

BACHELOROPPGAVE

Endrer motivasjonen seg i løpet av de fire første ukene av livsstilsendringskurset EasyLife?

av

Kandidatnummer 28, Hanne Embretsen Strand
Kandidatnummer 1, Solveig Nordengen

Idrett, fysisk aktivitet og helse
ID3-302
Desember 2011

Førord

Oppgaven er skrevet gjennom det 5. semesteret i studiet idrett, fysisk aktivitet og helse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane avdeling Sogndal.

Våren 2011 kontaktet vi EasyLife ved Spenst Toten treningssenter avdeling Gjøvik, for å forhøre oss om muligheten til å gjennomføre en undersøkelse på deres deltagere. I løpet av sommeren 2011 fant vi ut hva vi ønsket å skrive om, og utviklet problemstillingen. Den endelige problemstillingen var klar september 2011.

Bakgrunn for oppgaven er interesse for tematikken om den stadig økende andelen overvektige, mediefokus på kropp og helse og de økende kommersielle tilbudene for rask vektnedgang. Det å forstå hvordan motivasjon er avgjørende for endring, er verdifull kunnskap for hvordan man kan skape en varig livsstilsendring.

Vi ønsker å takke:

- Veileder Asgeir Mamen, for god veiledning og gode råd gjennom hele prosessen.
- Spenst Toten treningssenter avdeling Gjøvik v/ Tina Løkken Molstadkroken for godt samarbeid. Hun har hjulpet oss med datainnsamling og vært en god informasjonskilde om EasyLife.
- Deltagerne ved EasyLife-kurset med oppstart 20. september 2011, for at de tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsene.

Arbeidsprosessen har lært oss mye. Vi har lært særlig mye om viktigheten av lagring av dokumenter og dobbeltsjekking av resultater. Vi utarbeidet tidlig en arbeidsplan og har i stor grad klart å følge denne, noe som har lettet arbeidet i avslutningen av oppgaven.

Sogndal, 15.12.2011

Hanne Embretsen Strand

Solveig Nordengen

Sammendrag

Vi har undersøkt motivasjonsregulering hos deltagere i et livsstilsendringsprogram. Teoretisk har vi benyttet oss av Helseoppfatningsmodellen (The Health Belief Model; Rosenstock, 1966), Den transteoretiske modellen (The Transtheoretical Model; DiClemente & Prochaska, 1982; Marcus & Simkin, 1994), Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory; Deci & Ryan, 2000) og Rosenstocks fire modeller for ansvar. For å kartlegge

motivasjonsregulering har vi benyttet oss av BREQ-2 (Markland & Tobin 2004).

Vi fant ingen signifikante forskjeller i motivasjonen ved dag én og etter fire uker, verken for kjønn, alder eller prosentvis vektneidgang. Uteblivelse av forandring er diskutert opp mot de ulike teoriene for å se om forklaringen ligger i kursets struktur eller hos deltagerne selv.

Innhold

1.0 Innledning og problemstilling	5
2.0 Teori	7
2.1 Helseoppfatningsmodellen	7
2.2 Den transteoretiske modellen	8
2.3 Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory).....	10
2.4 Rosenstocks fire modeller for ansvar	15
2.5 Behavioural Regulation Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2).....	15
2.6 EasyLife.....	16
3.0 Metode	18
3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	18
3.2 Respondenter	18
3.3 Datainnsamling.....	19
3.4 Pilot.....	19
3.5 Gjennomføring av undersøkelsene	19
3.6 Statistikk	19
4.0 Resultat	20
4.1 Totalscoreanalyse	20
4.2 Delscoreanalyse	21
4.3 Endringer på individnivå	22
5.0 Diskusjon.....	23
5.1 Totalscoreanalyse	23
5.2 Delscoreanalyse	26
5.3 Styrker og svakheter	27
5.3.1 BREQ-2 spørreskjemaet	27
5.4 Veien videre.....	28
6.0 Konklusjon	29
Kilder.....	30
Vedlegg 1.....	34
Vedlegg 2.....	35
Vedlegg 3.....	37

1.0 Innledning og problemstilling

Overvekt og fedme er et stadig økende problem (Rössner, 2008). Ved overvekt og fedme øker faren for sekundære sykdommer, skader og ugunstige tilstander. Fedme defineres med en kroppsmasseindeks (KMI) på > 30 . Rundt 15 prosent av førtiåringene i Norge faller innenfor denne kategorien, noe som tilsier en dobling siste 20 år (Rössner, 2008). Økningen i andelen overvektige (KMI > 25) og fete i befolkningen ser ut til å ha akselerert de siste ti årene (Ibid).

Slanking er et velkjent fenomen i dagens samfunn. I media florerer det av ulike dietter som lover vektnedgang og flott kropp på en rask og enkel måte. Mange har prøvd seg på én eller flere dietter. Flere av dem når målet, men går tilbake til - eller gjerne noen kilo over utgangspunktet ved avsluttet diett. Dette viser at å gå ned i vekt er noe de fleste klarer, men utfordringen ligger i den varige livsstilsendringen. Med dette som bakgrunn har det vokst fram et marked for ulike livsstilsprogrammer. Grete Roedes kostholdskurs er et av disse. Grete Roede kom på markedet allerede på midten av 1970-tallet. En annen profilert kostholdsveileder er Fedon Lindberg. På 2000-tallet var han mye i fokus med sin balanserte lavkarbodiett, som ble møtt med mye skepsis. I dag er det likevel mange som tyr til en eller annen form for lavkarbodiett, men gjerne i mer ekstrem form. Denne diett-typen kjennetegnes med rask vektnedgang uten særlig fysisk anstrengelse.

Det kommer stadig nye organiserte vektreduksjonsprogrammer. EasyLife kom på markedet i 2004. Formålet med kurset er å gi et tilbud om varig vektnedgang til den stadig økende andelen overvektige i Norge. Det er en økende andel personer som benytter seg av tilbudet.

Mange vektreduksjonsprogrammer er preget av at man raskt går opp i vekt etter endt kurs. Hva som er årsaken til dette er varierende. Tilbakefall til gamle vaner, et aktivitetsnivå som ikke økes tilstrekkelig, eller en motivasjon som er preget av ytre motiver, kan alle være mulige forklaringer.

Som nevnt er en av faktorene for å lykkes med vektreduksjon avhengig av hva slags motivasjon man har. En indre motivasjon øker muligheten for opprettholdelse av aktivitet og

vaner (Verloigne et al., 2011; Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2007; Williams, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996; Ryan, Patrick, Deci & Williams 2008; Ingledew, Markland & Medley, 1998; Mullan & Markland, 1997; Patrick & Canevello, 2011). En indre motivasjon kjennetegnes ved glede og interesse for aktiviteten i seg selv med fullstendig selvbestemmelse.

Så vidt vi er kjent med er det ingen andre som har undersøkt motivasjonsendringer allerede etter fire uker. Tidligere funn viser at motivasjonen dreier seg fra en ytre til en mer indre regulering etter hvor lenge man har vært aktiv (Mullan & Markland, 1997). Det er funnet endringer i motivasjonsregulering etter åtte uker (Rodgers, Hall, Duncan, Pearson & Milne, 2010), derfor er det spennende å se om endringen er synlig allerede etter fire uker.

Problemstillingen ble dermed følgende:

Endrer motivasjonen seg i løpet av de fire første ukene i livsstilsprogrammet EasyLife?

2.0 Teori

Vi har tatt for oss tre teorier: Helseoppfatningsmodellen (The Health Belief Model; Rosenstock, 1966), Den transteoretiske modellen (The Transtheoretical Model; DiClemente & Prochaska, 1982; Marcus & Simkin, 1994) og Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory; Deci & Ryan, 2000). I tillegg går vi igjennom teorien rundt BREQ-2, EasyLife og Rosenstocks (1988) fire modeller for ansvar.

Motivasjon blir definert ulikt. Vi benytter oss av Ryan & Deci (2000) sin definisjon:

“Motivasjon angir energi, retning, utholdenhet og mål - alle aspekter av aktivering og intensjon.”

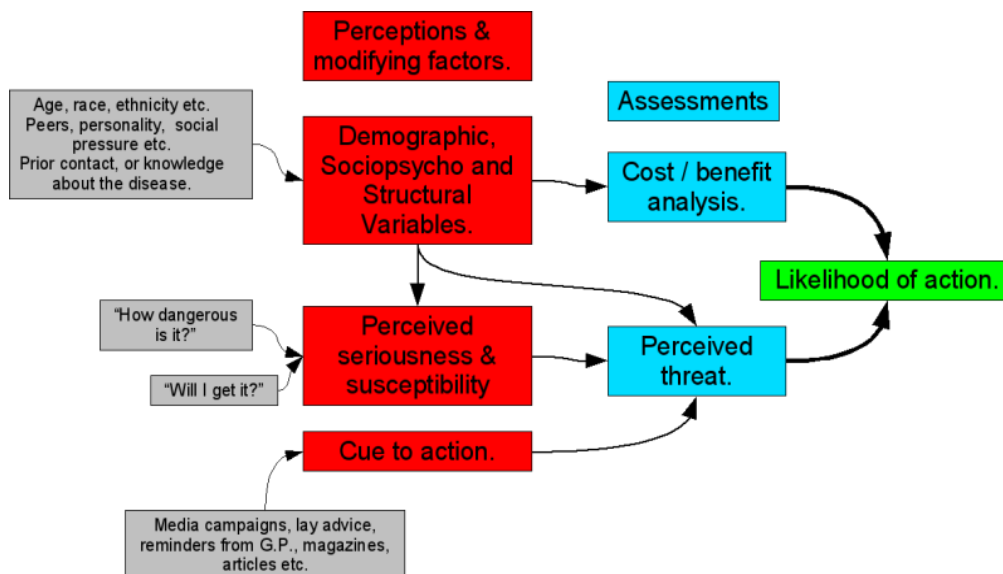
2.1 Helseoppfatningsmodellen

Rosenstock og andre utviklet helseoppfatningsmodellen (HOM) i den hensikt å kunne forutsi forebyggende helseatferd (Espnes & Smedslund, 2009), på bakgrunn av den dårlige deltagelsen i vaksineringsprogram og kartlegging av tuberkulose i USA på 1950-tallet (Buckworth & Dishman, 2002).

Teorien er bygd på både Kurt Lewins feltteori, og forventning-verdi tilnærmingen (Biddle & Mutrie, 2008). Feltteorien sier at vi lever med både positive og negative verdier rundt oss. Verdiene har enten tiltrekkende eller frastøtende kraft (Biddle & Mutrie, 2008). Sykdom anses som en negativ verdi, og derfor er vi motivert for å unngå den (Biddle & Mutrie, 2008). Fysisk aktivitet og trening kan være et middel for å unngå eller behandle sykdom. HOM er basert på at mennesker ofte tar atferdsbeslutninger basert på forventninger om utfall, og videre vurderer verdien av utfallet (Biddle & Mutrie, 2008). Dette innebærer både tilpasning og avslutning av atferd, relatert til risiko eller kontroll over sykdom (Buckworth & Dishman, 2002). To faktorer påvirker beslutningen: 1) om gevinst av atferd er større enn barrierer, og 2) i hvilken grad man føler sykdom/tilstand som en trussel (Espnes & Smedslund, 2009).

Barrierer er vesentlig i denne modellen. I større eller mindre grad opplever alle barrierer. Barrierer og gevinster påvirkes av faktorer som demografi, psykososiale og strukturelle forhold (Espnes & Smedslund, 2009; Buckworth & Dishman, 2002).

Figuren under (figur 1) illustrerer de forskjellige momentene som ligger til grunn for opprettholdelse eller avslutning av atferd og hvordan dette kan variere mellom individer.



Figur 1. Illustrasjon av HOM. Hentet fra wikipedia 3. desember 2011

Forskning med bruk av HOM (Williams et al., 1996:116) finner: *"When applied to weight loss, the theory suggests that people will be motivated to lose weight if: (a) they believe that weight loss will decrease their likelihood of contracting a life-threatening illness, (b) they have an internal locus of control and expect that specific behaviors such as reduced calorie intake and exercise will yield significant weight loss, and (c) they are confident that they are able to perform the requisite behaviors."*

HOM har vist seg å være valid for helseatferd og medisinsk behandling, men har mindre aksept i forhold til trening og fysisk aktivitet (Dasil, 2006).

2.2 Den transteoretiske modellen

Den transteoretiske modellen (TTM) ble utviklet av DiClemente og Prochaska (1982) for å se på prosedyren ved røkeslutt. Marcus og Simkin (1994) har gjennomført en studie for å koble TTM opp mot trening.

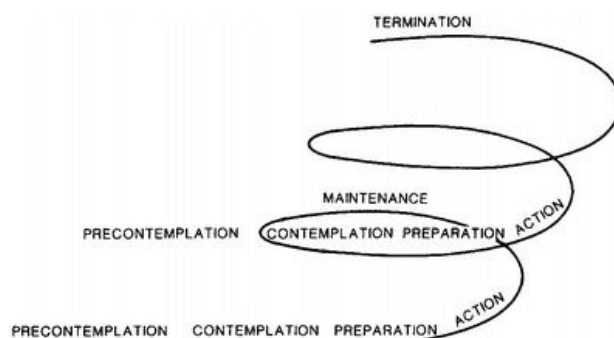
TTM dekker både når (steg) og hvordan atferd endres (Biddle & Mutrie, 2008). TTM definerer individer på ulike steg, hvor individer på det samme steget er like (Buckworth &

Dishman, 2002). For å komme på neste steg, må man komme over alle barrierene på det nåværende steget. Atferdsendringen behøver ikke å skje trinnvis eller progressivt. Man kan bli værende på et steg, eller gli igjennom flere steg på en gang (Buckworth & Dishman, 2002).

Modellen legger vekt på at endring tar tid (ca. seks måneder) og er en krevende prosess. Ved å gi deltagere som gjennomgår endring denne kunnskapen, kan det være lettere å opprettholde motivasjonen for å være fysisk aktiv. Dette kan gjøre tilbakefall mindre truende og ødeleggende for motivasjonen (Øverby et al., 2011).

TTM består av fem steg: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og opprettholdelse. *Føroverveiere* er inaktive personer som ikke har vurdert endring (Øverby et al., 2011), de kommende seks månedene (Buckworth & Dishman, 2002). *Overveiere* er fortsatt inaktive, men vurderer å øke aktivitetsnivået (Øverby et al., 2011), de kommende seks månedene (Buckworth & Dishman, 2002). *Forberederne* gjør og har gjort forsøk på å bli mer aktive enn tidligere (Øverby et al., 2011). Disse er noe aktive, men oppfyller ikke statlige anbefalinger for fysisk aktivitet. De ønsker i nær framtid å øke aktivitetsnivået (Buckworth & Dishman, 2002). De som er i *handlingsfasen* er per i dag aktive (Øverby et al., 2011). Buckworth & Dishman (2002) forklarer denne gruppen som de som oppfyller anbefalingene for fysisk aktivitet, men som ikke har vært fysisk aktive i mer enn seks måneder. I denne fasen er det stor risiko for tilbakefall til gamle aktivitetsvaner (Buckworth & Dishman, 2002). *Opprettholderne* har vært fysisk aktive i minst seks måneder (Øverby et al., 2011). I denne fasen er de mer stabile og faren for tilbakefall er lavere (Buckworth & Dishman, 2002).

Figuren under illustrerer hvordan man kan veksle mellom de forskjellige stegene og hvorfor endring er en tidkrevende prosess, ved at man kan gjennomgå de samme fasene flere ganger.



Figur 2. Spiralframstilling av TTM. Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992:1104

I en studie basert på TTM og hjemmebasert fysisk aktivitet, kosthold, mestring av negative følelser og vekt hos overvektige og fete personer (KMI: 25-39,9), er det funnet at intervensjoner som ser på flere atferdsforhold har en bedre effekt på vektnedgang sett opp mot intervensjoner med fokus på ett spesifikt forhold (Johnson et al., 2008).

TTM har blitt undersøkt opp mot endring av fysisk aktivitetsatferd (Hutchison, Breckon, Johnston, 2009). Hutchison et al. (2009) har på bakgrunn av kritikk gjennomført en review-artikkel for å se om TTM er en egnet modell for fysisk aktivitetsintervensjoner. Resultatet viser at det er vanskelig å definere atferd på hvert enkelt steg, og at modellen ikke forklarer godt nok hvorfor endringer skjer. Dette på grunn av de komplekse forholdene ved fysisk aktivitet. Det har i senere tid blitt reist tvil om hvor godt modellen fungerer som rammeverk for vektnedgang og vedlikehold av vektnedgang (Tuah et al., 2011). Andre studier har sett at TTM-baserte intervensjoner har et spesielt potensial til å påvirke atferdsendringer (Johnson et al., 2008).

2.3 Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory)

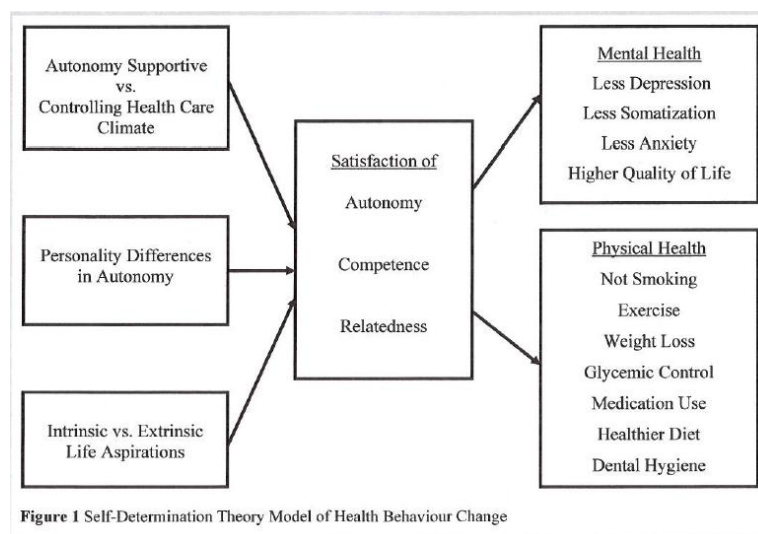
Self-Determination Theory (SDT) er utviklet av Deci og Ryan (Deci & Ryan, 2000).

SDT består av flere underteorier. Vi trekker frem fire: Basic Needs Theory (BNT), Cognitive Evaluation Theory (CET), Causality Orientations Theory (COT) og Organismic Integration Theory (OIT).

Målet med SDT er å forstå hele menneskets frivillige aktivitet og atferd (Brunet & Sabiston, 2009). *“Utgangspunktet for SDT er påstanden om at mennesker er aktive, utviklingsorienterte organismer som naturlig heller mot integrering av deres psykiske elementer i en enhetlig oppfattelse av seg selv og også inn i en stor sosial struktur”* (Deci & Ryan, 2000:229). Motivasjon er en naturlig egenskap, som er iboende og ikke tillært (Ibid). SDT skalerer motivasjonen i fra “Amotivation” til “Intrinsic” motivasjonsregulering, altså fra lavest til høyest grad av selvbestemmelse.

Basic Needs Theory (BNT) har fra begynnelsen vært en viktig underteori av SDT (Deci & Ryan, 2002). BNT bygger på tre basale behov: autonomi, kompetanse og tilhørighet. Hva som defineres som et behov er individuelt og vil variere ut ifra alder, kjønn og kultur. Dermed vil

det være individuelt hva som skal til for å tilfredsstillere behovene. Den naturlige utoende graden av behovene, vil variere ut i fra hvordan samfunnet rundt fungerer. I hvilken grad en person henter fram den utoende motivasjonen, avhenger av i hvilken grad behovene er tilfredsstillt (Ibid). Blir de tre behovene svekket av ytre kontrollerende faktorer og utfordring over ens evne, kan dette føre til en defensiv -og selvbeskyttende holdning (Ibid). Dette kan føre til redusert mulighet til å tilfredsstillere sine behov (Ibid). Ved tilfredsstillelse av de basale behovene, vil man øke muligheten for opprettholdelse av aktivitet på grunn av den utoende motivasjonen, se figur 3. (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).



Figur 3. Faktorer som påvirker tilfredsstillelsen av autonomi, kompetanse og tilhørighet.

Ryan et al., 2008:4

Cognitive Evaluation Theory (CET) forklarer forholdet ved den utoende motivasjonen. Den påpeker at “Intrinsic” motivasjon er aktivitet gjennomført på grunn av glede ved selve aktiviteten. CET ser på effekten av den sosiale sammenhengen av belønning, indre kontroll og personlig involvering, og hvordan dette påvirker interesse og indre motivasjon. CET hevder at behovet for både kompetanse og autonomi er involvert i den indre regulerte motivasjonen. Den indre motivasjonen er påvirket av forventning om blant annet ros og positive tilbakemeldinger (Deci & Ryan, 2002).

Causality Orientations Theory (COT) sitt formål er å gjenkjenne aspekter i personligheten til de som lykkes med regulering av atferd og erfaringer (Deci & Ryan, 2002). Grad av selvbestemmelse avhenger blant annet av tre orienteringsformer: Autonom orientering (autonomy orientation), kontrollert orientering (controlled orientation) og upersonlig

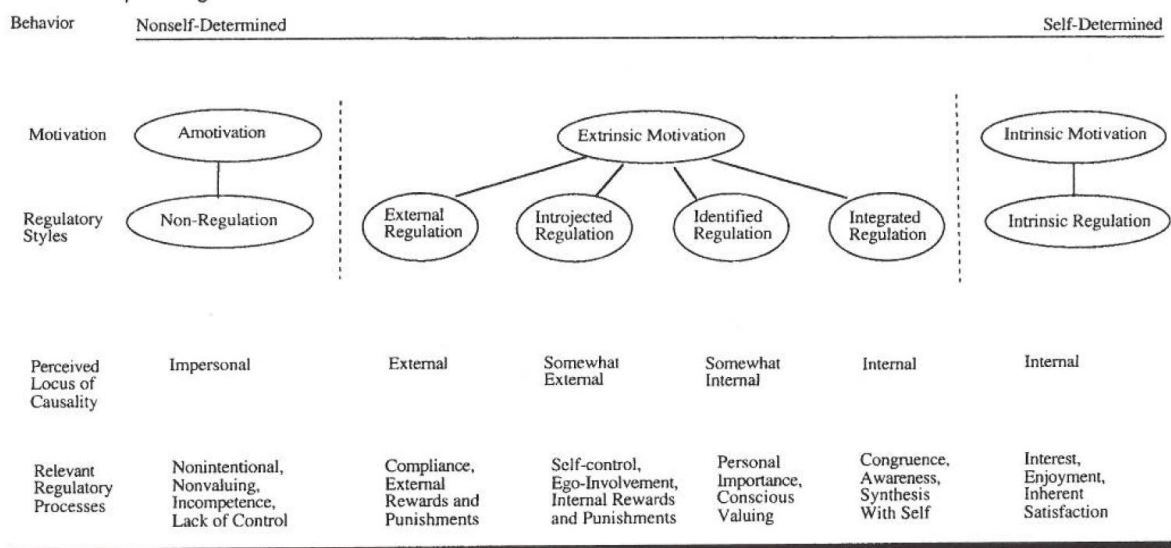
årsakssammenhengsorientering (impersonal orientation) (Deci & Ryan, 2002). Det er forventet at alle personer har alle de ulike orienteringsformene i varierende grad (Deci & Ryan, 2002). Ved en orientering styrt av autonomi, er atferdsreguleringen basert på personlige verdier og grad av motivasjon er enten indre eller “Integrated” regulert, som tilsier en relativt stor grad av selvbestemmelse (Deci & Ryan, 2002). Orientering styrt av kontroll baserer seg på hvordan man bør handle. Handlingene er relatert til ytre og “Introjected” regulering, og har noe mindre grad av selvbestemmelse. Upersonlig årsakssammenhengsorientering fokuserer på indikatorer som gjør at man handler ubevisst eller uten mening. Dette viser amotivasjon og mangel på bevisste handlinger (Deci & Ryan, 2002), og har minst grad av selvbestemmelse. Se figur 4.

Intervensjoner er i stor grad avhengig av pasienten selv. Effekten av intervensjonen er avhengig av pasientens egen evne til å ta vare på seg selv, som å ta medisiner, endre vaner eller delta i et spesifikt program (Ryan et al., 2008). Pasienter og andre som trenger utenforstående hjelp, bør ha en autonom og kontrollert orientering for å ha mulighet til å skape endring, og for å ta vare på seg selv. SDT hevder at opprettholdelse av atferd over tid avhenger av at pasienten internaliserer verdier og ferdigheter ved forandringen og føler autonomi (Ryan et al., 2008).

Organismic Integration Theory (OIT) hevder at internalisering skjer naturlig hos mennesker. OIT forklarer de seks reguleringskategoriene av motivasjon: “Amotivation”, “External”, “Introjected”, “Identified”, “Integrated” og “Intrinsic”. Disse er rangert fra lavest til høyest i kontinuumet av autonomi (Deci & Ryan, 2002), figur 4. Vi blir påvirket av samfunnet rundt oss. I et tidsperspektiv vil den ytre motivasjonen, forårsaket av samfunnet, høyreforskyve seg i kontinuumet av autonomi (Deci & Ryan, 2002).

Figure 1

The Self-Determination Continuum Showing Types of Motivation With Their Regulatory Styles, Loci of Causality, and Corresponding Processes



Figur 4. Kontinuum av autonomi. Ryan & Deci, 2000:72

“Amotivation” er ikke regulert i noen grad. Det er ingen intensjon for handling (Deci & Ryan, 2000). Personen ser antagelig ingen verdi ved handlingen, mangler følelse av kompetanse og ser heller ikke positivt utbytte av aktiviteten (Ryan & Deci, 2000).

Ytre motivasjon blir delt i fire undergrupper av regulering: “External”, “Introjected”, “Identified” og “Integrated”. De er gradet fra mer til mindre ytre-regulert etter hvor stor grad av autonomi de har (Ryan & Deci, 2000).

“External” regulering er når personer føler aktiviteten som fremmedgjort og kontrollert (Ryan & Deci, 2000). Utsagn her kan være: *”Jeg ser ingen grunn til å trene”*, BREQ-2 spørsmål 5. Likevel kan personer i denne gruppen trene eller være i fysisk aktivitet, men det vil være på grunn av ytre krav. Det ytre presset og kontrollen kan være både ytre- og indreskapt (Mullan & Markland, 1997).

Ved “Introjected” regulering utfører man handling for å unngå skyldfølelse, angst eller forbedre egoistiske ferdigheter som stolthet (Ryan & Deci, 2000). På dette stadiet er aktiviteten regulert, men personen vil ikke føle den som selvstendig regulert (Ryan & Deci,

2000) Eksempel fra BREQ-2 spørsmål 6: *"Jeg deltar i trening fordi venner/familie/partner mener jeg bør"*.

"Identified" regulering er en mer selvbestemt ytre regulering. Identifisering vil si at handling er bevisst med tanke på verdsetting av måloppnåelse som er personlig viktig (Ryan & Deci, 2000). Utsagn her kan være *"Jeg verdsetter fordelene ved trening"* BREQ-2 spørsmål 3, og *"Jeg blir rastløs om jeg ikke trener regelmessig"*, BREQ-2 spørsmål 8.

Den mest autonome ytreregulerte gruppen er "Integrated" regulering (Deci & Ryan, 2002). "Integrated" regulering blir definert som en ytre regulering på grunn av at verdiene av aktiviteten er målet, og ikke aktiviteten i seg selv (Ryan & Deci, 2000). Man er på dette stadiet når reguleringen av aktiviteten er likestilt med verdien i aktiviteten i seg selv, og med personlige verdier og behov (Ryan & Deci, 2000).

"Intrinsic" regulering er når man utfører en aktivitet på grunn av tilfredsstillende av aktiviteten i seg selv (Ryan & Deci, 2000). "Intrinsic" motivert atferd har verken press eller ytre kontroll, og aktivitet blir utført på grunn av interesse og glede med fullstendig selvbestemmelse (Mullan & Markland, 1997).

Ryan et al., (2008) har undersøkt SDT sin rolle i endring av helseatferd. SDT fokuserer på motivasjonsprosessen hos personer som begynner med en helsereelatert endring - og opprettholdelse av endringen (Ryan et al., 2008). SDT som TTM, vektlegger at endring tar tid. Som kjent poengterer BNT at autonomi, kompetanse og tilhørighet er særlig relevant i forhold til livsstilsendring (Ibid). Varig vektning har blitt assosiert med et indre motivert miljø hvor man har hatt autonomi i forhold til målsetting og – oppnåelse (Williams et al., 1996). Man har sett at hos barn er det gunstig å sette helsereelaterte mål (indre) framfor utseenderelaterte mål (ytre). Ved indreregulerte mål var det bedre måloppnåelse og opprettholdelse av vekt i en toårsperiode (Ryan et al., 2008).

Patrick og Canevello (2011) slår fast i sin metaanalyse at det er et voksende antall studier som ser på SDT i forbindelse med opprettholdelse av fysisk aktivitet. Interesse og trivsel er to viktige faktorer for å forutsi mengde tid som blir brukt på fysisk aktivitet. Dette gjelder også

for å integrere fysisk aktivitet i fritiden. Fokuset på interesse og trivsel viser tilbake på behovet for autonomi, kunnskap og tilhørighet.

2.4 Rosenstocks fire modeller for ansvar

Rosenstock (1988) framlegger i sin artikkel fire ulike teorier for å svare på hvem som har skyld i problemet og hvem som er ansvarlig for å løse det.

1) *Moralmodellen*. Her er personen både ansvarlig for problemet og løsningen, og man tror det kun er nødvendig med tilstrekkelig motivasjon som løsning. Eksempelvis blir fedme og røyking ansett som svak karakter, og økt viljestyrke er nødvendig for å løse problemet. "Offeret har skylden". 2) *Opplysningsmodellen*. Denne modellen er på mange måter lik den første. Her blir man opplyst om at problemet er selvforskyldt, men håndtering av problemet er utenfor personens kontroll. Religion blir ofte benyttet for å skaffe veiledning og styrke. 3) *Den medisinske modellen*. Mennesket har ikke ansvar for det skapte problemet og trenger hjelp fra en ekspert for å løse det. Sykdom er et typisk problem der man ikke er skyld i problemet, og man får medisin som løsning. Modellen er ikke kun for sykdommer, men for alle tilstander der personen selv tror at løsningen er utenfor ens egen kontroll. Personen diagnostiserer seg selv som syk eller for dårlig rustet til å løse problemet, og tror at kun eksperthjelp kan løse det. 4) *Kompensasjonsmodellen*. Mennesket blir ikke beskyldt for å forårsake problemet, men det forventes at man tilegner seg tilstrekkelige ferdigheter for å løse problemet. For å skaffe seg disse ferdighetene kan man benytte seg av eksperter, men ekspertene er ikke ansvarlige for løsningen. I den medisinske modellen gjør man som man får beskjed om, mens i kompensasjonsmodellen får man råd om hvordan man best kan løse problemet på egenhånd.

2.5 Behavioural Regulation Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2)

I vår undersøkelse benyttet vi oss av BREQ-2. Den originale BREQ ble utviklet av Deci og Ryan i 1990 (Mullan et al., 1997) for å måle grad av selvbestemmelse i sammenheng med SDT. Mullan et al. (1997) gjorde en validering av BREQ i forhold til SDT og trening. I deres undersøkelse ble det klart at BREQ er valid for begge kjønn og svarer til teorien. Markland og Tobin (2004) videreutviklet spørreskjemaet til BREQ-2. Skjemaet består av 19 spørsmål delt i kun fem svarkategorier for regulering av motivasjon: "Amotivation", "External", "Introjected", "Identified" og "Intrinsic". I tillegg har SDT kategorien "Integrated" regulering, men denne har vist seg å være vanskelig å måle. Valideringsundersøkelse av BREQ-2

bekrefter at spørreskjemaet er et godt mål for å måle ulike typer av motivasjon i forhold til SDT, men at det er noen forskjeller i forhold til både kjønn og alder (Murcia, Gimeno & Camacho, 2007).

BREQ-2 er et 5-delt Likert-skjema fra 0-4 som går fra stemmer ikke (0), stemmer noen ganger (1-3) til stemmer (4). Skjemaet kan både leses av som et flerdimensjonalt instrument, ved å gi ulike score for hver underkategori, eller som en endimensjonal score, Relativ Autonomi Index (RAI). RAI framstiller resultatet i en indeks som beskriver en gjennomsnittlig grad av autonomi.

Spørreskjemaet har blitt brukt ved en rekke studier blant annet ved overvektige pasienter (Edmunds et al., 2007), britiske arbeidere (Mullan & Markland, 1997) og for å skille treningsvaner mellom kjønn (Brunet & Sabiston, 2009).

2.6 EasyLife

EasyLife ble grunnlagt i 2004 av Martin Christoffersen. Stina Ulseth, Ruth Sørum og Janne Krogstad-Duna står bak den nyeste versjonen av kurset. Kurset har hatt et økende antall deltagere: i 2008 deltok 3550 personer, i 2010 deltok 4909 personer (Ulseth, e-post, 7. november, 2011).

EasyLife er et livsstilsendingsprogram som har fire hovedmål.

1. Kosthold og god energi
2. Trim/bevegelse
3. Mental trening/stresshåndtering
4. Varig vektreduksjon/livsstilsendring

Programmet har en varighet på tolv måneder. Det består av 24 kurskvelder og egentrening. Undervisningen er forelesningsbasert og inneholder i tillegg en del gruppesamtaler. Kurset legger til rette for godt samarbeid mellom instruktør og deltager. Hver deltager får hjelp med oppsett av et tilpasset treningsprogram, og det arrangeres også egne gruppetreninger for EasyLife-deltagere.

I begynnelsen av kurset går deltagerne inn i en ketosefase på grunn av kosterstattere. Dette blir gjort for å gå raskt ned i vekt, samtidig som man ønsker å beholde muskelmasse. Den raske vektnedgangen er ment som en motivasjonsfaktor. Målet med kurset er å forbedre kunnskapen om fysisk aktivitet, trening og et sunt kosthold, for å gi en varig livsstilsendring. Varigheten på kurset er relativt lang, for å ta hensyn til at endring er en tidkrevende prosess.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metode kan anses som et verktøy eller et redskap for å få svar på spørsmål og innhente ny kunnskap innenfor et felt (Larsen, 2007). Et grunnleggende krav til metode er at den skal være tydelig og tilgjengelig. Metode omhandler hvordan vi innhenter, organiserer og tolker informasjon (Larsen, 2007). Målet med metode er at forskningen blir lagt fram på en slik måte at den er reproducerbar for andre, ved at den har høy reliabilitet. Dette er viktig for å kunne kontrollere testresultatene (Befring, 2010). Validitet tilsier gyldigheten av måleresultatet (Befring, 2010). En høy validitet er viktig for å kunne si noe om man har truffet på det man ønsker å måle.

Det finnes ulike forskningsmetoder. Hvilke metoder som blir benyttet varierer fra fagfelt til fagfelt, og etter hvilken metode som gir best mulighet for å svare på problemstillingen. I hovedsak kan man dele forskningsmetodene i to kategorier: kvalitativ og kvantitativ metode. Befring (2010) oppsummerer forskjellen på denne måten: kvantitativ metode kjennetegnes ved mange spesifikke regler, mange formaliseringer og bruk av statistiske data, mens kvalitativ metode gir rom for improvisasjon og personlige valg underveis.

3.2 Respondenter

Respondentgruppen bestod av $N = 16$ i pre-undersøkelsen og $N = 12$ i post-undersøkelsen. Disse var deltagere på EasyLife-kurs ved Spentst Toten treningssenter avdeling Gjøvik. I pre-undersøkelsen deltok 11 kvinner og 1 mann, 4 oppga ikke kjønn. Gjennomsnittlig alder (SD) var 41,6 (13,5) år. I post-undersøkelsen deltok 11 kvinner og 1 mann. Gjennomsnittlig alder (SD) var 44,2 (10,5) år. Med unntak av én av deltagerne, hadde alle > 30 i fettprosent. Variasjon i antall skyldes frafall og ikke oppmøte på den aktuelle testdagen.

3.3 Datainnsamling

Respondentenes motivasjon ble målt med Behavioural Regulation In Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2) inventoret (vedlegg 2) (Markland & Tobin, 2004), med sju tilleggsspørsmål fra Exercise Motivations Inventory-2 (EMI-2) (Markland & Ingledew, 1997). Svarene fra disse sju spørsmålene ble ikke benyttet i denne sammenheng. Se vedlegg 3.

3.4 Pilot

Spørreskjemaet ble utprøvd på 20 personer på IFAH. Erfaringene fra denne pilotundersøkelsen dannet grunnlag for enkelte endringer på spørreskjemaet.

3.5 Gjennomføring av undersøkelsene

Spørreskjemaet ble delt ut ved dag én og etter fire uker av kurslederen. Den ledende instruktøren fikk i oppgave å dele ut spørreskjema og samle dem inn igjen rett i etterkant av utfyllelse.

3.6 Statistikk

Gjennomsnitt mellom gruppene har blitt analysert med t-test for uavhengige grupper, med regnearket Excel 2007 (Microsoft Inc, Redmond, WA, USA). Signifikansnivået er satt til $P = 0,05$. Resultater er presentert som gjennomsnitt (SD) dersom ikke annet er oppgitt.

4.0 Resultat

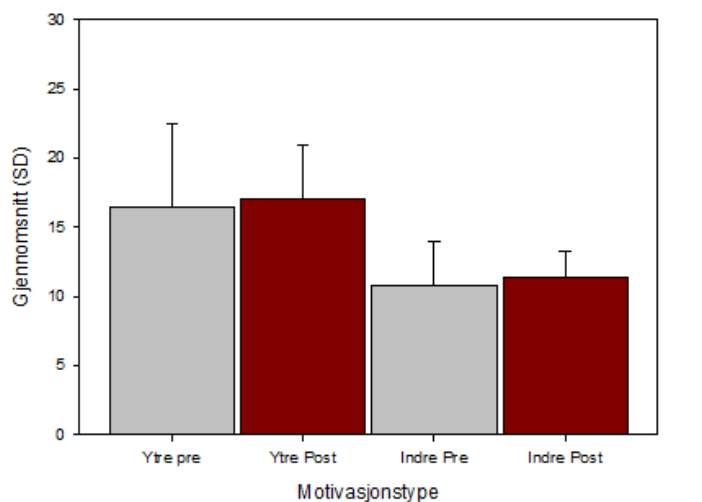
I dette kapitlet vil vi presentere hovedresultatene. Vi har valgt å samle resultatene i totalscore, delscore og endringer på individnivå.

4.1 Totalscoreanalyse

Pre-gruppen hadde ved oppstart en gjennomsnittlig vekt på 94,3 kg (12,5). Etter fire uker var vekten redusert til 87,54 kg (12,44), noe som tilsier en vektnedgang på 7,4 (1,6) prosent. Med dette ser vi at EasyLife når målet om en rask vektnedgang i begynnelsen av kurset. Dette kan ha innvirkning på resultatene og motivasjonsendringen. EasyLife mener selv denne vektnedgangen øker motivasjonen.

I post-gruppen har vi resultater fra én mann. Etter fire uker hadde han en vektnedgang på 7,48 prosent. Dette avviker ikke fra gruppen som helhet. For å undersøke forskjell mellom vektnedgang og alder, delte vi gruppen i yngre eller eldre enn 50 år. Resultatet viser ingen signifikante forskjeller, $P = 0,12$. Gjør vi det samme med gruppen sortert på yngre eller eldre enn 40 år, er $P = 0,65$. Dermed kan vi fastslå at det ikke er signifikante forskjeller mellom alder og vektnedgang.

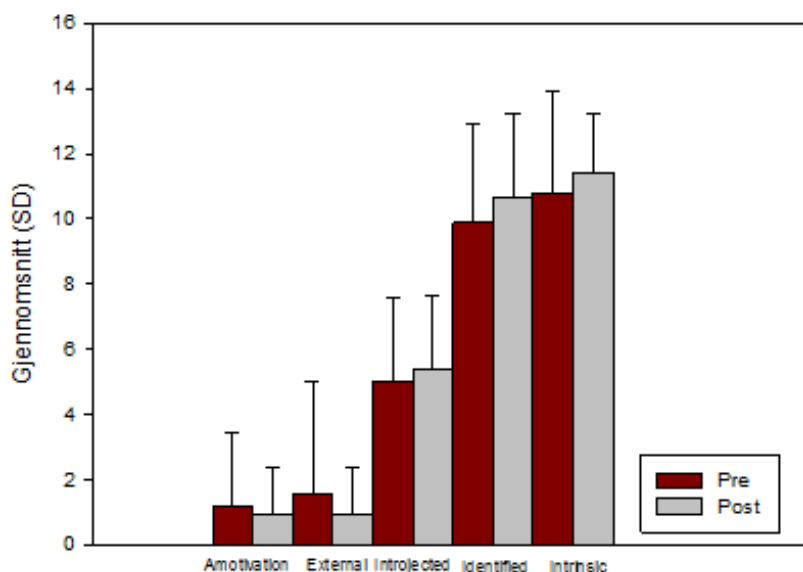
Vi samlet de ytre kategoriene av motivasjonsregulering (“External”, “Introjected” og “Identified”) i en gruppe. Indre kategori består av “Intrinsic” motivasjonsregulering. Begge motivasjonsreguleringene er stabile og vi finner ingen signifikante endringer.



Figur 5. Pre- og postverdier for ytre og indre motivasjonsregulering

4.2 Delscoreanalyse

Vi har undersøkt pre- og post-verdier for hver enkelt reguleringskategori. Vi fant ingen signifikante forskjeller. For “Amotivation” og “External” ser vi en liten tendens til reduksjon. “Introjected”, “Identified” og “Intrinsic” har en liten tendens til økning. Se vedlegg 1 for utvikling pre- og post-verdier for hvert enkelt spørsmål sortert på motivasjonskategori.



Figur 6. Framstilling av hver enkelt kategori for motivasjonsregulering.

Vi ser at “Amotivation” og “External” har lave verdier i både pre- og post-gruppen, mens “Identified” og “Intrinsic” har forholdsvis høye verdier. Tidligere er det sett at særlig “Introjected” regulering øker (Markland & Ingledew, 2007), noe vi ikke kan se i våre resultater. Edmunds et al. (2007), fant i sin studie økning i “Introjected” og “Identified” regulering etter tre måneder. Vi har tendenser til samme utvikling.

Kategorien “External” er lavere enn hva vi hadde forventet. På grunn av vektnedgang og den ytre reguleringen i kurset hadde vi forventet høyere verdier. Vi hadde også forventet lavere verdier av indre motivasjon på grunn av det ytre fokuset. At begge kategoriene holder seg stabile er overraskende når vi vet at deltagerne blir introdusert for fysisk aktivitet som et middel for å gå ned i vekt.

4.3 Endringer på individnivå

Tabell 1 viser parvise endringer for motivasjonsregulering sortert på prosentvis vektnedgang. Resultatene viser ingen sammenheng mellom vektnedgang og endret motivasjonsregulering.

I tabell 1 framstiller vi resultatene for de deltagerne vi har parede verdier for. Deltageren som har gått ned minst, hadde ved oppstart høyest verdier av “Amotivation”, og lavest verdier for både ytre og indre regulering. Post-verdiene for denne deltageren er forholdsvis lav, men sammenlignet med de andre deltagerne er den likere deltageren som hadde høyest vektnedgang. Deltageren med den høyeste prosentvise vektnedgangen har forholdsvis lave verdier for ytre og indre regulering, både ved pre- og post-undersøkelse. Testes likheten mellom svarene for de som har gått ned minst og mest er $P = 0,86$ for hele perioden, og $P = 0,95$ ved uke fire. Dette viser ingen sammenheng mellom endring av motivasjonsregulering og prosentvis vektnedgang. Det blir understreket når vi ser på verdiene til de resterende deltagerne, der det er stor spredning i motivasjonsregulering, og i hvilken grad dette endrer seg pre og post.

				pre			post			
	Vekt Pre	Vekt Post	% Endring	amotivation	ytre	indre	amotivation	ytre	indre	parvis t-test
	84,10	79,40	5,59	7	7	4	0	13	7	0,88
	75,30	69,80	7,30	0	16	12	0	20	12	0,42
	103,90	96,30	7,31	2	21	13	3	22	12	0,67
	95,70	87,90	8,15	0	14	9	0	20	13	0,20
	99,00	89,60	9,49	0	17	11	0	21	14	0,19
	87,00	78,00	10,34	0	11	9	0	10	11	0,74
(M)	90,83	83,50	8,03	1,50	14,33	9,67	0,50	17,67	11,50	0,39
(SD)	10,61	9,54	1,70	2,81	4,89	3,20	1,22	4,93	2,43	

Tabell 1. Parede verdier for motivasjonsregulering pre og post, sortert på prosentvis vektnedgang

5.0 Diskusjon

Det ble ikke funnet signifikante endringer i deltageres motivasjonsregulering i løpet av de fire første ukene av EasyLife-kurset. Vi fant ingen signifikante forskjeller, verken på kjønn, alder eller prosentvis vektnedgang.

5.1 Totalscoreanalyse

EasyLife er et livsstilsendringkurs med fokus på vektnedgang. Kurset sier selv de bruker *“rask vektnedgang i begynnelsen som motivasjonskilde for videre innsats til å finne en ny og god livsstil”* (www.easylife.no). EasyLife ønsker å øke motivasjonen, men gjør det ikke klart hvilke sider ved motivasjonen de ønsker å endre. Kurset har en varighet på tolv måneder med mulighet for videre kurs i ytterligere seks måneder. Deltagerne går på kosterstattere opp til de tre første månedene av kurset. Det er en gradvis overgang fra kosterstattere til vanlig kosthold ved å innføre ett og ett måltid. Forelesninger gjenspeiler kursets mål om endret kosthold, endrede matvaner og bruk av fysisk aktivitet som et middel for vektreduksjon og endret livsstil. Endring av livsstil er en kompleks og sammensatt oppgave, som krever at man endrer ulike vaner. Johnson et al., (2008) fant at intervensjoner med flere fokus hadde en større vektnedgang, enn intervensjoner som kun hadde ett fokus (vektnedgang). EasyLife-kurset følger opp dette med fire hovedmål: 1) Kosthold og god energi, 2) Trim/bevegelse, 3) Mental trening/stresshåndtering, 4) Varig vektreduksjon/livsstilsendring.

En mulig årsak til det stabile forholdet ved motivasjonsreguleringen, kan være hvordan deltagerne ansvarliggjør seg selv. Rosenstocks (1988) fire modeller for ansvar, forklarer hvem som har ansvar for problemet og hvem som har ansvar for å løse det. EasyLife kan anses som en blanding av den medisinske modellen og kompensasjonsmodellen. Kurset benytter kosterstattere, som kan ses på som en medisinsk behandling der løsningen blir lagt utenfor individets kontroll. Økt kunnskap og veiledningsrollen til kursleder, tilsvarer kompensasjonsmodellen, ved at deltager må tilegne seg kunnskapen for å løse problemet. På grunn av kursets struktur, kan kurset tiltrekke seg både personer som ansvarliggjør seg selv ut fra den medisinske modellen og ut fra kompensasjonsmodellen. Den manglende endringen i motivasjon kan skyldes et perspektiv hos deltagerne der de forventer at løsningen skal komme utenifra. Hvilket det gjør på grunn av kosterstattere i begynnelsen av kurset, som kan anses som medisinsk behandling. Dermed skjer en “ansvarsfraskrivelse” som reduserer muligheten for den nødvendige endringen. De deltagerne som har oppfattelsen av at de må tilegne seg

kunnskap og finne løsninger på problemet selv, vil kunne finne gode løsninger på grunn av veiledningen i kurset. Som en delkonklusjon kan den manglende motivasjonsendringen være på grunn av holdning og oppfattelse av problemet hos deltagerne.

Miljøet i gruppen kan påvirke motivasjonen. Hva som vektlegges innad i gruppen vil påvirke motivasjonsendringen (Deci & Ryan, 2002). Når de tre basale behovene i SDT (autonomi, kompetanse og tilhørighet) er dekket, vil dette øke muligheten til internalisering og integrering av kulturelle verdier og atferdsregulering (Deci & Ryan, 2000). Avhengig av tilfredsstillelse av behovene, vil man kunne si noe om de personlige ressursene for utvikling av selvregulert atferd. Et sosialt miljø som er kontrollerende og evaluerende og presser individer til å handle på en bestemt måte, vil kunne komme i veien for internalisering og er assosiert med mindre autonom funksjon (Ibid). Streng diett, kostnad og vektmåling er alle momenter som reduserer autonomien og påvirker motivasjonen. Silva et al., (2011) har sett på effekten av et autonomt miljø hos overvektige og fete kvinner, som deltok i et vektreduksjonsprogram gjennom ett år. Kontrollgruppen som ikke hadde fokus på å skape et autonomt miljø, hadde mindre vektneidgang og dårligere opprettholdelse av vaner etter to år, i motsetning til intervensjonsgruppen som hadde et autonomt miljø. I EasyLife som har et ikke-autonomt miljø, kan resultatet bli det samme som hos kontrollgruppen til Silva et al., (2011:735) hvor man lager *“en kortsiktig løsning på et langtidsproblem”*.

EasyLife er et kurs preget av ytre kontroll. Ifølge SDTs underteorier Causality Orientations Theory (COT), innehar alle individer både en autonom -, kontrollert- og upersonlig årsakssammenhengs-orientering. De som lykkes eller trives i EasyLife-kurset, er trolig de som i størst grad har den kontrollerte orienteringen, nettopp fordi kurset er preget av ytre kontroll. I den kontrollerte orienteringen baserer man seg på hvordan man bør handle, noe som er relatert til ytre og særlig *“Introjected”* regulering. De som i størst grad er styrt av den autonome orienteringen vil antagelig ikke trives med *“overvåkingen”* og den strenge dietten, da dette ikke tilrettelegger for utvikling eller vedlikehold av den indre motivasjonen. De som har en upersonlig årsakssammenhengs-orientering er de som er amotiverte eller ikke ser poenget med sine handlinger. Disse vil trolig ikke tilpasse seg gruppen, og ikke tilegne seg den nødvendige kunnskapen og forståelsen som er nødvendig for en varig livsstilsendring. En mulig årsak til at vi ikke finner noen signifikante endringer, kan være at deltagerne har

overvekt av den upersonlige årsakssammenhengs-orienteringen. Dette samsvarer med delkonklusjonen under Rosenstocks fire modeller for ansvar.

EasyLife-kursets oppbygning og struktur møter SDTs undert teori BNT på en god måte. BNTs tre behov er som kjent: autonomi, kompetanse og tilhørighet. Autonomien kan bli redusert i begynnelsen av kurset pga. den strenge dietten med kosterstatter. På den måten mister deltagerne valgfriheten med hensyn til kosthold. I forhold til fysisk aktivitet finnes det ingen begrensninger fra kurset sin side. Kurset har en forholdsvis høy innmeldingskostnad, noe som gjør at man kan føle seg tvunget til gjennomføring. Dette kunne ha forsterket de ytre motivene og økt de dårlige følelsene om man skulle mislykkes. Kursets forelesninger legger til rette for økt kunnskap ved å ta opp viktige momenter for å endre livsstilen. Dette er med på å gjøre deltagerne mer bevisst på sine handlinger og valg. Det er viktig at deltagerne tilegner seg kunnskapen om at endring av vaner tar tid. Ved at forelesningene er gruppebasert legger kurset til rette for god tilhørighet. De møter mennesker i samme situasjon og kan utveksle kunnskap og erfaringer, som kan legge til rette for opprettholdelse av gode vaner. Det er på en annen side viktig at deltagerne skaffer seg en tilhørighet til fysisk aktivitet og trening i seg selv, da gruppetilhørigheten vil forsvinne etter endt kurs.

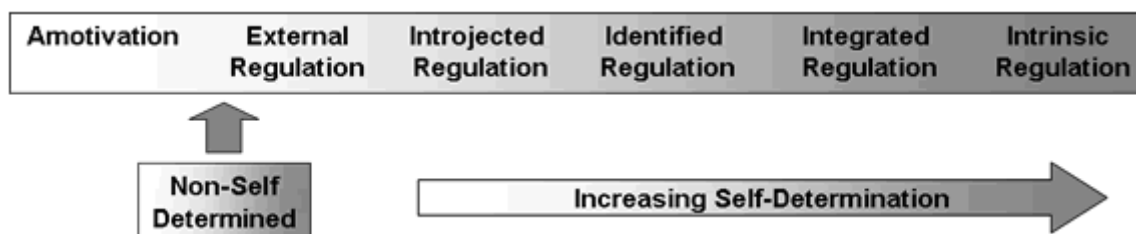
SDTs undert teori, Cognitive Evaluation Theory (CET), forklarer forholdet ved utvikling eller tilstedeværelse av indre motivasjon. Teorien hevder at behovet for kompetanse og autonomi er essensielt i den indre regulerte motivasjonen. Graden av oppfattet kompetanse og autonomi er påvirket av sosiale og miljømessige faktorer. Belønning eller ros fører til økt følelse av kompetanse og styrker derfor den indre motivasjonen, ved et tilstrekkelig autonomt miljø. Setter vi EasyLife inn i denne sammenhengen, kan vi se at belønning og ros er tilstede. Kommentarer som *“nå har du klart å gå ned i vekt”*, er ros og en positiv tilbakemelding, men fokuserer på ytre forhold. Resultatene våre viser på tross av dette ingen signifikant økning i ytre motivasjon, og en stabil indre motivasjon. EasyLife bruker i prinsippet teoriens punkter, men ikke på en tilstrekkelig måte for å fremme indre motivasjon. I tillegg til kompetanse legger CET vekt på at autonomi må være tilstede, og som vi tidligere har nevnt ser vi at autonomien i EasyLife er minimal på grunn av en rekke begrensende faktorer. For å øke muligheten for opprettholdelse av aktivitet og vaner, er det mer gunstig å skape en økt indre motivasjon (Verloigne et al., 2011; Edmunds et al., 2007; Williams et al., 1996; Ryan et al.,

2008; Ingledew et al., 1998; Mullan & Markland, 1997; Patrick & Canevello, 2011), som fremmes av et autonomt miljø (Silva et al., 2011).

5.2 Delscoreanalyse

Vi ser en tendens til reduksjon av “Amotivation” og “External” regulering, mens det er en tendens til økning av “Introjected”, “Identified” og “Intrinsic” regulering. Med dette ser vi en høyreforskyvning av motivasjonsreguleringen mot en mer indrestyrt motivasjon.

Ved bruk av SDT som forklaringsmodell kan denne endringen skyldes at de har fått økt kompetanse (forelesninger), autonomi (målsetning) og tilhørighet (gruppefølelse), som alle påvirker hvordan man beveger seg langs kontinuumet av autonomi, som illustrert i figuren under.



Figur 7. Kontinuum av autonomi.

http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/breq/breq.htm 4. desember 2011

Trolig vil det som endrer seg være avhengig av hva som er i fokus. Markland og Ingledew (2007) fant i sin studie at utseende og vektmotiver for fysisk aktivitet var assosiert med større “Introjected” regulering. Edmunds et al., (2007) undersøkte motivasjon hos overvektige pasienter som var henvist av leger til “trening på resept” på grunn av overvekten. De fant en økning i “Introjected” og “Identified” regulering etter tre måneder. Vi kan se en svak lignende tendens til den samme endringen i vår gruppe, allerede etter fire uker.

Ved bruk av TTM som forklaringsmodell påpeker man at endring tar tid. Det regnes som nødvendig med seks måneder for å komme et steg videre i forhold til stabilitet av fysisk aktivitet. Teorien kategoriserer individer i ulike steg. For å komme seg på neste steg må man komme over alle barrierene på det nåværende steget (Buckworth & Dishman, 2002). Dette kan være en grunn til at vi ikke ser noen endring i motivasjon på det tidspunktet vi gjennomførte vår måling.

Om den lille tendens for endring i gruppen videreutvikles utover i kurset, kan det på sikt skape en indremotivert regulering, som igjen er mer gunstig for varig endring av aktivitetsvaner (Mullan & Markland, 1997).

5.3 Styrker og svakheter

Den undersøkte gruppen er en spesifikk gruppe. Deltagerne meldte seg på kurset med mål om å gå ned i vekt, ikke nødvendigvis for å øke aktivitetsnivået. Dette kan påvirke motivasjonsreguleringen for fysisk aktivitet og trening.

Benyttes HOM som forklaringsmodell for deltakelse i denne typen behandling, vet vi på grunn av modellens struktur at de vil være ytre motivert. Dette fordi teorien bruker fysisk aktivitet som et middel for å unngå sykdom eller en negativ tilstand. Med dette utgangspunktet kan vi forvente at den ytre reguleringen vil være høyere enn hos normalbefolkningen, og dermed reduserer vår mulighet til å generalisere.

Kjønnsfordelingen i undersøkelsen er skjev, med flertall av kvinner. Dette gjør at resultatene i størst grad kan forklare kvinners endring av motivasjon under et EasyLife-kurs.

En styrke ved oppgaven er at vi diskuterer resultatene opp mot flere anerkjente teorier. I undersøkelsen har vi benyttet oss av et validert, internasjonalt spørreskjema, som styrker våre muligheter til å sammenligne med våre resultater.

5.3.1 BREQ-2 spørreskjemaet

BREQ-2 har blitt brukt ved en rekke studier blant annet ved overvektige pasienter (Edmunds et al., 2007), britiske arbeidere (Mullan & Markland, 1997) og for å skille treningsvaner mellom kjønn (Brunet & Sabiston, 2009). Dette viser at spørreskjemaet har blitt brukt i ulike settinger. Vi valgte å benytte det på bakgrunn av at det tidligere har blitt brukt på overvektige pasienter med godt resultat (Edmunds et al., 2007; Verloigne et al., 2011), selv om andre har kritisert BREQ-2 ved bruk på vektreduksjonsgrupper (Hutchison et al., 2009).

Vi har gjort en dobbeltoversettelse for bekreftelse om at vår norske versjon tilsvare originalen. Dette styrker vår mulighet for å gjøre sammenligninger med tidligere funn.

Det finnes styrker og svakheter ved bruk av spørreskjema. Krav til spørreskjema er at språket er lett å forstå, at det er enkelt å fylle ut og at det legger til rette for troverdige svar (Befring, 2007). Vårt skjema består av 26 spørsmål (BREQ-2, 19 spørsmål, EMI-2, 7 spørsmål).

Spørsmålene er korte og presise. Dette, i tillegg til at spørreskjemaet vårt består av relativt få spørsmål, øker troverdigheten på svarene.

På grunn av tilpasning til originalen, har noen av spørsmålene en noe redusert språklig kvalitet. Den engelske versjonen bruker konsekvent begrepet “exercise”, mens i det norske språket brukes begrepene fysisk aktivitet og trening om hverandre. Fysisk aktivitet kan ofte oppfattes som mer positivt ladd enn trening. I innledningen av spørreskjemaet valgte vi å benytte oss av den norske varianten, “*fysisk aktivitet og trening*”, for å få fram at spørsmålene gjaldt all form for fysisk aktivitet. Likevel har vi ikke vært konsekvente med å benytte denne formuleringen videre i spørreskjemaet, noe som kan skape forvirring hos deltagerne. At vi kun har benyttet oss av begrepet “*trening og treningsøkt*” i spørsmålene, kan gjøre at deltagerne ikke medregner annen aktivitet som vi ville definert som fysisk aktivitet. Dermed kan det være misforhold med hva deltagerne har ment og hvordan vi tolker svarene. På en annen side har vi oversatt spørreskjemaet så nært opptil originalen som mulig, nettopp for å kunne sammenligne med andre studier som har benyttet BREQ-2.

Noen uttrykk i spørreskjemaet kunne vært klarere definert. Eksempelvis spørsmål 13 benytter seg av uttrykket ... har ikke fått trent på “*en stund*”. Deltagerne må selv definere tidsbegrepet “*en stund*”, som gjør at spørsmålet kan tolkes forskjellig fra person til person. Det vil være stor forskjell om man definerer “*en stund*” som en dag, en uke eller en måned.

5.4 Veien videre

Kursets totale varighet er på ett år, med mulighet for ytterligere seks måneders oppfølging med MyLife. Kursets varighet øker muligheten til å oppnå en varig endring samsvarende med TTMs teori om at man som regel bruker seks måneder på å endre steg i mer aktiv retning.

Ved en varig vektnedgang må det skje en atferdsendring hos hvert enkelt individ. SDT hevder at opprettholdelse av atferd over tid avhenger av at pasienten internaliserer verdier og ferdigheter ved forandringen og føler autonomi (Ryan et al., 2008). Williams et al. (1996) viste i sin studie med alvorlige overvektige at grad av autonomi har betydning i forhold til oppmøte, vektnedgang og ikke minst opprettholdelse av vektnedgang etter endt kurs. Deltagernes autonomi var positivt relatert til oppmøte i vektnedgangsprogrammet, faktisk vektnedgang og opprettholdelse av vektnedgangen etter kursets slutt. Det å føle ytre press eller tilpasse seg samfunnet fungerer som motivasjon i perioder, men skal man legge om livsstilen med gode matvaner og regelmessig trening som skal vare livet ut, bør indre

motivasjon være tilstede (Verloigne et al., 2011; Edmunds et al., 2007; Williams et al., 1996; Ryan et al., 2008; Ingledeu et al., 1998; Mullan & Markland, 1997; Patrick & Canevello, 2011), som fremmes av et autonomt miljø (Silva et al., 2011).

Vi har bare sett på trenden etter fire uker. Dette behøver ikke å forutsi utviklingen over tid. Atferdsendring er et komplekst forhold der tid er nødvendig. Vår anbefaling er å skape et mer autonomt miljø som har mindre fokus på vektnedgangen og mer fokus på å øke aktiviteten.

6.0 Konklusjon

Det ble ikke funnet signifikante endringer i deltageres motivasjonsregulering i løpet av de fire første ukene av EasyLife-kurset. Dette kan være på grunn av kursets struktur med den raske vektnedgangen i begynnelsen av kurset.

Kilder

- Befring, E. (2010). *Forskningsmetode. Med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget
- Biddle, S. J. H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and interventions* (2. utg.). London og New York: Routledge.
- Brunet, J. & Sabiston, C. M. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 329-335.
- Buckworth, J. & Dishman, R. K. (2002). *Exercise Psychology*. United States of America: Human kinetics Publishers, Inc.
- Deci, E.L. & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, N. Y. :The University of Rochester Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- Dosil, J. (2006). *The Sport Psychologist's Handbook*. A guide for sport-specific performance enhancement. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmunds, J., Ntoumanis, N. & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 722-740.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Exercise Motivation Measurement. The Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire. The theory. Hentet 4. Desember 2011: 10:50.
http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/breq/breq.htm
- Hutchison, A. J., Breckon, J. D., & Johnston, L. H. (2009). Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: A systematic review. *Health Education & Behavior, 36*(5), 829-845.
- Ingledeu, D. K. I., Markland D., & Medley, A. (1998). Exercise motives and stages of change. *Journal of Health Psychology, 3*, 477-489.
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A. ... Sherman, K. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine, 46*, 238-246.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Markland, D. & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 26*(2), 191-196.
- Marcus, B. H. & Simkin, L. R. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Official Journal of the American College of Sports Medicine, 26*, 1400-1404.
- Mullan, E. & Markland, D. (1997). Variations in self-determination across the stage of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion, 21*(4), 349-362.
- Mullan, E., Markland, D. & Ingledeu, D. K. (1997). A graded conceptualisation of self-determination in the regulation of exercise behaviour: Development of a measure using confirmatory factor analytic procedures. *Personality and Individual Differences, 23*(5), 745-752.

- Markland, D. & Ingledew, D. K. (2007). The relationships between body mass and body image and relative autonomy for exercise among adolescent males and females. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 836-853.
- Murcia, J. A. M., Gimeno, E. C. & Camacho, A. M. (2007). Measuring self-determination motivation in a physical fitness setting: Validation of the behavioral regulation in exercise questionnaire (BREQ-2) in a Spanish sample. *The Journal of Sport Medicine and Physical Fitness*, 47, 366-374.
- Patrick, H. & Canevello, A. (2011). Methodological overview of a self-determination theory-based computerized intervention to promote leisure-time physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 13-19.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rodgers, W. M., Hall, C. R., Duncan, L. R., Pearson, E. & Milne, M. I. (2010). Becoming a regular exerciser: Examining change in behavioural regulations among exercise initiates. *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 378-386.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Found Quarterly*, 44(3), 94-127.
- Rosenstock, I. M. (1988). Adoption and maintenance of lifestyle modifications. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(6), 349-352.
- Rössner, S. (2008). Overvekt og fedme. I: Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 466-483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L., (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychological*, 55(1), 68-78.

- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European health psychologist*, 10, 2-5.
- Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S. ... Teixeira, P. J. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(4), 728-737.
- Tuah, N. A. A., Amiel, C., Quershi, S., Car, J., Kaur, B & Majeed, A. (2011). Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online). Oct 05 (10).
- Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., Tanghe, A., D'Hondt, E., Theuwis, L., Vansteenkiste, M., Deforche, B. (2011). Self-determined motivation towards physical activity in adolescents treated for obesity: An observational study. *International Journal of Behavioral nutrition and physical activity*, 8, 97.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M. & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., Høigaard, R. (Red.) (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1.

Resultater for hvert enkelt spørsmål, sortert på kategorier for motivasjonsregulering.

Amotivation	pre	post
Spørsmål 5: Jeg ser ingen grunn for å trene	0,44	0,25
Spørsmål 9: Jeg ser ikke hvorfor jeg skulle bry meg om å trene	0,33	0,08
Spørsmål 12: Jeg ser ikke noe poeng i å trene	0,38	0,42
Spørsmål 19: Jeg mener trening er bortkastet tid	0,06	0,17
External	pre	post
Spørsmål 1: Jeg trener fordi andre sier jeg skal	0,31	0,25
Spørsmål 6: Jeg deltar i trening fordi venner/familie/partner mener jeg bør	0,47	0,08
Spørsmål 11: Jeg trener fordi andre ikke vil være fornøyd med meg om jeg ikke gjør det	0,31	0,42
Spørsmål 16: Jeg føler press fra familie/venner om å trene	0,50	0,17
Introjected	pre	post
Spørsmål 2: Jeg får dårlig samvittighet når jeg ikke trener	2,00	2,25
Spørsmål 7: Jeg får dårlig samvittighet når jeg går glipp av en treningsøkt	1,75	1,67
Spørsmål 13: Jeg føler meg mislykket om jeg ikke har fått trent på en stund	1,25	1,50
Identified	pre	post
Spørsmål 3: Jeg verdsetter fordelene av trening	3,25	3,25
Spørsmål 8: Det er viktig for meg å trene regelmessig	2,44	2,50
Spørsmål 14: Jeg mener det er viktig å gjøre en innsats for å trene regelmessig	3,13	3,25
Spørsmål 17: Jeg blir rastløs om jeg ikke trener regelmessig	1,33	1,67
Intrinsic	pre	post
Spørsmål 4: Jeg trener fordi det er gøy	2,56	2,75
Spørsmål 10: Jeg liker treningsøktene mine	2,75	3,00
Spørsmål 15: Trening er for meg lystbetont	2,53	2,58
Spørsmål 18: Jeg blir glad og tilfredsstilt av å delta i trening	3,13	3,08

Vedlegg 2.

BREQ-2

BREQ 2 norsk

Alder:

Kjønn: Mann Kvinne (sett ring rundt)

Vekt ved oppstart:

Vekt i dag:

HVA ER GRUNNEN TIL AT DU TRENER?

Vi er interesserte i å finne ut underliggende grunner for hvorfor personer er delaktige eller ikke i fysisk aktivitet og trening. Ved å bruke skalaen under, vennligst marker i hvilken grad påstandene stemmer for deg. Vennligst legg merke til at det ikke finnes noe rett eller galt svar, og det er heller ingen lurespørsmål. Vi ønsker kun å vite dine personlige følelser rundt trening. Dine svar vil bli holdt konfidensielt og kun brukt i forbindelse med vår undersøkelse.

		Stemmer ikke	Stemmer noen ganger	Stemmer	Stemmer	
1	Jeg trener fordi andre sier jeg skal	0	1	2	3	4
2	Jeg får dårlig samvittighet når jeg ikke trener	0	1	2	3	4
3	Jeg verdsetter fordelene av trening	0	1	2	3	4
4	Jeg trener fordi det er gøy	0	1	2	3	4
5	Jeg ser ingen grunn for å trene	0	1	2	3	4
6	Jeg deltar i trening fordi venner/familie/partner mener jeg bør	0	1	2	3	4
7	Jeg får dårlig samvittighet når jeg går glipp av en treningsøkt	0	1	2	3	4
8	Det er viktig for meg å trene regelmessig	0	1	2	3	4
9	Jeg ser ikke hvorfor jeg skulle bry meg om å trene	0	1	2	3	4
10	Jeg liker treningsøktene mine	0	1	2	3	4
11	Jeg trener fordi andre ikke vil være fornøyd med meg om jeg ikke gjør det	0	1	2	3	4
12	Jeg ser ikke noe poeng i å trene	0	1	2	3	4
13	Jeg føler meg mislykket om jeg ikke har fått trent på en stund	0	1	2	3	4

		Stemmer ikke	Stemmer noen ganger	Stemmer	Stemmer
14	Jeg mener det er viktig å gjøre en innsats for å trene regelmessig	0	1 2 3	4	
15	Trening er for meg lystbetont	0	1 2 3	4	
16	Jeg føler press fra familie/venner om å trene	0	1 2 3	4	
17	Jeg blir rastløs om jeg ikke trener regelmessig	0	1 2 3	4	
18	Jeg blir glad og tilfredsstilt av å delta i trening	0	1 2 3	4	
19	Jeg mener trening er bortkastet tid	0	1 2 3	4	
20	Jeg trener for å se yngre ut	0	1 2 3	4	
21	Jeg trener for å ha en sunn kropp	0	1 2 3	4	
22	Jeg trener for å forebygge helseproblemer	0	1 2 3	4	
23	Jeg trener for å lade batteriene mine	0	1 2 3	4	
24	Jeg trener for å takle stress bedre	0	1 2 3	4	
25	Jeg trener for å ha det moro ved å være aktiv sammen med andre	0	1 2 3	4	
26	Jeg trener for å se mer attraktiv ut	0	1 2 3	4	

Vennlig hilsen

Hanne E. Strand og Solveig Nordengen

B3 Idrett, fysisk aktivitet og helse

Vedlegg 3.

EMI-2

Vi benyttet oss av sju spørsmål fra Exercise Motivations Inventory-2 (EMI-2) (Markland & Ingledew, 1997): 4,7,16,31,34,38 og 44: *Jeg trener for å se yngre ut; Jeg trener for å ha en sunn kropp; Jeg trener for å forebygge helseproblemer; Jeg trener for å lade batteriene mine; Jeg trener for å takle stress bedre; Jeg trener for å ha det moro ved å være aktiv sammen med andre; Jeg trener for å se mer attraktiv ut.* Svaralternativene på disse spørsmålene ble omgjort til en 5-punktskala likt BREQ-2 ved at svaralternativ 4 og 5 ble slått sammen. Disse spørsmålene ble ikke benyttet i denne sammenheng.