



Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt



Foto: Erik M. Sundt

Centralbord : 20 894
Senter for skillevare
LMS





Foto: Erik M. sundt



Foto: Erik M. sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I Norge er behandling og forebygging av sykkelig overvekt et helsepolitisk satsingsområde. I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) være nyttig.

Hensikt: Å få fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen, og hvilken betydning et LMS kan ha i denne sammenheng.

Metode: Studien har et utforskende deskriptivt design og består av individuelle livsformsintervjuer

med elleve personer som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram ved LMS for sykkelig overvekt. Dataene er analysert ved hjelp av en hermeneutisk – fenomenologisk forståelse.

Resultater: Fem hovedtemaer ble funnet; (1) Stor kropp og belastninger (2) Erfaringer med fastlege og helsepersonell (3) Mellom kunnskap og handling (4) Sosial støtte (5) Operasjon – eneste håp til endring.

Konklusjon: Motivasjon til livsstilsendring kom først når helseplagene

ble for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for å endre vaner. Et tilpasset opplæringsprogram, der erfarne brukere underviste i samarbeid med helsepersonell, bidro til at deltakerne opplevde kunnskap som personlig og relevant, og økte bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori kan være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motive-rende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring

ENGLISH SUMMARY

Motivation for lifestyle changes among morbidly obese people

Background: In Norway, prevention and treatment of morbid obesity are health policy priorities. In this process of change, a learning and mastery centre (LMC) might be helpful.

Objective: To gain deeper knowledge of what contributes to motivating the morbidly obese to lifestyle changes in everyday life, and the importance of an LMC in this context.

Methods: The study has an exploratory descriptive design consisting of individual lifestyle interviews of

eleven people who had previously participated in a training program at an LMC for morbid obesity. The data were analyzed using a hermeneutic-phenomenological understanding.

Results: Five main themes were found: (1) Large body and distress; (2) Experience with GPs and other health professionals; (3) Between knowledge and action; (4) Social support; and (5) Operation—the only hope for change.

Conclusion: Motivation for lifestyle changes emerged when the pro-

blems became too heavy, and were not due to having a large body in itself. The quality of meetings with GPs and other health professionals was crucial for changing habits. An adapted training program, where experienced users taught in collaboration with health care providers, increased the motivation and awareness for lifestyle changes. Cognitive theory can be a useful tool in the change process, and self-help groups can serve as a supportive and motivating network. Operation is seen as the final solution, and provides the greatest hope for change.

>> Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt

Forfattere: Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoen

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Livsstil
- Overvekt
- Mestring
- Undervisning

INTRODUKSJON

Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem i store deler av den vestlige verden. I Norge er behandling og forebygging av dette problemet et helsepolitisk satsingsområde (1). Nærmere én av 50 har antakelig sykkelig fedme, det vil si en kroppsmasseindeks (KMI) på ≥ 40 kg/m² eller ≥ 35 kg/m² pluss minst en følgesykdom (2). Sykkelig overvekt blir beskrevet som en progredierende, kronisk tilstand preget av mislykkede endringsforsøk og gjentatte tilbakefall (3). Tilstanden er også assosiert med negative holdninger, nedvurdering og stigmatisering fra befolkningen, i egen familie og fra helsepersonell (4,5). Disse aspektene har negative konsekvenser for livskvalitet og psykologisk velvære, som dårlig selvbilde, skamfølelse og økt krenkbarhet (6,7,8).

Studier viser at majoriteten av de som har forsøkt å gå ned i vekt, er tilbake ved utgangspunktet eller verre i løpet av ett år (9). Nyere studier viser at psykologiske intervensjoner som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening, særlig i kombinasjon med kostholds- og

treningsplan, virker positivt på livsstilsendring og vektreduksjon, selvtilitt og mestringfølelse (10,11).

Livsstilsendring krever kognitive og emosjonelle evner og ferdigheter, motivasjon og sosial støtte, og innsats over lang tid (12). For å oppnå atferdsendring må personen ha tro på sin egen evne til å gjennomføre endringer. Bandura (13) hevder at tiltro til egen mestringsevne (self-efficacy) påvirker hvordan personen selv vurderer sine sjanser for å lykkes. Hans teori har vært grunnlag i intervensjonsstudier med positive resultater for ulike grupper av kronisk syke, der man har vektlagt å styrke mestringstro (14). Motivasjonsintervensjoner, slik som motiverende intervju, der en særlig utforsker personens ambivalens omkring endring, kan være en nyttig hjelp til å ta beslutninger (12).

Helsepersonell som forsøker å motivere og støtte pasienter til livsstilsendring, kan oppleve det som en barriere når pasientene ikke er motivert til behandling (15). I dette endringsarbeidet kan et lærings- og mestringssenter (LMS) gi nyttige bidrag (16). Gjennom helseforetaket, som har et regionalt ansvar for all behandling av sykkelig overvekt, tilrettelegger LMS et obligatorisk opplæringsprogram for pasientene før man bestemmer endelig behandlingsforløp. Disse tilbudene er i liten grad systematisk evaluert. En forskergruppe har satt som mål

å evaluere endringer i form av læring og mestring etter gjennomførte læringstilbud på LMS, også blant personer med sykkelig overvekt (17). Et delprosjekt har til hensikt å innhente kunnskap om kjennetegn ved deltakernes læreprosesser, og hva som bidrar til økt kunnskaps- og handlingsrepertoar i hverdagslivet. Denne artikkelen bygger på funn fra dette delprosjektet og fokuserer følgende forskningsspørsmål: Hva bidrar til å motivere eller demotivere for livsstilsendring i

Hva tilfører artikkelen?

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt.

Mer om forfatterne

Lisbet Borge er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie og førstelektor ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse. Bjørg Christiansen, er førsteamanuensis og dr.polit. ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og Akershus. May Solveig Fagermoen er sykepleier, PhD og seniorforsker ved Oslo universitetssykehus, Medisinsk klinikk, Gastromedisinsk avdeling og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap. Kontaktperson: lisbet.borge@diakonhjemmet.no.

hverdagen? Hvilken betydning har deltakelsen i opplæringsprogrammet hatt for dem?

METODE

Vi benyttet utforskende deskriptivt design og samlet inn data ved hjelp av individuelle livsformsintervjuer. Dette er en variant av utforskende, kvalitativt intervju, som tar utgangspunkt i beskrivelser av hverdagslivspraksiser, med tid som en strukturerende akse. (18). Hvert intervju fulgte en tidsmessig rekkefølge av hendelser gjennom døgnet for å få tak i konkrete hendelser og informantens tanker om hendelsene. Intervjuformen er et godt hjelpemiddel til å se informantene som handlende, i forhold til hvem som inngår i handlingene, hva som gjøres av hvem og når, hvor handlingene skjer og vanlige og uvanlige hendelser. Hensikten var å få innsikt i informantens egen forståelse, handlemåter og erfaringer som har betydning for mestring og kunnskapstilegning i hverdagslivet. Deltakere ble intervjuet av henholdsvis første- og andreforfatter på deres arbeidsplass eller ved LMS. Intervjuene tok utgangspunkt i to hovedtemaer: 1) Livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging og 2) Erfaringer med LMS-kurset: hva har hatt betydning? Hvert intervju

” Å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste.

varte cirka en drøy time og ble tatt opp på bånd. Alle intervjuene ble transkribert ordrett.

Opplæringsprogram

Opplæringsprogrammet på LMS foregikk i grupper der deltakerne møttes fire timer annenhver uke ti ganger. Tre samlinger besto av

TABELL 1: Beskrivelse av informantene (n=11)

Kvinner/menn	7/4
Alder	26 – 56 år
Samboende/alene	5/6
Utdanning	
Høgskole	2
Videregående	3
Yrkesfag	6
Aktivt i arbeid (100 %)	7
Sykmeldt/attføring eller uføretrygdet	4
Ønsket operasjon/operert	9
Ønske om konservativ behandling	2

informasjon om ulike behandlingsmetoder, de resterende syv fokuserte på endring av vaner og livsstil. Programmet vektla en kognitiv tilnærming, som omhandler hvordan våre følelser påvirkes av hvordan vi tenker og handler (10,12). Erfarne brukere deltok i undervisningen sammen med tverrfaglig helsepersonell, representanter fra aktuelle brukerorganisasjoner og aktivitetstilbud. Deltakerne ble også oppfordret til å etablere selvhjelpsgrupper i forlengelsen av kurset.

Utvalg

Det ble sendt ut skriftlig invitasjon til 44 tidligere kursdeltakere våren 2009, fire til åtte måneder etter fullført opplæringsprogram ved et LMS på Østlandet. Alle som ble kontaktet, var henvist til sykehuset for utredning av sykkelig overvekt. Fagkonsulenten ved

intervjue. Ingen purringer ble foretatt. Beskrivelse av informantene er gitt i tabell 1.

Analyseprosess

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener hos de involverte (19). Denne studien har valgt å vektlegge anbefalingene til Malterud (19) og Kvale (20), hvor analysen spenner fra en beskrivende til en fortolkende fremstilling i lys av kategorier og teoretisk rammeverk. Det innebærer etablering av helhetlig forståelse og identifisering og kondensering av mening i lys av teoretiske perspektiver. Første og andreforfatter gjorde en foreløpig analyse hver for seg, deretter ble resultatene drøftet og analysert i fellesskap. Vi endte opp med fem hovedtemaer.

Etiske aspekter

Deltakerne ble kontaktet per brev, som ble sendt via LMS. De som ønsket å delta, sendte sitt samtykke i en frankert svarkonvolutt direkte til en av forskerne. Deltakelsen i studien var frivillig og deltakerne kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for deres helsetilbud. De ble også forsikret om konfidensialitet og anonymitet i presentasjon av resultatene.

Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning og Regionaletisk forskningskomité i Helse Sørøst.

RESULTATER

I det følgende presenterer vi funn i form av fem hovedtemaer som viser hva som har betydning for informantenes motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring. Resultatene presenteres i en tids-akse; tiden før og etter deltakelsen i opplæringsprogrammet.

Tema 1:

Stor kropp og belastninger

Alvorlige helseplager, belastninger og hindringer i hverdags- og arbeidsliv økte motivasjonen for å gripe fatt i egen livssituasjon. Flere fortalte om depressive plager og smerter i kroppen, som til slutt ga dem dyttet til å forstå at de måtte gjøre noe selv. En informant sa: «Det kom ryggplager og prolaps, og jeg fikk beskjed av kirurgen min at hvis jeg ikke ordnet opp i dette, så kunne jeg risikere å havne i rullestol. Og det skremte vettet av meg.»

Flere mente at de var «født store» og dette ble en forklaring på hvorfor det var vanskelig for dem å ta ansvar for egen helse. Å være stor var ingen motivasjon i seg selv for å endre vaner, slik en informant opplevde det: «Men utover det har jeg ikke syntes at overvekten har plaget meg nevneverdig, annet enn de gangene jeg uheldigvis havnet på filmrull og videoteip og så meg selv etterpå. For det var ikke det mennesket jeg hadde i hodet mitt.»

Flere av informantene hadde tidligere vært fysisk aktive, men stor kropp og medfølgende fysiske plager hadde etter hvert hemmet livsutfoldelsen. Dette bidro til å begrense hverdagen, slik en informant sa: «Det å være tjukk det hemmer deg.

Det hemmer deg på jobb og alt mulig ... Og da lager du kanskje noen unnskyldninger på det etter hvert, i hvert fall i hodet. Og så vrir man seg unna.»

Alle hadde prøvd ulike slanketurer gjennom mange år. Dette ble omtalt som «jo-jo slanking». De stadige nederlagene hvor vekten gikk opp igjen ga opplevelse av manglende viljestyrke, mestring og demotivasjon. Informantene uttrykte tydelige ønsker om å gjøre endringer i eget liv. Men siden de alltid hadde vært store, var dette en forklaring på at det var vanskelig å gjøre noe selv. Først da helseplagene ble for alvorlige kom motivasjonen til å søke hjelp.

Tema 2:

Møte med helsepersonell

Informantene fortalte om ulike møter med fastleger og helsepersonell. Helsepersonellets væremåte og forståelse var avgjørende for å bli motivert til livsstilsendring. Flere hadde opplevd negative og fordømmende holdninger, slik en informant fortalte: «Fordi uansett hvilken plage du kommer med, så skyldes det at du er overvektig. Og da får du igjen den at jeg burde skamme meg, altså, for det er bare min egen karakterstyrke og viljestyrke som gjør at jeg er syk. Og det gjør noe med en, altså. Det var vel også det som gjorde at jeg var skeptisk til å delta på lærings- og mestringskursets tilbud om opplæring om fedme.»

Informantenes erfaringer med fastlegen viste betydningen av dette møtet både på godt og vondt. Noen hadde følt seg lite verdsatt og forstått når legen møtte dem med pekefingeren og fortalte om hvor fete de var. Det var flere eksempler på negative møter enn positive. En informant sa: «Men jeg synes at det er ganske sterkt at du går til en doktor, som ikke klarer å imøtekomme

deg eller gi deg noen veiledning på hva du skal gjøre.»

De få som hadde opplevd å bli støttet, beskrev at legen hadde klart å møte dem som personer som var i en vanskelig situasjon. En av informantene beskrev det slik. «... jeg skjønte at nå må jeg gjøre noe. Og da tok fastlegen min tak i det. Fastlegen min har også vært en utrolig støtte.»

Flere fortalte om blandete erfaringer fra ulike rehabiliteringsopphold i forsøk på å gå ned i vekt. Når informantene følte at de ble sett og forstått, strakk de seg gjerne lenger og ble mer positivt innstilt til treningen. De fortalte at det var lett å komme med negative reaksjoner og motstand, når de ansatte ble opplevd som belærende og lite støttende. Da kom «klørne» ut. En informant fortalte om hvordan han kom i forsvarsposisjon i forbindelse med slike møter: «... da er det veldig lett å tenke at du hører meg ikke, du ser meg ikke. Og da åpner du ikke for noe læring for da drar du ned rullegardinen.»

Informantene uttrykte følelsen av å være lite verdsatt, og dette bidro til at de lett kom i forsvarsposisjon. Deres blandete erfaringer i møte med fastleger og annet helsepersonell påvirket deres motivasjon for livsstilsendring.

Tema 3:

Mellom kunnskap og handling

De fleste informantene forklarte at de hadde mye kunnskap om mat og ernæring, men det var en stor utfordring å få det til i praksis, slik en informant sa: «Når du har møtt mange nok overvektige, så vet du at det skorter ikke på teorien. De kan langt mer enn de fleste ernæringsfysiologer om veldig mye, både kalorier og hvordan ting omsettes i kroppen. Men det er dette her med teori og praksis, og om hvordan å omsette det.»

Deltakelsen på kurset i regi av LMS ble en arena for å øve seg. Dette omfattet å møte opp på det obligatoriske opplegget, møte de andre i gruppen og forplikte seg på noen av hjemmeoppgavene, for eksempel en handlingsplan. Kurset hadde hovedsakelig gitt informantene positive erfaringer, selv om læringsutbyttet varierte. Spesielt nyttig var det når erfarne brukere underviste sammen med fagpersoner. Da fikk kunnskapen personlig relevans for dem, slik en informant fortalte: «Det var svært viktig å møte brukere, som har hatt skoen på og som snakket åpent om skam, skyldfølelse og stigmatisering. Har kjent det på samme måte, men ikke vedkjent meg følelsene. Brukere sammen med fagfolkene – gjennom dette klarte jeg å tilegne meg informasjon på en annen måte. Forsvaret la seg ned.»

Flere sa at kurset hadde bidratt til å gjøre dem oppmerksomme på egne vaner og handlingsmønstre i forhold til spising. «Kurset ga meg sparket» og «wow-opplevelser». Erfaringer om at det var mulig å snu på ting bidro til å øke motivasjonen. Men å legge om vaner, spesielt spisevaner, var en stor utfordring for de fleste. Noen hadde brukt mat for å regulere følelser. Andre brukte mat som belønning og kos. En informant beskrev det slik: «Jeg har misbrukt mat på mange måter, slik som mange overvektige gjør ... Mat kan være et rusmiddel. Det kan være smertestillende, det kan være oppkvikkende. Hva skal jeg fylle tomrommet med når jeg ikke kan bruke maten?»

Andre hadde oppdaget at mat og spisemønstre hadde sammenheng med eget følelsesliv, noe de ikke hadde tenkt på før. Dette ga innsikt i hva som var hensiktsmessig å fokusere på. Flere sa at de også hadde lært mye om sunnere

mat og om å spise mindre porsjoner. En informant beskrev det på denne måten: «Jeg er blitt mer bevisst. Jeg så ikke mulighetene før. De var der, men jeg fortrenget dem. Bruker mat mindre som trøst nå. Er mer bevisst på hva jeg kjøper av mat.»

Noen av informantene savnet mer psykologisk kunnskap under kurset, da de mente at «det sitter jo i hodet». Den kognitive teorien ble fremhevet som spesielt nyttig. En informant sa: «Jeg lærte om kognitiv terapi og at det kan dreie seg om tanker og følelser. Dette hjalp meg i forhold til de ureflekterte vanene.»

Opplevelsen av å ta kontroll i eget liv var viktig for flere. Ikke alle klarte dette, men opplevelsen av egen vilje og eget tempo var viktig: «Jeg har selv grepet tak i det .., men jeg har fått lov til å ta det i mitt tempo, for det er jeg som har valgt.»

Ny kunnskap kan stimulere refleksjon og bevisstgjøring, når det er erfaringsbasert kunnskap som informantene kjenner seg igjen i. Å bli motivert til å komme inn i en erkjennelsesprosess omkring egne vaner, ble av flere beskrevet som bevisstgjøring. Med bevisstgjøringen økte også motivasjonen.

Tema 4: Sosial støtte

LMS-kurset ga støtte ved at deltakerne møtte andre i samme situasjon. De utvekslet erfaringer fra hverdagen, kosthold og tips om matoppskrifter. Selv om noen sa at de hadde vært lite delaktige under kurset, så hadde det likevel vært viktig å høre de andres erfaringer. Dette ga gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold, slik en av informantene sa: «Å høre om andres erfaringer er den beste hjelpen. Vi backer hverandre opp.»

For noen ga det også sosial trening og nye kontakter. «Har

kontakt med andre fra kurset på Facebook.»

Omtrent halvparten deltok i selvhjelpsgrupper etter kurset. Dette ga dem et nytt nettverk, venner, sosial trening og en felles plattform. Å treffe andre som var i samme situasjon betydde mye for å opprettholde innsatsen rettet mot en mer helsefremmende livsstil. Noen brukte gruppen til å gå på turer, som igjen bidro til vektnedgang og bedre fysisk form. Dette ga dem støtte og motivasjon, slik en informant erfarte det: «Det er nødvendig med støtte for å holde fast på et opplegg. Føler at jeg har bevist gjennom 50 år at jeg ikke klarer meg alene. Det er det ingen tvil om. Selvhjelpsgruppa er viktig. Viktig med geografisk nære grupper, slik at en kan møtes.»

Opplevelsen av at «samfunnet mener mye om hvordan vi er», var en ekstra byrde i hverdagslivet og svekket motivasjonen for å få til endring i eget liv. Selvhjelpsgruppene ble derfor en viktig arena for sosial støtte.

Tema 5: Operasjon

Operasjon ble omtalt som den eneste utvei av nesten alle informantene. De erkjente at de ikke klarte å oppnå tilstrekkelig vekt-nedgang ved egen innsats, slik en informant sa: «Nå har jeg bestemt meg for at jeg skal igjennom den operasjonen. Så nå har jeg fått et annet syn på livet. Nå ser jeg en åpning i enden, at jeg skal få en operasjon.»

Operasjon ble også omtalt som å få en indre kroppslig kontroll: «Operasjon er en måte å tvinges til å skape gode mønstre. Det blir et hjelpemiddel til det målet en ønsker.»

Fire av informantene var operert før intervjuet fant sted. En av disse mente at operasjonen var siste utvei, men også en snarvei, «men det var ingen

dans på roser». Det var en lang læringsprosess, både i forhold til nye kostvaner og trening. På den annen side hadde informanten begynt å merke at kreftene hennes nå kunne brukes til å gjøre andre konstruktive ting, som trening og å komme seg i jobb, istedenfor å måle og veie all mat. På den måten kunne stresset bli mindre.

Flere mente at det var svært uheldig å vente så lenge på operasjon, og det hadde bidratt til at de igjen hadde gått opp mange kilo. Flere hadde mistet lysten til å gjøre noe selv etter kurset, og opplevde at motivasjonen hadde dalt da de ble overlatt til seg selv. De var klar over at de måtte gå ned i vekt som forberedelse til operasjon, men dette ble vanskelig når de ikke hadde noen som støttet dem.

DISKUSJON

Vår studie viser at sykkelig overvekt er en sammensatt tilstand, og det er ikke bare å ta seg sammen. Informantenes motivasjon til livsstilsendring kom først når de fysiske og psykiske helseplagene ble store nok, og ikke av overvekten i seg selv. Hvilken kroppsstørrelse man har, er ofte knyttet til personlige standarder og påvirker hvilke endringer som søkes (21). Kvaliteten på møter med fastleger og helsepersonell var avgjørende for om informantene ble motivert til å ta mer ansvar for seg selv. En anerkjennende holdning er svært viktig for denne gruppen, som har økt krenkbarhet for stigmatisering og følelse av skam (5,7,22). Informantenes opplevelse av ikke å ha lykket med livsstilsendringer bidro til et dårlig selvbylde, og operasjon ble derfor betraktet som eneste mulighet for kroppskontroll og siste håp. Dette er også bekreftet av personer som har gjennomført fedmekirurgi (23).

Læringsprosesser gjennom livs-

stilsendring innebar at informantene ble utfordret på inngrodd vaner, som for eksempel overspising og uregelmessige måltider. Ifølge Connerton (24) kan vanen forstås som en handlingsdisposisjon, noe latent, som vekkes av stimuli. Vanen medfører en sterk impuls til å handle på bestemte måter, nesten som i et avhengighetsforhold. Dette kan overskride, eller til og med gå på tvers av, hvordan vi egentlig ønsker å handle. Vanen kan ha en slik kraft at den oppleves intimt og uløselig forbundet med en selv. Det kan gjøre endringer i livsstil til et sårbart, møysommelig arbeid både for den sykelige overvektige og de som skal hjelpe (25).

Et viktig funn er at erfaringskunnskap og fagkunnskap går hånd i hånd. LMS representerer et møtepunkt mellom pasienter og brukes praksiserfaring og helsepersonells teoretiske kunnskap, og kan således være et egnet sted for kunnskapsutvikling. Dette er et godt utgangspunkt når utfordringen er å omgjøre teoretisk kunnskap til forståelse og handling i eget liv. Motivasjonen for å komme i gang med læringsprosessen ble stimulert hos deltakerne, når de opplevde erfaringsnær kunnskap som var gjenkjennelig for dem. Dette er også bekreftet av andre pasientgrupper (26).

Fagpersonenes påvirkningsmuligheter var å skape betingelser for at deltakerne kunne engasjeres i atferds- og holdningsmessige endringer, og kognitiv teori ble opplevd som nyttig, slik andre studier også har vist (10,11,12). Det fordrer at man gjør kunnskapen tilgjengelig ved å ta utgangspunkt i deltakernes egne tanker og virkelighetsforståelse, og i mindre grad styres av de profesjonelles teoretiske ståsted. En slik dreining av undervisning kan hjelpe deltakerne til å bruke

egne ressurser, i stedet for at deres egenskaper eller problemer skal bli behandlet eller korrigeret. I alle intervensjoner bør pasienter gis mulighet til aktiv bearbeiding gjennom drøfting og diskusjoner med andre (27). Dette kan bidra til økt mestringstro, fordi tanker bevisstgjøres og beslutningsevnen til målrettede positive handlinger blir styrket (13). Betydningen av å styrke egen myndighet hos deltakerne er også bekreftet i en nylig publisert studie av en tilsvarende brukergruppe (28).

Vår studie bekrefter det andre har funnet; personer med sykkelig overvekt ønsker å bli møtt som hele mennesker, få anerkjennelse fra helsepersonell, tilrettelagt hjelp til vektregulering gjennom primærhelsetjenesten og sosial støtte gjennom selvhjelpsgrupper (29). De fleste vet hva de bør gjøre, men at det er vanskelig å legge om vanene. Man anbefaler derfor å tilby intervensjoner som er skreddersydd til den enkelte, samt gruppetilbud (8,27). Motivasjon er ikke bare et individuelt anliggende, men er også knyttet til gode læringsmiljøer, som kan virke stimulerende og støttende. Bandura (13) beskriver at atferden vår blir påvirket gjennom modellering. Brukere kan også være gode læringsmodeller for hverandre gjennom gjenkjennelse av hverandres problemer og reaksjoner (26). Noen av informantene opplevde dette gjennom deltakelse i selvhjelpsgrupper, hvor de motiverte hverandre til mer helsefremmende atferd. Å være sammen med andre i uformelt samvær har også stor betydning for egenverd, motivasjon og læring (30). Læreri situasjoner kan kjenne-tegnes av at personer med sykkelig overvekt får bedre forståelse for sammenhengen mellom deres tilstand, helserelaterte vaner, reaksjonsmønstre og livsstil.

Studiens begrensninger

Resultatene må tolkes med forsiktighet da de uttrykker meninger og erfaringer fra et lite antall informanter etter kursdeltakelse på et LMS. Kun 25 prosent av de som ble forespurt var villige til å delta i undersøkelsen, Vi har ingen opplysninger om dem som ikke deltok, og vi vet derfor ikke i hvilken grad våre resultater er representative for deltakere på LMS-kurs for overvektige. Studier viser at mange personer med sykkelig overvekt ofte føler seg stigmatisert av helsepersonell (7), og dette kan være en forklaring på at så mange takket nei.

KONKLUSJON

For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. Motivasjonen påvirkes av holdninger hos fastleger og annet helsepersonell. Anerkjennelse og en passe balanse mellom støtte og utfordring synes å være optimalt. Et tilpasset opplæringsprogram på LMS, der erfarne brukere underviser i samarbeid med helsepersonell, bidrar til at deltakerne opplever kunnskap som personlig og relevant. Kunnskap og støtte øker bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Kognitiv teori synes å være et nyttig verktøy i endringsprosessen. Selvhjelpsgrupper kan fungere som et støttende og motiverende nettverk. Operasjon sees på som siste utvei, og gir størst håp om endring.

Vi vil takke alle informantene som delte sine erfaringer, og den øvrige forskergruppen; Anners Lerdal, Randi Andenæs, Eva Bjørnsborg, Tore Bonsaksen, Hilde Eide og Kari Hvinden, for nyttige kommentarer i utarbeidelsen av manus. Studien er økonomisk støttet av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. IS-1735, 2011.
2. Hjelmesæth J, Hofsvold D, Handeland M, Johnson LK, Sandbu R. Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. Tidsskrift for Den norske Legeforening 2007; 127: 2410-2.
3. Rippe JM, McInnis KJ, Melanson KJ. Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. Obesity Research 2001; 9: 302-11.
4. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. J Adv Nurs 2006; 53: 221-32.
5. Conrad M, Dierck JM, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. J Clin Psychol 2008; 64: 1129-44.
6. Kolotkin R, Meter K, Williams G. Quality of life and obesity. Obesity Reviews 2001; 2: 219-29.
7. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. Obesity 2009; 17: 941-64.
8. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: A qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. Health Expectations 2008;11: 321-30.
9. Kassirer JP, Angell M. Losing weight – an ill-fated new year's resolution. New England Journal of Medicine 1998; 338: 52-54.
10. Johansen V, Andreassen R. Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. Tidsskrift for Kognitiv Terapi 2010; 4: 7-13.
11. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 2. Art. No: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
12. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2004.
13. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997.
14. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice [Part II]. Health Promotion Practice 2005; 6: 148-156.
15. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. Scan

- J Primary Health Care 2007; 25: 244-49.
16. Bonsaksen T, Hustadnes AL, Axelssen PM, Bjørnsborg E. Lærer å mestre sykkelig fedme. Tidsskriftet Sykepleien 2011; 99 (02): 58-60.
17. Lerdal A, Andenes R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge L, Christiansen B et al. Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. Quality of Life Research. DOI 10.1007/s11136-011-9865-z.
18. Haavind H. Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter. Universitetsforlaget, Oslo. 1987.
19. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, 2. utg.: Oslo, 2003.
20. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk: Oslo, 2006.
21. Chang VW, Christakis NA. Extent and determinants of discrepancy between self-evaluations of weight status and clinical standards. J Gen Inter Medicine 2001; 16: 538-43.
22. Hwang KO, Childs JH, Goodrick GK, Aboughali WA, Thomas EJ, Johnson CW, et al. Explanations for unsuccessful weight loss among bariatric surgery candidates. Obesity Surgery 2009; 19: 1377-83.
23. Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. Psychology and Health 2006; 21: 273-93.
24. Connerton P. How societies remember. University Press, Cambridge. 1989.
25. Overgaard D. Being Obese is Paradoxical Living – an exploratory study of five persons lived experiences of being overweight. Theoria: Journal of Nursing Theory 2002; 11: 3-12.
26. Borge L, Hummelvoll JK. Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15: 365-73.
27. Renjilian DA, Nezu AM, Shermer RL, Perri MG, McKelvey WF, Stephen AD. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2001; 4: 717-21.
28. Knutsen IR, Foss C. Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patients. Scand J Caring Sci. 2010; May 27. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00801.x.
29. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. J Adv Nurs 2008; 64 (2): 139-46.
30. Lave J, Wenger E. Situert læring – og andre tekster. Gylling: Hans Reitzels Forlag, 2. utg, 2005.

Les kommentaren på side 23 >>