tolket at informantene enten hadde «opplevd mestringstro» eller ikke, så jeg nå (med 'nye briller på') at ytringene deres var mer nyansert enn som så. Etter å ha lest tekstmaterialet flere ganger og vært igjennom de nevnte analytiske trinnene, ble jeg mer erfaren i tolkningene. Jeg la merke til uttrykk og meningsinnhold som jeg i tidligere analysefaser hadde oversett. Således ble det i stedet for kun to opprinnelige koder om *mestringstro* laget en tredje kode, kalt «opplever noe mestringstro», siden det gav en mer korrekt nyanse.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

Denne masterstudien har blitt utført i tråd med de gjeldende forskningsetiske retningslinjer fra Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH, (2017). Samtlige informanter signerte et skriftlig informert samtykke (vedlegg 1) som deltaker i studien, og til å bli intervjuet og tatt opp på bånd. I korte trekk redegjorde dette skjemaet for formålet med studien, hva deres deltakelse ville innebære, informasjon om deres anonymitet, og hva som ville skje med opptakene i etterkant av studien. At deres anonymitet ville være opprettholdt gjennom hele studien, og at ingen sensitive personopplysninger bli avkrevd under intervjuet, og heller ikke beskrevet i masteroppgaven, ble understreket både skriftlig og muntlig(Malterud, 2011). Deltakerne ble videre informert om at de kunne velge å trekke seg når som helst, uten å oppgi årsak. Jeg som forsker har naturligvis taushetsplikt (Malterud, 2011).

Masterstudien var ikke meldepliktig til NSD; Norsk Senter for Forskningsdata (vedlegg 4). I denne masterstudien benyttet jeg min private datamaskin til det transkriberte materialet. Denne har hele veien vært under passordbeskyttelse, og det har kun vært jeg som har hatt tilgang til datamaskinen. Ved avslutning av studien og innlevering av oppgaven vil taleopptakene bli destruert/slettet.

4 FUNN

4.1 Opplevde barrierer for kostholdsendring

Med barrierer i dette tilfellet menes som tidligere beskrevet i teorikapitlet, det som virker som et hinder for å oppnå en atferdsendring, i dette tilfellet kostendringer (Das & Evans, 2014; Orji et al., 2012). Elementer som kan gjøre det vanskeligere for noen å endre sine kostholdsvaner kan være både små og store, men like fullt virke som en barriere. Det kan være økonomi, følelsen av tiltaksløshet og depresjon, det kan være fristelser på veien som gjør det vanskeligere å opprettholde de nye endringene, at man ikke ser tilstrekkelig resultater av endringene, at tiden ikke strekker til, eller at man rett og slett ikke er motivert (Følling et al., 2015; Orji et al., 2012; Ziebland et al., 1998).

Under min tolkning og analyse av intervjuene var det hele åtte varianter av barrierer som ble nevnt. Disse barrierene blir nedenunder presentert individuelt. Ved ett par tilfeller har jeg fremhevet og påpekt nyanser i svarene hos de aktuelle informantene.

4.1.1 Barriere: Mental eller personlig bagasje

Med denne koden menes at informanten bærer med seg emosjonell «bagasje» i form av elementer som har forringet eller stadig forringer informantens evne og motivasjon til å gjennomføre kostholdsmessige forandringer. Eksempler på faktorer innenfor denne koden er dødsfall i nær familie, følelsen av å være deprimert og tiltaksløs, ekteskapsproblemer, eller tidligere spiseforstyrrelser. I min tolkning av intervjuene opplevde over halvparten av informantene at dette var barrierer av stor betydning, og noe som påvirket deres motivasjon til å innføre og bevare kostholdsendringer. En av mine informanter uttrykte seg slik:

> Informant 1: *«Så er det et veldig utfordrende ekteskap. Har vært i mange år. Mannen min lider av spilleavhengighet, men han vil ikke innrømme det selv. Det er veldig tungt og jeg er veldig deprimert til tider. Jeg har snakket med han flere ganger, men han innser det ikke. Jeg har også sagt flere ganger at vi må flytte fra hverandre, men vi skal alltid prøve litt til.»*

En annen sa:

> Informant 3: «*Altså, jeg har litt konsentrasjonsproblemer, så jeg utsetter ting. Jeg..eh..jeg….jeg skal «gjøre det etterpå». Ja, hvis jeg skal spise da, så finner jeg alltid på en unnskyldning da. (Latter). For det blir liksom sånn, jeg må gjøre «det» for å gjøre «det, men da må jeg gjøre det». På mobilen for eks. Jeg har hundre faner oppe. Fordi jeg ikke klarer å sette meg ned å lese ting. Jeg prøver å se på oppskrifter, sette opp middag og forslag osv. Men, jeg gjør det etterpå, for det blir på en måte for mye for meg da. Jeg gikk jo til psykolog en liten stund hvor vi snakket om det, men... Så var jeg hos ADHD- og ADD-lege. Jeg gjorde noen øvelser og tok IQ-prøver. Og det er et eller annet hun ikke klarte å sette ord på. Jeg var bra på mye, men jeg var langt under normalen på det kognitive. Det var jeg kjempedårlig på. Sånn som astmamedisinen min, det har jeg brukt 10 år på å lære meg hva heter. Og det hadde jo en normal person ha husket. Og da tenker jeg at det er jo et eller annet i hodet mitt som ikke er riktig. Men om jeg kan skylde på det at det er derfor jeg ikke spiser som jeg skal, det vet jeg ikke. Men de gjør det i hvert fall ikke noe bedre.»*

En tredje informant sa:

> Informant 7: *«Mat har jo vært vanskelig i mange år(..) Det er mye psykologi i det. Jeg har vært diabetikerbarn og ungdom, og på en måte, eh..det skjer mye ved deg. Altså, barn er en ting, du ser de andre spiser is og du får ikke, sånn var det for meg. Jeg husker jeg løp og gjemte meg når isbilen kom for alle de andre ungene fikk is, og jeg fikk ikke is. Det er hjerteskjærende når man liksom..(gråt)… og nå er jeg 50 da, og det er vondt enda. Det har vært et savn på en måte, det at jeg har hatt lyst å ha et bra forhold til mat, men det har jeg ikke hatt.»*

Denne informanten følte det var spesielt vanskelige å ikke «bli sett» av den kostveilederen på andre områder enn akkurat hva som angår det kostholdrelaterte. Hun fortalte at under tidligere besøk hos ernæringsfysiolog, opplevde hun at personen hun kommuniserte med ikke «så» og vurderte hennes totale situasjon. Hennes beskrivelser tolket jeg som om informanten selv mente at et fokus «kun» på hvilke matvarer hun skulle spise mindre eller mer av, ikke var tilstrekkelig for at hun skulle oppnå og bevare endringer i sitt kosthold.

Hun beskrev barrieren videre slik:

> Informant 7: *«Jeg har vært hos ernæringsfysiologer på X over lengre tid, og det var veldig snevert. De var opptatt av to ting: Mengde kalorier og at mat skal være kos. Det er ikke det for meg. De så ikke den anoreksi-biten og bulimien, og alt det som har vært vondt og vanskelig i forhold til mat. Det er jo så vanlig blant diabetikere, det er 30 % av diabetikere som har spiseproblemer! Jeg følte heller ikke at de møtte meg helt der nede. De forsto faktisk ikke at jeg syns det var så vanskelig med mat, som jeg syns det var. De bare tenkte «ja, litt dårlig matlyst», og så var det å legge opp hva jeg skulle spise. De må jo møte deg der hvor du er... det er en del av pakka. De fortalte meg bare hva som er bra å spise, og hva som ikke er bra å spise. (..)«Jeg» ble litt borte oppi alt.. for de var jeg egentlig bare diabetiker og ikke det mennesket bak, med alle mine ting liksom.»*

Betraktninger rundt viktigheten av å bli møtt på andre områder enn kun det kostholdrelaterte, var det dog kun denne ene informanten som poengterte så direkte.

4.1.2 Barriere: Mangel på måltidsplanlegging

Halvparten av informantene fortalte at det at de ikke planla måltidene sine var én årsak til at de ikke lyktes med å innføre eller opprettholde endringer. Noen nevnte først «tidsklemma» som forklaring. Enkelte av disse informantene diskuterte derimot litt høyt med seg selv og innså at de likevel hadde godt med tid til å planlegge måltidene sine, men at de rett og slett ikke prioriterte det av andre årsaker. Felles for informantene som dannet denne koden var at mangel på måltidsplanlegging gjorde det sannsynlig at de heller valgte «raske mer usunne mat- og måltidsalternativer».

En informant sa:

> Informant 3: *«Jeg hadde nok hatt tid, men det er sånn at når jeg står hjemme og ikke har lyst på mat, så prøver jeg å tenke hva jeg skal spise på jobben. Da klarer jeg ikke planlegge fremover. Det er ofte en tanke: «hva skal jeg spise nå?», fordi jeg aldri klarer å forberede måltidet. Da spiser jeg isteden masse før jeg drar på jobb, og håper jeg holder gjennom dagen. Men så blir jeg jo sulten. Jeg venter ofte så lenge som mulig med å spise fordi jeg ikke vet hva jeg har lyst på, og da slår den manglende impulskontrollen inn. Hvis det da kommer noe mat rett foran meg, så spiser jeg jo det.»*

Mens en annen nevnte:

> Informant 8: «*Planlegging hjelper veldig mye, men jeg ser de ukene jeg ikke gjør det så faller jeg ut. Så er det bare å prøve å tenke «hva var det jeg spiste som var raskt, sunt og jeg tålte», nei ok da ble det «Grandis» (red.adm. «Grandiosa») hvis jeg ikke kommer på det.»*

Imidlertid var det noen av informantene som beskrev forhold hvor «tidsklemma» mer trolig kunne begrense deres mulighet til å innføre gode rutiner i kostholdet over tid, hvor den manglende planleggingen virket utslagsgivende. I en over gjennomsnittet hektisk hverdag, med mange barn og tilhørende gjøremål, samt mye yrkesaktivitet, etc., virket det som om mangel på tid opplevdes som en reell barriere.

En informant forklarte det sånn:

> Informant 5: *«Egentlig så er det litt tid, og det å ha planlagt. For det er klart at når du kommer hjem og skal lage middag til fem stykker og du er skrubbsulten, så er det jo pasta og den type ting som er lettvint. Men det handler jo om planlegging. Men det er litt vanskelig når det er mange dager etter hverandre hvor du vet det går i ett. Jeg er for eksempel ikke flink til å ta med meg tre matbokser. Jeg har dratt 6.30 om morgningen og vært hjemme 23.00 på kvelden. Ja, det er mye jobb, altfor mye jobb. Og så har vi jo en gård og fem barn og fosterbarn og, ja...»*

Mine tolkninger antyder at, uavhengig av årsak, kan «mangel på måltidsplanlegging» anses som en barriere for flere av informantene. De gangene de hadde prøvd å få til et bedre planlagt måltidsmønster, så opplevde de ofte tilbakefall (på engelsk; laps og relaps).

4.1.3 Barriere: Hyppig utsatt for fristelser

Denne koden beskriver opplevelser hos de informantene som oppga at de følte «suget» etter ulike matvarer som et hinder til å innføre eller opprettholde gode endringer over tid. Lysten ble ofte så stor at det opplevdes som en barriere for dem. Matvarer som ble nevnt som fristende var sjokolade, iskrem eller andre søte ting. De hadde «alltid» hatt et stort «sug mot dem», og det opplevdes som svært vanskelig å bli kvitt en slik «avhengighet». Omtrent halvparten av informantene fortalte at de opplevde slikt «sug» som en barriere.

En informant fortalte:

> Informant 3: *«Og så åpner jeg skapet der, og da står det en Crüsli der, med honning og sukker. Og denne hadde ikke rosiner ikke sant, og jeg hater jo rosiner, fy søren, tenkte jeg. Jeg klarte ikke holde meg unna ikke sant. Så når jeg planlegger å være flink da, så kommer jeg hjem dit så står det der. Så sier svigermor etter noen dager: «Å, har du ikke sett Cola boksen jeg har kjøpt til dere som dere kan drikke?» (Sukker oppgitt) Jeg hadde jo ikke sett dette, men da ble det Cola også da.»*

En annen sa :

> Informant 6: *«Jeg føler jo fortsatt at det kan skli ut skikkelig innimellom i forhold til sukker da, og hvis man da har noe godteri hjemme, eller har potetgull og sånne ting så er det veldig lett at man går og tar litt av det hele uka. Så jeg merker for min egen del, at den er vanskelig, supervanskelig! Og vanskelig å få bort. Da bør man helst ikke ha det i hus.»*

4.1.4 Barriere: Vanskeligheter i sosiale settinger

Flere informanter uttrykte at sosiale settinger ofte kunne oppleves som utfordrende, særlig når de var i en endringsfokusert tilstand. Situasjoner som ble nevnt var jobbreiser med hyppige hotell- og restaurantbesøk, bursdager, ferier eller høytider som for eksempel jul, hvor «normen» for mange var at det blir hyppigere tilgang på usunne matvarer enn ellers i året. En informant hevdet at det «ikke var vits i» og ikke minst «svært vanskelig» å gjøre endringer når man allikevel fikk tilbakefall på grunn av hyppige bursdagsfeiringer eller annet tilsvarende. Det var etter min tolkning vanskelig for mange å betrakte slike dager som en enkelt utskeielse; å godta at man spiste annerledes denne ene dagen. I stedet gjorde slike situasjoner det vanskelig for dem å klare å fortsette sine påbegynte gode kostholdsendringer.

Andre nevnte at mye reising i jobbsammenheng gjorde det utfordrende, fordi det gjerne var så mye tilgjengelig «annen» mat («enn de egentlig burde spise») under møter eller på hoteller. Man følte seg «flink» når man var hjemme og holdt fast i gode rutiner, mens de hyppige reisene gjorde det vanskelig for dem å opprettholde kostholdsendringene. Å havne i slike nevnte situasjoner tolket jeg som barriere for rundt halvparten av informantene.

En av informantene sa det slik:

> Informant 3: *«Det er liksom alltid et eller annet føler jeg. Man tenker: Nå kommer sommeren ikke sant. Når man er på ferie da er det ikke så lett å være flink. Men så begynner man. Så kommer man hjem. Så skal man være litt flink, så kommer det en bursdag. Og alt det som er i en bursdag. Men så er det liksom fire bursdager på rad da. Jeg skal på hytta til søstra, og… men det er jo ikke noen unnskyldning at «om to uker så skal jeg det»… om en uke skal jeg til Tyskland også. Og det er jo ikke lett for der er det bare øl. Og da blir det sånn: hvorfor skal jeg gidde å gjøre noe nå. Så skal vi dit, dit, dit, så kommer jula, og da tenker jeg «neste år er det lurt å starte». Men det er jo fortsatt lenge til. Så jeg må jo bare snu oppi her. (Peker mot hodet).»*

En annen sa dette:

> Informant 9: *«Som sagt reiser jeg mye i jobben, og i mai da reiste jeg først til Stockholm. Når du bor på hotell en hel uke, og oppå et pressesenter som bare har lyse baguetter så er det litt vanskelig å overleve nær sagt. Jeg prøvde liksom å ha med meg litt nøtter, men det er ikke så lett…så kom jeg hjem og så hadde jeg en uke fri og så dro jeg en uke til Venezia på jobb der.. og hvis Stockholm var vanskelig, så ble Venezia enda verre(latter). De serverer jo croissanter til frokost og.. det er stort sett bare pasta og pizza og ja, det var vanskelig.»*

4.1.5 Barriere: Spesielle dietter/råd som ikke fungerer i hverdagen

Flere informanter la vekt på at de synes det var vanskelig å holde på endringer i matveien når kostholdsrådene de har fulgt opplevdes som for kompliserte eller omstendelige, slik at de ikke fungerte godt i hverdagen. Eksempler på dette var «slankekurer» og dietter hvor man skal veie og telle kaloriene i maten en spiste. Det bidro heller til at man skulket unna dette etter en tid, og gikk tilbake til sitt «gamle» kosthold. Andre eksempler var diettforslag hvor man benytter seg av pulver eller andre måltidserstatninger, fremfor å lære seg å sette sammen et råvarebasert, sunt måltid. Omtrent halvparten av informantene beskrev situasjoner som disse som barrierer.

En av informantene forklarte seg slik:

> Informant 1: *«Jeg har gått tre kurs med bare pulver i åtte uker. Men så har jeg gått opp igjen etterpå, gjerne mer enn hva jeg gikk ned. Grete Roede gikk jeg ett kurs, der skulle vi spise masse lett-produkter, og veie maten. Det går bare ikke i lengden! Det sklir ut*

bare. Man klarer ikke følge slikt slavisk, veie maten, så, så mye da, og så, så mye da, det går bare ikke i hverdagen. Det bare sklir ut. Kurslærdommen er ikke overførbar til en vanlig hverdag.»

En annen ytret seg på denne måten*:*

Informant 5: *«Jeg har jo prøvd meg på rikshospitalets suppekur og hva det nå enn ikke var som florerte en periode. Cambridge og hvitvin og alt (latter). Renselseskur med naturris og Kikkoman i 10 dager, jada…been there! Og et par Grete Roede kurs opp igjennom. Og det funker jo ikke med det å veie og telle kalorier i en hverdag. Det der å skrive i boka, veie, gange, dele og telle.. brr…nei. Det er vanskelig.»*

En tredje sa det tydelig engasjert slik:

Informant 7: *«Det funket ikke for meg når damene der jeg var bare var opptatt av hvor mange kalorier det er i ting. Det hjelper lite å snakke om antall karbohydrater, for det er ikke det som er poenget her, (...) det er ikke det dette handler om i praksis, det handler om å få det til i praksis! Det har vært veldig skjematisk og matematikk og tall og sånn, og all min matfrustrasjon sitter jo i meg, og det var ikke bare i et ark hvor jeg skulle bruke kalkulator og.. så lenge folk, disse ernæringsfysiologene, fortalte meg hva jeg skal gjøre, eh… mye var sånn: « det burde du ikke spise», og sånn har det jo vært å være barnediabetiker og ungdomsdiabetiker oppover i årene, at liksom: «det skal du ikke spis», det er «nei-liste», og det er «ja-liste», og så, når det liksom er en fasit på det, så får jeg ikke noe eierskap til det. Så der liksom ramlet jeg av det da, så skled det vel ut igjen en periode.»*

4.1.6 Barriere: Å spise annen mat enn familien/lage flere middager

Nesten halvparten av informantene opplevde det som «slitsomt» å skulle lage flere middager, til henholdsvis seg selv og de andre familiemedlemmene. De følte seg også usosiale ved å spise annen mat enn resten av familien. Informantene fortalte at familiemedlemmer ofte ikke ønsket å spise det samme som dem. Når de selv var i en kostholdsendringsfase, var det heller ikke ønskelig for dem å spise et middagsmåltid som de anså representerte deres «gamle, dårligere vaner». Jeg tolket derfor informantenes ønske om egentlig å ville spise noe «sunnere», men som likevel ofte endte med å lage og spise noe mer eller mindre «usunn» middag som alle i familien likte, som en barriere for dem.

En av informantene beskrev det slik:

> Informant 6: «*Og når det gjelder middagen spesielt ønsker jeg ikke at mine behov skal få styre alles middag. Og så ønsker jeg ikke at jeg skal sitte på sida og spise middag. Sånn at det er den pragmatiske delen igjen da. Da tar jeg heller den middagen som blir servert uten å si på forhånd hva det skulle være.»*

En annen sa det sånn:

> Informant 8: *«Jeg tenker det som er mest utfordrende er kanskje i forhold til familien. At man lager mat som alle liker og kan spise, og tåle. Jeg har jo stått til tider og laget tre forskjellige måltider til middag. Fordi jeg tåler det, og han ikke liker det, og han tredje ikke vil ha. I en hektisk hverdag så er det stress. Mannen min prøver så godt han kan, men det er klart at han griner på nesa av noen av de tingene der som er så magre og litt alternative.. Så han har ofte tatt seg en tur ut og kommet mett hjem (latter), mens guttungen får man ikke i salatblader. Da må man bare lage fiskepinner og hva som måtte friste for han. Og da er det ofte sånn at man tenker: Ja, skitt, da lager man bare det som alle liker, og så ferdig med det.»*

4.1.7 Barriere: Ikke individtilpassede råd - for generelle råd

Omtrent halvparten av informantene fortalte at det var vanskelig for dem å tilegne seg de endringsrådene de fikk, fordi de mente rådene var for generelle. Dette gjaldt spesielt de informantene som har blitt kostholdveiledet i gruppe. De følte at de ikke hadde hatt tilstrekkelig utbytte av denne veiledningen for å klare å opprettholde de foreslåtte endringstiltakene over tid. Informantene fortalte at kostholdskursene var lite individtilpasset. Ofte var det stor variasjon i demografi, behov og preferanser hos de som deltok på slike kurs.

En av informantene uttrykte seg slik:

> Informant 2: *«Vi skulle spise mye brød på det kurset. Spesielt skulle vi spise mye rug, og det er ikke bra for min mage. Vi skulle også spise mye paprika og sånne ting, og det vet jeg også ikke fungerer så godt. Jeg spiste det, men du blir jo litt lei deg på en måte, når du skjønner at det ikke er så godt for magen din. Så dette var jo et kurs for alle, det var ikke tatt hensyn til noe.»*

Mens en annen informant sa:

> Informant 9: *«Jeg ble jo sendt på et kurs gjennom Ahus ett år etter jeg fikk diabetes type «Lada». Jeg måtte mase meg til det kurset. Da satt jeg på møterommet på Ahus og alle der hadde type 2 diabetes. Ingen type 1 og ingen Lada. Alle var ekstremt overvektige for å si det rett ut, og når jeg kom dit hadde jeg nettopp syklet Birken for første gang. Alle snakket om at de hadde vondt for å gå og..så sier jeg: «hva skal jeg spise etter jeg har syklet 2 timer da?» Og det hadde de ingen erfaring med de sykepleierne. Og da sa jeg til legen at er det en ting jeg savner er det å få kunne snakke med andre som har samme erfaring som meg.»*

4.1.8 Barriere: Opplevelse av manglende progresjon

Med denne koden menes at informantene opplever ikke å ha oppnådd resultatene de hadde håpet på etter sine innførte endringer. Informantene fortalte tydelig at det var lite motiverende å fortsette med noe som tilsynelatende ikke ga resultater, og dette førte ofte til at de gikk tilbake til gamle vaner. Nesten halvparten av informantene oppga manglende progresjon som en medvirkende årsak til at de gav opp eller falt fra, og jeg tolket dette som en barriere.

En informant uttrykte det sånn:

> Informant 3: *«Det er jo rart at hvis jeg gjør store endringer da, selv om det ikke er 100%, så skjer det jo ingenting. Det blir sånn der ahh.. (sukker)..Så gir jeg opp da. Jeg har jo blitt generelt flinkere til å for eksempel drikke en farris istedenfor cola. Jeg har ikke stoppet og kjøpt bolle på lenge. Sjokolade og sånt spiser jeg nesten ikke lenger, det har jeg jo aldri spist mye av. Man tenker liksom da at jeg burde jo kjent et eller annet ikke sant. Selv om jeg prøver å gjøre det kjempebra en uke eller to.. ehm.. det gjør jeg jo aldri da men.. hvis jeg gjør store endringer da, selv om det ikke er 100%, så skjer det jo ingenting.»*

En annen sa det slik:

> Informant 4: *«Hvorfor jeg eventuelt sklir av er fordi en effekt uteblir. Poenget er jo at jeg spiser sunt, jeg gjør endringer, men får ikke resultatene jeg ønsker. Jeg tenker: Skal jeg bruke så mye energi på dette som ikke gir noen ting tilbake? Sånn er det mer.»*

En tredje sa det på denne måten:

> Informant 10: *«Jeg tror at grunnen til at jeg har falt litt av før er fordi det ikke har skjedd noe. Selv om jeg har vært flink, selv om jeg har trent, selv om jeg har spist mindre, så har jeg ikke gått ned ett gram, og det er frustrerende. Jeg tror jeg trenger å se progresjon for å klare å fortsette.»*

4.2 Sosial støtte

De ti informantene fikk uttale seg *om* de opplevde støtte fra andre personer i den kostholdsendringssituasjonen de tidligere hadde vært i, samt nå – og eventuelt fra *hvem.* De to tolkede svarkodene «Opplevelse av å ha sosial støtte» og «Opplevelse av å ha *liten* intern sosial støtte» presenteres i separate avsnitt nedenfor.

4.2.1 Opplevelse av å ha sosial støtte

Over halvparten av informantene fortalte at de opplever sosial støtte i situasjonen de er i nå. Det utviklet seg imidlertid *to subgrupper* som beskriver *hvem* de følte de mottok denne sosiale støtten fra. Jeg vil fremheve enkelte nyanser ved den opplevde støtten der jeg mener dette er relevant.

Intern støtte

Nesten alle informantene som rapporterer at de opplever sosial støtte, mottar den fra én eller flere i nær relasjon til dem.

En av informantene beskrev det slik:

> Informant 2: *«Jeg opplever å ha det veldig. Der er jeg veldig heldig. Mannen min er veldig opptatt av dette han også. Det er han som er like mye kokken som jeg er, og han er med på det jeg gjør. I tillegg har jeg en datter og en svigersønn som er veldig opptatt av dette. Og jeg veldig glad for at mannen min også er pensjonist, fordi han er så positiv!»*

Mens en annen sa:

> Informant 5: «*Mannen min er jo veldig støttende på dette, og han syns jo han ser veldig stor forskjell på meg. Så han er flinkere enn meg til å se forskjell på meg og bemerke at jeg har mistet vekt. «Nå synes det», sier han, og da sier jeg at det synes ikke jeg (latter).»*

En tredje beskrev det sånn:

> Informant 7: «*Han har vært støttende hele tiden han altså, både da jeg ikke klarte å gjøre endringer for noen år siden, og også nå når jeg klarer å gjøre og holde på endringene. Men JEG ble ikke bitt av det engasjementet den gangen. Nei, mannen min klarer ikke å bevare den motivasjonen hos meg da. Men nå tror jeg nesten at om han hadde.. nå er jeg så bestemt at selv om han kanskje ikke hadde støttet meg på samme måten nå, så tror jeg søren meg jeg hadde klart å holde på dette selv, fordi at jeg kjenner at det er viktig for meg. Ja. JEG må være bestemt på det, JEG ønsket og ønsker en endring.*»

Alle informantene la vekt på at sosial støtte gjorde det lettere og mer motiverende å foreta og opprettholde kostholdsendringer. Imidlertid tolket jeg siste informant (informant 7) sitt utsagn som at vedkommende opplevde at det var først da hun så på disse endringene som viktig for *seg selv* at hun lyktes i å innføre gode vaner, til tross for at hun alltid hadde følt intern støtte. Jeg tolket det dit hen at hvis hun ikke hadde etablert *indre motivasjon* til å utføre endringene, så var det ikke tilstrekkelig med sosial støtte, selv fra en person som det var nær relasjon til.

Ekstern støtte

Like mange av informantene som opplevde intern støtte, fortalte at de anså sin kostveileder som en viktig sosial støttespiller. Han/hun kunne virke motiverende på dem, samt opplevde de oppfølgingstimene som en betydningsfull del av denne støtten siden de der kunne «rapportere» til vedkommende veileder. To mannlige informanter som opplevde sosial støtte fortalte at de mottok sosial støtte fra veileder/helsepersonell (ekstern), og ikke fra deres nærmeste relasjoner (intern).

En av informantene uttrykte seg slik:

> Informant 5: *«At jeg har møter med kostveilederen min er en støtte for meg. At jeg har en dato jeg skal tilbake dit igjen, for da har jeg noen som holder meg litt i skinnet. Og som spør. For jeg er ganske flink til å følge slike ting hvis noen «sier at», eller spør, for det er jo ikke det at jeg ikke kan lese meg til det eller vet det, men det er den der å forplikte seg til noen. Det er jo ingen andres ansvar, og egentlig har ikke noen annen person noe med det heller, men det er en forpliktelse for meg.»*

En av mennene beskrev det sånn:

> Informant 6: «*Poenget med å gå til en veileder er jo å få essensen i ting istedenfor at man skal gripe tak i noe som er så svært. Så ønsker man heller at den veilederen har bearbeidet det og fått ut essensen, så vil jeg heller det, og bruke forhåpentligvis litt mindre tid på ett tema, enn om jeg skulle gått ut på nettet selv. For en veileder har større forutsetninger for å forstå det også, i og med at man har studert faget. For det er ikke så lett å tolke ting, det blir et hav av ting så skal man sy dette sammen igjen, så gjorde man «det», men så ikke «det», hvis du skjønner?»*

En tredje beskrev tydelig støtten fra veileder slik:

> Informant 7: *«Det viktigste for meg har vært å bli møtt på det som faktisk er sårt. (…) der jeg går nå har jeg snakket om mye rart, og jeg prater jo om mye. Men hun har latt meg prate og få sette ord på mye som har vært nødvendig i denne prosessen, og nå er jeg i en helt ny verden! Hun stimulerer meg til å på en måte se det behovet jeg har selv, sånn at jeg går veien selv. Hun forteller meg ikke bare hva jeg skal gjøre, men hun har fått meg til å sette ord på hva som er viktig for meg, og hvorfor jeg vil ha et annet kosthold. Det er fordi jeg har lyst til å ha et bedre forhold til mat enn det jeg har hatt, jeg har lyst til å bli i bedre form, og ved at jeg tar eierskap i de utfordringene som har vært da, så vil jeg også lettere kunne gå den veien, enn om noen bare forteller meg hva jeg skal gjøre. Det gir meg ingenting. Hun har spurt hva jeg vil ha, hvorfor jeg vil ha det, og hun har spurt masse spørsmål, og det er det som har gjort at… jeg gjør jo mesteparten av jobben selv, men nå er jeg motivert, det var jeg ikke da, og hvis ikke så tar man jo ikke tak i det selv, du er bare fortalt hva du skal gjøre. Nå er jeg jo kjempemotivert, jeg tror aldri jeg sklir tilbake.»*

En fjerde fortalte tydelig sin motivasjon ved ekstern støtte:

> Informant 9: *«Det handler om motivasjon tenker jeg. Og det som hjelper meg er at jeg har det sparket bak fra veileder, så enkelt er det. Jeg synes det var veldig stas å kunne si til veilederen min at nå har jeg gått ned 6 kg!»*

4.2.2 Opplevelse av å ha lite intern sosial støtte

Et mindretall av informantene fortalte at de opplevde lite sosial støtte, som jeg ut fra deres beskrivelser tolket som å inneha liten intern støtte.

En av informantene sa det slik:

> Informant 1: *«Nei, jeg opplever ikke noe støtte. Jeg får bare høre av familien, både datter og mann, at de ikke synes jeg trenger å gå ned i vekt. Mannen min kan for eksempel spise omtrent hva han kommer over uten å legge på seg et gram. Han har veldig lyst å kose seg med noe god mat sent om kvelden, og jeg prøver liksom å si nei- at jeg ikke vil. Men da svarer han «joda, bare spis, dette legger du ikke på deg av». Så det er litt vanskelig sånn. Så jeg har ikke den støtten hjemme, jeg driver mest for meg selv med dette her.»*

En annen sa:

> Informant 3:*«Det er vel ikke så mange som tenker på det tror jeg. Men... dama kunne sikkert vært litt strengere. Men hun tenker vel at jeg er voksen og burde klare dette selv.»*

En tredje uttrykte det på denne måten:

> Informant 4: *«Nei for det er ikke så mange som ser at jeg har et problem med vekta (latter). Av en eller annen grunn så er det sånn at… ja jeg er alene om å ønske det. Det er ingen som skjønner at det er et problem liksom. Så jeg må argumentere for at jeg har det, jeg vet jo at jeg veier for mye. Jeg vet jo at ting hadde vært greiere om jeg gikk ned i vekt. Men det er ikke noen andre som ser det.»*

Noen opplevde at fravær av intern støtte vanskeliggjorde endringssituasjonen de var i.

En av informantene uttrykte dette slik:

> Informant 1: *«Ja, jeg tror nok det hadde vært til god hjelp med litt støtte hjemmefra, for det har mye å si hva som oppfordres til å spise. Jeg har sagt det flere ganger til mannen min. Alle de kurene jeg har gått på har jeg sagt det: Nå skal jeg prøve å legge alt i det! Men det er ikke så lett eller motiverende fordi mannen min ikke bryr seg om hva han putter i munnen. Han har egentlig ikke har greie på hva det er i maten, og er ikke interessert i matlaging heller….poenget er at det ikke er noe fellesskap rundt dette.»*

En annen beskrev det sånn:

> Informant 3: *«Det er jo typisk at jeg er flinkere når jeg er sammen med noen. Jeg jobber mest kveld og hun (samboer) jobber mer dag. Og da er jeg hjemme mer alene på dagtid*

(ler).. det hjelper jo ikke noe det heller. Hvis dama er hjemme kommer jeg fortere i gang med noe. Så jeg prøver noen ganger å ta et grep på forhånd. Og sier til dama at i dag skal jeg lage «dette» til middag. For da har jeg sagt det til henne og da er det lettere å gjøre det etterpå. Men hvis hun da ikke er hjemme, kan jeg ikke si dette til henne.»

En tredje sa:

Informant 6: *«Da hadde man fått litt drahjelp, og da, kanskje hvis man ikke kommer hjem tidlig og ikke har tid til å kjøpe inn, så kan kanskje den andre klare det. Men så har man ikke lyst å dynge det over på noen andre hvis de ikke er i samme situasjon.»*

Imidlertid var det her én informant jeg tolket litt på siden av de andre. Vedkommende uttrykke seg uklart om betydningen av sin opplevelse av fravær av sosial støtte. Siden hun ikke følte at hun hadde det, visste hun heller ikke om sosial støtte ville ha vært til noe hjelp for henne.

Hun beskrev det sånn:

Informant 4: *«Jeg vet faktisk ikke om det har noe å si at han ikke er støttende, for det har jeg aldri erfart, så det kan jeg ikke si så mye om. Han er ikke sånn. Den (red.amn.«støtten») er ikke tilstede, men jeg føler vel det ikke har noe stor betydning.»*

4.3 Mestringstro

Ens mestringstro har vist seg å være en relevant faktor for å påbegynne og bevare kostholdsendringer over tid, gjennom dens effekt både på motivasjon, tankemønstre og handlingsvalg (Orji et al., 2012; Rosenstock et al., 1988; Strecher et al., 1986). Mine ti informanter uttalte seg om sin opplevelse av egen mestringstro i den kostholdsendringssituasjonen (kontekst) som de nå befant seg i. Under tolkningen av intervjuene fremkom det tre varianter av mestringstro; «Mener å ha lav mestringstro», «Mener å ha noe mestringstro», og «Mener å ha sterk mestringstro».

4.3.1 Mener å ha lav mestringstro

Få informanter mente å ha liten tro på at de skulle klare å lykkes med kostholdsendringene sine, og å oppnå positive resultater som følge av disse.

En av informantene beskrev det godt slik:

> Informant 1: *«Jeg er mye deprimert til tider. På grunn av at jeg bare mislykkes hele tiden, og ikke får det til. Jeg blir veldig skuffet over meg selv. Og det er fordi jeg har prøvd så mange ganger før, og ikke lykkes. Jeg har jo gått ned en del på kursene, men jeg går rett opp igjen. Jeg vet jo at det er fordi jeg ikke klarer å holde det lenge nok. Og da tenker jeg: Hvorfor skal jeg klare å lykkes nå, liksom? Det er det som sitter i hodet mitt hele tiden: Hvordan skal jeg klare å lykkes nå, når jeg har mislyktes så mange ganger før.»*

4.3.2 Mener å ha noe mestringstro

Ett par informanters utsagn ble tolket som om de hadde *noe* tro på å kunne klare å få til sine kostholdsendringer. Den ene var først bestemt på at dette var noe han *ikke* hadde tro på, men deretter ble det sagt at troen nok kunne være der av og til, men at det kunne være manglende «impulskontroll» som utfordret den.

Informanten uttrykte seg slik om sin mestringstro:

> Informant 3: *«(Latter). Ikke tilstede. Eller.. det er jo det av og til da, men, det er impulsen som tar valget. Jeg kan jo stå å nesten gråte fordi jeg vet at jeg «må ikke spise dette, jeg må ikke spise dette», men så lager jeg allikevel melk, cornflakes og sukker for eksempel. Men det er jo godt med sukker. Så du gjør noe mot det du egentlig vil, og egentlig uten at du vet hvorfor. Og jeg blir veldig skuffet over meg selv, og jeg mister litt motivasjonen...»*

Den andre informanten var noe tvilende i sin vurdering av egen mestringstro:

> Informant 4: *«Det er der jeg har tenkt litt da. Tror jeg virkelig selv at jeg skal klare det? Og da tenker jeg «nei, egentlig så gjør jeg jo ikke det». Det er mer det der «jaja, så har jeg jo prøvd da». Men det er akkurat med troen jeg sliter litt nå. Mmm. Ja, og det er noe som ligger der altså.»*

Det kan virke som mestringstroen til denne informanten er knyttet opp til hennes konkrete målsetting om vektnedgang. Jeg opplevde at hun selv ikke tror hun klarer å nå sitt vektmål, men at hun samtidig tror hun skal klare å opprettholde *kostholdsendringene* over tid.

Denne informanten sier videre:

> Informant 4: *«Ja vet du, jeg har tro på at jeg vil holde på disse endringene, jeg. Jeg tror jeg er kommet dit nå, at dette gjør jeg for å ha det bra, ikke for vekten min. Jeg har det bra ved slik kost. Det jeg også kan si, er at jeg før hadde veldig mye magesmerter, og det har jeg ikke hatt etter jeg endret kosthold. Så jeg kjenner jo endringer av endret kosthold. Jeg er også mett over lengre tid med maten jeg spiser nå. Jeg er mett lenge. Men å få til vekten jeg ønsker, det har jeg ikke tro på lenger.»*

4.3.3 Mener å ha sterk mestringstro

Litt over halvparten av informantene gav utrykk for at de hadde sterk tro på at de skulle klare å bevare kostholdsendringene.

En av informantene forklarte det slik:

> Informant 2: «*Ja. Jeg har det. Jeg har veldig tro på det nå, for jeg har jo følt at magen min har blitt bedre. Jeg føler at nå har jeg funnet ut hva jeg ikke har så godt av, og endrer det slik.»*

En annen uttrykte seg slik:

> Informant 6: *«Jeg har stor tro på at jeg skal få dette til, jeg! Det har jeg. Jeg er helt sikker på at jeg kommer til å gjennomføre alle de rådene som kostveileder har kommet med, og jeg gir meg ikke før jeg er i mål, det er vel sjelden at jeg gjør det.»*

En tredje sa det slik:

> Informant 7: *«(...)jeg skal ha det bra, og spise riktig ting og sånn, det er motivasjonen min nå, jeg tror aldri jeg har vært sånn motivert som jeg er nå, til å legge om. For det er det jeg gjør, legger om, det er ikke bare en sånn periode. (...) nå er jeg så bestemt at selv om han kanskje ikke hadde støttet meg på samme måten nå heller, så tror jeg søren meg jeg hadde klart å holde på dette selv, fordi at jeg kjenner at det er viktig for meg.(...).»*

En fjerde sa det sånn:

> Informant 9: «*Absolutt, for jeg vet jo at det funker. Jo, hvis ikke hadde jeg bare gitt opp allerede. Jeg føler jo at det er et signal om at jeg har troen på det.»*

En femte beskrev det på denne måten:

> Informant 10: *«Eh, nå er den egentlig…i og med at det begynte å skje endringer med en gang, så steg den ganske raskt!»*

4.4 Nutrition literacy (NL)

Lav NL er blitt assosiert med dårligere helse og å ha et usunt kosthold (Diamond, 2007; Zoellner et al., 2009). Jeg har i denne oppgaven imidlertid *ikke* «målt» informantenes NL som en kvantitativ, relativ størrelse, fordelt i tre dimensjoner (FNL, INL og KNL), slik det vanligvis gjøres i spørreundersøkelser (for eksempel hos Pettersen et al., 2015). Ved hjelp av intervjuspørsmålene som reflekterte NL fikk jeg derimot et kvalitativt innblikk i om informantene mente de visste hva et sunt kosthold besto av, og om de opplevde mange ulike kostholdsråd som formidles i samfunnet som forvirrende, for dermed å kunne påvirke deres matvalg. Ut fra min tolkning av intervjusvarene ble det etablert følgende fire koder:

4.4.1 NL: Hevder å ha kunnskap om hva som er «sunt kosthold»

Alle ti informanter mente å inneha tilstrekkelig kunnskap om hva de selv anså som et «sunt kosthold». De mente de ikke hadde detaljert ernæringskunnskap, men følte matvarekunnskapen var tilstrekkelig for å kunne ta sunne kostholdvalg.

En av informantene beskrev det slik:

> Informant 2: *«Jeg føler jeg vet hva som er sunt og ikke, og har tilstrekkelig kunnskap sånn sett. Så det handler ikke om kunnskapen her synes jeg.»*

En annen beskrev det på denne måten:

> Informant 3: *«Jeg føler jeg vet nok for å egentlig gjøre riktige valg. Ehm..hvis jeg leser om sånne ting- hva som påvirker kroppen, så leser jeg ofte mer vitenskapelige da. Det er ikke alltid så lett å skille råd fra hverandre, men ved mye av det jeg leser har de jo gått gjennom flere hundre undersøkelser da. De har sett på andre resultater, og kommet frem til en konklusjon.»*

4.4.2 NL: Langt mellom liv og lære

Kunnskap om hva som utgjør et sunt og usunt kosthold, var ikke den mest avgjørende faktoren for hvorvidt informantene tok sunne kostholdvalg eller ei. Det var med andre ord ikke alltid samsvar mellom hva informantene visste og hva de faktisk gjorde. Alle informantene ga utrykk for at de kunne oppleve en slik ambivalens.

En av informantene sa det sånn:

> Informant 4: *«Jeg føler jeg kan en del, og vet hva som er sunt og ikke. Det er ikke det at jeg spiser usunt fordi jeg ikke vet.»*

En annen uttrykte det slik:

> Informant 2: *«Jeg vet jo egentlig hva jeg skal gjøre.»*

En tredje uttrykte seg nokså klart om dette:

> Informant 3: *«Jeg kan jo stå å nesten gråte fordi jeg vet at jeg «må ikke spise dette, jeg må ikke spise dette», (...) men det er jo godt med sukker. Så du gjør noe mot det du egentlig vil, og egentlig uten at du vet hvorfor. Og jeg blir veldig skuffet over meg selv, og jeg mister litt motivasjonen...»*

4.4.3 NL: Mange ulike ernæringsråd oppleves forvirrende

Over halvparten av informantene kunne fortelle at de ble forvirret og/eller påvirket av ulike ernæringsråd fra forskjellige kilder i samfunnet. Flere opplevde dette som forstyrrende. Noen informanter fortalte at de ble særlig påvirket av rådene under den tiden de prøvde å tilegne seg kostholdsendringer på egen hånd. Når de imidlertid fikk oppklaringer og korrigerende råd fra sin kostholdsveileder, som de følte tillit til, lot de seg ikke i like stor grad påvirke av de ulike rådene som kom fra andre hold.

En av informantene forklarte det slik:

> Informant 1: *«Jeg blir litt overrasket. På en diett skal alt være magert og lett. Og andre steder skal det ikke være sånn. På pulverkurene skal man bare spise lett-produkter etterpå. Det blir jeg veldig forvirret av. Jeg blir som sagt veldig usikker. Jeg har bestandig kjøpt alt lett, uten sukker osv., og nå prøver jeg å gå over til vanlig. Jeg har*

jo blitt prentet inn med lett og magert. Men det er jo sant som dem sier at du ser jo ingen slanke som spiser lett-produkter da! Men jeg gjør jo som regel hva jeg blir fortalt.»

En annen informant sa:

Informant 4: *«Det som er greia mi, er at man skal spise så mye sånn..ehh… man burde kjøpe sånne vitaminer, man burde kanskje ta det tilskuddet, man trenger sikkert det liksom, der kjenner jeg at jeg må gjøre min egen greie. Hva trenger jeg da?! Men jeg hører jo på råd også, for andre har jo prøvd pulver og det har funket veldig godt på dem, og da tenker jeg: jaja, da prøver jeg det.»*

En tredje uttrykte seg på denne måten:

Informant 5: *«At det er så mye ulike råd det påvirket meg før, absolutt. For så har jeg prøvd det, så funket ikke det, for….jeg hadde jo en periode – det er virkelig mange år siden da- hvor jeg gikk gjennom alle mulige kurer.»*

4.4.4 NL: Å forstå rådene er motiverende, man må ikke bare bli dem fortalt

Informantene ga uttrykk for at i de tilfellene hvor de hadde blitt fortalt av kostholdsveilederne *hva* de burde spise mer og mindre av, så var det vanskeligere eller mindre motiverende for dem å utføre kostholdsendringer, enn når de hadde blitt fortalt *hvorfor* og selv forsto viktigheten og effekten av endringene. Dette gjaldt for alle informantene, unntatt én.

En av informantene beskrev det slik:

Informant 1: *«Jeg synes det er flott at man får mer innføring i hvorfor jeg skal spise «det» og ikke «det». Det synes jeg er veldig bra, og noen veiledere er kjempeflinke til å forklare. Jeg mener det er lettere å få til i praksis når jeg forstår viktigheten av det. Jeg satt nå og tenkte da jeg ble forklart om blodsukkeret og matens innvirkning på dette. Da fikk jeg en liten vekker!*»

En annen uttrykte seg slik:

Informant 7: «*Oppgaven kan bli ganske stor når du skal gjøre om på kostholdet ditt, du må virkelig være motivert da. Og så må du kanskje forstå det også litt, ikke bare fortelle deg at «hvit pasta skal du ikke ha, for det er ikke bra for blodsukkeret ditt», liksom. Hun jeg går hos nå forklarer veldig mye. Jeg har jo lært mye mer om mat på de få møtene hun og jeg har hatt, enn alle de årene jeg har hatt diabetes. Hva maten og*

sammensetningen kan gjøre for blodsukkeret mitt liksom. Nå har jeg hatt diabetes i 40 år, og det er først nå jeg skjønner hva alt dette med maten er, hva det gjør, og hvor viktig det er på en måte. For meg er jo dette en ny verden. Jeg har klart å gå inn i en ny verden!»

5 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven vil jeg først diskutere metodikk som er valgt til å belyse min problemstilling. Jeg vil videre diskutere mine funn opp mot eksisterende forskningspublikasjoner i feltet og i lys av de teoriene som er beskrevet. Funndiskusjonen følger i kronologisk rekkefølge av forskningsspørsmålene, og innledes med en oppsummering av studiens hovedfunn. Til sist følger studiens konklusjon og forslag til implikasjoner.

5.1 Metodediskusjon

Til tross for at mange forskere gjerne befinner seg i en mellomposisjon mellom det *tolkende* og det *beskrivende* (Malterud, 2011), og at hermeneutisk-fenomenologisk tilnærmingsmåte er en godt benyttet fremgangsmåte i kvalitativ metode og i studier med liknende formål (Annells, 1996; Borge et al., 2012; Davidsen, 2013; Grant & Boersma, 2005; Laverty, 2003; Merrill & Grassley, 2008), kan det være aktuelt å påpeke noen elementer vedrørende min bruk av denne tilnærmingen i denne masterstudien. Under tekstanalyse (systematisk tekstkondensering), har jeg som forsker valgt å plassere meg i en mellomposisjon mellom hermeneutikk og fenomenologi.

Som jeg viser til i metodekapitlet, er det noen forskjeller mellom disse to tilnærmingene. Blant annet vil min rolle som forsker, eller prosessen med å analysere dataene, være ulik i de to metodiske tilnærmingene (Laverty, 2003). Enkelte har derfor stilt spørsmål om disse to perspektivene lar seg forene på alle nivåer i et forskningsprosjekt (Johansson, 2016; Laverty, 2003). Ett aspekt som trekkes frem, er om forskningens funn bør vurderes og omtales som hermeneutiske *fortolkninger*, eller som fenomenologiske *essenser* (Johansson, 2016; Laverty, 2003). Av den grunn definerte jeg min bruk av begrepet «essens[8]» i en kombinasjon av disse to perspektivene (se Metodekapittelet s. 33). Utfordringen i en slik situasjon, hevder Laverty (2003) og Johansson (2016), kan bli hvor man plasserer sine funn; er det i et mellomstadium, hvor man forsøker å beskrive informantenes uttrykk så lojalt som overhodet mulig, eller er det et snev av fortolkende filosofi, der man har forsøkt å se dypere mening enn kun ordene som er blitt fortalt via intervjuene (Laverty, 2003; Malterud, 2011). Mitt ståsted og standpunkt i denne sammenhengen ble derfor: Jeg tror ikke at det er mulig å betrakte mine fenomen studert i

[8] Meningsstruktur og vesentlige kjennetegn ved fenomenet jeg studerte (Malterud, 2011; van Manen, 1990)

oppgaven helt forutsetningsløst, slik enkelte teoretikere innen fenomenologi hevder man bør (Kvale, 1996; Laverty, 2003; Malterud, 2011). Jeg ville likevel heller ikke la min forforståelse farge meg mer enn nødvendig. Malterud (2011) beskriver nemlig at ens forforståelser behøver ikke være et begrensende element for å kunne «åpent» utforske fenomener. På den annen side, preget min økte forståelse av studiens fenomener og tilhørende teori mine tolkninger og mine funn (Malterud, 2011).

På tross av min selverklærte mellomposisjon mellom de to nevnte to perspektivene, anser jeg meg selv som en utrenet kvalitativ forsker og analytiker, samt som novise innenfor det filosofiske grunnlagsstoffet som tilhører min analytiske tilnærming. Morse, Barrett, Mayan, Olson og Spiers (2002) illustrerer dette dilemmaet ganske godt ved å hevde at forskningen gjerne blir så god som forskeren selv er i feltet. Kort sagt; var jeg mer bevandret i hermeneutisk og fenomenologisk filosofi, ville min studie trolig kunne bidratt til kunnskap om fenomenene i en større sammenheng (Malterud, 2011).

En svakhet ved min studie er at jeg ikke lot personer i målgruppen delta i prosessen med å utarbeide intervjuguiden. Jeg kan heller ikke utelukke at mine forhåndsbestemte temaer (barrierer, sosial støtte, mestringstro og nutrition literacy) kan ha gjort analysen noe deduktiv og mindre kreativ (Malterud, 2011). Jeg strebet derimot etter å stille meg åpen for at det innunder disse temaene kunne fremtre mange ulike nyanser og ny tematikk til utforskning. Det skal også nevnes at min manglende erfaring som intervjuer kan ha begrenset kreativiteten når det gjaldt å stille oppfølgingsspørsmål til informantene.

En svakhet ved mitt strategiske utvalg kan være selve motivasjonen til deltakerne. Enkelte informanter hadde selv oppsøkt kostveileder (indre motivasjon) mens andre fortalte at fastlegen deres hadde anbefalt/henvist dem å gå dit (ekstern motivasjon) (Prochaska & DiClemente, 1983). Dette kan ha preget deres «innsatsvilje» under mine intervjuer.

Utvalget informanter var ikke tallrikt. Det er derfor ikke mulig å generalisere slike kvalitative funn. Utvalgets begrensete størrelse ga imidlertid mulighet for rike beskrivelser av fenomenene (Malterud, 2011). Muligens kan andre personer i samme kategori som mine informanter oppleve en viss grad av «gjenkjenning» (ekstern validitet) når de leser masteroppgavens funn (Malterud, 2011).

En mulig svakhet i denne studien – som i de fleste lignende intervjustudier – er det man kaller «sosial ønskbarhet». Kanskje har informantene uttrykt seg slik de selv mente var riktigst å svare på intervjuspørsmålene i denne settingen, eller at de svarte det de trodde jeg som forsker «ønsket» at de skulle svare. Til tross for at jeg opplevde tillit mellom informantene og meg, vil

jeg heller ikke kunne vite om informantene «over- eller underrapporterte» fakta om selv. Kanskje kan en slik intervjusetting ha fått informantene til å «overdrive» sine tilstander: for eksempel å forsterke sin manglende selvtillit og mestringstro, utfordringer på hjemmebane, eller mislykkede forsøk. Personlige matvalg, vekt, kropp og ens egen hverdagsmestring, er et så sensitivt personlig anliggende for mange, at det ikke er uvanlig at personer enten holder tilbake informasjon eller forsterker informasjon fordi man akkurat da fikk mulighet til å snakke med noen som viser interesse for deres problemer (Ezzy, 2010).

Et annet metodekritisk aspekt er hvorvidt bare mitt nærvær som kvinnelig forsker og intervjuer kan ha påvirket informantene ulikt (Larsen, Oldeide & Malterud, 1997; Malterud, 2011). Om jeg har fått mer beskrivende svar fra mine kvinnelige informanter enn fra de mannlige vites ei. Hvorvidt kvinnene kan ha følt konteksten som en slags «oss kvinner i mellom» og således gitt meg åpnere og rikere beskrivelser enn mennene, blir kun spekulasjon.

Det ble ikke avsatt tid til å sende det transkriberte materialet tilbake til informantene for korrigering og godkjenning, såkalt «member check» (Malterud, 2011, s. 182). Det var ikke tid til dette, og det er heller ikke alltid hensiktsmessig å gjøre dette på grunn av uheldige disputter som kan oppstå mellom informant og forsker (Goldblatt, Karnieli-Miller & Neumann, 2011; Malterud, 2011).

En styrke ved studien er trolig at jeg gjennomførte individuelle intervjuer fremfor fokusgruppeintervju. Jeg opplevde at samtlige informanter følte seg trygge i denne 1:1-settingen, hvilket kan ha bidratt til åpenhet og rik informasjon om deres livsverden (Malterud, 2011). Både den praktiske rammen rundt intervjuet, småpraten i forkant, samt en «jovial» tone fra meg som forsker, var med på å skape ro rundt situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var også bevisst på å normalisere momenter av deres beskrivelser underveis, slik at de ikke skulle føle seg «alene» om sin beskrevne situasjon. Temaer vedrørende mat og kropp, kan være relativt sensitivt og privat for noen (Ezzy, 2010). Slike ting kan være vanskelig å formidle i fokusgruppeintervjuer.

En annen styrke ved studien var sannsynligvis at jeg gjennomførte en utprøving av intervjuguiden med en medstudent og min veileder i forkant av hovedintervjuene. Sammen vurderte vi enkelte endringer av guiden. Denne praktiske utprøvingen forberedte meg også på selve intervjusituasjonen.

En tredje styrke var at jeg underveis i intervjuet stilte slike bekreftende kontroll spørsmål: «Forsto jeg deg riktig hvis jeg opplevde at du mente...?» Denne dialogiske valideringen hindret også at det ble misforståelser underveis (Malterud, 2011).

Via de første informant-intervjuene fikk jeg større innblikk i hva som ga meg rike beskrivelser og om eventuelle spørsmål burde konkretiseres ytterligere, noe som medførte at jeg gjorde små justeringer i intervjuspørsmål underveis. Dette er for øvrig vanlig ved kvalitative intervjuer, og er beskrevet i Metodekapittelet, s. 30. Jeg anser denne justeringen for en styrke ved min studie, og Malterud (2011) hevder at dette bidrar til naturlig, positiv variasjon ved bruk av personintervju som forskningsmetode (Malterud, 2011).

Avslutningsvis anser jeg min trinnvise analytiske bearbeiding av tale- og tekstmaterialet som en styrke ved studien. I følge Malterud (2011) er denne strategien svært viktig som bidrag til validitet og reliabilitet for denne type studier. Måten jeg arbeidet frem kodene og kategoriene på, at veileder også deltok i utvikling av koder og vurderingen av sitater, samt at jeg anvendte «den hermeneutiske sirkel» (stadig vurdering av deler opp mot helhet – og omvendt) har trolig styrket studiens funn-kvalitet (Kvale, 1996; Laverty, 2003; Leung, 2015).

Jeg gjorde også en rekontekstualisering av både materialet og funnene mine (beskrevet i Metodekapittel s. 45). Dette førte forhåpentligvis til at jeg unngikk å få en annen tolkning av materialet enn hva informantene selv egentlig mente. Selv om jeg riktig nok aldri kan forsikre meg helt for om jeg har formidlet informantenes beskrivelser akkurat slik de ga uttrykk for, har jeg forsøkt å være bevisst på stegene som kunne føre til at min tolkete kunnskap har fotfeste i informantenes virkelighet og livsverden (Malterud, 2011). At jeg i denne prosessen flere ganger drøftet sitater med min veileder, bidrog også til dette (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved å følge dette «analytiske veikartet», fra datainnsamling, via tale- og tekstanalyse, tolkning og funnpresentasjon (Metodekapittel punkt 3.6-4), samt at jeg har forsøkt å beskrive dette detaljert, har hele studien *kommunikativ validitet*, hvilket innebærer at leserne er i stand til å forstå mine tolkninger og slutninger (Malterud, 2011).

5.2 Funndiskusjon

Hovedfunnene i masteroppgaven var:

- Informantene hadde trolig åtte *barrierer* for endring av kosthold og tilhørende vektreduksjon: personlig og mental «bagasje»; å ikke planlegge måltidene sine; at de lot seg friste; utfordrende i sosiale settinger; klarer ikke å forholde seg til den anbefalte maten; å måtte tilberede ulike middager til seg selv og øvrige familiemedlemmer; at de ikke fikk tilstrekkelig individtilpassede råd, og opplevelsen av at vektreduksjon gikk for tregt.
- Over halvparten av informantene opplevde at de hadde intern eller ekstern sosial støtte, eller begge deler.
- Informantenes mestringstro varierte. Tre varianter forekom: «Lav mestringstro», «Noe mestringstro», og «Sterk mestringstro».
- På tross av at informantene mente de hadde god kunnskap om hva et «sunt kosthold» kan bestå av, kunne over halvparten av informantene fortelle at de ofte ble forvirret og/eller påvirket av ulike ernæringsråd fra forskjellige kilder i samfunnet.

5.2.1 Informantenes åtte barrierer for kostholdsendring

Samtlige informanter beskrev barrierer de hadde for å klare å endre kostholdet og å gå ned i vekt. En nylig publisert kvalitativ oversiktsartikkel basert på 26 studier og over 700 deltakere om utfordringer som personer hadde vedrørende vektnedgang, henviser til samtlige av de overnevnte barrierene i min studie (Greaves, Poltawski, Garside & Briscoe, 2017). Jeg vil i det følgende presentere mine åtte funn i nevnte rekkefølge, men vektlegger de ulikt ut fra hva jeg anser som viktigst.

Personlige problemer

Godt over halvparten av informantene beskrev personlige og psykologiske problemer av ulik art og grad som barrierer. For ett par av informantene var det flere år med spiseforstyrrelser som lå til grunn for at kostholdsomlegging hadde vært og fortsatt var vanskelig for dem å få til. For andre var det et problematisk ekteskap, personlig depresjon eller lav trivsel i hverdagen som gjorde motivasjonen deres lav. Uansett, felles for alle disse informantene var at det var vanskelig for dem å holde fokus på, og prioritere kostholdsendring, når slike problemer overskygget dette. Her samsvarer mine funn med funn fra både norske og utenlandske studier

(Berkowitz & Fabricatore, 2011; Borge et al., 2012; Christiansen et al., 2012; deWit et al., 2010; Følling et al., 2015). Den norske kvalitative studien til Følling et al. (2015) utført med 23 deltakere ved to ulike frisklivssentraler, konkluderte med at de som hadde mye personlig og emosjonell «bagasje» gjerne ble værende i gamle kostholdsmessige uvaner, hvilket igjen førte til en ytterligere personlig belastning og manglende motivasjon til endring. Flere studier har vist at angst, depresjon og psykologiske faktorer generelt påvirker vårt måltidsmønster og vår kroppsvekt, og spiseforstyrrelser er i flere anledninger vist å være en barriere for kostholdsendringer (Berkowitz & Fabricatore, 2011; Borge et al., 2012; deWit et al., 2010; Greaves et al., 2017).

Manglende måltidsplanlegging

Som nevnt i funnkapitlet, fortalte halvparten av mine informanter at de fort falt ut av sine (nye) gode vaner hvis de ikke nøye planla måltidene sine. Når sulten kom falt valget på noe raskt og enkelt, fordi de ikke hadde noe bedre for hånden. Hvis dette stadig skjer, kan det være vanskelig å innføre nye og sunnere endringer, og igjen hindre progresjon i vektnedgangen, noe som også flere nevnte som en barriere. Greaves et al. (2017) viste at nettopp planlegging av måltidene var viktig for å ikke falle ut av rutinen(e). En annen kvalitativ studie basert på fokusgrupper med 23 kvinner konkluderte med det samme (Metzgar, Preston, Miller, & Nickols-Richardson, 2015). Deltakerne i denne studien opplevde det som vanskelig å få til kostendringene i hverdagen hvis de ikke planla fremover, spesielt i situasjoner utenfor hjemmet. I følge McKee, Ntoumanis, & Smith, (2013) hadde heller ikke personer som mislyktes i å beholde den reduserte vekten sin noen form for måltidsplanlegging.

Min undersøkelse hadde ikke som formål å stille oppfølgingsspørsmål om *hvorfor* informanter ikke planla måltidene, men på *hva* som gjorde at de ikke klarte å holde på de positive endringene sine over tid. Informantene uttrykte dog ulike nyanser av dette. Enkelte nevnte at de «bare ikke prioriterte å planlegge», eller at «de glemte det», skjønt de egentlig hadde god anledning til å planlegge. Andre beskrev dette som «tidsklemma», at de hadde en over middels hektisk hverdag med mange gjøremål, og at *fordi de da ikke planla* påvirket «hverdagsstresset» dem til å ta lettvinte mat- og måltidsløsninger. Mauro et. al (2008) fant liknende funn da de så at en ofte nevnt barrierene blant overvektige var mangel på tid til blant annet å kunne planlegge sunne måltider. Det er med andre ord mulig å anta at «avstressende» måltidsplanlegging kan bidra til systematisk innkjøp og forbruk av sunne matvarer.

På den annen side kan begrenset måltidsplanlegging være et uttrykk for manglende

motivasjon, inspirasjon eller kunnskap om *hvordan* man tilbereder sunne måltider. Dette temaet ble imidlertid ikke berørt i intervjuene.

Fristelser

Én informant nevnte at «manglende impulskontroll» ofte kunne føre til usunne valg han egentlig ikke ønsket å ta. Både i oversiktsartikkelen til Stubbs & Lavin, (2013) og i en kvalitativ studie av Stuckey et al. (2011), hvor suksessfaktorene hos personer som har lykkes med vektnedgang og vektvedlikehold var studert, fant de at nettopp «manglende impulskontroll» kunne være en barriere. Noen av mine informanter mente at den nærmest konstante tilgjengeligheten til søte snacks også gjorde kostholdsendringene utfordrende. Å fortsatt ha noe søtt i huset, spesielt mat de var vant med å kose seg med, eller hvis de ble tilbudt noe andre steder enn hjemme, gjorde at de stadig fikk tilbakefall (engelsk; «relapse»). De klarte simpelthen ikke å motstå fristelsene. Dette oppgavefunnet er forenelige med andre kvalitative studier (Engström, Abildsnes, & Mildestvedt, 2016; Greaves et al., 2017; Rogerson, Soltani, & Copeland, 2016; Stuckey et al., 2011), samt en kvantitativ studie av Fabbricatore, Imperatori, Contardi, Tamburello, & Innamorati, (2013). Et opplevd «sug» etter noe søtt (engelsk; «food craving») fungerer ofte som en barriere for vektnedgang og vedlikehold. Overvektige opplever mer «food craving» enn normalvektige (Fabbricatore et al., 2013; von Deneen & Liu, 2011). Enkelte av mine informanter syntes å la seg friste litt, mens andre erfarte det som et mer alvorlig problem og at søtsaker var «umulig» å motstå. Forskning viser at mange mennesker har en tendens til å benytte mat eller spesielle matvarer for å regulere sine følelser, for eksempel ved opplevelse av stress eller depresjon, sistnevnte gjerne omtalt som «trøstespising» (Annesi & Mareno, 2015; Borge et al., 2012; Burmeister, Hinman, Koball, Hoffmann & Carels, 2013; Chang, Nitzke, Guilford, Adair & Hazard, 2008; Geliebter & Aversa, 2003; Greaves et al., 2017; Macht, 2008). Dette kan muligens gjelde for mine informanter som fortalte om vanskelige familiesituasjoner, egen depresjon, og tidligere spiseforstyrrelser. Burg og Seeman (1994) skriver i sin oversiktsartikkel at vanskelige familiesituasjoner hvor emosjonelt stress er en del av hverdagen, kan gi negativ helseatferd hos de involverte. Mer spesifikt støttes dette av en engelsk litteraturstudie som så at familierelaterte problemer hindret mange personer i å opprettholde sine nyervervete, sunne kostholdsvaner (Gupta, 2014).

Det er også vist at personer i nær relasjon til klienter som prøver kostholdsendring for vektreduksjon «utsetter» vedkommende for slike fristelser til tross for at de vet om vedkommendes mål om vektreduksjon (Hammarström, Wiklund, Lindahl, Larsson & Ahlgren,

2014; Rogerson, Soltani & Copeland, 2016). Dette kan trolig anses å være det motsatte av sosial støtte.

Hvorvidt styrken på ens *indre motivasjon* er avgjørende for om man kan takle mat-fristelser, er også studert (Kozica et al., 2015; McKee, Ntoumanis & Smith, 2013; Stuckey et al., 2011; Teixeira, Silva, Mata, Palmeira & Markland, 2012; G. C. Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996). Den norske studien til Samdal, Eide, Barth, Williams, & Meland, (2017) viste således at deltakerne som hadde hovedfokus på motivasjon for måloppnåelse, lyktes godt med å endre sitt kosthold og å gå ned i vekt. I motsatt fall, kan mangel på motivasjon være en barriere (Sabinsky, Toft, Raben, & Holm, 2007). Dessuten ser det ut til at man må være villig til å ofre noe om man vil lykkes med vektreduksjon (Abolhassani et al., 2012; Lang & Froelicher, 2006).

Utfordrende sosiale settinger

Opplevelse av tilbakefall under jobbreiser, i arbeidssituasjoner, ferier eller høytider som julen, ble nevnt av litt under halvparten av informantene. Spesielt var det vanskelig å finne tilbake til de nye rutinene etter slike avbrekk. Dette funnet samsvarer med andre internasjonale studier (Elfhag & Rössner, 2005; Følling et al., 2015; Kozica et al., 2015; Sciamanna et al., 2011; Thomas, Hyde, Karunaratne, Kausman, & Komesaroff, 2008). Lange arbeidsdager eller jobbreiser kan også være utfordrende (Rogerson et al., 2016). Dersom en persons «oppfattede atferdskontroll» (engelsk; perceived behavioral control) er lav, kan det skape vanskeligheter med å opprettholde en atferd, til tross for at intensjonen om utføre den kan være sterk (Ajzen, 1991; Didarloo et al., 2011; Palmeira et al., 2007).

Noen av mine informanter hadde opplevd at sosiale settinger skapte så hyppige brudd i de nye, sunne kostholdsrutinene, at det «ikke var noen vits» å fortsette denne rutinen. Dette kan støttes av studien til Stubbs og Lavin (2013) som antydet at de som lykkes i å beholde sin vekt etter reduksjon, gjerne var årvåkne overfor tilfeller som kan utfordre den nye sunne rutinen. Dette støttes imidlertid ikke av Følling et al., (2015), hvor deres deltakere mente at avbrudd fra en nylig forandret god vane ikke nødvendigvis innebar at hele det nye mønsteret ble ødelagt (engelsk; total relapse).

Hos mennesker som går gjennom en endringsfase, og kanskje spesielt hos de som har slitt med overvekt i lengre tid, er det forståelig at slike overnevnte settinger kan påvirke dem. Studier har da også vist at de som har brukt lang tid på å innføre mer stabile kostvaner, i stor grad taklet slike mat-utfordringer i sosiale settinger (Greaves et al., 2017).

Klarer ikke å forholde seg til den anbefalte maten

Selv om mange oppga utenforstående elementer som innvirkende på deres evne til endring, er det interessant at omtrent halvparten av informantene opplevde at kostholdsendringer i seg selv kunne være en barriere. Dette gjaldt hovedsakelig de informantene som hadde forsøkt flere ulike dietter og spesielle «slankekurer» (engelsk; «fad diets»[9]), for eksempel «pulverkurer», måltidserstattere, «suppekurer», «renselseskurer», etc. Det samme gjaldt enkelte kostråd de hadde fått fra sin kostveileder. Spesielt nevnte mange at telling av kalorier og veiing av mat var problematisk å få til i hverdagen. De prøvde gjerne slik mat i en periode, men falt så tilbake til gamle vaner igjen. Denne barrieren er vist i flere studier med samme tematikk (Befort, Thomas, Daley, Rhode & Ahluwalia, 2008; Hindle & Carpenter, 2011; Leske, Strodl & Hou, 2012; Mann et al., 2007; Thomas, Hyde, Karunaratne, Kausman & Komesaroff, 2008).

I en kvalitativ intervjustudie kartla Thomas et al., (2008) 76 informanters erfaringer med ulike kommersielle dietter. De så nærmere på hvordan og hvorfor deltakerne benyttet seg av diettene, om de fungerte for dem, samt om slik «slanking» hadde effekt på deres psykiske helse og velvære. Som min studie også fant, hadde informantene deres også prøvd svært mange ulike «fad diets». De mislyktes imidlertid hver gang med å følge «kuren». I likhet med beskrivelsene gitt av mine informanter, opplevde disse deltakerne at slike dietter var «urealistiske» og «uholdbare». Både Thomas et al., (2008), Leske et al., (2012) og Coelho et al., (2006) hevder at strenge matrestriksjoner kan ha negative psykologiske og atferdsmessige konsekvenser. Dette støttes av Hindle & Carpenter, (2011) som viste at de som ønsket vektreduksjon, ønsket kostholdsendringer de kunne «leve med» fremfor kortsiktige «slankekurer».

Flere av mine informanter opplevde at deres kostveiledere eller kursholdere kom med råd som de opplevde som «lite gjennomførbare» for dem personlig. Å telle kalorier, sjekke karbohydratinnhold og veie mat kan være tidkrevende og nedstemmende. Det er også vist av Leske et al. (2012) og Thomas et al. (2008). En av mine informanter sa at det å beregne karbohydratmengden i kosten ikke hjalp henne særlig med å få til kostholdsendringer i praksis. Thomas et al. (2008) hevder at mange overvektige får instruksjoner om næringsstoffberegninger fra ernæringsveiledere, men at få gir veiledning om hva som konkret er et sunt, helhetlig kosthold, eller om hvordan få dette til i praksis. Studier har vist at overdrevent fokus på mat, dietter og vekt kan være en medvirkende faktor til spiseforstyrrelser (Neumark-Sztainer et al., 2006).

[9] En restriktiv diett som gjerne får midlertidig popularitet

Tilberede ulike middager

De fleste av mine informanter ønsket seg ett felles kosthold for *hele* familien. Mange anså det som krevende å måtte lage ulike middager til seg selv og resten av familien. De fleste informantene hadde opplevd at partneren ikke ønsket å spise det samme som dem, og én informant nevnte at barna heller ikke likte denne «spesialmaten». Denne misnøyen førte ofte til at det ble tatt mer lettvinte og usunne middagsvalg, slik at «alle ble fornøyde». Dette gjorde endringsprosessen for noen informanter vanskelig å få til. Dette støttes av en svensk intervjustudie av 12 kvinner om hvilke faktorer de mente hindret eller tilrettela for deres vektnedgang (Hammarström et al., 2014). En annen studie har vist at i familier hvor menn var diagnostisert med diabetes type 2, der endret hele familien sitt kosthold, mens i familier hvor kvinnene hadde samme diagnose, ønsket resten av familien å fortsette sine opprinnelige matvaner (Hepworth, 1999). Lignende funn har også Carrigan, Szmigin og Leek (2006). Hammarström et al., (2012) antyder at mange kvinners mulige underordnede posisjon i parforholdet kan anses som en barriere for enkelte kvinners ønske om vektnedgang basert på kostholdsendring i familien.

Spesielle, restriktive og individuelt tilpassete dietter vil også kunne være med på å skape splittelse innad i familien og en følelse av være «utenfor» (Sabinsky, Toft, Raben & Holm, 2007; Thomas et al., 2008).

Ikke tilstrekkelig individtilpassede råd

Alle mine informanter hadde mottatt individuell kostveiledning. I tillegg hadde også noen deltatt i gruppebaserte kurs. De som hadde tatt gruppebaserte kurs hadde erfart at kostrådene de fikk var for generelle og ikke individuelt tilpasset dem selv. Disse informantene mestret ikke å gjennomføre kostholdsendringer. Selv om studien til Paul-Ebhohimhen (2009) viser at gruppebaserte kostholdsendringskurs kan virke positivt motiverende fordi kursdeltakerne omgås andre mennesker i samme situasjon, opplevde mine informanter imidlertid at de ikke oppnådde tilstrekkelige endringer etter å ha deltatt på slike kurs. De oppsøkte derfor gjerne etablissementer som gav individuell kostveiledning. Også andre funn antyder at det trolig er størst fordel å få individrettet kostveiledning (Mauro et al., 2008). Når man vet at en stor andel av overvektige kan ha psykologisk pregete livsutfordringer som påvirker deres spisevaner (Følling et al., 2015), vil muligens ikke et gruppebasert kurs klare å fange opp slike mulige barrierer for kostholdsendring.

Vektreduksjonen skjer for tregt

Nesten halvparten av mine informanter hadde ikke opplevd særlig rask vektreduksjon som resultat av sine kostholdsendringsforsøk. Informanter hevdet at de hadde prøvd å innføre nye kostrutiner, men at de ikke opplevde den vektnedgangen de hadde sett for seg. De mistet dermed motet og gikk tilbake til sine «gamle matvaner». Denne barrieren er ikke av fysisk art, heller av kognitiv; at det kan dreie seg om informanters begrensete fysiologiske kunnskap, selvinnsikt og evne til å både tenke skrittvis og langsiktig. Informantene i den norske studien til Følling et al., (2015) beskrev også at når informantene ikke merket synlig vektreduksjon, selv etter kort tid, mistet de motivasjonen til å fortsette. Dette bekreftes også i funn fra lignede studier hos Kozika et al., (2015), Thomas et al., (2008) og Chang et al., (2008).

Et meta-perspektiv på de åtte overnevnte barrierene

Dersom barrierene blir uoverkommelige, og personer opplever ulemper ved endringene, vil man trolig ikke klare å opprettholde endringsprosessen, og heller ikke nå sitt mål (Rosenstock et al., 1988). «Størrelsene» på barrierene for personer som forsøker å gå ned i vekt, er sannsynligvis ulike. Noen vil trolig virke variabelt utfordrende å prøve å overvinne. Som nevnt i teorikapitlet, skiller Ziebland et al., (1998) mellom *ytre* og *indre* barrierer. De viser til at ytre barrierer som tid, økonomi og avstand, kan ha mindre betydning ved atferdsendring enn de indre barrierene. De ytre barrierene er «justerbare» og kan hanskes med på en enklere måte enn de indre, mentalt pregete barrierene (som fristelser, motivasjon, depresjon, personlige problemer). I min studie ble det ikke gjort et analytisk skille mellom ytre og indre barrierer, men jeg våger å påstå at de fleste av mine informanter syntes å ha flere indre barrierer enn ytre. Det er også vist i flere tilsvarende forskningsstudier at indre barrierer for endring kan være de vanskeligste å overstige (Christiansen et al., 2012; Følling et al., 2015; Greaves et al., 2017).

5.2.2 Informantenes opplevelse av sosial støtte

Under analysen av materialet fremkom det i min tolkning to kategorier: «Opplevelse av å ha sosial støtte» og underforstått; fra hvem, og «Opplevelse av å ha lite intern sosial støtte». Majoriteten av informantene mente å ha sosial støtte, enten intern eller ekstern, eller begge deler. Den kvantitative studien til Kiernan et al., (2012) viste derimot at *mangel* på sosial støtte var utbredt blant kvinner med både overvekt og fedme, hvor flest (75%) faktisk sjelden eller aldri hadde opplevd å motta støtte, verken fra familiemedlemmer (intern) eller venner (ekstern). Dog, så vidt meg bekjent, er det relativt få studier som har kartlagt om personer i min målgruppe har opplevd å ha sosial støtte. Jeg har ikke lyktes å finne slike. Svært mange studier har derimot studert påvirkende faktorer for nedgang i og vedlikehold av vekt, hvor sosial støtte ofte er ansett som å være en betydningsfull, relevant faktor (Lemstra, Bird, Nwankwo, Rogers & Moraros, 2016; Verheijden et al., 2005). Det er således i stor grad både målt og beskrevet *betydningen av* sosial støtte. Disse studiene viser til positive funn, samt til hvilken betydning ulike støttegivere har på nevnte målgruppe (Elfhag & Rössner, 2005; Rogerson et al., 2016; Verheijden et al., 2005).

Selv om ikke formålet med min masterstudie primært var å kartlegge hva informantene *følte om* den eksisterende støtten, frembringer sitatene betydningen av henholdsvis tilstedeværelse og fravær av sosiale støtte. Flere av informantene ga uttrykk for å verdsette den sosiale støtten de mottok i endringsfasen, mens andre gjerne skulle ønske at de hadde slik støtte. Det de syntes var støttende var det å være to om å fokusere på et sunt kosthold, å motta oppmuntringer og ros fra en i nær relasjon, eller få oppfølging fra kostveileder. Dette var ikke overraskende funn, da sosialt nettverk og sosial støtte i flere studier er vist å være et viktig hjelpemiddel til å oppnå vektnedgang og vedlikeholde vekten (Wolfe, 2004). Sosial støtte bidrar også til å gjøre det mindre utfordrende å foreta sunne matvalg, beholde et regelmessig måltidsmønster og å unngå overspising (Elfhag & Rössner, 2005; Mellin et al., 2002; M. L. Wang, Pbert & Lemon, 2014). Sosial støtte er for øvrig viktig for å klare å opprettholde et godt følelsesliv og god mental helse, samt å forebygge emosjonelt stress, depresjon og angst (Cobb, 1976; Reblin & Uchino, 2008; Thoits, 2011; X. Wang, 2014; X. Wang, Cai, Qian & Peng, 2014). Fravær av sosial støtte, som gjaldt enkelte av mine informanter, blir gjerne ansett som en barriere for å lykkes med vektnedgang (Abolhassani et al., 2012).

Flere studier viser at *ekstern* støtte fra helsepersonell kan spille en viktig rolle i personers evne til å redusere vekten og vedlikeholde den (Elfhag & Rössner, 2005; Lemstra et al., 2016; Perri et al., 1993; WHO, 1998). Studiene baserer dette på at personer som jevnlig mottar

oppfølging av kostholdsveileder, ofte øker sin motivasjon i prosessen. Mine informanter som manglet sosial støtte derimot, kom med beskrivelser som antydet at dette dreide seg om den *interne*. En studie hevder at intern støtte trolig spiller en viktigere rolle enn den eksterne når det gjelder strategier for vektnedgang (Verheijden et al., 2005). Forfatterne hevder at dette kan skyldes det ikke-personlige forholdet som vanligvis etableres mellom pasient og eksternt helsepersonell. Begrepet sosial støtte gjenspeiler i hovedsak vektlegging på respekt, ivaretakelse og verdsetting av noen i sitt sosiale nettverk (Cobb, 1976; Demaray et al., 2005). Studier om endring av helseatferd viser således at effekter av sosial støtte avhenger av hvem man får denne støtten fra (Agneessens, Waege & Lievens, 2006). Et argument for at *intern* støtte kan ha best effekt, kan være at man gjerne mottar slik støtte over lang tid, mens helsearbeidere gjerne bare er tilgjengelig i kortere perioder(McLeroy, Gottlieb & Heaney, 2001). Det er også antydet at helsearbeidere muligens i større grad bidrar med *informativ* støtte, mens familie gjerne bidrar med *emosjonell* støtte (Blanchard, Albrecht, Ruckdeschel, Grant & Hemmick, 1995). I lys av dette, var det interessant at en av mine informanter opplevde at den mottatte eksterne støtten hovedsakelig var informativ. På den annen side, Tardy (1985) hevdet at det nettopp er de varierte operative definisjonene av sosial støtte som kan forklare de ulike betydningene av den, og at det derfor kan være vanskelig å sammenlikne studier på dette området. Én av mine informanter opplevde sosial støtte fra hennes mann (intern støtte), men den var tydeligvis ikke tilstrekkelig til at hun greide å få til endringer. Hennes kostveileder gav også støtte (ekstern). Det var først da hun hadde fått *indre motivasjon* til å foreta endringene, at hun lyktes med dem. Denne motivasjonen kom som følge av både intern og ekstern støtte overfor henne. Sterk indre motivasjon, også omtalt som *autonom* motivasjon, er vist å kunne bidra positivt til endringsprosesser, som for eksempel vektnedgang og vedlikehold av den nye, reduserte vekten (G. C. Williams et al., 1996). Det påståes at det derfor kan være viktig å kartlegge personers motivasjon *før* man setter i gang endringsprosesser (Lang & Froelicher, 2006).

To mannlige informanter oppgav at deres sosiale støtte kom kun fra veileder og helsepersonell (ekstern), og den tredje mannlige informanten i utvalget presiserte at han opplevde lite intern sosial støtte. Det finnes studier som har sett nærmere på kjønnsforskjell i sosial støtte, og de viser at kvinner har større og mer nære sosiale nettverk enn menn, de er også mer emosjonelt knyttet til sitt nettverk (Antonucci & Akiyama, 1987; Berkowitz & Fabricatore, 2011; Kenneth S. Kendler, John Myers & Carol A. Prescott, 2005; WHO, 2017a). Andre studier viser imidlertid det motsatte, at menn i enkelte sammenhenger opplever sosial støtte i større

grad enn kvinner (Soman, Bhat, Latha & Praharaj, 2016). Hvorvidt menn kanskje ikke har samme behov som kvinner for sosial støtte i endringsprosesser som innebærer vektreduksjon, blir kun spekulasjon.

Uansett, det kan se ut som om *kvaliteten* på støtten er av større betydning for personers velbefinnende enn størrelsen på det sosiale nettverket (Antonucci & Akiyama, 1987; Verheijden et al., 2005). Uansett, mine informanter la vekt på at den sosiale støtten de mottok gjorde at de følte det var lettere å mestre utfordringene de sto overfor.

Selv om jeg i denne masterstudien ikke har prøvd å antyde mulige sammenhenger mellom de fire ulike temaene jeg har undersøkt (da dette er en kvalitativ studie, ikke en kvantitativ), så fant jeg det interessant at det under det analytiske arbeidet viste seg at de samme informantene som opplevde å ha sosial støtte - enten intern eller ekstern, eller begge deler – var de samme som rapporterte å ha «sterk mestringstro». De informantene som meddelte at de opplevde å ha lite intern sosial støtte, utrykte også begrenset mestringstro (self-efficacy).

5.2.3 Informantenes uttrykte mestringstro (self efficacy)

I mine tolkninger av intervjuene, utviklet det seg tre varianter mestringstro blant informantene; «Lav mestringstro», «Noe mestringstro», og «Sterk mestringstro». Jeg vil understreke at jeg *ikke* har «målt» informantenes oppfattede mestringstro, slik som for eksempel Flolø et al., (2014) i deres spørreundersøkelse.

Majoriteten av mine informanter var tydelige i sine uttalelser og sin tro på at endringene var overkommelige å utføre, og at de hadde stor tro på å lykkes med dem. De ga således uttrykk for det Bandura (1998) i sin *sosial-kognitive teori* hevder; at sterk mestringstro kan føre til at man viser stor vilje til å endre en uheldig helseatferd, og at man investerer mer i å utføre og fullføre en oppgave man står overfor. Informantene mine fortalte at de var «helt sikre på» at de skal klare det, de skulle «aldri gi seg» og de kom «aldri til å skli tilbake».

Imidlertid hadde jeg forventning om at flere informanter skulle fortelle at de *ikke* eller i *liten* grad opplevde å ha mestringstro, siden man vet at overvektige gjerne har mange mislykkede vektnedgangsforsøk bak seg. Gjentagende nederlag kan ofte gi manglende mestringsfølelse og være demotiverende for å forsøke på nytt (Bandura, 1977; Borge et al., 2012; Fagermoen et al., 2014). Det er derimot verdt å påpeke at noen informanter hevdet at de *tidligere* ikke hadde hatt mestringstro, men når de nå følte at de begynte å lykkes i endringsprosessen, så steg denne troen. Disse uttalelsene stemmer godt overens med en av de vesentlige proksimale kildene til Banduras (1977) utviklede teori mestringstro, nemlig

mestringserfaring. Ved å *erfare* å lykkes så overvinnes barrierer, noe som gjerne blir ansett som den viktigste faktoren for å *bygge opp* mestringstro (Bandura, 1977; Bas & Donmez, 2009; McAuley & Blissmer, 2000). Noen av informantene la vekt på at kostholdsendringene var mye lettere å få til «nå» enn tidligere.

Informantene med sterk mestringstro virket også positive og relativt løsningsorienterte. De kom med eksempler på tiltak som kunne hjelpe dem til å opprettholde kostholdsendringene, mao.; de hadde mestringstro. Sterk mestringstro bidrar sannsynligvis til å finne løsninger (engelsk; «facilitators»), mens ved lav mestringstro fokusere man sterkest på uoverstigeligheten i barrierene (Bandura, 1989).

Til sammenlikning med mine funn, viste Fagermoen et al., (2014) at deres deltakeres mestringstro steg både underveis og etter intervensjonen. En kvalitativ intervjustudie av 11 informanter om faktorer som enten hindret eller tilrettela for vektnedgang, vise at selv den minste oppnådde vektnedgang bidro til at deltakerne ønsket å fortsette vektnedgangsprosessen (Abolhassani et al., 2012). I en kvantitativ studie så man at respondentenes mestringstro økte gjennom hele studieperioden, samt at den var signifikant og positivt assosiert (korrelert) med vektnedgang (Warziski et al., 2008).

De informantene jeg tolket som om de hadde «lav» eller «noe» mestringstro, hadde gjerne mislyktes i sin vektnedgang så mange ganger, at de nærmest hadde mistet troen på at de noen gang kom til å lykkes. De hadde mao. *lav* mestringserfaring (Bandura, 1977). De ga også uttrykk for at «det nyttet bare ikke» - uansett hva de gjorde for å prøve. En slik motløshet etter stadig å ha mislyktes, vil kunne påvirke ens *emosjonelle* tilstand og projiseres over på andre sammenhenger i livet (Bandura, 1977).

Én informant mente å ha «lav mestringstro» på å klare vektnedgang, mens vedkommende trolig hadde «sterk mestringstro» når gjaldt å holde fast ved de foreslåtte kostholdsendringene. Hva som kan forklare en slik ambivalens, har jeg ingen klar formening om. Muligens har denne informanten erkjent (i lys av tidligere erfaringer) at det kun er mulig å makte én ting av gangen i en omfattende endringsprosess.

5.2.4 Informantenes nutrition literacy

Ut fra min tolkning av informantenes svar på intervjuguidespørsmålene som reflekterte det teoretiske rammeverket for nutritition literacy, fremkom det følgende: det var viktig for informantene at kostveileder forklarte kunnskapssammenhenger mellom deres matvalg, inntak og tilhørende fysiologiske reaksjoner, slik at de forsto bakgrunnen for kostholdsendringen de skulle gjøre; de aller fleste informantene mente å inneha tilstrekkelig kunnskap om hva et sunt kosthold består av; flere fortalte at de ulike kost- og ernæringsrådene som «florerer» i dagens samfunn fra forskjellige kilder ofte førte til at de ble usikre på hva som egentlig var «rett».

Alle med unntak av én informant ga inntrykk av at de opplevde det som både lettere og mer motiverende og gjennomføre kostholdsendringene som de ble rådet til, dersom deres kostveileder forklarte dem den *fysiologiske og ernæringsfaglige bakgrunnen* for hvorfor de burde gjøre slik eller sånn. Dette tilsvarer ett aspekt ved dimensjonen funksjonell nutrition literacy (FNL) (Pettersen, 2009). For én informant skapte denne kunnskapen omtrent en euforisk opplevelse; vedkommende forklarte at det hadde nærmest gitt henne et nytt liv da hun endelig forsto hva hun gjorde galt, og hvorfor riktig kosthold var fysiologisk viktig for hennes vekt og helse. Rogerson et al., (2016) med sin kvalitative undersøkelse støtter mitt funn. Åtte av deres deltakere opplyste at økt kunnskap om mat og ernæring hadde vært positivt for dem for å klare å gå ned i vekt og vedlikeholde den reduserte vekten. Deltakerne økte sitt kunnskapsnivå både ved å lytte til helsepersonell og ved egen lesning, og begge aktivitetene ble ansett som nøkkelfaktorer for å kunne oppnå vektnedgang. Også Kozika et al. (2015) sin studie ligner mine funn. Forbedret kropps- og ernæringskunnskap blant deltakerne som forsøkte å gå ned i vekt, var viktige forutsetninger i vektnedgangsprosessen. Videre viste studien til Klohe-Lehman et al., (2006) at ved å øke det ernæringsmessige kunnskapsnivået hos overvektige kvinner med lav sosioøkonomisk status, så økte suksessraten for vektreduksjon hos disse kvinnene. Økning av kunnskapsnivået om ernæring og fysiologi (økt FNL) virker derfor å kunne ha positiv effekt hos personer som ønsker kostholdsendring for vektreduksjon.

Det var således ikke overraskende at samtlige informanter hevdet at deres kunnskapsgrunnlag om *hva* som var sunne kostholdvalg, var tilstrekkelig godt. Dette reflekterer ett annet aspekt ved dimensjonen FNL i henhold til teori (Pettersen, 2009; Pettersen et al., 2015; Silk et al., 2008). Samtlige av disse informantene derimot, opplevde det som frustrerende at denne kunnskapen *ikke* førte til at de i praksis også tok det de anså som de «rette» valgene. Disse funnene, gjerne omtalt som «gapet mellom kunnskap og handling», er godt forenelige med en dansk kvalitativ studie og andre tilsvarende norske studier om samme tema som

masteroppgaven (Borge et al., 2012; Christiansen et al., 2012; Følling et al., 2015; Overgaard, 2002). Connerton (2010) hevder at kraften våre tilegnede vaner har, rår over vår vilje. Han hevder at ettersom en vane er noe latent som vekkes av stimuli, vil vanen kunne medføre en sterk impuls til å handle eller reagere på en bestemt måte. Dette kan gjøre kostholdsendringer svært vanskelig, siden impulsen kan være så sterk at den gjerne overskrider og går på tvers av hvordan man egentlig ønsker å handle i den aktuelle situasjonen (Connerton, 2010).

Informantene ga uttrykk for at de opplevde å kunne innhente ernæringsinformasjon og relativt lett kommunisere om dette med sin kostveileder (reflekterer interaktiv nutrition literacy; INL, Pettersen, 2009). Likevel fortalte flere at de hadde prøvd utallige dietter og moderne «slankekurer» som de hadde lest om i ukeblader og aviser.

Over halvparten av informantene fortalte at de lett ble forvirret og/eller lett lot seg påvirke av ulike ernæringsråd fra forskjellige kilder i samfunnet. Det antyder at noen av mine informanter kan ha lav kritisk nutrition literacy (KNL) (Pettersen, 2009). Studien til Finbråten & Pettersen (2009) rapporterte at mange av deres undersøkte diabetessykepleiere mente at deres diabetespasienter lett lot seg påvirke av kostholdanbefalinger i massemedia (de kan ha lav KNL). En tilsvarende studie av Thomas et al., (2008) viste at studiedeltakerne hadde vanskeligheter med å vite hvilke kostråd fra de mange samfunnsaktørene som var de helsemessig «riktigste». Zoellner et al. (2009) har vist at personers grad av nutrition literacy har implikasjoner for *hvordan* de søker etter ernæringsinformasjon (INL), og for *hva* slags informasjon de stoler på (KNL).

Kun én av mine informanter gav indikasjoner under samtalen på at vedkommende kunne ha høy KNL. Informanten foretrakk å lese både kostholds- og ernæringsinformasjon og annen helseinformasjon som hadde et vitenskapelig grunnlagsmateriale. Dette ble utført jevnlig, hovedsakelig for å skille mellom «useriøs» og «seriøs» informasjon (Pettersen, 2009). Det er imidlertid forskjell mellom å foretrekke å lese denne typen informasjon, og det å kunne kritisk evaluere den. Hvorvidt vedkommende informant faktisk har slike evner, vites ei. Det finnes svært mange helsepåstander[10], og mye pseudovitenskapelig[11] informasjon om kosthold og helse i vårt samfunn, samt at remediene som tilbys har en tendens til å «garantere» positive og nærmest «mirakuløse» effekter (Giuffre, 1997; Pettersen, 2009). Det har også vært påstått at

[10] Påstander som ikke er underbygget av vitenskapelig dokumentasjon (Pettersen, 2009).

[11] Maskert vitenskap eller liksomvitenskap; fundamentet for påstanden virker å være medisinsk teoretisk og vitenskapelig basert, men motsatte er tilfellet. Eks. Et produkt fremstår som vitenskapelig testet, men dette er ikke tilfelle (Pettersen, 2009).

personer med lav nutrition literacy kan bli et «lett bytte» for høyst useriøs kostholds- og ernæringsinformasjon (Pettersen, 2009). Enkelte av mine informanter nevnte at deres ønske om å «få det til» var så inderlig sterkt, at til tross for at de skjønte at mange effektpåstander var høyst tvilsomme, så var de villige til å forsøke slike remedier eller «slankekurer» likevel.

Enkelte deltakere fortalte at de særlig ble påvirket av ulike råd i perioder hvor de forsøkte å tilegne seg kostholdsendringer på egen hånd, uten å være i dialog med kostveileder eller helsepersonell. Derimot, hvis de mottok råd fra sin kostholdsveileder, som de følte tillit til, lot de seg ikke i like stor grad påvirke av de ulike rådene som kom fra andre hold. Ett poeng her er, at de *lar seg* påvirke, men av den personen de anser for å kunne betydelig mer om emnet enn dem selv. Man vet videre at lav nutrition literacy er assosiert med dårligere helse, et usunt kosthold, overvekt og større vanskeligheter med vektnedgang (Diamond, 2007; Klohe-Lehman et al., 2006; Zoellner et al., 2009).

5.2.5 Studiens reliabilitet og validitet

Innenfor kvalitativ metode blir ofte begrepet reliabilitet og validitet erstattet med «troverdighet». På engelsk omtales dette gjerne av Lincoln & Guba (1985) som «credibility», eller av Elliot, Fischer og Rennie (1999) som «trustworthiness». Elliot et al. (1999) viser for eksempel til at troverdigheten av dataene (eks. forklare sammenhengen mellom tolkning og data, eksemplifisere tolkningene med sitater, etc.) vil tilsvare *reliabilitet*, mens troverdigheten til tolkningen av dataene fra forskeren vil tilsvare en studies *validitet.* I tråd med hva Carcary (2009) og Grossoehme, (2014) hevder, er selve essensen av *reliabiliteten* i min studie knyttet til min forsknings *konsistens*. Jeg har derfor vært særlig bevisst på å ha en rød tråd i dette prosjektet, og jeg hevder å ha lyktes med å skape en god forbindelse mellom problemstilling, teori, metode og til sist mine funn. For å ha et godt utgangspunkt for en slik konsistens så bestemte jeg, som Malterud (2011) anbefaler, metoden ut fra problemstillingen, og ikke omvendt.

Videre vil mine lydopptak og tilhørende verbatime transkriberinger styrke reliabiliteten (Lincoln & Guba, 1985). Ettersom jeg også diskuterte materialet med min veileder, og at han deltok i utarbeidelsen av koder og kategorier, samt at jeg rekontekstualiserte både meningsbærende enheter og til slutt funnene mine, har jeg også i større grad sikret meg mot feiltolkning (Malterud, 2011). Med understående litteratursitat vil jeg likevel påpeke at til tross for at jeg har strebet etter høy reliabilitet i denne masteroppgaven, vil det ikke være realistisk å

kunne forvente at andre skal kunne tolke og få eksakt de samme funn som jeg (LeCompte & Goetz, 1982; Malterud, 2011):

«Because unique situations cannot be reconstructed precisely, even the most exact replication of research methods may fail to produce identical results» (LeCompte & Goetz, 1982, s.35)

Videre var det viktig av meg som forsker å sørge for at mine funn i størst mulig grad skulle være gyldige for det utvalget og det fenomenet jeg har undersøkt, noe som reflekterer studiens *interne* validitet (Malterud, 2011). Kvale (Kvale, 1989, 1996) mener at det å validere en kvalitativ studie er å stille spørsmål om den frembrakte kunnskapen har gyldighet. Jeg har blant annet hatt fokus på å besvare – men samtidig begrense – hva mine funn kan gi gyldig kunnskap om, og ikke minst; under hvilke betingelser (kontekster). Først og fremst mener jeg at metoden jeg benyttet meg av har vært relevant for å fremskaffe den kunnskapen som belyser oppgavens problemstilling (Malterud, 2011). Jeg mener også at utvalget mitt er relevant. Jeg har imidlertid drøftet enkelte aspekter ved mitt utvalg tidligere (se Metodediskusjon), og da bemerket jeg hva som kunne være svakheter med dette. Utvalgssvakheter, som for eksempel en studies representativitet, vil kunne true en dens *eksterne* validitet (Malterud, 2011). Jeg vil likevel påstå, at ettersom denne studiens funn er basert på personlige historier og erfaringer til nettopp mennesker som befinner seg i en situasjon hvor de forsøker å endre kosthold og prøver å lykkes med vektnedgang, vil disse funnene, på den ene siden, representere en sannhet for *dem*. På den annen side, kan deres erfaringer ha overføringsverdi til andre som er i samme situasjon.

Mitt empiriske materiale har fyldige beskrivelser av informantenes erfaringer. Jeg opplevde at systematisk tekstkondensering som analyseverktøy var et solid og relevant verktøy for å forstå, tolke og systematisk beskrive informasjonen som jeg innhentet (Malterud, 2011). Imidlertid har jeg vært ydmyk i min rolle som fersk kvalitativ analytiker, og jeg er klar over at denne begrensningen kan ha påvirket mine presentasjoner.

Til sist, mine teoretiske rammeverk, med de valgte helsekommunikasjonsteoriene barrierer, sosial støtte, mestringstro og nutrition literacy utgjorde både en form for deduktiv tilnærmingen i utformingen av prosjektet og et «filter» eller «brilleglass» for hva var jeg skulle se etter i tekstanalysen. Jeg stiller meg derfor respektfullt til det faktum at om jeg ikke hadde hatt brukt dette filteret eller hatt på meg disse «brilleglassene», kunne jeg muligens ha sett og tolket andre aspekter av intervjusvarene. Det samme kan sies om min bakgrunn som utdannet innen ernæringsfeltet; hadde jeg hatt formell kompetanse innen atferdspsykologi, ville kanskje

funnkapittelet og funndiskusjonen ha hatt andre vektlagte perspektiver. Når man benytter kvalitativ metode, må man også erkjenne at det finnes flere versjoner av virkeligheten – og hvor alle i prinsippet kan være like gyldige. Mitt mål med å *validere min forskning* er med andre ord ikke å bevise at jeg har funnet frem til «sannheten» en gang for alle (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Det er imidlertid viktig å anerkjenne kvalitativ forsknings representbarhet; at det ved bruk av denne metode innebærer at jeg som forsker har vært en del av det som er blitt studert (Giorgi, 2002; Grossoehme, 2014). Dette er dessuten hevdet å kunne forbedre studien, fremfor å svekke den (Grossoehme, 2014).

5.2.6 Konklusjon og implikasjon

Deltakernes erfaringer viser at den individuelle bakgrunnen for og løsning på overvektsproblematikk trolig er høyst sammensatt og varierende. Mange opplever å ha emosjonelle, personlige og praktiske barrierer, ha manglende mestringstro, ikke oppleve tilstrekkelig sosial støtte i endringsprosessen, samt føle et gap mellom hva de blir henstilt om å gjøre og hva de makter å få til i praksis. Flere opplevde også «flommen» av ernæringsråd fra ulike kilder i samfunnet som både forvirrende og vanskelig å forholde seg kritisk til.

Mennesker som søker råd for sin overvekt har gjerne behov for å bli «sett» av sin ernæringsveileder på flere områder enn kun det kostholdrelaterte. Det trengs flere studier som kan gi dypere, atferdspsykologisk forståelse av kompleksiteten og samspillet mellom ulike faktorer som synes å innvirke på menneskers kostholdvalg og tilhørende overvekt og fedme. Kvalifiserte kostholdsveiledere bør ikke utelukkende fokusere på å gi praktiske anbefalinger og mat, men også kartlegge og vektlegge psykososiale forhold hos sine klienter. Det kan således være relevant å implementere atferdspsykologiske temaer i ernæringsutdanninger.

6 REFERANSER

Abolhassani, S., Irani, M. D., Sarrafzadegan, N., Rabiei, K., Shahrokhi, S., Pourmoghaddas, Z., . . . Moattar, F. (2012). Barriers and facilitators of weight management in overweight and obese people: Qualitative findings of TABASSOM project. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 17*(3), 205-210.

Agneessens, F., Waege, H. & Lievens, J. (2006). Diversity in social support by role relations: A typology. *Social Networks, 28*(4), 427-441. doi: https://doi.org/10.1016/j.socnet.2005.10.001

Ajjawi, R. & Higgs, J. (2007). Using Hermeneutic Phenomenology to Investigate How Experienced Practitioners Lear n to Communicate Clinical Reasoning. *The Qualitative Report, 12*(4), 612-638.

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50,* , 179-211. doi: DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* (2. utg.). London: Sage.

American Medical Association. (1999). Health Literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association, 281*(6), 552-557. doi: 10.1001/jama.281.6.552

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. utg.). Washington, DC: Forfatter.

Anderson-Bill, E. S., Winett, R. A., Wojcik, J. R. & Winett, S. G. (2011). Web-based guide to health: relationship of theoretical variables to change in physical activity, nutrition and weight at 16-months. *J Med Internet Res, 13*(1), e27. doi: 10.2196/jmir.1614

Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of advanced nursing, 23*(4), 705-713. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x

Annesi, J. J. & Mareno, N. (2015). Improvement in emotional eating associated with an enhanced body image in obese women: mediation by weight-management treatments' effects on self-efficacy to resist emotional cues to eating. *Journal of Advanced Nursing, 71*(12), 2923-2935. doi: 10.1111/jan.12766

Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles, 17*(11), 737-749. doi: 10.1007/bf00287685

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews, 12*(9), 709-723. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, Vol 84(2)*, 191-215. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist, 44*(9), 1175-1184.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health, 13*(4), 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422

Bandura, A. (2006). *Guide to the construction of self-efficacy scales.* (Self-efficacy beliefs of adolescents, Bind 5). Greenwich: IAP - Information Age Publishing.

Barte, J. C. M., Ter Bogt, N. C. W., Bogers, R. P., Teixeira, P. J., Blissmer, B., Mori, T. A. and Bemelmans, W. J. E. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews, 11*(12), 899–906. doi: DOI: 10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x

Bas, M. & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite, 52*(1), 209-216. doi: 10.1016/j.appet.2008.09.017

Bauer, K. D. & Liou, D. (2016). *Nutrition counseling and education skill development* (3rd. utg.). Boston, US: CENGAGE Learning.

Befort, C. A., Thomas, J. L., Daley, C. M., Rhode, P. C. & Ahluwalia, J. S. (2008). Perceptions and Beliefs About Body Size, Weight, and Weight Loss Among Obese African American Women: A Qualitative Inquiry. *Health Education & Behavior, 35*(3), 410-426. doi: 10.1177/1090198106290398

Berkowitz, R. I. & Fabricatore, A. N. (2011). Obesity, Psychiatric Status, and Psychiatric Medications. *Psychiatric Clinics, 34*(4), 747-764. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.007

Blanchard, C. G., Albrecht, T. L., Ruckdeschel, J. C., Grant, C. H. & Hemmick, R. M. (1995). The Role of Social Support in Adaptation to Cancer and to Survival. *Journal of Psychosocial Oncology, 13*(1-2), 75-95. doi: 10.1300/J077V13N01_05

Boehl, T. (2007). Linguistic Issues and Literacy Barriers in Nutrition. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(3), 380. doi: 10.1016/j.jada.2007.01.022

Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt. *Sykepleien forskning, 1*(7), 16-22.

Brownell, K. D. (1999). The central role of lifestyle change in long-term weight management. *Clin Cornerstone, 2*(3), 43-51. doi: https://doi.org/10.1016/S1098-3597(99)90004-2

Bugge, K. H. (2016). En solid, landsdekkende aktør gjennom 42 år. Hentet 17.oktober 2017 fra http://helsepersonell.greteroede.no/grete-roede-en-solid-landsdekkende-aktor-gjennom-42-aren-solid-landsdekkende-aktor-gjennom-42-ar/

Burg, M. M. & Seeman, T. E. (1994). Families and health: The negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine, 16*(2), 109-115.

Burmeister, J. M., Hinman, N., Koball, A., Hoffmann, D. A. & Carels, R. A. (2013). Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite, 60*(Supplement C), 103-110. doi: https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.013

Butryn, M. L., Webb, V. & Wadden, T. A. (2011). Behavioral Treatment of Obesity. *The Psychiatric clinics of North America, 34*(4), 841-859. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.006

Byrne, S., Barry, D. & Petry, N. M. (2012). Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite, 58*(2), 695-698. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.005

Byrne, S. M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther, 42*(11), 1341-1356. doi: 10.1016/j.brat.2003.09.004

Carrigan, M., Szmigin, I. & Leek, S. (2006). Managing routine food choices in UK families: The role of convenience consumption. *Appetite, 47*(3), 372-383. doi: https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.05.018

Chair, S. Y., Wong, K. B., Tang, J. Y.-M., Wang, Q. & Cheng, H. Y. (2015). Social support as a predictor of diet and exercise self-efficacy in patients with coronary artery disease. *Contemporary Nurse, 51*(2-3), 188-199. doi: 10.1080/10376178.2016.1171726

Chang, M. W., Nitzke, S., Guilford, E., Adair, C. H. & Hazard, D. L. (2008). Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *J Am Diet Assoc, 108*(6), 1023-1028. doi: 10.1016/j.jada.2008.03.004

Christenson, A., Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2016). Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE, 11*(12), e0167731. doi: 10.1371/journal.pone.0167731

Christiansen, B., Borge, L. & Fagermoen, M. S. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 7*. doi: 10.3402/qhw.v7i0.17255

Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A. & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol, 59*(5), 739-744.

Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med, 38*(5), 300-314.

Coelho, J. S., Polivy, J. & Herman, C. P. (2006). Selective carbohydrate or protein restriction: effects on subsequent food intake and cravings. *Appetite, 47*(3), 352-360. doi: 10.1016/j.appet.2006.05.015

Connerton, P. (2010). *How Societies Remember* (Themes in the Social Sciences). Online: Cambridge University Press. (1989)

Dalgard, O. S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Dalgard, O. S., Ystgaard, M. & Brevik, J. I. (1995). Sosiale miljøfaktorer og psykisk helse. Modell og sentrale begreper. I O. Dalgard, E. Døhlie & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget. I samarbeid med Senter for sosialt nettverk og helse.

Das, B. M. & Evans, E. M. (2014). Understanding weight management perceptions in first-year college students using the health belief model. *Journal of American College Health, 62*(7), 488-497. doi: 10.1080/07448481.2014.923429

Davidsen, A. S. (2013). Phenomenological Approaches in Psychology and Health Sciences. *Qualitative Research in Psychology, 10*(3), 318-339. doi: 10.1080/14780887.2011.608466

Demaray, M. K. & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools, 39*(3), 305-316. doi: 10.1002/pits.10018

Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K. & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools, 42*(7), 691-706. doi: 10.1002/pits.20120

deWit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F. & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res, 178*(2), 230-235. doi: 10.1016/j.psychres.2009.04.015

Diamond, J. J. (2007). Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutrition Journal, 6*(1), 5. doi: 10.1186/1475-2891-6-5

Didarloo, A., Shojaeizadeh, D., Ardebili, H. E., Niknami, S., Hajzadeh, E. & Alizadeh, M. (2011). Factors Influencing Physical Activity Behavior among Iranian Women with Type 2 Diabetes Using the Extended Theory of Reasoned Action. *Diabetes & Metabolism Journal, 35*(5), 513-522. doi: 10.4093/dmj.2011.35.5.513

Eg, M., Frederiksen, K., Vamosi, M. & Lorentzen, V. (2017). How family interactions about lifestyle changes affect adolescents' possibilities for maintaining weight loss after a weight-loss intervention: a longitudinal qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing, 73*(8), 1924-1936. doi: 10.1111/jan.13269

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*(1), 67-85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x

Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br J Clin Psychol, 38 (Pt 3)*, 215-229.

Engström, A., Abildsnes, E. & Mildestvedt, T. (2016). "It's not like a fat camp" — A focus group study of adolescents' experiences on group-based obesity treatment. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 11*, 10.3402/qhw.v3411.32744. doi: 10.3402/qhw.v11.32744

Eurodiet. (2017). Eurodiet. Hentet 7.oktober 2017 fra http://eurodiet.com/no/

Ezzy, D. (2010). Qualitative Interviewing as an Embodied Emotional Performance. *Qualitative Inquiry, 16*(3), 163-170. doi: 10.1177/1077800409351970

Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A.-C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., . . . Strøm, A. (2014). Personer med sykelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien forskning, 9*(3), 216-223. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0132

Fedon Lindberg Klinikk. (2017). Overvekt og fedme. Hentet 5. september 2017 fra https://fedon.no/klinikk/behandlingsomrader/overvekt-og-fedme/

Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 60-63.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*: Taylor & Francis.

Flolø, T. N., Andersen, J. R., Nielsen, H. J. & Natvig, G. K. (2014). Translation, adaptation, validation and performance of the American Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire

Short Form (WEL-SF) to a Norwegian version: a cross-sectional study. *PeerJ, 2*, e565. doi: 10.7717/peerj.565

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelserapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (4): Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/overvekt-og-fedme/ - status-for-overvekt-og-fedme

Folkehelseinstituttet. (2015). Undervekt, overvekt og fedme, selvrapportert (L). Tilgjengelig fra Folkehelseinstituttet Norgehelsa statistikkbank http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/

Følling, I. S., Solbjør, M. & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice, 16*(1), 73. doi: 10.1186/s12875-015-0292-z

Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and method*. Hentet fra https://mvlindsey.files.wordpress.com/2015/08/truth-and-method-gadamer-2004.pdf

Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors, 3*(4), 341-347. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00100-9

Giorgi, A. (2002). The Question of Validity in Qualitative Research. *Journal of Phenomenological Psychology, 33*(1), 1-18. doi: 10.1163/156916202320900392

Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach*: Duquesne University Press.

Giuffre, M. (1997). Science, bad science, and pseudoscience. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 12*(6), 434-438. doi: https://doi.org/10.1016/S1089-9472(97)90007-1

Goldblatt, H., Karnieli-Miller, O. & Neumann, M. (2011). Sharing qualitative research findings with participants: study experiences of methodological and ethical dilemmas. *Patient Educ Couns, 82*(3), 389-395. doi: 10.1016/j.pec.2010.12.016

Grant, P. G. & Boersma, H. (2005). Making sense of being fat: A hermeneutic analysis of adults' explanations for obesity. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*(3), 212-220. doi: 10.1080/17441690500310429

Greaves, C. J., Poltawski, L., Garside, R. & Briscoe, S. (2017). Understanding the challenge of weight loss maintenance: A systematic review and synthesis of qualitative research on weight loss maintenance. *Health Psychology Review, 11*(2), 1-40. doi: 10.1080/17437199.2017.1299583

Grete Roede AS. (2017). Roede-metoden. Hentet 17.oktober 2017 fra https://www.greteroede.no/roede-kurs/roede-metoden/

Grossoehme, D. H. (2014). Research MethodologyOverview of Qualitative Research. *Journal of health care chaplaincy, 20*(3), 109-122. doi: 10.1080/08854726.2014.925660

Guttersrud, O., Dalane, J. O. & Pettersen, S. (2014). Improving measurement in nutrition literacy research using Rasch modelling: examining construct validity of stage-specific 'critical nutrition literacy' scales. *Public Health Nutr, 17*(4), 877-883. doi: 10.1017/s1368980013000530

Hammarström, A., Wiklund, A. F., Lindahl, B., Larsson, C. & Ahlgren, C. (2014). Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention - a qualitative study of women in northern Sweden. *BMC Womens Health, 14*, 59. doi: 10.1186/1472-6874-14-59

Heidegger, M. (1962). *Being and Time: A Translation of Sein und Zeit* (J. Stambaugh, Overs.). Oxford: Blackwell.

Heidegger, M. (2007). *Væren og tid* (L. Holm-Hansen, Overs.). Oslo: Bokklubben.

Helse Sør-Øst. (2007). *Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten Voksne*. Hentet fra https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2008/vedlegg-sak-086-2008-Rapport%20-%20utredning%20og%20behandling%20av%20sykelig%20overvekt%20i%20spes%20helsetjenesten%20-%20voksne%20pdf%20211102.pdf

Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne : nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* (Nasjonale faglige retningslinjer). Oslo. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf

Helsedirektoratet. (2012). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009-2012*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/41/Erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten-oppdrag-fra-helse-og-omsorgsdepartementet-2009-2012-IS-2032.pdf

Helsedirektoratet. (2013). *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer - nasjonal oppfølging av WHOs mål*. Oslo. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/308/Reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer–nasjonal-oppfølging-av-WHOs-mal-IS-0373.pdf

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf

Helsedirektoratet. (2016a). *Utviklingen i norsk kosthold 2016* (IS-2558). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1257/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2016-IS-2558.pdf

Helsedirektoratet. (2016b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering og organisering*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder for kommunale frisklivssentraler_IS1896.pdf

Hepworth, J. (1999). Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scand J Public Health, 27*(4), 260-266.

Hindle, L. & Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *J Hum Nutr Diet, 24*(4), 342-350. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01156.x

Husserl, E. (2008). *Introduction to Logic and Theory of Knowledge* (Edmund Husserl Collected Works, Vol. 13.).

Hutchinson, A. D. & Wilson, C. (2012). Improving nutrition and physical activity in the workplace: a meta-analysis of intervention studies. *Health Promot Int, 27*(2), 238-249. doi: 10.1093/heapro/dar035

Jacob, J. J. & Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 16*(1), 28-32. doi: 10.4103/2230-8210.91180

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? (9), 272-280. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0145

Johannessen, A. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Johansen, V. & Andreassen, R. (2010). Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*(4), 7-13.

Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk Forening For Musikkterapi*.

Jovanovic, Z., Crncevic-Orlic, Z., Stimac, D., Kokic, S., Persic, V., Ruzic, T. & Goll-Baric, S. (2009). Effects of obesity reduction on cardiovascular risk factors: comparison of

individual and group treatment--substudy of the Croatian Healthy Weight Loss Programme. *Coll Antropol, 33*(3), 751-757.

Kartal, A. & Ozsoy, S. A. (2007). Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *Int J Nurs Stud, 44*(8), 1447-1458. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.06.004

Kassirer, J. & Angell, M. (1998). Editorial: Losing weight--an ill-fated New Year's resolution. *The New England Journal of Medicine, 338*(1), 52-54.

Kenneth S. Kendler, John Myers & Carol A. Prescott. (2005). Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 250-256. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.250

Kiernan, M., Moore, S. D., Schoffman, D. E., Lee, K., King, A. C., Taylor, C. B., . . . Perri, M. G. (2012). Social support for healthy behaviors: scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity (Silver Spring), 20*(4), 756-764. doi: 10.1038/oby.2011.293

Kirk, S. F. L., Penney, T. L., McHugh, T. L. & Sharma, A. M. (2012). Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. *International Journal of Obesity, 36*(2), 178-185.

Klohe-Lehman, D. M., Freeland-Graves, J., Anderson, E. R., McDowell, T., Clarke, K. K., Hanss-Nuss, H., . . . Milani, T. J. (2006). Nutrition Knowledge Is Associated with Greater Weight Loss in Obese and Overweight Low-Income Mothers. *Journal of the American Dietetic Association, 106*(1), 65-75. doi: https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.047

Knudsen, A. K., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Vollset, S. E. (2016). *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Resultater fra Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2013 (GBD 2013)* (1). Oslo. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2384706/Knudsen_2016_Syk.pdf?sequence=3

Kozica, S., Lombard, C., Teede, H., Ilic, D., Murphy, K. & Harrison, C. (2015). Initiating and Continuing Behaviour Change within a Weight Gain Prevention Trial: A Qualitative Investigation. *PLoS ONE, 10*(4), e0119773. doi: 10.1371/journal.pone.0119773

Kreivinienė, B. (2011). *The Representations of Social Support from External Resources by Families Raising Children with Severe Disability in Connection with Dolphin Assisted Therapy* (Master). University of Lapland, Lapland.Hentet fra

https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61758/Kreivinienë_Doria_ActaE69.pdf?sequence=1

Krokstad, S. & Knudtsen, M. S. (2011). *Folkehelse i endring : Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag : HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08) = Public health development : The HUNT study, Norway : HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) - HUNT 3 (2006-08)*. Hentet fra https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf

Krokstad, S., Langhammer, A., Hveem, K., Holmen, T. L., Midthjell, K., Stene, T. R. & Bratberg, G. (2012). Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *International Journal of Epidemiology, 42*, 968-977. doi: doi:10.1093/ije/dys095

Kvale, S. (1989). *To validate is to question* (Issues of validity in qualitative research). Lund, Sweden: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*: Sage Publications.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk. .

Lang, A. & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs, 5*(2), 102-114. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.11.002

Larsen, M., Oldeide, C. C. & Malterud, K. (1997). Not so bad after all…, Woman`s experience of pelvic examinations. *Family Practise, 14*(2), 148-152. doi: https://doi.org/10.1093/fampra/14.2.148

Latner, J. D., Stunkard, A. J., Wilson, G. T. & Jackson, M. L. (2006). The Perceived Effectiveness of Continuing Care and Group Support in the Long-Term Self-Help Treatment of Obesity. *Obesity, 14*(3), 464-471. doi: 10.1038/oby.2006.61

Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods, 2*(3), 21-35. doi: 10.1177/160940690300200303

Legenbauer, T. M., de Zwaan, M., Muhlhans, B., Petrak, F. & Herpertz, S. (2010). Do mental disorders and eating patterns affect long-term weight loss maintenance? *General hospital psychiatry, 32*(2), 132-140. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.09.001

Lemstra, M., Bird, Y., Nwankwo, C., Rogers, M. & Moraros, J. (2016). Weight loss intervention adherence and factors promoting adherence: a meta-analysis. *Patient preference and adherence, 10*, 1547-1559. doi: 10.2147/PPA.S103649

Lerdal, A., Andenaes, R., Bjornsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christiansen, B., . . . Fagermoen, M. S. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Qual Life Res, 20*(8), 1187-1196. doi: 10.1007/s11136-011-9865-z

Leske, S., Strodl, E. & Hou, X.-Y. (2012). A qualitative study of the determinants of dieting and non-dieting approaches in overweight/obese Australian adults. *BMC Public Health, 12*, 1086-1086. doi: 10.1186/1471-2458-12-1086

Leslie, W. S., Hankey, C. R. & Lean, M. E. (2007). Weight gain as an adverse effect of some commonly prescribed drugs: a systematic review. *Qjm, 100*(7), 395-404. doi: 10.1093/qjmed/hcm044

Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 4*(3), 324-327. doi: 10.4103/2249-4863.161306

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, C.A.: Sage.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite, 50*(1), 1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002

Malecki, C. K. & Demary, M. K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (CASSS). *Psychology in the Schools, 39*(1), 1-18. doi: 10.1002/pits.10004

Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family practice, 10*(2), 201-206. doi: https://doi.org/10.1093/fampra/10.2.201

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (Bind 3.utgave): Universitetsforlaget.

Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A. M., Samuels, B. & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol, 62*(3), 220-233. doi: 10.1037/0003-066x.62.3.220

Marlatt, G. A. & George, W. H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction, 79*(3), 261-273. doi: 10.1111/j.1360-0443.1984.tb00274.x

Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S. & Sharma, A. M. (2008). Barriers to obesity treatment. *Eur J Intern Med, 19*(3), 173-180. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.011

McAuley, E. & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exerc Sport Sci Rev, 28*(2), 85-88.

McKee, H., Ntoumanis, N. & Smith, B. (2013). Weight maintenance: self-regulatory factors underpinning success and failure. *Psychol Health, 28*(10), 1207-1223. doi: 10.1080/08870446.2013.799162

McLeroy, K. R., Gottlieb, N. H. & Heaney, C. A. (2001). Social health. I M. P. O'Donnel & J. S. Harris (Red.), *Health promotion in the workplace*. Albany, NY: Delmar.

Meld.St.19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/sec1

Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M. & Resnick, M. D. (2002). Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *Journal of adolescent health, 31*(2), 145-153. doi: https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00396-2

Merrill, E. & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing, 64*(2), 139-146. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x

Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*(2), 147-172. doi: 10.1017/S0141347300006583

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change* (2nd. utg.). New York: Guilford.

Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods, 1*(2), 13-22. doi: 10.1177/160940690200100202

Nackers, L. M., Dubyak, P. J., Lu, X., Anton, S. D., Dutton, G. R. & Perri, M. G. (2015). Group dynamics are associated with weight loss in the behavioral treatment of obesity. *Obesity (Silver Spring), 23*(8), 1563-1569. doi: 10.1002/oby.21148

NESH. (2017). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Hentet 16.01.16 2017 fra https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/Hvem-er-vi/Den-nasjonale-forskningsetiske-komite-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. & Eisenberg, M. (2006). *Journal of the American Dietetic Association, 106*(4), 559-568. doi: https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.01.003

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int, 15*(3), 259–267. doi: https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Orji, R., Vassileva, J. & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online J Public Health Inform, 4*(3). doi: 10.5210/ojphi.v4i3.4321

Overgaard, D. (2002). Being obese is paradoxical living: an exploratory study of five persons lived experiences of being overweight. *Theoria, 11*(1), 3-12.

Palmeira, A. L., Teixeira, P. J., Branco, T. L., Martins, S. S., Minderico, C. S., Barata, J. T., . . . Sardinha, L. B. (2007). Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *Int J Behav Nutr Phys Act, 4*, 14. doi: 10.1186/1479-5868-4-14

Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. (2009). A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obes Facts, 2*(1), 17-24. doi: 10.1159/000186144

Pedersen, J. I., Müller, H., Hjartåker, A. & Anderssen, S. (2017). *Grunnleggende ernæringslære* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Perri, M. G., Sears, S. F., Jr. & Clark, J. E. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. *Diabetes Care, 16*(1), 200-209.

Pettersen, K. S. (2009). *Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon* (Mat og helse i skolen): Fagbokforlaget.

Pettersen, K. S., Resaland, E., Pedersen, L. F., Andenæs, T. S., Terragni, L. & Mosdøl, A. (2015). Helsesøstres oppfatninger av «interaktiv nutrition literacy» hos mødre som besøker helsestasjon. *Sykepleien forskning., 10*(3), 268-276.

Poston, W. S., 2nd, Foreyt, J. P., Borrell, L. & Haddock, C. K. (1998). Challenges in obesity management. *South Med J, 91*(8), 710-720.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol, 51*(3), 390-395.

Ravussin, E. & Gautier, J. F. (1999). Metabolic predictors of weight gain. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders, 23 Suppl 1*, 37-41.

Reblin, M. & Uchino, B. N. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current opinion in psychiatry, 21*(2), 201-205. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89

Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L. & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,, 69*(4), 717-721. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.717

Riekert, K. A., Ockende, J. K. & Pbert, L. (2013). *The Handbook of Health Behavior Change* (4th. utg.): Springer Publishing Company.

Rogerson, D., Soltani, H. & Copeland, R. (2016). The weight-loss experience: a qualitative exploration. *BMC Public Health, 16*, 371. doi: 10.1186/s12889-016-3045-6

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q, 15*(2), 175-183. doi: https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Sabinsky, M. S., Toft, U., Raben, A. & Holm, L. (2007). Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss. *Eur J Clin Nutr, 61*(4), 526-531. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602537

Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14*(1), 42. doi: 10.1186/s12966-017-0494-y

Senecal, C., Nouwen, A. & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology, 19*(5), 452-457. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.5.452

Sharma, A. M. & Kushner, R. F. (2009). A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes, 33*(3), 289-295. doi: doi:10.1038/ijo.2009.2

Sharma, A. M. & Padwal, R. (2010). Obesity is a sign – over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. *Obesity Reviews, 11*(5), 362-370. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00689.x

Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd003818. doi: 10.1002/14651858.CD003818.pub2

Silk, K. J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodynski, M. A. & Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *J Nutr Educ Behav, 40*(1), 3-10. doi: 10.1016/j.jneb.2007.08.012

Skjåkødegård, H. F., Danielsen, Y. S., Morken, M., Linde, S.-R. F., Kolko, R. P., Balantekin, K. N., . . . Júlíusson, P. B. (2016). Study Protocol: A randomized controlled trial evaluating the effect of family-based behavioral treatment of childhood and adolescent obesity–The FABO-study. *BMC Public Health, 16*, 1106. doi: 10.1186/s12889-016-3755-9

Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P. & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care, 20*(1), 52-54. doi: https://doi.org/10.2337/diacare.20.1.52

Smith, J. A. (2007). Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2*(1), 3-11. doi: 10.1080/17482620601016120

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, method and research*. London: Sage.

Soeliman, F. A. & Azadbakht, L. (2014). Weight loss maintenance: A review on dietary related strategies. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19*(3), 268-275.

Soman, S., Bhat, S. M., Latha, K. S. & Praharaj, S. K. (2016). Gender Differences in Perceived Social Support and Stressful Life Events in Depressed Patients. *East Asian Arch Psychiatry, 26*(1), 22-29.

Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q, 13*(1), 73-92. doi: 10.1177/109019818601300108

Stubbs, R. J. & Lavin, J. H. (2013). The challenges of implementing behaviour changes that lead to sustained weight management. *Nutrition Bulletin, 38*(1), 5-22. doi: 10.1111/nbu.12002

Stuckey, H. L., Boan, J., Kraschnewski, J. L., Miller-Day, M., Lehman, E. B. & Sciamanna, C. N. (2011). Using Positive Deviance for Determining Successful Weight-Control Practices. *Qualitative Health Research, 21*(4), 563-579. doi: 10.1177/1049732310386623

Svendsen, L. F. H. (2017, 28. august). Intensjonalitet. Hentet 9. november 2019 fra https://snl.no/intensjonalitet

Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L. & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet, 378*(9793), 804-814. doi: 10.1016/s0140-6736(11)60813-1

Söderlund, A., Fischer, A. & Johansson, T. (2009). Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspect Public Health, 129*(3), 132-142. doi: 10.1177/1757913908094805

Tan, M. Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract, 66*(1), 71-77. doi: 10.1016/j.diabres.2004.02.021

Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*(2), 187–202. doi: 10.1007/BF00905728

Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L. & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 22-22. doi: 10.1186/1479-5868-9-22

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav, 52*. doi: 10.1177/0022146510395592

Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Kausman, R. & Komesaroff, P. A. (2008). "They all work...when you stick to them": a qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. *Nutr J, 7*, 34. doi: 10.1186/1475-2891-7-34

Tollefsen, T. T. (2009). Kant og Heidegger: Væren-i-verden. *Fjerde forelesning*.

Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner : en musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi* (Doktoravhandling). Norges musikkhøgskole Oslo

van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience : Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (SUNY Series, The Philosophy of Education). Hentet fra https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.hioa.no/lib/hioa/reader.action?docID=3408268

Verheijden, M. W., Bakx, J. C., van Weel, C., Koelen, M. A. & van Staveren, W. A. (2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *Eur J Clin Nutr, 59 Suppl 1*, S179-186. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602194

Volvat Medisinske Senter. (2017). Ernæringsfysiologi. Hentet 10. oktober 2017 fra https://www.volvat.no/tjenester/ernaringsfysiolog/

Wadden, T. A. & Butryn, M. L. (2003). Behavioral treatment of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am, 32*(4), 981-1003, x. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0889-8529(03)00072-0

Wadden, T. A., Butryn, M. L. & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res, 12 Suppl*, 151s-162s. doi: 10.1038/oby.2004.282

Wadden, T. A., Webb, V. L., Moran, C. H. & Bailer, B. A. (2012). Lifestyle Modification for Obesity: New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. *Circulation, 125*(9), 1157-1170. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453

Wang, M. L., Pbert, L. & Lemon, S. C. (2014). Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity (Silver Spring), 22*(9), 1973-1980. doi: 10.1002/oby.20814

Wang, X. (2014). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly *J Health Psychol*.

Wang, X., Cai, L., Qian, J. & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(1), 41. doi: 10.1186/1752-4458-8-41

Warziski, M. T., Sereika, S. M., Styn, M. A., Music, E. & Burke, L. E. (2008). Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *J Behav Med, 31*(1), 81-92. doi: 10.1007/s10865-007-9135-2

West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A. & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 30*(5), 1081-1087. doi: 10.2337/dc06-1966

WHO. (1998). *Health promotion glossary.* Hentet fra http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf

WHO. (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity, Norway. Hentet 21. sept, 2017, fra World Health Organization http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/243316/Norway-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1

WHO. (2017a). Gender disparities and mental health: The Facts. Hentet fra http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/

WHO. (2017b, Oktober). Obesity and overweight. Hentet 19.Oktober 2017 fra http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *J Pers Soc Psychol, 70*(1), 115-126. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.115

Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M. & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med, 34*(5), 383-389.

Wing, R. R. & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *J Consult Clin Psychol, 67*(1), 132-138. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.132

Wing, R. R., Papandonatos, G., Fava, J. L., Gorin, A. A., Phelan, S., McCaffery, J. & Tate, D. F. (2008). Maintaining large weight losses: the role of behavioral and psychological factors. *J Consult Clin Psychol, 76*(6), 1015-1021. doi: 10.1037/a0014159

Wolfe, W. A. (2004). A review: maximizing social support--a neglected strategy for improving weight management with African-American women. *Ethn Dis, 14*(2), 212-218.

Young, K. M., Northern, J. J., Lister, K. M., Drummond, J. A. & O'Brien, W. H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clin Psychol Rev, 27*(2), 240-249. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.003

Zheng, H. & Berthoud, H. R. (2007). Eating for pleasure or calories. *Curr Opin Pharmacol, 7*(6), 607-612. doi: 10.1016/j.coph.2007.10.011

Ziebland, S., Thorogood, M., Yudkin, P., Jones, L. & Coulter, A. (1998). Lack of willpower or lack of wherewithal? “Internal” and “external” barriers to changing diet and exercise in a three year follow-up of participants in a health check. *Social Science & Medicine, 46*(4), 461-465. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00190-1

Zinöcker, M. K., Vogst, L. E., Ottesen, M., Pedersen, I. M., Haug, L. T., Kildahl, E. S., . . . Molin, M. (2016). Riktig mat er riktig resept! *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*(136), 404-405. doi: 10.4045/tidsskr.16.0108

Zoellner, J., Conell, C., Bounds, W., Crook, L. S. & Yadrick, K. (2009). Nutrition Literacy Status and Preferred Nutrition Communication Channels Among Adults in the Lower Mississippi Delta. *Preventing Chronic Disease, 6*(4), A128.

Aadland, E. (1997). *«Og eg ser på deg-« : vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008071604041

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Personer som er i kostveiledning: En kartlegging av deres sosiale støtte, barrierer til endring,mestringstro og nutrition literacy.

Bakgrunn og formål

Denne studien er en masterstudie i samarbeid med Høgskolen i Oslo-og Akershus. Formålet med studien er å kartlegge hvilke faktorer som påvirker mennesker som er i kostveiledning. På denne måten kan man forhåpentligvis komme nærmere et svar på hvorfor noen ser ut til å lykkes med kostveiledning og andre ikke.

Du som er spurt om å delta i denne studien har mottatt/mottar kostveiledning fra kvalifisert fagperson, og er i en prosess for å endre på kostholdsfaktorer. Du sees derfor på som svært aktuell og interessant i dette prosjektets forbindelse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du møter prosjektansvarlig én gang, og gjennomfører et individuelt intervju/en samtale hvor dine opplevelser og betraktninger angående kostveiledning er sentralt. Varighet på intervjuet vil være ca. 40 minutter, men med forbehold om lenger varighet. Intervjuet innebærer spørsmål om hva du som klient/pasient opplever som motivasjonsfaktorer og barrierer til å endre kosthold. Ingen av spørsmålene knyttes mot bedriften/kostveilederen *du* har mottatt veiledning fra, men handler tvert imot om dine betraktninger på generelt grunnlag.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Du som deltaker forholdes anonym. Intervjuene tas opp på lydbånd, men i denne situasjonen vil jeg ikke innhente informasjon som kan knyttes til deg som deltar i prosjektet. Med ande ord vil ingen sensitive personopplysninger bli avkrevd under intervjuet, og heller ikke beskrevet i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2017, og opptaket av ditt intervju vil i etterkant av dette slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Hvis du velger å trekke deg, vil ikke dette ha noen innvirkning på ditt forhold til din kostveileder.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Eireen Linge Schwaiger på telefon 970 78 265 eller Professor Kjell Sverre Pettersen på telefon 920 47 867.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og jeg er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Eksempel på transkribert intervju

Barrierer
Sosial støtte
Mestringstro
Kunnskap

Informant 1 (Innledende prat før intervjustart…)

Hvordan opplever du det man beskriver som «sosial støtte» i situasjonen du er i nå? (forklarer begrepet)

Nei, jeg opplever ikke noe støtte. Jeg får bare høre av familien, både datter og mann, at de ikke synes jeg trenger å gå ned i vekt. Men de vet heller ikke hva jeg veier. Kanskje datteren vet det.. Men de synes det ikke. Så jeg har ikke den støtten hjemme, så jeg driver mest for meg selv med dette her.
Jeg har prøvd mange ganger før, gått på flere kurs.

- **Har du aldri følt på den støtten hjemmefra ved disse anledningene?**

Nei egentlig ikke, for de sier at de ikke forstår hvorfor jeg gjør det, de sier jeg ikke trenger det.

- **Jeg forstår. Det positive med det er jo at de synes du er fin som du er, men for deg som ønsker dette så sterkt så kanskje det påvirker deg, hva opplever du rundt det?**

Ja, det gjør jo det.

- **Ut fra hva du forteller, er det riktig av meg hvis jeg forstår det som at du tenker at det kunne være lettere for deg å få det til om du hadde opplevd en større støtte hjemmefra?**

Ja, jeg tror nok det. Ja, jeg tror nok det hadde vært til god hjelp med litt støtte hjemmefra.

- **Ok. Kan du fortelle litt om hva du savner, eller hvordan de kunne støttet deg?**

Det har mye å si hva som oppfordres til å spise. Mannen min kan for eksempel spise omtrent hva han kommer over uten å legge på seg et gram. Han har veldig lyst å kose seg med noe god mat sent om kvelden, og jeg prøver liksom å si nei- at jeg ikke vil. Men da svarer han ”joda, bare spis, dette legger du ikke på deg av”. Så det er litt vanskelig sånn.

- **Gjør dette at du føler at han ikke helt forstår viktigheten av dette for deg?**

Ja.

- **Har du prøvd å forklare dette for han – hvor mye det ville bety for deg?**

Ja, jeg har sagt det flere ganger. Alle de kursene jeg har gått på har jeg sagt det atte nå skal jeg prøve å legge alt i det liksom å. Men... Og jeg har jo gått ned noe også, i den perioden jeg er på kurs, men jeg går bare opp igjen.

- **Mm...Fordi det ikke blir varig?**

Ja.

- **Jeg forstår at du opplever dette vanskelig. Hvordan vil du si at måltidene er hjemme i slike perioder, opplever du at det endres noe på matrutinene hjemme etter slike kurs, eller er det størst endringer i måltidene du spiser alene?**

Det er nok bare i de måltidene jeg spiser alene.

- **Ok. Selv om jeg forstår at vekten er viktig for deg, er det naturlig at også helsen er viktig, tenker jeg..**

Ja, ja ja. absolutt.

- **Så hvis vi ser bort i fra selve vekten. Har du prøvd å forklare *hvorfor* du så gjerne ønsker ned i vekt?**

Nei altså, jeg har jo sagt at jeg må ned i vekt for at jeg..eh...på grunn av helsen. For alt jeg leser liksom, symptomer jeg får og har, det er jo pga vekten da. Og jeg har sagt det flere ganger at jeg tror det ville blitt mye lettere for meg om jeg hadde gått ned ganske mye. Men.. Jeg prøver hele tiden men..(oppgitt latter). Men det er bare det å få det til. Som er vanskelig. Jeg har jo tenkt på og prøvd å gå ned i vekt i alle fall i 25 år.

- **Jeg forstår. Du har da prøvd ved flere anledninger tidligere også og gå ned i vekt, gjennom noen år. Er det andre ting som har gjort at du har sklidd av tidligere, eller du opplever som vanskelig for å få til endringene i hverdagen?**

Nja.Det er fordi jeg har gått 3 kurs med bare pulver. Pulver i 8 uker,bare det gjennom 8 uker... og på kurset har jeg spurt hva som skjer hvis jeg går over til vanlig mat etterpå, da må jeg jo gå opp igjen? ”Neida, sier dem, det går bra”, har jeg blitt fortalt. Og jeg har prøvd tre kurs med bare pulverkurer og gått ned ganske mye men.. så fort jeg begynner å spise igjen så går jeg opp igjen, og mer enn hva jeg gikk ned. Grete Roede gikk jeg ett kurs, der skulle vi spise masse lett-mat og alle de lett-produktene man kunne få tak i liksom, og veie maten. Det går bare ikke i lengden! Det sklir ut bare. Man klarer ikke følge slikt slavisk, veie maten, så så mye av det da, og så så mye av det da, det går bare ikke i hverdagen. Reiser man på ferie for eksempel, får man jo ikke drevet å veid maten sin?! Det bare sklir ut. Kurslærdommen er ikke overførbart til en vanlig hverdag.

- **Jeg forstår. Så det du nå har fortalt er at noe som du savner og som påvirker deg er en manglende opplevelse av sosial støtte, og det du forteller nå, at maten du faktisk skal spise ikke helt fungerer i hverdagen?**

Ja, ... Det er riktig..

- **Er det noen andre ting i tillegg til disse som du opplever er vanskelige for å få det til i hverdagen? Her er det lov å nevne hva enn du opplever som gjør det vanskelig..**

Joda. Altså. Nei, men det er overkommelig men liksom..Jeg lever jo på uføretrygd, jeg kan liksom ikke skeie ut veldig mye. Det kan jeg ikke gjøre.

- **Nei det forstår jeg. Opplever du at det er slik som mange sier, at det er dyrere å spise sunnere?**

Nei det er nok ikke det. Det tror jeg ikke. Nei. Så det er liksom ikke det. Det er et veldig veldig stor ønske å klare det.
Men.. det.. Så er det et veldig utfordrende ekteskap. Har vært i mange år. Mannen min lider av spilleavhengighet, men han vil ikke innrømme det selv. Det er veldig tungt og jeg er veldig deprimert til tider.

- **Uff.. Ja, det forstår jeg at du opplever som en vanskelig situasjon.**

Ja, jeg har snakket med han flere ganger, men han innser det ikke. Jeg har også sagt flere ganger at vi må flytte fra hverandre, men vi skal alltid prøve litt til

- **Så trist å høre. Hvordan opplever du at denne situasjonen preger deg. Ut over at det naturligvis sikkert er en krevende situasjon?**

Nei det er jo tungt da. Jeg har jo ikke den støtten da. Det er ikke så lett eller motiverende fordi mannen min ikke bryr seg om hva han putter i munnen

- **Det er virkelig ikke vanskelig å forstå. Hvordan opplever du humør og energi i slike perioder da? Når du prøver å endre kostholdet. Påvirker dette deg noe i forhold til det å lykkes eller ikke eller å få til å spise «som du skal»?**

Ja, jeg.. eh..jeg er mye deprimert til tider.På grunn av at jeg bare mislykkes hele tiden, og ikke får det til å.. Jeg blir veldig skuffet over meg selv..

- **Jeg forstår. Er det riktig hvis jeg forstår det som om din mestringsfølelse ikke er så veldig stor?**

Nei, det er den ikke.

- **Og hva da med det vi kaller mestringstro? Har du troen på at du nå skal få dette til?**

Mm..Jo...., jeg har troen, og jeg håper av hele mitt hjerte at jeg skal få det til. Men jeg må komme over en bøyg og liksom å få tilbake troen på meg selv. *(red.amn. selvmotsigende, jeg mener her hun har et stort ønske, men ikke helt troen).*

- **Ja. Riktig.. Ikke la meg putte ord i munnen på deg nå, så fortell meg veldig gjerne hvis jeg misforstår, men...Er det riktig av meg hvis jeg sier at du har et veldig stort ønske om å få det til, at det er helt på topp, men at faktisk troen på at du skal få det til, ikke er så stor?**

Ja. Og det er fordi jeg har prøvd så mange ganger før, og ikke lykkes. Jeg har jo gått ned mye på kursene, men jeg går rett opp igjen. Og da tenker jeg: Hvorfor skal jeg klare å lykkes nå, liksom? Det er det som liksom sitter i hodet mitt hele tiden: Hvordan skal jeg klare å lykkes nå, når jeg har mislyktes så mange ganger før. Hvis du skjønner hva jeg mener?

- **Ja, jeg skjønner veldig godt hva du mener.**

Slik var det litt sist også når jeg begynte på treningssenter på pulverkurs. Jeg begynte på det.. og jeg gikk ned 12 kg. Når jeg var ferdig med det så.. alle skrøt mye av meg, og fortalte "jøss nå var du fin, og nå behøver du ikke gå ned mer". De skrøt meg opp i skyene. Og jeg klarte ikke beholde denne vekten, jeg klarte ikke bli sånn. Og gikk opp igjen etterpå. Og da føler jeg på en måte at jeg skuffer både meg selv, og litt de andre. At de ser det at hun klarte ikke denne gangen heller, ikkesant.

- **Hva gjør dette med deg?**

Nei det er vondt. Veldig vondt.

- **Det kan jeg forstå at du synes. Jeg forstår på deg at dette er et stor ønske. Det du nevnte nå isted, med de ulike kursene og diettene du ikke opplever fungerer hverdagen.. Hvordan vil du si at du opplever den ulike informasjonen om kosthold i samfunnet? Påvirker dette deg på noen måte?**

Ja, jeg blir litt overrasket. På Grete Roede skal alt være magert og lett. Og andre steder skal det ikke være sånn. På pulverkurene skal man bare spise lettprodukter etterpå. Det blir jeg veldig forvirret av.

- **Tror du dette gjør noe med at du ikke får det til?**

Ja....for jeg blir som sagt veldig usikker. Jeg har bestandig kjøpt alt lett, uten sukker osv., og nå prøver jeg å gå over til vanlig. Jeg har jo blitt prentet inn med lett og magert. Men det er jo sant som dem sier at du ser jo ingen slanke som spiser lett-produkter da! Men jeg gjør jo som regel hva jeg blir fortalt.

- **Riktig.. har du lest mye eller søkt mye etter kostholdsinformasjon?**

Ja!! (latter). Overalt. Ukeblader, bøker og på nettet.

- **Ok..så..Hvis du skal beskrive i hvilken grad har du opplever kunnskap om hva et sunt kosthold er så..?**

Nei... Jeg har nok ikke mye kunnskap om det. Jeg har lest alt hva veileder osv. sender meg, jeg har lest og kjøpt inn, og skal lage ting osv. Jeg leser litt innimellom.
Og satt meg inn i hvordan jeg kan lage brød og knekkebrød selv osv.

- **Riktig. Ettersom du opplever ulike råd og informasjon som forvirrende, opplever du da at du vet hva du «bør» spise? Eller er det vanskelig å få fatt på?**

Nei. Jeg vet jo egentlig hva jeg skal gjøre!

- **Føler du, når du har mottatt hjelp på kurs og av kostveileder osv., bruker de mye vanskelig ord og uttrykk som du har vanskelighet med å forstå, som kan være en grunn til at du ikke får til endringer?**

Nja… kanskje. Det kan kanskje være litt av grunnen. Men jeg vet jo at alt sammen bare er hva jeg tenker og hva jeg gjør. Jeg må bare komme over den bøygen, og ha mer tro på meg selv, og at dette skal jeg klare.

- **Noen veiledere er litt forklarende. Selv tenker jeg kanskje at det kan være mer motiverende og lettere å få til endringer i praksis når du vet *hvorfor* du skal gjøre det?**

Det synes jeg er helt flott, at man får mer innføring i hvorfor, og hvorfor jeg skal spise det, og ikke det. Det synes jeg er veldig bra, og noen er kjempeflinke til å forklare. Jeg mener også det absolutt er lettere å få til i praksis når jeg forstår viktigheten av det.
Jeg satt nå og tenkte da jeg ble forklart om blodsukkeret og matens innvirkning på dette. Da fikk jeg en liten vekker!

- **Synes du det er vanskelig å skille mellom useriøse og seriøse råd fra hverandre?**

Ehh.. både og. På pulverkurene jeg har gått har jo de litt annen oppfatning av det. De mener at pulver er bra. Men det kan jo ikke være bra å gå på kroppen hver dag i 8 uker. Det gjør jo noe med kroppen! Så jeg tror nok ikke de har så mye kunnskap om det egentlig.

- **Hva tror du nå kunne hjelpe deg å få det til?**

Nei, det er jo det at jeg ikke har så mye tro og selvtillit selv. Men jeg vil så gjerne prøve.

Vedlegg 3: Eksempel på matrise over *sosial støtte* og *mestringstro*

Sosial støtte

Koder Informant nr.	Opplever intern støtte	Opplever ikke/liten støtte (manglende støtte = barriere?)	«Arbeidskode» for egen del: *Tenker det hadde hatt/har innvirkning?*	Oppfølging av veileder/være i et system (ekstern støtte)
1		(4) Nei, jeg får bare høre av familien, både datter og mann, at de ikke synes jeg trenger å gå ned i vekt. Mannen min har veldig lyst å kose seg med noe god mat sent om kvelden, og jeg prøver liksom å si nei- at jeg ikke vil. Men da svarer han "joda, bare spis, dette legger du ikke på deg av. Så det er litt vanskelig sånn. Så jeg har ikke den støtten hjemme, så jeg driver mest for meg selv med dette her. (106)Det er ikke så lett eller motiverende fordi mannen min ikke bryr seg om hva han putter i munnen	(22) Ja, jeg tror nok det hadde vært til god hjelp med litt støtte hjemmefra, for det har mye å si hva som oppfordres til å spise. Mannen min kan for eksempel spise omtrent hva han kommer over uten å legge på seg et gram. Han har veldig lyst å kose seg med noe god mat sent om kvelden, og jeg prøver liksom å si nei- at jeg ikke vil. Men da svarer han "joda, bare spis, dette legger du ikke på deg av". Så det er litt vanskelig sånn.	
2	(257) Jeg opplever å ha det veldig. Der er jeg veldig heldig. Mannen min er veldig opptatt av dette han også. Det er han som er like mye kokken som jeg er, så han er veldig opptatt av det, og han er med på det jeg gjør. I tillegg har jeg en datter og en svigersønn som er veldig opptatt av dette. (293) Og jeg veldig glad for at mannen min også er			

	pensjonist, fordi at da.. han er så positiv! (488) Så er det datteren min da. Og søsteren min da. Det er stort sett det. Vi har en søster til, som røyker, så hun holder vekten sin nede på grunn av dette.			
3 (mann)		(575) Nja… (nølende). Det er vel ikke så mange som tenker på det tror jeg. Dama kunne sikkert vært litt strengere. Men hun tenker vel at jeg er voksen og burde klare dette selv.	(604) Men det er også typisk at jeg er flinkere når jeg er sammen med noen. Hvis dama er hjemme kommer jeg fortere i gang med noe. Men hvis jeg er hjemme alene…. (605) Siden jeg jobber mest kveld, så skulle hun skifte fra kveld til dag, så hun jobber mer dag. Og da er jeg hjemme mer alene på dagtid (ler).. det hjelper jo ikke noe det heller. Men jeg prøver noen ganger å ta et grep før(på forhånd). Og sier til dama at i dag skal jeg lage ”dette”. For da har jeg sagt det til henne og da er det lettere å gjøre det etterpå. Men hvis hun da ikke er hjemme, kan jeg ikke si dette til henne.	
4		(900) Nei, for det er ikke så mange som ser at jeg har et problem med vekta(latter). Av en eller annen grunn så er det sånn at jeg er alene om å ønske det. Det er ingen som skjønner at det er et problem liksom. Så jeg må argumentere for at jeg har det, jeg vet jo at jeg veier for mye. Jeg vet jo at ting hadde vært greiere om jeg gikk ned i vekt. Men det er ikke noen andre som ser det.	(907) Men han er ikke sånn Det vet jeg faktisk ikke for det har jeg aldri prøvd, så det kan jeg ikke si noe om.. Støtten den er heller ikke tilstede, men jeg føler som sagt den ikke har noe stor betydning.	

		Og ikke er jeg sånn som spiser søtt heller. Folk sier jo det til meg, ”du spiser jo ikke kaker eller godteri, du drikker jo ikke brus, hva skal du liksom skjerpe deg på da?” Ikke drikker jeg noe særlig alkohol heller. Så det er så mange argumenter som kommer sånn å dytter meg sånn av.. ”hva skal du virkelig klare å endre på da?”, så det går jo på den biten der. Jeg spiser glutenfritt, det gjør ikke han. Så på en måte har vi nesten hver vår greie sånn på..ja på.. han har sine greier som han må ha og jeg har mine greier liksom. **Føler du at en slik manglende støtte påvirker deg?** Nei. Men den er heller ikke tilstede, men jeg føler som sagt den ikke har noe stor betydning.		
5	(1413) Ja, og han er jo veldig støttende på det, og han syns jo han ser veldig stor forskjell på meg, så han er flinkere enn meg til å se det. Nå synes det sier han, og da sier jeg at det synes ikke jeg.(latter) **Så han oppmuntrer deg på dette?** Jaja. Han spiser jo sjokolade hvis han har lyst på det, men jeg kjenner at jeg har ikke…jeg er blitt flinkere til å sende		(1464) Ja det har det selvfølgelig. Og det ser jeg jo litt sånn med kollegaen min også, de er to og barnløse og de har dette som felles prosjekt. Og da kan man jo på en måte renske huset for alt som ikke skal spises el liknende. De har på en måte, ja…de baker et spesielt brød som begge spiser, og det er da kun dette som finnes i huset osv, og da lager man av det som er i skapet for alt det har man gått gjennom og sjekket, og man handler bevisst etter en liste.	(1202) At jeg har møter med ***kostveilederen min***. At jeg har en dato jeg skal tilbake dit igjen, for da har jeg noen som holder meg litt i skinnet. Og som spør… for jeg er ganske flink til å følge slike ting hvis noen sier at, eller spør, for det er jo ikke det at jeg ikke kan lese meg til det eller vet det, eller…. Men det er den der å forplikte seg til/for noen. Det er jo ingen andres ansvar, og

	oppom hjernen og tenke: Har jeg lyst på det? Ikke bare på autopilot. Og jeg synes jo mørk sjokolade og rødvin er helt fantastisk, en sånn 70-80% mørk sjokolade, så tar han en stripe melkesjokolade, så tar jeg en mørk sjokolade, så det er ikke noe problem. **Så bra. Snakker dere en del om mat og diskuterer dette?** Eh..Innimellom. **Og han er enig i det du sier og tenker om mat?** Eh..Ja. Men jeg tror han. Eh ja. Men han skulle hans kulle jo sikkert gjerne vært det(latter). **Spiser dere veldig annerledes enn?** Nei, han gjør ikke det. Men han spiser jo ting jeg ikke spiser så mye av lenger som pasta, poteter og sånne type ting, og spiser brød, og han er veldig glad i…Ja..vi spiser jo egentlig ikke så mye ssss….Jo det hender vi spiser sjokolade eller potetgull, men ikke, det er liksom ikke no..det er ikke godterier….men han er mer på salt. Veldig glad i salt og veldig glad i mat. **(1435) Men den situasjonen er ikke**			egentlig har ikke noen annen person noe med det heller, men det er en forpliktelse for meg. Ja, absolutt. Det må få en konsekvens at jeg ikke kommer for eksempel, noen står å venter på meg. Da ”må ” jeg. (1194) altså- det er jo ikke det at jeg ikke skjønner hva kostveilederen min sier, eller det at jeg ikke kan lese, som er grunnen til å at jeg ikke alltid gjør det. Men for meg funker det å si at ”ok, jeg skal dit da, så skal jeg dit da, det er motiverende For da vet jeg at jeg hanker det inn igjen. For det går jo litt på det, det gjør det jo.

	en årsak til at du eventuelt ikke får det til som du ønsker? Njjei. Egentlig ikke. (noe nølende). Jeg må egentlig bare planlegge at vi har…og sånn tenker jeg…på lørdag kokte han risengrytgrøt til hele familien Da tenker jeg, det er helt fint, så lagde jeg meg en omelett. (1443) Nei. Men, men jeg forventer jo ikke at han lager en omelett til meg. Han gjør det av og til altså, er jo flink sånn, men da hadde han på en måte lagd grøt til hele familien, og som han sa ”Skal du ha, eller skal du lage deg noe annet?”, Nei ,jeg lager meg en omelett. Så spiste vi sammen. Nei, det blir jo bare en.. Ikke negativt, men det blir en ting til, det er jo veldig lett å spise av det som står fremme. (1367) Jeg snakket akkurat med en kollega og venninne her i går, som har gjort veldig store endringer. Hun har lagt om masse, fått kjemperesultater. Vi har ikke vekt som noe tema, det er vi veldig nøye på, men jeg tipper hun har gått ned 30 kg og kanskje mer.			

	Og det er jo veldig inspirerende å ha noen som har gått foran, og tråkka opp og har noen tips, og vi deler noen oppskrifter … backer litt og..			
6 (mann)	(1691) Eh…jeg, jeg føler vel egentlig ikke så mye støtte. Jeg merker mye forståelse, men med støtte så tenker jeg mer på at man får litt hjelp til ting, kanskje…(ehh…) hva skal en si da, en liten sånn push på at man gjør de riktige tingene, at de rundt deg følger med på at du gjør det du skal. Den er nok ikke helt der. Han eldste hjemme hos oss går jo i den retningen som min kostveileder har valgt, og er superopptatt av kosthold og helse egentlig, og kropp da. Sånn at jeg prøver å teste det ut på han litt. Jeg ser jo også hva han gjør og spiser, så jeg lærer jo litt der og. Så jeg får litt utfordring der, men jeg føler vel at jeg får best hjelp hos min veileder, og jeg får jo svar på alt jeg spør om. Så det synes jeg er flott.		(1826) Helt klart. Det tror jeg. Da får man også litt drahjelp, og da, kanskje hvis man ikke kommer hjem tidlig og ikke har tid til å kjøpe inn, så kan kanskje den andre klare det. Men så har man ikke lyst å dynge det over på noen andre hvis de ikke er i samme situasjon. Så der tror jeg det er mye.	(1770) Poenget med å gå til en veileder er jo å få essensen i ting istedenfor at man skal gripe tak i noe som er så svært, så ønsker man heller at den veilederen har bearbeidet det og fått ut essensen så vil jeg heller det, og bruke forhåpentligvis litt mindre tid på ett tema, enn om jeg skulle gått ut på nettet selv. For en veileder har større forutsetninger for å forstå det også, i og med at man har studert faget. For det er ikke så lett å tolke ting, det blir et hav av ting så skal man sy dette sammen igjen, så gjorde man ”det”, men så ikke ”det”, hvis du skjønner?

7	(2040) Jeg tror alle… Da må jeg nesten si… alle jeg har rundt meg er veldig glad for at jeg klarer å på en måte begynne å ha litt interesse for mat igjen. Det er både mannen min, og ungene synes det er liksom bra at jeg spiser, og synes det er litt hyggeligere å se at jeg holder på litt på kjøkkenet og lager ting og sånn. Foreldrene mine, de synes jo også det er fint nå da, at jeg får i meg mat for de synes det har vært veldig trist at jeg ikke har hatt noe glede av maten. **Så jeg synes jeg har bra støtte av alle rundt meg.** **Den perioden du følte du ikke ble sett, altså ikke opplevde endringer i matveien, ikke fikk det til. Hadde du støtten på hjemmebane da?** (2076) Ja det var han da også. Men, jeg ble ikke.. de møtene vi hadde der da, de trigget meg ikke til å gå hjem å prøve så mye som jeg har gjort nå da, i den grad jeg har gjort nå. **Men prøvde han aktivt å støtte deg?** Ja han gjorde faktisk det, for det var der han fikk kjøttkakene		(1937) Noe er jo det med at du skal lage en type mat som kanskje du bare selv skal spise da, når du har barn rundt deg og kanskje en mann som ikke synes at det er noe stas å spise noe annet enn det han er vant med å spise. Så er det vanskelig å kjøre sitt eget løp på en måte og bare lage mat til deg selv. Det har vært noe som jeg har syntes har vært litt vanskelig opp igjennom årene, når ungene bodde hjemme og sånn.	(2106) Det viktigste for meg har vært å bli møtt på det som faktisk er sårt. (**…**) der jeg går nå har jeg snakket om mye rart, og jeg prater jo om mye. Men hun har latt meg prate og få sette ord på mye som har vært nødvendig i denne prosessen, og nå er jeg i en helt ny verden! Hun stimulerer meg til å på en måte se det behovet jeg har selv, sånn at jeg går veien selv. Hun forteller meg ikke bare hva jeg skal gjøre, men hun har fått meg til å sette ord på hva som er viktig for meg, og hvorfor jeg vil ha et annet kosthold. Det er fordi jeg har lyst til å ha et bedre forhold til mat enn det jeg har hatt, jeg har lyst til å bli i bedre form, og ved at jeg tar eierskap i de utfordringene som har vært da, så vil jeg også lettere kunne gå den veien, enn om noen bare forteller meg hva jeg skal gjøre. Det gir meg ingenting. Hun har spurt hva jeg vil ha, hvorfor jeg vil ha det, og hun har spurt masse spørsmål, og det er det som har gjort at… jeg gjør jo mesteparten av jobben selv, men nå er jeg motivert, det var jeg ikke da, og hvis ikke så tar man jo ikke tak i det selv, du er bare fortalt hva du skal gjøre. Nå er jeg jo kjempemotivert, jeg

	jeg lagde som han snakker om enda, som bare var at jeg lagde kjøttkaker fra bunnen av liksom, så han spurte flere ganger ”kan du ikke lage det igjen” og sånn, men så..*han* var nok like motivert da. Men han er veldig… Han har vært støttende med maten hele tiden han altså, men JEG ble ikke bitt av den der…basillen, engasjementet, de gangene jeg var på Ahus, (2090) JEG ble ikke bitt av det engasjementet den gangen. Nei, mannen min klarer ikke å bevare den motivasjonen hos meg da. Men nå tror jeg nesten at om han hadde.. nå er jeg så bestemt at selv om han kanskje ikke hadde støttet meg på samme måten nå heller, så tror jeg søren meg jeg hadde klart å holde på dette selv, fordi at jeg kjenner at det er viktig for meg. Ja. JEG må være bestemt på det, JEG ønsket og ønsker en endring. (2190) Ja. JEG må være bestemt på det, jeg ønsker en endring. Mannen min klarer ikke å bevare den motivasjonen hos meg.			tror aldri jeg sklir tilbake.”

	Så nå er jeg så bestemt at selv om, han kanskje nesten ikke hadde støttet meg på samme måten nå heller, så tror jeg søren meg jeg hadde klart å holde på dette selv, fordi at jeg kjenner at det er viktig for meg.			
8	(2471) Jada. Så hvis jeg tar med sjokolade hjem blir han faktisk litt sur. Han vil ikke ha sånt i hus. Mannen min prøver så godt han kan, men det er klart at han griner på nesa av noen av de tingene der som er litt alternative.. Så han har ofte tatt seg en tur ut og kommet mett hjem (latter). Og mamma, for hun har liksom ømfintlig mage som meg. Så vi slarver ofte på telefonen over hva som funker og ikke funker, så hun har hatt mye glede av tingene jeg har gjort.		Jaja, absolutt, selvfølgelig.	Oppfølging hjelper mye.
9 (mann)	(2776) Jo, det er sånn at..mitt problem er at min kone er liten og tynn, så hun legger aldri på seg. Problemet er jo når vi skal bort hos andre, så det er litt sånn…da du må si det at ”nei, jeg vil ikke ha dessert”…Hvis vi er på hyttetur for			(2638) Det handler om motivasjon tenker jeg. Og det som hjalp meg forrige gang det var at jeg hadde det sparket bak fra veileder, så enkelt er det. Jeg synes det var veldig stas å kunne sende til veilederen min at nå har jeg gått ned 6 kg, men så får hun nye

	eksempel og det serveres pasta, og det er vanskelig å si nei til det. Da spiser jeg heller litt lite og da må jeg kompensere med insulin… og det er jo det verste som kan skje.. For eksempel har jeg en kollega med diabetes type 1, og han sier det at han spiser absolutt alt. Han spiser vanlig is.. kaker.. ja søstra mi, ja hun er jo, hun er jo, hun rører seg ikke og er litt stor av seg, men hun spiser også alt, hun bare kompenserer med insulin, og det gidder ikke jeg.			kunder og jeg føler kanskje at nå klarer jeg det selv så går ikke det. Så… man skulle vært inne på en kontroll av og til, ikke akkurat få straff men… (2687) På slutten av 90-tallet gikk jeg ned 22 kg. Jeg var på 3 Grete Roede kurs over 6 mnd. Da var jeg ”nazi”. Da gikk jeg 40 minutter hver bidige dag. Da var jeg ordentlig ja…. Men da visste at jeg måtte legge frem resultat neste mandag liksom. Vi satt jo i en sirkel og fortalte ”det går fint, men iskrem osv er litt vanskelig, hvordan skal jeg gjøre det?”, vi utvekslet erfaringer. Så…og det husker jeg, når jeg fikk diabetes så var jeg til en diabetes lege på Jessheim, og da sa jeg at var det èn ting jeg savnet så var det å snakke med andre for jeg ble jo sendt på et kurs gjennom Ahus, ett år etter jeg fikk diabetes. Og da, etter jeg måtte mase meg til det, og da kom jeg, og da satt jeg på det møterommet på Ahus og da var det…alle der hadde type2. Ingen type1 og ingen Lada, alle var ekstremt overvektige for å si det rett ut, og når jeg kom dit hadde jeg nettopp syklet Birken for første

				gang. Og alle snakket om at de hadde vondt for å gå og..så sier jeg- hva skal jeg spise etter jeg har syklet 2 timer da? Og det hadde de ingen erfaring med de sykepleierne. Og da gikk jeg til legen og sa at er det en ting jeg savner er det å få kunne snakke med andre som har samme erfaring.
10	(2865) Ja det har jeg vel egentlig hatt, ja jeg synes egentlig jeg har hatt det hele veien. Men samtidig så har det vært litt sånn ja..(latter), pappa har vært litt sånn hvis jeg skal dit og spise lunsj for eksempel **"Ja reis innom å kjøp noe selv da, for det er håpløst å lage mat til deg liksom, for du spiser ingenting lenger",** men så prøver jeg å si til han og flere som tenker det at jeg spiser helt vanlig mat, det er bare noen ting jeg unngår. Jeg spiser jo akkurat det samme som alle andre, men ja…jeg tror kanskje de har begynt å forstå det litt nå. **Oppmuntrer samboer deg ift. Matvalgene du gjør?** Eh..både ja og nei. Kanskje litt irriterende mye noen ganger, for hvis jeg finner ut at i dag vil jeg spise "det her", og			

	da sier han ” det her skal ikke du spise, dette får ikke du lov til”, Så sier jeg ”jo i dag får jeg faktisk lov til det, og da gjør jeg det i hvertfall, det får litt motsatt effekt egentlig.			

	Mestringstro		
Koder Informant	**Opplever *liten* mestringstro**	**Opplever *noe* mestringstro**	**Opplever *sterk* mestringstro**
1	(113) Jeg er mye deprimert til tider. På grunn av at jeg bare mislykkes hele tiden, og ikke får det til. Jeg blir veldig skuffet over meg selv. (131) Og det er fordi jeg har prøvd så mange ganger før, og ikke lykkes. Jeg har jo gått ned en del på kursene, men jeg går rett opp igjen. Og da tenker jeg: Hvorfor skal jeg klare å lykkes nå, liksom? Det er det som sitter i hodet mitt hele tiden: Hvordan skal jeg klare å lykkes nå, når jeg har mislyktes så mange ganger før. Hvis du skjønner hva jeg mener? (183) Jeg må bare komme over den bøygen, og ha mer tro på meg selv, og at dette skal jeg klare.		
2			(424) Jeg har veldig tro på det nå, for jeg har jo følt at magen min har blitt bedre. Jeg føler at nå har jeg funnet ut hva jeg ikke har så godt av, og endrer det slik. Ja. Jeg har det. Og det er derfor jeg har vært så positiv overfor søsteren min også, for hun sliter veldig mye mer med magen enn det jeg gjør. Og jeg prøver å si hva som hjelper til henne av mat og tilskudd. Så jeg er veldig positiv slik, jeg vil så gjerne, men jeg vil ha det fortere (latter).
3 (mann)		(797) Latter. Ikke tilstede. Eller.. det er jo det av og til da, men det er impulsen som tar valget. Jeg kan jo stå å nesten gråte fordi jeg vet at jeg ”må ikke spise dette, jeg må ikke spise	

		dette", men så lager jeg allikevel melk, korn og sukker for eksempel. Men det er jo godt med sukker. Så du gjør noe mot det du egentlig vil, og egentlig uten at du vet hvorfor. Jeg blir veldig skuffet (829) Jeg begynte å skrive ting jeg kunne spise da, på et exel ark, så jeg hadde det klart at "dette kan jeg spise". Men så glemmer jeg jo at jeg har det skjemaet. **For jeg har allerede gitt opp før jeg får begynt å bruke det.**	
4	(1008) Det er der jeg har tenkt litt da. Tror jeg virkelig selv at jeg skal klare det? Og da tenker jeg "nei, egentlig så gjør jeg jo ikke det. Det er mer det der "jaja, så har jeg jo prøvd da". Det er noe som ligger der altså. Men det er akkurat med troen jeg sliter litt nå.	(1122) Ja vet du, jeg har tro på at jeg vil holde på disse endringene, jeg. Jeg tror jeg er kommet dit nå, at dette gjør jeg for å ha det bra, ikke for vekten min. Jeg har det bra ved slik kost. Det jeg også kan si, er at jeg før hadde veldig mye magesmerter, og det har jeg ikke hatt etter jeg endret kosthold. Så jeg kjenner jo endringer av endret kosthold. Jeg er også mett over lengre tid med maten jeg spiser nå. Jeg er mett lenge. Men å få til vekten jeg ønsker, det har jeg ikke tro på lenger.	
5			(1350) Ja. For dette er ikke noe "kurs", dette er ikke noen kur. Det er bare en endring som er bra. Det ville jo vært veldig trist hvis jeg ikke trodde på dette? (latter). "Jaja, jeg må visst komme hit, men det går nok ikke bra" (latter)
6 (mann)			(132) Ja. Det har jeg. jeg er helt sikker på at jeg kommer til å

			gjennomføre alle de rådene som kostveileder har kommet med, og jeg gir meg ikke før jeg er i mål, det er vel sjelden at jeg gjør det.
7			(2203) Ja jeg har det. Ja, for ellers har man ikke tatt tak i det selv da, du er bare fortalt hva du skal gjøre.
8			(2570) Ja, du tenker på om motivasjonen er der til at jeg ikke skal falle tilbake igjen til for fire år siden? **Ja for eksempel.** Ja selvfølgelig. Man vil jo ikke ha vondt, man vil ikke ha en kropp som ikke fungerer.
9 (mann)			(2841) Absolutt, f**or jeg vet jo at det funker.** Jo, hvis ikke hadde jeg visst bare gitt opp allerede. Jeg føler jo at det er et signal om at jeg har troen på det
10			(3007) Eh…nei nå er den egentlig…i og med at det begynte å skje endringer med en gang, så steg den ganske raskt!

Vedlegg 4: Ikke meldepliktig til NSD