

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

2019

Opplevelser av mestringstro hos personer med sykkelig
overvekt som mottar konservativ behandling

Maria Dalen



OsloMet – storbyuniversitetet

**Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

Forord

Da er et lærerikt og spennende år over. Jeg vil starte med å si hvor heldig jeg var som fikk muligheten til å jobbe med dette prosjektet, da dette er et temaområde som jeg er interessert i og synes er spennende. Jeg er takknemlig for all erfaring jeg har fått gjennom arbeidet med denne masteroppgaven, og synes det har vært så interessant å få trenge dypere i opplevelsene til personer som gjennomgår konservativ behandling av sykelig overvekt. Denne masteroppgaven har gitt meg erfaringer og kunnskap om kvalitativ metode og jeg setter pris på erfaringene jeg har fått gjennom arbeidet med gjennomføring intervjuer samt analyse av et stort datamaterialet og arbeidet rundt det. Jeg setter pris på alt jeg har lært og tar det med meg på veien videre.

Først vil jeg gi en stor takk til mine veiledere. Min hovedveileder, førsteamanuensis Marianne Molin, takk for god støtte og samarbeid gjennom året. Setter pris på dine raske og gode tilbakemeldinger og innspill jeg har fått. Min biveileder, Professor i helsekommunikasjon, Kjell Sverre Pettersen, takk for god og lærerik veiledning. Vil takke dere begge og for at dere fikk meg trygt i havn.

Videre vil jeg takke de ansatte på rehabiliteringsstedet jeg fikk utføre oppgaven sammen med, som tok meg varmt i mot og hjalp meg med å rekruttere deltakere. Det har vært spennende å samarbeide med dere. Videre vil jeg gi en stor takk til alle informantene som takket ja til å delta i prosjektet. Jeg er takknemlig for at de tok seg tid til å intervjuene og for at de åpnet seg for meg.

Jeg er takknemlig for all støtte og motivasjon jeg har fått fra familie, venner og medstudenter. Spesielt takk til mamma og pappa som har hatt troen på meg gjennom dette hektiske året, og for all deres støtte og interesse underveis. Til slutt vil jeg takke Synne Groufh-Jacobsen, Linn Borgundvaag og Evelina Svensson for deres tilstedeværelse, støtte og motiverende telefonsamtaler gjennom denne masterhverdagen.

Oslo, 14.05.2019

Maria Dalen

Sammendrag

Bakgrunn: Personer med sykkelig overvekt som ønsker konservativ behandling, har ofte slitt lenge med sin overvektsproblematikk. Tilbakefall er vanlig i en slik prosess og få klarer å oppnå normalvekt som følge av behandlingen. Mestringstro er sett på som en viktig komponent i behandling av fedme, men det er imidlertid begrenset forskning som undersøker endringer i mestringstro rundt dette med fedmebehandling.

Hensikt: Å undersøke opplevelser av mestringstro hos personer med sykkelig overvekt som deltar i et konservativt rehabiliteringsopplegg for livsstilsendring.

Metode: Det ble gjennomført 21 semistrukturerte dybdeintervjuer av to utvalg. Hvert utvalg besto av syv deltakere. Utvalg 1 besto av deltakere som skulle starte på introduksjonskurs med varighet på åtte uker. Disse deltakerne ble intervjuet før start av kurs og etter endt kurs. Deltakerne i utvalg 2 besto av deltakere som var ett til to år ute i forløpet. Disse deltakerne ble intervjuet når de var inne til oppfølgingsopphold. Systematisk tekstkondensering er brukt som analysemetode med et fenomenologisk teoretisk perspektiv som tilnærming.

Resultater: Deltakerne styrket sin mestringstro gjennom rehabiliteringsopplegget. Tidligere deltakere som hadde hatt suksess med sin livsstilsendring, oppleves som rollemodeller for å styrke sin egen mestringstro til å lykkes. Sosial støtte fremkommer som betydningsfullt. Barrierer som spesielt utfordrende for å lykkes med livsstilsendring var, bekymring for å mislykkes nok en gang, fysiske og psykiske utfordringer, samt mat som trøst.

Konklusjon: Studien viser at mestringstroen påvirkes av opplevde mestringserfaringer og det er viktig å oppleve på positive mestringserfaringer for å opprettholde motivasjonen til livsstilsendringen. I tillegg er tett oppfølging og sosial støtte betydningsfullt for å lykkes med livsstilsendringen.

Abstract

Background: People with morbid obesity who receive conservative treatment, often have struggled for a long time with their obesity. Relapse is common during this process, and few manage to achieve normal weight as a result of treatment. Self-efficacy is seen as an important component in the treatment of obesity. However, there is limited research investigating changes in self-efficacy during obesity treatment.

Aim: To investigate the experiences of self-efficacy in participants with morbid obese who participate in a conservative rehabilitation program for lifestyle change.

Method: 21 semi-structured in-depth interviews of two selections were completed. Each section consisted of seven participants. Selection 1 consisted of participants who were ready to start an introductory course with duration of eight weeks. These participants were interviewed before and after the course. Selection 2 consisted of participants who were 1-2 years into the rehabilitation process. These participants were interviewed when they came in for follow-up. The data was analysed by using systematic text condensation with a phenomenological theoretical perspective approach.

Results: The findings shows that the patients strengthen their self-efficacy through the rehabilitation program. Social support was important, and former participants who had succeed with their lifestyle changes was perceived as role models. Having these role models strengthen the participants' own beliefs in success. Emerging barriers for success were concern of failure, physical and mental challenges, and difficulties with food.

Conclusion: The study shows that self-efficacy is influenced by mastery experiences. In order to maintain motivation during lifestyle changes it is important to have positive mastery experiences. In addition, follow-up and social support seems to be important to succeed with maintenance of weight loss.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
Liste over tabeller	7
Liste over figurer	7
Liste over vedlegg	7
1 Introduksjon – Bakgrunn for studien	1
2 Teori	5
2.1 <i>Sykelig fedme</i>	5
2.2 <i>Behandlingsopplegg for personer med sykelig fedme</i>	6
2.3 <i>Mestringstro</i>	9
2.3.3 <i>Bandura sin teori om mestringstro</i>	12
2.3.1 <i>Mestringserfaringer</i>	12
2.3.2 <i>Vikarierende erfaringer (Rollemodeller)</i>	13
2.3.3 <i>Sosial overtalelse (Sosial støtte)</i>	14
2.3.4 <i>Fysiske og psykiske tilstander (Barrierer for endring)</i>	15
2.4 <i>Forskningsspørsmål til oppgavens problemstilling</i>	15
3 Metode	17
3.1 <i>Vitenskapelig tilnærming – Kvalitativ metode</i>	17
3.1.1 <i>Fenomenologi</i>	17
3.1.2 <i>Forskerrollen</i>	18
3.1.3 <i>Forforståelse</i>	19
3.2 <i>Intervjuguide</i>	20
3.2.1 <i>Intervjuprosessen – semi-strukturerte dybdeintervjuer</i>	20
3.3 <i>Transkripsjon</i>	23
3.4 <i>Analyse av datamaterialet</i>	24
3.5 <i>Forskningsetiske vurderinger</i>	27
4 Funn	29
4.1 <i>Første intervju</i>	29
4.1.1 <i>Mestringserfaringer før introduksjonskurs</i>	29
4.1.2 <i>Rollemodeller før introduksjonskurs</i>	31
4.1.3 <i>Sosial støtte før introduksjonskurs</i>	32
4.1.4 <i>Barrierer før introduksjonskurs</i>	33
4.2 <i>Andre intervju</i>	36
4.2.1 <i>Mestringserfaringer etter introduksjonskurset</i>	36
4.2.2 <i>Rollemodeller etter introduksjonskurset</i>	38
4.2.3 <i>Sosial støtte etter introduksjonskurset</i>	38
4.2.4 <i>Barrierer etter introduksjonskurset</i>	40

4. 3 Tredje intervju	41
4.3.1 Mestringserfaringer hos deltakere 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet	41
4.3.2 Rollemodeller hos deltakere som er 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet	43
4.3.3 Sosial støtte hos deltakere som er 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet	43
4.3.4 Barrierer hos deltakere som er 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet	44
5 Diskusjon	47
5.1 Metodediskusjon	47
5.1.2 Studiens reliabilitet	47
5.1.3 Studiens validitet	51
5.2 Funndiskusjon	52
Helhetlig oppsummering av studiens funn	52
Opplevde mestringserfaringer er knyttet til deltakerens suksess	53
Rollemodellens betydning	57
Sosial støtte har betydning	58
Barrierer for endring	60
5.3 Konklusjon og implikasjon	64
Referanser	65

Liste over tabeller

Tabell 1: Klassifisering av KMI og sammenhengen mellom KMI og helse, s 4.

Tabell 2: Eksempel på ukeplan for introduksjonskurs, s 7.

Tabell 3: Eksempel på tema, kode og meningsbærende element, 23.

Tabell 4: Oversikt over tema og kodegrupper som danner grunnlag for studiens funn, 24.

Liste over figurer

Figur 1: Teoretisk modell inspirert av Albert Banduras teori om mestringstro, s 11.

Liste over vedlegg

1. Samtykkeskjema 1
2. Samtykkeskjema 2
3. Intervjuguide 1
4. Intervjuguide 2
5. Intervjuguide 3
6. Tilbakemelding fra NSD søknad

1 Introduksjon – Bakgrunn for studien

Sykelig overvekt defineres ved kroppsmasseindeks (KMI) over 40 eller KMI over 35 med en vektrelatert følgesykdom. Sykelig fedme er en alvorlig kronisk sykdom som også representerer risiko for somatiske og psykiske tilleggslidelser (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt og fedme er i dag et økende folkehelseproblem globalt. I verden er overvekt og fedme knyttet til flere dødsfall enn undervekt, og i verden er det nå flere mennesker som er overvektige enn undervektige. Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO) har forekomsten av fedme på verdensbasis nesten blitt tredoblet siden 1975. I 2016 ble det estimert at mer enn 1,9 milliarder av den voksne befolkningen var overvektige og av disse hadde 650 millioner fedme (World Health Organization, 2018). Som i resten av verden er overvekt og fedme også sterkt økende i den norske befolkningen. I dag antas det at hver femte nordmann har KMI over 30 kg/m², som utgjør en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene (Helsedirektoratet, 2010). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at omlag 25 prosent av mennene og 21 prosent av kvinnene i alderen 40-45 år har fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at bortimot halvparten av de voksne med KMI >35 kg/m² har sykelig fedme. Altså at de enten har følgesykdommer eller en KMI >40 kg/m².

I et folkehelseperspektiv gir prevalensen av overvekt og fedme grunn til bekymring, da overvekt og fedme kan knyttes til økt risiko for ikke-smittsomme sykdommer, som igjen kan gi økt risiko for død. En rapport fra The Lancet (2019) skriver at overvekt og fedme står for ca 4 millioner dødsfall årlig i verden (Swinburn et al., 2019). WHO definerer overvekt og fedme som «unormal eller overdreven fettakkumulering som kan skade helsen» (World Health Organization, 2018). Fedme (KMI >30) øker risikoen for blant annet hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, type 2 diabetes, visse typer kreft, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og infertilitet. WHO beskriver fedme som en av de største helsetruslene i vår tid, hvor risiko øker med stigende grad av fedme (Helsedirektoratet, 2010).

Med en økende forekomst av overvekt og fedme er det viktig med gode *behandlingsopplegg*. I Norge er behandling og forebygging av sykelig overvekt et helsepolitisk satsningsområde (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes idag ulike behandlingsstrategier for personer med sykelig overvekt. De mest anvendte behandlingsmetodene av sykelig overvekt er fedmekirurgi (bariatrisk kirurgi) og konservativ behandling (livsstilsendingsintervensjoner).

Fedmekirurgi medfører betydelige vekttap, i tillegg til å ha gunstig effekt på enkelte følgesykdommer til fedme. Vekttapet er i snitt på 30 % etter fem år, men det er risiko for en rekke komplikasjoner både på kort og lang sikt (Wang, Hofmann & Høymork, 2014). Det finnes mange former for fedmekirurgi, og i Norge er de to vanligste gastrisk bypass og gastrisk sleeve (Kristinsson, 2017). For å bli henvist til vurdering av fedmekirurgi må pasienten ha vesentlig redusert livskvalitet og KMI >40 eller KMI >35 med vektrelatert tilleggssykdom, eller om annen behandling ikke har hatt effekt. Før pasientene tar valget om fedmekirurgi, må de gjennomgå et obligatorisk *Startkurs* ved Lærings- og mestringscenter (LMS). Det første Lærings- og mestringscenteret ble etablert i 1997 ved Aker sykehus i Oslo, og er i dag lokalisert ved ulike sykehus rundt om i landet. Varigheten på startkurset er 36 timer fordelt på 9 uker, og har til hensikt å gi pasientene muligheten til å ta et informert valg om hvorvidt de ønsker å gjennomføre inngrepet. I tillegg informere om hvilke behandlingsalternativer som finnes for sykkelig overvekt.

Selv om fedmekirurgi er en effektiv metode for behandling av sykkelig overvekt, er det personer av ulike årsaker som ikke kan eller ønsker fedmekirurgi. Det finnes da ulike typer konservativ behandling av sykkelig overvekt, både private og kommunale tilbud. Frisklivssentraler er et kommunalt tilbud som har til formål å være et helsefremmende og forebyggende tilbud, som tilbyr endring av kost- og aktivitetsvaner (Helsedirektoratet, 2016). Målgruppen er dem med sykdom eller økt risiko for sykdom som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016). NIMI (Norsk idrettsmedisinsk institutt) og Grete Roede er eksempler på private aktører som tilbyr vektreduksjon for personer med overvekt og fedme. Konservativ behandling i spesialisthelsetjenesten er hovedsakelig knyttet til personer med sykkelig fedme. En slik livsstilsbehandling er basert på bevisstgjøring, endring av atferd og mestringsstrategier for etablering av nye kost- og aktivitetsvaner. Konservativ behandling kan gjennomføres i individuelle eller gruppebaserte programmer. Disse tilbudene foregår både poliklinisk, i form av dagsopphold eller døgnopphold på rehabiliteringssenter (Helse Sør-Øst, 2007). I spesialisthelsetjenesten er hovedformålet med *konservativ behandling* å hjelpe pasienten til å endre livsstil der behandlingen bygger på fysisk aktivitet, ernæring og mestringspsykologi. Etter behandling vil oppfølging være avgjørende for å lykkes (Helsedirektoratet, 2010).

Et flertall av personer med sykkelig overvekt og som ønsker konservativ behandling, har ofte slitt lenge med sin overvektproblematikk. Tilbakefall er vanlig i en slik prosess og det er bare få som klarer å lykkes med å oppnå normalvekt som følge av behandling (Cochrane, 2008; Helsedirektoratet, 2010; Wadden, Butryn & Byrne, 2004). I tillegg at fedmeepidemien er en

global utfordring, er langsiktig vedlikehold av vekttap et enda større problem (Lang & Froelicher, 2006). Selv om det finnes tilbud for behandling, vil det til syvende å sist falle på personens innsats, motivasjon og tro på å klare det. Ifølge Bandura vil det å ha tro på at man har det som skal til for å nå resultatet være vesentlig for å lykkes (Bandura, 1986, 1997). Gjennom *mestringserfaringer* vil en persons mestringstro til en bestemt atferd være påvirket av opplevelser av tidligere erfaringer. Om man har opplevd å mislykkes eller ikke oppnådd mestring om en bestemt atferd tidligere, som i dette tilfelle ville være flere mislykkede vektreduksjonskurs, vil dette være med på å undergrave personens *mestringstro* (Bandura, 1997). Videre er det sett at *rollemodeller* vil ha betydning for en persons mestringstro (Bandura, 1997; Manger & Wormnes, 2015). Bandura mente blant annet at både observasjonslæring og deltakende læring, fører til utvikling av kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for atferdsendring. Dette er viktige verktøy for å bygge selvtillit og mestringstro. Betydningen av *sosial støtte*, målarbeid og tilbakemelding i forhold til atferdsendringen, fremhever Bandura som viktig for opprettholdelse av endringen (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Det er vist at personer som ønsker å gjennomgå en livsstilsendring opplever mange *barrierer* som hindrer dem i å begynne eller å opprettholde vekten (Gupta, 2014; Orji, Vassileva & Mandryk, 2012). Mestringstro er sett å være en viktig komponent i behandling av fedme, men det er imidlertid begrenset forskning som undersøker endringer i mestringstro rundt dette med fedmebehandling (M. Clark, R. Cargill, L. Medeiros & Pera, 1996). I denne studien er det derfor valgt å fokusere på teorien til Albert Bandura om mestringstro.

På bakgrunn av det overnevnte, er hensikten med denne studien å forsøke å svare på følgende problemstilling:

Hvordan oppleves mestringstro hos personer med sykelig overvekt som deltar i et konservativt rehabiliteringsopplegg for livsstilsendring?

2 Teori

I dette kapitlet vil teori som er relevant for problemstillingen bli belyst. Tilslutt følger de tilhørende forskningsspørsmålene.

2.1 Sykelig fedme

Sykelig overvekt defineres som nevnt innledningsvis som $KMI >40$ eller $KMI >35$ med en følgesykdom forårsaket fedme, som for eksempel diabetes type 2, søvnapne, hjerte- og karsykdom, metabolsk syndrom og belastningslidelser (Helse Sør-Øst, 2007). Sykelig overvekt kan også føre til redusert livskvalitet, nedsatt arbeidskapasitet og for tidlig død (Helsedirektoratet, 2010).

Kroppsmasseindeks (KMI) benyttes internasjonalt som et mål for å klassifisere overvekt og fedme og for å sammenlikne helserisiko ved over- og undervekt. KMI er et mål på vekt i forhold til høyde og regnes ut med vekten i kg dividert med kvadratet av høyden i meter (Helsedirektoratet, 2010).

Tabell 1. Klassifisering av KMI og sammenhengen mellom KMI og helse (Folkehelseinstituttet, 2017).

Klassifisering	KMI, kg/m^2	Helserisiko
Undervekt	18,4 eller lavere	Lav risiko for diabetes, økt risiko for andre helseproblemer
Normalvekt	18,5 – 24,4	Lav
Overvekt	25 – 29,0	Økt for diabetes
Fedme – grad 1	30 – 34,9	Økt for diabetes Økt for dødelighet
Fedme – grad 2	35 – 39,9	Høy risiko for flere helseproblemer Økt dødelighet
Fedme – grad 3	40 eller høyere	Ytterligere økt helserisiko

Som beskrevet innledningsvis er vektøkningen i befolkningen økende, og halvparten av alle nordmenn er overvektige, der hver femte nordmann havner i fedmekategorien. Den økende forekomsten av fedme kan sees gjennom mange årsaker. Enklest sett kan forklaringen skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Samfunnsmessige endringer og personlige preferanser spiller inn, og det er sett både endringer i fysisk aktivitet og endringer i spisevaner over tid (Helsedirektoratet, 2010). Det er skjedd store

endringer i samfunnet vårt innen blant annet teknologi, transportsystemer, matvareproduksjon og livsstil som medfører økt tilgjengelighet av mat og redusert fysisk aktivitet (Giske et al., 2014).

Forskning viser videre at personer med fedme har økt risiko for psykiske utfordringer. Spiseforstyrrelser, angst, depresjon samt redusert selvfølelse er alle assosiert med fedme, og forekommer oftere hos personer som søker behandling for fedme (Lin et al., 2013). Psykiske utfordringer kan ha påvirkning for vilje, selvkontroll og appetitt som er viktige faktorer som kan forklare utvikling av fedme. Det er vist i longitudinelle studier at angst og depresjon virker inn på risikoen for senere overvekt, og at fedme kan føre til angst og depresjon (Berkowitz & Fabricatore, 2011). Litteraturen viser videre at fedmeproblematikken ikke bare handler om utfordringer med viljestyrke eller selvkontroll, men at det er en kompleks lidelse som involverer appetittregulering og energiomsetning som er forbundet med komorbiditet. Derfor er det forskning som viser at effektive strategier krever styringsstrategier i en kombinert tilnærming til kostendringer, fysisk aktivitet og atferdsendringer (Lang & Froelicher, 2006). På en annen side er det mye som tyder på at det er viktig å finne ut hvilke faktorer som ligger bak årsaken til fedme, og ikke kun fokusere på matinntaket og aktivitetsnivået.

På bakgrunn av at årsakene til sykkelig overvekt er sammensatte og at det ofte er en kombinasjon av flere elementer som har forårsaket overvekten, er det behov for tverrfaglig samarbeid i helsetjenesten. Helsedirektoratet trekker frem at det er nødvendig med strategier for hvordan man kan forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme i helsetjenesten. Det vil derfor være behov for behandling som inkludering flere fagområder, der en tverrfaglig overvektspoliklinikk tar ansvaret for videre behandlingsforløp (Helse Sør-Øst, 2007; Helsedirektoratet, 2010).

2.2 Behandlingsopplegg for personer med sykkelig fedme

Helsedirektoratet har utarbeidet egne retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Helsedirektoratet, 2010). I primærhelsetjenesten er redusert energiinntak og økt fysisk aktivitet trukket frem som viktigste behandlingsstrategi og koordineres som oftest av fastlegen for voksne. Oppgaven til primærhelsetjenesten er å støtte opp pasientens helsefremmende atferd og styrke pasientens ressurser for å forebygge og behandle sykdom (Helse Sør-Øst, 2007). Ved manglende effekt eller når det foreligger åpenbare indikasjoner for henvisning ved sykkelig overvekt, med eller uten følgesykdommer, vil pasienten bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Her tilbys det utredning, diagnostikk og behandling til pasienter med sykkelig overvekt. Etter vurdering får pasienten tilbud om

fedmekirurgi, oppfølging ved Lærings- og mestringssenter (LMS) eller konservativ behandling (Helsedirektoratet, 2010).

Bariatrisk kirurgi er en effektiv metode for å behandle pasienter med sykkelig overvekt. Vekttapet etter kirurgi er i snitt på omtrent 30 % etter fem år, men langsiktig opprettholdelse av vekt nedgang er en stor utfordring. Det er dokumentert at omtrent en tredjedel av vekt nedgang blant individer som har gjennomgått en livsstilsendring, gjenvinner sin vekt i løpet av ett år (Wadden et al., 2004). En oversiktsartikkel konkluderer med at det er mangelfull kunnskap om hvilke atferdsendringer som er mest gunstig for pasienter for å opprettholde en varig vekt reduksjon (Wykowski & Krouse, 2013).

I Norge fedme opereres det omtrent 3000 pasienter årlig (Kristinsson, 2017). Fedmekirurgi sees på som siste utvei for behandling av sykkelig fedme. De fleste operasjonene blir utført på offentlige sykehus, mens en tredjedel på private sykehus. Som nevnt innledningsvis finnes det mange ulike typer metoder for fedmekirurgi, men i Norge de to vanligste er gastrisk bypass og gastrisk. Førstnevnte er en hyppig brukt metode som innebærer reduksjon av magesekkens volum og «utkobling» av deler av tarmen. Dette resulterer i begrensning av matinntak og redusert opptak av mat til tarm og gir raskt og stort vekttap. Denne metoden har vært utført siden 1966, laparoskopisk utført siden 1993. Gastrisk sleeve er en relativt ny fedmeoperasjonsmetode og utføres ved å dele magesekken på langs slik at magesekkens volum forminskes med ca 80 % fra dens opprinnelige størrelse. Begge operasjonene utføres laparoskopisk (kikhullsoperasjon) (Helsedirektoratet, 2010; Kristinsson, 2017; Wang et al., 2014). Målsettingen med bariatrisk kirurgi er at inngrepet i mage-tarmkanalen skal føre til at pasienten har et redusert energiinntak. Men for å oppnå langvarig vekt nedgang kreves det at pasienten endrer livsstil- og matvaner. Studier viser at effekten av flerdimensjonale behandlingsmetoder er et gjennomsnittlig vekttap på 0,5 kg per uke i behandlingsforløpet. Videre er det sett at oppimot 60-70% av vekttapet opprettholdes i løpet av det første året, mens ved tre og fem års oppfølging ser derimot vekten ut til være gjenvunnet tilbake til utgangsvekten. Det er sett at omtrent 90-95 % av dem som hadde gått ned i vekt hadde gått opp igjen etter flere år (Ogden, Clementi & Aylwin, 2006). Dessuten finner Wykowski og Krouse (2013) i sitt review at pasienter som hadde gjennomgått fedmekirurgi følte seg uforberedt på store psykososiale endringer og forandringer i livsstil etter kirurgi. Dette peker mot at det er behov for bedre oppfølging etter operasjon (Wykowski & Krouse, 2013). En del av behandlingsopplegget til pasienter som ønsker å gjennomføre bariatrisk kirurgi er derfor å gjennomgå Startkurs ved LMS som nevnt i bakgrunn.

Konservativ behandling i form av livsstilsendring som inkluderer kosthold, fysisk aktivitet og atferdsendring, har vist seg å være en effektiv strategi for å hjelpe pasientene til å endre deres levevaner knyttet til kosthold og fysisk aktivitet og på denne måten forbedre vekttnap og vedlikehold (Berkel, Poston, Reeves & Foreyt, 2005; Burke & Wang, 2011; Lang & Froelicher, 2006). Studien til Burke & Wang (2011) trekker frem at en kombinasjon av atferdsstrategier, kosthold og mosjon er den mest effektive behandlingstilnærmingen.

Rehabiliteringsstedet hvor datainnsamlingen ble gjennomført tilbyr et dagbasert rehabiliteringsopplegg for personer med sykkelig overvekt. Dette er en privat bedrift som leverer tjenester til de regionale helseforetakene (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt Norge). Pasientene blir henvist til rehabiliteringstilbudet via overvekts poliklinikker på sykehusene. Flere av pasientene som henvises har vært gjennom *Startkurs* og har valgt bort kirurgi som behandlingsstrategi. Dermed er rehabiliteringstilbudet et tilbud for de som helle ønsker konservativ behandling. Rehabiliteringstilbudet er gruppebasert med individuell tilpasning og tilbyr oppfølging i totalt 5 år. Det første året starter med et åtte ukers introduksjonskurs, der pasientene møter tre dager per uke, etterfulgt av to perioder inneværende år med en varighet på to uker hver med tre dager per uke. De påfølgende årene er det færre oppfølgingsperioder, men rehabiliteringsstedet har kontakt med pasientene via en pasientsikret programvare, kalt Checkware videre i behandlingsforløpet. Rehabiliteringssteder er tverrfaglig og består av psykolog, fysioterapi og ernæringsfysiolog, i tillegg samarbeider de med idrettspedagog, lege og arbeidskonsulent. Behandlingstilbudet sine målsetninger er å blant annet styrke personens mestringsevne i hverdagen og i arbeidslivet med bedret funksjon og allmenn tilstand. Samt bidra til en varig livsstilsendring med 10 % vektnefgang det første året. Timeplanen inneholder fysisk aktivitet, ernæring, atferdsendring, motivasjon og mestring.

Tabell 2: Eksempel på ukeplan for introduksjonskurs

Uke	Kursdag 1	Kursdag 2	Kursdag 3
Uke 1	Trening: Sirkeltrening	Trening: Egentrening	Trening: Utetrening
	Temasamling med ernæringsfysiolog:	Temasamling med psykolog:	Temasamling med fysioterapeut:
	Tema: Planlegging og struktur – Måltidsrytme, porsjonsstørrelser, matvalg	Tema: «Slankefella» - Selvfølelse, aksept, mindfulness	Tema: Generelt om fysisk aktivitet – Generelle effekter av fysisk aktivitet, generelle anbefalinger fysisk aktivitet, ulike typer av fysisk aktivitet

Rehabiliteringsstedet benytter seg av forskjellige metoder for atferdsendring. De bruker blandt annet en overordnet teoretisk modell for kognitiv atferdsterapi og en del andre ulike modeller som blant annet Bandura sin teori mestringstro. Studier viser at en kombinasjon av atferdsterapi, spesielt kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med kostholds- og aktivitetsplan kan føre til bedre resultater på vektreduksjon, både på kortere og lengre sikt (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012; Wadden, Webb, Moran & Bailer, 2012).

Vellykket langsiktig vektnedgang vil være individuelt, da det er viktig å jobbe ut fra egne mål og preferanser. Livsstilsendring er grunnleggende i all behandling av sykkelig fedme, om det gjelder forebyggende tiltak, atferdsterapi eller fedmekirurgi (Helse Sør-Øst, 2007). Altså, varige endringer i levevaner er imidlertid det viktigste virkemiddelet ved behandling av overvekt og fedme. Vektreduksjon bør betraktes som vellykket ved en reduksjon på 5-10 % fra utgangsverdien (Helsedirektoratet, 2010). Behandlingsmålet til rehabiliteringstilbudet er 10 % vektnedgang det første året på rehabilitering, samt at det skal bli en varig livsstilsendring.

2.3 Mestringstro

Begrepet self-efficacy ble introdusert av psykologen Albert Bandura på 1970-tallet, som på norsk går under mestringstro. Begrepet er en av hovedelementene i hans sosial-læringsteori, en teori som ble videreutviklet i 1986 og som i dag kjennetegnes som sosialkognitiv teori. Mestringstro vil i sosialkognitiv teori handle om at mestringstroen til en person vil være dynamisk og påvirket av hvilken situasjon man befinner seg i og hvem man er omringet av (Nutbeam et al., 2010). Videre har denne modellen hatt mye å si for utvikling av teori og praktiske strategier for å påvirke atferd (Sørensen, 2001).

Sosialkognitiv teori tar blant annet utgangspunktet i at det er to kognitive prosesser som har påvirkning på vår helseatferd og personlig forventning om mestring; *mestringstro (efficacy expectation)* omtales også her som *self-efficacy*, som er tro på at man har det som skal til for å nå resultatet. Det andre aspektet er *resultatforventning (outcome expectations)*, som vil si troen på at atferden man har gjort vil gi ønsket resultat (Bandura, 1986; Sørensen, 2001). For eksempel kan resultatforventning være at man har tro på at livsstilsendringen skal føre til vektnedgang og bedre helse.

Det finnes flere definisjoner av self-efficacy og Bandura (1986) definerer self-efficacy som:

Perceived self-efficacy is defined as people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performance. It is concerned not with the skills one has but judgements of what one can do with whatever skills one possesses.

Mestringstro er altså en persons tro på egne evner for å lykkes i en bestemt situasjon og defineres av troen på evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå ønsket resultat. Psykologen Albert Bandura (1997) snakker om mestringstro som viser til en persons tro på egen mestringsevne. En person sine egne krefter basert på en helhetlig og sammenhengende vurdering av egne kognitive, sosiale og atferdsmessige ferdigheter til å organisere og sette i gang handlinger for å oppnå mestring (Bandura, 1997). En slik mestringstro har man i ulik grad i ulike situasjoner. Bandura snakker om mestringstro som opplevelsen av at man har det som skal til for å mestre oppgaver og nå mål. Self-efficacy har mottatt økt anerkjennelse som et viktig begrep for å predikere og opprettholde helseatferd (Strecher, 1986). Videre hevder Bandura at tiltro til egen mestringstro påvirker hvordan en person selv vurderer sine sjanser for å lykkes. Det vil derfor være viktig å styrke mestringstroen sin. Tro på egen mestringsevne til å gjennomføre en bestemt handling, eksempelvis et livsstilsendingsprogram, vil dermed være nødvendig for å lykkes med endringen.

Videre er mestringstro relatert til tro på egne evner til å utføre en spesifikk atferd i spesielle situasjoner og er ikke direkte knyttet opp mot spesifikke personlighetstrekk eller egenskaper. Individets mestringstro vil variere sterkt av den spesielle oppgaven og konteksten man er i (Strecher, 1986). Det vil derfor ikke være passende å betegne en person med «høy» eller «lav» mestringstro, uten å referere til den spesifikke atferden og omstendighetene som er knyttet til den (Strecher, 1986).

Bandura trekker dessuten frem betydning av selvregulering i arbeidet med mestringstro. Det er viktig å ha kapasiteten til å takle kortsiktige hindringer i arbeidet mot å lykkes med et langsiktig mål (Nutbeam et al., 2010). Selvregulering blir i følge Bandura definert som innflytelse over ens egen motivasjon, tankeprosesser, emosjonelle tilstander og oppførselsmønstre (Bandura, 1994). Videre vil motivasjon også være en kilde til mestringstro og påvirke en persons tro på egen mestringsevne. Motivasjon kan defineres som «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål» (Kaufmann, Remøy, Ness & Kaufmann, 2009). Bandura

(1994) beskriver motivasjon som aktivering til handling. Nivået av motivasjon reflekteres i valg av handlinger og intensiteten og arbeidet av innsatsen. Opprettholdelse av motivasjon skjer gjennom kontinuerlige personlige forbedringserfaringer (Manger & Wormnes, 2015).

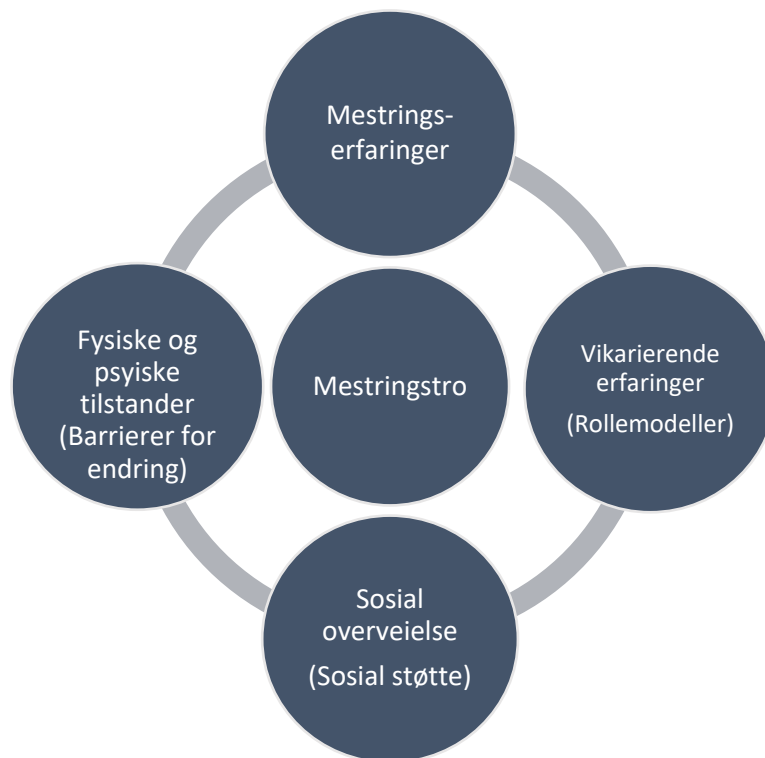
Motivasjon har en sammenheng med mål og kan sies å være det som «drive» mennesker mot målet. I en endringsprosess er det viktig at mål og tiltak tilpasses individualiseres etter hvor i endringsprosessen individet er slik at målet «treffer» den aktuelle (Helsedirektoratet, 2010).

Det er ikke nok å kun ha kunnskapen og ferdighetene som trengs for å utføre en oppgave, ifølge Bandura må individet også ha en overbevisning om at kan klare å utføre den nødvendige handlingen, også under utfordrende situasjoner (Bandura, 1977). Personer med styrket mestringstro vil forbedre menneskelig prestasjon og personlig trivsel på flere måter. De vil gå inn med høy tro på at de vil mestre en oppgave, og de setter seg lettere utfordrende mål og opprettholder sterk forpliktelse til dem. Det som kjennetegner høy grad av mestring, er at personene er sikre på at de vil mestre en oppgave og vil lettere kunne stå i og takle atferdsendringer (Bandura, 1994). I dette tilfellet vil deltakerne som skal gjennomgå en livsstilsendring være mer sikker på at de er klare for å mestre denne atferdsendringen. I motsetning, vil personer med lav mestringstro ha lave forventninger til egne prestasjoner og kan føre til at man unngår situasjoner. Individet fokuserer på hindringene man vil møte og sine egne mangler. Personer med lav mestringstro vil ofte gi raskt opp når man står ovenfor vanskelige oppgaver og har vanskeligheter for å få tilbake troen på å lykkes etter feil eller tilbakefall. Som igjen gjør at man vil miste troen på egne evner til å lykkes. Disse personene har også lettere for å føle stress og slite med depresjon (Bandura, 1994). Lav mestringstro vil øke sårbarheten og faren for tilbakefall. På en annen side, jo høyere opplevd mestringstro, jo bedre resultater og jo mindre tendens for tilbakefall (Manger & Wormnes, 2015). Mestringstro er altså en forutsetning for å kunne lykkes med å oppnå mål. Å ha høy tro på egen mestring overfor en atferd er avgjørende for om vi oppnår atferdsendring, og vil videre påvirke i hvor stor grad man legger innsats i en atferd og hva utfallet blir. Personer som har høy forventning til å mestre en oppgave de står ovenfor vil arbeide hardere, være mer utholdende og prestere bedre (Manger & Wormnes, 2015). Ut fra det ovenstående vil deltakernes mestringstro være betydningsfullt i denne sammenhengen for å mestre livsstilsendringen. Bandura hevder at den subjektive opplevde mestringstroen ofte er vel så avgjørende for en persons prestasjon som objektive problemløsningsevne (Bandura, 1977). Med andre ord kan to personer med samme ferdighetsnivå oppnå helt forskjellige ting fordi mestringstroen spiller en avgjørende rolle for å oppnå ønsket resultat.

Ifølge Bandura blir mestringstroen formet gjennom hans eller hennes tolkning av informasjon fra fire hovedkilder (Bandura, 1997). Jeg vil videre fokusere på Albert Bandura sin teori om mestringstro og elementene som inngår i den.

2.3.3 Bandura sin teori om mestringstro

For å få styrket sin mestringstro er det ifølge Bandura fire elementer som vil ha en påvirkning på en persons forventning om mestring (se figur 1). I Bandura sin teori om mestringstro blir mestringstroen formet gjennom hans eller hennes tolkning av informasjon gjennom disse fire hovedkildene: *mestringserfaringer*, *vikarierende erfaringer (rollemodeller)*, *sosial overveielse (sosial støtte)* og *fysiske og psykiske tilstander (barrierer for endring)* (Bandura, 1997).



Figur 1. Teoretisk modell inspirert av Albert Banduras teori om mestringstro (1994).

2.3.1 Mestringserfaringer

Det første elementet i teorien, *mestringserfaringer* er den mest effektive måten å oppnå mestringstro på. Det å mestre oppgaver, å oppnå suksess vil være med på å øke mestringstroen, mens feil eller det å mislykkes vil være med på å undergrave den. Mestringstroen styrkes ved å overvinne hindringer gjennom vedvarende innsats. Personer som er blitt overbevist om at de har det som skal til for å lykkes, vil være sterkere i motgang og raskere tilbake etter tilbakefall (Bandura, 1994). Gjennom en livsstilsendring vil det muligens være viktig å ikke gape over for

mye og jobbe med realistiske mål. Individet vil jobbe hardere og yte bedre om man har en forventning om at man vil mestre oppgaven (Bandura, 1994). Hvor vanskelig en oppgave er og mengden innsats som kreves, vil også bidra til en persons følelse av mestringstro. Hvordan en person velger å gjenoppleve tidligere erfaringer på, er med å påvirke vår følelse av tro på egen mestring (Bandura, 1977). For eksempel, hvis en deltaker skal ned i vekt, kun velger å tenke på de gangene man har mislykkes, vil dette være med å påvirke hvordan personens tro på egen mestring vil bidra ved neste vektnedgang. Gjennom hindringer gir det mulighet for å lære hvordan man kan snu feil til suksess, ved at man lærer å kjenne sine egne evner til å utøve kontroll over situasjoner. Ved at personer blir overbevist om at de har det som trengs for å lykkes, vil man takle motgangen bedre (Bandura, 1997).

I det videre arbeidet med masteroppgaven, har jeg valgt å tolke mestringserfaringer, som de erfaringene deltakerne har hatt i forhold til å kjenne på tidligere mestring og nåværende mestring av livsstilsendring.

2.3.2 Vikarierende erfaringer (Rollemodeller)

Den andre faktoren som er med på å øke mestringstroen til en person er gjennom *vikarierende erfaringer*, noe som også kan forstås som å lære gjennom å observere rollemodeller, og som vil bli benyttet videre i denne masteroppgaven. Det å observere andre mennesker rundt oss som er i en liknende situasjon som en selv, lykkes med deres innsats, vil være med å skape økt oppfatning om at man selv også har evnen til å mestre og lykkes med atferden. Motsatt vil personen redusere sin egen tro på mestring og undervurdere sine ferdigheter om å lykkes, hvis man observerer en person man kan sammenlikne seg med, mislykkes eller feiler. Påvirkningen av observasjon av rollemodeller og oppfattet mestringstro, er sterkt påvirket av oppfattet likhet mellom modellene. Jo større antatt likhet, jo mer overbevisende er modellenes suksess og mislykkethet. Hvis en person ser rollemodellen forskjellig fra seg selv, vil deres oppfattede mestringstro ikke påvirkes i like stor grad av rollemodellens oppførsel og resultatene det medfører, som om de kunne sammenliknes (Bandura, 1977, 1994). Når det gjelder livsstilsendring, viser studie at motivasjonen til deltakere som skulle gjennomgå en livsstilsendring økte når de opplevde undervisning fra erfarne brukere, som de kunne relatere seg til og kunnskap som var gjenkjennelig for dem (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012).

I det videre arbeidet med masteroppgaven har jeg forstått rollemodeller som hvilke personer deltakerne opplever som rollemodeller og hvilken betydning det har for deres mestringstro.

2.3.3 Sosial overtalelse (Sosial støtte)

Sosial overtalelse innebærer påvirkning og støtte andre kan gi til individet. Familie, venner, en leder eller en trener kan være med på å styrke personens tro på at man har det som skal til for å lykkes med resultatet. Det å motta støtte og overbevisning fra andre og være overbevist om at man har evnen til å mestre ulike oppgaver vil føre til at man har høyere grad av mestring til atferden og er sannsynligvis mer rusta til å lykkes med endringen (Bandura, 1994). En person som skal gjennom en livsstilsendring vil være mer sikker i sin mestring til endringen, om personen for eksempel har en samboer hjemme som er med og støtter i denne prosessen. Støtte fra fagfolk mens man er under til behandling, samt støtte fra familie og venner sees på som en viktig tilrettelegger for vektnedgang på lang sikt (Gupta, 2014). Å bli overtalt muntlig om at de har det som skal til for å mestre en gitt aktivitet vil med større sannsynlighet mobilisere høyere innsats og opprettholde atferden, enn de som ikke får den støtten (Bandura, 1994, 1997). Fagfolk som jobber med denne typen atferdsendring, øker personers tro på deres evner, setter personer i situasjoner der de kjenner på mestring, og unngår å plassere de i situasjoner hvor sannsynligvis vil mislykkes oftere (Bandura, 1994).

Det er kjent at *sosial støtte* er viktig i en endringsprosess (Elfhag & Rossner, 2005; Fagermoen et al., 2014; Verheijden, Bakx, van Weel, Koelen & van Staveren, 2005). Opplevelse av sosial støtte og tilhørighet er blant annet sett å redusere sårbarhet overfor stress, depresjon og fysisk sykdom (Manger & Wormnes, 2015). Forskning viser at det å ha sosial støtte er viktig for både vekttap og vedlikehold av vektreduksjon (Hindle & Carpenter, 2011; Rogerson, Soltani & Copeland, 2016). En annen studie trekker frem at det er nødvendig med sosial støtte for vedvarende opprettholdelse av livsstilsendringen (Abolhassani et al., 2012). Cohen og Wills (1985) beskriver sosial støtte som generelt velvære fordi det gir positive effekter, en følelse av forutsigbarhet og stabilitet i en livssituasjon og en opplevelse av å bety noe. Videre kan sosial støtte ha en gunstig effekt ved at man gjennom et sosialt nettverk kan oppnå positive erfaringer og stabilitet (Cohen & Wills, 1985).

I denne studien har jeg valgt å se på sosial støtte, som jeg her vurderer å falle innunder «sosial overtalelse», om hvilken betydning det har for deltakerne å være inkludert i et støttende nettverk gjennom livsstilsendringsprosessen. Samt hvilken betydning dette har for deres mestringstro.

2.3.4 Fysiske og psykiske tilstander (Barrierer for endring)

Teoriens fjerde faktor som vil være med på å påvirke en persons mestringstro definerer Bandura som *fysiske og psykiske tilstander*. En persons tilstand vil være med å påvirke i hvilken grad man opplever mestring. Stress, angst og tankemønstre vil være eksempler på tilstander som vil være med på å svekke mestringstroen vår. Mestringstroen til en person vil ikke være konstant. Den vil forandre seg og kan påvirkes (Bandura, 1977). Mestringstroen vil være varierende ut fra hvilken situasjon og tilstand man befinner seg i. Preget en person av negative emosjonelle reaksjoner vil man ha en svekket mestringstro og ha lettere for å fokusere på egne mangler. For eksempel om en person som har negative erfaringer knyttet til tidligere forsøk på livsstilsendring, vil personens mestringstro preges av denne negative følelsen. Dermed kan lav mestringstro være med på å hindre personen i å lykkes ved gjennomføring av atferden (Bandura, 1994; Strecher, 1986). Positive følelser vil derimot være med å øke vår tro på egen mestring til en atferd. I en atferdsendingsprosess vil det derfor være sentralt å jobbe med å redusere en persons stressnivå, negative følelsesmessige reaksjoner og deres feiltolkninger av deres fysiske tilstander for å kunne bygge opp personens egen mestringstro. Mestringstroen spiller blant annet en rolle i forhold til opplevelse og effekter av stress og har innflytelse på hvorvidt folk opprettholder en helseatferd. Orji et al. (2012) viste at mestringstro var den sterkeste predikatoren for personers helsefremmende helseatferd. I tillegg til at en styrket mestringstro så ut til å øke personers evne til å få til helsefremmende atferd, minimaliserte en styrket mestringstro også den hemmede effekten av barrierene. 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.

Videre i denne oppgaven, har jeg valgt å forstå «fysiske og psykiske tilstander» som de barrierer som deltakerne har for å oppnå livsstilsendring.

På bakgrunn av det overnevnte vil jeg videre i denne oppgaven undersøke deltakernes mestringstro i denne livsstilsendingsprosessen de nå skal gjennom.

2.4 Forskningsspørsmål til oppgavens problemstilling

Masterstudiets problemstilling: *Hvordan oppleves mestringstro hos personer med sykkelig overvekt som deltar i et konservativt rehabiliteringsopplegg for livsstilsendring?* Ble forøkt besvart ved følgende forskningsspørsmål:

- *Hvordan opplever deltakerne sin tro på egen mestring før og underveis i rehabiliteringsopplegget?*

- *Hvordan opplever deltakerne rollemodellens betydning for deres opplevelse av mestring før og underveis av rehabiliteringsopplegget?*
- *Hvordan opplever deltakerne det å være inkludert i et støttende nettverk og betydning for mestring før og underveis av rehabiliteringsopplegget?*
- *Hvordan opplever deltakerne at ulike barrierer for endring kan påvirke deres opplevelse av mestring før og underveis av rehabiliteringsopplegget?*

3 Metode

I dette kapittelet vil det redegjøres for prosessen som har ført frem til mine tolkninger av funn som presenteres senere i oppgaven. Først beskrives masteroppgavens metode og teoretisk tilnærmingen jeg benyttet som best belyser oppgavens problemstilling, samt forskerens rolle og forforståelsen redegjøres for. Deretter beskrives intervjuguiden, studiens utvalg og gjennomføringen av intervjuene. Avslutningsvis omtales analyseprosessen av intervjudata.

3.1 Vitenskapelig tilnærming – Kvalitativ metode

Forskningens tema og innfallsvinkel har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming. Hensikten med denne studien er å undersøke opplevelser av mestringsstro hos personer med sykkelig overvekt som mottar konservativ behandling. For å oppnå innsikt i dette er det valgt et kvalitativt design med et fenomenologisk teoretisk perspektiv som tilnærming til forskningen.

Kvalitative metoder egner seg når man ønsker å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger, motiver og holdninger. En slik metode kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør, ved å spørre etter mening og betydning av atferd (Malterud, 2017). I følge Thagaard (2009) gir en kvalitativ forskningsmetode grunnlaget for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner som skal studeres. Begrepet kvalitativ innebærer å fremheve prosesser og mening som ikke kan måles i kvantitet eller frekvens (Thagaard, 2009, 2018). En kvalitativ tilnærming i denne konteksten vil kunne gi en bedre forståelse av hvordan deltakerne opplever egen mestringsstro i løpet av rehabiliteringstilbudet for konservativ behandling av sykkelig overvekt, noe som man ikke vil fått like god forståelse om gjennom en kvantitativ tilnærming. Et kvalitativt design vil derfor være et naturlig valg av metode for å belyse problemstillingen i denne oppgaven.

Kvalitative tilnærminger kan knyttes til fortolkede teorier som for eksempel fenomenologi. Den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen danner grunnlaget for den forståelsen vi utvikler i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018).

3.1.1 Fenomenologi

I denne studien har jeg valgt å ha et fenomenologisk teoretisk perspektiv som tilnærming, som er en ideologisk måte å forholde seg til tolkning av data på. Dette er en tilnærming som brukes ofte i kvalitativ forskning, der subjektive erfaringer om et opplevd fenomen er grunnleggende. Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av

dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Den fenomenologiske reduksjonen innebærer at fokuset sentreres rundt fenomenverden slik den oppleves av personen vi studerer, mens den ytre verden kommer i bakgrunnen. Å forstå fenomener på grunnlag av hvordan perspektivene til de personer vi studerer og beskrive omverdenen slik den oppfattes av dem, er sentralt innenfor denne tilnærmingen (Thagaard, 2018). Innenfor fenomenologi prøver forskeren å utforske et spesielt fenomen på en åpen måte (Postholm, 2010). Som forsker i denne studien skal jeg prøve å beskrive de trekkene som er felles ved de opplevelsene som deltakerne i studien gir uttrykk for, ut fra min forståelse av deres beskrivelser. Ut fra de felles opplevelsene deltakerne har, kan det å gi oss et grunnlag som gjør at vi kan utvikle en generell forståelse av hvordan deltakere på rehabiliteringstilbud opplever mestringstro gjennom en konservativ behandling av sykelig overvekt. Før å få denne informasjonen er det valgt å bruke et kvalitativt forskningsintervju ut fra et fenomenologisk inspirert perspektiv, og er utarbeidet som et semistrukturert intervju. Der målet er å la deltakerne prate fritt om sine erfaringer. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes egne perspektiver og synspunkter. Fenomenologi peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. Innenfor det kvalitative forskningsintervjuet, har fenomenologien vært relevant for avklaring av forståelsen ut fra den opplevde betydningen av intervjupersonens livsverden (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

3.1.2 Forskerrollen

I kvalitative metoder skal empiriske data på best mulig måte reflektere deltakernes erfaringer og meninger. Derfor vil studien ha et fenomenologisk teoretisk perspektiv som tilnærming, der jeg som forsker vil prøve å holde meg i bakgrunnen og å være mest mulig nøytral. Med utgangspunkt i vitenskapsfilosofisk ståsted til forskningen finnes det ulike vitenskapelige tilnærminger innenfor kvalitativ forskning. Positivism og sosialkonstruktivism er to slike sentrale tilnærminger innen kvalitativ forskning som blir brukt for å forstå virkeligheten. Innenfor den positivistiske tradisjonen er målet at forskeren skal være tilskuer som er nøytralt observerende. I denne vitenskapsfilosofiske retningen foreligger et ideal om at en annen kvalitativ forsker skal kunne reprodusere resultatene fra den aktuelle studien på en lignende måte under lignende forhold (Carter & Little, 2007). Innen positivismen kan forskeren betraktes mer som en ekstern observatør som studerer fakta som et nøytralt instrument som ikke er

påvirket av andre verdier. Positivismen står i sterk motsetning til sosial konstruktivismen, som mener at forskeren selv er med i prosessen om å skape virkeligheten. Innenfor denne retningen mener man at virkeligheten er et produkt av hvordan vi prater om ting, og at kunnskap er konstruert av de som deltar i sosiale sammenhenger (Carter & Little, 2007). Dermed vil man innen en sosialkonstruktivisme skape en forståelse av virkeligheten gjennom en interaksjon mellom forsker og informant. Med dette som utgangspunkt hadde jeg på forhånd et ønske å være mest mulig nøytral og benytte den positivistiske tilnærmingen, men som kvalitativ forsker vil man uansett alltid ta med seg noen av sine erfaringer og fortolkninger inn i forskningen. Med andre ord vil tolkningen av denne studien være farget av meg som forsker i noe grad og man vil dermed aldri kunne være helt nøytral i sin forskerrolle selv om det var det som var hensikten.

3.1.3 Forforståelse

Som kvalitativ forsker prøver man å danne seg et helhetlig bilde av deltakernes perspektiv, ved at forskeren retter blikket sitt mot deltakerens naturlige kontekst. Forskeren vil allikevel være påvirket av forskerens ståsted og egne opplevelser (Postholm, 2010). Det er derfor viktig å redegjøre for forskerens forforståelse da forskningen vil være påvirket av hans eller hennes subjektive, individuelle teorier.

I kvalitativ forskning er det et krav om at forskeren er bevisst på og redegjør for sin forforståelse. Forforståelsen er viktig fordi det danner grunnlag for hvordan data tolkes. Forforståelse er den ryggsekken forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet, og denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, holdninger og det faglige og teoretiske perspektivet forskeren bringer med seg inn i studien (Malterud, 2017). Forskeren er det viktigste forskningsinstrumentet og det er derfor viktig at forskeren legger frem sine perspektiver og meninger, slik at leseren kan se hvordan forskeren har kunne påvirke forskningsarbeidet. En slik fremstilling vil også kunne være med på å sikre kvaliteten på en studie, som er viktig å synliggjøre i forskningen (Postholm, 2010). Våre livserfaringer vil også ha betydning for hva vi ser med våre forskerblikk. Forskeren vil være med på å tolke betingelsene i ulike situasjoner ut fra sin egen referanseramme. Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan. Jeg som forskeren i denne studien vil med mine erfaringer, opplevelser og teorier prøve å forstå og skape mening i datamaterialet som er samlet inn (Postholm, 2010).

Som forfatter av denne studien, er min fagbakgrunn bachelor i ernæringsfysiologi og studier til en master i samfunns ernæring. Det er denne forforståelsen som vil prege min forventning til svar og tilhørende tolkning av intervjuene. Deltakerne fikk vite at jeg studerte

master i samfunnsnærings. Men jeg presiserte før hvert intervju at det var deres opplevelser, tanker og erfaringer jeg var ute etter å høre om og at det ikke var noen fasitsvar på svarene og at det var de som var «ekspertene» på området, og ikke meg.

3.2 Intervjuguide

Denne masteroppgaven er en del av et større planlagt prosjekt, hvor det ble samlet inn ett større datamateriale basert på ulike fenomen som inkluderte flere aspekter. Hensikten med denne masteroppgaven er å se på deltakernes opplevelser av mestringstro.

Thagaard (2009) hevder at intervjuer er særlig godt egnet til å gi informasjon om en persons opplevelse, synspunkter og selvforståelse. Derfor ble valg av kvalitativt design og intervju som metode brukt for å fange opp deltakernes opplevelser av egen mestringstro gjennom rehabiliteringsopplegget for personer med sykkelig overvekt. I denne studien ble det utarbeidet tre semistrukturerte intervjuguides (vedlegg, 3, 4 og 5). Intervju 1, deltakere ved oppstart av åtte ukers introduksjonskurs, intervju 2, samme deltakere etter gjennomført åtte ukers introduksjonskurs, og intervju 3 med deltakere som er på oppfølging, ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet. Utformingen av de tre intervjuguidene ble utarbeidet i forkant av oppstarten av kurset og det ble vektlagt åpne spørsmål med hensikt i at intervjupersonene kunne fortelle mest mulig fritt om tema. Intervjuguiden inneholdt temaer som hvilke forventninger deltakerne hadde til rehabiliteringsopplegget, forventninger og opplevelser av motivasjon og mestringstro, opplevelser av sosial støtte og et spørsmål om det tverrfaglige temaet på behandlingsstedet. Denne masteroppgaven hadde videre til hensikt å undersøke deltakernes opplevelser av mestringstro. Intervju er derfor valgt som foretrukne metode til å innhente datamaterialet på i denne studien, ettersom denne studiens hensikt ønsker en dypere forståelse og innsikt i deltakernes opplevelser av mestringstro gjennom et rehabiliteringsopplegg av konservativ behandling av sykkelig overvekt.

3.2.1 Intervjuprosessen – semi-strukturerte dybdeintervjuer

Utvalg og rekruttering av informanter

Denne studien inkluderer to utvalg som består av deltakere som skal gjennomføre et introduksjonskurs på åtte uker og deltakere som er ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet på et rehabiliteringsopplegg for konservativ behandling av sykkelig overvekt. Utvalgene ble strategisk valgt ut fra disse deltakergruppene. Det er avgjørende at et strategisk utvalg bør være satt sammen på en måte som best mulig belyser problemstillingen (Malterud, 2017). For å kunne oppnå et strategisk utvalg til studien, presenterte jeg både meg selv og forskningsstudien jeg

skulle gjøre i samarbeid med rehabiliteringsstedet for deltakerne første dag på oppholdet. Jeg fortalte om mitt prosjekt, hva det gikk ut på, hva formålet med studien var, hva det ville kreve av de som informanter og at jeg satt stor pris på om de ville delta. Det ble også informert om at jeg ønsket åtte personer, da det på forhånd var satt et mål om å ha åtte personer i hvert utvalg.

Gjennom rekrutteringen var det ni personer som meldte interesse i utvalg 1 og åtte personer som ville delta i utvalg 2. Før første intervju var det to personer som trakk seg i utvalg 1, mens i utvalg 2 var det en forsøksperson som ikke møtte opp. Til slutt endte jeg opp med syv forsøkspersoner i hvert utvalg, som totalt besto av 10 kvinner og 4 menn. I og med at hvert intervjuobjekt i utvalg 1 skulle intervjues 2 ganger, vil omfanget totalt bli 21 intervjuer. Utvalgene inkluderte deltakere med et aldersspenn på 29 til 58 år.

Kvale og Brinkmann (2015) sier det så enkelt som at, intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite. Johannesen og Tufte (2010) hevder at fem til 25 personer er nok å intervju (Johannesen, Christoffersen & Tufte, 2010). I denne studien er intensjonen å undersøke opplevelsen av mestringstro til personer med sykkelig overvekt som deltar på et konservativt rehabiliteringsopplegg for livsstilsendring. For å kunne si noe om deltakernes opplevelser av mestringstro gjennom rehabiliteringsopplegget, må jeg ha nok personer til å komme til et kunnskapsmessig metningspunkt (Brinkmann & Kvale, 2015). Som beskrevet over ble antall forsøkspersoner bestemt på forhånd av intervjuene. Gjennom intervjuene konkluderte jeg at syv informanter i hvert utvalg var nok, da jeg opplevde at flere av informantene trakk frem mye av de samme fenomenene rundt opplevelsene av deres mestringstro til livsstilsendingsprosessen. Tatt i betraktning av at dette er en masteroppgave med tiden jeg har til rådighet og med tanke på hvilket antall forsøkspersoner som anbefales å ha i kvalitative studier, samt at hver forsøksperson i utvalg 1 skulle intervjues to ganger, avgjorde jeg at 14 forsøkspersoner var nok i dette tilfellet.

Det ble utført semistrukturerte dybdeintervjuer ettersom fenomenologisk forskning er ute etter å forstå deltakernes subjektive opplevelser. Ut fra et kvalitativt forskningsintervju søker man etter å forstå verden sett fra intervjupersonens side, der målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og bli kjent med deres opplevelse av verden (Brinkmann & Kvale, 2015). Designet på intervjuet er semistrukturert, det vil si at det var fastsatt temaer på forhånd som alle informantene vil bli spurt om, men at det ikke er noe struktur i rekkefølgen på spørsmålene. Med denne typen intervju får informantene mulighet til å gå i dybden der hvor de har mye å fortelle, ut fra åpne spørsmål som blir stilt. Dette vil føre til at intervjuet åpner for at deltakeren kan bringe inn ulike fenomener som ikke nødvendigvis har vært med i intervjuguiden, men som viser seg å være viktig for informanten og dermed relevant for studien

også (Tjora, 2017). Ved bruk av semistrukturert intervju kan man som forsker være litt mer fleksibel til spørsmålene som stilles og man kan heller prate mer fritt, slik at man kan komme inn på ting den enkelte informanten ønsker å formidle. Denne typen intervjudesign gir også mulighet for oppfølgingsspørsmål. På denne måten kan man fange opp relevante fenomener i forhold til temaet som undersøkes. Ofte befinner den nye kunnskapen seg på slike sidespor (Malterud, 2017). Det kan tenkes at vi kommer nærmere kjernen i hvilken opplevelse deltakerne har av egen mestringstro gjennom konservativ behandling av sykelig overvekt når de blir stilt åpne spørsmål og hver enkelt kan prate mer ut fra spørsmålene som blir tatt opp enn om vi hadde en fast rekkefølge på spørsmålene som ble stilt. Et semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men en individuell samtale der intervjuet inneholder en del spørsmål knyttet til ulike temaer som alle deltakerne skal gjennom. Denne typen intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Brinkmann & Kvale, 2015). Som forsker i denne studien var målet å prøve å skape en samtale der informanten formidlet sin betydning av kunnskap om egenskaper og kjennetegn ved opplevelser av egen mestringstro. Dybdeintervjuer som metode er basert på et fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren ønsker å forstå informantens opplevelser i tillegg til hvordan informanten reflekterer over dette (Malterud, 2017).

Gjennomføring av intervjuene

Deltakerne i utvalg 1 ble som nevnt intervjuet første uka på introduksjonskurset, og etter åtte uker på introduksjonskurset, mens utvalg 2 ble intervjuet ett til to år lengre ute i rehabiliteringsopplegget. Intervjuene ble utført i lokalene til rehabiliteringsstedet, før eller etter teoritimene eller i lunsjen. Intervjuene varte mellom 30 til 60 minutter, og alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Før selve intervjurunden startet ble det utført et pilotintervju for forberedelse og for å sjekke intervjuguide. Hvert intervju begynte med litt uformell prat, før jeg igjen fortalte om formålet med studien, min rolle som forsker, praktiske opplysninger om lydopptakeren og at den ikke skulle være i fokus, men at den ble brukt kun for at jeg senere skulle kunne analysere innholdet, samt at jeg fortalte om min anonymitet og at alt ville bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Når lydopptakeren ble skrudd på, startet jeg hvert intervju med å si dato og hvilken informant jeg satt der sammen med, dette for å ha mer oversikt. Deretter fortalte jeg hvilke temaer vi skulle gå gjennom før spørsmålene ble stilt. Rekkefølgen på temaene varierte litt da vi noen ganger kom inn på temaer som kom senere i intervjuguiden. Etter hvert intervju ble deltakerne spurt om de hadde noe mer å tilføye eller som de synes jeg burde spurt dem om. Avslutningsvis takket jeg informanten for at hun/han

stilte til intervjuet og at jeg satt stor pris på deres deltakelse. Videre ble intervjuene kryptert og lagt over på minnepenn etter hvert intervju var fullført, dette for å sikre personregelverket. Jeg hadde som mål å få deltakerne til å føle seg trygge og å skape en god atmosfære, og spurte før intervjuet om de ville ha vann eller kaffe. På bakgrunn av at jeg hadde gjort noen tanker før intervjuene startet om at temaet kunne oppleves som sensitivt og privat for mange, prøvde jeg også å få inn litt humor og latter for at stemningen ikke skulle bli så anspent. Gjennom de erfaringene jeg gjorde meg gjennom intervjuene, viste det seg derimot at dette ikke var tilfelle. Mitt inntrykk er at deltakerne var åpne og ydmyke og at intervjurunden var noe de også satt pris på og hadde nytte av selv.

Etter hvert intervju noterte jeg umiddelbare inntrykk og refleksjoner som kom etter samtalen med informantene. Dette var for at jeg lettere skulle klare å huske tilbake til inntrykket jeg hadde etter hver informant, da transkriberingsbiten skulle tas fatt på.

3.3 Transkripsjon

Etter at datamaterialet ble samlet inn ble intervjuene transkribert fortløpende etter første runde med intervjuer. Malterud (2011) anbefaler også å utføre transkriberingen og analysen av teksten fortløpende mens intervjuinntrykkene enda er ferske (Malterud, 2011). I og med at det her var et så stort datamateriale (21 intervjuer med ca 1 times langt intervju) var transkripsjon av intervjudata en tidskrevende prosess. Likevel merket jeg at datamaterialet ble mer oversiktlig gjennom transkriberingsprosessen.

Å transkribere betyr skifte fra en form til en annen, å transformere. Transkribering vil si å klargjøre materialet for analyse (Brinkmann & Kvale, 2015). I denne oppgaven innebar det å overføre materialet fra tale til tekst. Når intervjuet blir strukturert til tekstform blir det enklere å få en oversikt over det, og det i seg selv er en begynnelse på analysen. Det vil uansett skje en form for filtrering i transkripsjonsarbeidet, der mening går tapt eller forvrenges underveis i slike oversettelsesledd som dette. Det er derfor vanskelig å vite hvor detaljert man skal være når man transkriberer, for å best ivareta meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2017). Kvale og Brinkmann (2015) mener at det heller ikke finnes noen korrekte standard svar i hvor detaljert man skal være. I den hensikt ble det derfor lagt vekt på å transkribere intervjuene så likt som mulig som informantene ga uttrykk for, både verbalt og ikke verbalt. Om det var tydelige pauser og sukk og hvis informanten lo eller gråt ble dette tatt med i dette tilfellet. Var det ord som ikke ble hørt eller tydet ordentlig skrev jeg (...) istedenfor å antyde noe. På denne måten ble tekstmaterialet transkribert etter beste evne og så virkelig og lojalt som mulig for å

ivareta deltakernes erfaringer og meninger så godt som mulig. Formålet var å fange opp samtalen i en form som best mulig formidler det informanten ga uttrykk for (Malterud, 2017). Etter alle intervjuene var transkribert satt jeg igjen med et stort og rikt materiale på 447 transkriberte sider. Videre prosess var å identifisere tema som gikk deltakernes opplevelser av mestringstro.

3.4 Analyse av datamaterialet

I denne studien er det valgt å ta utgangspunkt i systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation – STC) som analysemetode. I korte trekk blir STC gjennomført i følgende trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

STC er inspirert av Amedeo Giorgis fenomenologiske analyse og STC har mange likhetstrekk med denne metoden. Blant annet at oppfatningen om at informantens subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap (Malterud, 2017). Altså, ble dataene i denne studien analysert med en fenomenologisk forståelse, der det var informantenes svar som gjenspeilet den virkelige verden. For å lette på analysearbeidet, ble det transkriberte materialet analysert ved hjelp av dataprogrammet HyperResearch. Materialet ble undersøkt og oppdelt i koder og deretter ble kodene sammenliknet og kategorisert. Min veileder leste gjennom første intervjurunde og vi diskuterte koder fra denne intervjuomgangen sammen. Foruten dette ble alt av data analysert og tolket av meg som forsker alene, som videre kan ha resultert i at jeg ikke har fått øye på detaljer og nyanser som ville vært oppdaget om analysen ble gjort av flere forskere. Analyseprosessen vil bli nærmere beskrevet her:

Trinn 1: Få et helhetsinntrykk – *Fra villnis til foreløpig temaer*

Etter at intervjuene var ferdig transkribert, ble alt transkribert materialet lest gjennom, uten at det ble tatt noe særlig notater. Dette ble gjort for å få mer oversikt over datamaterialet. Her ble jeg bedre kjent med intervjuene og fikk oversikt over helhetsbilde. På dette tidspunktet prøvde jeg å sette min forforståelse til side og være så åpen som mulig for hva innholdet i det transkriberte materialet formidlet (Malterud, 2017). Likevel hadde jeg problemstillingen og forskningsspørsmålene fremme, og noterte meg foreløpige temaer som passet til deltakernes mestringsopplevelser gjennom livsstilsendring prosessen. Mestring og motivasjon, sosial støtte og barrierer for endring var foreløpige temaer som ble notert.

Trinn 2: Meningsbærende enheter – Fra foreløpige temaer til koder

I andre trinn i analysen skulle materialet systematiseres. Her ble tekstmaterialet organisert etter hva som er relevant for problemstilling og forskningsspørsmål og relevant tekst ble skilt fra irrelevant tekst og det ble identifisert *meningsbærende enheter* (Malterud, 2017). Jeg leste gjennom intervju for intervju flere ganger, linje, for linje. Deretter ble det laget temaer med utgangspunkt i forskningsspørsmålene, noe som resulterte i følgende temaer: mestringserfaringer, rollemodeller, sosial støtte og barrierer til endring. Informantene beskrev varierende erfaringer til tema. De meningsbærende enhetene ble sortert inn under passende temaer, dette kalles *koding*. Det ble videre laget koder ut fra de meningsbærende enhetene som passet under hvert tema. Kodearbeidet har til hensikt i å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten. Kodingen innebærer at deler av teksten blir satt ut av sin opprinnelige sammenheng, dette kalles i følge Malterud for dekontekstualisering (Malterud, 2017). Til eksempel under temaet *barrierer* ble fem følgende koder dannet: 1) *fysiske*, 2) *psykiske*, 3) *bekymring for å mislykkes nok en gang*, 4) *den vanskelige porsjonstørrelsen*, 5) *mat som trøst*. Tabell 3 viser et eksempel hvordan jeg gikk frem, med temaene i venstre kolonne, de foreløpige kodene i andre kolonne og de meningsbærende elementene i høyre kolonne.

Tabell 3. Eksempel på tema, kode og meningsbærende element

Tema	Kode	Meningsbærende enheter
Barrierer for endring	Mat som trøst	«(...) dette med mat, trøst ikke sant. Jeg har vært inne på det før at jeg føler jo at veldig mye i forhold til at jeg har hatt samtaler her på behandlingsstedet, at det er jo når ting i livet ikke er på plass så er det jo klart at det er lett å bruke mat også som en form for å dempe noe, for eksempel stress, fordi du er oppspilt, for at du skal roe deg ned da. Så kan du bruke mat for at du skal trøste deg eller ikke sant, livet er kjipt. Det er jo mange grunner til at det på en måte, eh, jeg tror jeg har vært innom alle årsakene». (Informant 7).

Trinn 3: Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene – *Fra kode til mening*

I tredje steg av analyseprosessen var det å systematisk hente ut mening fra de meningsbærende enhetene. Istedenfor å sitte med 447 sider transkribert materialet, satt jeg nå igjen med fire kodegrupper med tilhørende koder og meningsbærende enheter som kunne fortelle noe om problemstillingen. Her kondenseres innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen ved å lage et kondensat. Et kunstig sitat som skal bære preg av det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form. Kondensatet skal utgjøre en sum av informantenes stemmer om det fenomenet som akkurat denne subgruppen forteller noe om, som så skal brukes som utgangspunkt i presentasjon av resultatene. Til slutt velges sitater ut som best mulig illustrerer tema og kodene. Dette resulterte i en oversikt over temaer og koder som dannet grunnlag for studiens funn, se tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over tema og kodegrupper som danner grunnlag for studiens funn.

Element i modellen	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3
Mestringserfaringer	Lav forventning til seg selv. Høy motivasjon til endring.	Opplevelse av økt mestringstro etter introduksjonskurs.	Høy grad av mestring – lykkes med livsstilsendring. Manglende følelse av mestring.
Rollemodellens betydning	Økt mestringstro gjennom å se andre man kan relatere seg til oppnår mestring eller lykkes.	Observasjon av tidligere deltakere som har lykkes med sin livsstilsendring ga mestring.	Tidligere deltakerne er med på å inspirere og styrke mestringstroen til deltakerne selv.
Betydning av støttende nettverk	Det er viktig med et støttende nettverk.	Viktig med støtte fra familie og venner samt fagfolk og gruppen på behandlingsstedet.	Avgjørende med sosial støtte. Trygt med behandlingsstedet i ryggen.
Barrierer for endring	Fysiske og psykiske utfordringer. Bekymring for å mislykkes Opplever maten som vanskelig.	Frykt for tilbakefall/ mislykkes Gjennomføring av endringsarbeidet oppleves som en barriere.	Maten tar styringen. Utfordrende å ta endringsarbeidet ut til handling. Vanskelig uten oppfølgingen.

Trinn 4: Sammenfatte betydningen

Til slutt i denne analyseprosessen skulle jeg sette sammen bitene igjen. Malterud (2011) kaller dette å rekontekstualisere, vi skal se helheten igjen. Dette steget i analysen danner grunnlag for

studiens resultater som dannes på grunnlag av temaene, kodene og sitatene man har kommet frem til. Her trer også det fenomenologiske perspektivet frem, slik at fremstillingen av tolkningen av resultatene skal formidles på en måte som er troverdig i forhold til deltakernes stemmer og som gir leseren innsikt og tillit. Samtidig som at jeg som forsker her må ta ansvar for min rolle som fortolker (Malterud, 2017). Det er viktig å få fram at intervjuene ble gjennom hele analyseprosessen tatt opp kontinuerlig for å se om det var ting som jeg hadde latt utebli, men som likevel passet inn. Oppdaget jeg sitater som jeg tidligere hadde latt utebli, men som jeg så nå passet inn, ble de tatt med videre til resultatene. Kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst som beskriver hver av kodegruppene. Den analytiske teksten er en sammenfatning av de egentlige resultatene. Disse resultatene presenteres som funn i resultatkapittelet.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Det er flere etiske hensyn å ta i forhold til studier der det innebærer behandling av personopplysninger. Jeg som forsker i denne studien har et etisk ansvar overfor forskningen, slik at det innsamlede materialet av personinformasjon blir behandlet konfidensielt og fortrolig og at studiens resultater presenteres på en forsvarlig måte (Thagaard, 2013).

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før studiestart. Det ble informert skriftlig og muntlig til deltakerne om studiens hensikt, hva deltakelse innebærer, hva det ville kreve av dem og hva nytteverdien ville være av å delta. Deltakerne ble forsikret anonymitet, frivillig deltakelse og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Deltakerne som ville delta signerte et skriftlig samtykkeskjema, der de blant annet samtykket til å bli intervjuet, og til at intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Det ble informert om at det kun var masterstudenten og hennes veiledere som hadde tilgang til intervjuene og at det transkriberte materialet ble oppbevart på en sikker måte, samt at opptak og utskrifter ville bli slettet innen sommeren 2019 ved studieslutt.

Refleksjoner og vurdering rundt validiteten og reliabiliteten knyttet til denne studien belyses i diskusjonskapittelet under «Metodediskusjonen».

4 Funn

I denne delen vil jeg presentere funn fra 21 individuelle dybdeintervjuer, gjennomført ved tre tidspunkt i behandlingsforløpet: Intervju 1, ved oppstart av åtte ukers introduksjonskurs, intervju 2, etter gjennomført åtte ukers introduksjonskurs og intervju 3, ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet; deltakere som er på oppfølging. Jeg vil presentere resultater fra de tre intervjuene hver for seg.

4.1 Første intervju

4.1.1 Mestringserfaringer før introduksjonskurs

Majoriteten av informantene hadde tidligere erfaringer med vektnedgang. Det kom derfor frem på intervjuene før introduksjonskurset at flere av informantene hadde lave forventninger til seg selv med tanke på at de tidligere ikke hadde lyktes med å endre livsstil. Deltakerne uttrykker dermed en lav mestringstro til livsstilsendringsprosessen. De beskrev en felles bekymring for å mislykkes og en av informantene lurte på hva som måtte til denne gangen for å lykkes:

«(...) fordi jeg har mislykkes så mange ganger tidligere med å holde meg nede så er jeg selvfølgelig i tvil om hva det er jeg skal gjøre denne gangen som gjør at det går bra. Siden jeg vet at alle de andre gangene så har jeg feilet etter at jeg har gått ned, så må jeg jo gjøre noe annerledes denne gangen og jeg vet ikke helt det, eh, ja. Man har jo lyst til å gjøre noe med det, men samtidig så ehm, så ser man at det er en utfordring, når det liksom har vært så vanskelig så lenge. Så hva er det jeg skal gjøre annerledes denne gangen som gjør at det funker?». (Informant 7)

Det kommer tydelig frem gjennom intervjuene at flere av deltakerne hadde vært preget av sin overvekt store deler av livet sitt. Samme informant beskrev sin erfaring med å være overvektig som en livskamp, fordi overvekten hadde nesten alltid vært der:

«(...) så jeg har på en måte vært inni dette møller hjulet siden jeg var barn så det føles også som en sånn livskamp og da at du skal bli minnet på hele tiden at nei nå skal du gå, nei nå må du prøve igjen da». (Informant 7)

På grunn av flere mislykkede vektreduksjonsforsøk og lav mestringstro til å endre livsstil, var det en av informantene som trakk frem fedmekirurgi som eneste måte å lykkes med vedvarende vektreduksjon på. Vedkommende uttrykker sin mestringserfaring rundt livsstilsendringen på denne måten:

«Jeg har nemlig vært på sånn forberedende kurs for fedmeoperasjon og det fikk jeg ikke. Det var faren min veldig glad for, fordi han synes det er så skummelt. Så jeg skjønner hva han mener, men samtidig så tenker jeg at jeg ikke får det til på noen annen måte. Fordi jeg har prøvd, jeg føler jeg har prøvd. Jeg må bare ha en kropp som tvinger meg tenker jeg...». (Informant 4)

Det kom likevel frem gjennom intervjuene at motivasjonen til endring var høy, og at alle informantene hadde et sterkt ønske om å endre livsstil og gå ned i vekt. Bedre helse, mer energi og overskudd, mindre fysiske og psykiske utfordringer samt opplevelsen av det å være stor, var elementer som informantene dro frem og var med på å bidra til økt motivasjon til endring. Flere av informantene hadde tidligere vært fysisk aktive, men som nå hadde blitt begrenset på grunn av en stor kropp og fysiske plager. En av informantene uttrykte sin motivasjon til å komme i bedre form, og usikkerheten omkring det å oppnå mestring ved trening på denne måten:

«Tidligere trente jeg ganske mye, jeg har løpt maraton og gjort mye rart i mitt liv jeg. (...) og elsket å løpe ute i all slags vær og (...). Det er ganske tungt altså, når du, jeg hater det jo rett og slett, når jeg ser folk er ute og jogger også stauer jeg meg bortover, også elsker jeg egentlig det dem holder på med». (Informant 3)

En av informantene ser på denne livsstilsendringen som en måte å mestre hverdagen på og lette de psykiske plagene sine:

«Jeg vet at jeg blir bedre psykisk også når jeg er lettere og har en trent kropp. Så det er også motivasjonen, men jeg kommer nok til å glemme fokuset innimellom. Men da er det mer å holde seg til maten. Så motivasjonen er det å komme seg mer tilbake til livet». (Informant 1)

En annen informant beskrev det å ikke få sykdom som sin motivasjon for endring på denne måten:

«Men samtidig så handler det jo også selvfølgelig om at jeg vil jo forlenge livet og jeg vet jo at livvidde, stor livvidde er liksom korrelert til hjerte og karsykdom så jeg har liksom ikke lyst til å dø». (Informant 7)

Flere av deltakerne beskrev negative erfaringer de hadde hatt ved det å ha en stor kropp og oppgav det som en motivasjon til å gjøre endringer og oppnå vektnedgang. En av informantene hadde opplevd å bli kommentert på grunn av kroppsstørrelsen sin på denne måten:

«Et annet mål er kanskje å kunne gå forbi en barnehage uten å bli kommentert, for det gjør jeg jo. En gang sa dem; Å ho hadde stor mage, hva heter babyen i magen din?». (Informant 4)

En annen informant trekker frem sine opplevelser ved det å være stor som en medvirkende årsak til at vedkommende unngår sosiale tilstelninger:

«Jeg trekker meg unna sosiale sammenkomster, gutta skal ha meg med på øl, og jeg bare; Har ikke noen klær som passer, føler meg tjukk». (Informant 3)

En informant beskrev hvordan vedkommende opplevde å bli behandlet og sett på med andre øyne på grunn av kroppsstørrelsen:

«Men det som er frustrerende er jo at folk ser annerledes på deg når du er stor, folk snakker annerledes til deg i butikker og oppfatter deg som om du ikke kan så mye. Det er en merkelig opplevelse». (Informant 1)

4.1.2 Rollemodeller før introduksjonskurs

Det fremkom under intervjuene at ulike personer i informantenes omgangskrets hadde hatt en viktig påvirkning på deres endringsprosess og egen mestringstro. Gjennom tolkning av intervjuer kommer det videre frem at en av informantene hadde en mor som hadde gjennomgått en livsstilsendring på egenhånd de siste fem årene og var med på å øke informantens egen tro på å selv kunne mestre endringen:

«Jeg har en mamma som har gjort denne endringen selv de siste fem åra, så jeg ser veldig opp til henne på en måte da. Det var litt der det begynte, for jeg så at liksom hun fikk det til, hun har ikke hatt noe hjelp da, hun har gjort alt selv. Så hun har gått ned vanvittig med kilo. Så jeg ser liksom at det går an da». (Informant 6)

Det kom tydelig frem at deltakerne på gruppa satte pris på det å gjøre dette sammen som en gruppe. Noen av dem hadde en forventning om at dette skulle bli lettere å gjøre sammen som en gruppe enn å gjøre det alene. Det å gå gjennom dette sammen med andre personer som er i samme situasjon som seg selv var med på å skape økt tro på at dem selv også kunne klare det, og en av dem forteller det på denne måten:

«(...) altså du kan trene tre ganger i uka med folk som har vondter og som ikke nødvendigvis ser superfreshe ut. Nå kan det være ganske motiverende å trene et sted hvor det er folk som er veldig bra trent og sånn, men å sulle

rundt med en gjeng å trene, starte litt på likt da (...) nå løfter vi det her sammen og det tror jeg er veldig viktig». (Informant 3)

Samme informant så på gruppa som en motiverende faktor til å pushe seg ekstra og føle mestring:

«Jeg er jo litt konkurransemenneske (...). Altså bare på den testen i går, jeg vet ikke hva andre gjør, men jeg ser bort på de andre og ser, han skal i hvertfall ikke gå lengre enn meg. Ikke søren, for han ser i dårligere form ut en meg så han skal jeg hvertfall slå, så det er ikke snakk om at han skal slå meg». (Informant 3)

4.1.3 Sosial støtte før introduksjonskurs

Det å ha støtte rundt seg i denne livsstilsendringen de nå skulle gjennom, var noe alle deltakerne trakk frem som viktig for å kunne oppnå mestring i denne prosessen. De fleste trakk frem deres nærmeste, som familie og venner som viktigst. Noen mente at åpenhet var viktig for å få mer forståelse mens andre holdt det kun for sine nærmeste da de følte på et større press om at alle skulle vite. Flere av informantene følte det betydningsfullt og motiverende å inkludere familien sin i endringsprosessen. En av informantene forteller det slik:

«Jeg har kone og barn hjemme (...) og de er med på laget, og det er klart viktig for meg da. (...) Men fallhøyden blir og da litt større og det blir flere å skuffe. Hvis jeg går å lunter rundt i dette her for meg selv og ikke klarer det så skuffer jeg bare meg selv egentlig, derfor er det greit å ha et lite press på seg da». (Informant 3)

En annen informant opplever også støtte fra sine nærmeste som viktig og trekker frem støtte fra samboeren:

*«Han heier på og han har vært der hele veien og sier, det her er ditt valg, og det er du som skal gjøre det og da skal du absolutt gjøre det. Han er med ut å gå, han er med på å lage mat, men han griner litt når han ser visse grønnsaker og sånt da *latter*». (Informant 4)*

Flere ser viktigheten av å ha noen rundt seg med det de nå skal igjennom:

«(...) jeg innser jo selv at dette står jo helt og holdent på meg, uansett hvordan jeg vrir og vender på det. Men gode støttefunksjoner er jo gull verdt». (Informant 3)

Selv om det fremkommer at informantene synes det er viktig med støtte underveis i endringsprosessen, kommer det også frem at det kan føles belastende å informere alle rundt seg om hva man gjennomgår. En av informantene følte på et større press om alle skulle vite:

«Men jeg føler litt sånn hvis jeg skulle drive å informert absolutt alle rundt meg så blir det litt slitsomt også da. Fordi man må hele tiden, ja, for det er jo jeg som skal gjøre endringen her så». (Informant 7)

Samme informantene opplever derimot støtte fra den nærmeste familien sin:

*«Familien min vet om dette, så det er fint. Hvis jeg besøker moren min da, så spør hun hva hun skal lage til middag til meg, og det er jo veldig fint da. (...) Så slipper jeg få en sånn hyggelig eller uhyggelig overraskelse med en diger pastatallerken liksom *latter*» (Informant 7)*

I tillegg til støtte fra de nærmeste så flere informanter nytten av støtte fra teamet på behandlingstilbudet:

«Ikke minst at det er et team rundt oss. Det tror jeg er det som trengs, også at du kan fylle på så mye du orker oppi hodet ditt, men du må ha noen rundt deg, som kan gi deg støtte og fylle på, som dere fagpersoner kan gjøre». (Informant 5)

4.1.4 Barrierer før introduksjonskurs

Deltakerne beskrev ulike barrierer før gjennomføring av introduksjonskurset. De trakk frem fem barrierer for endring, der flere av deltakerne deler en felles bekymringen for å mislykkes nok en gang med vektnedgang og er redde for å gå opp igjen som en av de viktigste barrierene. Dessuten trekker deltakerne frem fysiske og psykiske utfordringer som hindringer for vektnedgangen. Det kommer også frem at noen av informantene opplever maten som vanskelig og beskriver maten som trøst.

Informantene uttrykte en felles bekymring for å mislykkes nok en gang. Samtlige av deltakerne hadde tidligere erfaringer med vektnedgang og det var ikke selve det å gå ned i vekt som var det utfordrende, men det å klare og holde seg nede. Det var først når de hadde gått ned i vekt at utfordringen kom ved å klare å opprettholde endringen. Informantene hadde flere mislykkede vektnedgangsforsøk bak seg som bidro til lav mestringstro til livsstilsendringen. En av informantene var redd for å mislykkes enda en gang og uttrykte sin bekymring på denne måten:

*«Ja jeg tenker at jeg føler jeg nesten har fått siste sjansen nå *ler litt* (...) samtidig som det er, det er jo veldig langt fram, og jeg har liksom erfart det, og klart det å gå opp igjen. Også tenker jeg, også er jeg redd dette skal skje denne gangen også». (Informant 4).*

En annen informant hadde også erfart og gått opp og ned i vekt og mislykkes flere ganger tidligere. Informanten beskriver sin utfordring i forhold til tidligere erfaringer på denne måten:

«Men for meg har utfordringen vært å holde seg nede, jeg har jo gått ned, opp og ned, opp og ned. (...) Det vanskeligste er jo å holde seg der nede». (Informant 3)

Flere av informantene hadde fysiske utfordringer som de så på som barrierer i livsstilsendingsprosessen de nå skulle gjennom. Noen av informantene var bekymret for om deres fysiske plager skulle være så begrensende i endringsarbeidet at det ville være et hinder i å mestre livsstilsendringen. En av dem uttrykte sin frustrasjon av sine fysiske begrensninger som en barriere som kunne være med på å påvirke mestringsopplevelsen i endringen:

«Jeg er egentlig litt sånn irritert og lei og forbanna og skuffa at jeg ikke klarer å få det til, også vet jeg at det sitter en del mellom øra mina, men det er også en del fysiske begrensninger som jeg har i forhold til det. Så ehm, jeg er veldig spent hvertfall, eh, over hva som kommer (...) Altså vi hadde en økt i går ehm, nedpå SATS, og bare det lille der sånn kjenner jeg veldig godt. Så jeg er redd, jeg er veldig spent på om det fysiske kommer til å stoppe meg (...) jeg kommer mest sannsynlig til å måtte bytte begge hoftene nå tidlig i 2019, så det, det er litt bedritent». (Informant 3)

Psykiske utfordringer kom også frem gjennom intervjuene som barrierer for endring hos noen av informantene. Flere av dem trakk frem at de hadde en tilleggs bagasje med ulike psykiske utfordringer og en av informantene forteller at denne livsstilsendringen er en bit av det å klare å mestre hverdagen igjen. Det å skulle være med så mange mennesker gjennom introduksjonskurset var andre vanskeligheter informantene trakk fram som utfordrende.

Motivasjonen til flere av deltakerne var å kunne bevege seg lettere og få en lettere kropp, få mindre fysiske og psykiske plager, komme i bedre form og få bedre helse. En av informantene beskrev sin motivasjon til å gå ned i vekt slik:

«(...) jeg har mye vondter fortsatt da. (...) men det har blitt en sånn ond sirkel da, også fedme, det gir smerte og når du da blir sittende stille, dette vet jo dere alt om selvfølgelig, men nå bekrefter jeg bare at sånn er det for meg

også, blir jo sittende stille da, så kommer du deg ikke ut også er det mye mer morsommere å se sport på tv etterhvert da». (Informant 3)

Samtlige av informantene gav uttrykk for at maten var det som var mest utfordrende og at det var enklere å oppleve mestring i forhold til treningen. Det var spesielt porsjonsstørrelser og mellommåltider som de fleste trekker frem som vanskelig. Det fremkom at for flere av informantene hadde maten en sterk betydning utover det å kun dekke et ernæringsbehov. Flere av deltakerne oppga å bruke mat som trøst og syntes det var utfordrende å ha kontroll på matinntaket. Det fremkom fra noen av deltakerne at dette med å endre livsstil føltes vanskelig og noen beskriver det som at det noen ganger føltes som om det er det siste måltidet du skal spise. En av informantene opplever utfordringen med mat på denne måten:

«(...) dette med mat, trøst ikke sant. Jeg har vært inne på det før at jeg føler jo at veldig mye i forhold til at jeg har hatt samtaler her på behandlingsstedet, at det er jo når ting i livet ikke er på plass så er det jo klart at det er lett å bruke mat også som en form for å dempe noe, for eksempel stress, fordi du er oppspilt, for at du skal roe deg ned da. Så kan du bruke mat for at du skal trøste deg eller ikke sant, livet er kjipt. Det er jo mange grunner til at det på en måte, eh, jeg tror jeg har vært innom alle årsakene». (Informant 7).

En annen informant beskrev sin utfordring med mat, og mat som trøst på følgende måte:

«Min utfordring er ikke store måltider og feite sauser, jeg er faktisk ganske flink i matveien, eller selv om det ikke ser slik ut. Ehm for meg er det snop som er greia. Trøstespiser sånne ting selv etter en feit middag...». (Informant 3)

Enkelte av deltakerne opplevde det å skulle skille mellom å være sulten og det å være fysiske som utfordrende. Det fremkommer fra intervjuene at for noen av informantene så kan tankene på det å være sulten og det å ha lyst på noe ofte flyte inn i hverandre. En av informantene følte at det ikke var så lett å skille mellom dette og uttrykte seg slik:

«Nå er vi inne i kjernen av det som er vanskelig, og det er maten. Det viser seg at det er maten folk sliter mest med, for de fleste får jo til å trene. Jeg synes det er en utfordring å skille mellom det at jeg er sulten eller om jeg har lyst på noe». (Informant 7)

4.2 Andre intervju

4.2.1 Mestringserfaringer etter introduksjonskurset

Etter introduksjonskurset på åtte uker hadde flere av deltakerne kjent på mestring. Informantene hadde opplevd mestring på ulike elementer, blant annet endringer i kostholdet og at flere av dem hadde kjent på bedre form og mer overskudd. Mange hadde opplevd fremgang på ulike områder i løpet av introduksjonskurset, og dette oppleves som motiverende. Ut fra tolkningen av intervjuene kommer det frem at motivasjonen til informantene fortsatt var like høy som da de startet på introduksjonskurset etter at dette var avsluttet. Her har flere av informantene erfart at man må gjøre det enkelt for å lykkes og ikke gjøre for store endringer av gangen:

«Ta en dag av gangen, det tror jeg liksom er min måte å være rusta på. (...) jeg har funnet ut at, skal jeg få det til, så må det gjøres enkelt». (Informant 1)

Informant 3 trekker frem at om man skal klare å lykkes med å mestre denne livsstilsendringen så må man ikke gjøre for omveltende endringer:

«Jeg spiste potetgull på lørdag, spiste mindre potetgull på lørdag enn jeg vanligvis gjør. Eh, jeg må kunne gjøre sånne ting innimellom, for det er nå jeg lever. Jeg kan ikke legge alt bort også tro at det er måten jeg skal leve på videre, det går ikke. Så da blir det litt beskjeden nedgang da». (Informant 3)

En annen informant ser på denne endringen som en langsiktig jobb:

«Og det handler om å, ja som jo, jeg tror det må være en langsiktig jobb for meg og ikke overdrive liksom men også, ja verken den ene eller den andre». (Informant 7)

Flere av deltakerne opplevde mestring gjennom fremgang ved å gjøre endringer og se at det fungerte. Noen av deltakerne hadde virkelig satt i gang endringsarbeidet og gjort grep som fungerte for dem. De opplevde fremgangen som motiverende til å fortsette, og oppga bevisstgjøring og planlegging som viktige verktøy, samt bedret helse som god motivasjon til endring.

Informant 5 var den som hadde kommet aller best i gang med endringsarbeidet og forklarer sin mestring slik:

«Altså jeg har fått overskudd, jeg går og koser meg, altså det er, nei det her er ordentlig. (...) Nå har jeg begynt å spise litt dessert igjen, kesam og blåbær og sånt noe (...) også tror jeg aldri jeg har spist så mye epler i hele mitt liv. Fire epler om dagen, istedenfor noe annet. (...) Nei nå har det blitt veldig bra, jeg er så positiv og fornøyd på dette at». (Informant 5)

Vedkommende hadde tatt i bruk Kostholdsplanleggeren og opplevd mestring gjennom planlegging av måltider for hele uka. Informanten forteller videre om hvordan rehabiliteringsopplegget har hjulpet til i endringsprosessen og trekker frem bevisstgjøring og det å gjøre en del valg, som sentralt:

«Ja det er bevisstgjøring, av hva du dytter i deg. (...) da bruker jeg kostholdsplanleggeren, da får jeg vite mye, hva jeg trenger i forhold til vitaminer, mineraler og alt sånt noe, og hvor mange kcal per dag. (...) og en del valg, det er sånn, har du lyst på eh potetgull, potetgull har da 500 kcal, eh saltstenger har 200 kcal, valget er ikke vanskelig da. Da blir det saltstenger, og totalt sett så sitter du igjen med at det var like godt».

Flere av informantene opplevde at de hadde fått mer kontroll på endringen og de opplevde å mestre. Etter introduksjonskurset på åtte uker hadde flere av informantene erfart det å mestre å redusere porsjonsstørrelse, og en av dem forteller det her:

«(...) før så var jeg liksom sånn at til middag så har jeg liksom spist, jeg har alltid hatt to kyllingfileter liksom. Men så tenkte jeg hvorfor kan jeg ikke bare ha en? Også tok jeg ekstra grønnsaker også ble jeg mett likevel. Så det blir sånn der, oi». (Informant 6)

En annen informant hadde også gjort endringer i forhold til middagsmåltidet:

«Også er jeg blitt flink til å ta på grønnsaker, starte med grønnsaker. (...) hvis du tar på kjøttkaker da, også poteter også er det plutselig ikke plass til 50% med grønnsaker. (...) Starter med grønnsaker, helt forbudt å starte med andre ting først». (Informant 3)

Flere av informantene trekker også frem det å mestre flere ting, komme i bedre form og få mer overskudd:

«Man kjenner at man får mer overskudd, og det er mye på grunn av trening og kosthold. Bevisstgjøring. Det er ei pakke der som jeg synes det kommer noe veldig godt ut av». (Informant 5)

En av informantene opplever å mestre mer og mer, og forteller:

«Også er det den der å klare å se det man får til og ikke det man ikke får til. (...) Jeg sitter vel med mindre stress i kroppen». (Informant 1)

En annen informant har erfart å gjøre ting man tidligere ikke hadde trodd man ville gjøre og beskriver sin mestringserfaring på denne måten:

«Jeg trodde aldri at jeg skulle løpe intervaller ved slottet altså. Hadde noen sagt det til meg for et halvt år siden så hadde jeg, ja folk tar bilder og sånn og jeg driter i det». (Informant 6)

4.2.2 Rollemodeller etter introduksjonskurset

Observasjon av tidligere deltakere som har lyktes med sin livsstilsendring var med på å øke troen på at de selv kunne oppnå mestring og lykkes. Noen av deltakerne trakk frem temakveld med tidligere deltakere som veldig meningsfylt:

«Jeg var på en sånn temakveld, der tre stykker fortalte om sine opplevelser (...) det er det jeg har hatt mest nytte av». (Informant 2)

En av de andre informantene trakk også frem at det var nyttig å høre på tidligere deltakere som man selv kunne relatere seg til, hadde lyktes med sin endring:

«Jeg var på en sånn kveld, der tre stykker som hadde vært her delte sine historier, og da var det en som sa at man ofte spiser på følelser uten at man skjønner hva som skjer, og liksom når man kommer dit å kjenner på at åh nå får jeg lyst på noe eller nå spiste jeg for mye, og heller prøve å finne ut av årsaken, komme til bunns i det da. Og heller grine hvis man er lei seg da istedenfor å spise». (Informant 4)

4.2.3 Sosial støtte etter introduksjonskurset

Informantene hadde erfart det å ha noen rundt seg som viktig i denne endringsprosessen. Deltakerne påpekte at de følte seg tryggere ved å være tilknyttet behandlingssenteret, samt at deres nærmeste bidro med betydelig støtte i endringsarbeidet. Informantene uttrykte at det å ha noen i «ryggen» gjorde det lettere å holde fokus og var til stor hjelp sammenliknet med å stå alene når man skulle gjennom en livsstilsendring. Opplevelsen av å få behandling i gruppe og kunne sammenlikne seg og utveksle erfaringer med personer som var i samme situasjon som dem selv, var med på å styrke sin egen tro på å klare å mestre dette. En av informantene forteller sin erfaring av støtte på denne måten:

«Altså her får du mye støtte, både av fagpersoner og av gruppa. (...) Det er ordentlig støtte, pusher hverandre både her og der, både på treninger og tilbakemeldinger på kosthold og hvordan vi er og alt sånt noe. Det er en kjempegruppe». (Informant 5)

Samtlige av informantene opplever samholdet i gruppa som betydningsfullt i endringsprosessen. De følte støtte i hverandre, og det å kunne utveksle erfaringer og trekker flere av dem frem som betydningsfullt samt å ha humor i gruppa som viktig. Det å ha noen der som vet hva denne endringen innebærer uttrykker informantene som viktig for å mestre endringsarbeidet. En av informantene opplever samholdet i gruppa på denne måten:

«Ja, det er jo det vi opplever alle sammen at vi har støtte i hverandre og det at vi på en måte har, altså forskjellig vinklinger på hvordan vi skal gjøre ting og vi har forskjellige historier. Vi har alle kommet hit og det er jo på en måte mye fysisk og psykisk, og veldig mye psykisk som gjør at vi har kommet hit også». (Informant 1)

En annen ser på gruppa som støttende og nyttig i denne prosessen og tror det viktigste er å kunne snakke med hverandre:

«Eh, alle er i samme situasjon, har nesten samme utgangspunkt med diverse utfordringer, men selvom man har de individuelle utfordringene så er det jo samme plata som vi står på egentlig. Vi har kanskje ulike syn på saker og ting, og vi har ulike mål men at generelt så er vi jo like, har mange like tanker og jeg tror største nytten har vært at vi kan snakke med hverandre. At mange har turt å åpne seg og da har vi fått med flere som har turt å åpne seg». (Informant 2)

Informantene mener at det er viktig å ha folk rundt seg som er i noenlunde samme situasjon og som man kan relatere seg til:

«At jeg er i et miljø (...) ja jeg vil nesten si det at å ha folk rundt deg som har akkurat de samme utfordringene, eller hvertfall mye av de samme utfordringene er det aller viktigste». (Informant 3).

Flere av deltakerne var enige om at det er betydningsfullt med oppfølging og det å ha noen i ryggen:

«Så lenge jeg klarer å på en måte tenke langsiktig, men det vet jeg jo ikke hvor lenge jeg klarer heller, men jeg vet jo av erfaring, hvis jeg spiser for mye, så har jeg jo erfart at jeg klarer å gå tilbake til de rutinene jeg har hatt

(...) men det når man ikke har den oppfølgingen man har her (...) så vet man ikke hvordan det på en måte går da». (Informant 1)

Informantene trekker også frem sine næreste relasjoner som viktige i endringsprosessen. En av informantene trekker frem å ha en kompis som har blitt veldig ivrig, som betydningsfull støtte i mestring av livsstilsendringen:

«Så han går jeg turer og trener sammen med og vi spiser litt sunnere alternativer og. Han er litt sånn med på det liksom uten at han er med er da. (...) Det hjelper liksom at vi er to, når vi er sammen med kompisgjengen liksom så hjelper det liksom og, du slipper alle spørsmålene da». (Informant 6)

4.2.4 Barrierer etter introduksjonskurset

Selv om flere av informantene oppga at de hadde kommet godt i gang med endringsarbeidet, var det fortsatt noen av dem som ikke helt visste hvordan de skulle komme i gang. Det fremkommer likevel at de fleste av informantene vet hva som skal til for å få til endringen, men det er selve gjennomføringen som er det mest utfordrende. Det å ta kunnskapen ut til handling, var det som oppleves som det vanskeligste. Flere uttrykte en spenning med tanke på overgangen til den «nye hverdagen», og flere var bekymret for tilbakefall. De var spente på hvordan hverdagen kom til å bli uten den intensive oppfølgingen fra behandlingsstedet og gruppa, og om de ville klare å holde motivasjonen oppe. En av informantene var bekymret for å skulle gå opp i vekt igjen og uttrykte seg på denne måten:

«(...) jeg prøver å ha den tankegangen på en måte, at jeg skal klare dette her for sunnhetens skyld da og framtida (...) Ja så, jeg vet ikke helt om jeg skal tenke sånn, kan aldri vite om jeg havner opp i vekt igjen eller om jeg skal tenke sånn at, neida jeg skal ikke det. Fordi som sagt statistisk sett så er det mange som går opp i vekt igjen». (Informant 4)

En av informantene uttrykte fortsatt en liten bekymring for om dette skulle gå. Vedkommende følte det ikke var bra nok å ha gått ned fem kilo etter introduksjonskurset, men prøvde å tenke positivt og var allikevel kommet langt i tankeprosessen:

«Det er jo det at man må prøve å se på det som er bra. At okei, du har kanskje ikke gått ned så mange kilo som du trodde, men du har kommet i mye bedre form, mye bedre kondis enn det du hadde for åtte uker siden, eh, nå er det egentlig lettere å komme i gang med treningen igjen på en måte da. Jeg må jo fortsette å trene, men det å komme i gang med treningen igjen på en måte er lettere da, enn det det var for en stund tilbake». (Informant 7)

Samme informant opplevde mestrings med treningen, men synes fortsatt maten var utfordrende:

«(...) det ene er liksom matsporet og det andre er liksom treningssporet da, og jeg føler at trening er noe jeg klarer å mestre da. (...) Mens det som har vært vanskelig og er fortsatt vanskelig, det er matsporet. Altså jeg har gjort noen endringer men jeg synes fortsatt at den tøffeste jobben er der da, og den livsstilsendringen må skje der da». (Informant 7).

En av informantene visste hva som skulle til for å klare å gå videre ned i vekt, men fortalte om sin utfordring:

«Spørsmålet er egentlig å klare å holde seg på den stien da, være disiplinert nok til å gjøre det». (Informant 3)

4. 3 Tredje intervju

4.3.1 Mestringserfaringer hos deltakere 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet

Blant informantene som var ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet, kom det tydelig frem hvem som hadde mestret endringsarbeidet så langt og hvem som fortsatt var i tankeprosessen om hvordan de skulle gjøre det. Tolkningen av intervjuene gir et bilde av hva som kjennetegner de som har lyktes med livsstilsendring så langt – de vektlegger det å ha en god helse og ha en funksjonell kropp så lenge som mulig som viktige elementer. Videre fremkommer det at de snakker om bevisstgjøring og ikke minst verdien av å planlegge, samt at de trekker frem det å gjøre det enkelt for seg selv ved å gjøre få, men enkle grep. De trekker frem det å finne ut hva som fungerer for seg og sitt liv som viktig for å lykkes.

Det å ha god helse med en funksjonell kropp så lenge som mulig, var motivasjonsfaktor i endringsarbeidet til en av informantene som hadde lyktes med sin livsstilsendring:

«Min overvekt har aldri vært noe hinder for meg i å være sosial eller å være aktiv. Helse er det som står i fokus, og jeg bestemte meg for å gjøre noen få endringer, for jeg klarer ikke gjøre hundre endringer, det blir for mye. Endringer som gjør at jeg også kan ivareta livskvaliteten min, i forhold til det å være sosial, det å være aktiv, og det å kunne levere på jobb og alt det der». (Informant 12)

Samme informant trekker frem det å bli bevisst på en del ting som man kanskje ikke hadde tenkt så mye på og forklarer hvordan endringsarbeidet har gjort noe med tankesettet:

«Så, så det er litt på det tankesettet som jeg var inne på ista, hvor liksom hele tiden du sitter og tenker hva kan jeg gjøre, hva kan jeg endre på. At jeg spiser

100 kcal halv to, også spiser jeg 300-350 til middagen, om jeg hadde spist 550 til middagen og ikke de 100 i mellom, jeg tror ikke det er der det største problemet er. Jeg tror det er sammensetningen av hva du gjør i løpet av en dag er kanskje fasiten» (Informant 12)

En annen informant beskriver sin måte i arbeidet mot å lykkes med livsstilsendringen, på denne måten her:

«Faste rutiner (...) og veldig enkle grep (...) du må jobbe med ett eller maks to ting kanskje. (...) Så for meg var det å gjøre enkle ting. (...) Innførte jo havregrøt til frokost, det har jeg den dag i dag, mandag til fredag. Tenker ikke over det en gang. Det er havregrøt med chiafrø og blåbær og det er det jeg spiser. På jobben, samme til lunsj hver dag, to rugsprø og en neve med nøtter, tenker ikke over det engang. Så jobber jeg med middagsrettene mine, det gjør jeg fortsatt for jeg har lyst på en sånn halvannen porsjon men. Så det er sånn, av og til fikser jeg det og av og til fikser jeg det ikke, men så blir jeg litt sånn, jaja, det funker, for nå har jeg vært ganske stabil da, i vekt». (Informant 8)

Det var flere av informantene som så verdien av planlegging for å lykkes med endringsarbeidet. En informant hadde opplevd mestring gjennom planlegging og uttrykte dette som redning for ikke å gå på en smell:

«Eh, også er det jo sånn at hvis man jobber mye da, også kommer man hjem, sånn som i går så jobbet jeg tre timer overtid. Da hadde jeg heldigvis planlagt sånn at jeg visste jeg skulle jobbe lenge, også hadde jeg bare, jeg hadde en pai, en sånn grønnsaks pai hjemme som jeg bare tok og varmet når jeg kom hjem. Så da var det liksom sånn perfekt for da var jeg kjempesulten ikke sant og da er det super lett å gå i en sånn kjip felle liksom». (Informant 13)

De av deltakerne som ikke hadde lykkes med livsstilsendringen enda, hadde en følelse av å ikke klare å ta i bruk endringsarbeidet og hadde ikke kjent på å mestre det å legge om livsstilen enda. En av informantene følte seg mislykket og uttrykte en lav mestringstro til å lykkes med varig vektnedgang:

«Eh, jeg vet ikke, jeg tror jeg føler meg eh, litt for mislykka til å klare det, selv om jeg vet at jeg kan klare det. Det er det som er greia, jeg har jo slanka meg utallige ganger og alltid klart det før. (...) Men jeg føler liksom nå at det er så mye jeg skal ned. For, for hver gang jeg har gått opp i vekt og slanka meg så går jeg enda mer opp også liksom tilsvarende ned også enda mer opp, ikke sant». (Informant 11)

En annen informant opplevde det slitsomt å aldri lykkes med sin livsstilsendring:

«Så har du lyst til å reise mye, andre koser seg og spiser, og jeg synes ikke det er alltid like morsomt og bare sitte å passe på at, passe på, passe på. Også blåser jeg litt i det og da går vekta opp og da er det på den igjen. Min kropp forbrenner ikke så fort. Min kropp er litt sånn som jeg er. Mine gener, så jeg må jobbe hardt hvis jeg skal gjennomføre og klare det til slutt liksom. Og der gir jeg opp litt innimellom» (Informant 9)

4.3.2 Rollemodeller hos deltakere som er 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet

Gjennom intervjuene trekker en av deltakerne frem en på gruppen de startet rehabiliteringskurset sammen med som hadde lykkes med sin livsstilsendring, som motiverende. Vedkommende fortalte videre at det var inspirerende å se at det var mulig å nå målet. En annen informant trekker frem at det mest verdifulle gjennom oppfølgingsukene var det at en tidligere deltaker fortalte om sin endring og vei mot å lykkes med livsstilsendringen. Informanten forteller videre om sin opplevelse av å høre på erfaringsbasert kunnskap fra den tidligere deltaker på denne måten:

«Hun fortalte at hun hadde mistet nesten 40 kilo (...) Altså når hun fortalte var det så rørende og hun åpnet seg liksom på sånn ytterst private ting og du kjenner deg igjen. Jeg kjente meg igjen så mye. (...) Selv om fagfolkene er veldig flinke, er det noe med å høre fra sine egne for å si det sånn, en som har vært i samme situasjon før». (Informant 8)

Informantene trakk altså frem nytten av å observere tidligere deltakere som hadde lykkes med sine mål, som motiverende for dem selv og var med på å øke mestringstroen på at dem selv også ville klare det. Likevel kom det noe overraskende frem fra noen av de informantene som ikke hadde opplevd mestring med sin livsstilsendring, at de uttrykte en slags sjalusi overfor dem som hadde lykkes med endringen.

4.3.3 Sosial støtte hos deltakere som er 1 til 2 år ute i rehabiliteringsforløpet

Gjennom intervjuene fremkom det at det å ha støtte i endringsarbeidet fortsatt var viktig lengre ute i endringsprosessen. Noen av dem hadde implementert det i familien og flere trakk frem venner som var med på å motivere å støtte som betydningsfullt. En av informantene trekker frem viktigheten av sosial støtte fra ektefellen sin som betydningsfullt i endringen:

«Ja det har vært helt avgjørende å ha en mann som har vært veldig støttende, han er alltid støttende på en måte. (...) han er en veldig sånn fullfører da, han følger, altså hvis jeg ikke setter noe på bordet så er ikke han sånn som henter

godteri, altså sånn. (...) så han har vært en viktig støttespiller». (Informant 8)

Flere av disse informantene som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet trakk frem støtten på behandlingsstedet som fortsatt viktig for å holde seg motivert. En av informantene trekker frem støtte fra en av fagpersonene på behandlingsteamet som motiverende og at denne støtten hjalp til med å føle mestring.

«Vi var innom hver siste fredag i måneden og veide oss mellom oppholdene. Det hjalp veldig for da fikk vi en liten sånn pep på liksom type fem minutt, man veide seg og så spurte hun hvordan det gikk, hva sliter du med og gav sånne konkrete råd. Så det var sånn bang, bang, bang vitamininnsprøyting». (Informant 13)

En annen informant opplevde derimot at det var vanskelig å klare å mestre denne livsstilsendring om det ikke var støtte hjemmefra:

«For sånn var det jo liksom, når mannen min spiste noe usunt eller noe godteri så var det sånn, de første gangene så var jeg veldig sånn standhaftig og sånn, ja men jeg skal ikke ha det, jeg skal ikke ha det, jeg er i en livsstilsendring. Men for hver gang jeg så det, selv om jeg ikke tok noe så fikk jeg jo mer og mer lyst på det ikke sant. Så til slutt bare, okei jeg går bare å kjøper meg en potetgullpose da eller liksom». (Informant 11)

4.3.4 Barrierer hos deltakere som er 1 til 2 år ute rehabiliteringsforløpet

Flere av informantene hadde opplevd ulike barrierer i sitt endringsarbeid. Samtlige av deltakerne trekker frem at de vet hva som skal til for å lykkes med endringen, men at de ikke helt klarer å ta det i bruk. Noen av informantene trekker frem mangel på følelse av oppfølging som utfordrende for å fortsette endringsarbeidet. Andre utfordringer som gikk igjen hos dem som ikke hadde lykkes med endringsarbeidet til nå var at utenforstående ting sto i veien, de overspiste, snakket seg selv ned, følte seg mislykket eller følte lite mestring.

Det kommer frem at tett oppfølging fra rehabiliteringsstedet de åtte første ukene spiller en vesentlig rolle for fremgang. Da er fokuset på plass og deltakerne opplever både støtte og fremgang. Når hverdagen kommer og man ikke skal til rehabiliteringsstedet tre dager i uka lengre, kommer utfordringene. Flere av informantene opplevde at det var tyngre å komme tilbake til hverdagen igjen enn forventet:

«Man ser fremgangen på de åtte ukene og tenker at dette kommer til å gå kjempebra, også blir det jo ikke helt sånn når man kommer hjem så det er jo en litt sånn fallgrube da. Eh det var vel egentlig mest fristelsene hjemme da. Fordi jeg fikk jo veldig god oppfølging når jeg var her og da var det litt lettere å på en måte unngå de fristelsene da». (Informant 11)

«Man er i en sånn boble at man blir litt sånn når man er på et 8 ukers opplegg så blir man veldig sånn nå skal jeg gjøre det skikkelig bra, nå skal jeg prestere, det blir nesten konkurranse liksom. Også når du da går ut av det så blir det ikke det samme, du klarer ikke holde det oppe (...) da må du liksom ha med deg gruppa hele tida. Man må virkelig jobbe for det». (Informant 13)

En annen informant møtte også på utfordringer:

«Men så møter man jo da livet uten nødvendigvis og ha noen å komme til annenhver dag som vi da hadde, og da etterhvert så kommer alle, kall det spøkelsene, alle disse tingene du sliter med som har gjort at du er der du er i forhold til vekt og livsstil. De kom tilbake på full trøkk, uten at du da visste at om to dager skal du ned dit igjen, da får du støtte». (Informant 9)

En av informantene synes det var utfordrende å sette seg mål som var realistiske og opplevde det som frustrerende og aldri mestre målene:

«Når jeg var på første motivasjonsopphold så snakka jeg med en av fysioterapeutene om det å sette seg mål, (...) du må jo bare sette mål som passer deg liksom, sa de. Så da ble det liksom litt lettere da, at jeg skulle gå to turer i uka og det var det, men så klarte jeg ikke følge det heller så da blei jeg jo, eller det gikk jo en stund også ble det også sånn dårlig samvittighetsgreie da. (...) Det blir liksom litt sånn, okei hvis ikke man går 100% inn for det så kommer det ikke til å gå uansett liksom. (...) Jeg føler liksom hver gang jeg har et mål, så klarer jeg det ikke». (Informant 11)

En annen informant opplevde at tidligere utfordringer dukket opp igjen, men når støtten ikke var der på samme måte lengre, var det ikke like lett å ta kontakt med behandlingsstedet for hjelp:

«Da kom utfordringene med overspising og disse tingene man hadde problemer med, de kom. (...) Men det tar på en måte lengre tid å ringe hit å si at nå har jeg overspist en sjokolade eller nå har jeg gjort sånn eller sånn. Så for meg da var det like greit å la være, dette måtte jeg greie». (Informant 9)

Samme informant gav uttrykk for at det var vanskelig å sette i gang med endringer, og var kanskje ikke villig til å sette livsstilsendringen først:

«Jeg har fått masse tips her (...) og jeg har kunnskapen, men du må hjem å gjøre det. Så har du full jobb, jobber kanskje 10 timer, 12 timer også har du gjort noen endringer, jeg har kommet på vei, jeg er på vei (...).» (Informant 9)

En annen informant forteller at det er andre ting som står i veien for en livsstilsendring, og gir uttrykk for at h*n vet hva som skal til, når tiden er inne for det:

«Jeg er jo veldig mye mer bevisst på ting. Problemet mitt har vært det at verden utenfor kommer i veien. Det er liksom, bare i år så har det vært dødsfall i familien, utkastelse fra leilighet og det, det er så mye som tar vekk fokuset som gjør det vanskelig men det er jo, jeg vet jo fortsatt at jeg har de verktøyene med meg. Så er det veldig fint å vite at man bare kan ta kontakt om det er noe, og få snakke med ernæringsfysiolog eller psykolog eller hva det nå enn er for å komme seg på rett kjøør igjen liksom. Og jeg er fortsatt litt der igjen i en prosess at ting går ikke helt sånn at det gjør det enklere for min del». (Informant 10)

5 Diskusjon

Kapittelet starter med diskusjon av studiens metodikk som er valgt for å belyse studiens problemstilling. Videre vil studiens funn diskuteres opp mot eksisterende forskning om tema og i lys av teoriene som er beskrevet. Funndiskusjonen fremstilles innledningsvis med en oppsummering av studiens hovedfunn i kronologisk rekkefølge av forskningsspørsmålene. Kapittelet avsluttes med en konklusjon, samt forslag til implikasjoner.

5.1 Metodediskusjon

Innenfor kvalitativ forskning er det ulike kriterier for å vurdere kvaliteten av forskningen. Vurderinger av forskningens kvalitet er basert på begrepene reliabilitet og validitet (Thagaard, 2018). Reliabilitet og validitet omhandler troverdigheten av forskningen og er ulike vitenskapelige premisser som angir påliteligheten og gyldigheten av forskningsprosessen. Begrepene vil videre avgjøre i hvilken grad forskningen anses som troverdig eller ikke (Kvale et al., 2015; Thagaard, 2018). I følgende del vil masterstudiets reliabilitet og validitet diskuteres.

5.1.2 Studiens reliabilitet

Det som kjennetegner reliabilitet i kvalitative studier er i hvilken grad forskningen er *pålitelig* og handler om at forskeren redegjør for utvikling av data i forskningsprosessen. Reliabilitet kan knyttes opp mot forskningens *troverdighet* og i hvilken grad data er troverdige basert på beskrivelse av forskningsprosess og forskerens forforståelse. I kvalitativ forskning er det viktig at de vurderinger som blir tatt er transparente og forståelig for andre forskere og lesere (Leegaard, 2015; Thagaard, 2018).

For å ivareta reliabiliteten i denne studien har jeg som forsker forsøkt og være åpen og konkret i beskrivelsene av fremgangsmåten som har vært benyttet for utvikling av data, samt redegjort for min forforståelse. Dette beskrives tydelig i metode kapittelet. Jeg har på denne måten forsøkt å gjøre forskningsprosessen «gjennomsiktig». Dette innebærer at en utenforstående kan vurdere forskningsprosessen ved å gå tilbake å se hva jeg har gjort og få forståelse av tolkning av intervjudata i denne studien. Reliabiliteten kan altså både knyttes til kvaliteten av datamaterialet prosjektet baserer seg på, og til vurderinger av hvordan forskeren anvender og videreutvikler dataene. Det vil videre bli belyst ulike faktorer i min studie som kan ha hatt innvirkning på studiens funn.

I utgangspunktet er intervjudata helt troverdige. Utfordringen kommer når man skal begynne å analysere og tolke datamaterialet, som videre vil preges av min forforståelse.

Forståelsen av hvordan personer opplever sin livssituasjon er utgangspunktet fra våre tolkninger. Deretter tolkes dataene ut fra vårt faglige ståsted, som således kan gi grunnlag for et annet perspektiv enn det deltakerne har (Thagaard, 2018). På bakgrunn av at det ble inkludert tre intervjuomganger i denne studien kan det tenkes at de kodene og kategoriene som ble satt i intervjurunde 1 var bestemmende for intervjurunde 2 og 3 også. Som en konsekvens av dette førte det til at jeg ble mindre åpen for nyanser i de to siste intervjurundene, som igjen vil prege studiens resultater. Det er klart at deltakerne kom med andre ting som resulterte i et rikt datamateriale, da denne masteroppgaven baseres på mestringstro som teoretisk rammeverk tolket jeg disse virkelighetene gjennom rammen av teori for mestringstro.

Reliabilitet er knyttet opp til om denne studien undersøker det den har til hensikt i å undersøke. Innen et fenomenologisk perspektiv er målet å nå frem til en autentisk (Silverman, 1993) forståelse av informantenes erfaringer. Det er flere faktorer som vil ha innvirkning på dette og reliabiliteten påvirkes av disse i fenomenologiske intervjuer (Postholm, 2010). Postholm (2010) hevder at det ofte kan være vanskelig å få informasjon om sensitive temaer, slik som i dette tilfellet med kropp, mat og flere forsøk med mislykkede vektreduksjonsforsøk. Informantene kan imidlertid også fremme positive situasjoner og undertrykke de negative. Slik som sosial ønskarhet (social desirability), hvilket innebærer at informantene svarer slik de tror jeg som forsker ønsker at de skal svare eller slik de mener er allment riktigst (Gravdal & Sandal, 2004). Informantene kan gjennom dette enten ha over- eller underrapportert sine erfaringer om temaet vi snakket om. Selv om det ble presisert før hvert intervju at det var deres tanker og opplevelser jeg var ute etter å høre, kan de muligens ha rapportert feilaktig informasjon. Likevel opplevde jeg som forsker å klare å skape en trygg atmosfære med informantene, gjennom at jeg klarte å skape en trygg ramme i intervjusituasjonen (det at jeg viste tillit og at jeg lyttet på hva de hadde å si, var trygg og at vi hadde en humoristisk tone) opplevde jeg at informantene delte sine sanne opplevelser og følelser gjennom intervjuene. Det er viktig å reflektere over betydningen av utvikling av data gjennom hvordan forskeren fremstår ovenfor personene. Derfor kan hvorvidt mitt nærvær som kvinnelig forsker og intervjuer kan ha påvirket informantene i ulik grad være et annet aspekt som kan ha hatt betydning for utvikling av data. Det er vanskelig å vite om dette har hatt noe å si for om kvinnene delte mer eller hadde rikere beskrivelser enn det de mannlige informantene har gitt uttrykk for.

Utvalget ble strategisk sammensatt som beskrevet i metodekapittelet. I følge Malterud (2017) er et strategisk utvalg med på å styrke påliteligheten i resultatene når funnene ikke er entydige og opplagte. Det kan i dette tilfelle synes at utvalget belyser problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Likevel kan man stille spørsmål om hvorfor akkurat disse informantene

valgte å delta. I utvalg 1 ble deltakerne bedt om å melde interesse ved å rekke opp en hånd rett etter jeg hadde presentert forskningsprosjektet, mens utvalg 2 ble bedt om å komme bort til meg i pausen å melde sin interesse. Dette kan ha påvirket rekrutteringen ved at terskelen for å rekke opp en hånd i et klasserom kan være høyere enn å komme bort på tomannshånd. Eller motsatt, at det var høyere terskel for å komme bort etterpå på tomannshånd enn det var å rekke opp en hånd der og da, da de kanskje kjente på et press om å være med. Videre består studien som sagt av to utvalg, og studien har data av funn fra tre forskjellige tidspunkter som beskrevet i metode kapitlet. Sett i lys av min studie er det en styrke at studien tar for seg tre ulike faser i endringsprosessen til personer som gjennomgår en livsstilsendring. Dette gir en bredere forståelse om hvordan deltakernes opplevelse av egen mestringstro er før og etter et introduksjonskurs på et rehabiliteringskurs for konservativ behandling av sykelig overvekt, samt ett til to år ute i livsstilsendringsprosessen. Antall deltakere i studien vil kunne si noe om reliabiliteten til forskningen. Totalt er det 14 deltakere inkludert, fordelt på to utvalg. I følge Malterud (2017) er det viktig at utvalget settes sammen på den måten at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materialet om det som ønskes å undersøkes, for å få data med best mulig informasjonsstyrke. Med tanke på at det ble gjennomført 21 intervjuer i denne studien kom det frem et rikt og variert datamateriale og trolig tilstrekkelig i forhold til problemstillingen. Det ble i tillegg gjennomført ikke-deltakende observasjon av et helt introduksjonskurs på åtte uker, før intervjuene ble satt i gang. Som et resultat av dette ble jeg som forsker mer klar over hva deltakerne gikk gjennom på rehabiliteringskurset og hadde på den måten en bredere forståelse, til tross for at dette var på andre deltakerne enn de som er inkludert i studien. Det ble ikke samlet inn noen personopplysninger under observasjonen og utover de overnevnte hensiktene ble observasjonen ikke benyttet som metode for datainnsamling i denne studien.

Utvalget vil ha påvirkning på studiens tolkning og funn (Malterud, 2017). Svarene av intervjuguiden er rikt og mangfoldig. Det er imidlertid viktig å si at jeg verken er en erfaren kvalitativ forsker og heller ikke har dyp innsikt i fenomenologisk filosofi. Likevel har jeg etterstrebet å sette meg inn i denne metoden og dens filosofiske forankring. I denne studien er det benyttet et fenomenologisk teoretisk perspektiv som tilnærming, og det forskes på fenomenologiske essenser, det vil si informantenes versjon av sin historie. Det å studere disse fenomenene helt uten forutsetninger, mener mange teoretikere innen fenomenologien er en vanskelig oppgave (Malterud, 2011). Min forforståelse kan ha hatt innvirkning på denne masteroppgaven som igjen vil ha preget tolkningen av datamaterialet. Informantenes beskrivelse av deres virkelighet fortolkes i rammen av teori for mestringstro av meg som

forsker. Som igjen preges av min forforståelse til både mestringstro og min faglige bakgrunn, samt mine forhåndstanker om dette. Mine tolkninger kan dermed være med på å utgjøre en svakhet ved studien. Det er viktig å presisere at jeg som samfunnsernæringsstudent har tolket det ut fra mine preferanser mens en annen person med en annen bakgrunn, for eksempel en psykolog, ville kanskje ha tolket materialet annerledes og kommet frem til andre funn. Det kan også nevnes at min manglende erfaring som intervjuer kan ha hatt betydning for kreativiteten når det gjaldt å stille oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Likevel etterstrebet jeg å stille oppfølgingsspørsmål der jeg var nysgjerrig etter å vite mer. Imidlertid var jeg også oppmerksom på å stille bekreftende kontrollspørsmål som for eksempel: «Forstår jeg deg riktig hvis jeg oppfattet at du mente du at...?» I og med at intervjuguiden hadde et større omfang av temaer som ble belyst, og at jeg har hatt på meg Banduras teori for mestringstro som metodologiske «briller» under tolkning av data, kan det ikke utelukkes at data kunne blitt tolket annerledes ved bruk av et annet rammeverk. Når likevel valget falt på Bandura sin teori om mestringstro, var det på bakgrunn av at det å styrke sin mestringstro i en livsstilsendringsprosess er avgjørende for å lykkes med vektnedgang (Cochrane, 2008).

Som beskrevet i metode kapittelet ble det gjennomført individuelle dybdeintervjuer. I forhold til fokusgruppeintervjuer kan dette ha bidratt til at deltakerne følte seg mer trygge i intervjusituasjonen, som igjen kan ha bidratt til mer åpenhet og rikere informasjon om deres livsverden (Malterud, 2011). Temaer vedrørende kropp og mat kan være sensitivt og privat for mange, og dette hadde muligens ikke kommet like bra frem i et fokusgruppeintervju. Det ble imidlertid ikke anledning til å bruke tid på såkalt *member checking*, at informantene fikk lest gjennom og godkjent de transkriberte intervjuene. Dette kan muligens være med på å føre til at jeg som forsker har tolket funn på en annen måte enn det som egentlig fremkommer fra informanten. *Member checking* er vurdert som en av de viktigste prosedyrene for å kunne skape en troverdig studie (Lincoln & Guba, 1985). Det kan således ikke forsikres om at jeg som forsker har formidlet informantenes beskrivelser akkurat slik de ga uttrykk for. Jeg har derimot etterstrebet og være bevisst på stegene som førte meg til at tolkning av kunnskap har grunnlag i informantenes virkelighet og livsverden (Malterud, 2011).

Det ble tatt et pilotintervju før start av selve studien, for å prøve ut intervjuguide og for at jeg som forsker skulle få prøvd meg som intervjuer. Det ble imidlertid kun gjort pilotintervjuer på intervjuguide 1 og intervjuguide 2. Intervjuguidene så ut til å fungere bra, og det ble kun gjort småjusteringer i valg av ord i intervjuguiden etter pilotintervjuet.

At flere forskere deltar i prosjektet, ved å samarbeide gjennom beslutninger i forskningsprosessen, kan bidra til å styrke studiens pålitelighet (Thagaard, 2018). Malterud

(2011) påpeker at ulike forskere vil finne og få frem ulike nyanser av samme sak. Det har ikke vært flere forskere enn meg knyttet til denne studien, annet enn at min veileder leste gjennom første intervjurunde med transkribertmateriale, samt at vi diskuterte temaer ut fra denne intervjurunden sammen. Dette for å ha flere øyne på hvordan man kunne tolke intervjuene. I tillegg har mine veiledere bidratt med evaluering av fremgangsmåten i prosjektet, samt vurdering av hvordan jeg har anvendt og videreutviklet dataene (Thagaard, 2018). Ellers er alt av data analysert og tolket av meg som forsker alene.

5.1.3 Studiens validitet

I kvalitativ forskning kjennetegnes validitet som forskningens *gyldighet*, mens *overførbarhet* handler om hvorvidt de tolkningene som er gjort i denne studien også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 2018). Mens troverdigheten av dataene tilsvarer studiens reliabilitet, vil troverdigheten til studiens validitet være knyttet til tolkningen av dataene fra forskeren gjennom forskningens resultater og hvordan dataene er tolket. Validitet er knyttet til tolkningen av data innenfor den kvalitative forskningen, altså handler validitet om gyldigheten til de tolkningene jeg som forsker har kommet frem til. Validiteten kan styrkes ved å legge vekt på teoretisk gjennomsiktighet (transparens) ved å beskrive det teoretiske ståstedet som representerer grunnlaget for våre tolkninger, slik det også var ved pålitelighet. Samtidig som vi gjør rede for hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonene og tolkningene vi har kommet frem til (Thagaard, 2018).

I min studie er validiteten tatt hensyn til ved at analyseprosessen er detaljert beskrevet, samt at mitt teoretiske ståsted som forsker ble redegjort for, som på denne måten gir forståelse om hvordan dataene er tolket. Triangulering, som kan innebære data fra ulike datakilder, vil styrke studiens validitet. Studien inkluderer to utvalg som intervjues i tre forskjellige faser i livsstilsendringen, dette vil være med på å styrke validiteten, for å oppnå en mer helhetlig tolkning (Mays & Pope, 2000).

I kvalitativ forskning skiller man mellom intern og ekstern validitet. *Intern* validitet handler om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt. I hvilken grad det er brukt riktige og relevante metoder for å studere dette fenomenet og om man har klart å belyse formålet med studien. Dette er redegjort for i metode kapittelet. *Ekstern* validitet omhandler overførbarhet av studiens kunnskap, altså i hvilken grad resultatene kan gjøre seg gjeldende til andre utvalg og situasjoner. I kvalitativ forskning er hensikten å innhente ny kunnskap, eventuelt bygge opp ny teori, samt få en dypere forståelse av et fenomen. I motsetning til kvantitativ forskning der man har til hensikt i å kunne generalisere kunnskapen.

Kunnskapen man får gjennom kvalitativ forskning kan likevel ha overførbarhet (Malterud, 2017; Postholm, 2010; Thagaard, 2018).

Studiens overførbarhet avhenger av studiens utvalg. Min studie har undersøkt deltakeres opplevelser av egen mestringstro på et rehabiliteringskurs for konservativ behandling av sykelig fedme. Tolkning av funn gir en forståelse av deres mestringstro på ulike tidspunkter gjennom en livsstilsendringsprosess. Samtidig som de formidlet mange av de samme opplevelsene av ulike temaer som for eksempel sosial støtte og tidligere vektreduksjonserfaringer, kom det også frem at det var tydelige forskjeller i opplevelser av mestringstro hos informantene. Disse resultatene kan antas å være gjeldene for andre deltakerne som skal gjennomgå et rehabiliteringstilbud av et konservativt behandlingsopplegg for personer med sykelig overvekt.

5.2 Funndiskusjon

Her vil, foruten en kort funnoppsummering, masteroppgavens funn bli drøftet i kronologisk rekkefølge av forskningsspørsmålene sett i lys av eksisterende forskning i dette feltet, samt at det blir gitt noen egne vurderinger. Jeg har også prøvd å trekke sammenhenger mellom funn i hvert av intervjuomgangene.

Helhetlig oppsummering av studiens funn

- Deltakerne uttrykte en lav *mestringstro* før introduksjonskurset, i hovedsak fra tidligere *mestringserfaringer* fra mislykkede vektreduksjonsforsøk. Deltakerne hadde dermed styrket sin mestringstro gjennom introduksjonskurset, gjennom opplevelse av mestring og fremgang. Mestringstroen blandt deltakerne som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet var varierende. For de av deltakerne som hadde lyktes med endringsarbeidet så langt, beskrev en styrket mestringstro, mens de som derimot ikke hadde mestret livsstilsendringen fremdeles uttrykte en begrenset mestringstro.
- Flere av deltakerne trakk frem erfaringsnær kunnskap fra tidligere deltakere som hadde lyktes med sin livsstilsendring som inspirerende, samt deltakerne de gjennomførte introduksjonskurset sammen med, som nyttig og motiverende for sitt eget endringsarbeid. Disse personene opplevdes som *rollemodeller* av deltakerne og var med på å gi økt mestringstro på at dem selv også kunne lyktes med livsstilsendring.
- Alle deltakerne trakk frem *sosial støtte* som betydningsfullt i endringsarbeidet, både før og etter introduksjonskurset, men også lengre ute i endringsarbeidet. Det var likevel

ikke alle som var like åpne om prosessen, da det følte som et større press om alle skulle vite.

- Det var ulike *barrierer* til endring som opplevdes av informantene. Bekymring for å mislykkes, fysiske og psykiske utfordringer var barrierer som fremkom før introduksjonskurset. Etter introduksjonskurset og lengre ute i rehabiliteringsforløpet var frykt for tilbakefall og utfordringer med å ta endringsarbeidet ut til handling som var utfordrende. Maten opplevdes imidlertid i alle fasene som vanskelig. Dessuten var det noen av deltakerne som var ett til to år ute rehabiliteringsforløpet som antydte manglende oppfølging som en barriere for å mestre livsstilsendringen på egenhånd.

Opplevde mestringserfaringer er knyttet til deltakerens suksess

Ut fra tolkning av funn fremkommer det at informantenes mestringstro varierte. Dessuten ga majoriteten av mine informanter uttrykk for lav forventning om egen mestring til livsstilsendringen før start av introduksjonskurs. Mestringstroen til deltakerne virket lavest blant dem som hadde gjentatte mislykkede vektreduksjonsforsøk bak seg. En av informantene forteller om at det er så mye å gå ned, så det oppleves nesten som umulig å få til. Flere av informantene stilte seg spørsmålet om hva som skulle til og hva de skulle gjøre annerledes denne gangen for å lykkes. Dette samsvarer med den norske studien til Følling et al., (2015) som viser at tidligere erfaringer som opplevdes som negative, er med på å føre til lavere mestringstro. Som nevnt i teorien vil tidligere erfaringer være en nøkkelfaktor for opplevd mestringstro og følgelig av dette kunne gjøre det mer utfordrende å utføre atferdsendringen (Bandura, 1977).

En studie av Roach et al., (2003) som undersøkte mestringstroen til unge voksne som gjennomgikk et vektreduksjonsprogram, viser at mange av deltakerne antok at deres lave mestringstro var den viktigste tilretteleggeren for deres nåværende livsstil. Denne studien understreker viktigheten av oppfattet mestringstro på livsstilsendring og vekttap. Videre legger studien vekt på at økt mestringstro også ga forbedret spisevaner og større vekttap (Roach et al., 2003). Til sammenlikning med masteroppgavens funn trekkes det frem å ha faste måltider og rutiner i kostholdet som fungerer for hver og en av dem som betydningsfullt i å mestre vektnedgang. Spesielt deltakerne som hadde gjennomgått introduksjonskurset og deltakerne som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet, trakk frem rutiner de hadde tilegnet seg og som de opplevde fungerte som viktige i endringsarbeidet. For eksempel trakk en av deltakerne som akkurat hadde gjennomført introduksjonskurset frem det å bevisstgjøre seg av hva man putter i seg og verdien av planlegging som avgjørende for å mestre fremgang. En annen studie trekker

også frem mestringstro som et viktig hovedelement når det gjelder å få på plass kostholdsendringer (Kreusikon, Gellert, Lippke & Schwarzer, 2012).

Ut fra funn og teori ovenfor tolkes det som at opplevelsen av mestringstro vil ha innvirkning på hvordan endringsprosessen blir og det å ha en høy grad av mestringstro vil muligens føre til bedre resultater av livsstilsendringen med bedre spisevaner og større vektnedgang. Her ser man at forskning samsvarer med studiens funn, ved at opplevelsen av egen mestringstro har en betydningsfull positiv effekt i en livsstilsendringsprosess.

På en annen side hadde samtlige av disse deltakerne som skulle begynne på introduksjonskurset, høy motivasjon til endring og et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Et review av Teixeira et al., (2015) viser at indre motivasjon, mestringstro og evne til selvregulering var de beste faktorene på individnivå for positive vektutfall og økt fysisk aktivitet. Videre argumenterer studien for at positive endringer av kroppsbilde, indre motivasjon for fysisk aktivitet, mestringstro og færre oppfattede barrierer og bruk av selvregulerende ferdigheter er aspekter som ser ut til å kan være med å forklare variabiliteten av resultatene i dagens fedmebehandlingsintervensjoner. Det kan antydes gjennom tolkning av forskning at personer som er motiverte for deres mål, har bedre forutsetninger til å klare det. Manger og Wormnes, (2015) hevder at motivasjonen påvirkes av mål. Motivasjonen øker når vi lykkes og vil opprettholdes gjennom opplevelse av å prestere (Manger & Wormnes, 2015).

Mangel på motivasjon ser derimot ut til å svekke en persons mestringstro. Studien til Abolhassani et al., (2012) trakk frem mangel på motivasjon som en barriere i et vektreduksjonsprogram. I denne masteroppgavens funn kommer det frem at noen av deltakerne som var ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet hadde en opplevelse av manglende motivasjon. En av informantene hadde en opplevelse av at det ikke var like lett å holde motivasjonen oppe etter introduksjonskurset, som igjen førte til færre opplevelser av mestring knyttet til livsstilsendringsprosessen. Til sammenlikning med forskning og funn kan det tolkes som at motivasjonen er avhengig av opplevelse av fremgang og mestring i endringsarbeidet. Manger og Wormnes, (2015) trekker frem at en person kan ha tro på at det å utføre en oppgave kan være belønnende, men samtidig tro på at han eller hun ikke har kompetanse til å fullføre oppgaven. Dette kan knyttes opp mot masteroppgavens resultater, som viser at noen av deltakerne vet at det vil være gunstig å endre livsstil, men de tviler på sin kapasitet til å mestre endringen, og vil ha lav mestringsforventning.

Gjennom tolkning av funn tyder det derimot på at deltakernes mestringstro ble styrket gjennom rehabiliteringskurset. Både hos de fleste av deltakerne som hadde gjennomført introduksjonskurset og noen av de som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet. Dette samsvarer

med studien til Fagermoen et al., (2014) som undersøkte endringer i mestringstroen hos kursdeltakere med sykkelig overvekt ett år etter fullført *Startkurs* for behandling av fedme. Her trekkes det frem at deltakerens arbeid med selvstyrkende metoder kan være med på å bidra til forbedret mestringstro gjennom et behandlingsopplegg. Videre kommer det frem at gjennom positive erfaringer som er knyttet til egen atferd, spesielt når man lykkes med å endre uønsket atferd, vil mestringstroen styrkes (Fagermoen et al., 2014). Dette kan sees i sammenheng med at å nå egne mål gir opplevelse av personlig kontroll som vil være med å styrke mestringstroen. Studien til Elfhag og Rossner (2005), trekker også frem at man kan styrke mestringstroen sin gjennom et behandlingsopplegg, som igjen er knyttet til et mer gunstig vekttap (Elfhag & Rossner, 2005). Ut fra tolkning av funn kommer det frem at deltakerne etter introduksjonskurset hadde fått styrket sin mestringstro gjennom opplevelser av mestringserfaringer. Deltakerne opplevde mestring ved at de kunne se fremgang og gjøre endringer som fungerte. I lys av dette kan det se ut til at behandlingstiltak kan styrke selvtilliten under behandlingen, som videre vil gi bedre resultater. Mestringstro og selvtillit, for eksempel, fører til bedre resultatforventninger, men kan også forbedres under behandlingen (Elfhag & Rossner, 2005). Dette samsvarer til en viss grad også med masteroppgavens funn, som antyder at de som hadde en opplevelse av høy mestringstro til sin livsstilsendring før start av behandling, også hadde kommet best i gang med endringsarbeidet så langt. Å ha tro på at livsstilsendringen vil gi bedre helse og føre til varig vektnedgang, vil være resultatforventningen i dette tilfellet. Som beskrevet i teorien er resultatforventning den forventningen en person har til ønsket resultat av atferden (Bandura, 1986; Sørensen, 2001).

Det å være i et læringsmiljø som virker motiverende og støttende er et mulige aspekt som kan påvirke informantenes mestringstro til å bli styrket gjennom behandlingsopplegget. Den intense oppfølgingen på introduksjonskurset der deltakerne møtte tre dager i uken i åtte uker ble beskrevet av flere av deltakerne som hjelp til å holde seg fokusert. På en annen side var det enkelte av dem som var lengre ute i forløpet og hadde erfart det å ta endringsarbeidet med seg ut i den «nye hverdagen» som utfordrende som følge av mindre oppfølging. Av denne grunn kan det antydes at oppfølging for mange har en vesentlig betydning for å opprettholde livsstilsendringen. Dette kan utdypes videre gjennom at et gruppebasert rehabiliteringsprogram kan bidra til gode læringsmiljøer der deltakerne kan relateres til hverandres liv. Som beskrevet i teorien hevder Bandura at man kan lære gjennom modellering (Bandura, 1994). Dette går jeg nærmere inn på under «Rollemodellens betydning» lengre ned.

Flere av dem som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet hadde lyktes med sitt endringsarbeid. Planlegging, bevisstgjøring og enkle grep var felles verktøy som ble trukket

frem av informantene som hadde lyktes. Noen av deltakerne som hadde kommet godt i gang med endringsarbeidet etter gjennomført introduksjonskurs på åtte uker, trakk også frem disse verktøyene. Det å erfare å ha både kunnskaper og verktøy som bidrar til varig endring av atferden, samsvarer også med studien til Fagermoen et al., (2014). Studien understreker at et viktig verktøy for egen mestring og motivasjon er å arbeide ut fra en individuell handlingsplan for å ta styrke seg selv til å ta kontroll over eget liv. Dette med individuell oppfølging driver de også med på rehabiliteringsstedet der deltakerne mottok konservativ behandling, i tillegg til gruppebasert undervisning. Dette er noe deltakerne trekker frem som nyttig og motiverende.

Når det gjelder bevisstgjøring, trekker Borge et al., (2012) frem at bevisstgjøring kan være med på å øke motivasjonen. Bevisstgjøring og refleksjon kan stimuleres gjennom ny kunnskap, og når det er erfaringsbasert kunnskap som deltakerne kan kjenne seg igjen i. Deltakerne i denne studien beskriver bevisstgjøring som å bli motivert til å erkjenne sine egne vaner (Borge et al., 2012). Dette bekrefter mine funn, der en informant forteller om hvor viktig det er med bevisstgjøring i valgene man tar for å komme nærmere målet om å mestre livsstilsendringen. Bevisstgjøring av situasjonen man er i er et viktig arbeid for å oppnå kontroll og mestring videre med arbeidet (Manger & Wormnes, 2015).

Siden deltakerne ikke ble fulgt opp over lengre tid enn åtte uker, samt at deltakerne i utvalg 2 bare ble intervjuet en gang, så er det vanskelig å si noe om deres resultat på lang sikt. De fleste deltakerne som skulle starte på introduksjonskurset hadde som nevnt innledningsvis, lav forventning til tro på å mestre en livsstilsendring. Likevel kan det antydes at de som var aller mest motiverte ved første intervju, også hadde kommet best i gang med endringsarbeidet i andre intervjurunde. Dette kan tolkes som at de hadde tro på at rehabiliteringsopplegget skulle fungere. Dette er bare antydninger da denne masteroppgaven ikke har fanget opp hvem som har mestret endringsarbeidet nå over lengre tid. Når det gjaldt deltakerne som var lengre ute i rehabiliteringsopplegget ble mestringsopplevelsene deres kun fanget opp gjennom ett intervju, der deltakerne var ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet. Man kan derimot ikke si noe om deres mestringserfaringer før rehabiliteringsopplegget, men det kom frem at noen hadde lyktes med endringsarbeidet og andre ikke. En mulig forklaring på dette kan være at de som ikke hadde lyktes med endringsarbeidet så langt, ikke hadde opplevd positive mestringserfaringer. Utilfredsstillende resultater og tilbakefall kan være en mulig årsak til at noen av informantene ikke hadde opplevd suksess med så langt.

En studie som skulle undersøke atferdsfaktorer som var viktig for en vellykket vektopprettholdelse, viste at deltakerne av studien hadde forbedring i måltidsrytme, økt aktivitetsnivå og følte på mindre stress. Dette var faktorer som var bedret hos personer som

klarte å opprettholde vekten mer enn de som ikke hadde lykkes med opprettholdelse. I løpet av det ene året de ble fulgt opp hadde de som hadde klart å opprettholde vekt nedgangen sin økt mestringstro (Nakade et al., 2012). Dette sees også hos mine informanter, der de som var ett til to år ute i forløpet og hadde lykkes med sin vekt nedgang, hadde høyere mestringstro. I lys av dette kan opplevde mestringserfaringer styrke personens mestringstro. En av informantene som hadde gjennomført introduksjonskurset opplever å mestre mer og mer, og informanten opplever å sitte med mindre stress i kroppen. Informantene som uttrykte økt mestringstro etter introduksjonskurset, fortalte at de opplevde fremgang i endringsprosessen og dette ga mer troen på at de skulle klare det. Dette samsvarer med en av elementene i Albert Bandura sin teori om mestringstro, nemlig *mestringserfaringer*. Ved å erfare å mestre oppgaver og overvinne barrierer vil mestringstroen styrkes (Bandura, 1977, 1994). Noen av informantene fortalte at de hadde byttet ut vaner og gjort endringer som passet dem, samt bevisstgjøring av situasjonen hadde hjulpet dem med å nå mål. Som det også blir beskrevet i teorien er en person med høyere mestringstro til livsstilsendringen mer sannsynlig å identifisere tilretteleggere for endringen enn hindringer for endringen (Zulkosky, 2009). Høy mestringstro vil derimot være viktig for en vellykket opprettholdelse av vekt nedgangen (Nakade et al., 2012). Dette igjen kan tolkes som at de av deltakerne som har høy grad av mestring til denne livsstilsendringen har bedre forutsetninger for å lykkes. En studie hadde til hensikt å anbefale strategier for å øke en persons følelse av mestringstro for å gi personen tilstrekkelig tro på seg selv til å gjøre sunnere valg i forhold deres overvekt. Studien konkluderer med at mestringstro har en sammenheng med suksess i områder av personlig innsats, og det kan hjelpe overvektige personer i å bli mer selvstendig (Cochrane, 2008). Ut fra dette kan det tolkes som at opplevelser av suksess vil styrke mestringstroen. Denne studien trekker også frem at tilbakefall kan svekke mestringstroen til en person (Cochrane, 2008). Dette kom også frem i studiens funn, at de deltakerne som var lengre ute i endringsarbeidet og som ikke hadde lykkes med sin livsstilsendring så langt, uttrykte en begrenset mestringstro. Mestringstro innebærer altså en forventning om suksess.

Rollemodellens betydning

Som nevnt i teorien er rollemodeller et element man kan styrke sin mestringstro gjennom (Bandura, 1994). Ut fra funn tolkes det som at rollemodeller i denne sammenhengen har påvirkning på deltakerenes mestringstro. En persons mestringstro kan styrkes gjennom observasjon av å se andre man kan relateres til oppnå mestring eller lykkes (Bandura, 1977, 1994; Manger & Wormnes, 2015). Mine funn antyder at det å se andre man kan sammenlikne

seg med oppnår mestring i sitt endringsarbeid eller lykkes med livsstilsendring, fikk flere av deltakerne til å tro på at de selv også ville oppnå mestring.

En studie av Borge et al., (2012) viste at deltakerne påvirket læringsprosessen når de opplevde erfaringsnær kunnskap som var gjenkjennelig for dem. Studien trakk frem at bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring økte når tidligere erfarne deltakere underviste i samarbeid med helsepersonell (Borge et al., 2012). Erfaringsbasert kunnskap viste seg også å være betydningsfullt hos informantene i denne masteroppgaven. Ved å se andre som har vært i samme situasjon som seg selv og lykkes, antydes å være med på å øke mestringstroen hos deltakerne. Informantene trakk frem det å kunne relatere seg til det de fortalte om, og kunne kjenne seg igjen som betydningsfullt for deres mestringstro. Erfaringsbasert kunnskap fra tidligere deltakere kan dermed tolkes betydningsfullt på veien mot å mestre sin egen livsstilsendring. Som det blir beskrevet i teorien, hevder Bandura (1994) at atferden vår blir påvirket gjennom å observere rollemodeller. I denne sammenhengen vil tidligere deltakere være gode læringsmodeller for informantene gjennom observasjon av hverandres utfordringer og følelser. Sett i lys av teori mener Bandura at observasjonslæring og deltakende læring, er med på å føre til kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for atferdsendring og viktige verktøy for å bygge selvtillit og mestringstro. Individuer søker viktige rollemodeller som har den kompetansen dem selv ønsker (Bandura, 1994).

Under analysen av materialet fremkom det i min tolkning at deltakerne i gruppa på rehabiliteringskurset også ble sett på som viktige rollemodeller. Noen informanter uttrykte andre deltakere i gruppa som konkurrenter som var med på å øke motivasjonen til å yte sitt beste i endringsarbeidet og at det å være så tett på mennesker og dra erfaringer og nytte av hverandre var veldig fint. Videre fremkommer det fra studiens funn at en av informantene ser på moren sin som en slik rollemodell i denne konteksten. Hun hadde lykkes med en livsstilsendring på egenhånd, og informanten så selv at det gikk an. Dette kan tenkes å være med på å styrke motivasjon og mestringstroen til informanten. Gjennom tolkning av teori og resultater fremkommer det at observasjon av personer man anser som rollemodeller vil være med å påvirke mestringstroen til informantene.

Sosial støtte har betydning

For å oppleve mestring med livsstilsendringen fremkommer det fra funn at et støttende nettverk var viktig. Det å ha noen rundt seg i endringsprosessen, oppleves som betydningsfullt og avgjørende for de fleste av deltakerne. Samtlige av informantene som skulle starte på introduksjonskurset var enige om at et støttende nettverk var viktig i endringsprosessen de nå

skulle gjennom. Flere av informantene mente at det var viktig å være åpen om situasjonen rundt livsstilsendringen og fortelle folk rundt seg hva man driver med. Dette bekreftes av en annen studie som uttrykte at å ha støtte fra andre ga deltakerne mer stabilitet og trygghet (Rogerson et al., 2016). På en annen side var det ikke alle som ønsket å informere flere enn de nærmeste og følte på et større press om *alle* skulle vite. Likevel trakk alle informantene frem at det å ha noen der var betydningsfullt for å motiveres til endringsarbeidet. Det fremkommer fra teorien at det å ha noen i sin krets som kan styrke individet til å få tro på seg selv til å mestre endringen de nå skal igjennom. Bandura mener at man selv må ha troen på at man vil mestre en oppgave for å lykkes (Bandura, 1994). Ut fra tolkning av funn kommer det frem at sosial støtte var viktig også etter introduksjonskurset på åtte uker, samt også for de av informantene som var ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet. Informantene opplevde støtte fra familie og venner som avgjørende for å lykkes med livsstilsendringen. Studien til Elfhag og Rossner (2005) støtter studiens resultater med betydningen av sosial støtte. Den fremhever at vedlikehold av vektnedgang er forbundet med blant annet sosial støtte og mestringstro. Videre trekker studien frem at høy mestringstro var forbundet med opprettholdelse av vektnedgangen over en lengre periode (Elfhag & Rossner, 2005).

Deltakerne trekker spesielt frem støtten i form av det å ha teamet ved rehabiliteringsstedet i ryggen, som oppleves som trygt samt gruppen man gjennomgikk rehabiliteringen sammen med. En av informantene fortalte at man får mye støtte fra både fagpersoner og gruppa på behandlingsstedet, og at det hjalp på motivasjonen å pushe hverandre og få tilbakemeldinger. Gjennom tolkning av funn kommer det frem at gruppen på rehabiliteringstilbudet de gjennomførte endringen sammen med var en betydelig støtte som bidro til mestring hos deltakerne. Informantene opplevde mestring ved støtte i hverandre, hvor de kunne snakke åpent sammen samt utveksle erfaringer og utfordringer. Dette samsvarer med funn fra en annen deltakergruppe som trakk frem det å treffe andre som var i samme situasjon som seg selv, hadde stor betydning for opprettholdelse av innsatsen rettet mot en helsefremmende livsstil (Borge et al., 2012). Mine funn antyder at det tverrfaglige teamet på rehabiliteringsstedet bidro til å øke mestringstroen til deltakerne gjennom oppfølging, kunnskapsutvikling og tilbakemeldinger. Noen av deltakerne trakk frem det å komme tilbake til oppfølging ga motivasjon og boost til å fortsette, og opplevde god støtte seg innimellom. Sammenliknet med mine funn viser studier at sosial støtte i gruppesammenheng gir økt mestringstro. Flere studier bekrefter også dette og trekker frem at et trygt sosialt miljø der man kan utveksle tanker, følelser og atferd samt tilbakemelding fra andre på gruppa, kan være med å styrke mestingstroen (Fagermoen et al., 2014; Gupta, 2014).

Det så derimot ut til at noen av deltakerne som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet manglet motivasjon og pågangsmot når de ikke lenger var på oppfølging hos rehabiliteringsstedet og ikke fikk like tett oppfølging. Dette oppleves for mange som manglende støtte, og noen av informantene følte at de trengte oppfølgingen for å holde motivasjonen oppe. Deltakerne som hadde gjennomført introduksjonskurset uttrykte en skepsis om hvordan det vill gå nå som de ikke lenger skulle ha den tette oppfølgingen lengre, og lurte på hvordan den nye hverdagen ville bli. Det kommer frem fra en annen studie at deltakere i et vektreduksjonsprogram som opplevde mangel på motivasjon og sosial støtte fra venner og kolleger, hadde mindre sannsynlighet for å lykkes med vektreduksjonen (Abolhassani et al., 2012). Dette samsvarer med mine funn der en av informantene fortalte at mangel på støtte gjorde det vanskelig å gjennomføre endringsarbeidet.

En studie viste sammenheng med vedlikehold av vektreduksjon og en persons indre motivasjon til å gå ned i vekt. Studien trekker videre frem sosial støtte og mestringstro som viktige hjelpemidler for vedlikehold av vektnedgang (Elfhag & Rossner, 2005). Videre undersøkte studien til Abolhassani et al., (2012) opplevelsene til deltakere som fulgte et vektreduksjonsprogram. Deltakerne i denne studien opplevde barrierer som fysiske problemer, mangel på motivasjon og sosial støtte fra familie og kolleger. Dette førte til mindre sannsynlighet for å lykkes med vektnedgangen. Viktigheten av sosial støtte er imidlertid sett i andre studier, som undersøker personer som gjennomgår et rehabiliteringsopplegg for behandling av sykkelig fedme, der sosial støtte blir sett på som en betydningsfull faktor (Fagermoen et al., 2014; Katz, Feigenbaum, Pasternak & Vinker, 2005; Verheijden et al., 2005).

Mine funn bidrar imidlertid til å gi økt innsikt i deltakernes generelle opplevelse av sosial støtte gjennom et konservativt behandlingsopplegg for personer med sykkelig overvekt. På bakgrunn av det jeg nå har tolket, antydes det som at sosial støtte for deltakerne i denne masteroppgaven er betydningsfullt. Alle påpekte at sosial støtte var betydningsfullt i endringsprosessen. For noen av deltakerne kunne den sosiale støtten være et familiemedlem, mens for andre var støtten fra både familie, venner og behandlingsstedet viktig. Funn samsvarer med forskning, der vi ser at en studie trekker frem den sosiale støtten som viktig for både vekttap og vedlikehold av vektreduksjon, der støtten kunne komme fra ektefeller, kolleger, venner og fra andre personer som gikk ned i vekt (Rogerson et al., 2016).

Barrierer for endring

Som beskrevet i teorikapittelet er personer med høy mestringstro mer disponert til å gjennomføre endringer som skal til for å oppnå resultater. Min studie hadde som formål å fange

opp hvilken opplevelse av mestringstro deltakerne har i rehabiliteringsopplegget de nå skulle gjennom. Deltakerne trakk imidlertid frem faktorer som oppleves som barrierer i livsstilsendingsprosessen, som kunne forhindre vekttap.

Forskning viser at det å identifisere de ulike hindringene som påvirker vektnedgang, kan hjelpe med å legge til rette for å lykkes med vektendringen. På en annen side viser en studie at manglende identifisering av barrierer for vektnedgang kunne bidra til frustrasjon, lav selvtillit og lav mestringstro (Abolhassani et al., 2012). Mine informanter sto ovenfor ulike barrierer og noen av deltakerne som skulle gjennomføre introduksjonskurset trekker frem fysiske og psykiske utfordringer som barrierer for å mestre livsstilsendringen. De trekker frem fysiske utfordringer som blant annet hofteproblematikk som et hinder for å lykkes med endringen. De psykiske utfordringene var blant annet det å være sammen på rehabiliteringsoppholdet og forholde seg til så mange mennesker som enten bekymret noen eller som opplevdes som slitsomt. Studien til Gupta (2014) trekker frem faktorer som mangel på viljestyrke, emosjonelle faktorer som det å ikke få til å håndtere vekten sin, psykologiske faktorer samt tidligere stigmatiserende opplevelser av overvekten faktorer som oppstå som barrierer for vekttaps vedlikehold på lang sikt (Gupta, 2014).

Studien til Følling et al., (2015) undersøkte hvordan deltakere i et livsstilsintervensjonsprogram beskrev tidligere livserfaringer i forhold til endring av livsstil. Det å ikke komme ut av gamle vaner og emosjonell belastning fra tidligere negative erfaringer var hovedtemaer som fremkom. Tidligere erfaringer som oppleves som negative vil påvirke endringsevnen og er en nøkkelfaktor til en persons tro på egen mestring. Som følge av dette vil mestringstroen muligens være lav. Som igjen kan være med på å gjøre det mer utfordrende å utføre endringen (Følling, Solbjør & Helvik, 2015). Dette kan sees i sammenheng med mine informanters funn, som trekker frem tidligere vektreduksjonsforsøk som en barriere for endring. Samtlige av informantene både de som gjennomførte introduksjonskurset, men også de som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet trakk frem en begrenset mestringstro til enda et vektreduksjonsforsøk. Dette kan forstås som at flere av mine informanter hadde en for personlig og emosjonell bagasje fra tidligere forsøk. Hvilket igjen kan antydes en ytterligere personlig belastning og manglende forventning om mestring og motivasjon til endring. Flere studier har også sett på at helseplager og tidligere mislykkede vektreduksjonsforsøk var hindringer for motivasjon til endring (Borge et al., 2012). I lys av oppgavens funn og tidligere forskning vil mislykkede vektreduksjonsforsøk muligens svekke mestringstroen.

Etter flere erfaringer ved å mislykkes med vektnedgang uttrykte flere av deltakerne at de var bekymret for tilbakefall. Som studien til Elfhag og Rössner (2005) trekker frem, vil

personer som har en høy grad av mestringstro muligens ha bedre opprettholdelse av vektnedgangen. I motsatt fall vil de som har lavere tro på egen mestring ikke klare å vedlike vektnedgangen i like stor grad. Dette samsvarer også med teorien (Bandura, 1994; Strecher, 1986). Flere av deltakerne, spesielt dem som ikke hadde kjent på mestringserfaringen av endringen enda og kommet videre med endringsarbeidet, uttrykte at de visste hva som skulle til, men de klarte ikke ta endringsarbeidet i bruk. Dette samsvarer med en annen norsk studie som undersøkte tidligere erfaringer med livsstilsendringer hos deltakere som gjennomgikk et livsstilsintervensjonsprogram. Disse deltakerne mente ikke at det var mangel på kunnskap som gjorde det vanskelig å endre livsstil, men barrieren var å vite hvordan man skulle starte å endre en livsstil som skulle være (Følling et al., 2015). Ut fra resultater kommer det frem at flere av deltakerne uttrykte en felles bekymring for å mislykkes nok en gang med vektnedgang. De hadde tidligere gått ned, men ikke klart å opprettholde vektnedgangen. De trakk frem at det mest utfordrende var å klare å holde seg nede etter en vektnedgang, og ikke det å gå ned i vekt i seg selv. De fleste har kunnskap om hva som skal til for å gå ned i vekt, samtidig som de har vansker med å omsette denne kunnskapen i praksis. Dette opplevdes for mange som en barriere til livsstilsendringen. Dette samsvarer også med en annen studie der det kommer frem at deltakerne hadde mye kunnskap om mat og ernæring, men at det var en stor utfordring å få det til i praksis (Borge et al., 2012).

Manger og Wormnes (2015) trekker frem at fysisk aktivitet, tid til avslapning og gode sosiale relasjoner er ansett som helsebringende faktorer. Dette kan videre vise at en person har store muligheter til å påvirke og kontrollere helsetilstanden sin. Derfor vil det være viktig å være klar over hva som er ens egne barrierer, da forskning viser at man kan forebygge disse barrierene (Manger & Wormnes, 2015).

Å sette realistiske mål som er oppnåelige vil være med på å gi opplevelse av mestring hos personen. En av informantene i denne studien trekker frem det å ikke nå mål som en barriere i endringsarbeidet, og hele tiden føle at man ikke mestrer som igjen gjør at man mister motivasjonen. Dette er også beskrevet av andre pasientgrupper som opplevde mangel på motivasjonen ved og blant annet ikke se synlige eller målbare resultater som de forventet å se raskt (Abolhassani et al., 2012; Følling et al., 2015). Som det beskrives i teorien vil man ofte miste motivasjonen om man ikke opplever mestring i arbeidet sitt. Flere av informantene som var ett til to år ute i rehabiliteringsforløpet trakk frem det å føle seg mislykket. Flere beskrev i intervjuene at de hadde en opplevelse av at de ikke mestret å nå mål, som førte til lav motivasjon og manglende tro på egen mestring. Mine funn antyder videre at noen av deltakerne som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet ikke hadde kommet like godt i gang med

livsstilsendingsprosessen sin og hadde ikke opplevd mestringserfaringer i like stor grad. Slik som andre studier har vist, er det viktig å føle på mestring, for at man skal klare å holde motivasjonen og fortsette endringsarbeidet. Gjentatte mislykkede vektreduksjonsforsøk sees på som å være en barriere for livsstilsendring i flere studier (Elfhag & Rossner, 2005; Fagermoen et al., 2014; Følling et al., 2015). Dette kan knyttes opp mot at tilbakefall svekker mestringstroen og at gjentakende nederlag ofte kan gi manglende mestringsfølelse. Det er vist i andre pasientgrupper hvor vekten gikk opp igjen ga en opplevelse av manglende mestring og viljestyrke og førte til demotivasjon (Borge et al., 2012). Det var ulike psykologiske faktorer som ble identifisert i studien til Byrne et al., (2003) som karakteriserte dem som gikk opp igjen i vekt, men ikke hos dem som klarte å opprettholde vektreduksjonen. Manglende oppnåelse av vektreduksjon var i denne studien preget av en dikotom tenkestil og en tendens til å bruke spising for å regulere følelser (Byrne, Cooper & Fairburn, 2003). Sistnevnte trakk deltakerne som både gjennomgikk introduksjonskurs og de informantene som var lengre ute i rehabiliteringsforløpet, frem som barrierer for endringen. Kostholdet oppleves for mange av deltakerne som utfordrende og flere av dem trakk frem overspising som en utfordring der samtlige uttrykte at maten ofte tar styringen og flere bruker mat som trøst. En av informantene forteller at det er lettere å ty til mat istedenfor å føle på problemet. Til sammenlikning med studien til Borge et al., 2012 kommer det frem at noen av deltakerne brukte mat for å regulere følelser.

5.3 Konklusjon og implikasjon

Hensikten med denne studien var å undersøke mestringstro hos personer med sykkelig overvekt som deltar i et konservativt rehabiliteringsopplegg for livsstilsendring. Resultatene indikerer at mestringstro er knyttet til informantenes opplevelse av tidligere suksesser. Det kommer også frem at deltakerne opplever å styrke sin mestringstro gjennom rehabiliteringsopplegget. Studiens funn antyder at opplevde mestringserfaringer har noe å si for hvordan mestringstroen til deltakerne er, og at det er viktig å kjenne på positive mestringserfaringer for å opprettholde motivasjonen til livsstilsendring. Det vil også være viktig å ta hensyn til hvor i endringsprosessen deltakeren er, slik at man kan jobbe mot mål som er tilpasset stadiet i endringen deltakerne er i. Informantene uttrykte det hensiktsmessig med tett oppfølging og støtte i endringsprosessen, samt små og konkrete, oppnåelige mål underveis i rehabiliteringsforløpet. Livsstilsendring er en utfordrende og tidskrevende prosess, og det vil være ulike barrierer som kan hindre deltakerne i å lykkes med deres livsstilsendring. Derfor vil det å identifisere deres egne barrierer være med på å gjøre det lettere å lykkes med vektreduksjon på lang sikt.

Med utgangspunkt i funnene i denne masteroppgaven, hadde det vært av interesse i videre forskning å følge deltakere som er enda lengre ut i rehabiliteringsløpet, og undersøke hvem som mestrer livsstilsendring over tid (feks. fem år), og hvilke faktorer som spilte inn på deres vei mot å lykkes. Hva er det som bidrar til å øke den enkeltes mestringstro? Videre kunne det også vært interessant å undersøke effekten på langvarig livsstilsendring av et rehabiliteringsløp som tidlig i forløpet identifiserer barrierer og fremmere for endring, og hvor det utformes individuelle kortsiktige mål for hver enkelt deltaker, i tillegg til at disse følges opp over en lengre tidsperiode over flere år. Det er videre behov for en bredere atferdspsykologisk forståelse av sentrale elementer som er viktig for å oppnå suksess med livsstilsendring hos personer med sykkelig fedme.

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.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy *New York: Academic Press*, 4, 71-83. doi: 10.4236/jss.2013.16001
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berkel, L. A., Poston, W. S., Reeves, R. S. & Foreyt, J. P. (2005). Behavioral interventions for obesity. *J Am Diet Assoc*, 105(5 Suppl 1), S35-43. doi: 10.1016/j.jada.2005.02.031
- Berkowitz, R. I. & Fabricatore, A. N. (2011). Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr Clin North Am*, 34(4), 747-764. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.007
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Burke, L. E. & Wang, J. (2011). Treatment strategies for overweight and obesity. *J Nurs Scholarsh*, 43(4), 368-375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01424.x
- Byrne, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27(8), 955-962. doi: 10.1038/sj.ijo.0802305
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328. doi: 10.1177/1049732307306927
- Cochrane, G. (2008). Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 54(4), 543-547.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Elfhag, K. & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*, 6(1), 67-85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x
- Fagermoen, M., Bevan, K., Berg, A.-C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., . . . Strøm, A. (2014). *Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs*.
- Folkehelseinstituttet. (2017). Overvekt og fedme i Noreg. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/>
- 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, 73-73. doi: 10.1186/s12875-015-0292-z
- Giske, L., Lauvrak, V., Elvsaas, I.-K. Ø., Hofman, B., Håvelsrud, K., Vang, V., . . . Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2014). *Langtidseffekter etter fedmekirurgi* (Rapport fra Kunnskapssenteret, Vol. nr 1-2014.). Hentet fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport_2014_01_fedmekirurgi_v3.pdf

- Gravdal, L. & Sandal, G. M. (2004). Sosial ønskerdighet: Marlowe-Crowne Sosial Desirability Scale i norsk forkortet utgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(9), 729-730.
- Gupta, H. (2014). Barriers to and Facilitators of Long Term Weight Loss Maintenance in Adult UK People: A Thematic Analysis. *Int J Prev Med*, 5(12), 1512-1520.
- Helse Sør-Øst. (2007). *Utredning og behandling av sykkelig 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. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*
- Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. (IS-1735). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2016). Hva er en frisklivssentral? Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentral/hva-er-en-frisklivssentral>
- 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
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Katz, S., Feigenbaum, A., Pasternak, S. & Vinker, S. (2005). An interactive course to enhance self-efficacy of family practitioners to treat obesity. *BMC medical education*, 5(1), 4-4. doi: 10.1186/1472-6920-5-4
- Kaufmann, G., Remøy, G., Ness, I. J. & Kaufmann, G. (2009). *Hjelper til Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kreusikon, P., Gellert, P., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2012). Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. *J Behav Med*, 35(4), 443-451. doi: 10.1007/s10865-011-9373-1
- Kristinsson, J. (2017). Fedmekirurgi – metoder og valg av prosedyre. Hentet fra <https://kirurgen.no/fagstoff/fedmekirurgi-metoder-og-valg-av-prosedyre/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3. utg., 2. oppl. 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
- Leegaard, M. (2015). Kvaliteten på kvalitativ forskning - et spørsmål om god smak? *Sykepleien forskning*(1), 92-95.
- Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C., . . . Yen, Y. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13, 1. doi: 10.1186/1471-244x-13-1
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- M. Clark, M., R. Cargill, B., L. Medeiros, M. & Pera, V. (1996). *Changes in Self-Efficacy Following Obesity Treatment* (Bind 4).
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring : utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *Bmj*, 320(7226), 50-52. doi: 10.1136/bmj.320.7226.50
- Nakade, M., Aiba, N., Morita, A., Miyachi, M., Sasaki, S. & Watanabe, S. (2012). What behaviors are important for successful weight maintenance? *J Obes*, 2012, 202037. doi: 10.1155/2012/202037
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell : a practical guide to health promotion theories* (3rd ed. utg.). Sydney: McGraw-Hill.
- Ogden, J., Clementi, C. & Aylwin, S. (2006). The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychol Health*, 21(2), 273-293. doi: 10.1080/14768320500129064
- Orji, R., Vassileva, J. & Mandryk, R. (2012). *Towards an Effective Health Interventions Design: An Extension of the Health Belief Model* (Bind 4).
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Roach, J. B., Yadrick, M. K., Johnson, J. T., Boudreaux, L. J., Forsythe, W. A., 3rd & Billon, W. (2003). Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *J Am Diet Assoc*, 103(10), 1357-1359.
- 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
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data : methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Strecher, V., J., DeVellis, Brenda, M., Becker, Marshall, H. & Rosenstock, Irwin, M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-91. doi: 10.1177/109019818601300108
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., . . . Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. doi:10.1016/S0140-6736(18)32822-8
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, Sidsel. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 121(720-4).
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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
- 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, H., Hofmann, B. & Høymork, S. C. (2014). *Kirurgisk behandling ved fedme* (Notat fra Kunnskapssenteret). Hentet fra

https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/notat_2014_fedmekirurgi_snr.pdf

World Health Organization. (2018). Obesity and overweight Hentet fra

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Wykowski, K. & Krouse, H. J. (2013). Self-care predictors for success post-bariatric surgery: a literature review. *Gastroenterol Nurs*, 36(2), 129-135. doi:

10.1097/SGA.0b013e3182891295

Zulkosky, K. (2009). *Self-Efficacy: A Concept Analysis* (Bind 44).

Vedlegg 1: Samtykkeskjema 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Erfaringer med konservativ behandling av sykelig overvekt”?

Dette er en invitasjon til deg som skal gjennomgå rehabiliteringskurset på 8 uker hos [REDACTED]. Dette skrivet gir deg informasjon om hva målet med studien er og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med studien

Overvekt og fedme er et stort folkehelseproblem globalt som nasjonalt. Det å oppnå større innsikt i enkeltpersoners erfaringer og opplevelser av behandling av overvekt vil ha stor betydning for hvordan man best mulig kan møte denne gruppens utfordringer slik at behandlingstilbudet blir så godt som mulig. Formålet med studien er å undersøke hvilke forventninger, opplevelser og nytteerfaringer deltakerne har av rehabiliteringstilbudet som tilbys hos [REDACTED]. Ved å delta i denne studien vil du bidra til å øke kvaliteten på rehabiliteringsopplegget gjennom kartlegging av deltakernes behov.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Førsteamanuensis Marianne Molin ved OsloMet – Storbyuniversitetet er ansvarlig for studien. Selve studien skal utføres av masterstudent i samfunnsernæring, Maria Dalen ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Prosjektet gjøres i samarbeid med [REDACTED], hvor psykolog [REDACTED] er veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet er det ønskelig undersøke hvilke forventninger, opplevelser og erfaringer deltakere i rehabiliteringsopplegget i regi av [REDACTED] har. Det er derfor det er ønskelig at du deltar.

Hva innebærer din deltakelse i studien?

For å øke graden av brukermedvirkning til kurset trenger vi kunnskap om hvordan deltakerne opplever deltakelse i rehabiliteringsopplegget. Vi vil derfor spørre deg om å delta på to intervjuer/ individuelle samtaler i forbindelse med kurset. Et intervju vil bli gjort i oppstarten av introkurset og et etter endt kurs. Intervjuene er planlagt å utføre i lokalene på [REDACTED]. Du vil bli intervjuet av masterstudenten, Maria Dalen. Samtalene vil vare i ca 1 time, og vil bli tatt opp via en lydopptaker (diktafon). Spørsmålene vil i hovedsak handle om forventninger du har til kurset, hva du har opplevd og lært gjennom kurset, samt hvilke nytteerfaringer du har fått ved å delta. Spørsmålene er knyttet til temaer som forventninger til kurset, mestringstro og motivasjon og hvordan du opplever sosial støtte under rehabiliteringsopplegget. Eksempler på spørsmål kan være: Hva er dine forventninger til rehabiliteringsopplegget hos [REDACTED]? Hvor motivert er du til å endre livsstil? Opplever du støtte fra folk rundt deg?

Mulige fordeler og ulemper

Fordeler ved å delta i denne studien er at du kan bidra til å heve kvaliteten på rehabiliteringskurset hos Frisk. I tillegg kan det være en fordel for deg som deltaker at du blir mer bevisst på egne tanker og egne erfaringer ved hjelp av intervjuene. Den eneste ulempen for deg er tiden du setter av til intervjuene.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i studien. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, det vil heller ikke påvirke din videre deltakelse på kurset hos Frisk. Dette kan du gjøre ved å ta kontakt med masterstudenten som skal gjennomføre studien på mailadressen som står lengre ned. Dersom du vil delta kan du skrive under på samtykkeskjemaet på neste side.

Ditt personvern – Hva skjer med informasjonen som du gir meg i intervjuene?

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til de formål som er fortalt om i dette skrivet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og i samsvar med personregelverket. Med dette menes det at alle navn vil anonymiseres og knyttes til en kode. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker, og lydopptakeren vil oppbevares innelåst ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Det er kun masterstudenten og hennes veiledere som vil ha tilgang til intervjuene. Masterstudenten skal selv gjennomføre transkripsjon av intervjuene, og disse vil videre bli analysert i dataprogrammet HyperResearch. Alle filene vil bli aidentifisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opptakene vil bli oppbevart fra høsten 2018 og vil bli slettet innen sommeren 2019 ved studieslutt.

Dine rettigheter

Så lenge datamaterialet inneholder identifiserbare data, har du rett til innsyn, rett til kopi av personopplysninger, og å få slettet personopplysninger. Vi behandler personopplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer om studien?

Har du spørsmål til studien kan du ta kontakt med:

Hovedveileder førsteamanuensis Marianne Molin, OsloMet – Storbyuniversitetet: mmolin@oslome.no
Masterstudent som skal gjennomføre studien, Maria Dalen: mariadalen_94@hotmail.com

- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen
 - Telefon (kontor): +47 672 35 534
 - Telefon (mobil): +47 993 02 316
 - E-post: ingrid.jacobsen@oslomet.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Førsteamanuensis Marianne Molin, OsloMet – Storbyuniversitetet

Masterstudent i samfunnsnærings Maria Dalen, OsloMet – Storbyuniversitetet

Samtykkeerklæring til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien *"Erfaringer med konservativ behandling av sykkelig overvekt"*. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles til prosjektet er avsluttet, senest innen utgangen av 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Samtykkeskjema 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Erfaringer med konservativ behandling av sykelig overvekt”?

Dette er en invitasjon til deg som er underveis i rehabiliteringskurset hos [REDACTED]. Dette skrivet gir deg informasjon om hva målet med studien er og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med studien

Overvekt og fedme er et stort folkehelseproblem globalt som nasjonalt. Ved å oppnå større innsikt i enkeltpersoners erfaringer og opplevelser av behandling av overvekt vil ha stor betydning for hvordan man best mulig kan møte denne gruppens utfordringen slik at behandlingstilbudet blir så godt som mulig. Formålet med studien er at vi ønsker å undersøke hvilke forventninger, opplevelser og nytteerfaringer deltakerne har av et rehabiliteringskurs som tilbys hos [REDACTED]. Ved å delta i denne studien vil du bidra til å øke kvaliteten på rehabiliteringsopplegget gjennom kartlegging av deltakernes behov.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Førsteamanuensis Marianne Molin ved OsloMet – Storbyuniversitetet er ansvarlig for studien. Selve studien skal utføres av masterstudent i samfunnsnærings, Maria Dalen ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Prosjektet gjøres i samarbeid med [REDACTED], hvor psykolog [REDACTED] er veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I dette prosjektet er det ønskelig undersøke hvilke forventninger, opplevelser og erfaringer deltakere i rehabiliteringsopplegget i regi av [REDACTED] har. Det er derfor det er ønskelig at du deltar.

Hva innebærer din deltakelse i studien?

For å øke graden av brukermedvirkning til kurset trenger vi kunnskap om hvordan deltakerne opplever deltakelse. Vi vil derfor spørre deg om å delta på ett intervju/ individuell samtale i forbindelse med kurset. Det vil bli gjort et intervju når du er et og et halvt år ute i kursforløpet. Intervjuene er planlagt å utføre i lokalene på Frisk. Dere vil bli intervjuet av masterstudenten, Maria Dalen. Samtalene vil vare i ca 1 time, og vil bli tatt opp via en lydopptaker (diktafon). Spørsmålene vil i hovedsak handle om opplevelsen av overgangen fra introkurset til hverdagen, hva du har opplevd og lært gjennom kurset, samt hvilke nytteerfaringer du har fått ved å delta. Spørsmålene er knyttet til temaer som forventninger til kurset, mestringstro og motivasjon og hvordan du opplevde sosial støtte under rehabiliteringsopplegget. Eksempler på spørsmål kan være: Hvordan vil du beskrive din motivasjon for livsstilsendring nå? På hvilken måte har kurset hjulpet deg ift din endringsprosess? Har du hatt nytte av noe støttende nettverk i ditt endringsarbeid?

Mulige fordeler og ulemper

Fordeler ved å delta i denne studien er at du kan bidra til å heve kvaliteten på rehabiliteringskurset hos Frisk. I tillegg kan det være en fordel for deg som deltaker at du blir mer bevisst på egne tanker og egne erfaringer ved hjelp av intervjuene. Den eneste ulempen for deg er tiden du setter av til intervjuene.

Frivillig deltakelse

Det er helt frivillig å delta i studien. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, det vil heller ikke påvirke din videre deltakelse på kurset hos Frisk. Dette kan du gjøre ved å ta kontakt med masterstudenten som skal gjennomføre studien på mailadressen som står lengre ned. Dersom du vil delta kan du skrive under på samtykkeskjemaet på neste side.

Ditt personvern – Hva skjer med informasjonen som du gir meg i intervjuene?

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til de formål som er fortalt om i dette skrivet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og i samsvar med personregelverket. Med dette menes det at alle navn vil anonymiseres og knyttes til en kode. Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker, og lydopptakeren vil oppbevares innelåst ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Det er kun masterstudenten og hennes veileder som vil ha tilgang til intervjuene. Masterstudenten skal selv gjennomføre transkripsjon av intervjuene, og disse vil videre bli analysert i dataprogrammet HyperResearch. Alle filene vil bli aidentifisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opptakene vil bli oppbevart fra høsten 2018 og vil bli slettet innen sommeren 2019 ved studieslutt.

Dine rettigheter

Så lenge datamaterialet inneholder identifiserbare data, har du rett til innsyn, rett til kopi av personopplysninger, og å få slettet personopplysninger. Vi behandler personopplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer om studien?

Har du spørsmål til studien kan du ta kontakt med:

Hovedveileder førsteamanuensis Marianne Molin, OsloMet – Storbyuniversitetet: mmolin@oslome.no
Masterstudent som skal gjennomføre studien, Maria Dalen: mariadalen_94@hotmail.com

- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen
 - Telefon (kontor): +47 672 35 534
 - Telefon (mobil): +47 993 02 316
 - E-post: ingrid.jacobsen@oslomet.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Førsteamanuensis Marianne Molin, OsloMet – Storbyuniversitetet

Masterstudent i samfunnsnærings Maria Dalen, OsloMet – Storbyuniversitetet

Samtykkeerklæring til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien ”*Erfaringer med konservativ behandling av sykkelig overvekt*”. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles til prosjektet er avsluttet, senest innen utgangen av 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide 1

Første intervju: Intervju med deltakere før introduksjonskurs

Tema	Spørsmålsformulering
Introduksjon	<ul style="list-style-type: none">• Ønsker velkommen• Litt uformell prat, presentasjon av tema/ studien• Praktiske opplysninger om tid, lydopptaker, fortelle om anonymitet og taushetsplikt.• Si at jeg setter stor pris på at de tar seg tid til å være med i studien.
Forventninger Opplevelsen av at tilbudet er tverrfaglig? Motivasjon/ Mestringstro	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine forventninger til rehabiliteringsopplegget hos [redacted]?• Hva tenker du skal til for at du skal få en god opplevelse og nytteerfaring av kurset?• Hva er dine forventninger til hva rehabiliteringsopplegget vil kreve av deg?• Er du klar for å starte med livsstilsendring? Eller er du allerede i gang?• Har du gjort deg opp noen tanker om at teamet er tverrfaglig? Hva tenker du det vil tilføre rehabiliteringsopplegget?• Hvor motivert tenker du at du er nå for å endre livsstil?• Hva tenker du kan være med å motivere deg?• Hvilke faktorer tenker du er med på å fremme livsstilsendring hos deg?• Hvilke faktorer tenker du kan være med på å hemme livsstilsendring hos deg?• Har du gjort deg opp en mening om hvordan du best mulig kan få til å endre livsstil?

<p>Støttende nettverk</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har du noen forventinger til resultatet av livsstilsendringen? (Hva ønsker du å oppnå?) Mestringsforvetning • Hva tenker du at du selv kan bidra med for å få et godt resultat på sikt? • Hva tenker du ift å gjøre endringer i levevaner nå? • Opplever du støtte fra folk rundt deg for det du nå skal gjennom – i så fall hvilke personer er det? • Hva har et støttende nettverk å si for deg? • Hvilke forventinger har du til gruppen som en del av et støttende nettverk? • Har du noen tanker rundt årsaken til at du valgte en konservativ behandling/ livsstilsintervensjon? • Er det noe du vil legge til eller som du synes jeg skulle spurt deg om?
<p>Avslutning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Takke for at informanten stilte opp. • Minne om at deres bidrag er betydningsfullt. • Minne om at informasjonen de ga vil behandles anonymt. • Informere om at de kan ta kontakt med meg ved eventuelle spørsmål.

Vedlegg 4: Intervjuguide 2

Andre intervju: Intervju med deltakere etter introduksjonskurs

Tema	Spørsmålsformulering
Introduksjon	<ul style="list-style-type: none">• Ønsker velkommen• Litt uformell prat• Praktiske opplysninger
Forventninger Opplevelsen av tverrfaglig team Motivasjon/ mestringstro	<p><i>Se tilbake på svarene til hver enkelt kandidat.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Kan du beskrive din opplevelse av kurset hittil?• Sto opplegget til forventingene? Hvorfor, hvorfor ikke?• På hvilken måte har kurset hjulpet deg ift din endringsprosess?• Føler du at du har endret tankesett gjennom kurset? På hvilken måte?• Hva er dine opplevelser av det tverrfaglige opplegget de har ved Frisk? Eventuelle fordeler, ulemper?• Hvordan vil du beskrive din motivasjon for livsstilsendring nå?• Hender det noen ganger at du føler noen grad av maktesløshet?• Hva tenker du om å trå feil?• Hva tenker du ift å gjøre endringer i levevaner framover? I tiden fremover når du skal gjennomføre livsstilsendringen som en del av din hverdag.• Hvilke verktøy tenker du at du har fått ift endringsarbeidet?• På hvilken måte føler du deg rustet til det som skal skje?• Hva tror du kan hjelpe deg videre med å nå dine mål?• Føler du at du forstår hele bildet og at dette vil hjelpe deg ift endringsprosessen?• Hvilke utfordringer opplevde du som kursdeltaker?• Er det andre hindre som har kommet opp som du tenker kan gjøre det vanskelig for deg å lykkes med å oppnå permanent vektreduksjon på sikt?• Hva tenker du om veien videre? Føler du deg klar for å mestre den nye hverdagen?

Støttende nettverk	<ul style="list-style-type: none"> • Har du hatt nytte av noe støttende nettverk i ditt endringsarbeid? Og hvilke? • Har gruppen bidratt til støttende nettverk? • Er det ellers noe du vil kommentere ift opplegget? • Hva tenker du at Frisk kan gjøre for å sørge for at deltakerne får enda mer nytte av kurset?
Avslutning	<ul style="list-style-type: none"> • Takke igjen for at informanten stilte opp på intervju og at deres bidrag er betydningsfullt. • Minne om at informasjonen de ga vil behandles anonymt. • Informere om at de kan ta kontakt med meg ved eventuelle spørsmål.

	<ul style="list-style-type: none"> • Har dere opprettet en facebook-gruppe for gruppen som deltok på introkurset? • Er det ellers noe du vil kommentere ift opplegget? • Hva tenker du at Frisk kan gjøre for å sørge for at deltakerne får enda mer nytte av kurset?
Avslutning	<ul style="list-style-type: none"> • Takke igjen for at informanten stilte opp på intervju og at deres bidrag er betydningsfullt. • Minne om at informasjonen de ga vil behandles anonymt. • Informere om at de kan ta kontakt med meg ved eventuelle spørsmål.

Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD søknad

Hei Maria,

Da er prosjektet ditt vurdert med følgende tekst. Og du kan begynne intervjuene på mandag! Lykke til.

Beste hilsen,
Kajsa Amundsen
Rådgiver, NSD - Norsk senter for forskningsdata

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.10.2018 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

TILGANG TIL KLINIKKEN

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold. I medhold av helsepersonelloven § 26 kan det gis tilgang til observasjon i klinikken da prosjektet skal bidra til kvalitetssikring av behandlingstilbudet ved klinikken.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet (velg det som passer): åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32)

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)