

Aase Maren Nybu Bostad

---

## Gruppebasert livsstilsendringsprogram

En kvalitativ studie basert på fortellinger fra deltakere ved en frisklivsentral

---

Masteroppgave i idrettsvitenskap  
Seksjon for idrettsmedisinske fag  
Norges idrettshøgskole, 2021

# Forord

Fem år med utdanning innen idrettsvitenskap er plutselig over. De to siste årene har vært spesielle og utfordrende. Til tross for at arbeidet med masteroppgaven til tider har vært utfordrende, føler jeg meg utrolig privilegert som får skrive om ett tema jeg virkelig brenner for! Det har vært en utrolig lærerik prosess, som jeg virkelig har hatt glede av å arbeide med.

For min del hadde ikke de to siste årene vært gjennomførbare uten støtte og samarbeid med flere personer. Først og fremst vil jeg takke mine deltakere i studiet. Dere har gitt meg et helt unikt innblikk i deres tanker, følelser og erfaringer. Denne masteroppgaven hadde ikke blitt til uten dere. Tusen takk til frisklivscentralen som stilte både lokaler og tid til disposisjon. Dere gjorde det praktiske arbeidet mitt betraktelig mye enklere.

Til Mamma, Pappa, Ellen og Jan som alltid har hatt tro på meg. Takk for alle støttende og oppmuntrende ord. Og en spesiell takk til deg mamma, som virkelig har støttet meg når ting har vært tøft og buttet imot. Uten deg hadde jeg nok ikke fullført masterstudiet.

Til min kjæreste Petter. Takk for alle faglige diskusjoner og samtaler, jeg er heldig som har hatt deg til å hjelpe meg rent faglig. Men aller mest takk for all støtte, omtenksomhet og kjærlighet. Du må være den mest tålmodige og snilleste personen i verden. Nå som jeg har levert masteroppgaven lover jeg at jeg skal bli enklere å ha med å gjøre.

Til slutt vil jeg også rette en stor takk til min veileder, Gro Rugseth. Tusen takk for at du alltid har vært tilgjengelig og for alle faglige råd, konstruktive tilbakemeldinger og god oppfølging. Du har gjort meg mer reflektert og åpnet øynene mine for nye måter å se ting på. Jeg har lært masse av deg!

Porsgrunn, 27. juni 2021

Aase Maren Nybu Bostad

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Utbredelsen av overvekt og fedme er i stadig vekst. Både stillesitting og fysisk inaktivitet er assosiert med risiko for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer og overvekt. Globalt og nasjonalt er det satt i gang store tiltak for å snu denne trenden. Etableringen av frisklivsentaler er et slikt tiltak som skal gi mennesker med ulike helseutfordringer knyttet til livsstil, tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Forskning peker imidlertid på at flere av helsetiltakene som blir implementert ikke fungerer optimalt. Fysisk aktivitet er derimot et komplekst og meningsbærende fenomen som kan være vanskelig å måle. Tilsynelatende er det mangler på studier med kvalitative forskningstilnæringer som retter seg mot å belyse subjektive meningskonstruksjoner innad i forskningsfeltet. Kunnskap om slike meningskonstruksjoner kan være avgjørende for en bruker basert helsetjeneste.

**Formål:** Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i et gruppebasert livsstilsendingsprogram i regi frisklivssentral.

**Tema:** Basert på oppgavens resultater undersøkes deltakernes opplevde erfaringer med livsstilsendring og betydningen av det, sett i lys av den salutogene teorien.

**Teori:** Oppgaven baserer seg på teorigrunnlag fra salutogenese.

**Metode:** Problemstillingen er belyst via de kvalitative forskningsmetodene fokusgruppeintervju og deltagende observasjon. Oppgaven baserer seg på et utvalg av totalt ti deltakere, seks kvinner og fire menn. Fem av personene deltok på både fokusgruppeintervju og deltagende observasjon, og fem personer deltok på kun deltagende observasjon. Datamaterialet ble analysert gjennom en tematisk analyse.

**Funn:** Deltakerne opplever at tidligere erfaringer er av betydning for måten de håndterer ulike utfordringer i sin livsstilsendring. En livsstilsendring oppleves som en omfattende prosess for den enkelte, og som en følelsesmessig belastende del av deres nye hverdagsliv og livsverden. De bakenforliggende motivene deltakerne hadde til livsstilsendringen handlet om en vektreduksjon.

Det å ha fast tilknytning til et sted og faste instruktører ved frisklivscentralen som deltakerne har gode relasjoner til, blir beskrevet å ha en avgjørende betydning for deres livsstilsprosjekt. Til tross for dette syntes det som at deltakerne legger mye av ansvaret for deres progresjon over på instruktørene, og distanserer seg litt fra eget prosjekt.

Deltakerne har en stor tilhørighet til gruppen på frisklivsentralen og opplever denne som trygg og støttende, og som en bidragsyter til at de øker innsatsen på treningene. Derimot kan gruppetreningene være en arena for sammenligning av kroppslige utfordringer og prestasjoner.

**Oppsummering:** Det å skulle gjennomgå en livsstilsendring kan være en omfattende, tidkrevende og belastende prosess for den enkelte. Tidligere erfaring med livsstilsendringer kan være av stor betydning i ett nytt forsøk på å legge om levevaner og livsstil.

Livsstilsendringer handler om mer enn bare fysisk aktivitet, trening og regulering av kosthold, og kan oppleves som svært komplekst og sammensatt. En fast tilknytning til et sted og faste instruktører blir ansett som svært betydningsfullt. Aspekter som sosial støtte, trygghet og identifisering innad i en tilhørende gruppe anses å kunne være svært betydningsfull for opplevelsen av den gruppebaserte treningen.

# Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 Oppgavens problemstilling.....	8
2.0 Bakgrunnskunnskap .....	9
2.1 Livsstilsendringer og levevaner.....	9
2.2 Frisklivsentralen – helsepolitisk ståsted .....	10
2.3 Tidligere forskning .....	12
3.0 Teori .....	17
3.1 Helsebegrepet .....	17
3.2 Helsefremmende arbeid.....	18
3.3 Salutogenese.....	19
3.3.1 Generelle motstandsressurser (GRR) .....	21
3.3.2 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	22
3.4 Utbredelse av den salutogene modellen .....	25
3.5 Salutogenese og livsstilsendringer .....	26
4.0 Metode.....	28
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	28
4.2 Vitenskapelig tilnærming - Kvalitativ metode .....	28
4.3 Utvalget .....	29
4.4 Observasjon som delmetode.....	29
4.4.1 Deltagende-observasjon .....	30
4.5 Det kvalitative forskningsintervju som delmetode .....	31
4.5.1 Fokusgruppeintervju.....	31
4.6 Innsamling av datamaterialet.....	32
4.6.1 Fremgangsmåte for rekruttering av utvalget .....	32
4.6.2 Observasjon .....	34
4.6.3 Fokusgruppeintervju.....	36
4.7 Arbeid med analysen .....	40
4.7.2 Tematisk analyse – det å analysere og tolke.....	41
4.8 Ethiske overveielser .....	43
4.8.1 Forskerrolle og førforståelse.....	44
4.8.2 Godkjenning av forskningsprosjektet.....	44
4.8.3 Informert smaktykkeskjema og frivillig deltakelse .....	45
4.8.4 Konfidensialitet og anonymitet .....	46
4.9 Studiets validitet, reliabilitet og overførbarhet .....	46
4.9.1 Validitet og overførbarhet .....	46
4.9.2 Reliabilitet .....	47

5.0 Resultater.....	49
5.1 Presentasjon av deltakerne .....	49
5.2 Vekt og mat .....	50
5.2.1 En evig runddans .....	51
5.2.2 Må bruke huet hele tida .....	51
5.2.3 Det er jaggu ikke enkelt.....	53
5.2.4 Det er fortsatt en sånn liten skam .....	54
5.3 Trening i gruppe .....	56
5.3.1 Jeg kom meg litt sånn stille inn i rommet.....	56
5.3.2 Ett spark i rumpa .....	57
5.3.3 Du kan senke skuldrene litt .....	58
5.3.4 Vi har jo forskjellige ballaster og forskjellige ting alle sammen.....	59
5.3.5 Mindre alene om det.....	61
5.3.6 Det gir ikke meg noe verken fysisk eller psykisk.....	62
5.4 De betydningsfulle andre.....	64
5.4.1 Må ordne for seg selv, andre gir blanke uansett.....	64
5.4.2 Men så har man jo det som er hjemme da .....	65
5.4.3 Noen ser meg.....	66
5.4.4 Det gjør veldig mye med ett menneske .....	67
5.4.5 Det er mye fordommer i samfunnet.....	69
5.4.6 Alle disse superheltene .....	70
5.5 Livsstilsendring – forventet eller selvdrevet .....	71
5.5.1 Da ble det ikke sofaen hele den dagen allikevel.....	71
5.5.2 Det hadde blitt for mye oppmerksomhet .....	72
5.5.3 Det er forventet at du møter opp.....	74
5.5.4 Har jeg ikke gjort det godt nok nå .....	75
6.0 Diskusjon.....	76
6.1 Tidligere erfaringer med livsstilsendringer og møter med helsevesenet .....	76
6.2 Den pågående livsstilsendringen – omfattende, inngripende og belastende .....	79
6.3 Betydningen av å ha faste instruktører .....	82
6.4 Når jeg blir til vi – gruppens rolle i en livsstilsendring .....	84
7.0 Oppsummering .....	86
7.1 Veien videre .....	86
Referanser.....	87
<b>Vedlegg .....</b>	<b>97</b>

## 1.0 Innledning

Data fra Verdens helse organisasjon (WHO) viser at utbredelsen av overvekt og fedme er stadig økende (WHO, 2018; NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Både stillesitting og fysisk inaktivitet er assosiert med risiko for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer og overvekt (Lavie, Ozemek, Carbone, Katzmarzyk & Blair, 2019), og anslås som mulig årsak til like mange dødsfall hvert år som røyking (Lee et al., 2012). Fysisk aktivitet er imidlertid et komplekst og meningsbærende fenomen som kan være vanskelig å måle (Sallis & Saelens, 2000). Objektive- og subjektive målemetoder vil ikke alltid reflektere denne kompleksiteten.

Mange hevder at de samfunnsøkonomiske konsekvensene av livsstilsrelaterte plager og sykdommer er store (WHO, 2018; Specchia et al., 2014; Lehnert, Sonntag, Konnopka, Riedel-Heller & Koning, 2013). Forskning peker imidlertid på at flere av helsetiltakene som blir implementert ikke fungerer optimalt, og den eventuelle helsegevinsten ved en livsstilsendring er liten om ikke nye vaner opprettholdes over tid (Taylor, 2012; Connor & Normann, 2005). Fysisk inaktivitet sies derimot å være en vane som det er vanskelig å endre (Schwarzer, 2008).

I Norge er tiltak for å øke nivået av fysisk aktivitet i befolkningen prioritert på ulike måter. Etableringen av frisklivsentaler i kommunene er eksempel på et slikt tiltak. Frisklivscentralen skal gi mennesker med ulike helseutfordringer knyttet til livsstil, tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Dette er ofte hjelp i form av samtaler, fysisk aktivitetstilbud i grupper og kostholdsveiledning og tilbud om røykeslutt (Helsedirektoratet, 2013). Derimot viser den største andelen av forskningen som foreligger på norske frisklivscentraler per dags dato at dette tilbudet har svært liten effekt, spesielt over en lengre periode etter deltakerslutt (Blom, Aadland, Skrove, Solbraa & Oldervoll, 2020; Samdal et al., 2018). Tilsynelatende er det mangler på studier med kvalitative forskningstilnæringer som retter seg mot å belyse subjektive meningskonstruksjoner om erfaringer og opplevelse innad i forskningsfeltet.

Det er ønskelig å informere om at den pågående korona-situasjonen har skapt noen utfordringer i mitt arbeid med masteroppgaven. I innsamlingen av datamaterialet var det nødvendig at jeg tok noen spesielle forhåndsregler, og det ble lagt ned mye arbeid i tilrettelegging for å overholde de nasjonale og kommunale retningslinjene og anbefalingene. På grunn av personlig sykdom som følge av korona, måtte også arbeidet med masteroppgaven settes på vent i en periode. Om sluttresultatet ville vært annerledes dersom oppgaven ble

skrevet under mer normale forhold, er derimot usikkert, men ut ifra mitt utgangspunkt er det en mulighet.

### 1.1 Oppgavens problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i et gruppebasert livsstilsendningsprogram ved en frisklivssentral. Problemstillingen skal belyses via de kvalitative forskningsmetodene fokusgruppeintervju og deltagende observasjon. Fysisk aktivitet oppleves på individuelle måter. En kvalitativ forskningstilnærming retter seg mot å belyse subjektive meningskonstruksjoner, hvor kunnskap om dette er avgjørende for en bruker basert helsetjeneste. Gjennom å rette oppmerksomheten mot hva deltagerne erfarer i aktivitet og bevegelse blir det mulig å undersøke deres opplevelser, motiver, holdninger og tanker. Prosjektets problemstilling er;

**Hvordan erfarer et utvalg voksne kvinner og menn med overvekt å delta i et gruppebasert livsstilsendningsprogram ved en frisklivssentral?**



## 2.0 Bakgrunnskunnskap

### 2.1 Livsstilsendringer og levevaner

«Livsstil er summen av enkeltpersoners levevaner og atferd. Betegnelsen brukes om måten en person lever på, først og fremst om de aktivitetene man selv har råderett over, og som avspeiler egne valg» (Nylenna, 2020). Både internasjonalt og nasjonalt er behandling av overvekt og fedme preget av å hjelpe personer til å legge om livsstil (Helsedirektoratet, 2013; WHO, 2000). I denne konteksten blir blant annet motivasjonen en person med overvekt eller fedme har for å gjennomgå en eventuell livsstilsendring, presisert å være avgjørende for utfallet av livsstilsendringen (Reyes et al., 2012; Chambers & Swanson, 2012; Byrne, Cooper & Fairburn, 2003).

Enkelte har påpekt at når endring av levevaner knyttes til motivasjonsbegrepet, kan det gi inntrykk av at overvekt og fedme blir forstått som selvpåført (Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009). Livsstilsendring og endring av levevaner blir ofte i den medisinske litteraturen beskrevet som noe man gjør, for å utelukkende oppnå vektnedgang (Medvedyuk, Ali & Raphael, 2018). Endring av kosthold og fysisk aktivitet beskrives ofte å være de mest sentrale verktøyene for vektnedgang i tråd med en livsstilsendring (McAllister et al., 2009). Forskere hevder at dette kan underbygge inntrykket av at kroppsvekt, fysisk aktivitet og kosthold er selvbestemt og viljestyrt (Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009). Sett i et annet lys kan det påstås at fagfeltet uttrykker en forenklet forståelse av hva levevaner og endring av livsstil innebærer for den enkelte (O'Hara, Taylor & Barnes, 2015). Videre kan det tolkes som en fremstilling av at levevaner er sterkt knyttet til kunnskap og disiplin hos individet, og som noe enkelt foranderlig (Harrison, 2012).

Fedme anses å være en sykdom og er blant annet av WHO definert som en egen sykdomsdiagnose (WHO, 2000). Bekymringen knyttet til høy forekomst av overvekt og fedme er stor, og dette er hovedsakelig fordi fedme knyttes til risiko for sykdom og dødelighet. Fedme ansees som en betydelig risikofaktor for å utvikle andre kroniske, ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, høyt blodtrykk og kreft (WHO, 2000). Fedme og overvekt knyttes også til psykisk helse og livskvalitet (WHO, 2000). Dette har ført til at arbeid mot overvekt og fedme har fått en sentral rolle i folkehelse perspektivet, og det er satt i gang flere store tiltak for å «bekjempe dette» (WHO, 2000). Helsedirektoratet beskriver blant annet dette; «Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen. Det samme skjer i resten av verden. Parallelt med dette ser vi en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen.

*Mange mener vi står ovenfor en global epidemi, med store konsekvenser»* (Helsedirektoratet, 2011, s 10).

Ved å kategorisere mennesker som syke eller friske basert på kroppsvekt, kan i seg selv oppleves negativt for den enkelte. Måten den medisinske diskursen definerer, forklarer og oppfordrer til livsstilsendringer for overvektig og fete personer impliserer at dette er noe en overvektig eller fet person må gjøre, for å unngå være en byrde for samfunnet eller seg selv (Brown-Bowers, Ward & Cormier, 2017; O'Hara et al., 2015; Harrison, 2012). Den medisinske diskursen får blant annet kritikk for måten de gjennom råd, anbefalinger og oppfordringer til livsstilsendringer gir et forenklet bilde på hva livsstilsendringer medfører (Brown-Bowers et al., 2017; O'Hara et al., 2015; Harrison, 2012). Dette kan føre til at både helsevesen og den enkelte tolker en livsstilsendring som en enkel prosess. Uten å ta stilling til psykisk bagasje, sosialt miljø, livserfaringer og levevilkår (Brown-Bowers et al., 2017; Medvedyuk et al., 2018; Folkehelseinstituttet, 2018).

Et spørsmål til denne konteksten vil være om vi har glorifiser livsstilsendringer. At det tilsynelatende er noe en overvektig eller fet person, må gjøre for å få et godt og berikende liv. Ivan Illich (1975) forklarer at en overopptatthet av helse kan være den største trusselen mot helse, gjennom at hele livet til slutt handler om å være friskes mulig og leve lengst mulig. Fysisk aktivitet og kosthold har blitt inkludert i medisinen som en slags medisin for overvekt og fedme. Hvor på en annen side andre betydningsfulle aspekter som sosial inkludering og gode levevilkår ikke sees på som medisinsk anliggende (Medvedyuk et al., 2018). Dette til tross for at levevaner beskrives å være et resultat av miljø og levekår (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette kan medføre at fysisk aktivitet og kosthold ikke lenger er noe en person ser på som noe positivt og som tilfører livet og hverdagen mening. Men heller som et opphav til stress, skam og fortvilelse (Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009; O'Hara et al., 2015).

## 2.2 Frisklivscentralen – helsepolitisk ståsted

Dagens utfordringer knyttet til overvekt, fedme og livsstilssykdommer er høyaktuell. Og har allerede hatt en sentral rolle i norsk politikk og folkehelsearbeid over mange år. I en stortingsmelding fra 2002-2003, st. meld nr. 16; Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken, vises det til en målsetning om en redusering av helseforskjeller generelt i befolkningen. Samt å legge til rette for flere leveår med en god helse (Helsedepartementet, 2003). Videre blir det presisert det at dette skal oppnås gjennom økt fokus på forebyggende

helsearbeid, knyttet til blant annet overvekt, fedme og livsstilssykdommer (Helsedepartementet, 2003). Denne stortingsmeldingen ble grunnlaget for innføringen av ordningen som kalles «grønn-resept» som kom i 2003. Formålet med dette tiltaket var blant annet en økt tilrettelegging for fysisk aktivitet og et mer helsebringende kosthold for mennesker med livsstilssykdommer (Helsedepartementet, 2003). I 2004 kom det en handlingsplan for fysisk aktivitet i tidsrommet 2005-2009, som vektla lavterskeltilbudet for fysisk aktivitet som en sentral og viktig del av folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004). Sentralt i handlingsplanen var å styrke både regional og kommunal innsats i utviklingen av ulike aktivitetstilbud. Spesielt for de mennesker som havner på utsiden av de ordinære rammene for aktivitet og idrett (Helse- og omsorgsdepartementet et al., 2004).

Noen år senere i 2009, kom det en ny samhandlingsreform i fremleggelse av en ny stortingsmelding. Som igjen var rettet mot forebygging av ulike livsstilssykdommer. Her blir det presisert de at de enkelte kommunene skal ansvarliggjøres gjennom å motta frie midler. Dog øremerket til styrking av ulike tiltak inn mot helsefremmende og forebyggende arbeid. Størrelsen på midlene de ulike kommunene mottok skulle være basert på den enkelte kommunens helsetilstand per innbygger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette er første gang frisklivscentralen nevnes som mulige helsefremmende tiltak, hvor kommunene blir anbefalt å opprette en frisklivscentral.

I 2013 blir frisklivscentralen igjen presentert av Helsedirektoratet, men denne gang som den nye arenaen for primærhelsetjenesten, med et hovedmål å gi gode resultater for økt helse. Her skal bedring av fysisk form, vektreduksjon og en økning i selvopplevd helse for den norske befolkningen være i fokus (Helsedirektoratet, 2011). Helsedirektoratets anbefalinger om kommunale opprettelser av frisklivscentraler beskrives å være i tråd med de intensjoner den nasjonale og globale strategien for ikke-smittsomme sykdommer (NCD strategien) bygger på. En økning i folkehelsearbeid kommunalt og i primærhelsetjenesten vektlegges (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013). NCD strategien er i korte trekk en strategi som omhandler forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av ikke-smittsomme folkesykdommer, herunder hjerte- og karlidelser, diabetes, kols og kreft (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013). Strategien bygger på en forpliktelse til internasjonale bærekrafts mål om redusering av for tidlig dødsfall som skyldes de nevnte ikke-smittsomme folkesykdommene. Målet er å redusere dette med 25 prosent innen utgangen av 2025 (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013).

Frisklivscentralen kan derfor sies å være en forebyggende ikke-lovpålagt helsetjeneste med kommunal forankring. Tjenesten skal tilby en effektiv og kunnskapsbasert hjelp til endring av levevaner, mestring av sykdom og ulike helseplager (Helsedirektoratet, 2013). I rapporten *Frisklivscentraler og tilsvarende helsefremmede tilbud i norske kommuner 2019* (Statistisk sentralbyrå, 2020), kommer det frem at 60% av kommunene i Norge hadde en frisklivsentral per 2019. Dette utgjør å omfavne 80% av befolkningen. Frisklivscentralens målgruppe er voksne personer i alle aldersgrupper som innehar en økt risiko for sykdom eller allerede har en sykdomsdiagnose. Og som et resultat av dette er i behov av hjelp til endring av levevaner eller mestring av sykdom (Helsedirektoratet, 2013). Frisklivscentralene tilbyr som regel et gruppebasert endringstilbud. Hvor fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og kurs rundt røykslutt benyttes som verktøy for endringer av levevaner. Et sentralt mål for frisklivscentralen er å hjelpe deltakerne til opprettholdelse av dette etter kursslutt (Helsedirektoratet, 2013).

### 2.3 Tidligere forskning

I arbeid med denne masteroppgaven ble det gjennomført et systematisk elektronisk litteratursøk på flere ulike søkemotorer, for å finne frem til aktuell forskning. Søkemotorene som ble benyttet var PubMed, Google Scholar, ORIA (nettbasert bibliotek på NIH), PsycInfo og critical public health. Søkeordene som ble anvendt var: «Gruppebasert trening» «livsstilsendring», «salutogenese» «frisklivsentral», «kvalitativ forskning», «erfaringer», «group based physical activity», «lifestyle», «qualitative research», «salutogenesis», «lifestylechange» og «experiences». Det ble brukt ulike kombinasjoner for å maksimere og oppnå tilfredsstillende funn. Det ble satt en avgrensning fra 2000 til 2020 på publiserings årstall. Det er også gjort manuelle søk, hvor forfattere og studier ble søkt etter direkte. Store deler av den foreliggende forskningen på feltet er kvantitative studier, og kunnskapsoppsummeringene som er publisert baserer seg stort sett på kvantitative studier. Det er viktig å presisere at det er en viss mulighet for at tidligere forskning med relevans for denne oppgaven kan ha blitt oversett ved en feil. Eller ikke har blitt funnet grunnet kombinasjon av søkeord.

Etter flere omfattende litteratursøk fremstår det at det primært er gjort forskning som baserer seg på evaluering og resultat, knyttet til vektnedgang og økning av fysisk form i studier som tar for seg frisklivscentraler og livsstilsendringer. Det er også slik forskning oppretting av frisklivscentralen bygger på (Helsedirektoratet, 2014). Fra helsedirektoratets side ble det ikke

referert til internasjonale kunnskapsoppsummeringer (Pavey et al., 2011; Morgan, 2005; Orrow, Kinmonth, Sanderson & Sutton, 2012), eller studier og artikler med kritiske perspektiver på lignende tilbud som frisklivscentralen i helsetjenesten (Dugdill, Graham & McNair, 2005; Kelly & Barker, 2016). I senere tid fikk Nasjonalt kunnskapssenter i oppdrag av Helsedirektoratet om å utarbeide en systematisk gjennomgang og oppsummering av forskning, som undersøkte effekten av tilnærmede tiltak som benyttes i frisklivscentraler. Kunnskapsoppsummeringen inkluderte 38 ulike studier. Her ble det konkludert med at tiltakene har et stort omfang av dokumentasjon. Derimot konkluderte den videre med at det var stor usikkerhet om, og i hvilken grad individuell og gruppebasert trening og rådgivning har effekt. Samt om det bidrar til endring og vedlikehold av ny atferd, spesielt over lengere tid (Denison, Vist, Underland & Berg, 2014).

I senere år har det kommet flere store studier som undersøker effekten av norske frisklivscentraler på endring av levevaner og livsstil knyttet til fysisk aktivitet og vektnedgang. Studien *The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care* (Samdal et al., 2018) som er en randomisert kontrollert studie fra 2018, undersøkte effekten på endring av levevaner og helse på personer som var ferdig med sin deltakerperiode ved ulike frisklivscentraler i Norge. I studien kommer det frem at en deltakelse ved frisklivscentral hadde ingen betydning på det fysiske aktivitetsnivået etter seks måneder i sammenligning med en kontrollgruppe (Samdal et al., 2018). Videre fremkommer det at deltakelsen ved frisklivscentralen hadde ingen effekt på kroppsmasseindeks eller kroppsbilde (Samdal et al., 2018).

I en longitudinell observasjons-studie, publisert i 2020, undersøkte forskerne endringen av fysisk aktivitet og levevaner over en tidsperiode på tre og femten måneder etter deltakerslutt ved ulike frisklivscentraler i Norge (Blom et al., 2020). Studien viser en liten økning i den fysiske aktiviteten tre måneder etter deltakerslutt, men ingen forskjeller på fysisk aktivitetsnivå etter femten måneder (Blom et al., 2020). Derimot fremkommer det at deltakerne opplevde en signifikant økning på helserelatert livskvalitet tre måneder etter deltakerslutt, hvor den signifikant økning ble styrket etter femten måneder (Blom et al., 2020).

Disse studiene kan derfor anses å støtte opp under tidligere publiserte kunnskapsoppsummeringer som tar for seg frisklivscentralen, eller lignende tiltaks langvarige effekt på endring av fysisk aktivitetsnivå og levevaner (Denison et al., 2014; Campbell et al., 2015). Samlet viser den største andelen av forskningen som foreligger på feltet per dags dato

at et individrettet tilbud i primærhelsetjenesten som er rettet mot endring av levevaner og fysisk aktivitet har svært liten effekt. Spesielt over en lengre periode etter deltakerslutt (Denison et al., 2014; Campbell et al., 2015; Blom et al., 2020; Samdal et al., 2018).

Til tross for at det per dags dato finnes en del forskning på feltet, ser det ut til at det er en mindre andel kvalitative studier. Fysisk aktivitet måles ofte gjennom objektive metoder (Sallis & Saelens, 2000), men kan også forstås som å inngå i komplekse og meningsbærende livsområder for den enkelte. Når man legger til søkeord som «erfarer» og/eller «erfaringer», «experiences» er det færre studier som undersøker dette. Av den nåværende forskningen på feltet er det fåtallet som retter seg mot å belyse deltakernes opplevelser og erfaringer med frisklivscentralen eller lignende tilbud. I en norsk kvalitativ studie fra 2015, gjort på et utvalg deltakere i et livsstilsendringsprogram ved en frisklivscentral. Ble det undersøkt hvordan tidligere livserfaringer påvirket deres livsstilsendringer (Folling, Solbjør, & Helvik, 2015). Studien ble basert på dybdeintervjuer av 23 deltakere, hvor åttitre prosent av deltakerne ble klassifisert som overvektig eller fete. Studiets konklusjon var at deltakerne opplevde at tidligere livshendelser, emosjonell bagasje og følelsen av å være låst i gammel vane gjorde livsstilsendringene utfordrende og problematiske (Folling et al., 2015).

Gro Rugseth (2006; 2011) har undersøkt hvordan mennesker opplever nye livsmønstre i tråd med livsstilsendringer. Fysisk aktivitet og kosthold blir ofte sett på som et middel for å oppnå et mål, som i første omgang er vektreduksjon, økt overskudd og generelt en bedre helse. Helsedirektoratets tale er klar, for å få til en livsstilsendring må du spise mindre og trene mer. Rugseth (2006; 2011) retter fokuset, basert på sine funn, hvordan det å skulle minske matinntaket og være mer i fysisk aktivitet kan oppleves fremmed og ubehagelig – deres livsverden og hverdagsliv forandrer seg helt. Sett i lys av tykke menneskers erfaringer i deres livsverden, påpeker hun at helsedirektoratets råd har en mye større konsekvens og en langt større dybde for den enkelte. Rugseth (2006; 2011) viser til sammensatte, motsetningsfylte og sårbare livserfaringer som blir viktige aspekter innen vektreduksjonsbehandling i helsefaglig praksis. Hun presiserer at det må i større grad tas individuelle hensyn til den enkelte, og ha en større forståelse for hvor kompleks en livsstilsendring kan oppleves.

Karen Synne Groven (2014) undersøkte hvordan kvinners livssituasjon opplevdes etter en gastric bypass operasjon, basert på tjueto kvinners fortellinger om deres erfaringer. Hun fant ut at det å skulle gjennomgå en endring av seg selv og sine levevaner og livsstil, samtidig som de skulle leve med bivirkninger etter endt operasjon, ble opplevd som utfordrende og

uforutsigbart. Helseproblemene knyttet til fedme og ulike kroppslige symptomer samt bekymringsfulle tanker kvinnene hadde måtte forholde seg til før operasjon ble mindre dominerende i deres livsverden. Derimot var det nye utfordringer og helserelaterte plager kvinnene nå måtte forholde seg til. Groven (2014) belyser også at opplevd skam og sosial stigmatisering var av betydning når kvinnene valgte å gjennomgå fedmekirurgi. Videre kan hun fortelle oss at livsstilsendringer oppleves som sammensatt og kompleks for den enkelte, og at tidligere erfaringer kan ha betydning for deltakernes opplevelser.

Det er en del masteroppgaver som i senere tid har undersøkt frisklivsentraller i Norge. I hovedsak undersøker disse tverrfaglig samarbeid med ulike deler av helsevesenet, fysisk aktivitetsvaner og politiske aspekter i tråd med samhandlingsreformen og kommunale forebyggende helsetiltak. Fåtallet av masteroppgavene som er publisert er derimot kvalitative studier, men det ble funnet spesielt to som var av relevans for dette studiet.

Den første masteroppgaven undersøkte aspekter som kunne ha betydning for å bidra til å fremme helse i ett livsstilsendningsprosjekt for overvektige deltakere i regi av en frisklivsentral. Oppgavens resultater baserte seg på fokusgruppeintervju av tolv personer fordelt på to grupper. Det ble konkludert med at livsstilsendringer for overvektige omhandler mer en økt aktivitet og endring i kosthold. Og at både sosiale og mentale aspekter er av betydning for en positiv endringsprosess. Videre konkluderer den med at livsstilsendningsprosessen er krevende og utfordrende, og at en forståelse fra hjelpeapparatet for viktigheten rundt det mentale aspektet vil være av betydning (Heggøy, 2016).

Den andre masteroppgaven undersøkte deltagerens opplevelser og erfaringer etter endt «behandling» ved en frisklivsentral. Studiet baserte seg på 8 individuelle dybdeintervjuer, og konkluderte med at aspekter som faglig oppfølging, hjelp og støtte, trening og felleskap gir resultater og bidrar til økt motivasjon for livsstilsendring (Sælø, 2013).

Helsedirektoratet påpeker at det er et foreliggende behov for en økt kunnskap om effektene av livsstilsendringstilbud. Her blir frisklivsentralen omtalt som en viktig og sentral arena og bidragsyter til forskningsprosjekter, utviklingsarbeid og innovasjon (Helsedirektoratet, 2014). Basert på den presenterte forskningen, kan det se ut til at frisklivsentralen og lignende tilbud har liten til ingen effekt, spesielt på varige livsstilsendringer. Dette til tross for at det finnes mye kvantitativ forskning på feltet som undersøker livsstilsendringer. Det kan derfor være hensiktsmessig og undersøke samt reflekterer over på hvilken måte deltakere i en frisklivsentral opplever og erfarer en livsstilsendring. Dette har også forankring i en tanken

om at hvert enkelt individ har sin egen subjektive oppfatning av de erfaringer og opplevelser de besitter. Tilsynelatende er det mangler på studier med kvalitative forskningstilnæringer som retter seg mot å belyse slike subjektive meningskonstruksjoner innad i forskningsfeltet. Videre antas det at kunnskap om slike meningskonstruksjoner vil være avgjørende for en bruker basert helsetjeneste. Ved å undersøke en gruppe menneskers tidligere erfaringer med livsstilsendringer og erfaringer med et nåværende livsstilsprosjekt i regi av en frisklivsentrall, tenkes det at denne oppgaven vil kunne supplere, nyansere og utdype kunnskap fra andre vitenskapsteoretiske posisjoner.



## 3.0 Teori

For å utvikle en forståelse eller fortolkning av noe, kan det være helt avgjørende å ha kunnskap om hvilken teoretisk forankring som er mest hensiktsmessig å benytte seg av inn mot hva en ønsker å undersøke (Malterud, 2011). I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som benyttes i besvarelsen av oppgavens forskningsspørsmål. Basert på en kvalitativ tilnærming med deltakende observasjoner og fokusgruppeintervjuer som metode har det ved hjelp av salutogenese som teoretisk perspektiv blitt belyst hvordan gruppedeltakerne opplever opplegget. For å støtte opp under den salutogene teorien, og på bedre måte kunne løfte frem datamaterialet, har også begrepene «helse» og «helsefremmende» arbeid blitt benyttet som teoretisk grunnlag.

### 3.1 Helsebegrepet

Det norske opphavet til ordet helse stammer fra gammelnorsk «heilsa» som kan oversettes til «hel, fullstendig». I likhet med WHO's definisjon fra 1946; «*en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte*» (Garsjø, 2018, s. 30), impliserer dette at ved sykdom er man ikke hel, ei fullstendig.

Denne definisjonen har fått mye kritikk, og har blitt omformulert ved flere anledninger. I senere tid har WHO definert helse blant annet som; *evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv* (WHO, 1986). Olav Garsjø, en norsk sosiolog og professor innenfor medisin og helsevitenskap, beskriver at god helse har en sammenheng med at mennesket blant annet opplever å fungere og meste livet, til tross for ulike problemer og sykdom (2018). Han peker på at god helse er at personen opplever å få utfolde seg som den selv ønsker og frihet til å kunne velge. Og at helse er en verdi som omfatter meningsbærende opplevelser, trygghet, sosiale relasjoner, håp og psykisk og fysisk kapasitet og funksjon for den enkelte (Garsjø, 2018).

Helse er svært individuelt, og hvordan mennesker opplever å tilpasse seg ulike situasjoner er individuelt betinget. «*Helse er et dynamisk begrep. Det vil si at helse er noe man har i ulik grad. Det må sees i forhold til de følelsene, verdiene og oppfatningene vi har, og de forventningene som stilles til oss. Helse er ingen statisk tilstand, men påvirkes av menneskets indre og/eller dets miljø*» (Garsjø, 2018, side 30). På hvilken måte mennesker evner å tilpasse seg ulike situasjoner, sies å avhenge og påvirkes av personens ulike erfaringer og opplevelser.

Menneskes evne til å håndtere stress, er et eksempel på noe som kan ha betydning for opplevelsen og tilpasningen til en situasjon (Garsjø, 2018). En person kan blant annet oppleve å ha god helse, til tross for ulike sykdomsdiagnoser og helsesvikt (Garsjø, 2018). Dette kan sees i tråd med den salutogene modellen, hvor håndtering av ulike former for stress beskrives å kunne være avgjørende for opplevelsen av egen helse. Definisjonen Garsjø (2018) presenterer syntes som å være i tråd med den salutogene modellen. Helse blir sett på som en ressurs, til tross for varierende livsbetingelser. Disse aspektene skal også særlig vektlegges i norsk helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 2013).

### 3.2 Helsefremmende arbeid

Rent teoretisk er det store kontraster mellom helsefremmende arbeid og helseforebyggende arbeid. Mens helseforebyggende arbeid retter seg mot faktorer som fører til sykdom, har helsefremmende arbeid fokus på å fremme helse (Garsjø, 2018).

Innenfor helsefremmende arbeid skal fokuset tildeles det pasienten og helsepersonell ønsker å oppnå. Utfordringen er i stor grad hvordan både pasient og helsevesenet kan snu oppmerksomheten fra hvordan vi unngår sykdom og problemer. Til hvordan man skal legge til rette for en opplevd bedre helse. Ved å undersøke og identifisere de positive sidene ved livet selv med sykdom og plager, men også i livssituasjonen, er det mulighet for å belyse og forsterke disse. Dette muliggjør at både pasient og helsevesen finner løsninger og eksempler på hvordan de kan styrke de sidene av livet som fremmer god helse. *«I stedet for å vende blikket mot å forebygge alt som er vondt, kan man i stedet se til det helsefremmende – det gode – og dyrke trygghet, trivsel og friskliv»* (Garsjø, 2018, side 28).

Helsefremmende arbeid omtales som et sosialt miljø hvor utvikling av helse er et mål (Green & Tones, 2010). Videre beskrives det at miljøet omfatter fysiske møter hvor samhandling mellom to til flere mennesker finner sted. Her skal den fysiske utformingen være bygget på at deltakerne selv har aktive roller for medvirkning av ulike aktiviteter under bestemte tidspunkt (Rønningen, 2003).

Helsedirektoratet beskriver at fokus på helsefremmende faktorer, opplevd mestring og meningsbærende opplevelser er noe som frisklivscentralen skal prioritere (Helsedirektoratet, 2013). Læring av ferdigheter knyttet til teori og praktikk, helseopplysning og bevisstgjøring på egen rolle skal vektlegges, og en salutogen tilnærming skal benyttes (Helsedirektoratet, 2013).

### 3.3 Salutogenese

Gjennom mangeårig forskningsarbeid, i hovedsak på ulike menneskegrupper, dannet Antonovsky grunnlaget for det som i senere tid har blitt den salutogene teorien.

Grunnfilosofien salutogenese bygger på, ble først introdusert som et skifte av fokus fra sykdom til helse. Aron Antonovsky (f. 1923 – d. 1994), som blir omtalt som den salutogene teoris far, var en israelsk-amerikansk professor i medisinsk sosiologi som undersøkte ulike helsespørsmål.

I 1970 gjennomførte Antonovsky en tradisjonell epidemiologisk studie. I studien undersøkte han sammenhengen mellom kvinners belastende livshendelser og deres tilpasninger til overgangsalderen (meno-pause). Kvinnene hadde ulik etnisk bakgrunn fra Israel og blant annet erfaringer med etnisk rensning under andre verdenskrig. Etter sammenligning av ulike parametere for grad av psykisk helse hos de overlevende, opp mot en kontrollgruppe, viste analysene statistisk signifikant forskjell på flere variabler. 51% av deltakerne i kontrollgruppen viste til en rimelig god psykisk helse, versus 29% hos de overlevende kvinnene. Antonovsky rettet fokuset mot de overlevende kvinnene (29%), som til tross for opplevelsene sine, hadde en akseptabel psykisk helse mange år etter. Disse funnene ble helt sentrale i utarbeidelsen og utviklingen av salutogenese, og tankegangen ble senere utviklet til det vi kjenner som den salutogenetiske modellen (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Den salutogene teorien representerer en tenkemåte hvor fokuset tillegges områder i en persons liv og iboende ressurser som kan bidra til å fremme god fysisk- og psykisk helse. Teorien tar i hovedsak utgangspunkt i at gjennom økt opplevd mening, mestring og velvære kan en bevege seg mot en økt/høyere grad av helse (Antonovsky & Sjøbu 2012). Salutogenese blir i litteraturen forstått som læren om helsefremmelse og hva som fører til god helse. Dette gjenspeiles i den norske betydningen av begrepet salutogenese – opphav til helse (Walseth & Malterud, 2004).

Salutogenese forstås ofte som en divergerende teori til patogenese – læren om hvordan sykdom oppstår og utvikles. Hvor vektleggelse av årsaker til sykdom er sentralt. Et eksempel på patogenese, kan være den medisinske diskusjonen som ofte omtaler levevaner som fører til overvekt/fedme. Overvekt/fedme blir ofte omtalt å være en av de største årsakene og risikofaktorene til sykdommer som for eksempel hjerte- og karlidelser eller diabetes. Her vektlegges da levevaner knyttet til overvekt/fedme som en årsak til sykdommen. Det

beskrives derimot i litteraturen at salutogenese og patogenese fungerer i et gjensidig avhengighetsforhold. Hvor forståelse av det ene nødvendigvis ikke fungerer uten en forståelse for det andre (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Innenfor saluotogen tilnærming ser man dog i mye større grad helse som et kontinuum. Dette innebærer at en heller søker etter betydningsfulle aspekter, som bidrar til en bevegelse mot økt/høyere grad av helse. Dette står i kontrast til dikotomi, hvor det utelukkende handler om å undersøke årsaker til hvorfor og hvordan sykdom oppstår og utvikles.

*«Det får oss til å avvise den dikotome klassifiseringen av mennesker som enten syke eller friske og heller plasserer dem på et flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. Det gjør at vi ikke ensidig fokuserer på en bestemt sykdoms etologi, istedenfor å kartlegge hele personens historie, herunder sykdommer (...).» (Antonovsky & Sjøbu, 2012. s 36).*

Å se helse som et kontinuum er i stor kontrast til det tradisjonelle medisinske sykdomsorienterte perspektivet. Her er dikotomi sentralt og hoved essensen ligger i det å klassifisere individet som frisk eller sykt (Antonovsky & Sjøbu, 2012). En viktig del av den salutogene forståelsen av helse, er at god helse er knyttet til evnen mennesket har til å forstå, håndtere og tilpasse seg de uunngåelige utfordringene livet inneholder. Det betyr at en person med eksempelvis en diagnostisert sykdom, allikevel kan føle seg frisk og ha helsefremmende ressurser til å oppleve å mestre hverdagens krav (Antonovsky, 1979). Akkurat hva som bidrar til å skape god helse for den enkelte, og ressursperspektivet er svært sentralt og vesentlig i den salutogene tilnærmingen.

*«(...) I stedet for å spørre: «hva var det som gjorde (eller vil gjøre i et forebyggende perspektiv) at personen ble rammet av sykdom» - altså istedenfor å fokusere på stressfaktorer - må vi spørre: «hvilke faktorer er det som bidrar til i hvert fall å bevare personens plassering på kontinuum eller skape en bevegelse i retting av hendelsen?»; vi retter altså oppmerksomheten mot mestringsressurser. Stressfaktorer blir da ikke et onde som må bekjempes for enhver pris, men noe som er allestedsnærværende.» (Antonovsky & Sjøbu, 2012. s 36.)*

Mennesker kan under hele sin livsreise bli utsatt for forskjellige stressfaktorer i ulike former. Disse kan utgjøre en spenningstilstand hos mennesket som det selv må «bekjempe». Hvorvidt utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende, kan ifølge salutogenese avhenge av hvordan mennesket møter de ulike stressfaktorene (Antonovsky, 1979). Av den grunn påstår Antonovsky (1979) at studier som tar for seg hvordan mennesket håndterer spenninger som

oppstår i møte med ulike stressende og utfordrende situasjoner, bør vektlegges i helsevitenskapen. Det er spesielt to ulike begreper som er sentrale i den salutogene teorien – Generelle motstandsressurser og Opplevelse av sammenheng.

### 3.3.1 Generelle motstandsressurser (GRR)

Begrepet motstandsressurser kan defineres *som et hvilket som helst kjennetegn ved personen, gruppen eller miljø som kan legge til rette for effektiv spenningshåndtering* (Antonovsky, 1979, s. 99). En spenningshåndtering kan forklares som regulering av følelser, ved hjelp av iboende evner og/eller ytre ressurser. Disse kan være av betydning for om mennesket får en mentalt negativt, eller positiv erfaring av ulike situasjoner. Både biologiske ressurser, eksempelvis fysikk og gener – som kan blant annet knyttes til personlighet og fysisk kapasitet. Sosiokulturelle ressurser – som oppvekstvilkår, sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Sies å til dels påvirke hvilke generelle motstandsressurser en person besitter. Samspill mellom mennesker og omgivelser er en dynamisk faktor, som betyr motstandsressursene aldri er konstante, men heller foranderlige. Disse motstandsressursene kan være helt avgjørende for utvikling av opplevelse av sammenheng.

*i hvilken grad våre liv gir oss GRR er en viktig avgjørende faktor for i hvilken grad vi kommer til å ha en generalisert, gjennomgripende orientering som jeg kaller en sterk følelse av sammenheng* (Antonovsky, 1979, s.122).

Kilden (en iboende ressurs hos mennesket og/eller en ressurs som kommer fra ytre påvirkning) til menneskets generelle motstandsressurser kan fungere styrkende. Men også utfordre menneske og skape stress. Disse stressfaktorene betegnes ofte som stressorer i litteraturen (Antonovsky, 1979). Dersom en person har tilstrekkelig med motstandsressurser tilgjengelig har han eller hun mulighet for å kunne håndtere de ulike stressorene og utøve suksessfylt spenningshåndtering (Antonovsky, 1979). I en livsstilsendrings kontekst, hvor eksempelvis hovedmålet for personen er vektreduksjon, kan det at personen opplever det som umulig å gå ned i vekt forstås som en stressor. Har denne personen tilgjengelig motstandsressurser til å håndtere situasjonen, enten eksempelvis støtte fra en legitim annen og en indre vilje, kan dette medføre at personen håndterer situasjonen og fortsetter sitt prosjekt. Da har personen mulighet til å oppnå suksessfylt spenningshåndtering. Om personen opplever utfordringer han eller hun ikke har nødvendige motstandsressurser tilgjengelig til å håndtere, kan dette gå over i mislykket spenningshåndtering. Dette kan oppleves som stress og kan ha innvirkning på helsen og videre dra opplevelsen av sammenheng i en negativ retning.

Stressorer skapt av det ytre miljø vil da muligens kunne ha betydning for det indre miljø, og vise versa.

Allerede i våre første leveår, og under oppveksten, begynner vi å legge grunnlaget for det som kan bli våre strategier i møte med problematiske og utfordrende situasjoner (Antonovsky, 1979). Derimot kan vi under hele vår livsreise utvikle og forme nye strategier. Alvorlige og psykisk belastende hendelser, eksempelvis bortgang av ektefelle, kan føre til en generell indre negativ holdning, som kan være tidkrevende og vanskelig å jobbe seg ut av (Antonovsky, 1979). På en annen side slike hendelser bidra til utvikling og vekst av våre strategier, som kan medføre at man eksempelvis håndterer motgang bedre. Interne og eksterne stressorer, ytre og indre stimuli trenger ergo ikke nødvendigvis være et onde (Antonovsky, 1979). Men det er vår håndtering av utfordringer gjennom de tilgjengelige generelle motstandsressursene vi innehar, som kan ha betydning for om den oppståtte spenningen omgjøres til stress (Antonovsky, 1979).

### 3.3.2 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Opplevelse av sammenheng defineres på norsk som; «*Opplevelsen av sammenheng er en global instilling som uttrykker hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk tillit til at 1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, 2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og 3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i*» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Kort fortalt bygger OAS på tre ulike dimensjoner – begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse dimensjonene kan beskrives som; 1) en forventning til om personen tror situasjonen er forutsigbar og logisk, 2) en forventning til om personen tror den innehar evner som gjør nye situasjoner overkommelige, og 3) en forventning til hvorvidt personen tror nye situasjoner vil være betydningsfulle og meningsfulle i deres livsverden.

For en person i et livsstilsendringsprosjekt i regi av en utenforstående aktør, kan dette eksempelvis forstås som at personen; 1) opplever å ha kontroll i eget prosjekt, og tilegner seg kunnskap som kan medføre at livsstilsendringsprosjektet oppleves enklere og mer forståelig 2) opplever at han eller hun mestrer å gjennomføre en ny type treningstime med ukjent treningsform, som vedkommende aldri har deltatt på, 3) opplever at livsstilsendringsprosjektet bidrar med noe positivt i deres hverdagsliv, for eksempel opplevd forbedring i helsetilstand, fysisk form og tilfører personen glede.

OAS blir betraktet som en livsinnstilling, hvor de tre ulike dimensjonene, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, sies å være betydningsfulle for hvordan mennesker opplever mening i eget liv. De ulike dimensjonen representeres som en måte å tenke på, være på og handle på, samt hvordan mennesker opplever samspill med omgivelsene. Dimensjonene står i et avhengighetsforhold til hverandre, men den mest betydningsfulle hevdes å være motivasjonsfaktoren, som meningsfullhet komponenten omfavner (Antonovsky & Sjøbu, 2012)

### *3.3.2.1 Begripelighet*

Begrepet omhandler og henviser til hvordan mennesket oppfatter ulike stimuli det blir konfrontert med, både indre- og ytre stimuli. For et menneske som har en sterk opplevelse av begripelighet i en situasjon, kan h\*n oppfatte informasjon – stimuli, som forståelig, kontekstuell riktig, ordnet og tydelig. Betydningen av dette kan være at informasjonen kan forklares, settes inn i sammenheng og/eller er forutsigelig for den enkelte. Den samme stimuli kan derimot av eksempelvis et annet menneske, oppfattes som støy – hvor informasjon kan tolkes som uforklarlig, kaotisk, tilfeldig og uordnet. Dette kan være en bidragsyter til at mennesket opplever en lav opplevelse av begripelighet i den opplevde situasjonen. Erfaringer og opplevelser som oppfattes å ha en indre sammenheng for den enkelte legger grunnlaget for komponenten begripelighet (Antonovsky, 1987).

### *3.3.2.2 Håndterbarhet*

Begrepet omhandler og henviser til i hvilken grad en person oppfatter at den har tilgjengelige ressurser til rådighet i ulike situasjoner. Slike ressurser kan være av betydning for grunnlaget personen har, for å håndtere ulike krav som stilles til den enkelte til enhver tid. Ressurser til rådighet beskrives å enten kunne være en iboende resurs, eller tilgjengeliggjøres via en rettmessig annen, som oppleves som fortrolig og tillitsfull – eksempelvis religiøs person, ektefelle, en ansatt i helsesektoren, venn osv. Et viktig aspekt hos en person som opplever en sterk opplevelse av håndterbarhet i en situasjonen, er en iboende forståelse og tanke om at den ikke er et offer for ulike situasjoner og omstendigheter. Og videre har et fravær av å føle at h\*n blir behandlet med urett. Grunnlaget for komponenten håndterbarhet er at personen på tross av opplevde vanskelige og problematiske situasjoner, opplever å ha en hensiktsmessig belastningsbalanse ved hjelp de tilgjengelige ressursene h\*n innehar (Antonovsky, 1987).

### *3.3.2.3 Meningsfullhet*

Meningsfullhet henviser til i hvilken grad en person opplever livet rent følelsesmessig forståelig. Antonovsky presenterte tidlig viktigheten av medbestemmelse i sitt eget liv, ved å

ta del i, og involvere seg i eget liv og dets prosesser som omhandler vårt hverdagsliv og mentale livsreise (1979). Grunnlaget som meningsfullhets komponenten omfavner var allerede et diskutert tema, før hovedtematikken gjorde sitt inntog i den faglige diskusjonen. Når Antonovsky analyserte data tilhørende en studie, ble det blant annet sett store sammenhenger mellom mennesker som opplevde situasjoner som følelsesmessig meningsfulle, givende og engasjerende, og en sterk OAS (Antonovsky, 1979). Personene opplevde ikke kun mening i en utelukkende kognitiv forstand, men også på et mer mentalt og følelsesmessig plan. Betydningen av dette resulterte i at Antonovsky senere presenterte meningsfullhet komponenten som OAS-begrepets motivasjonselement (Antonovsky, 1979). Meningsfullhet komponenten beskrives å være livets drivkraft, nettopp på grunn av motivasjonsfaktoren. Eksempelvis en person som ikke opplever å finne mening og/eller har motivasjon for å gjøre endringer av levevaner, har mindre sannsynlighet for å utføre og/eller opprettholde disse endringene og vice versa.

En person som innehar en sterk opplevelse av meningsfullhet, vil nødvendigvis ikke utelukkende oppleve glede og engasjement i alle situasjoner eller hendelser. Med det er hvorvidt personen evner å finne løsninger som er meningsfulle, og som kan føre til en verdig situasjonshåndtering som er betydningsfull (Antonovsky, 1979). Hvorvidt en person opplever mening, kan være fundamentalt for hvordan personen evner å skape struktur, og lete etter ressurser. På den måten kan meningsfullhet styrke de to andre dimensjonene (Lindström, Eriksson & Sjøbu, 2015).

Har en person sterk OAS, muliggjør han eller hun å benytte seg av ulike strategier som er kompatible med de ulike utfordringer/vanskeligheter eller håndtering av hendelser i livet. Dette kan bety at personen innehar en indre vilje for stresshåndtering, opplevelse av forståelse og evne til å se tilgjengelige ressurser. Disse evnen kan bidra til at personen finner mening, og har kapasitet til å bevege seg i helsefremmende retning, samt utøve helsefremmende handlinger (Tellnes, 2007).

I ett livsstilsendingsprosjekt kan dette forstås som at en person med en sterk opplevelse av sammenheng kan være tilstrekkelig motivert for å gjennomgå en livsstilsendring. Dette til tross for opplevde situasjoner som potensielt kan forstås som vanskelige og problematiske, eksempelvis en sykdomsdiagnose. Videre kan dette medføre at personen forstår hvorfor en slik livsstilsendring kan være positivt i deres hverdagsliv og livsverden, eksempelvis ved opplevd økt energi i hverdagslivet. Ved utfordringer som oppleves problematiske opplever



personen å ha muligheten til å benytte seg av ulike iboende ressurser, for eksempel evnen til å skifte fokus til hva h\*n mestrer kontra ikke mestrer. Summen av dette muliggjør at personen opplever livsstilsendringen som meningsfull, og at den tilfører noe positivt inn i deres hverdagsliv og livsverden. Dette kan igjen ha betydning for om personen beveger seg i en helsefremmende retning og mot økt grad av helse.

### 3.4 Utbredelse av den salutogene modellen

I nåtidens vitenskapsteoretiske litteratur vises det at salutogenese som teoretisk- rammeverk og forankring er i stadig vekst. Og at det i økende grad er fattet en betydelig forskningsinteresse på tvers av ulike fagområder, for å belyse ulike tematikker og problemstillingen i tråd med den salutogene teorien (Lindström et al., 2015).

I dagens arbeid som omhandler helsefremming, både på systemorientert nivå og helt ned på individnivå, anses salutogenese å være en av de mest sentrale modellene og teoriene som blir benyttet (Lindström et al., 2015; Garsjø, 2018). Den salutogene modellen blir i Norge blant annet benyttet i stor grad i behandling av mennesker med livsstilsrelaterte utfordringer som overvekt/fedme, mennesker med psykiske lidelser og mennesker med rusavhengighet. Frisklivsentralen som blant annet er et helsefremmende tiltak, tufter på den salutogene tankegangen og beskrives å underligge et salutogent perspektiv (Helsedirektoratet, 2013).

Helsefremmende arbeid bygger i stor grad på tankemåten som er presentert i den salutogenetiske modellen, og representerer en positiv tilnærming til det som før var elendighetsfokuseret og problemorientering. I likhet med salutogen tenkning har helsefremmede arbeid sett verdien av å se på suksessfaktorer, ressurser, muligheter og motstandsressurser som midler for å fremme god helse (Garsjø, 2018). Om dette fungerer i praksis er en stadig pågående diskusjon, da det tradisjonelle medisinske sykdomsorienterte perspektivet naturligvis har en stor og sentral plass i arbeid som omhandler helse generelt (Lindström et al., 2015).

### 3.5 Salutogenese og livsstilsendringer

Kompleksiteten rundt livsstils-begrepet er et faktum. Det finnes utallige ulike situasjoner og utfordringer som er betydningsfulle innen feltet, og det kan derfor anses som problematisk å gjengi en konkret begrepsdefinisjon. I Norske frisklivssentraler vektlegges atferdsmønster og levevaner knyttet til blant annet kosthold og fysisk aktivitet.

I ett livsstilsendringsprosjekt kan det tenkes at det er et bredt spekter av ulike utfordringer og situasjonsbestemte elementer en person møter på, som kan ha en stor betydning på et livsstilsendringsprosjekt. Eksempelvis kan dette være biologiske utfordringer eller ressurser knyttet til personlighet og kapasitet, sosiokulturelle faktorer som sosialt miljø og verdisyn, samt sosioøkonomisk bakgrunn (Mæland, 2005). En del av vår livsreise som mennesker er å tilegne oss, og bedrive et individbasert spesifikt gjentatt handlingsmønster, alt ettersom hvordan våre hverdagsliv er utformet. Disse handlingene beskrives som vaner. Vanenes makt kan derfor spille en sentral rolle i et livsstilsprosjekt, da vaner er en naturlig integrert del av individet, og som ofte er knyttet til individets identitet (Thornquist, 2001). Vaner kan derfor blant annet vanskeliggjøre kroppslige endringer og omleggelse av livsstil og levevaner. Eksempelvis om en person er vant med å spise spesielle matretter på faste dager, og beslutte med dette. Dette kan oppleves som utfordrende, ved at det muligens oppleves som helt unaturlig for personen.

I den salutogene modellen blir betydningen av hverdagslige psykologiske stressorer, og deres påvirkning på helsen, understreket. I en livsstilsendring, hvor det foretas en endring i hverdagslige fastlagte vaner, kan menneske oppfatte dette som en stressor. Bakgrunnen for at personen først og fremst skulle startet på et livsstilsendringsprosjekt, eksempelvis utvikling av overvekt eller livsstilssykdommer. Kan i seg selv muligens ha vært en ytterligere langvarig stressor. I et miljø hvor stressorer har en betydningsfull plass, beskriver den salutogene modellen at mennesker kan ha et generelt naturlig problem ved å aktivt tilpasse seg det gitte miljøet, og beskrives å kunne bidra til økt grad av en indre uorden (Antonovsky, 1979). Eksempelvis en deltaker i et livsstilsendringsprosjekt som i utgangspunktet er svært usikker og ukomfortabel med å trene, selv alene – kan treningen i seg selv være en stressor. I en gruppetime kan personen muligens ha enda større utfordringer med å tilpasse seg det nye miljøet, noe som kan bidra til en økt grad av stress (Antonovsky, 1979). Utfordringen for oss blir hvordan vi finner frem til nyttiggjørende indre og ytre ressurser, slik at vi kan ha bedre forutsetninger for å motvirke våre naturlige tendenser til følt økende stress (Antonovsky, 1979). Det er allerede vist ved flere anledninger at personer med en lav opplevelse av

sammenheng, håndterer problemer og utfordringer ulikt fra personer med en høy opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1979).

Antonovsky (1979) beskriver at mennesker vil under hele sin livsreise få en subjektiv erfaring gjennom deres involvering i samfunnet. Disse erfaringene kan være knyttet til de ulike stressorene de møter underveis. Videre kan dette bidra med å forme grunnlaget for de erfaringsbaserte strategier mennesket tilegner seg i møte med utfordringer og motgang (Antonovsky, 1979). Våre kroppslige og mentale erfaringer gjennom vår væren i verden, kan på et senere tidspunkt ha betydning for hvordan vi håndterer lignende situasjoner (Antonovsky, 1979). I lys av dette kan man derfor si at det er en mulighet for at en deltaker i et livsstilsendingsprosjekt, kan ha med seg flere ulike erfaringer som kan ha betydning for en pågående livsstilsendring. Opplevelsen av sammenheng kan være preget av de tidligere erfaringene. Eksempelvis en person som har lagt bak seg mange mislykkede forsøk på livsstilsendring, kan assosiere et eventuelt nytt forsøk med de tidligere erfaringene. Dette kan være betydningsfullt for hvordan en person opplever det nye forsøket.

## 4.0 Metode

Vitenskapelig metode kan defineres som «å følge en bestemt vei mot et mål» (Tranøy, 2019), hvor ulike regler og prinsipper ofte ligger til grunn for en planmessig og bestemt fremgangsmåte. Kapitlet vil ta for seg en redegjørelse av valgt vitenskapsteoretisk ståsted, vitenskapelig tilnærming og ulike metodiske avgjørelser. Tatt studiets problemstilling i betraktning anså jeg det som fundamentalt å benytte en kvalitativ tilnærming. Videre valgte jeg å benytte delmetodene deltakende observasjon og semistrukturert fokusgruppeintervju til innsamling av datamaterialet. Refleksjoner rundt mine avgjørelser og overveielser. Samt faktorer som kan virker begrensende eller styrkende knyttet til studiet, vil ha en sentral rolle i dette kapitlet. Avslutningsvis i dette kapitlet vil studiets reliabilitet og validitet, og ulike etiske overveielser bli fremlagt og diskutert.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien er forankret i en kvalitativ, fenomenologisk vitenskapstradisjon. For å få tilstrekkelig innsikt, så jeg det som helt avgjørende å undersøke hvordan fenomenet fremgår for deltakerne i deres egne subjektive livsverden. Dette er grunnleggende prinsipper innenfor fenomenologi (Kvale & Brinkman 2009). De subjektive følelsene, meningene og erfaringene blir belyst fra et salutogent perspektiv. Det er derimot viktig å presisere at i arbeid med analysene har jeg utelukkende sett på hvordan deltakernes opplevelser og erfaringer fremgår subjektiv for den enkelte. Det er ikke før i arbeidet med diskusjonskappitlet at den salutogene teorien ble benyttet for å belyse og løfte frem deltakernes fortellinger.

### 4.2 Vitenskapelig tilnærming - Kvalitativ metode

I en kvalitativ tilnærming ønsker man å undersøke hvordan erfaringer og opplevelser kan fortolkes og/eller forstås av andre, og hvordan denne forståelsen kan overføres (Thagaard, 2018). Jeg valgte å benytte en kvalitativ tilnærming fordi den retter seg mot å belyse subjektive meningskonstruksjoner på en mer dyptgående måte (Polit & Beck, 2012). Noe jeg anså som fundamentalt for å kunne besvare problemstillingen. For å kunne belyse deltakernes subjektive følelser, meninger og erfaringer, anså jeg det som mest hensiktsmessig å arbeide induktivt og med en nærhet til feltet (Thagaard, 2018). I kvalitativ metode er det viktig å ha delmetoder som tilrettelegger for en etisk og praktisk god innsamling av datamaterialet (Thagaard, 2018). Noe jeg anså at deltakende observasjon og semistrukturert fokusgruppeintervju kunne bidra til. Grunnlaget for at jeg valgte å benytte begge delmetodene, var at dette tilsynelatende var to metoder som kunne utfylle hverandre godt.

Observasjoner muliggjorde at jeg opparbeidet meg en større forståelse, kjennskap og innlevelse for feltet (Fangen, 2010). Mens fokusgruppeintervju kunne legge til rette for at jeg fikk tilgang på deltakernes subjektive meninger og erfaringer (Thagaard, 2018).

### 4.3 Utvalget

I kvalitativ forskning trekkes utvalget frem som avgjørende for å muliggjøre å kunne besvare studiets forskningsspørsmål på best mulig måte. Kvaliteten på utvalget kan ofte knyttes til validiteten av det empiriske datamaterialet (Fangen, 2010; Malterud, 2011). Jeg valgte å benytte meg av det Thagaard (2018) beskriver som strategisk utvalg, for på best mulig måte kunne besvare studies problemstilling og teoretiske perspektiv. Det baserte seg på deltakernes tilknytning og involvering med en frisklivscentral. Her satt jeg krav til at de var deltakere i en «aktiv livsstilsendring» hos frisklivscentralen som følge av ulike helseutfordringer knyttet til livsstil og levevaner.

I utvelgelsen av eventuelle deltakere forsøkte jeg å ha en god kjønnsdeling og aldersfordeling. Slike variasjoner ville være viktig for å få et bredt spekter av erfaringer og meninger rundt den aktuelle problemstillingen (Repstad, 1998). I tillegg kan dette bidra til at utvalget kan fungere representativ for en slik gruppe på mer generell basis. Det er viktig å presiser at god kjønnsdeling og aldersfordeling var et ønske, men at det ikke skulle være en begrensning for hvilke deltakere som ble inkludert.

Jeg ønsket at utvalget skulle gi muligheter for et bredere innsyn og en dypere forståelse av feltet og tematikken, men samtidig ikke gi en uoverkommelig stor mengde datamateriale å analysere (Krumsvik, 2019). Jeg hadde derfor satt meg et ønske i forkant av rekrutteringen om å inkludere 10-12 deltakere. Nærmere forklart at 10-12 deltakere skulle inngå i den deltagende observasjonen, og videre skulle 5-7 av de deltakerne også inngå i fokusgruppeintervju. Dersom alle deltakerne fra den deltagende observasjonen ville stille til fokusgruppeintervju, hadde jeg på forhånd bestemt å gjennomføre to ulike fokusgruppeintervjuer med 5-7 i hver gruppe.

### 4.4 Observasjon som delmetode

Jeg anså observasjon som hensiktsmessig å benytte fordi metoden tilrettelegger for å belyse materialet med en større forståelse, kjennskap og innlevelse for feltet (Fangen, 2010). Sammenlignet med andre kvalitative metoder, tilba observasjon som delmetode i større grad nærhet og samhandling mellom meg og deltaker enn ved kun intervju (Fangen, 2010).

Observasjonene ble primært gjennomført med en tanke om å tilføre datamaterialet en faglig tyngde. Dette ved å bidra til innblikk i ulike aktiviteter, stemning i gruppen og ulike individuelle reaksjoner. Metoden kunne også tilføre kunnskap som ikke nødvendigvis kom frem under fokusgruppeintervjuet, men som allikevel var svært relevant for å belyse problemstillingen mer dyptgående. I kvalitativ forskning beskrives observasjon som en metode forsker kan benytte seg av for å validere ulike funn i et intervju (Krumsvik, 2019). I denne studien har dette derimot ikke vært intensjonen med observasjonene. Disse ble kun benyttet som en inspirasjon til fokusgruppeintervjuets intervjuguide hvor målet var å skape eksplorerende spørsmål til ulike hendelser.

#### 4.4.1 Deltagende-observasjon

I observasjonssituasjonene var jeg forberedt på at det ble viktig å ha et balansert forhold mellom deltakelse og den analytiske distansen (Fangen, 2010). På grunn av flere ulike faktorer anså jeg det som mest hensiktsmessig å gå inn i rollen som fullt deltagende observatør. Instruktørene i frisklivsentraler har ofte en deltagende instruktørstil, hvor det sjeldent forekommer observasjon fra sidelinjen. Jeg tenkte derfor at ved ikke-deltagende observasjon kunne gruppen få en unormal og kunstig oppførsel (Fangen, 2010). Under mine observasjoner fikk jeg en opplevelse av at jeg «gled» godt inn i gruppen, og ble ansett fra deltakerne sin side som «en av dem». Dette var også noe jeg fikk bekreftet av instruktørene som var til stede. Jeg opplevde at min deltakelse under de ulike øktene ga et godt grunnlag for å skape tillit mellom meg og deltakerne, noe som har vist seg å kunne være vanskelig dersom jeg ikke involverte meg (Fangen, 2010). I tillegg opplevde jeg at det å kunne konversere med deltakerne om hvordan økten opplevdes var en fin samtaleåpner, som ga meg et bredere inntrykk av hvem de var som personer og deres egne opplevelser. Det var avgjørende at jeg fikk tilgang på tilstrekkelig med informasjon (Fangen, 2010), noe jeg opplevde at observasjonsøktene bidro til.

Deltagende-observasjon som metode har derimot ulike utfordringer. Som deltagende observatør kunne det være risiko for at jeg betonet rollen som deltager, ble farget, og samtidig påvirket miljøet i gruppen (Fangen, 2010). Gruppen ble derimot ikke observert mer enn 2 ganger, noe som trolig ikke utgjorde en trussel til det naturlige miljøet innad. Jeg bemerket heller ikke noen forandringer på miljøet i gruppen, men det kan ikke med sikkerhet konstateres. Videre bestemte jeg å benytte en nøkkelinformant, hvor vedkommende innehadde spesiell kunnskap rundt fagfeltet. Jeg anså at dette kunne være positivt i en slik gruppe. Et naturlig valg var en instruktør ved frisklivsentralen. Nøkkelinformanten kunne

forhåpentligvis bidra til en dypere forståelse av gruppen, og om mulig gi meg et mer komplett/konkret inntrykk av deltagerne (Thagaard, 2018). I ettertid ser jeg at dette var en hensiktsmessig avgjørelse. Nøkkelinformanten bidro til at jeg både fikk en dypere forståelse av gruppen, samt opplevde at det var trygt å kunne rådføre meg om hvorvidt min tilstedeværelse hadde gjort gruppen kunstig/ikke kunstig.

#### 4.5 Det kvalitative forskningsintervju som delmetode

Grunnlaget for at jeg anså kvalitativt forskningsintervju som hensiktsmessig å benytte, er fordi dette er en forskningsmetode som kunne gi meg en helt unik og privilegert tilgang til deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer rundt fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var viktig for meg å få en økt kunnskap og forståelse for hvordan ulike situasjoner fremsto for den enkelte og betydningen av ulike hendelser og opplevelser. Noe metoden er godt egnet til (Thagaard, 2018). Det er viktig å presiser at jeg har vektlagt datamaterialet fra denne metoden, og det er dette som blir presentert i resultat- og diskusjonskapitelt.

Under fokusgruppeintervjuet hadde jeg forhåndsbestemt å supplere mellom en åpen samtale og intervju, noe som omtales som semistrukturert intervju i faglitteraturen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det å ha en semi-struktur på intervjuet hvor jeg la rammer rundt temaene, men ikke fastsatte en rekkefølge på de eventuelle spørsmålene på forhånd anså jeg som hensiktsmessig. Forhåpentligvis kunne dette legge til rette for en mer naturlig samtale, som kunne resultere i mer dypere og utbroderende svar fra deltagerne (Kvale & Brinkman, 2009).

##### 4.5.1 Fokusgruppeintervju

Formålet med fokusgruppeintervjuet var få frem en stor andel ulike synspunkter om fenomenet jeg skulle undersøke. På grunn av at all aktivitet som foregår i regi av frisklivsentralen ofte er gruppebasert, anså jeg det som hensiktsmessig å benytte fokusgruppeintervju. Jeg hadde en forhåndstanke om at deltakerne allerede hadde opparbeidet seg en trygg atmosfære i gruppen hvor de var komfortable og trygge på å dele sine meninger. Noe som kunne bli viktig for resultatene av intervjuet (Høigaard, 2013; Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2012). Derimot anerkjente jeg at rollen som moderator kom til å bli vel så viktig. Jeg ønsket å skape en trygg og velvillig atmosfære, slik at deltakerne opplevde at de kunne uttrykke sine personlige meninger og motstridende synspunkter om fenomenet (Malterud, 2012). For å muliggjøre dette anså jeg det som hensiktsmessig å benytte en ikke-styrende intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2015). Her skulle jeg gjennom fremleggelse av de

ulike emnene som skulle tas opp, forhåpentligvis legge til rette for en god ordveksling ved at jeg kun var ordstyrer når jeg stilte spørsmål eller hentet inn samtalen. For meg var det viktig at målet med fokusgruppeintervjuet ikke var å komme til en kollektiv enighet eller finne løsninger (Malterud, 2012). Derimot håpet jeg at gjennom diskusjon og prat ble det mulig å undersøke ulike nyanser og synspunkter av fenomenet.

Jeg var klar over at det var ulike styrker og svakheter ved å benytte fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. På den ene siden kunne jeg få mye informasjon av flere deltakere på samme tid (Malterud, 2012). Mens på den andre siden var det en hel del faktorer som kunne ha betydning for om fokusgruppeintervjuet vil være mer fruktbart enn eventuelle personintervju (Malterud, 2012). Gruppen kunne bidra til at enkelte åpnet seg, men kunne også bidra til at enkelte ikke ønsket å åpne seg og fortelle (Malterud, 2012). Derimot var dette en gruppe som kjente hverandre godt, og jeg fikk inntrykk av at gruppemiljøet var åpent for både diskusjoner, uenigheter og at ingen holdt tilbake det de ønsket å fortelle. Som et resultat av fokusgruppeintervjuets egenart – hvor det ikke er en ordnet rekkefølge på hvem som har ordet, var jeg klar over at min kontroll ville reduseres. Dette kunne medføre at et eventuelt livlig samspill innad i gruppen vil påvirke intervjuet negativt i form av at samtalen fløyt ut. Eller at intervjuet fikk et noe kaotisk preg. Dette var noe som i senere tid kunne gjøre det problematisk i videre arbeid med materialet (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var derfor i stor grad forberedt på at det potensielt kunne bli mye arbeid knyttet til analysene av materialet.

## 4.6 Innsamling av datamaterialet

### 4.6.1 Fremgangsmåte for rekruttering av utvalget

Rekrutteringsprosessen av deltakere startet fortløpende etter godkjent søknad til NSD forelå.

8. oktober opprettet jeg første kontakt med den valgte frisklivscentralen, hvor det ble gitt informasjon til daglig leder over telefon. Dette ble ettersendt per e-post. Daglig leder var veldig positiv, og skulle dobbel sjekke med ansatte om dette var noe de ønsket å være med på.

9. oktober fikk jeg klarsignal til å kjøre prosjektet av ledelsen og ansatte ved den valgte frisklivscentralen. Det ble avtalt at rekruttering av eventuelle deltakere og igangsetting av prosjektet skulle skje så snart som mulig. I hovedsak på grunn av covid-19 og mulige nye innstramminger og restriksjoner. I utgangspunktet ønsket jeg å gjennomføre deltagende-observasjoner og fokusgruppeintervju ved to forskjellige frisklivsentraler. Derimot var ikke dette forsvarlig med tanke på covid-19. Jeg opprettet derfor kontakt med kun en frisklivsentral.



12. oktober ble første informasjonsmøte med eventuelle deltakere holdt. Her tok jeg en vurdering i samråd med de ansatte, at de skulle være behjelpelig med introduksjon av meg og prosjektet. Dette var for å sikre at prosjektet skulle fremkomme som relevant og uten risiko for deltakerne, samt skape en påmeldingsinteresse. I presentasjonen av prosjektet var det viktig for meg å opptre imøtekommende, tillitsfull og profesjonell (Thagaard, 2018). Jeg informerte om hvilke gruppetimer som skulle observeres. Slik at eventuelle deltakere hadde mulighet til å avvente oppmelding og heller melde seg opp til studiet på et senere tidspunkt. Vel så viktig var denne informasjonen også rettet mot de som ikke ønsket å være til stede på observasjonsøktene. I etterkant av informasjonsmøtet meldte seks personer seg på. Hvorav fem ønsket å delta i både intervju og observasjon og en ønsket kun å delta i observasjonene. De seks deltakerne skrev under på informertsamtykke samme dag. Senere samme dag, 12. oktober, meldte en person seg som deltaker til intervju og observasjon på eget initiativ via telefon. Informertsamtykke ble skrevet under i forkant av en økt som jeg observerte 19. oktober. 14. oktober meldte fire nye personer seg på, disse ønsket å delta på kun observasjon. Dette var i forkant av en gruppetime jeg skulle observere.

For å ivareta personvernreglene på best mulig måte, vektla jeg å gi god informasjon i forkant av hver økt. I tillegg hadde jeg en baktanke om at dette kunne bidra til å etablere relasjoner bygget på gjensidig respekt og tillit, som kunne stimulere til en opplevd trygghet. Personene som ikke ønsket å delta i studiet, men som ytret at de var komfortable med at jeg var til stede, skrev under på informertsamtykke som omhandlet dette (vedlegg 4). Dersom noen av de tilstedeværende personen ikke ønsket at jeg skulle observere økten, skulle de få et tilbud om å delta på en annen gruppetime. Dette ble planlagt i samråd med de ansatte. Det var det derimot ingen som benyttet seg av dette, og samtlige tilstedeværende gjennomførte gruppetimene jeg observerte.

Når jeg i samråd med deltakerne skulle planlegge en tid for intervjuet, var det en deltaker som ikke kunne delta over en periode på 2 uker (bortreist). På grunn av den pågående covid-19 situasjonen og at det ofte er utfordrende å finne en tid som passer for alle, ble jeg enig i samråd med den aktuelle deltakeren om at h\*n ikke skulle delta på fokusgruppeintervjuet. Personen var heller ikke til stede på noen av de deltagende observasjonene, og foreslo selv at h\*n skulle trekke seg – noe h\*n gjorde. Vi ble enige om at jeg skulle ta opp kontakten dersom det ble aktuelt med flere observasjoner og fokusgruppeintervjuer. Etter endt

fokusgruppeintervju og observasjoner tok jeg en avgjørelse på at det ikke var nødvendig med mer innsamling av data, og den tidligere deltakeren ble informert om dette.

Etter frafall av en deltaker stod studiet igjen med et endelig utvalg på totalt ti deltakere, seks kvinner og fire menn. Fem av personene deltok på både fokusgruppeintervju og deltagende observasjon. Fem personer deltok på kun deltagende observasjon. I ettertid er det ingen av de øvrige deltakerne som har trukket seg. Jeg har valgt å kun presentere de deltakerne som deltok på både fokusgruppeintervjuet og deltagende-observasjon, i og med at resultat- og diskusjonskapitlet baserer seg på dette materialet.

Jeg har valgt å gi deltakerne fiktive navn, og ikke eksempelvis titulere de med informant 1, informant 2 osv. Dette er et bevisst valg for å skape en virkelighetsnær oppfatning av deltakerne. Videre har jeg valgt å gi en kort presentasjon av hver deltaker for å gi en innsikt i hvilke personer som utgjør grunnlaget for datamaterialet i denne studien. Deltakerne blir presentert i resultatkapitlet.

## 4.6.2 Observasjon

### 4.6.2.1 Observasjonsnotater

For at jeg skulle kunne ta nytte av, og bruke observasjonene til å belyse og utforske ulike aspekter i datamaterialet, ble det viktig å føre gode og utfyllende feltnotater fra observasjonene (Fangen, 2010). Feltnotatene mine inneholder en direkte skildring av hva jeg observerte, uten noen form for tolkning. Dette beskrives i faglitteraturen som naiv beskrivelse (Tjora, 2013). Spradleys (1980) huskeliste for feltnotater brukte jeg som inspirasjon i forkant av observasjonene, og ble benyttet inn mot føring av feltnotatene. I mine feltnotater ble det derfor vektlagt skildring av (1) Rom - fysiske miljøet og hvilket kontekster observasjonen foregår i. (2) Aktør – hvem som var involvert, eksempelvis deltakere og instruktører. (3) Aktivitet – Hvilken type treningsform som blir gjennomført. (4) Objekt – utstyr og de fysiske gjenstandene som ble benyttet i treningen. (5) Handling – Enkelt handlinger som deltakerne gjorde. (6) Hendelse – hvorvidt en deltaker gjorde en aktivitet sammenhengende flere ganger. (7) Tid – beskrive øktens lengde, pauser osv. (8) Formål – hva var formålet med økten? Bli sliten, avslappet osv. (9) Følelse – Opplevelse av økten og hvilke følelser som synlig kom til uttrykk hos de ulike deltakerne.

I enhver observasjonssituasjon er det mye som foregår samtidig (Tjora, 2013). Dette kunne føre til at det ble utfordrende å fokusere på det jeg spesifikt ønsket å finne ut mer av. På grunn

av metodens egenart, valgte jeg å dokumentere observasjoner direkte etter deltagelse. Dette er derimot ingen vanntett metode (Tjora, 2013), da det er en risiko for at jeg har glemt eller oversett ulike observasjoner.

#### *4.6.2.2 Gjennomføring av observasjon*

Det ble gjennomført totalt to observasjoner. Observasjonene ble gjennomført i en periode på en uke i oktober 2020, henholdsvis 14.10.2020 og 19.10.2020. Den ene observasjonen ble gjennomført i en treningssal og den andre i en spinningssal. Jeg forsøkte å tilpasse meg frisklivscentralens forutbestemte timeplan i samråd med både deltakerne og instruktørene. Dette gjorde jeg for å avklare min forskerrolle, for å motvirke eventuelle ubehagelige situasjoner eller uklarheter (Fangen, 2010). Begge observasjonene var planlagt på forhånd med både instruktørene og deltakerne. Andre personer tilknyttet frisklivscentralen hadde også fått denne informasjonen, enten via instruktørene eller informasjonsmøtet. Det var i utgangspunktet planlagt en tredje gruppetime som skulle observeres dagen før fokusgruppeintervjuet, denne falt bort. I samråd med deltakerne ble vi enige om å la denne utgå, og gjennomføre intervjuet som planlagt. I ettertid ser jeg at dette var ok da jeg opplevde at det var gjort de nødvendige observasjonene inn mot intervjuet, og at disse var tilfredsstillende nok.

Den første observasjonen (14.10.2020) var en yoga gruppetime. Her var en instruktør og ni personer til stede på økten. Syv av de med i prosjekt, hvorav tre deltok på både intervju og observasjon. Fire nye deltakere ble rekruttert til observasjon i forkant av timen etter informasjon fra meg. To ikke med i prosjekt, men ok at jeg var til stede.

Den andre observasjonen (19.10.2020) var en spinning time. Her var det en instruktør som holdt timen, og en annen instruktør var med som deltaker. I tillegg var tolv personer til stede på økten. Åtte av de med i prosjekt, hvorav fem deltar på intervjuet og observasjon og tre personer deltar på kun observasjon. Fire personer deltok ikke i studie, men det var ok at jeg var til stede.

Under begge observasjonene er min oppfatning at jeg gled godt inn i mengden, og ble ansett som en deltaker fremfor en observatør. For at jeg ikke skulle tiltrekke meg for mye oppmerksomhet, var det på forhånd bestemt flere ulike tiltak som kunne bidra til å unngå dette. Flere av disse er i tråd med ulike inntrykksteknikker som Thagaard (2018) beskriver som relevante inn mot en observasjonssituasjon. Jeg passet blant annet på å stille meg bakerst, møtte opp i vanlig treningstøy, deltok i samtaler før økten på lik måte som deltakerne osv.

Under selve treningsøkten passet jeg også på å ha en nysgjerrig og spørrende tilnærming, samt å holde deltakernes treningsintensitet. Dette var for å unngå å lage et skille basert på fysisk form mellom meg og deltakerne, basert på at det muligens kunne ført til at enkelte deltakere syntes det var ubehagelig å ha meg der. Fra mitt ståsted så det ut til at gruppen hadde sin naturlige atferd, og at den ikke ble kunstig. Det er derimot viktig å presisere at dette er min oppfatning, og at deltakerne kan ha opplevd det annerledes (Thagaard, 2018).

### 4.6.3 Fokusgruppeintervju

#### 4.6.3.1 Intervjuguide

Hovedmålet med intervjuguiden var å legge til rette for at deltakernes subjektive syn på erfaringer, meninger og opplevelser rundt tematikken kom frem. Grunnlaget for den valgte utformingen var at jeg antok at ulike handlinger som ble observert ikke nødvendigvis var selvforklarende. Derfor ønsket jeg å få en mer utbrodert forklaring på hva de ulike handlingene faktisk fortalte for å få en dypere forståelse for de ulike utøvde hendelsene (Halvorsen, 2008).

Intervjuguiden hadde som hensikt å bistå meg i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet, gjennom strukturerte spørsmål knyttet til de forhåndsbestemte temaene (Thagaard, 2018). Som et resultat av den semistrukturerte rammen jeg ønsket å ha på fokusgruppeintervjuet, ble det viktig å muliggjøre å kunne følge de svar og fortellinger som deltakerne bidro med (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette forsøkte jeg ved å tuft på både spørsmålsformuleringen og rekkefølgen på åpenhet og nysgjerrighet. Jeg ønsket videre å legge til rette for at nye spørsmål kunne supplementeres underveis i intervjuet, om et nytt tema kom frem via deltakerne. Dette er noe jeg anså kunne bidra til at nye vinklinger og utsagn dukket opp (Krumsvik, 2019). En mulig fallgrube ved denne intervjusituasjonen, var at samtalen kunne bevege seg for langt fra studiets problemstilling og tematikk (Kvale & Brinkmann, 2015).

I utformingen av selve intervjuguiden (se vedlegg 5), brukte jeg «Tre-med-grener»-modellen som Thagaard (2018) presenterer, som inspirasjon. Denne modellen beskriver at forskningsspørsmålet er som stammen på et tre, og hvor grenene representerer de ulike temaene som skal belyses. Videre beskrives det som hensiktsmessig å eksplorere/utforske de ulike temaene med forhåndsbestemte oppfølgingsspørsmål (Thagaard, 2018).

Intervjuguiden ble strukturert opp i fire ulike faser. Fase 1 tok for seg en rammesetting av intervjusituasjonen. Her skulle deltakerne få mulighet til å bli vant med settingen og miljøet

ved løs prat. I tillegg skulle informasjon om studiet, temaene for samtalen, det praktiske rundt gjennomføring og repetisjon av taushetsplikt og anonymitet gjennomgå. Deltakerne skulle også få mulighet til å stille spørsmål. Fase 2 – skulle fungere som en innledning inn mot kjernen av fokusgruppeintervjuet. Denne tok for seg ulike tidligere erfaringer deltakerne hadde rundt livsstilsendringer og grupperelatert trening i forkant av oppstart hos frisklivscentralen. Videre inneholdt den overgangsspørsmål, og ulike oppfølgings-fraser som kunne stimulere til dypere og mer utbroderende svar. Fase 3 – som var hoveddelen av intervjuet, skulle fungere som en fokusering på spørsmål som jeg i forkant anså som mest relevante. Denne fasen var strukturert i nøkkelspørsmål direkte knyttet til problemstillingen, eventuelle oppfølgingsspørsmål og spørsmål som var knyttet til den deltagende-observasjonen. Fase 4 – skulle fungere som et tilbakeblikk på intervjuet. Fasen hadde som formål å oppsummere eventuelle funn og sentrale utsagn som var spesielt knyttet til nøkkelspørsmålene. Videre som en forsikring av at jeg hadde forstått deltakerne riktig, og om det eventuelt var noe deltakerne selv mente burde legges til.

#### *4.6.3.2 Pilotintervju*

Skulle jeg bli en god nok intervjuer, var dette noe som måtte innlæres og trenes på (Kvale, 1997). For både å få en introduksjon til en intervjusituasjon, men også for å teste ut intervjuguiden, valgte jeg å gjennomføre et pilotintervju. Dette i et forsøk på å øke mine intervjuferdigheter og tilpasse min egen rolle inn mot selve fokusgruppeintervjuet, da intervjueren i kvalitativ metode beskrives å være ett av de viktigste forskerredskapene (Krumsvik, 2019).

Pilotintervjuet ble naturligvis gjennomført i forkant av hoved-intervjuet. Det var flere ulike faktorer jeg anså som sentrale i utvelgelsen av deltakere. Dette var for å få det så likt som det faktiske fokusgruppeintervjuet som mulig. Jeg valgte å ha en gruppe på seks personer, både kvinner og menn i alderen 25-60år. Videre var det viktig for meg at disse på en eller annen måte, hadde erfaringer med livsstilsendringer og gruppetrening. Rekrutteringen til pilotintervjuet var heldigvis problemfri, da flere personer i min krets oppfylte kravene og ønsket å stille opp.

Pilotintervjuet viste seg å bli en lærerik opplevelse, som resulterte i en bevisstgjøring av egen intervjumetode og ulike faktorer tilknyttet intervjuguiden. I tillegg fikk jeg lært hvordan det tekniske utstyret (digital diktafon) fungerte. Jeg opplevde at intervjuguiden la til rette for dype og utfyllende svar av deltakerne. Oppfølgings-frasene opplevde jeg som gode hjelpemiddel

for å få tilgang til en mer dyptgående informasjon og forklaring på tematikken. Etter dette anså jeg intervjuguiden som relevant for å belyse problemstillingen.

Pilotintervjuet gjorde meg mer oppmerksom på egen intervjupraksis, og det viste seg at det var behov for endring i flere aspekter ved min metode. Jeg opplevde en noe dårlig formulering av ulike spørsmål, og en tendens til å stille lukkede spørsmål. Det ble tydelig at jeg hadde vanskeligheter med å hente inn samtalen om den fløt for langt vekk fra tematikken. Til tider oppleves det som en helt fri samtale versus et semistrukturert intervju. Når jeg i etterkant lyttet til lydfilen, fremkom det at jeg både oppmuntret og lot meg rive med av helt irrelevante temaer. Thagaard (2018) beskriver at denne balansegangen mellom å lytte og stille spørsmål potensielt er en av de største utfordringene for en forsker i et kvalitativt intervju. Jeg opplevde det også som svært utfordrende å notere underveis i fokusgruppeintervjuet, uten å miste fokus på deltakerne.

I etterkant av både pilotintervjuet og arbeid med de nevnte faktorene inn mot fokusgruppeintervjuet, ser jeg at pilotintervjuet hadde en stor nytteverdi. Jeg ble oppmerksom på ulike faktorer ved min rolle og selve intervjuguiden. Dette gjorde tilsynelatende meg til en bedre intervjuer i selvet fokusgruppeintervjuet, i tillegg til at jeg opplevde en større trygghet i min egen rolle.

#### *4.6.3.3 Gjennomføring av intervju*

Fokusgruppeintervjuet hadde en varighet på 1 time og 36 minutter, og besto av et utvalg på fem personer. For meg var det viktig velge en lokasjon for intervjuet med lite støy og kaos for å dempe eventuelle distraksjoner, da dette kunne påvirke intervjuet (Thagaard, 2018; Malterud, 2012). Videre var det viktig at det muliggjorde overholdelse av restriksjoner og anbefalinger i tråd med covid-19. Lokasjonen som i samråd med deltakerne ble valgt, var et stort møterom som var i tilknytning til der den valgte frisklivscentralen holder til. Dette stedet beskrev deltakerne at de hadde positive assosiasjoner til.

Før oppstart av selve intervjuet, under fase 1, var det svært viktig for meg å gjenta ulik informasjon som var gitt i forkant, opplyse om frivillig deltakelse, anonymitet og konfidensialitet. Her vektla jeg at både selve deltakelsen i studie og eventuelle utsagn som skulle komme frem på fokusgruppeintervjuet, kunne til enhver tid trekkes tilbake. I tillegg ble det gjentatt at fokusgruppeintervjuet tas opp med digital diktafon. Dette var noe jeg forsikret meg om at deltakerne godkjente og var komfortable med. Til tross for at flere (Thagaard,

2018; Kvale, 1997; Krumsvik, 2019) anbefaler at forsker noterer underveis i et intervju, ble dette med bakgrunn i egen erfaring fra pilotintervjuet ikke gjennomført.

Som et resultat av erfaringene fra pilotintervjuet, var det flere aspekter ved min rolle som under fokusgruppeintervjuet ble vektlagt. Jeg hadde fokus på å stille åpne spørsmål, ved en ydmyk spørrende tilnærming. Dette anså jeg som avgjørende for å få oppriktige svar, og for å etablere en relasjon deltakerne opplevde som trygg (Thagaard, 2018). Helt sentralt for meg var å gi deltakerne en opplevelse av at mine spørsmål kom av nysgjerrighet, og ikke som kritikk og at ingen svar var feil. Dette var for å unngå at de følte seg konfrontert eller i en posisjon hvor de opplevde at de måtte forsvare seg (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg forsøkte å gi deltakerne tilbakemeldinger underveis på at det de sa hadde relevans og var viktig for meg, i tillegg til å ha en empatisk tilnærming. Dette gjorde jeg for å stimulere deltakerne til å ønske å svare utdypende på de ulike spørsmålene (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Av egen erfaring har jeg opplevde at det non-verbale språket er vel så viktig for hvilke signaler man utstråler. Det var derfor viktig for meg vise at jeg var interessert og at det deltakerne fortalte var av betydning. Dette gjennom å blant annet øyekontakt, forsøk på å speile deltakernes atferd knyttet til følelser og vise engasjement via kroppsspråk. Disse inntrykksteknikkene, og på hvilken måte jeg valgte å benytte de, anså jeg som betydningsfull hvor hvordan deltakerne opplevde en intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under gjennomføringen ble intervjuguiden fulgt i relativ lik rekkefølge som den fremkommer i vedlegg (5). Ved et par anledninger når et tema ble diskutert, sporet samtalen over på et annet planlagt tema via en deltaker. Da anså jeg det som hensiktsmessig å stille spørsmål knyttet til temaet som kom opp, versus intervjuguidens bestemte rekkefølge. Dette var for å skape flyt i samtalen, slik at det ikke ble en rigid intervjusituasjon. Under fokusgruppeintervjuet var det viktig for meg å la deltakerne snakke ferdig, uavhengig om det var en digresjon vekk fra tema eller en anekdote. Som intervjuer var det derimot min oppgave og forsøke å styre samtalen tilbake til spørsmålets kjerne. Dette var noe jeg opplevde i likhet til pilotintervjuer, som utfordrende. Samtalen hadde spesielt i begynnelsen, lett for å dreie vekk fra opprinnelig tema og bli til en digresjon. Dette viste seg å være vanskelig å hente inn igjen. Om dette skyldes at gruppen var såpass trygg på hverandre fra før, trygg i den nåværende intervjusituasjonen eller mine evner som intervjuer, er usikkert. Responsen på de ulike spørsmålene var derimot overveldende gode. Spesielt fire av deltakerne ga meg dype, fylldige og interessante tanker og meninger om erfaringer. Deltakerne var ikke redde for å

snakke i emosjoner, noe som gjorde at jeg fikk et helt unikt innblikk i deres subjektive livsverden som omhandlet temaet. Jeg opplevde at samtalen hadde en god og gjensidig flyt, noe som var sterkt ønsket. Underveis i intervjuet vektla jeg å stille oppfølgings-fraser som en forsikring på at jeg hadde forstått deltakerne riktig.

Som en avslutning av fokusgruppeintervjuet forhørte jeg meg om det var noe deltakerne ønsket å legge til. Dette viste seg å være en god avgjørelse, da ett nytt tema ble introdusert via en deltaker. Temaet har i senere arbeid med analysene av datamaterialet blitt inkludert og er presentert i kapittelet *Resultater*. Avslutningsvis påminnet jeg deltakerne om muligheten de hadde til å trekke tilbake både deltakelse, men også ulike utsagn. Videre repeterte jeg informasjon rundt konfidensialitet og anonymitet. Ved eventuelle spørsmål eller ønske om å trekke seg, presiserte jeg at de kunne kontakte både meg per telefon og e-post og min veileder via e-post. Helt til slutt takket jeg deltakerne for informasjonen, og for at de ga meg muligheten til å gjennomføre både fokusgruppeintervju og observasjonene sammen med dem.

## 4.7 Arbeid med analysen

### 4.7.1 Transkribering

Å transkribere kan forklares som å endre/skifte fra en form til en annen form, eksempelvis å transformere videoopptak til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien har transkriberingsprosessen angivelig blitt utført ved å transformere talespråk – direkte fra digital diktafon, over til skriftspråk. I tillegg skrev jeg en omfattende beskrivelse av kroppsspråk, tonefall, stemning, latter og pauser. Dette gjorde jeg for å på bedre måte kunne belyse og forstå det sosiale samspille innad i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det ble derfor viktig å starte transkriberingsprosessen umiddelbart etter fokusgruppeintervjuet. Da var intervjusituasjonen frisk i minnet, og risikoen for å glemme verdifulle observasjoner som kroppslige reaksjoner var lavere (Engelsrud, 2005). Selve arbeidet med transkriberingen hadde en varighet på tre dager. Dette ble gjort manuelt ved at lydopptaket ble transformert ordrett til skriftlig tekster. Jeg hadde fokus på blant annet å skrive inn pauser som «...» og/eller nølende lyder som eksempelvis «hmm..» eller «ehh..». For å bevare deltakernes anonymitet, ble skriftspråket skrevet på bokmål og med fravær av tydelige dialekts ord og fraser. Totalt endte transkriberingen på 29 maskinskrevde sider med tett tekst.



Kvaliteten på transkriberingen beskrives å være helt avgjørende for videre analyser av materialet, men særlig for i hvilken grad intervjureliabiliteten- og validiteten ivaretas under transkripsjonsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015; Krumsvik, 2019). Et direkte virkemiddel jeg benyttet meg av for å forsøke å ivareta dette, var gjennomføringen av pilotintervjuet. Under fokusgruppeintervjuet valgte jeg å benytte en digital diktafon av høy kvalitet med stor opptaksradius. Denne ble strategisk plassert i midten av alle tilstedeværende. Videre ytret jeg et ønske til deltakerne vedrørende å snakke med en tydelig stemme, og gjerne litt saktere enn vanlig. Dette er faktorer som i faglitteraturen beskrives å kunne bidra til å ivareta reliabiliteten og validiteten på intervjuene når de transkriberes (Kvale & Brinkmann, 2015; Krumsvik, 2019), og ble derfor svært viktige for meg å forsøke å overholde. Lydopptaket ble hørt igjennom flere ganger i løpet av analyseprosessen, for å styrke påliteligheten av transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette var også et virkemiddel for at jeg skulle beholde nærheten til feltet og ivareta deltakernes subjektivitet.

Til tross for de tiltakene jeg har gjort, er det viktig å presisere at transkripsjonen nødvendigvis ikke er helt nøytral eller riktig. Transkriberingsprosessen i sin helhet var omfattende og krevende, og jeg opplevde spesielt at de non-verbale elementene var vanskelig å dokumentere. Dette er også noe Kvale & Brinkmann (2015) påpeker. Videre kan jeg ikke garanteres at alle sitater og utsagn har kommet med i sin helhet. Til tider bar intervjuet preg av høy grad av støy, hvor deltakerne pratet i munnen på hverandre. Under transkripsjonen fremkom dette som kaotisk, og resulterte i at jeg hadde vanskeligheter med å tyde enkelte setninger. Det er derfor viktig å belyse det faktum at transkripsjonen kan vike noe fra den virkelige intervjusituasjonen, og enkelte utsagt og sitater kan ha gått tapt i prosessen.

#### 4.7.2 Tematisk analyse – det å analysere og tolke

En analyseprosess innenfor kvalitativ forskning – eller det å analysere, kan forklares som at man leter i det innsamlede datamaterialet etter svar på forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018). For at jeg skulle kunne redusere, håndtere og formilde datamaterialet på best mulig måte, måtte jeg først og fremst ta stilling til studiets forskningsspørsmål, teoretisk forankring og vitenskapsteoretisk ståsted og min forforståelse (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2009). Studiets analyseprosess begynte fortløpende under mine observasjon- og intervjusituasjoner, og ble derfra gjennomgående under hele forskningsprosessen. Jeg kan derfor si at hele prosessen var en kontinuerlig prosess (Nilssen, 2012), som strakk seg fra

innsamling av datamaterialet og helt til den ferdige analysen. Jeg opplevde blant annet at ulike refleksjoner og tanker oppsto underveis i datainnsamlingsprosessen. Disse noterte jeg ned i en ekstern notatbok. Jeg opplevde analyseprosessen som er dynamisk prosess, og at veien ble litt til mens jeg gikk. Den dynamiske prosessen i kvalitativ analyse er noe Johannesen (et al., 2018) også påpeker. Og det beskrives at man kan forvente at man som forsker både tenker, endrer mening, feiler og forsøker på nytt. I dette tilfelle ble det akkurat slik – jeg tenkte, prøvde og feilet og ombestemte meg flere ganger.

For at analyseprosessen skulle være håndterbar og forståelig ble det derimot viktig å beskrive klare skiller mellom de ulike delene av mine analyser (Johannesen et al., 2018). Med en god struktur anså jeg det blir enklere å forstå de ulike delene og metodiske valg. Mitt mål i denne konteksten er å gi en forståelse for organisering, tolkning, forenkling og til slutt en sammenfatting av datamaterialet som er blitt benyttet for å besvare problemstillingen. Dette er noe blant annet Johannesen (et al., 2018) påpeker at er viktig i kvalitativ forskning.

I denne studien anså jeg det som hensiktsmessig å belyse datamaterialet ved en tematisk analyse. Jeg valgte å ta utgangspunkt i Johannesen (et al., 2018) sin tilnærming til en slik analyse. Analyseformen tilba en fleksibel, men samtidig strukturert og grundig prosess i tilnærming til mitt datamateriale (Johannesen et al., 2018). Hovedformålet med den tematiske analysen var at jeg skulle lete etter en «*gruppering av data med viktige fellestrekk*» (Johannesen, et al., 2018, s. 280) – enklere forklart temaer. For min del handlet det om å identifisere tydelige temaer, som etter gjennomgang av datamaterialet viste seg å være helt sentrale. Både for deltakerne, og inn mot besvarelse av problemstillingen. Johannesen (et al., 2018) beskriver at det å analysere kan forstås som å dele opp noe i biter. Men for at jeg ikke skulle bevege meg vekk fra deltakerens subjektive oppfatninger og meninger (Thagaard, 2018), valgte jeg å fremheve personlig utsagt og sitater slik at disse ikke skulle forsvinne i det teoretiske perspektivet på et senere tidspunkt.

Før analyseprosessen startet opparbeidet jeg meg en strukturert oversikt over transkripsjonsnotatene. Disse ble i første omgang lest over flere ganger. Hvor jeg underveis i lesingen skrev ned stikkord, refleksjoner og eventuelle tydelige temaer. Poenget med denne fasen var å få en helhetlig oversikt av materialet, og jeg forsøkte å unngå å fokusere for mye på detaljer (Johannesen et al., 2018). I den neste fasen fokuserte jeg på å identifisere ulike temaer som kom frem i materialet. Dette gjorde jeg ved at eventuelle sitater ble markert (kodet) i hver sin farge, som skulle representere et tema. Jeg forsøkte å unngå å markere for

mye tekst, men heller markere det som var relevant (Johannessen, et al., 2018). Dette var for å tydeliggjøre temaer for meg selv. I denne fasen gjennomgikk jeg materialet flere ganger, og det dukket stadig opp nye mulige temaer, mer dyptgående refleksjoner og ulike sammenhenger. Deretter førte jeg sitatene inn i en tabell, kategorisert etter de forskjellige temaene. Temaene var ikke bestemt på forhånd. Men ettersom jeg benyttet en intervjuguide, var det tydelig at noen av temaene som dukket opp var i tråd med denne. Etter dette arbeidet satt jeg igjen med fem ulike hovedtemaer. I neste fase utarbeidet jeg undertemaer til de ulike temaene. Dette var for å tydeliggjøre datamaterialet i større grad. Dette resulterte i to til tre undertemaer, tilhørende hvert hovedtema. Her måtte jeg være kritisk til de ulike temaene, og gjennomføre en nøye gjennomgang av i hvilken grad de utvalgte sitatene var satt under riktig tema og undertema.

På et tidspunkt opplevde jeg at selve analyseprosessen stod litt stille. En viktig avgjørelse var da å sette analysen litt på vent, for så å ta opp arbeidet på et senere tidspunkt. Når jeg påbegynte analyseprosessen igjen, opplevde jeg at nye temaer og undertemaer dukket opp. Noe ble forkastet, noen sitater ble flyttet på og nye sitater ble inkludert. Dette resulterte i fire endelige hovedtemaer med henholdsvis fire til seks undertemaer tilhørende hvert tema. Siste fase av analyseprosessen var å utarbeide det som i denne oppgaven legges frem i resultatkapitlet, hvor hvert tema og tilhørende datamaterialet blir presentert.

#### 4.8 Etiske overveielser

Forskningsetikk kan forklares ved at man ser på relasjonelle likheter mellom forskning og verdier og normer i samfunnet (Krumsvik, 2019). Helsinkideklarasjonen beskrives å være nåtidens etiske grunnlov for medisinsk forskning på mennesker, både internasjonalt og nasjonalt (Førde, 2014). Hoved-essensen i en slik protokoll er hensynet til å bevare forsøkspersonens velferd, skal være den største prioritet kontra vitenskapens- og samfunnets. I denne studien har etikk hatt en sentral rolle under hele forskningsprosessen, og gjennomførelse med god forskningsetikk uavhengig av omstendighetene (Kvale & Brinkmann, 2009), har blitt prioritert. Forskningsetiske retningslinjer, standarder og lover har bidratt og vært en veileder for at jeg under hele forskningsprosessen har kunnet ivareta, respektere og beskytte deltakernes rettigheter i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer (Malterud, 2011). Underveis i studiet har jeg måtte til enhver tid foretatt etiske overveielser, og eventuelle konsekvenser ulike gjennomføringer kan føre til. Videre i dette kapitlet

redegjør jeg tydelig for på hvilke måte deltakerne og materialet, er ivaretatt med fokus på ulike etiske utfordringer som ofte kan oppstå i kvalitative studier.

#### 4.8.1 Forskerrolle og førforståelse

Flere (Postholm, 2010; Fangen, 2010; Johannessen et al., 2018) beskriver forskeren som det viktigste og mest avgjørende forskningsinstrumentet innenfor kvalitativ forskning. Min rolle vil derfor være av stor betydning for i hvilken grad studie har blitt gjennomført etisk godt og riktig. Det er derfor sentralt å reflektere og drøftet min egen forskerrolle og en eventuell førforståelse. I tråd med Postholms (2010) beskrivelse av god forskningsetikk innenfor kvalitativ forskning, har jeg allerede beskrevet mitt paradigmatisk utgangspunkt. Videre i kapitlene som omhandler innsamling og analyse av datamaterialet, har jeg forsøkt å uttrykke ulike tiltak som er gjort, for å tydeliggjøre min subjektivitet.

Både ved observasjonene og fokusgruppeintervjuet risikerte jeg å komme tett på og utvikle relasjoner til deltakerne. Her vil det alltid være tilstedeværelse av ulike etiske dilemmaer (Fangen, 2010; Thagaard, 2018). Etersom kontakten med deltakerne var over en så kort tidsperiode, mener jeg derimot at det ikke er utviklet noen spesielle relasjoner med deltakerne. Men det er flere aspekter ved min forskerrolle som kan være av relevant betydning, og flere tiltak er gjort underveis i prosessen. Disse er nevnt i kapitlene som omhandler observasjonene og fokusgruppeintervjuet.

Både Fangen (2010) og Thagaard (2018) beskriver at man som forsker alltid vil inneha en viss førforståelse for temaet. Dette fikk jeg oppleve selv, og jeg bemerket at dette fulgte med meg inn i studiet. Til tross for at jeg forsøkte å legge disse vekk i møtet med frisklivsentralen og deltakerne, var dette enklere sagt enn gjort. Under hele mitt utdanningsforløp har jeg hatt en del undervisning rundt temaet overvekt og trening. Dette har større grad vært knyttet til det fysiske aspektet, men også litt om det mentale og psykiske. Det kan med sikkerhet si at dette har preget min førforståelse, spesielt med tanke på hvordan jeg så på fenomenet.

Førforståelsene var nok preget av noen fordommer. Disse opplevde jeg derimot bidro til at jeg klarte å balansere mellom det å være litt kritisk, men samtidig forståelig. Underveis i prosessen opplevde jeg at min kunnskap og forståelse ble bredere i møtet med deltakerne, og mine fordommer forsvant mer og mer.

#### 4.8.2 Godkjenning av forskningsprosjektet

Alle prosjekt som innebærer nær kontakt mellom deltaker og forsker skal meldes fra om og forsker må søke en formell godkjenning av prosjektet (Thagaard, 2018). Dette er for å sikre at

deltakernes personvern og anonymitet i et forskingsprosjekt ivaretas på forsvarlig vis. I tråd med dette søkte jeg godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata – personvernombudet for forskning (NSD). Meldeskjema og søknad ble sendt til NSD 10.09.2020 og senere godkjent 07.10.2020. Godkjennelsen (vedlegg 1) er vedlagt.

For å ivareta deltakernes interesser i tråd med god forskningsetikk, er det opprettet ulike instanser som skal sørge for at disse blir overholdt. En av disse er Regional etisk komite for forskningsetiske spørsmål (REK). For denne studien anså jeg i samråd med Norges idrettshøgskoles etiske komite (NIHs etiske komite) og min veileder på prosjektet, at det ikke var nødvendig å søke REK. Derimot var det nødvendig å søke godkjenning for gjennomførelse av prosjektet hos NIHs etiske komité (Norges idrettshøgskole, 2020). Søknaden ble sendt inn til NIHs etiske komite 15.09.2020 og senere godkjent 24.09.2020 (vedlegg 2). Det er viktig å presisere at innsamlingen av datamaterialet og opprettelse av kontakt med deltakere ble først startet i etterkant av at godkjennelsen fra NSD forelå (07.10.2020).

#### 4.8.3 Informert smaktykkeskjema og frivillig deltakelse

Kravet om informertsamtykke er et av det viktigste forskningsetiske retningslinjene ved samfunnsvitenskapelige prosjekter og studier (Dalen, 2013). Dette har som formål å beskytte og ivareta deltakerne. For å sikre kravet om både informertsamtykkeskjema og informasjon, delte jeg dette ut både på informasjonsmøtet og i forkant av gruppetreningene som ble observert. Disse ble skrevet under av deltakerne før innhenting av datamaterialet (vedlegg 3), noe som var helt essensielt (Fossheim, 2015). Til dette studiet uformet jeg to ulike informertsamtykkeskjemaer knyttet til deltakelse i prosjektet, et til kun observasjon og et til både observasjon og fokusgruppeintervju. Disse inneholdt en beskrivelse av studiets formål, hvilke metoder som skulle bli benyttet, eventuell mulig risiko, min plikt til å ivareta personvern, metoder for innhenting av personvernsdata og lagring og destruering av opplysninger (NESH, 2014). Det stod også presisert at deltageren hadde rett til å trekke seg fra studiet uten noen form for konsekvenser (NESH, 2014). Begge samtykkeskjemaene er laget i tråd med «mal for informasjonsskriv» som ligger på NSD sine nettsider, og i samråd med min veileder.

Etter krav fra NIHs etiske komite laget jeg et tredje informert samtykkeskjema (vedlegg 4). Dette var rettet mot de personene som var til stede under gruppetreningene som ble observert,

men som ikke ønsket å delta i studiet. Hovedformålet med skjemaet var at personene skulle få lik informasjon om prosjektet og like rettigheter som deltakerne.

#### 4.8.4 Konfidensialitet og anonymitet

I denne sammenhengen innebærer konfidensialitet at mitt innhentede datamateriale ikke skal kunne spores eller knyttes tilbake til deltakerne. Her er hovedformålet å beskytte deltakerne mot å identifiseres (NESH, 2014). I mitt tilfelle måtte jeg være særlig påpasselig med at behandlingen av informasjon skulle være i tråd med de omgående lover rundt anonymitet og konfidensialitet i et forskningsprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette ble en sentral del av min arbeidsprosess. Noen kjente metoder innenfor kvalitativ forskning jeg har benyttet meg av, er å gi deltakerne fiktive navn, skrive om til bokmål og sensurere stedsnavn og andre spesifikke kjennetegn som kan knyttes til en deltaker (Fangen, 2010).

Samtlige underskrevne samtykkeerklæringer og tilhørende data som er innhentet og lagret i arbeid med studiet, er lagret på forsvarlig vis etter retningslinjer utarbeidet ved NIH. Videre makulerte jeg lydopptaket fra fokusgruppeintervjuet så fort arbeidet med analysene var ferdigstilt. All innsamlet data og opplysninger om deltakerne som har blitt innhentet i arbeid med studiet vil etter nye regler om datalagring i 2020, bli destruert så fort masteroppgaven er ferdigstilt.

### 4.9 Studiets validitet, reliabilitet og overførbarhet

#### 4.9.1 Validitet og overførbarhet

Validitet i dette studiet omfatter i hvilken grad jeg evner å tolke og/eller trekke gyldige konklusjoner/slutninger ut fra det innsamlede datamaterialet (Tjora, 2013). Validitet kan derfor betegnes som gyldighet, hvor på det finnes to ulike typer validitet; intern- og ekstern validitet. Den interne validiteten omhandler i hvilken grad mine resultater besvarer problemstillingen (Tjora, 2013; Fangen, 2010). Den eksterne validiteten innebærer hvorvidt resultatene kan generaliseres. I kvalitative forskningsprosjekter med forankring i samfunnsvitenskapen blir derimot generalisering ofte erstattet med om studiets resultater er overførbare. Dette betyr i hvilken grad mine resultater og tolkninger er relevante opp mot lignende sammenhenger innenfor forskningsfeltet (Tjora, 2013).

Det er flere ulike tiltak jeg har gjort for å sikre validiteten så godt som mulig. To helt sentrale tiltak som er gjort å gjennomgå grunnlaget for min tolkning med et kritisk syn, og begrunne og forklare leserne de ulike delene av prosessen. Dette er særlig viktig da det er dette som

utgjør grunnlaget for studiets resultater, basert på min forståelse og metoder (Thagaard, 2018; Halvorsen, 2008). Her er det viktig for meg å være både pålitelig og transparent i metodebruken for både datainnsamling og analyse av datamaterialet (Thagaard, 2018; Halvorsen, 2008). I dette studiet har jeg under hele forskningsprosessen forsøkt å være svært kritisk til egen rolle, refleksjoner og tolkninger. Dette for å sikre gyldigheten av mine tolkninger i lyset av den kontekstuelle virkeligheten, og med en forankring som er valid opp mot datamaterialet (Thagaard, 2018; Halvorsen, 2008). I tillegg vil jeg påstå at ved den refleksive tilnærmingen til studiets metodologi bidrar til en økning av studiets validitet (Thagaard, 2018; Halvorsen, 2008). Gjennom å være kritisk til egen forskerrolle og tolkninger, anser jeg at min førforståelse ikke påvirker studiets tolkninger og resultat i stor grad. Et tiltak som kunne bidratt med å styrke studiets validitet, hadde vært å gi deltakerne tilbud til å gjennomgå en sitatsjekk. Studiets tidsramme tillot derimot ikke dette. På en annen side forsøkte jeg under innsamling av datamaterialet å legge til rette for å sikre at jeg forsto deltakerne riktig. Det er viktig for meg å presisere at til tross for de strukturerte, systematiske, kritiske og grundige refleksjonene studiets metode, resultatdel og diskusjon tilbyr, er alle valg knyttet til studiets prosesser basert på mine overveielser. Jeg vil derfor anta at andre metoder og teorier kunne vært like velegnede, hvor andre og nye tolkninger av datamaterialet kunne kommet frem.

På grunn av studiets vitenskapsteoretiske ståsted og vitenskapelig metode, er det vanskelig å avgjøre om resultatene i studien kan generaliseres. I tillegg er det viktig å presisere at studiet har flere praktiske implikasjoner knyttet til overførbarhet til forskningsfeltet. For å gi resultatene en faglig tyngde, har en sentral del av mitt arbeid vært å gi så kvalifiserte begrunnelser som mulig. Dette gjennom å henvise blant annet til relevant faglitteratur og tidligere studier. Jeg anser at dette kan bidra til en økt forståelse for studiets resultater. Som igjen kan styrke studiets validitet, ved å vise til likheter til lignende grupper innenfor forskningsfeltet. Studiets resultat anser jeg å tilby en valid innsikt i hvordan fenomenet fremstår og oppleves for deltakerne. Det er derimot sterk usikkerhet om studiets resultater og konklusjoner kan generaliseres eller overføres til andre lignende grupper.

#### 4.9.2 Reliabilitet

I dette studiet handler reliabilitet om hvorvidt forskningsresultatene er troverdig og konsistent i resultatene. Her vil mine valgte metoder knyttet til tilnærmingen, innsamlingene, tolkningene, analysene og rapporteringen være aspekter som er stekt knyttet til troverdigheten i studiet (Halvorsen, 2008). Faktorer som mine personlige interesser og verdier kan ha hatt en

innvirkende faktor på forskningsprosessen – som igjen kan påvirke troverdigheten i studiet (Halvorsen, 2008). I hvilken grad det er konsistens i mine resultater kommer an på om resultatene lar seg reprodusere på et annet tidspunkt (Halvorsen, 2008). Det er derimot viktig å opplyse om at flere beskriver at karakteristikken ved kvalitative studier umuliggjør å gjennomføre tilsvarende eller identiske studier (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018; Fangen, 2010).

Til tross for dette, finnes det metoder for å undersøke en kvalitativ studies reliabilitet. Begrepet i seg selv beskrives å henvise til i hvilken grad jeg argumenterer for de metodene jeg har benyttet for å fremskaffe datamaterialet (Thagaard, 2018). I tråd med dette, har jeg vektlagt å eksplisitt forklare mine fremgangsmåter knyttet til forskningsprosessen og deltakerne. Samt min egen forskerrolle og førforståelse. En mulig utfordring knyttet til studiets reliabilitet jeg har tatt standpunkt til, er hvorvidt deltakerne svarte ærlig på de spørsmål som blir lagt frem (Malterud, 2011). For å sikre studiets reliabilitet vektla jeg også arbeid med intervjuguiden. En sentral del av dette var å sikre gode spørsmålsformuleringer som skulle være konkrete, men i tillegg legge til rette for refleksjon hos deltakerne (Malterud, 2011). Videre skulle intervjuguiden bestå av åpne spørsmål, slik at deltakernes svar ikke skulle være påvirket av en eventuell dårlig og ledende spørsmålsformulering (Malterud, 2011). Intervjuguiden ble som sagt redigert inn mot fokusgruppeintervjuet etter mine erfaringer fra pilotintervjuet. Jeg ble mer bevisst på min egen rolle – noe jeg i ettertid anser å være en bidragsyter til en økt reliabilitet.

En faktor som kan påvirke studiets reliabilitet er min erfaringsbakgrunn knyttet til observasjonene (Fangen, 2010). Med en liten erfaringsbakgrunn er det en mulighet for at jeg har oversett sentrale hendelser i observasjonssituasjonene (Johannessen et al., 2018). Derimot ble mine observasjoner og feltnotater kun benyttet for å utarbeide en god og relevant intervjuguide, og er ikke særlig benyttet i inn mot å belyse studiets forskningsspørsmål.



## 5.0 Resultater

### 5.1 Presentasjon av deltakerne

#### **"Heid»**

er 28 år. Til vanlig er hun en litt stille og forsiktig dame, men dette gjelder ikke når hun er på trening hos frisklivscentralen! Hun er en inkluderende, og veldig opptatt av at alle skal med. Heidi er en skikkelig gledesspreder, og står gjerne foran under gruppetreninger. Når hun startet hos frisklivscentralen for rundt 3 år siden, hadde hun trent svært lite og ikke vært noe særlig fysisk aktiv. "Heidi" er ufør, og tilbrakte mesteparten av dagene hjemme i tiden før hun startet hos frisklivscentralen. Nå er hun derimot fysisk aktiv nesten hver dag, og tilbringer mye tid i frisklivscentralen sine lokaler. Når Heidi forteller om sine meninger og følelser rundt erfaringer og opplevelser i sin livsverden snakker hun veldig mye i emosjoner, og er ikke redd for å fortelle om seg selv og sine følelser.

#### **"Geir"**

er 73 år. Han er en rolig og omtenkssom mann, med mye livserfaring. Geir har vært aktiv hele livet, og i perioder trent mye. Fysisk aktivitet har vært en viktig del av livet hans, men i de senere årene har han vært mindre fysisk aktiv. Han er gift med Rita, og sammen har de både barn og barnebarn. Geir har også verdsatt å jobbe. Dette har han gjort hele sitt voksne liv frem til for et år siden, da gikk han av med pensjon. Han er relativt ny hos frisklivscentralen, men liker seg veldig godt så langt. Geir er en mann av relativt få ord, og når han beskriver og forteller har han en veldig profesjonell måte å snakke på. Han gir korte og konsise svar, og opptrer på en måte som han ellers ville gjort i en jobbsammenheng.

#### **"Magnus"**

er 38 år. Han er frempå, morsom og spøker mye. Når Magnus forteller er han kort og konkret i svarene sine, men forteller det meste med et glimt i øyet. I tillegg er det enkelt å forstå Magnus sine følelser rundt ulike temaer. Han er ikke redd for å være emosjonell i svarene sine. Han er veldig opptatt av viktigheten med å ha flinke og kompetente folk som han stoler på rundt seg på trening og under en livsstilsendring. Magnus beskriver at han har et veldig ambivalent forhold til mat og trening, og syntes livsstilsendring er utfordrende. Han har vært i en livsstilsendringsperiode i cirka to år hos frisklivscentralen.

## **"Rita"**

er 68 år, og gift med "Geir". Hun er en typisk lagspiller, og liker aller best å trene i gruppe. Rita har vært aktiv stort sett hele livet, og spilt mye håndball. I de senere årene har hun ikke fått vært så aktiv som hun ønsker, på grunn av ulike skader og sykdom. Rita jobbet frem til hun var 45år, da ble hun ufør på grunn av sykdom. Hun er svært opptatt av sunn og god mat, og lager det meste fra bunnen av. Hun har trent hos frisklivscentralen i cirka 5 år, og beskriver fysisk aktivitet som sin medisin mot både psykiske og fysiske plager. I likhet med Heidi, er heller ikke Rita redd for å fortelle om sine innerste tanker og følelser. Hun snakker mye i emosjoner, og holder ikke igjen når det kommer til å fortelle om vonde temaer og følelser.

## **"Marte"**

er 41 år. Hun har vært aktiv og trent store deler av livet, men aldri i gruppe. Marte er glad i fart og spenning, og liker seg best i harde treningsøkter. Hun har i senere tid slitt med sykdom, og i perioder vært mye sykemeldt. Etter hun fikk barn beskriver hun at det er utfordrende å finne tid til alt i hverdagen, og syntes balansegangen mellom trening og fritid er vanskelig. Marte er vant til å ha høye krav til seg selv, både i jobb og på trening. Hun har trent hos frisklivscentralen siden februar 2020, og forteller at hun så langt syntes det nesten kun er utelukkende positivt. Marte forteller med en stor innlevelse og i stor grad i mye emosjoner. Hun er som Heidi, Rita og Magnus, ikke redd for å fortelle om det hun har på hjertet.

## **5.2 Vekt og mat**

Vekt og mat omfatter i denne konteksten erfaringer, tanker og følelser deltakerne har rundt tema, slik det blir presentert og arbeidet med i livsstilsendringsprosjektet. Dette kan være knyttet til tidligere erfaringer med livsstilsendring, og følelser som skam, uro og fortvilelse. I materialet blir det belyst flere ulike faktorer, både ytre og indre, som har en påvirkning på deltakernes livsstilsendringsprosjekt. Hver deltaker har sine subjektive opplevelser og tanker knyttet til sin livsverden, men i materialet er det spesielt fire temaer som er gjennomgående. De har fellestrekk fra alle fem deltakernes erfaringer, tanker og følelser. For noen kan vekt og mat være en perifer tanke som ikke preger deres livsverden i stor grad. For andre deltakere kan tanker om vekt og mat være forbundet med sterke følelser som bekymring, skam og nederlag.

### 5.2.1 En evig runddans

I materialet kommer det frem at samtlige av deltakerne har forsøkt å gjøre en endring av kostholds- og aktivitetsvaner før engasjementet i frisklivscentralen. Det er naturligvis variasjoner innenfor gruppen i hvilken grad, på hvilken måte og antall ganger dette er forsøkt. Marte beskriver blant annet;

*"Jeg har sikkert gått på syv, åtte Grete Roede kurs og shaker og you name it. Så den runddansen har jeg vært med på i noen år, på både godt og vondt, men mest egentlig på vondt."*

I likhet med Marte beskriver også Rita en tidligere erfaring med livsstilsendring;

*"For mange år siden, så var det noe som het eggkur, som var veldig moderne. Så det skulle jeg og noen andre prøve. Og de andre gikk ned 10 kilo! jeg gikk ned 2. Og jeg spiste jo akkurat det samme."*

Heidi, som er den yngste deltakeren i dette prosjektet, beskriver i likhet med de andre at frisklivscentralen heller ikke er hennes første møte med en livsstilsendring;

*"(...) så fikk vi en sekk med antall vekter av det vi hadde gått ned, så vi fikk kjenne på hvor mye vi hadde fått av kroppen. Da var det noen som fikk 2 kilo, 4 kilo også videre. Så kom de til meg, jeg fikk 200 gram (...) Etter veiing var jeg ordentlig flau, jeg hadde bare lyst til å gå derifra. Det ga ikke mersmak akkurat det"*

Deltakerne har altså hatt ulike erfaringer med slanking, dietter og livsstilsendring før de starter på den gjeldende frisklivscentral. Det som kommer frem, er i overveiende grad erfaringer med å ikke få til det som er forventet, og at det å sammenlikne seg med andre har blitt opplevd som utfordrende.

### 5.2.2 Må bruke huet hele tida

Det å skulle foreta en endring av fastlagte handlingsmønstre, både kostholds- og aktivitetsvaner, beskriver flere av deltakerne som utfordrende, og som noe som krever en stor mental kapasitet. Magnus forteller;

*"Jeg syntes det er så mye jobb for oss å prøve å gå ned i vekt. Jeg synes det er vanskelig, så mye trening og så mye greier, men jeg synes det er en kamp. Må bruke huet hele tida."*

Magnus erfarer at endringene tar mye oppmerksomhet. Han viser til at han må bruke hodet og stadig tenke seg om, og omtaler det å gå ned i vekt som en vanskelig jobb. At omlegging av vaner er tidkrevende, var også Marte opptatt av. Hun forteller;

*"Når jeg gikk hjemme i ett og et halvt år så var jeg for det første i mye bedre form og noen kilo lettere, fordi jeg fikk brukt alt jeg har lært og hadde ork til å gjøre det",*

Som hjemmeværende hadde Marte tid til overs, hun fikk både trent og laget annen mat enn hun ellers ville gjort. Tilbake i jobb opplevde hun det som adskillig mer utfordrende:

*"det merker jeg nå som jeg jobber 4 dager i uka igjen, at jeg må porsjonere den energien og de kreftene jeg har, og da er det ikke så mye hjemmelaget mat lenger."*

Tiden strekker ikke lenger til på samme måte når Marte jobber flere dager i uka. Hun erfarer å bli mer sliten og ha mindre tid. En som får tid til å lage mat og spise sunt er Rita. Hun opplever imidlertid at det ikke løser utfordringen hennes med å veie for mye:

*"(...) jeg lager all maten sjøl, og det er ikke et måltid om dagen der det ikke er mest grønnsaker.. Så normalt sett så burde jeg vært mye tynnere (...) Jeg hadde hatt godt av å gå ned noen kilo, men jeg får dem ikke av! Når jeg trener og spiser grønnsaker i svære hauer hver dag. Hva skal jeg spise da?"*

Rita kan vise til at hun følger både kostholdsråd og anbefalinger om trening, men at det ikke gir særlig uttelling på vekta. Magnus understreker at det ikke står på viljen når han sier at:

*"Nei altså du vil så gjerne, men det er ikke så lett.. Det er lett å snakke i det."*

Et annet poeng som Marte trekker frem er den oppmerksomheten som kreves på mat og trening, kan skifte fra å være ment som noe sunt til å bli erfart som usunt. Marte forteller om en gang hun forsøkte å gå ned i vekt;

*" (...) Så det å begynne på noe skapte en feil holdning til kroppen (...) men det er det fokuset som du setter deg, og spesielt som ung ikke sant, og du har ambisjoner"*

Hun opplevde at det ikke kunne være riktig å være så opptatt av mat, kropp og vekt som hun ble da hun forsøkte å gå ned i vekt som ung.

### 5.2.3 Det er jaggu ikke enkelt

Som vi til nå har sett blir det i materialet belyst at et livsstilsendingsprosjekt kan være vanskelig, frustrerende og belastende. Magnus forteller;

*"Det er jo den vekta da. Jeg har jo krav til meg selv der, og det er det jeg sliter mest med, for å komme dit jeg har lyst til".*

Magnus har satt seg noen mål som han ikke synes det er lett å oppnå. Han vet hva han har lyst til å veie, men sliter med å gå tilstrekkelig ned. Det han kan bli frustrert over er at vekta kan svinge:

*«Også går jeg jo på vekta, også går man litt ned og går man litt opp igjen»,*

Han opplever at han går ned for så å gå opp igjen. Men han gir seg ikke og nå får han oppfølging på frisklivssentralen:

*"Det er det jeg prøver på hele tiden, å gå ned i vekt. Også har jeg jo veiing hver 14. dag, noe jeg gjør gjennom frisklivssentralen. "*

Selv om han blir fulgt opp med regelmessig veiing er vektreduksjon fortsatt frustrerende og vanskelig for Magnus, noe som blir tydelig når han fyrer av følgende kraftsalve:

*"Det er faen ikke enkelt."*

I tråd med Magnus forteller flere om vonde følelser og tanker knyttet til tilbakefall og opplevd motgang i deres livsstilsendingsprosjekt. Heidi forteller;

*"(...) jeg fikk ikke helt til det med maten.. Så kom sommerferien og jeg la på meg 2 kilo. Året gikk og jeg klarte ikke ta av de kiloene. Også det kom en ny sommerferie, og igjen la jeg på meg 2 kilo til. Til slutt så ble det til at jeg hadde lagt på meg såpass mye, at jeg nesten bare ga faen."*

Marte, som beskriver et stort antall med tidligere forsøk på å gjøre en livsstilsendring, forteller;

*"Jeg har lagt på meg 10 kilo siden jeg begynte her (...) Men med min livssituasjon visste jeg at det kom til å skje, for dette her har jeg vært med på så mange ganger før."*

Selv om Marte hadde erfaringer med at hun kan gå opp i vekt underveis i livsstilsendingsopplegget, valgte hun å delta. Hun setter utfordringene med vekt inn i en større sammenheng med egen livssituasjon.

Magnus beskriver også at hendelser og opplevelser i hverdagslivet kan by på flere utfordringer, og som noe som motarbeider hans prosjekt. Når han forteller er det i et ganske røft språk som ikke fremstiller han selv i et særlig godt lys;

*"Det er liksom noe hele tiden.. Først så er det bursdag, også er det ditt og så datt, også går det inn i hølet."*

Mens Magnus på den ene siden kan snakke ganske nedsettende om seg selv har han også kjent på andre følelser i forbindelse med livsstilsendring;

*"Det å skulle gå igjennom en livsstilsendring, hvor du må gi opp alt av den gode maten, føles nesten ut som en kjærlighetssorg".*

Sorgen han beskriver over å ikke kunne fortsette med sine gamle vaner, er intens og dyptfølt. Hans nærmeste assosiasjon er en kjærlighetssorg. Han må gi slipp på noe han har hatt et inderlig forhold til og har en følelse av å ha mistet noe kjært.

#### 5.2.4 Det er fortsatt en sånn liten skam

I materialet kommer det frem at det er sterke emosjoner som skam og skuffelse knyttet til kropp og vekt. Deltakerne beskriver blant annet at disse følelsene er knyttet til vektoppgang under ett pågående livsstilsprosjekt. Heidi forteller;

*"Jeg er jo ikke helt lik som når jeg starta. Men det er fortsatt en liten skam, det er mest sannsynlig ingen som har tenkt at nå er hu større igjen, men det sitter i hodet mitt da."*

Heidi har ikke gått ned like mange kilo som hun skulle ønske, og er urolig for hva andre tenker om dette. Til tross for at hun vet at det sannsynligvis ikke er noe andre har tenkt på, skammer hun seg fortsatt over det.

Følelsene deltakerne beskriver er ikke utelukkende knyttet til vektoppgang i ett pågående livsstilsprosjekt, men blant annet en vektoppgang som skyldes andre kroppslige endringer. Rita erfarte at forandringene som skjedde med når hun kom i overgangsalderen fikk henne til å føle seg utenfor. Hun beskriver at til tross for at hun ikke hadde gjort noen endringer i livet sitt, så la hun på seg. Hun forteller;

*"Når jeg kom i overgangsalderen så begynte kiloene å komme, da fikk jeg både pupper og litt av hvert. Og jeg hadde ikke gjort noen ting annerledes. Før det kunne jeg spise som en hest. Jeg husker at jeg tenkte at jeg kan jo ikke være sånn, jeg følte meg jo helt utenfor."*

I likhet med Rita beskriver også Marte en erfaring med vektoppgang som følge av en kroppslig endring. Hun forteller;

*"(...) Det var sånn det begynte, jeg la på meg så mye når jeg var gravid. Jeg hadde ikke hatt noen problemer før det. I stedet for å være tålmodig etter fødsel, så skulle jeg tilbake i ridebuksen og opp på hesten når guttungen var syv uker. Jeg hadde jo ikke tid til å gå ned normalt i vekt."*

Marte forteller at vektoppgangen startet når hun gikk gravid med sønnen sin, og at hun før det ikke hadde hatt problemer med vekten. Hun var utålmodig med å komme tilbake til den samme formen som før graviditeten, og hadde ikke tid til å gå ned i vekt i et mer normalt tempo.

Et annet poeng som Magnus drar frem, er hvordan samfunnet og det sosiale miljøet rundt han fremstiller livsstilsendringer og vektnedgang. Han forteller;

*"Det virker jo som at det med mat og trening er så enkelt for noen, men det er nok ikke det."*

Magnus stusser over hvordan noen kan fremstille livsstilsendring som noe ukomplisert, når han selv har erfart at det er utfordrende. Derimot forteller han at det er nok ikke så lett som andre fremstiller det, tross alt.

Det er ikke bare i regi av frisklivscentralen deltakerne har vært engasjert i et livsstilsendingsprogram. Noen av deltakerne har også benyttet seg av kommersielle aktører som tilbyr kurs for livsstilsendringer. En av dem er Heidi, og hun forteller;

*" (...) jeg husker siste gangen jeg var der, og det var så flaut. Alle hadde blitt veid både første dagen og den siste dagen av kurset, foran hverandre. Da kunne alle se hvor mye eller lite du hadde gått ned"*

Det at alle deltakerne på kurset hun hadde deltatt på, ble veid foran hverandre, syntes Heidi ikke noe om. Hun syntes det var flaut og ubehagelig at alle skulle få se resultatene av hennes livsstilsendring.

### 5.3 Trening i gruppe

I teamet Trening i gruppe fortelle deltakerne om ulike betydninger trening og fysisk aktivitet i gruppe kan ha eller har hatt, for deres livsstilsendringsprosjekt. Her blir sosiale relasjoner til gruppen, trygghet, identifisering og mangfold beskrevet å være betydningsfulle. Betydningen av de ulike aspektene er naturligvis ulik hos deltakerne, men i materialet er det seks ulike undertemaer som er gjennomgående. Noen av deltakerne beskriver det å trene i gruppe som helt avgjørende for deres livsstilsendringsprosjekt, mens andre beskriver det mer som en motivasjonsfaktor til å yte det lille ekstra.

#### 5.3.1 Jeg kom meg litt sånn stille inn i rommet

Deltakerne forteller om flere ulike aspekter ved gruppetreninger, og hva som har betydning for opplevelsen de sitter igjen med etter treningene. I materialet kommer det frem at opplevd trygghet innad i gruppen, er svært betydningsfullt for i hvilken grad deltakerne har mot til å utfolde seg fysisk. Heidi forteller;

*"Jeg kom meg litt sånn stille inn i rommet, og sto helt bakerst. Jeg turte egentlig ikke å si noe. Men det tok ikke lange tiden før jeg var den som sto foran under oppvarminger."*

I de første gruppetreningene var Heidi veldig sjenert, og ville helst ikke bli lagt merke til. Men hun forteller at dette snudde fort, og at hun nå har blitt trygg nok til å stå foran på gruppetimene.

Geir er veldig opptatt av at det er viktig å føle seg trygg i en gruppe, og forteller at dette er noe han opplever i gruppen hos frisklivscentralen;

*"Det er jo en sånn trygghetsfølelse, som er viktig i en gruppe."*

Det å være tilknyttet en fast gruppe opplever deltakerne som en trygghet. Om man kjenner alle godt til å begynne med spiller ifølge Marte, ikke en så stor rolle, så lenge det er noen kjente til stede. Hun forteller at når man gradvis blir kjent med flere, vil gruppetreningene oppleves tryggere for hver gang;

*"Vi kjenner hverandre, eller vet hvem hverandre er fra før. Og det er hvert fall noen som du kjenner, og etter hvert så blir man jo tryggere og trygger når man blir kjent med flere."*

Rita, som har spilt håndball i mange år, har savnet lagånden og samarbeidet som hun opplevde sammen med håndball laget sitt. Nå derimot, opplever hun at gruppen på frisklivscentralen har blitt hennes nye lag, og hun forteller med stor glede at;



*"Det som gjør at jeg føler det sånn som nå, med gruppetrening, er at det blir som å gå på håndballtrening. Der hadde jeg laget som jeg gikk med, og det er jo den tanken og følelsen jeg sitter igjen med nå, at gruppen har blitt mitt nye lag."*

For de andre deltakerne er også den sosiale biten av gruppetreningene viktige. Blant annet Geri forteller at;

*"Personlig så syntes jeg at gruppetrening er en fin sammensetning i og med at du får et godt forhold til folk rundt deg og får et sosialt samvær, ikke minst."*

Det Geir liker så godt med gruppen på frisklivscentralen er at det er en god blanding av forskjellige mennesker han opplever å ha gode relasjoner til. For han fungerer gruppetreningen ikke bare som trening, men som en sosial arena.

### 5.3.2 Ett spark i rumpa

Betydningen av gruppetrening er noe ulik for deltakerne, men i materialet kommer det frem en kollektiv enighet om at trening i gruppe kan fungere som en motivasjon. Magnus forteller bestemt at det å trene sammen med gruppen gjør noe med innsatsen hans på treningene;

*"Jeg klarer i hvert fall ikke all trening alene, så noen ganger må jeg ha et spark i ræva."*

Han forteller at han opplever at det er vanskelig å gjennomføre all trening på egenhånd, og at det er godt å ha en gruppe å støtte seg på. Heidi, som i likhet med Magnus, uttrykker at hun verdsetter muligheten til å trene sammen med andre. Hun og Magnus pleier ofte å motivere hverandre, og gir ofte det lille ekstra når de er sammen. Hun forteller;

*"Når vi er oppe i skogen så blir det til at for eksempel jeg og Magnus sier til hverandre; «nei vet du hva, nå tar vi en gang til opp den bakken her» eller; «Magnus nå skal vi ned! Nå skal vi jogge helt ned til vannfontenen der». For noen ganger så har jo en av oss lyst til å gå istedenfor, men da har vi pusha hverandre til å gi alt".*

Hos andre fører ikke det å trene sammen bare til at de yter det lille ekstra. For Geir ville et fravær av gruppen gjort at han hadde mistet noe som er veldig viktig for han – en sosial arena og tilhørigheten han opplever å ha til de andre i gruppen;

*"Jeg tror ikke jeg hadde hatt noe god følelse om treningen var en til en, for å være helt ærlig. Det blir jo ikke noe sosialt, sammenkomst eller tilhørighet eller noen ting."*

Treningen i seg selv er ikke så viktig for Geir, og han forteller at dersom han måtte trent alene med en av de ansatte på frisklivscentralen, så hadde han nok ikke klart å dra på trening;

*"Du blir jo stående der alene, og jeg vet ikke om jeg hadde kommet på trening om jeg hadde vært i den situasjonen der."*

For Heidi er ikke gruppen like viktig som for Geir når det gjelder trening hos frisklivscentralen;

*"Jeg ville brukt det tilbudet selv om det hadde vært én til én. I og med at begge instruktørene er fysioterapeuter, da føler jeg det blir litt annerledes enn med en personlig trener."*

Hun beskriver at det som er avgjørende for hennes del er at instruktørene er fysioterapeuter. Gruppen er derfor ikke så viktig for henne, men det er viktigere at instruktørene har god kompetanse.

### 5.3.3 Du kan senke skuldrene litt

Ett aspekt som kan sees i sammenheng med den beskrevne opplevde viktigheten av trygghet i gruppen, er på hvilke måter deltakerne opplever treningene som håndterbare og som noe de mestrer. Dette kan blant annet være om deltakerne opplever at de oppfyller de fysiske kravene som stilles i en gruppetrening. Geir forteller;

*"Det som er det fine her, er at det er ikke noen konkurransenivå. Vi trener akkurat etter vårt eget nivå, alle sammen. Og utfører det vi klarer, ikke noe mer enn det. Og det syntes jeg er helt suverent jeg."*

Han uttrykker at han setter pris på at gruppen ikke har fokus på hvem som presterer best, og hvem som er i best fysisk form. For Geir er det viktig at han får trene i forhold til sitt eget utgangspunkt, og ikke opplever å bli presset til noe han ikke får til. Heidi setter også pris på dette. Hun forteller;

*"Men så kom jeg hit, her skjønnte jeg at det ikke er sånn at man må være kjempe godt trent. Det går an å ta en individuell pause, selv om man står der med andre folk."*

Heidi har fra tidligere kjent på følelsen av at hun må prestere når hun har vært gruppetrening. Når hun kom til frisklivscentralen ble hun lettet over at det var mulig å ta seg en pause midt i en treningstime.

Dette er også noe som er viktig for Marte. Og være en del av en gruppe slik som på frisklivsentralen bidrar til at hun tillater seg selv og slappe av litt, og ikke ha så høye forventinger til sin egen prestasjon;

*"I en gruppe sammenheng som her på frisklivsentralen, så får du bedre dynamikk og du får bedre forståelse for at du kan senke skuldrene litt."*

Til tross for at vi nå vet at Heidi setter pris på muligheten hun har til å ta seg en pause når hun er på gruppetreningene hos frisklivsentralen, har hun ikke fortalt hvorfor hun opplever det slik, noe hun nå gjør;

*"Det er liksom ikke så skummelt å ta seg en pause når man er mange, for da, kanskje ingen legger merke til det, så da er det ikke så farlig."*

For Heidi handler det ikke nødvendigvis kun om et fravær av opplevd prestasjonspress, men i hvilken grad hun opplever å kunne forsvinne i mengden. Når Heidi forteller dette, føler Geir at han må legge til noe, og sier bestemt;

*"Altså jeg føler ikke at jeg, eller jeg sitter ikke og følger med på dem andre som trener overhodet."*

Geir deler altså ikke Heidi sitt syn på at andre kanskje følger med på hva han gjør, og det er viktig for han å presisere at hvert fall ikke han følger med på de andre.

#### 5.3.4 Vi har jo forskjellige ballaster og forskjellige ting alle sammen

I materialet kommer det frem flere positive sider ved frisklivsentralens gruppetreninger, som blir beskrevet å kunne bidra positivt inn i deltakernes livsstilsendingsprosjekt. Deltakerne har blant annet en felles enighet om at mangfold i form av fysiske forutsetninger er viktig i en gruppe. Marte forteller;

*"Jeg har stor trua på gruppetrening, i hvert fall i en sånn situasjon som hvor mange av dem som er på frisklivsentralen er. For det handler jo ofte om det å ha andre rundt seg. Også er mangfoldet i gruppene viktig, at det ikke bare er en type mennesker, men noen som viser at det er mulig å trene selv om man har en del skavanker da kanskje."*

For Marte er det betydningsfullt at gruppen på frisklivsentralen er en blanding av mennesker med ulike kroppslige utfordringer og problemer. For henne bidrar dette til at hun selv

opplever at hun kan delta på gruppetreninger på lik linje som alle andre, til tross for hennes utfordringer. Rita er veldig enig med Marte, og hun forteller;

*"Og når jeg kom hit da så behøvde ikke jeg å ta noe antidepressiva eller noen ting, for her har jeg alle som jeg kan prate med og alle har jo et eller annet i bagasjen (...) og vi har jo forskjellige ballaster og forskjellig ting alle sammen."*

Rita erfarte at når hun kom til frisklivsentralen var det flere som hadde utfordringer. Dette var en lettelse for Rita, og hun opplevde at det sosiale miljøet og det store mangfoldet bidro positivt inn i hennes livsverden. Videre forteller hun om en annen ting hun setter stor pris på med gruppen hos frisklivsentralen;

*"Selv om jeg er mye eldre enn mesteparten av dem som er der, så å si alle sammen, så gjør ikke det meg noe. For når vi er utpå der så føler jeg at vi er litt like selv om vi har aldersforskjell (...)"*

Hun forteller at til tross for alderen sin, er dette verken til noe hindring for treningen eller noe hun føler på. Hun føler seg like som alle de andre, uavhengig av aldersforskjeller innad i gruppen. Aldersspennet i gruppen blir også beskrevet å ha en motiverende rolle av de andre, her forteller blant annet Marte;

*"Når man begynner å bli godt voksen, så har man kanskje litt mer erfaring, trygghet i seg selv, men samtidig så er unge mennesker også med på å gi en annen type innspill og spirit."*

Marte beskriver de positive sidene ved å ha et stort aldersspenn. Her forteller hun at de eldste kan fungere som veiledere og bidra til å øke tryggheten i gruppen, mens de yngre vil stå for energien som kan bidra til å løfte stemningen. Heidi, som er en av de yngste deltakerne hos frisklivsentralen, uttrykker at hun er enig med Marte. Hun forteller;

*"Jeg tenker jo jeg har mye å lære av dem som er litt eldre, jeg har jo fortsatt mye å lære i livet. Og det å kunne ha samtaler med noen som er eldre synes jeg er veldig greit."*

For Heidi er den tryggheten og kunnskapen de eldre i gruppen har et godt holdepunkt. Hun opplever at dette er mennesker hun kan rådføre seg med, eller om hun bare trenger noen å prate med.

### 5.3.5 Mindre alene om det

Deltakerne forteller om både positive og negative sider ved å trene i gruppe versus en til en eller alene. Betydningen gruppen har for den enkelte er imidlertid ulik. Derimot har deltakerne en enighet om flere betydningsfulle aspekter ved gruppetrening som kan bidra positivt inn i deres pågående livsstilsendingsprosjekt. Magnus opplever at det å være tilknyttet en gruppe hvor alle jobber mot det samme, gjør det litt lettere. Han forteller at livsstilsendringen ikke oppleves så ensom;

*"En føler seg jo mindre alene om det."*

For andre har gruppetrening en stor betydning for hvordan de opplever treningene og hvilke følelser de sitter igjen med. Marte forteller;

*"Jeg tror ikke en til en hadde ikke gitt meg noe mer. Det gir meg mer med gruppetrening selv om jeg egentlig har drevet mye med idrett individuelt tidligere, så har jeg sett verdiene i det med gruppetreninger, og det tror jeg er det som funker."*

Marte har lang erfaring med individuell trening, og har nå fått prøvd seg på trening i gruppe. Når hun sammenligner disse, kommer hun frem til at det å trene sammen med andre oppleves som mer positivt og givende. Hun har fått erfare at gruppetrening er det som funker for henne i et livsstilsprosjekt.

Det er uenighet i gruppen på hvor betydningsfull gruppetreningen er for deres livsstilsendingsprosjekt. Heidi, som allerede har fortalt oss at hun hadde benyttet seg av frisklivssentralents tilbud uavhengig om det kom i form av gruppetreninger eller en til en. Derimot er hun tydelig og bestemt når hun beskriver at gruppetrening er å foretrekke fremfor en til en;

*"Jeg hadde jo savna det sosiale og det at jeg har noe å tulle med under treninga å snakke med både før og etter, så det hadde jeg savnet veldig."*

Heidi forteller at den sosiale biten ved gruppetreningene er viktig for henne. Det å ha noen mennesker rundt seg som man kan ha det morsomt sammen med, er noe av det som gjør at Heidi liker treningene så godt. I likhet med Heidi, beskriver også Marte betydningen av de sosiale relasjonene de har til hverandre i gruppen. Hun forteller;

*"(...) oppleves bra, positivt! Bare at det er noen kjente ansikter hjelper veldig mye (...) Og det at vi noen ganger kan le litt, og ja tøyse litt og. Og at man etter hvert føler at det er såpass trygt at det går greit da."*

For Marte betyr det mye at hun kjenner noen på treningene. Hun forteller oss at dette gjør at treningen oppleves mindre alvorlig, og at det gjør henne komfortabel nok til å ha det litt moro underveis i øktene.

Og jobbe sammen som en gruppe mot et felles mål gjør noe med deltakernes trivsel. Tidligere har vi fått vite at det å trene i gruppe gjør noe med innsatsen de legger i treningsøktene, men også har en avgjørende rolle for noen. Å trene alene blir beskrevet av noen av deltakerne slik hend at de føler fravær av både lyst og en nedgang i innsats. Magnus forteller;

*"Jeg har jo vært på treningssenter og holdt på der en stund, men det blir ikke den samme «pushen», når du er alene og holder på med det."*

Magnus har lang erfaring med å trene på treningssenter, men for han blir det ikke som å trene sammen med gruppen på frisklivsentralen. Han har erfart at det gjør noe med innsatsen hans, at han gir det lille ekstra.

### **5.3.6 Det gir ikke meg noe verken fysisk eller psykisk**

På frisklivsentralen var det flere ulike gruppetreninger som deltakerne kunne delta på. De ulike øktene inneholdt ulike typer treningsformer, eksempelvis styrke, yoga og spinning. Det var også store variasjoner av intensitet på tvers av de ulike øktene. I materialet blir det belyst hvorvidt deltakerne opplever de forskjellige økten som begripelige, og hvordan dette er knyttet opp mot ulike treningsformer og intensitet. Til felles for alle deltakerne var at de opplevde høyest grad av gruppesamhold under de hardeste styrketimene. Rita forteller;

*"Å gå på de treningene som er av de tøffeste, med styrketreningen, det er det som gir meg mest."*

Her forteller hun at de mest givende gruppetimene er de som er av det harde slaget, og som inkluderer å løfte vekter. Det er i disse timene Rita opplever at samholdet i gruppen er sterkest.

Marte har fått prøvd ut alle de ulike gruppetimene som frisklivscentralen tilbyr. Her forteller hun at hun har erfart hva som har størst betydning for dynamikken i gruppen, samholdet og den opplevde tryggheten;

*"(...) jeg har vært med på alle og prøvd alle typer treninger og jeg merker det mest i styrketreningene, der føler jeg at man blir mest pusha. Man gjør jo mest forskjellige ting der også, og der er det størst mulighet for å bli påvirka. (...) både tryggheten og gruppedynamikken er bedre i de treningene hvor det er mer slitsomt."*

Marte beskriver at det er på styrketreningene hun føler at gruppen har mest innvirkning på innsatsen hennes. Men også tryggheten og samholdet i gruppen beskrives, på lik linje som innsatsen hennes, å øke i de tyngste treningstimene. Dette forteller også Heidi om;

*"Jeg føler mer samhold når det er høyere intensitet for da blir det litt sånn; «å herregud nå var det tungt, jeg er så sliten», da kan man si det til sidemannen (...) Jeg føler meg egentlig litt mer alene i de treningene hvor det er lavere intensitet. For da sitter jo alle og holder på med sitt ".*

Det er tydelig at Heidi ikke liker opplevelsen av å være alene om å utføre treningsøvelser med lavere intensitet. Hun beskriver at det beste samholdet oppleves er når treningene er tunge, og at det er først når intensitet blir for lav at hun føler på det å være alene.

Hvorvidt deltakerne opplevde gruppetreningene som begripelige og meningsfulle blir av deltakerne knyttet opp mot type treningsform og intensitet. Nesten alle deltakerne var enig om jo lavere intensiteten på økten var, jo dårligere var opplevelsen de satt igjen med. Rita forteller;

*"Når jeg var på yoga, da hadde jeg følelsen av at jeg bare sto rett opp og ned som en pinne også gjorde jeg bare noen øvelser (...) det blir for statisk, så det gir ikke meg noe verken fysisk eller psykisk."*

Når Rita snakker om hvilke treningsformer hun liker best, er hun veldig engasjert. Hun forteller at treningstimer som krever rolige og sakte bevegelser ikke er noe for henne, og at hun opplever treningene som lite meningsfulle.

## 5.4 De betydningsfulle andre

De betydningsfulle andre i denne sammenhengen viser til ulike personer i deltakernes livsverden og hverdagsliv. Det kan dreie seg om nære andre som eksempelvis ektefeller, eller venninner, eller mer distanserte personer som en fastlege eller instruktørene på frisklivscentralen. Det kommer frem ulike måter i materialet at relasjoner til andre har stor betydning for det livstils endringsprosjektet som deltakerne er i gang med. Betydningen de andre har er imidlertid ulik. For noen handler det om at de opplever at andre motarbeider deres prosjekt, mens andre deltakere snakker om relasjoner som støttende, oppmuntrende og omsorgsfulle.

### 5.4.1 Må ordne for seg selv, andre gir blanke uansett

I materialet er det beskrevet flere møter med det norske helsevesenet knyttet til livsstil, levevaner og livsbegrensende diagnoser. Beskrivelsene av disse er imidlertid ulik hos deltakerne, men felles for de fleste var at opplevelsen av disse møtene sjeldent var positive, og heller ble opplevd som motarbeidelser i form av blant annet stigmatisering. Rita forteller;

*"(...) så jeg ble sendt inn på \*\*\*sykehus og legen var også opptatt av at folk ikke skulle være tjukk og dem skulle ikke være ditten og datten."*

I møtet med helsevesenet som Rita forteller om, har hun møtt på en lege som var veldig direkte. Hun opplevde at han var veldig opptatt av at mennesker ikke skulle være overvektig. Rita har også flere dårlige erfaringer i møtet med helsevesenet. En annen form motarbeidelse hun har opplevd er å ikke bli tatt på alvor eller prioritert av helsevesenet;

*"Men du vet at når du går et par år omtrent uten at du får en diagnose, så tar det veldig på. Og det er ikke til å stikke under en stol at jeg ble veldig deprimert av å være sånn."*

Magnus føler med Rita og prøver å komme med et godt svar;

*"Må ordne for seg selv, andre gir faen uansett."*

Når han sier dette til Rita er det i et ganske røft språk, og det er tydelig at han er berørt av Rita sin situasjon. Magnus har i likhet med Rita har opplevd det samme.

Til tross for at den valgte frisklivscentralen er nok så veletablert i kommunen ble det i materialet belyst at kun en av de fem deltakernes fastlege kjente til tilbudet. Dette var noe deltakerne ytret både fortvilelse og spørsmål til. Heidi forteller;



*"Jeg hadde en venninne som gikk her, og da tror jeg ikke at frisklivscentralen hadde vært her et år en gang, og fastlegen hadde ikke hørt om det engang."*

Heidi hadde ikke fått vite noe om frisklivscentralen før hun snakket med venninnen sin, og når hun spurte sin fastlege om tilbudet fikk hun beskjed om at det var ikke noe han kjente til. Heidi er berørt av dette, og er irritert når hun forteller. Marte forteller også om et lignende møte hos sin fastlege;

*"Legen min, som har vært fastlege her i mange år, visste ikke hva det var og lurte på hva det var for noe, så det er helt utrolig"*.

Rita legger også til;

*"Jeg var på trening uka som var, og det er fortsatt personer som sier at legene ikke har sagt et ord, og at man har fått greie på det gjennom andre. Og det synes jeg er litt merkelig, når det har vært her så lenge, og vært mye skrevet i aviser og sånt, så burde legene vite om det."*

Deltakerne er tydelig opprørt over erfaringene de har med at fastlegene rundt om i kommunen ikke vet om tilbudet ved frisklivscentralen. De stiller spørsmål og er kritiske til hvordan dette egentlig er mulig, spesielt med tanke på at det er et veletablert tilbud i kommunen, og at frisklivscentralen har vært i media flere ganger.

#### **5.4.2 Men så har man jo det som er hjemme da**

På hvilken måte deltakerne blir påvirket av nære relasjoner er noe ulik, men deltakerne beskriver at relasjoner som er knyttet til ektefeller/samboere, har en helt sentral rolle i deltakernes prosjekt. Disse relasjonene kan i midlertidig oppleves som både støttende og oppmuntrende, men også som en motarbeidelse. Heidi forteller;

*"Når jeg er på treninger så får jeg litt det kicket, at liksom nå skal jeg spise sunt og sånne ting, men så har man jo det som er hjemme også da. Og ja kjæresten min han er ikke akkurat vært så fryktelig godt trent, han er jo det helt motsatte! Han vil helst ha pizza.. Så da blir det ofte pizza da."*

Her opplever Heidi at til tross for at hun ønsker å spise sunt, så blir det utfordrende når hun skal forholde seg til sin samboer. Hun beskriver at det er vanskelig å være den eneste hjemme som er opptatt av å spise sunt og trene, og at dette ofte kan oppleves som et hinder i hennes livsstilsendring. Geir som er gift med Rita derimot, opplever det stikk motsatte;

*"det som er fint når det gjelder kona mi er et ho er ekstrem oppmerksom på hva vi skal spise, ja med grønnsaker og ja ho er jo rene ernæringsspesialisten."*

Han forteller at Rita i stor grad har god kontroll på hvilken mat de skal spise under livsstilsendringen, og opplever Rita som en støttende.

Det blir også beskrevet at nære relasjoner kan ha en intensjon om å hjelpe til i deltakernes livsstilsendingsprosjekt, men at dette nødvendigvis ikke bidrar til at det oppleves som noe enklere for deltakerne. Magnus forteller;

*"Når jeg sitter sammen med kona mi så klarer ikke jeg å være så flink som ho er. For jeg spiser opp det som er igjen."*

Han opplever at kona hans gjør det som er riktig når det kommer til mat. Når han forteller om seg selv er han ikke like snill i talen, og forteller at han alltid spiser opp restene, noe han anser som en negativ ting.

#### 5.4.3 Noen ser meg

Hvorvidt deltakerne anser personene som tilhører gruppen på frisklivscentralen som nære relasjoner, som for eksempel venner, eller mer distanserte relasjoner, er noe ulik. Felles for alle deltakerne er at samtlige beskriver at de føler en sterk tilhørighet til gruppen. Viktigheten av å føle seg sett og verdsatt, uavhengig av hvordan relasjon deltakerne har til hverandre, blir beskrevet å være en svært betydningsfull for opplevelsen av gruppetreningene. Rita forteller;

*"Det jeg syntes er veldig hyggelig, er at mange av de som trener her kommer og sier hei, og de kan gi deg et smil. Og det er jo de som gjør at laget blir så koselig å være sammen med! "*

For Rita er det viktig at deltakerne på frisklivscentralen møter hverandre med et smil og sier hei. Hun beskriver at det er nettopp dette som gjør at de har et så godt samhold i gruppen. En annen ting som er viktig for henne er å føle seg sett for den personen hun er, og ikke bare hva hun presterer på trening. Hun tror det har betydning for flere av deltakerne;

*"At vi kan gi hverandre et smil og se at den andre er der. Og jeg tror veldig mange setter pris på det og, at de ser at noen ser meg og. Og ikke bare hva jeg gjør."*

Marte er enig med Rita, og drar dette opp i en større sammenheng. Hun sammenligner gruppen på frisklivscentralen med en annen arena som hun ikke har like gode erfaringer med;

*"I andre settinger, sånn som på jobb, så er du ofte bare en brikke i et spill. Men her er du faktisk et menneske på en annen måte, du er jo et mennesker på begge steder, men det blir på en annen måte."*

Her forteller hun om de store kontrastene hun opplever mellom jobb og gruppen på frisklivscentralen. Hun beskriver at arbeidsplassen har et miljø som bidrar med negativitet inn i hennes hverdagsliv og livsverden, kontra hos frisklivscentralen hvor hun forteller at hun opplever å bli sett for den hun er.

Magnus er også enig i det Marte og Rita forteller, men med den lange erfaringen han har med å trene på treningssenter, velger han heller å sammenligne de to;

*"Ja også altså på treningssenter så blir jo ikke det det samme (...) Det å treffe folk som en har vært borti før. Skulle jeg gått ned på treningssenter så, dæven jeg hadde ikke gjort det."*

For Magnus er det viktig å ha en fast gruppe å forholde seg til, den tilhørigheten han opplever å ha til gruppen på frisklivscentralen fører til at han ønsker å trene.

#### **5.4.4 Det gjør veldig mye med ett menneske**

Treningsinstruktørene ved frisklivscentralen blir i materialet beskrevet å ha en sentral rolle i deltakernes livsstilsendingsprosjekt. For noen oppleves denne relasjonen som støttende og oppmuntrende, mens for andre som helt avgjørende inn mot deres prosjekt. Magnus forteller:

*"(...) hvis det hadde kommet noen andre enn instruktører nå så tror jeg at jeg hadde vurdert og begynt et annet sted (...) Jeg hadde nok ikke klart noe uten instruktørene. Så hadde det kommet en ny en nå så tror jeg at jeg hadde slitt!"*

Magnus beskriver at han har et slags avhengighetsforhold til instruktørene på frisklivscentralen, og det er tydelig at hans livsstilsendingsprosjekt avhenger av å ha de kjente og faste instruktørene rundt seg.

I materialet blir instruktørenes evner til å se individet, og tilrettelegge øktene for de ulike fysiske utgangspunktene deltakerne har, beskrevet å være av stor betydning for hvilke opplevelser av gruppetreningene deltakerne sitter igjen med. Heidi forteller;

*"Jeg tenker at begge instruktørene er flinke til å se hver eneste person. De er ekstra flinke til å se om det er noen som gjør en øvelse feil eller ikke klarer øvelsen. Da er de der med en gang og enten viser øvelsen, sånn at man gjør det helt riktig eller gir et alternativ. Det gjør jo at en*

*føler at man fortsatt er en del av gruppa selv om man ikke klarer hoved øvelsen som er der og da."*

Heidi har fått erfare at instruktørene ved frisklivscentralen er flinke til å tilrettelegge treningen, slik at den blir gjennomførbar for alle. Hun beskriver at det bidrar til at alle føler seg inkludert. Marte, i likhet med Heidi, sitter igjen med en følelse av å bli inkludert;

*"Du ser at instruktørene ser deg, det gjør jo veldig mye med et menneske, sånn er det i alle settinger."*

Hun opplever å bli sett. Dette er dypt følende, og hun uttrykker en slags takknemmelighet når hun forteller at hun opplever å bli sett av instruktørene. I tråd med det Marte sier, forteller Rita;

*"Ja også er smilet alltid der! Og det gjør sånn at det er enklere for oss å være positive også!"*

Det å bli møtt med et smil er viktig for deltakerne. For Rita har den positive energien instruktørene utstråler en smittende effekt. Betydningen av hvordan instruktørene opptrer har også Geir gjort seg noen refleksjoner rundt;

*"For det første så er jo de instruktører, men i tillegg til det så har de muligheten til å instruere og ja eventuelt å prate med deg. Som et vanlig menneske da for å si det sånn, og ikke som en instruktør."*

Her beskriver han at instruktørenes kommunikasjonsevner har betydning for hvordan han opplever likeverd på tvers av de ulike rollene.

Samtlige av deltakerne forteller at instruktørene under hver gruppetrening har en svært deltakende rolle. Dette blir beskrevet til å være positivt. Heidi forteller;

*"De er med å trener, og trener like hardt som det vi gjør. De er ikke bare en instruktør som sier hva du skal gjøre, men de trener virkelig hardt og du ser de blir svette og slitne. Da føler jeg at de både er instruktører, men også vennen din."*

For Heidi oppleves den deltagende rollen som instruktørene har, som oppmuntrende. Hun opplever å bli sett, og beskriver at dette bidrar med å styrke relasjonen mellom henne og instruktørene. Hun forteller at de går fra å ha en mer distansert rolle i hennes livsverden til å få en mer sentral plass.

#### 5.4.5 Det er mye fordommer i samfunnet

I materialet blir det beskrevet at det ikke utelukkende er nære og/eller mer distanserte relasjoner som har en påvirkning i deltakernes livsverden og livsstilsendringsprosjekt. Helt ukjente mennesker, fjerne bekjentskaper og generelle ytringer i samfunnet beskrives å ha en vel så innvirkende kraft på deltakernes selvfølelse, personlige tanker om levevaner, livsstil og helse. Videre forteller deltakerne om en opplevd ytre forventning. Marte forteller;

*"Det er mye fordommer i samfunnet."*

Det er noe som hun har erfart i ulike situasjoner, og det er tydelig at det preger henne. Marte er kortfattet når hun forteller dette med en alvorlig tone. Rita har i likhet med Marte, også fått erfare at det er fordommer i samfunnet. Hun forteller hvordan sykdommen hennes preget opplevelsen av å være ute blant andre mennesker;

*"Alle så på deg. Hvis jeg hadde en dag jeg følte meg ok, så pynta jeg meg litt og var ute og gjorde det ene og det andre. Da tenkte jeg flere ganger at «jeg tror jeg skal ta med meg noen krykker jeg, for da ser jeg liksom dårlig ut.»*

Her beskriver Rita hvordan det er å leve med en sykdom som til tider kan være usynlig for andre. Hun er redd for å ikke bli trodd eller tatt på alvor om noen skulle tro at hun ikke var syk, til tross for at hun hadde fortalt det. Hun forteller videre;

*"For jeg var jo ikke da mer enn 45 år og det var jo et veldig stort nederlag."*

Følelsene Rita knytter til det å bli syk i en så ung alder er dypt følelende. For henne var det en stor fortvilelse og skam til det å ikke lenger fungere som hun hadde gjort før.

Ytre forventninger er noe alle deltakerne føler på. Tidligere har vi sett at det kan være knyttet til helsevesenet, men også på mer generell basis i samfunnet. Det er spesielt et sted deltakerne opplever at de ytre forventningen er store. Heidi forteller;

*"Jeg hadde jo trent litt på treningssenter før jeg ble syk. Og i hodet mitt så var det sånn at når du skal på gruppetrening da må du klarer å følge 100% med og du må klare absolutt alle øvelser å gjøre allting helt perfekt."*

Her forteller hun om erfaringene hun hadde fra hun trente på treningssenter, hvor hun opplevde at prestasjon var ekstremt viktig. Hun beskriver at hun erfarte at på en «vanlig gruppetime» var det ikke rom for å gjøre noe feil, eller ta seg en pause. Marte forteller også om en erfaring hun har fra tiden hun trente på treningssenter;

*"Og her er det jo ingen som på en måte snakker deg ned fordi at ikke du har vært der på trening på en stund! Men på en vanlig type trening så hadde det blitt ett tema."*

Hun sammenligner gruppetreningene på frisklivsentralen med gruppetimer på et treningssenter. Hun opplever at frisklivsentralen har en større forståelse for hennes utfordringer når hun ikke finner tid eller ork til å reise på trening.

#### 5.4.6 Alle disse superheltene

Som en videreføring av forrige kapittel skal vi nå se på hva de forskjellige deltakerne opplever i forhold til gruppetreningene på frisklivsentralen og på et vanlig treningssenter. De beskriver blant annet at opplevelsen av treningene på de ulike arenaene bærer preg av hvorvidt de føler at de kan identifisere seg med andre tilstedeværende personer. Rita forteller;

*"Der hadde folk lurt på «i all verden ho gamle kjerringa med det grå håret, hva er det hu gjør her liksom?» Er jo ingen som tenker sånn her, vi vet jo at alle sammen her har ett eller annet i bagasjen og det er jo veldig ålreit."*

Hun beskriver at det er befriende å være tilknyttet en gruppe slik som den hun er i på frisklivsentralen. Hun opplever at alle har noen problemer og utfordringer og det er med på å gjøre det lettere å være på trening. Hun slipper å føle på hva alle andre tenker om henne.

Trygghet blir av flere også beskrevet å ha betydning for hvordan noen av deltakerne opplever de ulike treningsarenaene, og i hvilken grad de føler seg komfortable til å utfolde seg fysisk under treningsøktene. Heidi forteller;

*"Det var nok fordi det føltes trygt. For jeg visste jo det at det var et sted for mennesker som sliter med et eller annet. For jeg ville aldri gjort det på et vanlig treningssenter, aldri i verden."*

Som det ble fortalt i begynnelsen av dette kapitlet, er Heidi blitt den som alltid stiller seg foran på trening hos frisklivsentralen. Derimot beskriver hun at dette er situasjonsbestemt, og at hun absolutt ikke er komfortabel nok til å gjøre det på andre arenaer. På andre steder er hun redd for hva andre tenker om henne, og at hun ikke skal prestere godt nok. Dette forteller også Marte noe om;

*"På jobben hvor alle er disse superheltene som går på treningsstudio og som løper og som klarer absolutt alt i løpet av en dag, slik som jeg var før. Men det og på en måte vite at det er andre som er litt sånn som ikke får til alt like godt lenger da, som her på frisklivsentralen."*

Marte forteller at før hun ble syk, var hun en av de deltakerne nå snakker om, i konteksten med treningssenter. Nå derimot opplever hun det å trene, være i full jobb og få til alt av hverdagens krav, som uoppnåelig, og distanserer seg mer fra de situasjonen hun før sto i. Hun har funnet sin plass hos frisklivsentralen. Der kan hun forholde seg til mennesker som har lignende utfordringer som henne.

### **5.5 Livsstilsendring – forventet eller selvdrevet**

Livsstilsendring – forventet eller selvdrevet, viser i denne sammenhengen til betydningsfulle aspekter som av deltakerne blir beskrevet å være grunnen til at de er i gang med sitt livsstilsendingsprosjekt, og hva som er av betydning for at de skal fortsette med det.

Eksempelvis kan dette være kropp og trening som identitetsmarkør, betydningen av å ha tilknytning til et fast sted og en fast gruppe, og opplevde ytre forventninger. I materialet blir det også belyst treningens og gruppens mening for den enkelte. Betydningene treningen har er imidlertid ulike. Hvor stor del trening har av i hver enkeltes livsverden varierer hos deltakerne. Noen snakker om trening som et slags verktøy for å oppnå økt helse, mens andre beskriver treningen som noe meningsfullt og givende.

#### **5.5.1 Da ble det ikke sofaen hele den dagen allikevel**

Flere av deltakerne opplever de sosiale relasjonene til de andre i gruppen som avgjørende, for om de møter opp på trening. Det blir videre beskrevet av noen av deltakeren en «enten eller» holdning, hvor resultatet av å ikke reise på trening vil være å bruke mesteparten av dagen stillesittende. Heidi forteller;

*"Noen ganger tenker jeg «nei til fredag så gidder jeg ikke å trene, da tar jeg meg fri». Og så får jeg høre at Rita eller Magnus skal på den treninga. Og da blir det til at jeg blir med jeg også. Da ble det ikke sofaen hele den dagen der allikevel."*

Heidi forteller at til tross for at hun liker å være på trening hos frisklivsentralen, er det ikke alltid hun har lyst til å reise dit. På de dagene, har hun erfart at hun er avhengig av at andre i gruppen skal dit. Heidi forteller at om hun ikke hadde dratt på trening den dagen, hadde hun i stedet blitt liggende på sofaen hele dagen.

I materialet belyses også tidligere erfaringer om den opplevde viktigheten av fysisk aktivitet og trening, og eventuelt fravær fra dette. Marte forteller;

*"Når du først har blitt syk og vet at du aldri kommer tilbake og blir frisk igjen, men ser hvor viktig denne treningen er og hvor viktig den sosiale biten i trening er, så setter du pris på det i hvert fall. (...) men det er derfor det er så viktig å fortsette å være her, for hvis man ikke gjør det og går hjem og legger seg på sofaen sånn som jeg har gjort 100 ganger, og går opp enda 10 kilo, da blir det verre."*

Marte har mange erfaringer med tidligere livsstilsendringer, både før hun fikk en sykdomsdiagnose, og etter. Hun har erfart at trening er helt essensielt for henne, om hun skal klare å holde seg i form og holde sykdommen i sjakk. Hun forteller at det ikke nødvendigvis er disse erfaringene som er avgjørende for om hun reiser på trening. Hun sier at de sosiale relasjonene og tilknytningen til gruppen er like viktig.

Nære relasjoner som eksempelvis ektefeller, blir også beskrevet å ha en innvirkende rolle på hvorvidt deltakere møter opp, og involverer seg i gruppetreningene. Geir forteller;

*"Jeg behøver vel ikke si hvem som har fortalt meg det, hun sitter jo her. Hun maste jo på meg ganske lenge om å bli med her."*

Geir forteller oss at dersom det ikke hadde vært for Rita, hadde han ikke startet sitt engasjement i frisklivscentralen. Han uttrykker at det er godt å ha en som støtter og forventer litt av han.

### 5.5.2 Det hadde blitt for mye oppmerksomhet

I materialet beskriver deltakerne både negative og positive sider ved både gruppetrening og en til en trening, som potensielt kan, eller har en påvirkning på deres livsstilsendingsprosjekt.

For Marte vil en til en trening føre til en opplevelse av for store ytre forventninger og oppmerksomhet, som resulterer i at hun til slutt ikke hadde møtt opp på trening;

*"Hvis den oppfølgingen der blir for tett, så hadde det gått en stund også hadde jeg blitt borte.. for det blitt for intensivt. Det tror jeg ikke at jeg hadde håndtert. Det hadde blitt for mye oppmerksomhet på meg, og så hadde jeg backa ut."*



Andre deltakere belyser derimot at de opplever å bli mer synlig, og at graden av de ytre forventningene er høyere i en gruppesammenheng, som i denne konteksten beskrives som negativt. Heidi forteller;

*"Da hadde jeg på en måte fått skjult at jeg hadde lagt på meg, eller ingen hadde fått vite det. For da hadde jeg bare vært hu ene som de ser innimellom på treningssenteret, hvis jeg hadde vært der."*

Heidi opplever at man kan bli litt for synlig når man holder på med et livsstilsprosjekt i samråd med en gruppe. Hun uttrykker derimot en usikkerhet på om løsningen hadde vært å trene på treningssenter, for dit kan hun ikke med sikkerhet si at hun hadde reist.

Opplevd ytre forventninger, synlighet og oppmerksomhet blir i materialet også omtalt som betydningsfull for deltakernes innsats på gruppetimene. Hvorvidt dette oppleves som positiv eller negativ betydning hos deltakerne er noe ulik. Magnus som forteller;

*"Jeg ser ikke på alle rundt, men jeg burde kanskje begynt med det, sånn at jeg får pushet meg litt mer. Så mye som vi har trena nå, i hvert fall jeg, så burde jeg pushet meg selv mer."*

Magnus pleier som regel ikke å bry seg om hva de andre gjør, og han konsentrerer seg mest om seg selv. Han begynner derimot å bli usikker på om det er positivt for hans egen del på trening. Han er ikke særlig vennlig mot seg selv når han påpeker at innsatsen hans er litt så som så. Men han ytrer at dette er noe han vil forandre. Han anser det å følge mer med på hva de andre, gjør som en mulighet til å gjøre noe med sin egen innsats.

Heidi har i likhet med Magnus også ved tidligere opplevelser, erfart gruppens betydning hennes innsats. Forskjellen er derimot at hun opplever at gruppen fungerer slik at hun gir alt;

*"Selv om det er jo ikke noe farlig å ta seg en pause, men jeg føler jo litt på det selv. Selv om det er greit, så blir det sånn at jeg vil jo ikke være noe dårligere enn de andre. (...) Jeg skal jo ikke være noe dårligere, så da legger jeg inn en skikkelig innsats."*

Hun forteller at hun er klar over muligheten hun har til å ta seg en pause midt i en gruppetime, derimot opplever hun det som ubehagelig om hun er den eneste som trenger en liten pust i bakken. Heidi er opptatt av å ikke fremstå som noe dårligere enn de andre, og følger derfor nøye med på hva de andre gjør. I stedetfor at hun tar seg en pause når hun blir sliten, øker hun heller innsatsen.

### 5.5.3 Det er forventet at du møter opp

I materialet blir kropp, livsstil og helse omtalt som en identitetsmarkør. Dette kan være i form av at deltakerne opplever at trening og livsstil har en sentral rolle i deres individuelle identitet. Hvorvidt dette fenomenet bidrar til økt fysisk aktivitet og/eller høyre grad av deltakelse på gruppetreningene oppleves noe ulikt for de ulike deltakerne. Det å tilhøre en gruppe mennesker med et likt mål som de opplever å kunne identifisere seg med, samt å ha en fast tilknytning til et sted, blir av noen beskrevet å ha positiv betydning i deres hverdagsliv og livsverden. Heidi forteller;

*"Jeg er jo ufør. Men det og nå kunne si at jeg trener flere ganger i uka på frisklivssentralen, det gir meg litt sånn identitet.. Livet er ikke bare å være den uføre med epilepsi liksom."*

Heidi, som har vært ufør i noen år opplever at det er godt å ha et fast sted å gå til. Hun går ikke bare hjemme lenger, men har et gjøremål i hverdagen. For henne har tilknytningen til frisklivssentralen gitt henne følelsen av tilhørighet.

Flere av deltakerne kan fortelle oss at de opplever deres livsstilsendingsprosjekt og engasjement hos frisklivssentralen som ett stykke arbeid, og ikke nødvendigvis kun som noe meningsfullt og lystbetont for den enkelte. Marte forteller;

*"Nå jobber 80% for å klare å ivareta å være her en til to dager i uka, for å holde det i gang."*

Her beskriver hun at for henne er ikke treningen noe hun nødvendigvis har tid eller ork til i hennes hverdagsliv. Allikevel passer hun på at hun får kommet seg på trening et par ganger i uken. Dette har hun fått til ved tilrettelagt arbeidstid, slik at hun får til og både jobbe og være på frisklivssentralen. Hun forteller også;

*"Det er litt av de forventningene som jeg setter til meg selv. Men det er at vi har meldt oss på at det er forventet at en møter opp, det har en stor betydning for meg. Ellers tror jeg ikke at jeg hadde kommet meg hit."*

Marte forteller oss at hun er avhengig av faste avtaler for å komme seg på trening. Hun opplever det at andre har en forventning til henne, er det som er avgjørende for om hun reiser på trening eller ikke.

#### 5.5.4 Har jeg ikke gjort det godt nok nå

Betydningen av ytre forventinger i denne konteksten er noe ulik hos deltakerne. Noen opplever det som positivt og oppmuntrende i noen situasjoner. Det kan eksempelvis bidra til at deltakerne møter opp på trening, og/eller til en økt innsats på gruppetreningene og i livsstilsendringsprosjektet generelt. Mens for andre kan de ytre forventningene oppleves så store at det kan bidra til følelser som skam, stress og nederlag knyttet til livsstilsendringen. Magnus forteller;

*"Jeg og instruktøren har et mål om vektnedgang for meg, og det syntes jeg er vanskelig når du skal inn dit og opp på vekta. Faen har jeg gjort det godt nok nå liksom. Nå har jeg gjort det i helga og vært på ditt og vært på datt.. Det er ikke så lett!"*

Magnus får hjelp av instruktørene på frisklivsentralen til å måle fremgang i hans livsstilsendringsprosjekt. Dette opplever han til tider som stressende, og han er redd for å ikke presterer like godt som både han og instruktørene forventer. Han uttrykker at hverdagslivet til tider kommer i veien for hans mål, og er frustrert når han forteller at livsstilsendringen byr på store utfordringer.

Gruppen hos frisklivsentralen blir i materialet beskrevet som en trygghet. Flere opplever at det er mindre barrierer for å komme tilbake på trening, om de skulle vært borte fra trening over en periode. Marte forteller;

*"Om jeg har en dårlig periode og blir borte litt så gjør ikke det noe. De er jammen der når jeg kommer tilbake. Jeg opplever at jeg kan senke skuldrene litt, for de samme menneskene er jo der når jeg kommer tilbake."*

Hun har fått erfare at til tross for om hun ikke møter opp på frisklivsentralen over en periode, så er ikke dette noe problem. Når hun omsider kommer tilbake, møter hun på de samme menneskene som var der før hun ble borte. Marte opplever at det gir henne rom for å ta en pause fra opplegget om hun behøver det.

## 6.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil studiets resultater bli drøftet og diskutert med bakgrunn i den salutogene teorien, og i lys av annen forskning på feltet. Formålet med dette kapitlet er å besvare problemstillingen gjennom å belyse de mest sentrale temaene som kom frem under analysene. Videre er diskusjonskapitlet strukturert i fire ulike underkapitler. Det salutogene perspektivet vil i hovedsak omhandle generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng. På den måten blir det mulig, basert på studiets resultater, og undersøke deltakernes opplevde erfaringer med livsstilsendring og betydningen av det sett i lys av den salutogene teorien.

### 6.1 Tidligere erfaringer med livsstilsendringer og møter med helsevesenet

Et av de mest sentrale og gjennomgående samtaleemnene som kom frem under analysene omhandlet følelser, tanker og meninger om de tidligere erfaringene deltakerne hadde med livsstilsendringer. I mange tilfeller var det knyttet til sterke følelser som blant annet tristhet og fortvilelse. Deltakerne fortalte også hvordan de opplevde tidligere møter med helsevesen og livsstilsendringkurs i løpet av deres livsreise, og hvordan andre menneskers meninger og oppfatninger kunne ha betydning for deres syn på levevaner og livsstil. Deltakernes tidligere erfaringer med livsstilsendringer viste seg å være av betydning for hvilke følelser deltakerne knyttet til den nåværende livsstilsendringen. Men dannet også grunnlaget for hvordan de håndterte ulike utfordringer i den pågående livsstilsendringen i regi av frisklivscentralen.

Samtlige av deltakerne har forsøkt å legge om sine levevaner og livsstiler opptil flere ganger, og det ble beskrevet at de falt tilbake til den tidligere livsstilen innen kort tid. Måten deltakerne snakker om dette, med stor grad av innlevelse og emosjoner, gir et inntrykk av at livsstilsendringer har blitt til en evig kamp for dem. Deltakerne gir også uttrykk for at de har store utfordringer med å endre levevaner, og at disse vanene har stor betydning for det nåværende livsstilsprosjektet. Dette er kjent tematikk på forskningsfeltet, og er blant annet belyst av Folling (et al., 2015). Både deltakernes tidligere opplevelser og erfaringer med livsstilsendringer kan ifølge den salutogene modellen være en bidragsyter for hvordan de opplever det nåværende livsstilsprosjektet som begripelig (Antonovsky, 1987). I lys av teorien vil tidligere erfaringer også være betydningsfull for deltakernes oppfattelse av resurser de har til rådighet (Antonovsky, 1987). Basert på tidligere erfaringer kan de sitte med en opplevelse at de ikke har evnene som skal til for å håndtere de ulike kravene som enten de selv, eller andre, stiller til dem i et livsstilsendringprosjekt (Antonovsky, 1987). Begge komponentene,

både håndterbarhet og begripelighet er sterkt knyttet til om deltakeren har en opplevelse av sammenheng og opplever mening i sitt livsstilsendingsprosjekt. Ved lav opplevelse av disse kan det ha en negativ betydning for hvordan deltakerne håndterer og handler i ulike situasjoner i sin livsstilsendring, og deltakerne kan oppleve livsstilsendringen som meningsløs og lite givende i deres livsverden (Antonovsky, 1987).

De tidligere livsstilsendingsforsøkene deltakerne forteller om er preget av strenge dietter og treningsregimer, enten på eget initiativ eller i samråd med en kommersiell aktør. Det kan se ut til at deltakerne, basert på tidligere erfaringer, opplever at det er slik en livsstilsendring bør være. Dette er kjent tematikk på forskningsfeltet, og blant annet belyst av to norske studier (Folling et al., 2015; Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Deltakerne fortalte ofte om hvilke endringer av levevaner og livsstil som både de selv, men også hva de opplevde frisklivsentralen ga uttrykk for at burde gjøres i deres prosjekt. Deltakerne har kunnskap, og vet mye om hva de skal gjøre – men klarer ikke nødvendigvis å gjennomføre det i sitt eget liv. I forskning på livsstilsendring er dette kjent tematikk (O'Hara et al., 2015; Harrison, 2012). Hva som kan forklare avstanden mellom det hver enkelt vet, og det han eller hun får gjort er selvsagt sammensatt. Forskere peker på eksempelvis motivasjon, psykisk helse, tidligere erfaringer (Lewis, Thomas, Hyde, Castle, Komesaroff, 2011; Borge et al., 2012; Russel, Rufus, Fogarty, Fiscella & Carroll, 2013). Deltakernes tidligere kunnskaps erfaringer og opplevelser av mislykkede forsøk på livsstilsendringer, ser ut til å ha stor betydning for hvordan de håndterer utfordringer og problemer de opplever å møte i det nåværende livsstilsprosjektet. I tråd med den salutogene teorien, kan dette bidra til at deltakerne ser på hele situasjonen som uhandterlig basert på tidligere erfaringer (Antonovsky, 1987). Dette er noe som beskrives og kunne ha betydning for deres oppfattelse av sammenheng, som videre kan bidra til et dårligere utgangspunkt for deres livsstilsendingsprosjekt (Antonovsky, 1987).

Deltakerne forteller at de gjennom sin livsreise, har fått en opplevelse av at det er mange fordommer i samfunnet mot de som har ulike helseplager og problemer. Det beskrives å være spesielt knyttet til overvekt og fedme. Det er en oppfatning deltakerne i dette studiet i likhet med mange andre besitter, og det er blant annet blitt omtalt av Malterud & Ulriksen (2009). Stigmatisering både fra helsevesenet og samfunnet generelt sies av flere å være en samfunnsutfordring (Blackburn & Stathi, 2019; Evans, Rich, Davies & Allwood, 2008; Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009). I følge Antonovsky (1987) kan disse følelsene knyttet til de opplevde fordommene sette så dype spor at det blir utfordrende å forholde seg

nøytral til dem. Istedenfor at deltakerne opplever å ha tilstrekkelige motstandsressurser til å «heve seg over dem», kan fordommene bli så belastende at de motstandsressursene de har, ikke strekker til. Disse fordommene kan derfor oppleves som en stressor i tilknytning til deres livsstilsendingsprosjekt og videre bidra som en negativ innvirkning på hvordan de opplever deres pågående livsstilsendring (Antonovsky, 1979).

Leger og andre deler av helsevesenet foruten om frisklivsentralen blir av deltakerne forklart som en motarbeidende part. De forteller om tidligere opplevelser og erfaringer med dårlige møter, negative kommentarer og at de opplever at de ikke blir tatt på alvor. Videre beskrives det at de opplever å ikke finne støtte eller hjelp i helsevesenet, og føler seg til side satt og mindreverdig. Dette er tematikk som også er formidlet av en annen studie, som belyser den dårlige behandlingen noen mennesker med overvekt og fedme opplever i møtet med helsevesenet (Brown-Bowers et al., 2017). Det kan synes som at den urette behandlingen deltakerne opplever å ha erfart gjør at de inntar en slags offerrolle i deres egne livsstilsendring. I følge Antonovsky (1987) kan dette i stor grad være av betydning for hvorvidt de opplever den nåværende situasjonen som håndterlig, noe som har vist seg å potensielt være vanskelig om en person opplever en urett eller inntar en offerrolle. De negative erfaringene kan også i samsvar med salutogenese, anses å ha en betydning for hvilke generelle motstandsressurser og strategier deltakerne har i møte med lignende situasjoner. Dersom disse erfaringene oppleves svært belastende, kan det medføre at deltakerne får en generell negativ holdning til helsevesen og livsstilsendringer. Denne holdningen kan gjøre det vanskeligere for deltakerne og opparbeide seg tilstrekkelige motstandsressurser til å håndtere lignende situasjoner. Og skulle snu sine negative holdninger kan være tidkrevende og vanskelig å jobbe seg ut av (Antonovsky 1979), og kan derfor følge deltakerne over lang tid, og inn i nye forsøk på livsstilsendringer.

I følge Antonovsky (1979) vil en allerede i sine første leveår begynne å legge grunnlaget for sine strategier i møte med ulike situasjoner som oppleves problematiske eller utfordrende. Men vi vil under hele vår livsreise utvikle og utforme nye strategier som følge av møter med både belastende situasjoner, men også givende og meningsfulle situasjoner. Tidligere erfaringer vil kunne sette dype psykiske spor, og kan være av betydning for måten deltakerne håndterer ulike utfordringer i sin livsstilsendring. Det støttes av flere innen forskningsfeltet (Folling et al., 2015; Borge et al., 2012; Groven, 2014; Rugseth, 2011). De tidligere erfaringene kan derfor være inngripende i deltakernes livsverden og på livsstilsendringene

deltakerne nå holder på med (Antonovsky, 1979). I lys av den salutogene teorien, kan derfor de negative og vonde følelsene og tankene knyttet til deres tidligere erfaringer rundt livsstilsendring, være betydningsfull for på hvilken måte deltakerne opplever å lykkes i deres nåværende prosjekt.

## 6.2 Den pågående livsstilsendringen – omfattende, inngripende og belastende

Denne delen tar for seg følelser, tanker og meninger deltakerne har om sine erfaringer i det pågående livsstilsendringsprosjektet. Et av de mest sentrale og gjennomgående samtaleemnene som kom frem under analysene var følelser, tanker og meninger som belyste hvor omfattende en livsstilsendring faktisk opplevdes for deltakerne. Det ble fortalt at det pågående livsstilsendringsprosjekt berørte flere ulike arenaer i deres hverdagsliv negativt, og hvor følelsesmessig belastende dette kan være. Videre snakket de hyppig om deres bakenforliggende motiver til livsstilsendringen, hvor kroppsvekt og kosthold var sentralt.

Deltakerne beskriver sterke negative følelser knyttet til livsstilsendringen, og en bakenforliggende tanke om at de må ofre ekstremt mye fra den gamle livsstilen for at deres livsstilsendringsprosjekt skal være vellykket. Dette er tydelig belastende for deltakerne, og det å skulle gi slipp på gamle vaner oppleves nesten som en sorg for enkelte. Dette er også kjent tematikk innenfor forskningsfeltet (Groven, 2014; Natvik, Gjengedal & Råheim, 2013). Videre peker Moe (2009) på at belastende følelser som sorg og fortvilelse knyttet til en livsstilsendring, kan ha betydning for hvordan andre deler av deltakernes hverdagsliv oppleves. Helt sentralt i den salutogene teorien er hvordan vi mennesker gjennom meningsbærende erfaringer og opplevelser kan oppnå en økt helse til tross for sykdom eller plager. For at dette skal være mulig, beskriver Antonovsky (1979) at vi mennesker må flytte fokuset vekk fra hva som har en negativ betydning i vår livsverden og hverdagsliv, og heller fokusere på de meningsbærende aktiviteter og ressurser som fremmer vår helse. Deltakerne tvinger seg gjennom en livsstilsendring til tross for belastningen dette medfører, og meningsfulle aktiviteter og hva som gjør de glad, er ikke ett tema. De fortsetter å arbeide hardt og intens med livsstilsendringen, uten å rette fokus mot hvilke aktiviteter og arenaer i livet som oppleves som meningsfulle. I samsvar med salutogenese, kan dette gjøre at deltakerne, på grunn av at en manglende opplevelse av meningsfullhet i livsstilsendringen berører andre deler av deres livsverden, medføre at de heller beveger seg i en negativ helseretning, til tross for at de får en eventuell økt helse rent fysiologisk.

Deltakerne har en gjennomgående alt- eller ingenting-holdning til livsstilsendringer. Enten så inneholder livet mye trening og sunn mat til enhver anledning, eller så tilbringes mesteparten av deres hverdagsliv på sofaen. Videre beskrev de at livsstilsendringsprosjektet deres krevde mye tankevirksomhet, var energitappende, og ikke komplementær med deres hverdagsliv og dets krav i lengden. På forskningsfeltet er høy dropout i livsstilsendringsprosjekter et kjent fenomen (Burgess, Hassmen, Welvaert & Pumpa, 2017), noe som mulig kan knyttes til det deltakerne forteller. I denne konteksten kan den beskrevne opplevelsen av hvor inngripende og omfattende en livsstilsendring er, sees i sammenhengen med den alt- eller ingenting-holdningen. Sunnhetsfokuset syntes å overskygge og prege mesteparten av innholdet i deres livsverden. Dette preger deltakerne i stor grad, og skuffelsen beskrives å være stor når de opplever å ikke leve opp til de kravene de har satt seg. Dette gir et inntrykk av at deltakerne har sin egen forståelse av begrepet livsstilsendring, som ikke er helt i tråd med det offentlige helsemyndigheter tillegger begrepet. De hevder målet er å finne en balansert livsstil som er mulig å opprettholde resten av livet (Helsedirektoratet, 2013). Et spørsmål i denne konteksten kan dermed være om deltakerne har blitt grundig forklart hva en livsstilsendring er ment å inneholde og hva det medfører, eller om det er deltakernes tidligere erfaringer som er grunnlaget for deres alt- eller ingenting-holdning. Sett i lys av den salutogene teorien, kan det sies at dersom deltakerne mangler kunnskap, eller om informasjonen tolkes som uforklarlig, umulig å etterfølge og kaotisk kan dette ha en betydning for deres livsstilsendring (Antonovsky, 1987). Ulike situasjoner i deres livsstilsendring kan oppfattes som støy og oppleves som en stressor. Når deltakerne opplever å ikke leve opp til de kravene de har satt seg, og ikke inneha de motstandsressursene som behøves for å håndtere livsstilsendringen, kan dette ha betydning for deres opplevelse av sammenheng av livsstilsendringen (Antonovsky, 1987).

Måten deltakerne forteller og snakker om livsstilsendringsprosjektet på gir en opplevelse av at de ser på prosjektet som en slags jobb, hvor det ofte avhenger av faste avtaler for å komme seg på trening. Livsstilsendringene handler om å oppnå en vektreduksjon, hvor trening og regulering av kost blir sett på som et middel eller et verktøy for å oppnå målet de har satt seg. Dette kan gjenspeiles i det flere forskere mener informasjonen helsevesenet formidler impliserer (Medvedyuk et al., 2017; McAllister et al., 2009). Treningene ble ikke gjennomført fordi det var meningsfulle aktiviteter for den enkelte, men for å oppnå et mål om vektreduksjon, og for at det var forventet av dem. Det kom tydelig frem at det å ikke etterfølge de opplevde forventningene, førte til følelser som frustrasjon, negativitet og skam



hos deltakerne. Andre forskere belyser også dette fenomenet (Groven, 2014; Natvik et al., 2013). Hvorvidt deltakerne opplever mening med livsstilsendringen kan være knyttet til motivasjon, som beskrives av Antonovsky å være selve drivkraften for å gjøre en endring (1987). Opplevelsen av å ha motivasjon for en livsstilsendring blir også i flere studier pekt på som noe av det mest betydningsfulle for om endringene blir gjennomført (Reyes et al., 2012; Chambers & Swanson, 2011; Byrne et al., 2003). Istedenfor at deltakerne måler fremgang i hva livsstilsendringen kan ha betydning for under andre meningsfulle aktiviteter i deres livsverden, blir heller all fremgang spisset inn mot hvor mange kilo man har gått ned. Dette er også kjent tematikk innenfor forskningsfeltet (Hardcastle & Hagger, 2012; Riebe et al., 2005) Sett i lys av den salutogene teorien, kan det at deltakerne anser trening og regulering av kost som en forventning de ikke alltid opplever å oppnå, bli en stressor for deltakerne (Antonovsky, 1987). Dersom deltakerne opplever at de ikke håndterer livsstilsendringen, eller ikke begriper hvorfor de gjør som de gjør, kan dette føre til en mislykket spenningshåndtering, hvor livsstilsendringen generelt vil oppleves kaotisk og uten mening (Antonovsky, 1979). Når deltakerne gjennomfører ulike aktiviteter basert på forventninger, og ikke for at det oppleves meningsfullt kan dette ha betydning for om deltakerne utfører og/eller opprettholder livsstilsendringene (Antonovsky, 1987).

Basert på deltakerens fortellinger kan det se ut til at de bruker mye energi og tankevirksomhet på å rette fokuset mot å gjøre alt riktig og «etter boken». Det kan oppfattes som at de har laget seg en fast oppskrift på livsstilsendringer som de må følge. Dette er også et kjent fenomen på forskningsfeltet, hvor det både blir beskrevet som en samfunnsoppfatning, men også en oppfatning enkelte deler av helsevesenet impliserer (Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009; O'Hara et al., 2015; Brown-Bowers et al., 2017). I tråd med den salutogene teorien, kan det at deltakerne opplever at livsstilsendringen ikke er så enkel som de hadde sett for seg, medføre at livsstilsendringen ikke lenger oppleves som begripelig og håndterbar (Antonovsky, 1987). I følge Antonovsky (1987) kan dette ha betydning for om deltakerne opplever å få til en hensiktsmessig belastningsbalanse, i form av at de opplever å ha tilgjengelige motstandsressurser til å håndtere ulike situasjoner i livsstilsendringen. Dersom de ikke har de nødvendige motstandsressursene tilgjengelig for å håndtere motgang eller utfordringer som følge av den «gjøre alt riktig»- og «etter boken»-holdningen, kan det medføre at utfordringene ses som uhåndterbar og heller fører til stress (Antonovsky, 1987). Dette kan være av stor betydning for om deltakerne opplever å mestre livsstilsprosjektet de nå står i.

### 6.3 Betydningen av å ha faste instruktører

Instruktørene hos frisklivsentralen ble beskrevet å ha en sentral rolle i deltakernes livsstilsendring. Deltakerne fortalte blant annet om opplevelsen av støttende relasjoner, anerkjennelse og trygghet, men også forventninger de opplevde instruktørene hadde til dem. Denne delen vil derfor omhandle følelser, tanker og meninger deltakerne har om sine erfaringer knyttet til instruktørene hos frisklivsentralen.

Deltakerne gir et inntrykk av at de er redde for å skuffe noen ved at de gjør noe feil, annerledes eller ikke godt nok. Dette handler ikke utelukkende om at de skuffer seg selv, men i like stor grad at de skuffer de ansatte hos frisklivsentralen. Dette er spesielt utbredt når det snakkes om veiing av kroppsvekt i regi av frisklivsentralen. Her beskriver deltakerne en slags frykt for å skuffe instruktørene om de ikke har redusert kroppsvekten nok. På forskningsfeltet er det blant annet funnet ut at veiing, og det å oppleve vektøkning, henger sammen med følelsesmessig stress, skam og selvforakt (Natvik et al., 2013). Deltakerne forstår ikke hvorfor de ikke går ned i vekt, til tross for at de beskriver at de spiser sunt og trener. I samsvar med salutogenese kan dette bidra til at deltakerne opplever veiing ved en eventuell vektstagnering eller vektoppgang i livsstilsprosjektet, som lite begripelig. Når deltakerne beskriver at de gjør som de har fått beskjed om ved å spise sunt og trene, men allikevel ikke går ned i vekt, kan dette bidra til at deltakerne ser livsstilsendringen som uhåndterbar (Antonovsky, 1987). Dette kan være, som nevnt tidligere, fordi at vektnedgang er selve målet med livsstilsendringen for deltakerne. Basert på deltakernes fortellinger om vekt og veiing, og i tråd med den salutogene teorien, kan veiing av kroppsvekt som en metode for å måle fremgang, fungerer som en stressor som har betydning for om deltakerne opplever livsstilsendringen som håndterbar og begripelig (Antonovsky, 1987).

Det å ha fast tilknytning til et sted og faste instruktører ved frisklivsentralen som deltakerne har gode relasjoner til, blir beskrevet å ha en positiv betydning for deres livsstilsprosjekt. Dette er også kjent tematikk innad i forskningsfeltet (Chen, Chou & Hsu, 2005; Thomas, Lewis, Hyde, Castle & Komesaroff, 2010; Fucuoka et al 2011; Knutsen, Terragnia & Foss, 2011). Den opplevde kvaliteten på den sosiale støtten, men også de gode og trygge relasjonene deltakerne beskriver til instruktørene, kan ifølge Antonovsky (1987) være av stor betydning for hvordan deltakerne opplever livsstilsendringen. I tråd med salutogenese, kan den faste tilknytningen og de faste instruktørene fungerer styrkende og betydningsfulle for

deres livsstilsendring (Antonovsky, 1987). I ulike situasjoner og i møte med utfordringer og problemer som deltakerne møter på underveis i deres livsstilsendring, kan dette oppleves som en motstandsressurs som kan bidra til at deltakerne er bedre rustet for å håndtere ulike utfordrende situasjoner (Antonovsky, 1987). Instruktørene blir av deltakerne beskrevet som helt uvurderlige, og som svært betydningsfulle for om livsstilsendringene skal være mulig å gjennomføre. Videre beskriver deltakerne noe som kan synes som et slags avhengighetsforhold til instruktørene. Her presiserer flere at de ikke hadde gjennomført, eller fortsatt på sin livsstilsendring om de ikke lenger kunne være tilknyttet frisklivsentralen, eller om instruktørene ble byttet ut. Et opplevde avhengighetsforhold til en instruktør blir av andre forskere beskrevet å kunne ha en avgjørende betydning for en deltakers livsstilsendring (Chen et al., 2005; Thomas et al., 2010). Ifølge deltakernes fortellinger, er det viktigere for de å bli sett og føle seg likeverdige med instruktørene enn selve kompetansen deres. Deltakerne distanserer seg litt fra eget prosjekt, og har vanskeligheter med å ta fullt ansvar for egen situasjon. I følge Antonovsky (1987) kan dette ha betydning for om ulike situasjoner og aktiviteter i livsstilsendringen blir håndtert og utført fordi det oppfattes som givende og engasjerende for deltakerne, eller om utføring av disse er et resultat av å oppnå en opplevd forventning (Antonovsky, 1987). Videre kan dette medføre at livsstilsendringen oppleves som mindre meningsfull for deltakerne, og at måten de opplever og håndterer ulike utfordringer i affekt av dette, kan ha en negativ betydning for deres livsstilsendring (Antonovsky, 1987).

Basert på deltakernes fortellinger, holder de på med livsstilsendringene som et resultat av forventninger og at de «bare gjør som de får beskjed om». Ikke fordi det oppleves som noe meningsfullt i deres livsverden og hverdagsliv. I samsvar med salutogenese kan det ha stor betydning at deltakerne opplever at livsstilsendringen gir mening i deres livsverden, om de skal oppleve en sterk opplevelse av sammenheng i deres livsstilsendring (Antonovsky, 1987). Dette betyr ikke at livsstilsendringen må oppleves som utelukkende positiv i alle situasjoner og på alle arenaer i deres livsverden, men at livsstilsendringen generelt oppleves som meningsfull (Antonovsky, 1987). Ifølge Anonovsky (1987) kan det at deltakerne opplever livsstilsendringen som meningsfull, eller ikke, ha stor betydning for på hvilken måte de tar del i, og involverer seg i livsstilsendringene og de ulike prosessene som slike endringer medfører og krever.

#### 6.4 Når jeg blir til vi – gruppens rolle i en livsstilsendring

Hos frisklivscentralen er all fysisk aktivitet, trening og kurs gruppebasert, noe som betyr at deltakerne har til enhver tid forholdt seg til andre deltakere hos frisklivscentralen. Gruppen deltakerne er tilknyttet til ble beskrevet å være av stor betydning for deltakernes livsstilsendringer. De fortalte blant annet om opplevelsen av tilhørighet, sosial støtte og trygghet, men også hvordan de sammenlignet seg med hverandre. Denne delen vil derfor omhandle følelser, tanker og meninger deltakerne har om sine erfaringer knyttet til det å være en del av en gruppe i en livsstilsendring.

Deltakerne fortalte at en opplevelse å ha mennesker som de anså som trygge rundt seg, var viktig i deres livsstilsprosjekt. De beskrev at den sosiale støtten og de opparbeidede relasjonene de hadde knyttet til hverandre, hadde en stor betydning for om de møtte opp på treningene. Videre ble det beskrevet at det også hadde betydning for hvordan de opplevde treningen. Annen forskning har dokumentert at den sosiale støtten har en stor betydning i en livsstilsendring (Chen et al., 2005; Fucuoka et al., 2011; Bratland-Sanda, Lislevatn & Lerdal, 2014). Basert på deltakernes fortellinger og i tråd med den salutogene teorien, kan opplevelsen av trygghet og sosial støtte ha en betydningsfull rolle for om deltakerne opplever ulike utfordringer som håndterbare (Antonovsky, 1987). Ifølge Antonovsky (1987) kan sosiale relasjoner, som i dette tilfelle er gruppen deltakerne er tilknyttet, ha betydning for hvilke generelle motstandsressurser deltakerne besitter i møte med ulike utfordringer. En slik tilhørighet og de sosiale relasjonene deltakerne beskriver, kan derfor fungere som en styrkende ytre resurs i møte med motgang og utfordringer (Antonovsky, 1979).

Deltakerne beskrev at de opplevde en sterk tilhørighet til gruppen. Basert på deres fortellinger, hadde de opparbeidet seg en slags gruppeidentitet, som ble beskrevet å være sentral i deres livsstilsendring. En opplevd tilhørighet har vist seg å være betydningsfull for deltakere i en livsstilsendring, ifølge en tidligere teoretisk analyse (Cohen & McKay, 1984). Når deltakerne fortalte om det å skulle trene på egenhånd, eller inntrykket de besatt av andre mennesker som trente, formidlet deltakerne en slags «oss mot dem» mentalitet. De beskrev at det var uaktuelt å reise alene på treningssenter. På en annen side beskriver deltakerne at de opplever å ikke passe inn på «vanlig treningssenter», de opplever at det er en arena med uoppnåelige forventninger. Basert på deltakernes fortellinger, opplever de at trening i ulike omgivelser og arenaer bærer preg av hvorvidt de føler at de kan identifisere seg med andre tilstedeværende personer. I lys av salutogenese, kan opplevelsen deltakerne får ved treninger på ukjente arenaer og uten kjente mennesker, ha betydning for hvilke motstandsressurser de

har tilgjengelig i møte med utfordringene. Treningen kan være akkurat den samme som på frisklivsentralen, men med et fravær av gruppen som en ytre motstandsressurs kan dette ha betydning for om deltakeren klarer å se situasjonen som håndterlig (Antonovsky, 1987). Fravær av gruppen som en ytre motstandsressurs kan ifølge Antonovsky (1987) medføre at det ukjente fungerer som en stressor, som igjen kan ha betydning for om deltakerne gjennomfører en trening eller ikke.

Deltakerne fortalte at en opplevd tilhørighet og trygghet derimot ikke kom som en selvfølge når de ble plassert i en gruppe hos frisklivsentralen. De beskrev at det var avhengig av at frisklivsentralen kunne tilby plass i en gruppe med stort mangfold i form av fysisk form. Derimot med et fravær av veldig godt trente mennesker. Det var viktig at det var andre mennesker til stede som de kunne identifisere seg med. Dette er kjent tematikk på forskningsfeltet, hvor fravær av en opplevd identifisering beskrives å kunne bidra til følelsesmessig utrygghet (Cohen & McKay, 1984). Ifølge Antonovsky (1987) kan den opplevde identifiseringen deltakerne beskriver, eller et fravær av den, ha betydning for om en situasjon fremstår som håndterbar eller ikke for den enkelte. Dersom deltakerne opplever å ikke kunne identifisere seg med den gruppen de er tildelt, kan dette føre til at de opplever det som en så ubehagelig og belastende situasjon at det kan ha betydning for om de fortsetter på sin livsstilsendring i regi av frisklivsentralen (Antonovsky, 1987).

Til tross for at deltakerne beskriver at gruppen de er tilknyttet på nåværende tidspunkt, oppleves som trygg og støttende, forteller de at det foregår mye sammenligning av fysisk form innad i gruppen. I noen tilfeller var det også lite refleksjon på eget utgangspunkt. Deltakerne hadde nesten uoppnåelige forventinger til egen fysisk prestasjon i sammenligning med de andre deltakerne, og ble svært skuffet når de ikke innfridde disse forventningene. I tråd med salutogenese, trenger ikke tilknytningen til en gruppe under en livsstilsendring nødvendigvis alltid være en styrkende resurs for deltakerne, men heller være dynamisk. Gruppen kan på samme måten som den fungerer som en styrkende motstandsressurs, skape stress og utfordringer for deltakerne. Ifølge Antonovsky (1987) kan dette ha betydning for om deltakerne har, eller ikke har, en opplevelse av sammenheng i livsstilsendringen.

## 7.0 Oppsummering

Det å skulle gjennomgå en livsstilsendring kan være en omfattende, tidkrevende og belastende prosess for den enkelte. Tidligere erfaring med livsstilsendringer kan være av stor betydning i ett nytt forsøk på å legge om levevaner og livsstil. Livsstilsendringer handler om mer enn bare fysisk aktivitet, trening og regulering av kosthold, og kan oppleves som svært komplekst og sammensatt. En fast tilknytning til et sted og instruktører blir ansett som svært betydningsfullt. Aspekter som sosial støtte, trygghet og identifisering innad i en tilhørende gruppe anses å kunne være svært viktig for opplevelsen av den gruppebaserte treningen.

### 7.1 Veien videre

I arbeid med denne oppgaven ble jeg oppmerksom på spesielt et fenomen som tilsynelatende er lite forsket på innad i forskningsfeltet. Deltakerne i dette studie hadde en gjennomgående alt- eller ingenting holdning når det kom til livsstilsendringer. I de situasjonene/periodene deltakerne opplevde at de var dedikerte til endringene, medførte dette et sunnhetsfokus som nesten var altoppslukende. Jeg opplevde at dette kunne knyttes til hvor inngripende og omfattende en livsstilsendring generelt oppleves for deltakerne. Jeg anser videre at dette kan være en mulig bidragsyter til at en deltaker eventuelt avslutter sitt livsstilsendringsprosjekt i fremtiden.

Etter mange litteratursøk i et forsøk på å validere dette funnet opp mot annen forskning og faglitteratur, var det derimot tilsynelatende ingen som hadde undersøkt fenomenet. Ut ifra studiets resultater, anser jeg dette som et svært viktig og sentralt aspekt for forståelsen av hvor kompleks en livsstilsendring kan være. Ved at fagfeltet opparbeider seg en større forståelse for slike meningsbærende fenomener, kan vi muliggjøre å på bedre måte legge til rette for gode opplevelser innad i en livsstilsendring. Dette anser jeg som sentralt for den enkeltes psykiske og mentale helse under en livsstilsendring, og betydningsfull for om en deltakers livsstilsendring oppleves som vellykket. Fremtidig forskning innenfor fagfeltet bør derfor prioritere studier med kvalitative forskningstilnæringer som retter seg mot å belyse dette.

## Referanser

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blackburn, M. & Stathi, A. (2019). Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. *Social Science & Medicine*, 230, 166-173. doi:10.1016/j.socscimed.2019.03.032
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Qual Life Res*. 2020.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjonskurs for sykelige overvektige. *Forskning*, 7: 14-22 doi: 104220/sykepleienf.2012.0024
- Bratland-Sanda S., Lislevatn F. & Lerdal A. (2014) 'Frisklivsresept – en tverrsnittundersøkelse fra friklivssentralen i Modum kommune'. *Fysioterapeuten* 3:18-24.
- Brown-Bowers, A., Ward, A. & Cormier, N. (2017). Treating the binge or the (fat) body? Representations of fatness in a gold standard psychological treatment manual for binge eating disorder. *Health*, 21(1), 21-37. doi:10.1177/1363459316674788
- Burgess, E., Hassmen, P., Welvaert, M. & Pumpa, K. L., (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes*, (2):105-114. doi: 10.1111/cob.12180.
- Byrne, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*. Vol 27, 955-962. doi: 10.1038/sj.ijo.0802305

- Campbell, F., Holmes, M., Everson-Hock, E., Davis, S., Buckley, W., H., Anokye, N., ... & Kaltenthaler, E. (2015). A systematic review and economic evaluation of exercise referral schemes in primary care: a short report. *Health Technol Assess.* *19(60)*:1-110.
- Chambers, J. A. & Swanson, V. (2012). Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *British Journal Of Health Psychology*, *17*, 223-243. Doi:10.1111/j.2044F8287.2011.02039.x
- Chen, M. Y., Chou, C. C. & Hsu, C. Y. (2005). 'The experiences of overweight female adolescents after health promotion counseling'. *J Nurs Res.* *13(1)*:41-8.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). *Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis*. I Baum, A., Taylor, S. E. & Singer, J. E. (eds.), *Handbook of Psychology and Health*. (s. 253-267). New Jersey: Hillsdale
- Connor, M. & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behavior*. Berkshire: Open University Press.
- Dalen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Denison, E., Vist, G. E., Underland, V. & Berg, R. C. (2014). Interventions aimed at increasing the level of physical activity by including organised follow-up: a systematic review of effect. *BMC Fam Pract*, *15*:120.
- Dugdill, L., Graham, R. C. & McNair, F. (2005). Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. *Journal Ergonomics*, *48(11-14)*:1390-410.
- Engelsrud, G. (2005). The lived body as experience and perspective: Methodological challenges. *Qualitative Research*, *5(3)*, 267-284.  
<http://doi.org/10.1177/1468794105054455>.
- Evans, J., Rich, E., Davies, B. & Allwood, R. (2008). *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrication*. New York: Routledge



- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Sosiale helseforskjeller. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosialehelseforskjeller/#sosiooekonomiske-forskjeller-i-levevaner>
- Folling, I., Solbjør, M., & Helvik, A. S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16(1), 73. doi: 10.1186/s12875-015-0292-z
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Lastet ned 18.mai 2020 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Fossheim, H. J. (2015). *Samtykke*. Lastet ned 18.mai 2020 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvernog-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>
- Fukuoka, Y., Kamitani, E., Bonnet, K. & Lindgren, T. (2011). 'Real-Time Social Support Through a Mobile Virtual Community to Improve Healthy Behavior in Overweight and sedentary Adults: A Focus Group Analysis'. *J Med Internet Res*, 13(3):49.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid – fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies* (2. utg.). Los Angeles: Sage
- Groven, K. S. (2014). *Striving for healthy lives, striving for social acceptance: Women's experiences following gastric bypass surgery*. (Doktorgradsavhandling). Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. 2014.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig* (5.utg.). Oslo: Cappelens Forlag AS.

- Hardcastle, S. & Hagger, M.S. (2011). "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sport & Exercise*. Vol. 12, Issue 3, 314-323.
- Harrison, E. (2012). The body economic: The case of "childhood obesity". *Feminism & Psychology* 22(3), 324-343
- Heggøy, K. (2016). *Helsefremming hos overvektige deltakere ved Frisklivssentral – en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.mld. 16 (2002-2003)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet fra [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013-2017 (NCD strategy 2013-2017)*.
- Helse – og omsorgsdepartementet, arbeids – og sosialdepartementet, barne – og familiedepartementet, kommunal – og regionaldepartementet, kultur – og kirkedepartementet, miljøverndepartementet, samferdselsdepartementet & utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009: Sammen for fysisk aktivitet*. Tilgjengelig fra: [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fahandlingsplan\\_2005-2009.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fahandlingsplan_2005-2009.pdf)
- Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering*. (IS-1896) Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunalefrisklivssentraler-etablering-og-organisering/Publikasjoner/Frisklivsveileder%20elektronisk%20versjon%20050413.pdf>

- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne* (IS-1735). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/\\_attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Hvorfor etablere frisklivssentraler?* Hentet 09. juni 2021, fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Høigaard, R. (2013). *Gruppedynamikk i idrett*. Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press
- Illich, I. (1975). *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kelly, M. P. & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136:109-16.
- Knutsen, I. R., Terragnia, L. & Foss, C. (2011). 'Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves'. *Nursing Inquiry*. 18(4):348–358.
- Krumsvik, R. J. (Red.). (2019). *Kvalitativ metode i lærerutdanninga*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Introduction to interviews*. I: S.Kvale & S. Brinkman, Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing. (s. 1-21). Los Angeles: Sage.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lavie, C. J., Ozemek, C., Carbone, S., Katzmarzyk, P. T., & Blair S. N. (2019). Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. *Circulation Research*, 124, 799–815. doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life; Lancet Physical Activity Series Working Group. *Lancet*, (380), 219–229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2013). Economic costs of overweight and obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2):105-15. doi: 10.1016/j.beem.2013.01.002
- Lewis, S., Thomas, S.L., Hyde, J., Castle, D.J. & Komesaroff, P.A. (2011). A Qualitative Investigation of Men's Experiences With Their Weight. *American Journal of Health Behaviour*, 35 (4): 458-469.
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud K., (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2009). "Norwegian fear fatness more than anything else" – A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling* (81), 47-52

- McAllister, E. J., Dhurandhar, N. V., Keith, S. W., Aronne, L. J., Barger, J., Baskin, M., ... & Allison, D. V. (2009). Ten Putative Contributors to the Obesity Epidemic. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 49(10):868-913. doi: 10.1080/10408390903372599.
- Medvedyuk, S., Ali, A. & Raphael, D. (2018). Ideology, obesity and the social determinants of health: a critical analysis of the obesity and health relationship. *Critical Public Health*, 28:5, 573-585, DOI: 10.1080/09581596.2017.1356910
- Moe, S. (2009). 'Et kroppsfenomenologisk syn på fysisk aktivitet og bevegelse'. *Fysioterapeuten* 4:17-21.
- Morgan, O. (2005). Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health*, 119(5):361-70.
- Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim M. (2013). Totally Changed, Yet Still the Same: Patients' Lived Experiences 5 Years Beyond Bariatric Surgery. *SAGE journals*, 23(9):1202-1214.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults*
- NESH. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier – Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norges Idrettshøgskole. (2020). *NIHs etiske komité*. Lastet ned 18.mai 2020 fra <https://www.nih.no/forskning/forskning-pa-nih/etikk/nihs-etisk-komite/>
- Nylenna, M. (2020). *livsstil* i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 5. februar 2021 fra <https://sml.snl.no/livsstil>

- O'Hara, L., Taylor, J., & Barnes, M. (2015). The extent to which the public health 'war on obesity' reflects the ethical values and principles of critical health promotion: a multimedia critical discourse analysis. *Health Promotion Journal of Australia*, 26(3), 246-254. doi:10.1071/HE15046
- Orrow, G., Kinmonth, A. L., Sanderson, S. & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br Med*, 344:1389.
- Pavey, T., Taylor, A., Fox, K., Hillsdon, M., Anokye, N., Campbell, J. ... & Taylor, R. S. (2011). Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Br Med J*, 343:6462.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012) *Nursing research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice* (9th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. K. (2010). *Kvalitativ Metode, en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget, 2010
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Reyes, N. R., Oliver, T. L., Klotz, A. A., LaGrotte, C. A., Vander, V. S. S., Virus, A., ... & Foster, G. D. (2012). Similarities and Differences between Weight Loss Maintainers and Regainers: A Qualitative Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Vol 112(4), 499-505. Doi:10.1016/j.jand.2011.11.014
- Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K. M. & Nigg, C. R. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Preventive Medicine*. 40: 769-778
- Rønningen, G. E. (2003). Nærmiljø: nostalgi - eller aktuell arena i fore- byggende og helsefremmende arbeid? I: H.A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog*, ss. 52-73. Bergen: Fagbokforlaget.

- Rugseth, G. (2006). Når perspektivet endres. Fra fett til erfaring. *Fysioterapeuten*, 8, 17-21.
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag.* (Doktorgradsavhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet.
- Russel, H. A., Rufus, C., Fogarty, C. T., Fiscella, K. & Carroll, J. (2013). ‘You need a support. When you don’t have that ... chocolate looks real good’. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. *Family Practice*, 30(4):452-458. doi: 10.1093/fampra/cmt009
- Sælø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en Frisklivssentral* (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- Sallis, J. F., & Saelens, B. E. (2000). Assessment of physical activity by self-report: status, limitations, and future directions. *Res Q Exerc Sport*, 71(2), S1-14.
- Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H. & Mildestvedt, T. (2018). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018:1403494818785260.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29. Doi: 10.1111/j.1464F0597.2007.00325.x
- Specchia, M. L., Veneziano, M. A., Cadeddu, C., Ferriero, A. M., Mancuso, A., Iannuale, C., ... Ricciardi, W. (2014). Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review. *Eur J Public Health*, 25(2):255-62. doi: 10.1093/eurpub/cku170.
- Spradley, J. P. (1980) *Participant observation*. Hentet fra:  
[https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=q7DICwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&ots=H-djN1PW67&sig=LOfB3seFOU8WXu588kFNFeZ-v2w&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=q7DICwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&ots=H-djN1PW67&sig=LOfB3seFOU8WXu588kFNFeZ-v2w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Statistisk Sentralbyrå (2020). *Frisklivsentraller og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019*. Statistisk sentralbyrå. Oslo – Kongsvinger. ISBN 978-82-587-1257-9

- Taylor, S. E. (2012). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Companies
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese-hva er det. *Michael*, 4(2), s. 144-149. Hentet fra [http://dnms.no/index.php?seks\\_id=84169&treeRoot=83284&element=Subsek3&a=1](http://dnms.no/index.php?seks_id=84169&treeRoot=83284&element=Subsek3&a=1)
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, S. L., Lewis, S., Hyde, J., Castle, D. & Komesaroff P. (2010). 'The solution needs to be complex.' Obese adults' attitudes about the effectiveness of individual and population based interventions for obesity'. *BMC Public Health* 10:420.
- Thornquist E. (2001). 'Kroppssyn og faglige utfordringer i dag'. *Fysioterapeuten*. 68(14): s. 9-15.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tranøy, K. E. (2019). *metode* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 22. mars 2021 fra <https://snl.no/metode>
- Walseth, L.T., Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124: s. 65-66.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra [www.who.int](http://www.who.int)
- World Health Organization. (2000). *Obesity. Preventing and Managing the Global epidemic. Report of WHO consultation on obesity*. WHO Technical Report Series, No 894 (pp. 1-253).
- World Health Organization. (2018). *Fact Sheets; Obesity and overweight*. World Health Organization



# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Godkjenning fra NSD

**Vedlegg 2:** Godkjenning NIHs etiske komite

**Vedlegg 3:** Informertsamtykkeskjema til deltakerne

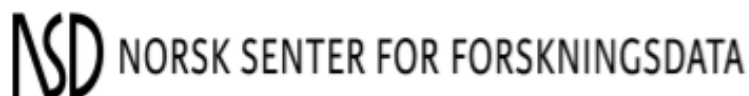
**Vedlegg 4:** Informertsamtykkeskjema til tilstedeværende under observasjonsøkter

**Vedlegg 5:** Intervjuguide

## Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

18.6.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer

#### Referansenummer

778977

#### Registrert

10.09.2020 av Aase Maren Nybu Bostad - ambostad@student.nih.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges idrettshøgskole / Institutt for idrettsmedisinske fag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gro Rugseth , gror@nih.no, tlf: 4797730285

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Aase Maren Nybu Bostad, aasemaren@hotmail.com, tlf: 41598181

#### Prosjektperiode

15.08.2020 - 01.07.2021

#### Status

07.10.2020 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 07.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2021.

**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 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

**PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer 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**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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 dere følge interne retningslinjer og eventuelt 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: Jørgen Wincentsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 2: Godkjenning NIHs etiske komite

Gro Rugseth  
Institutt for idrettsmedisinske fag

OSLO 25. september 2020

### Søknad 160 – 240920 – Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer

Vi viser til søknad, prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv, intervjuguide og innsendt melding til NSD.

I henhold til retningslinjer for behandling av søknad til etisk komite for idrettsvitenskapelig forskning på mennesker, ble det i komiteens møte av 24. september 2020 konkludert med følgende:

#### Vurdering

Det fremgår av søknaden at masterstudenten vil delta som deltagende observatør på 2-3 gruppe-treningstimer for personer som deltar i et livsstilendringsprogram. Observasjonen dokumenteres skriftlig. I tillegg skal det gjennomføres fokusgruppeintervju. Dersom noen av deltakerne i programmet ikke ønsker å være med i prosjektet, men likevel deltar i gruppetimene, må det innhentes samtykke til observasjon fra disse. Komiteen forutsetter at den aktuelle frisklivssentral tilrettelegger for et alternativ til eventuelle personer som ikke ønsker å bli observert, og at frisklivssentralen informerer deltakerne om dette før et samtykke innhentes. De fleste som deltar i programmet har ulike helseutfordringer knyttet til overvekt, og for noen kan det oppleves som vanskelig å snakke i en gruppe om tema som berører overvekt. Komiteen savner derfor noe mere informasjon i samtykkeskrivet om hvilke tema som inngår i fokusgruppeintervjuet (ref. vedlagte intervjuguide). Komiteen vil bemerke at det kan være hensiktsmessig med ett samtykkeskriv for prosjektet hvor det krysses av for hvilke deler av prosjektet en ønsker å delta i.

#### Vedtak

*På bakgrunn av forelagte dokumentasjon finner komiteen at prosjektet er forsvarlig og at det kan gjennomføres innenfor rammene av anerkjente etiske forskningsetiske normer nedfelt i NIHs retningslinjer. Til vedtaket har komiteen lagt følgende forutsetning til grunn:*

- *Vilkår fra NSD følges*
- *Samtykkeskjema justeres mht innhold i fokusgruppeintervju*

- 
- *Utarbeidelse av samtykkeskriv for observasjon uten deltagelse i prosjektet (hvis aktuelt)*
  - *Frisklivscentralen tilrettelegger for et alternativ til gruppe-treningstimer for de som ikke ønsker å bli observert*
  
  - *Samtykkeskrivene sendes komiteen til orientering*

Komiteen forutsetter videre at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte i tråd med de til enhver tid gjeldende tiltak ifbm Covid-19 pandemien.

Komiteen gjør oppmerksom på at vedtaket er avgrenset i tråd med fremlagte dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Med vennlig hilsen



Professor Sigmund Loland  
Leder, Etisk komite, Norges idrettshøgskole

## Vil du delta i min masteroppgave ”*Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer*”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt (masteroppgave) hvor formålet er å undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne studien skal undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i fysisk aktivitet som en del av et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. Problemstillingen er: **Hvordan erfarer et utvalg voksne kvinner og menn med overvekt å delta i gruppebasert fysisk aktivitet?**

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges idrettshøgskole.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du deltar i et gruppetreningsopplegg i regi av en frisklivssentral.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I innsamling av data til denne studien vil både fokusgruppeintervju og deltagende observasjon bli benyttet som metode.

- *Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar i ett fokusgruppeintervju. Intervjuet vil bli tatt opp med digital diktafon.*
- *Videre vil det innebære at jeg vil være tilstede som deltagende observatør i 2-3 av gruppetreninger.*

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle personidentifiserbare data skal anonymiseres. Navnet ditt og kontaktopplysninger om deg vil

kodes og erstattes med nummer, som lagres adskilt fra øvrige data. Det vil kun være min veileder Gro Rugseth og jeg som har tilgang til dine opplysninger.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Data som blir innhentet og lagret i arbeid med masteroppgaven vil bli slettet/destruert så fort masteroppgaven er ferdigstilt, som er i juli 2021. Dataene vil underveis i arbeidet med masteroppgaven bli lagret på forsvarlig vis etter retningslinjer utarbeidet ved NIH.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges idrettshøgskole 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?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges idrettshøgskole ved Gro Rugseth (e-post: [gror@nih.no](mailto:gror@nih.no))
- Vårt personvernombud: e-post: [personvernombud@nih.no](mailto:personvernombud@nih.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gro Rugseth  
(Forsker/veileder)

Aase Maren Nybu Bostad

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju i fokusgrupper som tas opp med digital diktafon
- å delta i observasjon som dokumenteres skriftlig

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vil du delta i min masteroppgave ”Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt (masteroppgave) hvor formålet er å undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne studien skal undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i fysisk aktivitet som en del av et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. Problemstillingen er: **Hvordan erfarer et utvalg voksne kvinner og menn med overvekt å delta i gruppebasert fysisk aktivitet?**

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges idrettshøgskole.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du deltar i et gruppetreningssopplegg i regi av en frisklivssentral.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I innsamling av data til denne studien vil både fokusgruppeintervju og deltagende observasjon bli benyttet som metode. Dette informasjonsskrivet og samtykkeskjema gjelder derimot for deg som kun ønsker å delta i gruppetreningene og IKKE i fokusgruppeintervjuene.

- *Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du godtar at jeg vil være tilstede som deltagende observatør i 2-3 av gruppetreninger, hvor ulike observasjoner vil bli dokumentert skriftlig i etterkant av observasjonen.*

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle personidentifiserbare data skal anonymiseres. Navnet ditt og kontaktopplysninger om deg vil kodes og erstattes med nummer, som lagres adskilt fra øvrige data. Det vil kun være min veileder Gro Rugseth og jeg som har tilgang til dine opplysninger.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Data som blir innhentet og lagret i arbeid med masteroppgaven vil bli slettet/destruert så fort masteroppgaven er ferdigstilt, som er i juli 2021. Dataene vil underveis i arbeidet med masteroppgaven bli lagret på forsvarlig vis etter retningslinjer utarbeidet ved NIH.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges idrettshøgskole 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?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges idrettshøgskole ved Gro Rugseth (e-post: [gror@nih.no](mailto:gror@nih.no))
- Vårt personvernombud: e-post: [personvernombud@nih.no](mailto:personvernombud@nih.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Gro Rugseth*  
(Forsker/veileder)

*Aase Maren Nybu Bostad*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjon som dokumenteres skriftlig

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vil du være til stede under observasjoner til min masteroppgave ”*Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer*”?

I arbeid med min masteroppgave skal jeg observere et utvalg mennesker ved din frisklivssentral. Formålet er å undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. Dette informasjonsskrivet er til deg som IKKE ønsker å delta i prosjektet, men allikevel ønsker å delta i øktene hvor jeg vil observere eventuelle deltakere i prosjektet. I dette skrevet gir vi deg informasjon, og hva det vil innebære for deg.

### **Formål**

Denne studien skal undersøke hvordan personer med overvekt opplever å delta i fysisk aktivitet som en del av et livsstilsendringsprogram ved en frisklivssentral. Problemstillingen er: **Hvordan erfarer et utvalg voksne kvinner og menn med overvekt å delta i gruppebasert fysisk aktivitet?**

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges idrettshøgskole.

### **Hva innebærer det for deg å være tilstede under de deltagende observasjonene?**

I innsamling av data til denne studien vil både fokusgruppeintervju og deltagende observasjon bli benyttet som metode. Dette informasjonsskrivet og samtykkeskjema gjelder derimot for deg som IKKE ønsker å delta i prosjektet, men som allikevel ønsker å være tilstede/delta på treningsøktene hvor jeg vil foreta mine observasjoner av eventuelle deltagere gjennom deltagende observasjon.

- *Hvis du velger å delta i treningsøktene innebærer det at du godtar at jeg vil være tilstede som deltagende observatør i 2-3 av gruppetreninger. Det vil IKKE bli gjort eller dokumentert noen observasjoner av deg og/eller din rolle i gruppen.*

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta øktene. Hvis du velger å være tilstede/delta under øktene, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Om du ikke ønsker å delta under treningsøktene hvor jeg er med som observatør har du rett på et annet tilbud fra frisklivssentralen i de aktuelle treningsøktene.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle personidentifiserbare data skal anonymiseres. Navnet ditt og kontaktopplysninger om deg vil kodes og erstattes med nummer, som lagres adskilt fra øvrige data. Det vil kun være min veileder Gro Rugseth og jeg som har tilgang til dine opplysninger.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Data som blir innhentet og lagret i arbeid med masteroppgaven vil bli slettet/destruert så fort masteroppgaven er ferdigstilt, som er i juli 2021. Dataene vil underveis i arbeidet med masteroppgaven bli lagret på forsvarlig vis etter retningslinjer utarbeidet ved NIH.

**Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges idrettshøgskole 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?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges idrettshøgskole ved Gro Rugseth (e-post: [gror@nih.no](mailto:gror@nih.no))
- Vårt personvernombud: e-post: [personvernombud@nih.no](mailto:personvernombud@nih.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Gro Rugseth*  
(Forsker/veileder)

*Aase Maren Nybu Bostad*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; Gruppetrening for livsstilsrelaterte helseutfordringer, og hvordan dette vil påvirke meg som velger og IKKE delta i prosjektet, men være tilstede/delta i treningsøktene. Jeg har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- At observatør er tilstede for å foreta deltagende observasjoner av eventuelle deltagere under treningsøktene hvor jeg deltar.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Fokusgruppeintervjuguide

For deltakere i en frisklivsentral

FGI guide: cirka 1 t 30 min

<b>Fase 1: Rammesetting</b>	<b>Løs prat (5 min)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Uformell prat, få deltakerne til å bli trygge på settingen</li></ul> <b>Informasjon (5-10 min)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fortelle litt om temaet for samtalen, og på hvilken måte det er tenkt å gjennomføres</li><li>- Repetere for deltakere hva intervjuet skal brukes til, gjenta taushetsplikt og anonymitet</li><li>- Informere om lydopptak</li></ul>
<b>Fase 2: Erfaringer</b>	<b>Overgangsspørsmål (20 min)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Spørre deltakerne om hvilke personlige erfaringer de har rundt temaet</li><li>- Tanker og følelser rundt temaet?</li><li>- Hvordan ble du/dere oppmerksom på tilbudet til frisklivsentralen?</li><li>- Hvilke tanker/forventinger hadde du/dere før kursets oppstart?</li><li>- Hvilke tanker hadde du/dere rundt at den fysiske aktiviteten skulle foregå i grupper?</li><li>- Har du/dere noen erfaringer med livsstilsendring fra tidligere? Hvilke, positive/negative? Organisert/eget initiativ?</li></ul> <b>Oppfølgingsspørsmål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kan du utdype ... Når du sier ... mener du da ... Forstår jeg deg riktig når ... Vil det si at ...</li></ul>
<b>Fase 3: Fokusering</b>	<b>Nøkkelsspørsmål (50-60 min)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan opplever du/det å ha fysisk aktivitet i gruppe?</li><li>- Hvordan opplever du/dere at intensiteten på timene påvirker gruppedynamikken under øktene?</li><li>- Hvordan opplevde du/dere å møte første gang på ny time med nye mennesker?</li><li>- Opplever du/dere å finne støtte i gruppen? På hvilken måte?</li><li>- Hva tror du/dere hadde vært annerledes om tilbudet hadde foregått 1 til 1 og ikke i gruppe?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke opplevelser har du/dere rundt at den fysiske formen hos de andre deltakerne i gruppen er varierende? Blir dere motivert/demotivert om noen har en bedre fysisk form en deg selv? Hvorfor?</li> <li>- Hvordan føler du/dere at et eventuelt samhold i gruppen kan bidra til økt motivasjon for livsstilsendring? Føler man seg mer eller mindre alene om å nå målene sine?</li> <li>- <b>Oppfølgingsspørsmål</b></li> <li>- Kan du utdype ... Når du sier ... mener du da ... Forstår jeg deg riktig når ... Vil det si at ...</li> <li>- <b>Spørsmål knyttet til den deltagende observasjonen</b></li> </ul>
<b>Fase 4: Tilbakeblikk</b>	<b>Oppsummering (15-20 min)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppsummere eventuelle funn og sentrale utsagn som er spesielt knyttet til nøkkelspørsmål</li> <li>- Forsikre om at det er forstått riktig</li> <li>- Noe som bør legges til?</li> </ul>