

Tina Rosseid Midthun

Kandidatnummer: 105

Hverdagen i en stor kropp som forsøker å bli mindre

En kvalitativ studie om erfaringer fra en livsstilsbehandling for sykkelig overvekt ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter

Masterstudium i idrettsvitenskap

Høgskulen i Sogn og Fjordane, *mai 2014*

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Idrettsvitenskap

Tittel: Hverdagen i en stor kropp som forsøker å bli mindre

En kvalitativ studie om erfaringer fra en livsstilsbehandling for sykkelig overvekt ved Røde Kors
Haugland Rehabiliteringssenter

Engelsk tittel: Daily life in a large body trying to become smaller

A qualitative study on the experiences from a lifestyle treatment for severe obesity at the Red Cross
Haugland Rehabilitation Center (Norway)

Forfatter: Tina Rosseid Midthun

Emnekode og emnenavn: ID3-355

Masteroppgave i idrettsvitenskap

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å
publisere oppgaven i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen
med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet
materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan
stride mot gjeldende norsk rett

JA x Nei__

Dato for innlevering:

30.05.2014

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Sykkelig overvekt, livsstilsendring, kroppens
fenomenologi, habitus, fysisk aktivitet

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt og fedme er en økende utfordring i Norge som i resten av verden. Mange sliter med sykelig overvekt og forsøker å gå ned i vekt ved å endre livsstil. Fysisk aktivitet og et sunt kosthold bidrar til vektreduksjon, men effekten av livsstilsbehandling er som regel ikke tilfredsstillende. Kvalitativ forskning vil kunne bidra til innsikt i hvordan pasienter selv erfarer en livsstilsbehandling, og derfor være nyttig for videreutvikling av slike behandlingsopplegg.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming. Seks sykelig overvektige personer som har gjennomført en 2 års livsstilsbehandling med gjentatte opphold på et rehabiliteringssenter utgjør studiens informantgruppe. Informantene har gått gjennom et individuelt livsverdenintervju ca. 1,5 år etter endt behandling. Et fenomenologisk perspektiv er lagt til grunn for tolkingen.

Resultat: For de fleste skjer det en liten grad av livsstilsendring etter behandling. Fysisk aktivitet ser ut til å være det enkleste å endre på, men endringen er liten. Uten oppfølging viser det seg for noen å være vanskelig å opprettholde trening og kosthold på samme nivå hjemme. Informantene har slitt med kropp som har vært til hinder både i livsutfoldelse og i det sosiale liv siden barndommen. I tiden på senteret må informantene «styre» kroppen til å trene og spise slik behandlerne sier. Med bakgrunn i Merleau-Pontys tematisering av det heilskapelige kroppssynet vil man ikke kunne sette seg selv på utsiden av kroppen. Dette viser seg gjennom tilbakefall til det vanemessige livet. Informantene mener at problemene sitter dypt forankret i kroppen, og at man derfor må fokusere mer på det som ligger bak overvekten. Funnene antyder at å endre levevaner ikke kan sees isolert fra den enkeltes livshistorie, forhold til familie, venner og andre. Derfor ønsker de mer fokus på psykisk helse under behandling, og tettere oppfølging etter behandling.

Konklusjon: Alle blir født inn i en meningssammenheng, samtidig er erfaringer kontinuerlig med på å forme oss gjennom livet. Man kan derfor si at sykelig overvekt ser ut til å ha sammenheng med oppvekst. Å endre vaner ser ut til å være vanskelig etter oppholdet på senteret. En livsstilsbehandling bør derfor tilpasses pasientenes individuelle erfaringer, væremåte og livssammenheng. Økt fokus på autonom motivasjon, individuell oppfølging og psykisk støtte i form av samtaler kan være en løsning.

Nøkkelord: Sykelig overvekt, livsstilsendring, kroppens fenomenologi, habitus, fysisk aktivitet

Abstract

Background: Obesity is an increasing challenge in Norway, like in many other parts of the world. Many struggle with severe obesity and attempt to lose weight by going through a lifestyle change. Being physically active and eating healthy contribute to weight loss, but the effects of lifestyle therapy is generally unsatisfactory. Qualitative research can contribute to the understanding of how the patients themselves experience a lifestyle intervention, and therefore be useful for further development of such treatment.

Method: The study has a qualitative approach. Six severe obese people who have completed a 2-year lifestyle intervention with repeated treatments at a rehabilitation center constitute the informant group. Informants have gone through an individual lifeworld interview about 1.5 years after treatment. A phenomenological perspective is used for interpreting the results.

Results: The degree to which the informants are able to change their lifestyle after the treatment is relatively small. Physical activity seems to be the easier factors to change, but the amount of change is small. Without any follow-up, it seems to be difficult for some informants to maintain the desired level of exercise and healthy eating at home. Informants have struggled with bodies that have precluded both self-expression and social life since his childhood. During their stay at the intervention centre, the informants must “control” their bodies to eat and exercise the way they are told to. Based on Merleau-Ponty's thematization of the whole scientific body vision, they will not be able to put themselves outside their body. This is apparent through the recurrence of the habitual life. The informants think that the problems are rooted deeply in the body itself, and that a focus on what lies behind the obesity is needed. The findings suggest that changing ones habits cannot be seen as isolation from personal history and relationship to family and friends. Therefore they desire a greater focus on mental health during the treatment and closer follow-up after the treatment.

Conclusion: Everyone is born into a cooperation of purpose, from which the body is shaped based on the life-experiences one go through. One could therefore state that severe obesity is linked to childhood. Changing habits after the end of the intervention seems to be difficult. A lifestyle intervention should adapt towards the patients individual experiences, personality and lifestyle. Greater focus on autonomous motivation, individual follow-up and mental support, like therapist-patient conversations, could be a solution.

Keywords: Severe obesity, lifestyle treatment, phenomenology, habitus, physical activity

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik og givende prosess. Jeg har utforsket et tema som jeg synes er spennende, derfor har en krevende jobb blitt en kjekk jobb. I perioder har jeg dradd meg i håret og mast på veiledere. Men for det meste har jeg følt meg heldig som har fått jobbet med dette et helt år.

Fedme og opplevelser rundt egen kropp er et tema som det er vanskelig å snakke om. Derfor retter jeg en stor takk til de som stilte opp og lot seg intervju. Velvilligheten til å stille opp på kort varsel og dele deres erfaringer har gjort dette prosjektet mulig. Historiene deres har berørt meg, og tar stadig plass i mine tanker.

Oppgaven er skrevet i samarbeid med Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter. Takk til dere som har bidratt, særlig i forbindelse med oppstart av studien. Jeg ønsker også å takke for at jeg fikk komme på besøk, inkludert der er de ansatte på Hauglandsenteret og pasientene som var tilstede.

Til sist vil jeg rette en stor takk til mine to veiledere, Eivind Aadland og Vegard Fusche Moe. Dere har fått gjennomgå, men samtidig latt meg få gjennomgå, resultatet har blitt gode faglige innspill og motivering underveis.

Høgskulen i Sogn og Fjordane, mai 2014

Tina Rosseid Midthun

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | II |
| Abstract | III |
| Forord | IV |
| 1. Introduksjon | 1 |
| 1.1 Avgrensing og problemstilling | 2 |
| 1.2 Oppgavens oppbygging og struktur | 3 |
| 2. Konkretisering av kontekst | 4 |
| 2.1 Livsstilsbehandling for sykkelig overvekt | 4 |
| 2.1.1 Fysisk aktivitet og kosthold ved livsstilsbehandling | 6 |
| 2.1.2 Hva er bevegelse og fysisk aktivitet? | 7 |
| 3. Teoretisk perspektiv | 9 |
| 3.1 Fenomenologi | 9 |
| 3.1.1 Livsverden | 11 |
| 3.1.2 Helse og sykdom i et fenomenologisk perspektiv | 12 |
| 3.2 Det dualistiske synet på kroppen | 13 |
| 3.3 Det dialektiske synet på kroppen | 14 |
| 3.3.1 Levd kropp | 15 |
| 3.3.2 Kropp, tid og rom | 16 |
| 3.3.3 Kroppsskjema | 17 |
| 3.3.4 Kroppslig endring | 18 |
| 3.3.5 Livsstilsbegrepet | 19 |
| 3.3.6 Pierre Bourdieu & Habitus | 21 |
| 4. Metode | 23 |
| 4.1 Humanvitenskap og kvalitativ tilnærming | 23 |
| 4.1.1 Hermeneutikk | 24 |
| 4.2 Det kvalitative intervjuet fra et fenomenologisk ståsted | 25 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3 | Forberedelse til intervjuprosessen | 27 |
| 4.3.1 | Utvalg | 28 |
| 4.3.2 | Kontekst | 29 |
| 4.3.3 | Pilotintervju..... | 29 |
| 4.4 | Gjennomføringsfasen..... | 30 |
| 4.4.1 | Transkribering | 31 |
| 4.5 | Analysering og fortolkning..... | 32 |
| 4.6 | Reliabilitet og validitet | 34 |
| 4.6.1 | Generaliserbarhet | 35 |
| 4.7 | Etiske overveielser..... | 36 |
| 5. | Funn og tolkning..... | 38 |
| 5.1 | Erfaringer med å være tykk | 38 |
| 5.1.1 | Forståelsen av hvordan overvekten kom | 38 |
| 5.1.2 | Å leve i en stor kropp | 40 |
| 5.1.3 | Kroppens eksistens | 44 |
| 5.1.4 | Kampen mot kiloene | 47 |
| 5.1.5 | Oppsummering | 51 |
| 5.2 | Erfaringer fra livsstilsbehandlingen..... | 52 |
| 5.2.1 | Opplevelsen av behandlingsopplegget | 52 |
| 5.2.2 | Livsstilsendringens vanskeligste fase..... | 57 |
| 5.2.3 | På egne bein | 62 |
| 5.2.4 | Oppsummering | 65 |
| 6. | Avsluttende drøfting | 67 |
| 6.1 | Bakgrunnens betydning for nåtiden..... | 67 |
| 6.2 | Kroppsliggjorte erfaringer fra behandlingen | 68 |
| 6.3 | Hva skal til for å lykkes? | 71 |
| 6.4 | Studiens styrker og svakheter | 72 |

| | |
|----------------------------|-----------|
| 6.5 Videre forskning | 74 |
| 7. Konklusjon | 75 |
| Litteraturliste | 76 |
| Vedleggsliste | 84 |

1. Introduksjon

Sammenhengen mellom vekt, sykkelighet og dødelighet er godt dokumentert (Collaboration, 2009). Det er derfor stor enighet om at overvekt og fedme er tilstander som trenger behandling (Hjelmesæth & Sandbu, 2010). Fedme er en betydelig utfordring over hele verden, over 20 % av befolkningen i Norge sliter med fedme ($KMI^1 > 30$) (Hånes, Graff-Iversen, Meyer, & Midthjell, 2012; Midthjell et al., 2013; Øverby, Torstveit, Høigaard, & Stene-Larsen, 2011). Det hevdes at den økende fedmeepidemien nå flater ut, særlig for kvinner, men trenden ser ikke ut til å gjelde for fedmegradene 2 og 3 (Midthjell et al., 2013; Sturm, 2007). Tall fra HUNT3- studien viser at 3,2 % menn og 5 % kvinner har fedme grad 2 (KMI 35 – 39,9), mens 0,5 % menn og 1,5 % kvinner har fedme grad 3 ($KMI > 40$) i Norge (Midthjell et al., 2013). Forekomsten av fedme ser ut til å øke mer i fremtiden. Foresight (i: Hindle & Carpenter, 2011) har utarbeidet en modell som indikerer at 60 % av menn, 50 % av kvinner og ca. 25 % av alle barn under 16 år i Storbritannia vil gå under kategorien fedme innen 2050. Antallet som behandles er akselererende, og målet med behandlingene er først og fremst å redusere risikoen for følgesykdommer (Hjelmesæth, Hofso, Handeland, Johnson, & Sandbu, 2007).

Ettersom overvekt og fedme er en økende utfordring, har helsemyndighetene en egen stortingsmelding om folkehelse med mål om å forebygge, i tillegg til flere handlingsplaner og retningslinjer². I følge helsedirektoratet må den enkelte ta ansvar for sin egen helse, men om de ikke lykkes med dette skal de tilbys profesjonell hjelp i regi av helsevesenet. De nye nasjonale retningslinjene skal sikre at alle sykkelig overvektige har lik rett til prioritert helsehjelp, utredning og behandling (Hjelmesæth & Sandbu, 2010). Det har kommet flere behandlingstilbud gjennom sentre og organisasjoner³ som tilbyr livsstilsbehandling for sykkelig overvektige. En livsstilsbehandling for sykkelig overvektige kan fremme 5-10 % vekttap (Aadland & Robertson, 2012; Danielsen, Svendsen, Mæhlum, & Sundgot-Borgen, 2013; Goodpaster et al., 2010; Hofsø et al., 2010; Pedersen et al., 2006), men det viser seg at det er vanskelig å opprettholde vekttapet over tid (Byrne, Cooper, & Fairburn, 2004; Christiansen, Bruun, Madsen, & Richelsen, 2007).

¹ KMI vil si kroppsmasseindeks, eller på engelsk BMI, Body Mass Index. KMI er et uttrykk for vekt i forhold til høyde og er lik vekten delt på kvadratet av høyden.

² Blant annet Stortingsmelding 34 (2012-2013) «Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar»; Helsedirektoratet (2011) «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (barn og unge)»

³ RKHR, Aleris overvektsklinikk, Klinikaktiv, NIMI, LHL Klinikken Røros, Ebeltoft kurscenter som hevdes å være den mest suksessrike i Norden

For mange sykkelig overvektige blir slanking en serie mislykkede prosjekter, og ofte en kamp som varer livet ut. Hvorfor er det slik at en mislykkes gang på gang, til tross for personlige trenere, livsstilsbehandlingsprogrammer, og hard innsats fra den enkelte? Groven og Engelsrud (2010) finner at all opplevelse av trening for en sykkelig overvektig person har sammenheng med hvor stor kroppen er. Tidligere erfaringer og forholdet til andre mennesker ser ut til å ha stor innflytelse på hvordan trening oppleves (Groven & Engelsrud, 2010; Rugseth, 2010). Tidligere erfaringer viser seg å være med på å gi en følelse av skam, stress og å være ubekvem under trening med andre mennesker. Det kan tyde på at kvinner ser seg selv gjennom andres blikk. De dømmes blikkene andre gir dem på en negativ måte, og blir derfor svært ukomfortable og skamfølelsen vokser. Mange velger derfor å unngå slike situasjoner (Wiklund, Olsén, & Willén, 2011). Groven og Engelsrud (2010) mener at det kunne vært en fordel om deltakerne selv fikk være med å bestemme treningsform. Dette ville vært med på å øke indre motivasjon hos deltakerne og muligheten for å fortsette med treningen etter avsluttet behandling var større.

For å behandle personer med sykkelig overvekt vil det være essensielt å ha kunnskap om hvordan det oppleves å være sykkelig overvektig. Ved å gjøre en kvalitativ studie vil jeg forsøke å få en forståelse over opplevelsen ved en livsstilsintervensjon fra et førstepersonsperspektiv, nemlig pasienten selv. På denne måten vil jeg få mulighet til å få en dypere forståelse over påvirkninger og hva som kan være den største utfordringen ved å endre livsstilen.

1.1 Avgrensning og problemstilling

Det er gjennom kroppen vi opplever verden uten at vi vanligvis tenker så mye på det. Hos en sykkelig overvektig person derimot, er kroppen hele tiden i fokus. Alle erfaringer som blir gjort av andre og oss selv skjer gjennom kroppen (Merleau-Ponty, 2012). Derfor ønsker jeg å søke innsyn i informantenes opplevelsesverden.

Studiens hovedspørsmål er:

Hvilke kroppslige erfaringer sitter igjen hos sykkelig overvektige personer som har gjennomgått en to-årig institusjonsbasert livsstilsbehandling?

Fordi vi vet at erfaringer gjennom et behandlingsopplegg vil være farget av pasientenes bakgrunn og livshistorie (Merleau-Ponty, 2012), er det også behov for å undersøke:

Hvilke konsekvenser har barndom og oppvekst for hverdagen til sykelig overvektige personer, og på hvilken måte påvirker dette hvordan en opplever å endre livsstil?

Dette er studiens underproblemstilling.

1.2 Oppgavens oppbygging og struktur

Oppgaven er delt inn i sju kapitler. Etter introduksjonskapitlet kommer en konkretisering av kontekst. Deretter legges det teoretiske perspektivet som er benyttet i denne oppgaven frem. I kapittel 4 beskriver jeg metoden som er brukt for å utvikle et materiale som kan svare på problemstillingene. Deretter følger kapittel 5 som består av funn og tolkning. Dette kapitlet inneholder to hoveddeler som er bygd opp med samme struktur. Første avsnitt omhandler førstegradsfortolkning, hvor erfaringsnære begreper blir benyttet. I neste avsnitt kommer *Videre teoretisk belysning*, som omhandler andregradsfortolkning. Her blir teoretiske begreper med bakgrunn fra fenomenologien benyttet. Begge analysekapitlene blir avsluttet med en oppsummering av de mest sentrale funnene. I kapittel 6 kommer en oppsummerende drøfting og kritisk blick på studien. I siste kapittel presenteres konklusjonen.

2. Konkretisering av kontekst

Det skilles vanligvis mellom tre ulike behandlingsopplegg for sykelig overvekt; livsstilsbehandling, medikamentell behandling og kirurgisk behandling (Øverby et al., 2011). Disse kan tilbys hver for seg eller i kombinasjon. Alle har som mål å redusere sykelighet og dødelighet og øke livskvalitet. Pasienter med fedme, det vil si pasienter med KMI > 40, eller KMI > 35 samt vektrelaterte følgesykdommer kan henvises til behandling via regionale overvektspoliklinikker. Tabell 1 viser de gjeldende definisjonene for undervekt, normalvekt og ulike grader av fedme, basert på kroppsmasseindeks (KMI):

| KMI | Klassifisering | Helserisiko |
|-------------|----------------|---------------------------------|
| < 18,5 | Undervekt | |
| 18,5 – 24,9 | Normalvekt | |
| 25,0 – 34,9 | Overvekt | Lett risikoøkning |
| 30,0 – 34,9 | Fedme grad 1 | Moderat risikoøkning |
| 35,0 – 39,9 | Fedme grad 2 | Høy, kraftig risikoøkning |
| > 40,0 | Fedme grad 3 | Svært høy, ekstrem risikoøkning |

Tabell 1: KMI, klassifisering og helserisiko. Hentet fra WHO (2000)

2.1 Livsstilsbehandling for sykelig overvekt

Hovedfokuset ved livsstilsbehandling for sykelig overvekt er endring av kosthold, økt fysisk aktivitet og atferdsterapi. Det er imidlertid store forskjeller i hvordan de enkelte livsstilsbehandlingene velger å fordele mengden av de ulike komponentene. Her vil jeg kort gå gjennom hva som kjenner en livsstilsbehandling og dokumenterte effekter av slik behandling for sykelig overvektige.

Den typiske dietten ved livsstilsbehandling for fedme og sykelig overvekt anbefaler en samlet reduisering av energiinntak på 500 – 1000 kcal pr dag, noe som vil resultere i 0,5 – 1 kg i uken (Aadland, 2013). Fysisk aktivitet spiller en avgjørende rolle i å forbedre kardiovaskulær helse, både for sykelig overvektige og normalvektige. En typisk treningsintervensjon inneholder 60 – 180 minutter fysisk aktivitet i uken, noe som resulterer i 1 – 3 kg vekttap i løpet av behandlingen (Aadland & Anderssen, 2013; Catenacci & Wyatt, 2007). I tillegg til fysisk

aktivitet og kosthold, har de fleste livsstilsbehandlinger for sykkelig overvekt inkludert ulike former for atferdsterapi. Hovedmålet med dette er å endre tankemønstre og øke motivasjon for å gjøre de livsstilsendringene som trengs, og for å hindre tilbakefall. Studier har vist at atferdsterapi har større effekt enn placebo på vekttap, og om en kombinerer atferdsterapi med fysisk aktivitet og kostholdsendring finnes en økende effekt på vekttap. De samme funnene er gjort for kognitiv atferdsterapi (Shaw, O'rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005).

Helse Vest, Helse Midt, Helse Nord og Helse Sør-Øst har alle regionale ressursentre for fedme og sykkelig overvekt. Oppbygging og effekt av de ulike behandlingsoppleggene er ulikt. NIMI Ringerike⁴ er en livsstilsbehandling for sykkelig overvektige i regionen Helse Sør-Øst. De tilbyr en behandling som varer i totalt 16 uker, over ett år. Treningen omfatter 2-3 økter om dagen med en varighet på 45 minutter hver gang. Alle følger et lavkalori kostholdsprogram som blir laget av kostholdsekspertene. Ved behandlingsstart får alle en time hos psykolog, som de også har mulighet til å fortsette hos utover behandlingen. Resultatene fra NIMI viser at pasientene går ned i gjennomsnitt 12 % av kroppsvekten sin (Mæhlum, Danielsen, Heggebø, & Schiøll, 2012). LHL- klinikkene Røros⁵ er en livsstilsbehandling for sykkelig overvektige, og er et samarbeid mellom Senter for behandling av sykkelig overvekt (RSSO) ved St.Olavs Hospital og overvektsteamet ved Røros Rehabilitering. Deres behandling varer 14-16 uker første året, med oppfølging i opptil 5 år hvor de får tilbud om 2 uker hver 6. måned. Treningen omfatter 3 økter om dagen. Kostholdet er tilrettelagt av kostholdsekspertene og de får gruppebasert psykologtimer. Resultatene fra Røros viser at pasientene går ned i gjennomsnitt 13,4 % ±8,0 (Martins et al., 2011). Dessverre vet vi mindre om langtidseffektene over 5 år etter.

Røde Kors Haugland Rehabiliteringsenter er et behandlingstilbud for sykkelig overvektige i regionen Helse Vest. Behandlingsopplegget i denne studien omfatter fire opphold ved senteret over totalt 15 uker. Oppholdene hadde en varighet på 6 + 3 + 3 + 3 uker, med henholdsvis 3, 4 og 6 måneder mellom hvert opphold. Pasientene går ned i gjennomsnitt 6,4 % ± 6 (Aadland, 2013). Men ca. 80 % av pasientene som har deltatt på livsstilsbehandlingen for sykkelig overvekt har gjennomgått eller er på venteliste for fedmekirurgi seks år etter endt behandling (Andersen, Stokke, Tøsdal, Robertson, & Våge, 2013). Flere hevder at en del av forklaringen på de svake resultatene kan ligge i at mange livsstilsprogrammer for sykkelig overvekt ikke

⁴ <https://www.staminahot.no/nimi/vart-behandlingstilbud/helse-og-livsstil/overvekt---offentlig-avtale/>

⁵ http://www2.lhl.no/roros-rehabilitering/vaart_tilbud/sykkelig_overvekt/

omfatter samtaler med psykolog eller annen individuell oppfølging (Byrne et al., 2004; Ingvar, Eldh, & Biseth, 2011)

2.1.1 Fysisk aktivitet og kosthold ved livsstilsbehandling

Fysisk aktivitet er det viktigste tiltaket ved en økning i energiforbruk. Helsedirektoratet sier at «økt fysisk aktivitet kan bidra til vekttap, dessuten gi en rekke andre helsemessig gunstige effekter som redusert forekomst av bl.a.: type 2-diabetes, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettsykdommer, flere kreftformer, samt depresjon» (2011, s. 24). Ved RKHR er økende grad av fysisk aktivitet for sykkelig overvektige assosiert med økt vekttap, lavere fettmasse, bedre fysisk form (Aadland, 2013) og økt livskvalitet (Jepsen, Aadland, Andersen, & Natvig, 2013). Flere studier har vist at menn oppnår større vekttap enn kvinner ved livsstilsbehandling (Aadland, Jepsen, Andersen, & Anderssen, 2013; Sartorio, Maffiuletti, Agosti, & Lafortuna, 2005; Wadden et al., 2009). Andre studier viser ingen ulikheter mellom kjønn (Mæhlum et al., 2012). Den mulige forskjellen i vekt nedgang mellom menn og kvinner kan skyldes at mennene stort sett har en høyere vekt og høyere VO_{2max} , noe som gjør at mennene forbruker mer energi under fysisk aktivitet. Det viser seg også at fett som lagres på øvre del av kroppen er lettere å forbrenne enn fett som lagres på nedre del. I tillegg til kroppslige ulikheter, finner studier at forskjellene også kan skyldes både atferdsmessige, fysiologiske eller arvede faktorer (Boutcher & Dunn, 2009).

Mange sykkelig overvektige har slitt med overvekt siden barndommen (Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert, & Komesaroff, 2008). For mange er maten blitt en slags trygghet i oppveksten. Etter hvert som vekten øker blir både maten og kroppen ofte en unnskyldning for å holde seg borte fra sosiale situasjoner. Maten får en symbolsk betydning ved å døyve ubehag og vanskelige følelser i kroppen (Rugseth, 2006). Å trøstespise henger ofte sammen med å overspise. I følge Skårderud (1998) er tvangsspising (Binge Eating Disorder) den tredje spiseforstyrrelsen ved siden av anoreksi og bulimi. Han sier at BED handler om å miste kontroll, hvor den viktigste tilleggs lidelsen ofte er skammen og nederlagsfølelsen. Mengden mat som blir konsumert er veldig mye større enn hos en med normalt kosthold. Tap av kontroll kjennetegnes ved å ikke klare å stoppe eller kontrollere hva en spiser (Brownell, Hotelling, Lowe, & Rayfield, 2011).

Hindle og Carpenter (2011) mener at et viktig trekk ved en vellykket opprettholdelse av vektreduksjon er realiseringen av behovet for å gjøre endringer som vil vare livet ut, og å se på vekttap som et langsiktig tiltak. En avslappet tilnærming uten å forby diverse matvarer kan

tyde på å være en fellesnevner for å lykkes. Det betyr likevel ikke at en ikke lever etter «strengt regler», deltakerne må hele tiden være bevisste på hva de kan og ikke kan spise. Det viser seg at et overtall av de som lykkes med vekttap har god oppfølging og støtte. Familie, venner og helsepersonell ser ut til å være essensielt for å motivere til suksess (Hindle & Carpenter, 2011). Flere hevder at det vanskeligste med prosessen er arbeidet med å opprettholde vekten etter at de har gått ned. Mye tyder på at etter vektreduksjon forsvinner mye av støtten og deltakerne blir mer alene. Det kan derfor se ut som at autonom motivasjon er viktig for å lykkes med et langsiktig vekttap (Hindle & Carpenter, 2011; Lieberman, Robbins, & Terras, 2009; Teixeira, Silva, Mata, Palmeira, & Markland, 2012). Motivasjon defineres som «det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like og det som gir den mål og mening» (Imsen, 1991, s. 43). Motivasjon står sentralt ved livsstilsendring. Autonom motivasjon vil si i hvilken grad en aktivitet utføres ut i fra egne interesser og verdier. Selvbestemmelse er et sentralt moment. Selvbestemmelse er et behov vi har for å velge og bestemme hva vi gjør og hvordan vi ønsker å gjøre det. I motsetning til å utføre handlinger på grunnlag av ytre belønning eller press. Slikt læringsklima finner en ofte igjen når personer snakker om «jeg burde», «jeg må» osv. (Teixeira et al., 2012). Et autonomistøttende læringsklima støtter pasientenes følelser, holdninger og fremhever personers valg (Ryan & Deci, 2000). Hvis deltakere ved en livsstilsbehandling hele tiden blir fortalt hva de skal gjøre, for eksempel å følge visse kostholdsprogram, treningsprogram el. vil dette kunne skape en kontrollert motivasjon. En slik tilnærming fremmer ikke autonom motivasjon (Teixeira et al., 2012).

2.1.2 Hva er bevegelse og fysisk aktivitet?

Hverdagen er full av kroppslige bevegelser. Det er vanlig å skille mellom viljestyrte bevegelser, intasjonale bevegelser og bevegelser som bare skjer med oss, slik som reflekser (Moe, 2007; Sookermany & Säfvenbom, 2008). De viljestyrte bevegelsene består av de bevegelsene vi planlegger og utfører med et mål. En bevegelse er et resultat av en interaksjon mellom perseptuelle, kognitive og motoriske prosesser (Kissow & Pallesen, 2004). Hva alle bevegelser har til felles er at de danner grunnlaget for menneskets hverdag og funksjon. Shilling (2008) vektlegger hvor viktig bevegelse er for å bygge sosiale relasjoner. Muligheten til å forflytte oss ut og inn av situasjoner, utforske ulike aktiviteter og komme i kontakt med mennesker er avhengig av bevegelse. Allerede som nyfødt strever barnet etter å forflytte seg rundt for å utforske verden.

Innen behandling av sykkelig overvekt snakker en ofte om fysisk aktivitet i stedet for bevegelse. En mye brukt definisjon på fysisk aktivitet er: «enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører en økning i energiforbruket» (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Denne definisjonen gir en mekanisk beskrivelse av kropp og fysisk aktivitet. Den henviser til skjelettmuskulatur, men utelater subjektet som ønsker å utføre bevegelsen. Siden denne oppgaven ønsker å gripe erfaringene ved fysisk aktivitet, er det viktig at begreper som fysisk aktivitet og bevegelse rommer meningsdimensjonene eller erfaringskvalitetene til en person. Gjennom oppgaven vil fysisk aktivitet og bevegelse bli brukt synonymt.

Merleau-Ponty (1994) mener at bevegelse har en eksistensiell dimensjon. Mennesket er sin kropp og kroppen er i konstant samspill med omgivelsene. Han sier at å bevege seg er å uttrykke en intensjon. Derfor blir handling og bevegelse to sider av samme sak. Han beskriver egenkroppen og dens bevegelser slik:

I move external objects with the help of my own body, which takes hold of them in one place in order to take them to another. But I move my body directly, I do not find it at one objective point in space in order to lead it to another, I have no need of looking for it because it is always with me. I have no need of directing it toward the goal of the movement, in a sense it touches the goal from the very beginning and it throws itself toward it (Merleau-Ponty, 2012, s. 96).

3. Teoretisk perspektiv

I den medisinske vitenskapen blir kroppen sett på som noe man kan diagnostisere. Dualistisk tenking står i fokus og de sosiale og erfaringsmessige aspektene ved kroppen blir ofte borte. Siden denne oppgaven skal forsøke å belyse informantenes erfaringer med livsstilsbehandlingen vil jeg presentere et teoretisk perspektiv basert på dialektisk tenking. Fenomenologi er en filosofisk retning som handler om å beskrive fenomenene til de menneskelige erfaringene så presist og fullstendig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 46). Derfor vil jeg ta utgangspunkt i fenomenologien når jeg skal fordype meg i pasienters opplevelse av det å være tykk og å gå gjennom en livsstilsbehandling. Oppgaven bygger i stor grad på kroppsperspektivet til Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Videre kommer det en oppfølging via Pierre Bourdieu med hans relevante begreper for å tydeliggjøre hvordan tidligere erfaringer manifesterer og nedfeller seg i kroppen og viser seg å påvirke opplevelsen av livsstilsbehandlingen.

3.1 Fenomenologi

Fenomenologi prøver å beskrive hvordan mennesker opplever fenomener rundt seg (Zahavi, 2001). Den kan betraktes som en filosofisk analyse av gjenstanders ulike fremtredelsesformer. Det betyr at en reflekterer rundt de forståelsesstrukturer som gjør at gjenstander viser seg som de gjør (Gallagher & Zahavi, 2008). Fenomenologien ønsker å undersøke ulike meningsfylte former for menneskelig erfaring. Et fenomen kan oppfattes på mange ulike måter, og å kartlegge fenomentyper ut i fra menneskelig erfaring har vært et av fenomenologiens viktigste bidrag til humanvitenskapen (Svenaesus, 2005). De meningsfylte formene styrer hvordan vi oppfatter, føler og tenker, altså de måtene vi er til på som mennesker. Dette gjelder alt fra ulike aspekter av hvordan verden fremstår i tid, rom og tanke, til spørsmål som omhandler hverdagsverdenens meningsmønster (Svenaesus, 2005, s. 50).

Edmund Husserl (1859-1938) grunnla fenomenologien på slutten av 1800- tallet og den er i dag regnet som en av de dominerende filosofiske retningene. Husserl mente at «fenomenologiens mål er å komme frem til utvetydig kunnskap om opplevd erfaring» (Olsson & Sörensen, 2003, s. 102). Han mente at å bedrive fenomenologi er «å gå tilbake til fenomenene slik de viser seg for oss ut ifra seg selv» (Svenaesus, 2005, s. 48). Husserl startet sitt arbeid med et angrep på empiristiske og psykologiske begreper om logikk. Dette var starten på anti-naturalismen som videre viste seg å bli fenomenologien. Det er særlig tre saker som var relevant for Husserls fenomenologi.

Husserl innførte en fenomenologisk verden hvor man vektlegger de erfaringene vi har av oss selv og omverdenen, altså *førstepersonsperspektivet*. Det innebærer å forstå oppfatningen i form av betydningen det har for subjektet. Han var opptatt av hvordan subjektet (jeget) og objektet (verden) skaper forståelse i møtet med hverandre. «Jeg» eksisterer ikke bare for meg selv, men også for den andre. Og den andre eksisterer for meg like mye som for seg selv. Subjektet har derfor ikke monopol på egen selvforståelse eller sin forståelse av verden (Zahavi, 2001). Husserl sier at subjektiv og objektiv kunnskap er flettet sammen. Han mener at oppfattelsen av et objekts virkelighet er avhengig av et subjekt. Opplevelsen er derfor en blanding av det som er til stede og det som eksisterer i forestillingene, bestemt av subjektets oppfatninger og meninger. Bevisstheten representerer virkeligheten, mens det som observeres i livsverden er et produkt av læring (Postholm, 2010, s. 42).

Franz Brentano (1838-1917) viste seg å ha stor påvirkning på Husserls filosofiske utvikling. Husserls andre relevante sak stammer i stor grad fra dette og gjelder forestillinger om *bevissthet* og *intensjonalitet*. Han mener at erfaringene våre har en intensjonalitet. Det er en grunnstruktur i erfaringene våre som sier at de alltid er rettet inn mot noe. Sagt med andre ord, bevissthet i form av oppfatninger, minner, forestillinger, fordommer osv. er alltid *om noe* (Gallagher & Zahavi, 2008, s. 7). Dette «noe» representerer et behov og ønske mennesket har, og dette behovet gir bevisstheten retning (Postholm, 2010, s. 42). Erfaringene er ikke bare noe jeg opplever inne i hodet mitt. De setter meg i kontakt med verden, fordi de er intensjonale. De er vanligvis rettet mot noe som ligger utenfor meg selv, noe i omgivelsene. I den forstand er opplevelsen aldri isolert eller som en elementær prosess. Det betyr at en opplevelse inkluderer både de fysiske omgivelsene, den sosiale og den kulturelle verden (Gallagher & Zahavi, 2008). Det eksisterer altså en interaksjon mellom selvet og verden, en interaksjon som er fylt med mening og forståelse. Om en for eksempel ser et flott landskap foran seg, vil en mene at dette landskapet eksisterer, samtidig har man en indre opplevelse av landskapet. Hvordan opplevelsen arter seg vil være påvirket av personen som opplever. Husserl mener at «det er avhengig av betraktersens erfaringsbakgrunn eller verdier» (Postholm, 2010, s. 42).

Til slutt er det hans tenking rundt anti-naturalismen, med dette mener han en avvisning av ideen om at naturvitenskapen kan gi en fullstendig beskrivelse av virkeligheten. Han mener at den naturvitenskapelige, begrepsatte virkelighet kun er abstraksjoner og generaliseringer av det vi opplever, og at analyser av humanvitenskapelige fenomen må ta utgangspunkt i *livsverden* (Cerbone, 2006).

3.1.1 Livsverden

Hverdagsverdenens meningsmønster utgjør livsverdenen til en person. Husserl utviklet dette fenomenet og mente at livsverdenen utgjør bakgrunnen for en persons bevissthetshandlinger (Svenaesus, 2005). Husserl sier at livsverden er «den verdenen vi lever innenfor når vi inntar en naturlig stilling, og som aldri i seg selv kan bli en gjenstand for oss, men som utgjør det forutgitte grunnlaget for enhver erfaring» (Gadamer, 2012, s. 282). Det er den selvfølgelige verden vi lever i sammen med andre mennesker, og så lenge vi lever kan vi ikke unnsnippe livsverden (Bengtsson, 1999). Husserl hevder at den verden som mennesker lever i, nemlig livsverden, alltid oppleves i relasjon til et subjekt. Vitenskap og forskning er en del av livsverdenen, det er her resultatene får mening og betydning (Bengtsson, 1999). I denne studien forsøker jeg å få innsyn i informantenes opplevelsesverden. Informantenes følelser, tanker, hensikter og livshistorie er sentrale.

Martin Heidegger (1889-1976) videreutviklet livsverden, og mente at «den fenomenologiske spørsmålsstillingens ontologiske grunnlag må være den menneskelige eksistensens faktisitet, det vil si eksistensen, som hverken kan begrunnes eller utledes» (Gadamer, 2012, s. 291). Han bruker betegnelsen *væren-i-verden* for livsverden, og mener at vi allerede fra begynnelsen er nedsenket i livsverdenens meningsmønster på en uatskillelig måte. Det betyr at mennesket ikke er bevissthet som retter seg mot verden, men en del av den verden en lever og virker i (Svenaesus, 2005). Verden er en helhet hvor ting fremtrer og får mening, og som aktører i verden bruker vi tingene i ulike aktiviteter. Å leve innebærer å gjøre seg hjemme i denne verdenen og å være tilstede i egen kropp der stemningen og følelsene har sitt sentrum (Bengtsson, 1999). Ved å videreutvikle Husserls fenomenologiske tanker har Heidegger gitt oss en dypere forståelse. Husserl snakker om bevisstheten som rettet mot objektene i verden, mens Heidegger snakker om den menneskelige tilværelse som befinner seg i verden, handling og i dialog med andre mennesker. Både Husserl og Heidegger tar utgangspunkt i meningsfylte prosesser, forskjellen er at Heidegger tar mer hensyn til kroppslighet, språklighet og følelser (Svenaesus, 2005).

Merleau-Ponty ble inspirert av både Husserl og Heidegger og utviklet livsverdenbegrepet videre til *væren-til-verden* (Bengtsson, 1999, s. 21). Han forstår, i likhet med Heidegger, subjektet plassert i livsverden, men han er den første innen den fenomenologiske bevegelsen som knytter kroppen til subjektbegrepet (Østerberg, 1994). Merleau-Ponty fremhever at vi først og fremst er i verdenen som kropp, og at menneskekroppens forhold til verden verken er mekanisk, biologisk eller intellektuelt, men *eksistensielt* (Østerberg, 1994, s. VIII).

Kroppsbegrepet skal ikke forveksles med medisins og biologiens kroppsbegrep. Han tar utgangspunkt i *den levde kroppen* og er opptatt av den meningsfulle kroppen, kroppen som levd og erfart (Bengtsson, 1999, s. 22). Teorien han utvikler er like mye en kroppsteori som en subjektteori. Kroppssubjektet er den egne levde kroppen, og i den finnes ingen motsetninger mellom kropp og sinn. Som subjekter vil vi ikke kunne utvikle bevissthet om oss selv i isolert miljø, men i et stadig forhold til omverdenen (Bengtsson, 1999). Vi blir derfor alltid påvirket av omgivelsene, i tillegg til at vi påvirker omgivelsene. Dermed retter vi oss mot verden samtidig som vi også blir rettet av den (Merleau-Ponty, 1994). I senere tid beskrives livsverden som å romme alt en person engasjerer seg i og alle formål som oppfylles, fysiske ting, handlinger og andre personer (Rugseth, 2010).

3.1.2 Helse og sykdom i et fenomenologisk perspektiv

Viss vi går ut i fra at sykkelig overvekt er en sykdom⁶, er det relevant å gå mer inn på det fenomenologiske perspektivet på helse og sykdom, å ta utgangspunkt i kroppen som levd erfaring. Når vi er friske er helsen noe vi ikke legger merke til, den «tier stille» og vi tar den for gitt. Å ha god helse er ikke synonymt med å være lykkelig, men den er en avgjørende forutsetning som muliggjør andre prosjekter i livet. I motsetning til god helse er sykdom et dissonant fenomen som bryter inn og forstyrrer oss i vårt daglige liv. Dermed vil den også raskt tiltrekke seg oppmerksomhet, og sykdommen blir et plagsomt fenomen som vi ønsker å bli kvitt (Svenaesus, 2005). Det tidligere bakenforliggende meningsmønstrer blir brutt sammen, og den levde kroppen følger sammenbruddet. Til vanlig utfører vi en rekke ting uten at vi trenger å tenke over det. Ved en sykdom derimot, vil det følge en bevissthet over de små gjøremålene vi vanligvis ikke tenker over at vi gjør.

Kroppen er både en meningsprodusent og en meningsbærer, og det er via kroppen man har en verden (Merleau-Ponty, 2012). For en sykkelig overvektig person kommer kroppen i forgrunnen og tiltrekker seg oppmerksomhet ved ganske enkle gjøremål i hverdagen. Kroppen erfares som et hinder for en vanlig måte å være i verden på (Svenaesus, 2005). Dette kan forstås ut i fra Heideggers eksempel om hammeren. Han sier at hammeren brukes til å slå ned spikre i planker, som slås sammen til et hus, og som i sin tur anvendes av mennesker til praktiske årsaker. Hammer, spiker, planker, vegger, tak og hus utgjør sammen en meningsstruktur av verktøy som henviser til hverandre uten at vi fokuserer på relasjonene

⁶ Det diskuteres stadig om fedme er en sykdom eller ikke. Fedme i seg selv hevdes å ikke være en diagnose, men alle følgesykdommer skaper problemer for den sykkelig overvektige. Fedme fremstår som et dissonant fenomen, og vil hindre og forstyrre tilværelsen i det daglige liv. Teksten videre i kapittelet vil derfor romme fedme når ordet sykdom blir brukt.

mellom dem. Når snekkeren arbeider problemfritt og ikke tematiserer aktiviteten sin vil alle disse «verktøyene» henge sammen på en meningsfull måte uten at vi tenker over relasjonene mellom dem. Når dette skjer er vi oppslukt av aktiviteten der verktøyet er «til hånds», Heidegger kaller dette for tilhåndenhet og mener modusen man er i når alt fungerer godt. På den andre siden snakker han om «for hånden», eller forhåndenhet, når fokuset faller på verktøyene og vi reflekterer over objektet (Svenaesus, 2005, s. 75). Heidegger sier det slik:

Når verktøyets ubrukbarhet oppdages, blir det påfallende. *Påfallenhet* stiller det verktøyet som er for hånden, til disposisjon som noe i en viss betydning ikke er for hånden. Dette innebærer: Det ubrukbare ligger der og passer ikke. Den rene forhåndenheten gir seg til kjenne hos verktøyet, for likevel å trekke seg tilbake igjen inn i det besørgedes tilhåndshet så snart det foreliggende verktøyet har rukket å bli reparert (Svenaesus, 2005, s. 76).

Heidegger legger vekt på at det først er når aktiviteten blir brutt, for eksempel på grunn av at hammeren har gått i stykker, at vi retter oppmerksomheten mot det (Svenaesus, 2005). Slik blir det også med kroppen når den slutter å fungere slik den skal. For eksempel kan dette være å knytte skoene. Slanke, friske mennesker tenker ikke over slike hverdagslige aktiviteter. Men når en blir så tykk at man ikke klarer å puste når man knytter skoen blir utførelsen rettet oppmerksomhet mot. Ting blir tematisert og fokuset blir flyttet. Det interessante er at det ikke er snakk om en hammer som er ødelagt og som man kan erstatte. Kroppen, som er med oss på en fundamental måte, er blitt så tykk at den står i veien for gjennomføringen.

Å undersøke helse og sykdom som levd erfaring innebærer å hente beskrivelser og opplevelser i forhold til erfaringer mennesker gjør seg i ulike kontekster (Svenaesus, 2005). Å ta utgangspunkt i en fenomenologisk forståelse av helse og sykdom handler om å søke innsyn i pasientenes opplevelsesverden. Svenaesus sier at «det sentrale er å forstå på hvilken måte pasientens verden har forandret seg og hvilke meningsstrukturer som er bærende i den» (2005, s. 53). Ved sykdom er det flere fenomener som må tillegges mening og vies oppmerksomhet, både de biofysiologiske, fenomenologiske og kulturelle dimensjonene er sentrale (Svenaesus, 2005).

3.2 Det dualistiske synet på kroppen

Å få en forståelse over kroppen vil være vesentlig for å forstå folks opplevelse av sin egen kropp. Fra tidlig av ble kroppen sett på som et objekt. Renè Descartes (1596-1650) er filosofen som la grunnlaget for den moderne vitenskapelige metode (Borge, 2004). Han mente

at kroppen selv var utenfor refleksjonen, noe som førte til at kroppen, i lag med alle levende organismer, ble sett på som maskiner (Engelsrud, 2006). Han mente at han kunne dele verden i to substanser som ikke hadde noe med hverandre å gjøre. Den ene innebar den sansbare verden, *res extensa*, og den andre innebar den tenkende substans, *res cogitans*. Den førstnevnte var den utstrakte substans som vi ikke kunne stole på. Her inngikk naturen, kroppen og andre menneskeskapte ting. Kunnskapen hadde forankring i den tenkende substans, hvor både sjel, ånd, tenkning, følelser og intuisjon inngikk (Borge, 2004). Han mente at menneskets eksistens først og fremst knyttes til tenkningen, ikke til den kroppslige eksistensen. På denne måten ble kropp og sinn tilhørende forskjellige verdener. Der betyr en verden bestående av én materiell substans og én immateriell substans. Den materielle substansen er det fysiske og den immaterielle er det psykiske (Viggaklev, 2008). Det psykiske hevdes å være det indre, det vil si tanker, forestillinger, drømmer og opplevelse. Mens det fysiske går på det ytre, hvor dualismen trekker frem alt fra ting i verden til kroppslige fenomener (Engelsrud, 2006). Dette synet på kroppen kalles substansdualisme (Viggaklev, 2008). Et slikt dualistisk syn dannet grunnlaget for den nye vitenskapen som har dominert til nå, og som enda henger igjen i både språk og fagterminologi. Innen psykologi, sosiologi og samfunnsvitenskap snakker man ofte om det fysiske og det psykiske. Ved å forstå kroppen som kropp og sinn uavhengig av hverandre vil vi dele kroppen opp. Det fysiske og det psykiske, det indre og det ytre kan ikke reduseres eller adskilles, men må forstås gjennom det forholdet de har til hverandre.

3.3 Det dialektiske synet på kroppen

Allerede i antikken var hellerne opptatt av å ta vare på kroppen med fokus på fysisk aktivitet både for fysisk og psykisk helse. Dette var viktig allerede fra Hippokrates (400 f. Kr.) sin tid og ble deretter påvirket av Herodicus. Aristoteles videreførte tenkningen og hevdet at kropp og sinn var det levende livet. Han mente at sinnet ikke var noe annet enn kroppens liv, og det ble en sentral tanke for fenomenologien (Borge, 2004).

Den vestlige splittelsen mellom kropp og sinn som kom i kjølvannet etter Descartes blir kraftig kritisert av Merleau-Ponty. Fra å forstå kroppen som todelt, har «kroppens filosof» delt sine tanker med resten av verden og dermed fått gjennomslag for sin dialektiske teori om kroppen. I et fenomenologisk perspektiv bestemmes det ene fenomenet i lys av det andre. Dermed vil vår forståelse av verden dannes underveis mens vi utforsker den, og livserfaringer preger kroppen både som subjekt og objekt: «One`s own body is in the world just as the heart

is in the organism: it continuously breathes life into the visible spectacle, animates it and nourishes it from within, and forms a system with it” (Merleau-Ponty, 2012, s. 209).

Å være tykk i det vestlige samfunn blir i dag sett på som uønsket og problematisk. Dette er ikke et nytt fenomen. Tidlig ble det dannet religiøse og moralske tolkninger av kroppen som utrettet negative holdninger mot fedme. Den tidlige kristne kirken inkluderte fråtseri som en av de sju dødssyndene, og et overdrevet inntak av mat og drikke ble regnet som en synd (Helseth, 2007). Ved overgangen til 1900-tallet var det derimot annerledes. Velstand og rikdom betydde tilgang på det man måtte ønske seg, og overvekt ble koblet til overklassen (Helseth, 2007). I dag er tykke mennesker forbundet med dårlig karakter, manglende viljestyrke, latskap og følelsesmessige problemer, mens det å være slank og veltrent forbindes med viljestyrke, kontroll og disiplin (Groven, 2008; Helseth, 2007). Dermed er kroppens utseende og form blitt en sosial markør for lykke, status og makt (Engelsrud, 2006).

Merleau-Ponty peker på at kroppen er flertydig. Han knytter menneskekroppen til betydningsfulle opplevelser som glede, angst, autonomi, avhengighet, kjærlighet, velvære og så videre. Kroppen er grunnlaget for vår eksistens, og det er den erfarende kroppen som sanser, føler, erkjenner, snakker, handler, er bærer av og stadig tilegner seg ny kunnskap. Slik blir kroppen grunnlaget for erfaringene vi gjør oss gjennom livet (Merleau-Ponty, 1994). Etersom kroppen er vår tilgang til verden, er det grunn til å tro at en endring av kroppen vil kunne føre til en endring av både oss selv og vår oppfattelse av verden. Merleau-Ponty mener at bevisstheten er i kroppen, den er kroppsliggjort. Den er også i verden på den måten at jeg har en direkte og praktisk omgang med verden. Det vil si at jeg gjør saker og ting som vever bevisstheten/intensjonaliteten min sammen med omgivelsene. Gjennom hele livet vil vi se både oss selv og andre gjennom kroppen, det betyr at ens egen kropp alltid utgjør et perspektiv, og perspektivet er alltid selektivt og begrensende (Merleau-Ponty, 2012). Det er dette som er førstepersonsståstedet, og betyr at det gir visse forutsetninger for å forstå og handle. «The body is the vehicle of being in the world and, for a living being, having a body means being united with a definite milieu, merging with certain projects, and being perceptually engaged therein” (Merleau-Ponty, 2012, s. 84).

3.3.1 Levd kropp

Merleau-Ponty sitt sentrale begrep *Den levde kroppen* betyr at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Vi erfarer både oss selv og andre gjennom kroppen. Han skriver: “My body is the common texture of all objects and is, at least with regard to the perceived world, the

general instrument of my understanding” (Merleau-Ponty, 2012, s. 244). Kroppen er fundamental, og subjekter kan ikke forstås uavhengig av kroppen. Derfor vil hver enkelt sitt forhold til og forståelsen av sin egen kropp være viktig. Ettersom kroppen forstår og er utgangspunktet for forståelse, vil menneskets persepsjon være utviklet i relasjon til forholdet i verden (Merleau-Ponty, 2012). I samspillet med omgivelsene blir vi kjent med egen kropp, andre mennesker og omgivelsene rundt oss, det er dette som gjør at *den levde kroppen* er relasjonell (Bengtsson, 2005). Dermed vil alle ha en unik oppfatning av verden og seg selv, enten om man er tykk eller tynn. Å leve livet gjennom en tykk kropp vil gjøre at en ser på verden og at verden reagerer på dem på en annen måte enn om man har en annen kropp. Vi lever i en felles verden, men vi gjør det på vår måte og skaper våre egne erfaringer, dermed er kroppen et fenomen for samfunnsskapt konstruksjon (Engelsrud, 2006).

Med at kroppen er levd, hevder Merleau-Ponty at den ikke bare er levende, men også opplevd. Det vil si meningsskapende (Svenaesus, 2005). Skal en peke på et felles trekk hos Husserl, Heidegger og Merleau-Ponty, så er det at selvet, de andre og verden hører sammen, at de opplyser hverandre refleksivt og at de kan bare forstås i deres gjensidige forbindelse. Med den *fenomenologiske holdning* menes at verden, andre mennesker og subjektet er umulig å dele opp og derfor må de sees i sammenheng (Engelsrud, 2006). Gjennom hele livet er den levde kroppen alltid nærværende, vi kan aldri fjerne oss fra den eller flykte unna. Dermed er egenkroppen et subjekt for alle objekter som det er mulig å erfare. I motsetning til den dualistiske tankegangen som var preget av atskillelser, er Merleau-Pontys tankegang preget av helheten. Han sier at «Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk gjenstand, men snarere med et kunstværk» (Merleau-Ponty, 1994, s. 107). Med dette mener han at et maleri ikke kan forstås ved å se på de enkelte fargene, slik som en roman gir svært liten mening ut i fra hvert enkelt ord. Dermed må man se på helheten for å forstå deres primære betydning (Merleau-Ponty, 1994). Det ene blir forstått i lys av det andre, og kroppssubjektet både skaper og skapes i en historisk, kulturell og situasjonell verden (Engelsrud, 2010).

3.3.2 Kropp, tid og rom

Det fenomenologiske tidsbegrepet tar utgangspunkt i det erfarende mennesket. Som mennesker lever vi i en sosial og kulturell verden i en gitt historisk tid, og her former vi våre liv. Merleau-Ponty mener at tiden ikke kan lokaliseres til tingen, men at tiden oppstår ut i fra personens relasjon til tingen (Friberg, 1999). Tiden er ikke et system av objektive posisjoner, men hendelser som griper tak i hverandre. Dermed er ikke tiden et objekt, men en dimensjon av vår eksistens. *Levd tid* tar utgangspunkt i det erfarende subjektet, slik tiden erfares,

oppleves og gir mening. Dermed skiller den seg fra den kronologiske tiden som består av en rekke avgrensede øyeblikk (Friberg, 1999, s. 54). Når tiden knyttes opp mot det erfarende subjektet, vil fortiden prege de refleksjonene subjektet gjør seg videre. Dette betyr at selv om de sykelig overvektige blir tynnere, henger fortsatt erfaringer fra fortiden igjen og påvirker nåtiden og fremtiden. Merleau-Ponty sier:

The present still holds in hand the immediate past, but without positing it as an object, and since this immediate past likewise retains the past that immediately preceded it, time gone by is entirely taken up and grasped in the present (2012, s. 71).

Med kroppen som utgangspunkt for erfaring blir tid og rom mindre viktige som løsrevne punkter. Merleau-Ponty mener at kropp ikke bare er *i* tiden og rommet, men den *bebor* det: «It inhabits space and time» (2012, s. 140). Han forklarer det med at man *tilhører* tid og rom og dette får betydning for hvordan bevegelser forstås. Han skriver:

Insofar as I have a body and insofar as I act in the world through it, space and time are not for me a mere summation of juxtaposed points, and no more are they, for that matter, an infinity of relations synthesized by my consciousness in which my body would be implicated. I am not in space and in time, nor do I think space and time; rather, I am of space and of time; my body fits itself to them and embraces them (Merleau-Ponty, 2012, s. 141).

Han sier at bevegelser ikke trenger noe ekstra ettertanke eller kalkulerte beregninger for å gjennomføres, men at de finner sted i en sammenheng og i rom som er meningsbærende i forhold til bevegelsen. Dermed trenger vi ikke måle høyden i døren før vi går gjennom, eller kikke etter om vi klarer å løfte foten over dørstokken. Dette er bevegelseserfaringer som sitter i kroppen og som ikke blir glemt selv om kroppen endrer seg. En som har vært tykk vil ha med seg erfaringer fra tidligere som påvirker møtet med rommet. Slikt sett vil en lettere kropp innebære mer enn bare å bli tynnere, de vil også få et helt nytt perspektiv på verden som kan by på uforutsette overraskelser.

3.3.3 Kroppsskjema

Et begrep som kom godt frem i Merleau-Pontys verk var «kroppsskjema». Et kroppsskjema betyr at en person ikke oppfatter kroppsdelene som enkeltdeler, men som en sammenhengende helhet. Merleau-Ponty beskriver kroppsskjemaet som kroppens holdning til oppgaver i ulike situasjoner: “The body schema was thought to develop gradually throughout

childhood and to the extent that tactile, kinesthetic, and articular contents associated between themselves or with visual content and were thereby recalled more easily” (2012, s. 101). Med denne forståelsen kan det tyde på at tidligere erfaringer med fysisk aktivitet for de overvektige vil kunne spille en rolle for valg av aktiviteter og aktivitetsnivå i voksen alder. Fysisk aktivitet oppleves svært ulikt fra person til person, og for sykkelig overvektige personer kan det tenkes at opplevelsen ikke er så bra. Selv om dette gjør det forståelig at en livsstilsendring er vanskelig, legger Merleau-Ponty vekt på at kroppsskjemaet er dynamisk. Han hevder at nye aktiviteter og opplevelser alltid vil kunne overskride gamle, og at kroppen på den måten hele tiden tar stilling til hva som kan skje og hva som skjer.

3.3.4 Kroppslig endring

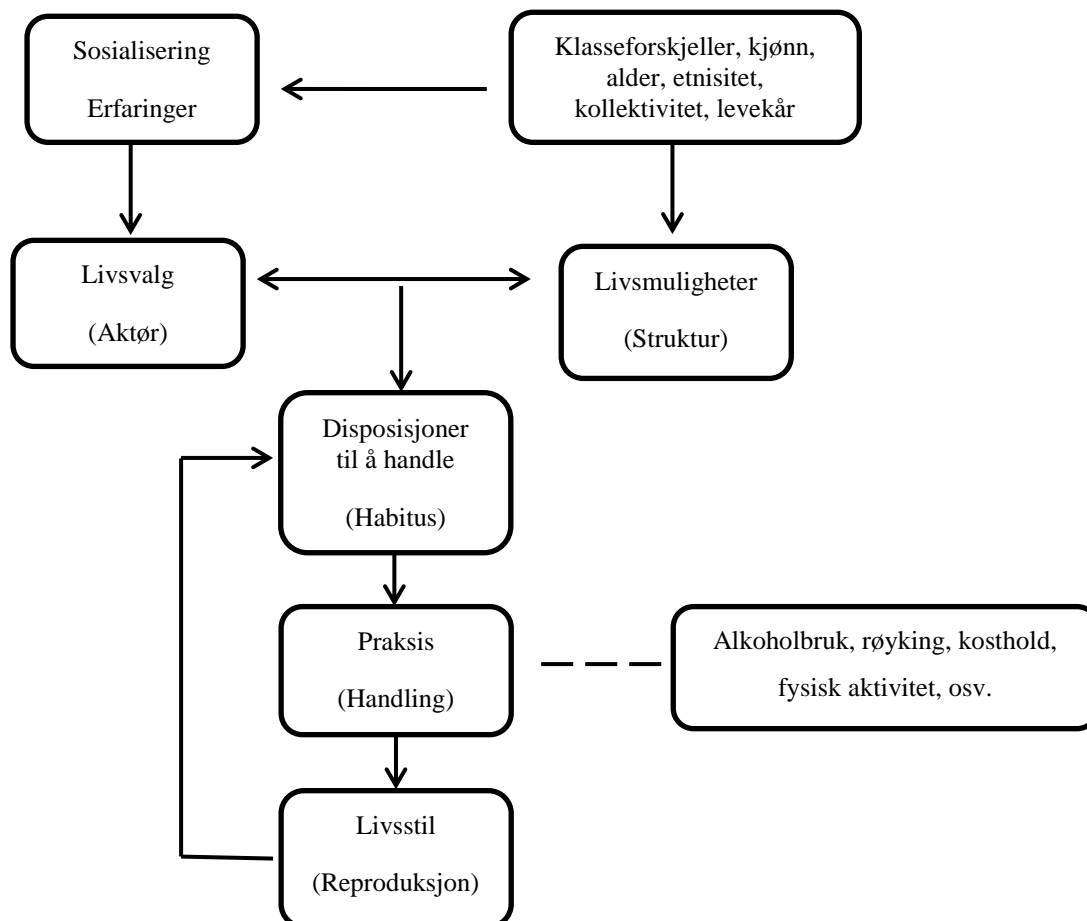
Valg av livsstil foretas alltid i en sosial og kulturell kontekst, og valgene er derfor påvirket av kultur, religion, materielle og politiske forhold (Lund, Christensen, Iversen, & Nybo Andersen, 2011). I tillegg vil valgene være typisk relatert til kjønn, alder, utdanning, sosialt nettverk og mye mer. Livsstil er altså adferdsmønstre, og er typiske for individer eller grupper av individer. For eksempel er en person født inn i en kultur med bestemte levemåter og livsstil. Denne livsstilen er det noen andre som utgjør forutsetningen for, det vil si at en persons vaner med for eksempel mat og fysisk aktivitet «levendegjøres kroppslig gjennom meningsstrukturer som er gitt av sammenvevingen med en bestemt verden» (Rugseth, 2010, s. 28). Merleau-Ponty (2012) mener at en blir født inn i en meningssammenheng, og derfor blir en *dømt til mening*. Det betyr at mening allerede finnes i alle liv og situasjoner der mennesker handler. En livsstil kan da tenkes å være noe man er «dømt» til, samtidig som den er i evig endring, altså den blir til etter hvert som en blir eldre.

Livsstilen i seg selv kan være både sykdomsfremkallende og sunnhetsfremkallende (Lund et al., 2011). I en kvalitativ studie vil fokuset ligge på meningene og opplevelsene i atferden, i stedet for bevegelsene sett fra utsiden. Et mål med en livsstilsbehandling vil være å endre sykdomsfremkallende atferd til sunnhetsfremkallende atferd. Over tid vil atferden bli en automatisk del av hverdagen, og personen vil kunne tillegge seg sunne vaner. Når atferden er blitt en vane slipper man å tenke nøye over alt som skal skje, og ting blir mer automatisert (Lund et al., 2011). I tillegg menes det at vaner er svært vanskelige å endre, fordi de er skreddersydd til den enkeltes dagligliv og inngår i en større sammenheng som ikke bare kan endres. I denne sammenheng er det viktig å ikke holde fast på at vanene er automatisert atferd, men at de også er fylt med meninger. Derfor blir det viktig å ta et steg til siden og reflektere over innholdet i vanene.

3.3.5 Livsstilsbegrepet

I eldre tider tok folk helsen sin for gitt, mye mer enn hva som er tilfelle i dag. Folk var opptatt med å overleve, og fikk derfor ikke tid til å tenke for mye over sin egen helse. Helse i senere tid har blitt sett på som noe folk er ment å jobbe med for å forbedre sin livskvalitet eller minke risikoen for kronisk sykdom og tidlig død. I dag finnes det utallige sentre som fokuserer på å bedre livsstilen, men det finnes ingen fast teori på det helserelaterte livsstilsbegrepet. Av den grunn vil jeg i det følgende ta opp hvilke ulike betydninger begrepet kan ha.

Mye av det vi vet om livsstil⁷ har sin teoretiske opprinnelse fra arbeidet til Max Weber i begynnelsen av det tjuende århundre (Cockerham, 2005). Likevel blir livsstilsbegrepet brukt i en rekke sammenhenger i ulike grener av folkehelsen med en annen betydning enn hva Weber hadde tiltenkt den. En oversiktlig figur vil gjøre livsstilsbegrepet lettere å forstå.



Figur 1: Figur over påvirkningsfaktorer for livsstilsbegrepet. Hentet fra Cockerham (2005, s. 57)

⁷ Jeg velger for enkelthetsens skyld å kun bruke ordet livsstil videre i teksten, selv om begrepet innebærer helserelatert livsstil.

Cockerham (2005) tar opp to begreper som han hevder bestemmer livsstilen, dette er *aktør* og *struktur*. I figuren finner du aktør og struktur i midten, dette forklarer at de blir både påvirket av andre faktorer og påvirker videre livsstilen. Med *aktør* menes evnen hver enkelt har til å handle. Evnen påvirkes av kognitiv struktur som man har formet gjennom erfaringer og oppfatninger av samfunnet og den enkelte, av strukturer og forhold i miljøet man er i og den posisjonen man er født inn i. Cockerham trekker frem tre forskjellige elementer som integreres i *aktør* begrepet: *iterasjon* (gjentakelse), som betyr selektiv reaktivering av tidligere tanke- og handlingsmønstre som gjør at mennesket handler med intensjon og er målrettet. Mennesker har også ulike mengder av evner og ressurser som er kreativt formet ut i fra tanker og handlinger, disse er med på å bygge opp forestillinger om mulige fremtidige handlingsmønstre, dette kaller Cockerham for *prosjektivitet*. Til slutt mener han at mennesker bruker evnen sin til å veilede sine handlinger og forutse konsekvensene av sine handlinger, en gjør altså en *praktisk evaluering* som gjør at en kan vurdere alternative muligheter.

Struktur er de påvirkningsfaktorene som bestemmer og er med på å begrense ens avgjørelser. Slike faktorer kan være sosial klasse, religion, kjønn, etnisitet, kollektivitet og levekår. Kollektivitet vil si folk som er samlet i et felles kollektiv. For eksempel gjennom sosialt samvær, slekt, jobb, religion og politikk deler man ulike regler og verdier som påvirker livsstilsvalg. Cockerham referer til Sewell⁸ når han definerer *struktur* som «et sett av gjensidig understøttende skjemaer og ressurser som styrker eller begrenser sosial handling og har en tendens til å bli reproduisert av den sosiale handlingen» (Cockerham, 2005, s. 55)⁹. Skjemaene er overførbare regler eller prosedyrer, og ressursene er enten menneskelige (f.eks. fysisk styrke, smidighet, kunnskap) eller ikke-menneskelige (naturlige hendelser). Det kan altså tyde på at individuelle valg i alle omstendigheter er begrenset av to sett med begrensninger: det første er å velge blant det som er tilgjengelig, og det andre er sosiale regler eller koder som forteller den enkelte rangorden og hensiktsmessigheten av preferansen.

På veien mot en personlig handling vil samspillet mellom aktør og struktur skaffe oss individuelle disposisjoner som utgjør en persons habitus. Begrepet *habitus* har opphav fra Edmund Husserl sin tenking, det vil komme en dypere forklaring på dette i neste avsnitt. Enkelt forklart kan en tenke seg at habitus er som en slags åpen huskelapp i kroppen, som gjennom rutiner vil guide og evaluere en persons valg og muligheter, og blir derfor i et

⁸ Sewell, William H. 1992. "A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation." *American Journal of Sociology* 98:1-29.

⁹ Definisjon oversatt til norsk

konstant samspill med opplevelser. Praksis og handling blir resultatet fra habitus som baserer seg på bevisste beregninger, vaner eller intuisjon (Cockerham, 2005).

3.3.6 Pierre Bourdieu & Habitus

Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931-2002) var en av de mest betydningsfulle forskerne i det 20. århundre. Han utviklet blant annet begrepene habitus, kapital og felt. I senere tid er hans samfunnskritiske verk stadig et utgangspunkt for viktige diskusjoner om globalisering, sosial ulikhet og kjønnsforhold (Wilken & Andreassen, 2008). Bourdieu mener at hans begreper skal forstås som et sett tankeredsaker, som tar form i forbindelse med empirisk forskning (Wilken & Andreassen, 2008, s. 8). Habitusbegrepet og feltbegrepet er to av hans mest sentrale begreper, og er grunnleggende for hans innfallsvinkel til å forstå sosialt liv. Med en grunntanke tilbake til fenomenologene og særlig Merleau-Ponty forklarer han det slik: «Vårt forhold til verden, vårt prosjekt, viser seg gjennom vår kroppslige formidlete og forankrete forståelse og atferd» (Bourdieu, 1995, s. 25). Bourdieu betegner dette forholdet gjennom begrepene om habitus og felt.

Habitusbegrepet kan fortolkes som et kulturbegrep som understreker de dynamiske relasjonene mellom individet og det sosiale (Wilken & Andreassen, 2008). Bourdieu fokuserte på mennesket som et grunnleggende sosialt vesen som er avhengig av anerkjennelse fra andre (Bourdieu, 1999). Andres meninger om deg er kilden til uvisshet og utrygghet, men også til sikkerhet og trygghet. Bourdieu mener at kroppen er utgangspunktet for forståelsen av verden og at våres handlinger er preget av tidligere erfaringer (Bourdieu, 1999). Kroppen gir oss dermed et svært konkret og unikt perspektiv på verden. I sosiologien betraktes kroppen som et uttrykk for sosial identitet og tilhørighet (Bourdieu, 1999). Bourdieu sier at habitus er en «disposisjon for handling som omfatter persepsjonsmåter, kroppoppfatninger, fakter og smak» (Strandbu, 2006, s. 43). På denne måten mener han at vaner har utspring fra ens habitus. Og at kroppsliggjorte vaner spiller en sentral rolle i handlingsrepertoaret.

Ettersom vi lærer gjennom kroppen vil forholdet til verden baseres på tilstedeværelsen i verden. Etter hvert som verden oppleves vil strukturene inkorporeres i kroppen, og kroppen vil kjenne seg igjen i omgivelsene. Bourdieu hevder at det karakteristiske for disposisjonene i habitus er at de er tilegnet, men at tilegnelsesprosessene er glemt eller fortrent. Derfor er ikke habitus en sinnstilstand, men en *kroppstilstand* (Wilken & Andreassen, 2008, s. 37).

Bourdieu mener at en blir vant med en situasjon etter lang tid med erfaringer. Det er først når man går gjennom situasjonen uten unødvendige gester og samtidig kan spare på kreftene, at

kroppen har lært preferansene (Bourdieu, 1999). Bourdieu hevder at «kroppsholdning, vekt, tannhelse, livsstilssykdommer, kroppslukt og så videre er relatert til agenters individuelle og kollektive habitus» (Wilken & Andreassen, 2008, s. 37). Videre sier han at habitus ofte blir beskrevet som varige disposisjoner fordi endringer skjer svært tregt, men han understreker at endringer *kan skje*. For å få til dette kreves både en sosial forankring *i*, og en individuell aksept *av* et nytt sosialt miljø, i tillegg til en aksept *fra* det nye miljøet (Wilken & Andreassen, 2008).

4. Metode

Ettersom jeg ønsker å rette fokus mot sykelig overvektige sine kroppslige erfaringer, vil jeg undersøke deres livsverden ved hjelp av de perspektiver jeg har gjennomgått i kapittel 3. Oppgavens empiriske materiale består i all hovedsak av intervjuer. Dette kapittelet gjør rede for den metodiske fremgangsmåten som er benyttet i studien. Første del av kapittelet skal ta for seg den vitenskapsteoretiske forankringen som er valgt. Deretter gjøres det rede for forberedelsesfasen, hvor utvalget blir presentert og fremgangsmåten før intervju blir lagt frem. I tredje del blir det kort fortalt om gjennomføringsfasen, hvor selve intervjuet er tema. Siste del omhandler en utdypning av den påfølgende analysens struktur, innhold og form.

4.1 Humanvitenskap og kvalitativ tilnærming

Vitenskapenes verden kan deles opp i tre områder, naturvitenskapen, samfunnsvitenskapen og humaniora (Jordheim, Rønning, Sandmo, & Skoie, 2011). Naturvitenskapenes område er naturen, som består av ting som ikke er meningsbærende i seg selv. Samfunnsvitenskap er en betegnelse for alle vitenskaper som studerer samfunnsforhold og mellommenneskelige forbindelser empirisk¹⁰. Humanvitenskapene forsøker å få en forståelse over det enkelte som unikt fenomen uten å henvise til allmenne lover. De ønsker å gjøre rede for menneskers bevissthet, handlinger og meningsstrukturer (Nordenstam, 2000). Mye av forskningen handler om fortolkning, forståelse og innlevelse. Det er dette som skiller humaniora fra naturvitenskapen, og delvis samfunnsvitenskapen (Jordheim et al., 2011). Det finnes to ulike hovedmetoder (kvalitativ og kvantitativ) som kan benyttes til forskningen. Kvalitativ tilnærming valgt til denne oppgaven.

Ved å ta i bruk en kvalitativ tilnærming får en muligheten til å få dypere kunnskap om menneskets tanker, opplevelser, forventninger og erfaringer. Selve ordet kvalitativ betyr kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener (Repstad, 2007). Målet blir dermed å få nyanserte beskrivelser av informantens livsverden gjennom ord i stedet for tall. Ved en kvalitativ studie ønsker en å se bort i fra de målbare funnene en oppnår ved statistiske metoder, og heller fokusere på følelser, tanker og meninger som ligger bak informantenes opplevelser av oppholdet.

¹⁰ <http://snl.no/samfunnsvitenskap>

En kvalitativ metode vil gjøre forskeren i stand til å komme nær data. Grenness (2001) hevder at jo tettere man kommer den virkelige verden, desto større er muligheten for forståelse. Den kvalitative forskningen er preget av nærhet og likeverdighet, hvor forståelse er nøkkelen til å analysere, gjengi og beskrive det en er ute etter. Nettopp det å beskrive og gjengi er vesentlig. Ved kvalitative metoder er teksten det sentrale arbeidsmaterialet (Repstad, 2007). Innholdet i intervjuet blir transkribert og skal tolkes og analyseres videre.

4.1.1 Hermeneutikk

Studiet av forståelse og hvordan man skal gå frem for å oppnå forståelse kalles *hermeneutikk*. Ordet hermeneutikk er av gresk opprinnelse, og gjennom flere utviklingstrinn handler det i dag om flere teorier om fortolkning og forståelse (Krogh, Theil, Iversen, Reinton, & Egeland, 2003). Hensikten med et hermeneutisk forskningsperspektiv er «å fange opplevelser og uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger og muligheten til å forklare» (Olsson & Sörensen, 2003, s. 105). Men for å kunne foreta en riktig fortolkning må en veksle mellom del- og helhetsperspektivet og studere konteksten som fortolkningen inngår i. For å forstå en del må en ha tilgang til helheten, og videre må en veksle mellom deler og helhet. Til slutt fører analysen til en større forståelse av det som skal fortolkes.

Det er dette som er *den hermeneutiske sirkel*, og som Dilthey mente var grunntanken i prinsippet for forståelse av en tekst. Dilthey sier at: «Som overalt ellers får de enkelte deler av en helhet sin forståelighet gjennom sitt forhold til denne helheten og dens andre deler»¹¹ (Krogh et al., 2003, s. 224). I helhet-del sirkelen må jeg prøve å forstå de overvektiges opplevelser av behandlingen ut i fra helheten. Samtidig må helheten forstås på grunnlag av delene. I subjekt-objekt sirkelen gjelder den helhet vi forstår noe fra. Dette gjelder objektene, selve ordningen, gjeldende personer og deres handlinger i tillegg til meg selv og min forståelseshorisont. Jeg forstår opplevelsene ut i fra alle de oppfatninger og holdninger jeg har, og videre vil deres fortellinger forandre min forståelseshorisont. HDM-sirkelen¹² er beslektet med den forrige sirkelen, og er den frem- og tilbakegående bevegelsen jeg foretar meg når jeg går fra selve opplevelsen av behandlingen til hypoteser om hvordan det skal tolkes og tilbake til selve opplevelsen for å teste disse hypotesene. Spørsmål-svar sirkelen er når jeg søker å forstå, og jeg nærmer meg de overvektiges opplevelser med spørsmål som helt eller delvis besvares av systemet. Dette fører til nye eller reviderte spørsmål, som leder til nye

¹¹ Sitert etter Wilhelm Dilthey, *Gesammelte Schriften*, Göttingen 1987, Bd. IV, S. 325

¹² Hypotetisk-deduktiv metode hvor hypoteser bekreftes eller forkastes i lys av hvordan deres konsekvenser passer inn med hverandre og med vår erfaring.

svar osv. Enhver hypotese leder oss til å stille nye spørsmål til det vi søker å forstå, dels for å prøve hypotesen og dels for å utforske nye sider som hypotesen viser hen til. Alle disse sirkelstrukturene karakteriserer min forståelsesprosess (Føllesdal & Walløe, 2000).

I senere tid er det Gadamer som knyttes mest opp mot hermeneutikken. Gadamer var elev av Heidegger, og ble sterkt påvirket av sin lærer. Gadamer mente at hermeneutikken beskriver det fenomenet vi kaller menneskelig forståelse, og han anså dette som et grunntrekk ved det å være menneske. Dermed skilte han mellom hermeneutikk og metode (Krogh et al., 2003). Å forstå blir en forutsetning og en betingelse for å kunne lære seg en metode. Krogh et al. (2003, s. 241) mener at hermeneutikk er «både noe mer grunnleggende og noe mer omfattende enn metodene i de forskjellige vitenskapene». Altså mener han at forståelse er noe som ligger dypere og kommer før alle metoder i vitenskapene. Men i følge Gadamer kan ingen forståelse starte fra begynnelsen av. Enhver forståelse forutsetter en annen. En slik forutgående forståelse kaller Gadamer for *fordom*. Mens Descartes ønsket å kvitte seg med alle fordommer, mente Gadamer at ordet fordom hadde en positiv betydning (Krogh et al., 2003). Fordommer vil si noe vi bringer med oss når vi prøver å forstå. Fordommer er forventninger som noen ganger passer, men som andre ganger må korrigeres. Dermed vil de utgjøre en helhet vi aldri helt kan få full oversikt over.

Alle fordommer, både de sanne og usanne skaper, en forventnings- og forståelseshorisont. Min forståelseshorisont blir derfor mengden av de oppfatninger og holdninger som jeg har på det gitte tidspunktet, bevisste og ubevisste, som jeg ikke har min oppmerksomhet rettet mot (Føllesdal & Walløe, 2000, s. 95). Mitt ønske i møtet med de overvektige blir å komme så dypt som mulig inn i hver enkelt sin horisont med min horisont, og på denne måten nærme meg en forståelse. Dette kaller Gadamer for *horisontsammensmelting* (Krogh et al., 2003). Gadamer sier at «forståelse kan beskrives som en prosess hvor man gjennom fortolkning prøver å se noe ut fra informantens egen horisont, og det forutsetter en dialog. Når dialogen fører til at informantens og forskerens horisonter faller sammen, oppstår horisontsammensmelting» (Olsson & Sørensen, 2003, s. 107). En slik tilnærming mellom den overvektiges horisont og min horisont blir resultatet av den hermeneutiske sirkel.

4.2 Det kvalitative intervjuet fra et fenomenologisk ståsted

For å finne ut hvordan personer opplever noe er det aller best å spørre dem selv. Derfor ble det valgt kvalitativt forskningsintervju som fremgangsmåte. Det kvalitative forskningsintervjuet ønsker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Kvale og

Brinkmann sier at «å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål» (2009, s. 21). I følge Thagaard (2009) er intervjuundersøkelser en særlig velegnet metode for å få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår seg selv og sine omgivelser. Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. «Det er et vekselspill mellom de som vet, og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap, og kunnskapen som blir konstruert» skriver Kvale og Brinkmann (2009, s. 23).

I denne studien er ønsket å komme tett innpå deltakerne og granske deres personlige erfaringer og opplevelser. Derfor ble det benyttet en fenomenologisk orientert tilnærming. Fenomenologien prøver å komme under overflaten for å gjøre det usynlige synlig. Det vil si at jeg her prøvde å isolere min førkunnskap for å komme frem til en forutsetningsløs beskrivelse av fenomenets vesen (Olsson & Sörensen, 2003). Semistrukturert livsverdenintervju ble benyttet for å få en viss struktur i intervjuet, men likevel ikke bli for rigid. Denne typen intervju er en «planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 325). Her er det deltakerne som sitter på informasjonen, og nøkkelen blir å lytte til hva de har å si. Kvale tar frem hvordan forskeren skal forholde seg til informanten:

I en intervjusamtale stiller forskeren spørsmål om og lytter til hva folk selv forteller om livsverden sin. Intervjueren lytter til deres drømmer, frykt og håp; lytter mens intervjupersonene med egne ord uttrykker sine oppfatninger og meninger, og lærer om deres tanker om skole- og arbeidssituasjon, familieliv og sosialt liv (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 19).

Denne typen kvalitativ forskning blir ikke bare et supplement til kvantitativ forskning gjort på området, men også en privilegert tilgang til deltakernes grunnleggende opplevelse av livsverden. Spradley uttalte følgende om den åpne fenomenologiske holdningen til et livsverdenintervju:

Jeg ønsker å forstå verden ut fra ditt synspunkt. Jeg ønsker å vite hva du vet, på den måten du vet det. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i dine sko, føle ting slik du føler dem, forklare ting slik du forklarer dem (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 138).

For å forstå betydningene av ulike temaer var det viktig å finne frem til meningen med det som ble sagt og på hvilken måte det ble sagt på. Dermed kan en ikke bare tolke det som blir sagt, men også det som står mellom linjene. Åpenhet er et viktig stikkord for å få med nye og uventede fenomener. Forutsetningsløs og fordomsfri holdning er med på å åpne for innhenting av personlige fortellinger. Ved å være åpen kan informantene bli mer åpne tilbake, og dermed dukker det opp nye spørsmål. Likevel er det viktig å være fokusert slik at en hele tiden snirkler rundt bestemte temaer som er viktig for undersøkelsen.

4.3 Forberedelse til intervjuprosessen

Informantene i studien ble plukket ut fra et større utvalg som tidligere har deltatt i et to-årig livsstilsbehandlingsprogram ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter. For å bli tatt opp til behandling på Hauglandsenteret må en ha KMI over 40 kg/m² eller 35 kg/m² med tilleggslidelser som en følge av overvekten, og være i alderen 18 – 60 år. Hvor mange informanter som var nødvendig til min studie var avhengig av hvor ulike informantene var. Om personene er relativt like, vil det ikke være nødvendig med mange intervju (Repstad, 2007). Repstad (2007) hevder at om antallet intervjuer blir for mange, kan analysen lett bli overfladisk. For å finne et passende antall valgte jeg å vurdere metningsgraden underveis. Til slutt endte jeg opp med seks informanter. Antallet samsvarer også med hva andre studier har valgt å gjøre (Groven & Engelsrud, 2010; Hustadnes, 2012; Lien, 2004).

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at «en velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver» (Thagaard, 2009, s. 55). Utvalget består av personer som har gjennomført en livsstilsbehandling, men ikke alle har lyktes med å gå ned i vekt. Ettersom mitt ønske var å se på opplevelser og erfaringer og prøve å få en forståelse for hvorfor noen lykkes og andre ikke, ville det være mest naturlig for meg å ha informanter som representerer begge tilfeller.

For å få den bredden blant informantene som jeg ønsket, valgte jeg å definere bestemte kategorier og deretter velge ut informanter innenfor hver av kategoriene. Denne metoden betegner Thagaard (2009, s. 57) for *kvoteutvelging*, fordi en definerer en bestemt kvote av informanter en skal kontakte innenfor hver kategori. Dermed ble det delt inn i to kategorier; menn og kvinner. Ved å velge begge kjønn kan en få muligheten til en bredere forståelse over sykkelig overvektiges opplevelse av behandlingen fra både menn og kvinner sin synsvinkel. Deretter ble de som har tatt operasjon etter behandlingen ekskludert. Videre ble ti tilfeldige

personer valgt ut, fem menn og fem kvinner. Bakgrunnen for å velge tilfeldig var for å spre utvalgets geografiske beliggenhet. Etter dette var gjort ble en etter en kontaktet via telefon av Hauglandsenteret ettersom de kjente de fra tidligere. De fikk også muligheten til å ekskludere de personene som ikke var egnet til å være med. Dette kunne f.eks. være på grunn av alvorlige sykdommer eller familiære årsaker. Når tre menn og tre kvinner hadde takket ja til å være med i studien kunne jeg kontakte dem. Alle som ble kontaktet stilte opp til intervju. Informantene var lette å forholde seg til, og de hadde mulighet til å gjennomføre intervju på kort varsel.

4.3.1 Utvalg

Det er en god variasjon i utvalget av personer. Det er noen som har gått ned i vekt, og andre som ikke har endret vekten like mye. Likevel er alle personene i en annen livsstil nå enn hva de var før oppholdet. Aldersspredningen er forholdsvis stor, den yngste er rett under 30 år og den eldste er litt over 60 år. To av mennene og to av kvinnene er i fullt arbeid og har vært det gjennom hele behandlingen. De andre to er under omskolering. Tre av deltakerne har høyskole- eller universitetsutdanning, én har yrkesfaglig utdanning og to er under omskolering på høyskole/universitet. Én er singel, resten har samboer eller er gift.

Av de som ble intervjuet har alle vært overvektige fra de var barn, og alle har gjentatte ganger forsøkt å gå ned i vekt. Opplysninger om vektstatus i dag var ikke en del av intervjuet, men det kom likevel opp som tema i alle intervjuene. Flere oppga vekten sin i dag, hva de hadde veid og hva de ønsker å veie i fremtiden.

Begrunnelsen for hvorfor de søkte seg til behandling varierte; noen var bekymret for egen helse og ønsket å redusere faren for å bli syk. Noen hadde fokuset på kropp, og ønsket å kunne kjøpe klær som de følte seg vel i. Felles for alle var at de ønsket å forandre livsstilen til det bedre slik at de merket at hverdagen ble lettere å forholde seg til. Alle deltakerne sa de slet med kostholdet, og en deltaker oppga å ha et problem med spiseforstyrrelse. Alle hevdet at det var lettere å gjøre endringer med fysisk aktivitet enn mat.

Første og eneste møte med informantene var under intervjusituasjonen. Likevel følte jeg en god kjemi med alle. De gav meg en stor dose motivasjon med sitt engasjement og interesse for studien. Møtene med hver og en av informantene har økt min forståelse for hvordan det erfarer å leve med overvekt og fedme, og hvordan det oppleves å gå gjennom en livsstilsbehandling.

Informasjon og samtykkeskjema¹³ ble sendt ut til informantene før selve intervjuet, slik at de visste hva det gikk ut på. Dermed fikk de tid til å lese gjennom i ro og fred, og de kunne velge å trekke seg før intervjuet fant sted. På intervjudagen gikk jeg raskt gjennom skjemaet, og informantene skrev under før intervjuet startet. Alle informantene skrev under på skjemaet og viste glede over å kunne bidra med informasjon.

4.3.2 Kontekst

Observasjon var ikke en del av metoddelen min, men jeg valgte likevel å gjennomføre et besøk på Hauglandsenteret for å møte pasientene i deres naturlige omgivelser under behandlingen. De sosiale relasjonene mellom pasienter og personalet, samt til lokalene og opplegget der er lettere å forstå om jeg har vært i situasjonen selv enn om jeg prøver å rekonstruere andres fortellinger.

Livsstilsbehandlingen på Hauglandsenteret omfatter fysisk aktivitet, kostholdsending og kognitiv atferdsterapi. Treningen består av tre økter om dagen, med en varighet på henholdsvis 30 minutter gange før frokost og to økter på 45-60 minutter senere på dagen. I tillegg blir det gjennomført en lengre tur i uken med ønsket intensitet. All trening blir tilpasset pasientenes forutsetninger i forhold til interesser og belastningssykdom. Kostholdet er tilrettelagt av kostholdseksperter og består av høyt fiberinnhold, lavt fettinnhold, og redusert energiinnhold. I likhet med NIMI og Røros er kostholdsplanen basert på Nordic Nutrition Recommendations¹⁴ og inneholder tre hovedmåltider samt to til tre mellommåltider om dagen. Hver uke deltar pasientene i en gruppetime i kognitiv atferdsterapi. Her lærer de om hvordan de skal ta kontroll over matvaner og hvordan de skal mestre barrierene ved fysisk aktivitet. De får tilbud om individuelle timer ved behov (Aadland, 2013).

4.3.3 Pilotintervju

Det ble gjennomført pilotintervju for å teste ut spørsmålene, tidsbruk, båndopptaker, oppførsel og stemmebruk under selve intervjuet. Pilotintervjuet foregikk med en venn ettersom det var det enkleste alternativet. Det var flere fordeler med pilotintervjuet. For det første fikk jeg øve meg på min rolle som intervjuer. Ved å teste ut spørsmålene fikk jeg mulighet til å endre på det som trengtes. Ved hjelp av pilotintervjuet satte jeg meg godt inn i intervjuguiden¹⁵, og intervjuet ble mer en samtale som jeg hadde ansvaret for å holde i gang. I tillegg fikk jeg testet hvor bra kvalitet det ble på lydopptakene. Ca. halvparten av pilotintervjuet ble

¹³ Se vedlegg nr. 2

¹⁴ Becker et al. (2008)

¹⁵ Se vedlegg nr.1

transkribert med tanke på å fremme «oppdagelseslæring». Kvale og Brinkmann (2009, s. 106) sier: «Når nybegynnere begynner å lære å intervjuer ved å lytte til lydopptak, skjerpes deres oppmerksomhet overfor intervjuhåndverkets muntlige medie».

4.4 Gjennomføringsfasen

Å intervjuer noen er ofte vanskelig når en ikke har mye erfaring. Men det finnes gode retningslinjer og intervjueteknikker som kan være til hjelp. Setter en seg litt inn i disse teknikkene på forhånd vil en ha større mulighet til å konsentrere seg om intervjupersonen og emnet for intervjuet. Poenget med valgt intervju var å finne en mellomting mellom åpen samtale og lukket spørreskjemasamtale. Intervjuguiden hadde som mål å sirkle inn bestemte temaer, og inneholdt forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Å ha høy kvalitet på intervjuet er en stor fordel i analyseprosessen. Derfor ble det lagt mye innsats i forarbeidet. Intervjuguiden ble kategorisert etter tema, med forslag til spørsmål under hvert tema.

Når det gjelder selve spørsmålene i et intervju, bør de være korte og presise. En samtale starter som regel med et introduksjonsspørsmål, deretter er det vanlig å følge opp med oppfølgingsspørsmål og videre et inngående spørsmål. Ettersom intervjuguiden kun skal lede an til ulike temaer og forslag til spørsmål, vil det være essensielt å ha evnen til å følge opp med de spørsmål og kommentarer som gir best svar. Kvale skriver at «intervjuerens evne til å oppfatte umiddelbart hva et svar betyr, og hele horisonten av mulige betydninger som åpnes, er avgjørende» (2009, s. 146).

Kvale et al. (2009) hevder at de første minuttene av et intervju er svært avgjørende. Ettersom informanten skal legge ut om sine opplevelser og følelser er det viktig at han er trygg på intervjueren. Derfor vil informanten i løpet av de første minuttene forsøke å danne seg et bilde av intervjueren. En sykkelig overvektig har ofte slitt med problemene sine omtrent hele livet. Derfor valgte jeg å starte intervjuet med at de skulle fortelle litt om seg selv og videre på hvordan de hadde det på Hauglandsenteret. Etter hvert som informantene ble mer trygge på intervjuer og begynte å ta opp ting fra barndommen selv, valgte jeg å gå videre på det. Deretter ble det mer en naturlig samtale som gikk litt frem og tilbake mellom de ulike temaene i guiden.

Med bakgrunn i Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, ble det essensielt å treffe informantene. Dette ga mulighet til å observere og fortolke stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk i tillegg til hva som blir tatt opp på båndopptakeren. Ved å ta opptak på bånd under intervjuet kunne jeg lettere konsentrere meg om å følge med og forstå i stedet for å tenke på og huske alt

som ble sagt. En båndopptaker kan være en ulempe om noen respondenter reagerer på den (Repstad, 2007). Da kan de bli hemmet og situasjonen blir kunstig. Derfor er det viktig å gjøre informanten oppmerksom på at selv om båndopptakeren er tilstede kan de likevel snakke, hoste og gjøre som de vil. I de fleste tilfeller vil en båndopptaker ikke være til bry. Etter en stund vil også opptakeren glemmes, og de aller fleste som arbeider med intervju i forskning mener at båndopptakeren er svært viktig (Repstad, 2007). Ingen av mine informanter reagerte på båndopptakeren.

Jeg har gjennomført alle intervjuene alene. Konteksten for intervju ble avtalt mellom intervjuer og informant. Det ble viktig for meg at det ikke skulle føles som vanskelig for informant å delta, derfor ble sted valgt mye på grunnlag av hva som var mest praktisk for informant. To av intervjuene foregikk på et kontor på informants arbeidssted. To intervjuer foregikk hjemme hos informant og ett intervju foregikk på et åpent sted på et universitet. Som intervjuer klarer jeg ikke å se noen ulikheter eller likheter etter hvor deltakerne har blitt intervjuet. Ettersom jeg kun har sett informantene denne ene gangen har jeg heller ikke bakgrunn for å si noe om hvordan de har fremstått utover slik jeg oppfattet dem.

4.4.1 Transkribering

Transkribering er omforming av muntlig språk til symboler på et ark uten at mening går tapt underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). Den skrevne teksten og lydopptakene skal ende opp med å utgjøre materialet for den etterfølgende meningsanalysen. Å transkribere intervjuene er nødvendig for å få en oversikt over alt materialet. Denne struktureringen er en begynnelse på analysen. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at de samme skrevne ord i en utskrift kan uttrykke to helt forskjellige betydninger, avhengig av hvor man velger å sette punktum og komma.

Gjennomføringen av transkripsjonen gikk raskt. Grunnen til dette tror jeg har med interessen for temaet å gjøre. I tillegg foregikk transkripsjonen like etter intervjuene, og dermed satt de frisk i minne. Alle informantene hadde gjort sterke inntrykk på meg og de dukket raskt opp i hodet allerede ved første setning. Dermed gav samtalene motivasjon og giv etter å fortsette lyttingen og skriveprosessen.

I transkripsjonen la jeg vekt på å holde meg så tett som mulig til det som ble sagt. Dermed ble det tatt med pauser, latter og usammenhengende setninger. I tillegg var det perioder hvor informantenes kroppsspråk ble tydeliggjort. Dette ble notert i marginen. En transkribert tekst som dette kan virke rotete og vanskelig for utenforstående. Derfor har jeg valgt å normere

sitatene når de inngår i oppgaveteksten. Her kommer vi dermed også inn på en etisk side. Den ordrette transkriberte teksten kan fremstå som usammenhengende, også for informanten. Under transkribering ble det hele tiden forsøkt å legge merke til hvordan det skriftlige materialet kunne kodes. Dermed starter fortolkningsprosessen allerede her.

4.5 Analysering og fortolkning

Selv om analysering er noe man delvis jobber med i store deler av prosjektet, er analysen primært den fasen man kommer til når man har samlet inn all materiale. Hensikten med analysen er «å bygge en bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet» (Malterud, 2003, s. 93). Dette innebærer å se etter mønstre og sammenhenger i funnene, samt drøfte resultat opp mot eksisterende teorier. Det finnes ulike prosedyrer for å strukturere en analyse. Den mest egnede innen fenomenologisk forskning er *Amedeo Giorgis fenomenologiske analyse* (Malterud, 2003, s. 99). Giorgi sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Forskeren skal lete etter essensen og kjennetegnene ved de fenomenene hun studerer. Dette innebærer å forsøke å sette egne forutsetninger til side for å kunne gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold på en lojal måte (Malterud, 2003). Som en inspirasjon av Giorgis fenomenologiske analyse har Malterud (2003) modifisert metoden og kommet frem til *systematisk tekstkondensering*. I denne studien har jeg valgt å benytte meg av Malteruds metode, hvor jeg ønsker å gjennomføre analysen i følgende trinn:

- Helhetsinntrykk
- Kategorisering og noding
- Abstrahere innholdet i nodene
- Sammenfatning

Helhetsinntrykk

Jeg startet med å lese gjennom tekstmaterialet for å få en oversikt over helheten. I følge Malterud (2003) er det fugleperspektivet som gjelder her. Det er viktig å legge min forståelse og referanseramme til side slik at jeg stiller meg åpen for de inntrykk som materialet kan formidle. Gjennom denne delen lagte jeg forslag til kategorier og noder som materialet synes å inneholde.

Kategorisering og noding av meningsbærende enheter

Etter at jeg hadde lest tekstmaterialet flere ganger, fant jeg både fellestrekk og ulikheter i materialet. Dette gjaldt både når overvektsproblemene startet, erfaringene fra å leve med en stor kropp, forholdet til mat og fysisk aktivitet, og hvordan livsstilsbehandlingen opplevdes. Da startet kategorisering og nodingsarbeidet for å finne *meningsbærende enheter* (Malterud, 2003, s. 102).

Til hjelp i analysen brukte jeg NVivo, som er et hjelpeprogram særlig til kvalitativ forskning. NVivo ble brukt til å node materialet inn i ulike temaer. Til sammen hadde jeg 18 noder, hvor 5 av dem hadde 2-3 underkategorier. Materialet mitt bestod kun av seks transkriberte intervjuer, som jeg hadde intervjuet og transkribert alle selv. Derfor hadde jeg god kontroll over hva de inneholdt.

Abstrahering av meningsinnholdet

I tredje fase av analysen skal en abstrahere og kondensere den kunnskapen som hver av nodegruppene representerer (Malterud, 2003). Dette gjorde jeg ved å fortette tekstmaterialet jeg hadde. Noder som inneholdt mye gjentakelser, ufullstendige setninger og lignende ble endret og gjort mer forståelig. Eksempel på setning som jeg valgte å fortette:

«Og mat blir veldig fokusert, det er det som er fokuset. Det blir veldig stort fokus på det der med mat i hverdagen»

Ved å endre denne til: *«Det blir et veldig stort fokus på mat i hverdagen»*, gjorde jeg materialet kortere og mer presist. Dermed var det enklere å se meningen i informantenes svar.

Sammenfatning og redegjørelse for analysens oppbygging og struktur

Gjennom hele analyseprosessen har jeg beveget meg frem og tilbake i materialet. Jeg har arbeidet meg gjennom intervjuene og forsøkt å forstå. Etter hvert som kunnskapen på feltet økte og forståelseshorisonten min ble større, ble jeg stadig i bedre stand til å innta nye perspektiver fra materialet.

Jeg har til slutt valgt å lage to hovedkapitler under *Funn og tolkning*.

Jeg starter med førstegradsfortolkning, hvor jeg benytter erfaringsnære begreper. Det vil si at jeg gjengir informantenes erfaringer med ord som de selv har benyttet. Dette innebærer å være mest mulig nøytral overfor informantene, og forsøke å beskrive dem slik de oppfatter seg selv (Fangen, 2010). Fangen beskriver dette med at forskeren søker å ta «de innfødtes» perspektiv

(2010, s. 209). Likevel sier hun at det å gjengi muntlig tale i skriftlig form innebærer at meningsinnholdet forandrer seg noe, og at forskeren alltid i større eller mindre grad blir preget av sin bakgrunn. Ord og setninger som er benyttet av informantene blir i teksten fremstilt i kursiv. I disse kapitlene binder jeg sammen materialet ved å bruke mine egne ord og tydeliggjøre det informantene har sagt. Her er det intervjumaterialet som er utgangspunktet, og både felles og individuelle erfaringer blir lagt frem.

Det første kapitlet er *Erfaringer med å være tykk*. Det består av fire underkapitler: *Forståelse av hvordan overvekten kom, Å leve i en stor kropp, Kroppens eksistens* og *Kampen mot kiloene*. Det andre resultatkapitlet kalles *Erfaringer fra livsstilsbehandlingen*. Dette har tre underkapitler: *Opplevelsen av behandlingsopplegget, Livsstilsendringens vanskeligste fase* og *På egne bein*.

Under hvert kapittel følger en andregradsfortolkning. Andregradsfortolkningen representerer forskerens tolkninger av en virkelighet som allerede er tolket av deltakerne. Her benytter jeg erfaringsfjerne begreper, som betyr at fortolkningene går utover den forståelsen som deltakerne har av sine handlinger (Thagaard, 2009). Videre sier hun at «tolkningene bygger på deltakernes egen forståelse, men går videre ved å trekke inn et nivå som gjenspeiler forskerens teoretiseringer» (Thagaard, 2009, s. 40). Disse underkapitlene har fått navn: *Videre teoretisk belysning*. Her tar jeg i bruk de teoretiske begreper og forståelsesmåter jeg har lært fra fenomenologien.

Etter kapitlene følger oppsummeringer, som munner ut i en avsluttende drøfting før oppgavens konklusjon i siste kapittel.

4.6 Reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet har sin opprinnelse fra kvantitativ forskning, hvor fenomeners utbredelse og omfang står i fokus. I kvalitativ forskning er det derimot tings innhold og betydning som er av interesse, og da må også andre kriterier benyttes for å vurdere forskningens kvalitet (Fangen, 2010). En rekke forskere har derfor foreslått å bytte ut de kvantitative vurderingstermene om validitet, reliabilitet og generalisering med kriterier som er tilpasset den kvalitative metodens egenart. Begrepene som blir foreslått og mye brukt i stedet er *troverdighet* i stedet for intern validitet, *overførbarhet* i stedet for ekstern validitet og *avhengighet* i stedet for reliabilitet (Fangen, 2010). Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre og om et resultat kan reproduseres av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2009). En kvalitativ studie kan aldri bli gjennomført på akkurat samme måte

flere ganger. Det er dette som blir referert til som «avhengighet». Funnene er avhengige av den konteksten der forskningen fant sted. Forskningsprosessen må derfor dokumenteres slik at den kan gjennomgås og godkjennes (Nilssen, 2012).

Validitet, hevder Kvale (2009), er knyttet til om metoden som er valgt faktisk undersøker det den skal, og at de resultatene man kommer frem til faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om. Thagaard (2009) sier at validitet er knyttet til tolkning av data, og at man kan vurdere validiteten med henblikk på om analysen og fortolkningen representerer den virkeligheten og de fenomener vi har studert. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, men jeg valgte likevel selv å transkribere alle intervjuene like etter intervjuet fant sted. Dermed hadde jeg intervjuet friskt i minne og jeg kunne legge til kroppsspråk og andre ting som var viktige. Å bruke Malteruds (2003) systematiske analysemodell bidro til en strukturert og gjennomtenkt prosessering av datamaterialet. Informantene ønsker å få tilsendt oppgaven når den er ferdig, noe som medfølger at funnene blir lagt frem på en nøktern og samvittighetsfull måte.

For å bevise for leseren at funnene er troverdige skal leseren lett kunne følge oppgavens rammer og formål, teoretisk perspektiv, metodebruk, data og datainnsamling og analyse. Denne informasjonen vil gjøre at leseren skal kunne vurdere selv om forfatterens presentasjon og diskusjon av resultater gir svar på problemstillingen.

4.6.1 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet vil si hvis resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, og er primært av lokal interesse eller kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). I dagliglivet foregår det generalisering hele tiden. Ut i fra egne erfaringer vil vi danne oss forventninger om hva som kommer til å skje i andre lignende situasjoner. I denne studien tar jeg utgangspunkt i seks personer sin opplevelse av behandlingen. En vanlig innvending er at dette er for få personer til å kunne generalisere resultatene. Målet er ikke at resultatene skal kunne generaliseres globalt, men at funnene i studien skal kunne brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen tilsvarende situasjon. Informantenes erfaringer er unike, men essensene fra analysene avdekker også det vesentlige, karakteristiske og det vanligste hos dem.

Informasjonen informantene gir vil være vesentlige for videre utvikling av behandlingen. Man kan anta at disse resultatene også gjør seg gjeldene hos pasienter ved andre livsstilsbehandlinger, eller at en leser kan finne ut om han kan bruke resultatene fra studien i

sin egen kontekst. Denne typen generalisering kaller Kvale og Brinkmann (2009) for *analytisk generalisering*.

4.7 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964. Ut i fra Forskningsetiske komiteer sine hjemmesider¹⁶ kan en lese at arbeidet med deklarasjonen bygger på Nürnbergkodeksen som ble utformet etter siste verdenskrigs uhyrlige forskningsetiske overtramp mot svake grupper. Helsinkideklarasjonen har gjennomgått flere og store revisjoner, siste gang i 2008. I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen. De sier at:¹⁷

Ved siden av at komiteene skal overvåke interessene til forsøkspersonene blant annet ved å sørge for at kriteriene for det frie informerte samtykket er godt nok ivaretatt, skal de kontrollere at prosjektene holder vitenskapelig god nok kvalitet.

Helsinkideklarasjonen slår fast at forskningen må følge aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer.

I samsvar med dette har mitt prosjekt blitt godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk¹⁸ (REK). REK skal søkes ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale, eller helseopplysninger. Søknaden inneholdt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv og intervjuguide. Dette for å gi en fullstendig oversikt over målene med prosjektet. Før møtet med informantene fikk alle tilsendt informasjonsskriv som vi gikk gjennom før intervjuet startet. Begge fikk en kopi med underskrifter som sier at informant velger å delta i studien, men kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Via informasjonsskrivet blir deltakerne informert om konfidensialiteten i forskningen. Det innebærer at private data som identifiserer deltakerne ikke kan avsløres. Et etisk problem i denne sammenheng er at informantene vil kunne bli kjent igjen av de ansatte ved senteret ettersom gruppene som går gjennom behandling er forholdsvis små. Deltakerne var klar over denne faktoren, og valgte likevel å stille til intervju.

Etikk og moral blir ofte nevnt i samme setning. De kan defineres hver for seg men det er vanlig å arbeide med en bred definisjon som henviser til *den menneskelige eksistens` bør-het*

¹⁶ Forskningsetiske komiteer: <http://www.etikkom.no/>

¹⁷ <https://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=845>

¹⁸ Se vedlegg nr. 3

(Kvale & Brinkmann, 2009, s. 80). Med dette menes at vi mennesker bør handle, tenke, føle og være på visse måter. Ved intervjuforskning blir menneskers privatliv utforsket og beskrivelsene lagt ut i det offentlige. Derfor blir de etiske retningslinjene¹⁹ særlig viktige. Etiske problemstillinger dukker som regel opp gjennom hele forskningsprosjektet, og det starter allerede med søknader og informert samtykke. Ved transkribering er det viktig å legge frem det skriftlige materialet på en lojal måte. Både under og etter transkribering settes analysen i gang, her skal forsker sette seg dypt inn i intervjuene og uttalelsene skal tolkes og videreføres til et endelig produkt. Tolkningen foregikk på forskers grunnlag og uavhengig av informant. Det blir derfor forskers ansvar å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig.

Jeg er klar over at temaet som blir tatt opp med informantene kan være sårt å snakke om for mange. Å dele tanker, følelser og erfaringer om noe de har slitt med siden de var barn er modig. Derfor var det viktig at informantene selv satt grenser for hva de ville dele.

Gjennom hele studien er informantenes konfidensialitet opprettholdt. Det vil si at private data som identifiserer deltakeren ikke skal avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). For å sikre dette brukte jeg fiktive navn. Dette blir en slags av-identifisering av deltakerne, slik at de ikke skal være mulige å kjenne igjen. Selv om flere av informantene uttrykker at de ikke trenger en av-identifisering, er dette et etisk krav som forskeren må følge (Kvale & Brinkmann, 2009).

¹⁹ Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2009)

5. Funn og tolkning

Ettersom alle erfaringer som blir gjort setter seg i kroppen, vil dette ligge til grunn for opplevelsen av behandlingen. Resultatkapitlet starter med å besvare underproblemstillingen som går på informantenes erfaringer med å være tykk. Dette vil være en inngang til hovedproblemstillingen som skal besvares i neste kapittel.

5.1 Erfaringer med å være tykk

I dette kapitlet vil informantenes erfaringer med det å være tykk presenteres. Gjennom fire underkapitler inngår informantenes egne refleksjoner over livet i en tykk kropp. Det første underkapitlet dreier seg om deres forståelser for hvordan de ble tykke. I andre underkapittel vil erfaringene med å bære egen tyngde tas opp, her er informantenes forhold til kroppen i fokus. Tredje underkapittel handler om det å vise seg for andre, å oppleve samfunnet som overvektig. Deretter følger siste underkapittel som omhandler erfaringene fra gjentatte slankekurer og den kontinuerlige opptattheten av å bli tynnere og lettere.

5.1.1 Forståelsen av hvordan overvekten kom

Samtlige informanter sier de har vært overvektige siden barndommen. Selv om vekten har endret seg opp gjennom årene er det et gjennomgående trekk at de alltid har vært *kraftige*. Tom uttalte: *Jeg har bestandig vært overvektig. Etter hvert som en blir eldre så går aktivitetsnivået ned, men kalornivået går ikke ned tilsvarende.* Også Hanne sa at overvekten hadde fulgt henne: *Ja, egentlig siden ungdomskolen. Jeg var tyngre enn de andre i klassen hele tiden.* Ulikt de andre hevder Hanne at hun ikke har hatt noe problem med overvekten, verken i form av skader, sykdom eller mobbing. Hun har aldri vært særlig glad i å trene, og mener dette kan ha sammenheng med at foreldrene ikke hadde noe forhold til fysisk aktivitet i oppveksten.

De fleste gav uttrykk for at de hadde vært aktive som barn, men at de likevel ble kraftige og da var det vanskelig å fortsette med idretten. Einar mener at han alltid har vært stor, men ikke sykkelig overvektig. Han er også en av dem som drev med fysisk aktivitet da han var yngre: *Jeg gikk aktivt på ski til jeg var 13-14 år. Samtidig, når du er så stor og alltid kommer sist så er det ikke så inspirerende.* Selv om han var aktiv, hadde det ingen positiv virkning på Einar ettersom prestasjonene gikk ned i takt med at kroppen ble større. Det kan virke som man kommer inn i en slags ond spiral. Eirik sa han var aktiv frem til 7 års alderen, da endret ting

seg: *Når jeg var 7 år gammel så fikk jeg min første datamaskin. Så gikk det vel nedover derfra.* Han mener at han som 7 åring ble svært fiksert i denne skjermen, og dette hindret han i å fortsette å leke ute med de andre og være fysisk aktiv som tidligere. Når en omtrent blir inaktiv som 7 åring er det stor grunn til å forstå at det er vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet senere. Eirik mente at *når en ikke får noe opplegg fra barndommen av med organisert idrett eller idrett i seg selv, så blir det vanskelig når du blir selvstendig å gjøre noe med det.*

Å være tenåring kan være utfordrende. Det er en tid med et tydelig fokus på utseende og oppførsel. Det kan tenkes at det er ekstra utfordrende å gå gjennom denne tiden som sykkelig overvektig. Siv gir uttrykk for hvor vanskelig det var å være overvektig tenåring: *Det er ganske rart hvordan jenter kan være, jeg tror det er bedre å bli slått enn den der psykiske nagingen.* Siv var ganske aktiv som barn, hun konkurrerte i toppen i svømming og hadde god utholdenhet. På tross av gode resultater er det andre ting som har satt spor hos Siv: *Jeg husker at det var ikke kjekt, fordi alle de andre var veldig breiskuldra, flotte og slanke, og jeg hadde mage og cellulitter.* Presset om å være slank og flott hevdtes å stadig bli større. Det er mange historier om hvordan slankepress har vært med på å skape spiseforstyrrelser. Solveig har følt presset fra hun var ungdom, enda hun ikke var av den største typen: *Jeg var nok ikke tykk når jeg var 15, men da skulle en jo være veldig tynn.*

Å være overvektig som barn ser ut til å være starten på en tøff oppvekst, hvor mobbing er en stor del av hverdagen. Noe som igjen kan se ut til å innvirke på det sosiale livet, og mange begynner å gjemme seg i håp om å slippe unna alt som kan ende med negativ oppmerksomhet.

Videre teoretisk belysning

Erfaringene fra informantene henger godt sammen med resultater fra andre studier som også trekker frem det å slite med overvekt fra barndommen (Thomas et al., 2008). Når vi er barn blir vi introdusert inn til den verden som foreldre og foresatte lever i. Deretter er kroppen i kontinuerlig utvikling. Derfor er den aldri gitt eller ferdig. Alle er født med en viss genetisk disposisjon, og utvikles deretter videre i interaksjon med omverden (Undlien, 2005). Gjennom livet går kroppen gjennom stadige endringer, og formes og tilvennes etter hvert til å tåle hverdagens utfordringer. Hvordan kroppen formes avhenger av en rekke forhold. I følge de sykkelig overvektige har forhold som oppvekst, mat og aktivitetsnivå mye å si for hvordan deres kropper er blitt formet.

Cockerham (2005) sier at livsstilen ikke bare er noe du velger ut i fra å være selvstendig og ta egne, frie valg, men at en har visse påvirkningsfaktorer som er med på å begrense ens valgmuligheter. Alle mennesker kommer til verden med ulike forutsetninger. Det betyr at vi kommer fra ulike levekår, klasseforskjeller, etnisitet osv. Disse forutsetningene vil bestemme livsmulighetene vi har. Informantene sier at de allerede fra barndommen slet med overvekt. Opp gjennom livet gjør man hele tiden valg på bakgrunn av erfaring og sosialisering man har gjort seg. Disse livsvalgene blir foretatt på vegne av forutsetningene til hver enkelt. Livsvalgene og livsmulighetene påvirker hverandre og arbeider i felleskap hele tiden, og utgjør til sammen vår unike livsstil. Når vi foretar oss en handling vil dette være en reaksjon på et samspill mellom livsvalg og livsmuligheter. Handlingene vil etter hvert bli lagret i kroppen som en form for huskelapper. Gjennom erfaringer vil habitus skrives inn i kroppen, og alle strukturene blir lagret som en kapital. Ved å være omtrent inaktiv vil de sykelig overvektige få en helt annerledes kapital enn aktive personer.

Chris Shilling (2012) hevder at kroppen er ufullstendig ved fødsel og at den blir sosialt konstruert mens man lever. Flere og flere betrakter kroppen som et prosjekt som man arbeider med fra fødsel til død. Svært mange finner alltid noe de vil endre på med kroppen, og mange gjør det ved å endre livsstil. I likhet med Cockerham (2005) sier han at kroppen er dynamisk, og at den på grunn av sin biologiske og sosiale konstitusjon endrer seg gjennom hele livsløpet. Når kroppen etter hvert utvikler seg, blir den tatt opp i og omformet av sosiale faktorer. Han legger vekt på at kroppen ikke bare blir påvirket av sosiale relasjoner, men den danner også basis for og bidrar til å lage sosiale relasjoner. Når informantene har formet kroppene sine som store fra barndommen, vil dette påvirke både valg og muligheter videre i livet. Flemmen sier det slik: «Fortiden opplyser nåtidige kroppslige handlinger gjennom vanemessige eller traumatiske kroppsminner. Avhengig av hvilke erfaringer vi har, kan fortiden, gjennom våre kroppsminner, gi oss handlingsmuligheter eller hemme våre evner til fri bevegelse og spontan handling» (1999, s. 127).

5.1.2 Å leve i en stor kropp

Informantene gav uttrykk for hva det innebar å være stor og tung på ulike måter. Noen hadde ikke problemer med å ha en stor kropp sett bort i fra de helsemessige bakdelene, mens andre slet med både selvtilitt og dagligdagse gjøremål på grunn av deres store kropp. Det å være stor og tung så ut til å påvirke dem ved helt enkle ting i hverdagen. Flere mente at den store kroppen var til bry både ved å vise seg offentlig og for deres egen del i forhold til klær og bevegelser.

Å slite med overvekt store deler av livet går ikke bare ut over det fysiske. Flere av informantene mente at den store kroppen også påvirker det psykiske. Å føle at en er i veien og at en ikke passer inn virker til å være felles for mange sykkelig overvektige. Siv kalte seg selv for *den stygge andungen*. Selv om hun var en aktiv idrettsperson, har hun alltid vært overvektig. Etter å ha hatt det vanskelig i hele oppveksten på grunn av mobbing endte det med at hun slet på skolen og gikk inn i en fase hvor hun var totalt inaktiv i tre til fire år.

I likhet med flere var ikke Eirik noe glad i å se seg selv i speilet. Han sa at overvekten har hemmet han sosialt, og at selvtilliten er lav på grunn av at vekten er høy. En slik oppfattelse ser ut til å gå igjen. Eirik slet med det psykiske, og mente at både angst og depresjon har blitt forverret av å være sykkelig overvektig.

Han sa at en konstant kamp mot en tykk kropp har gjort at han velger å ikke ha et forhold til sin egen kropp:

Eirik: *Når jeg hadde gått ned og så et bilde av meg selv på det største, så tenkte jeg at sånn vil jeg aldri være igjen. Men likevel så skjer det.*

Intervjuer: *Hvorfor tror du det skjer?*

Eirik: *Nei, jeg stikker hode i sanden. Det vil si at det indre ikke er bevisst på det ytre, og derfor blir det lettere å skeie ut. For min del betyr det at jeg ikke er så bevisst på kroppen min, derfor tar jeg feil valg slik at vekten øker. Dette gjelder også når jeg har gått ned i vekt, kroppslig sett har jeg ikke hatt noe bevisst bilde av meg selv.*

Einar trakk frem at overvekten har påvirket hans sosiale liv: *Det har nok reservert meg en del. Jeg har ikke kommet meg ut blant folk. Så jeg har nok blitt litt mer innadvendt av det rett og slett.* Overvekten har ikke hindret han i å gjøre verken arbeidsoppgaver på jobb eller andre praktiske ting, men på det sosiale har han trukket seg vekk helt siden han var barn.

I motsetning til Eirik og Einar hadde Tom ingen problemer med å ha en stor kropp:

Jeg føler ikke noe press utenifra eller noen andre på at jeg er overvektig. Det bryr jeg meg ikke om. Jeg har ingen problemer med å gå i svømmehallen, eller gå på restaurant eller å trene.

Heller ikke Hanne hadde noe særlig problem med at kroppen hennes var større enn andres: *Jeg er ikke sjenert over kroppen min. Den er slik som den er.* Hun mente likevel at fysisk

aktivitet er bra for alle uansett størrelse, og at et vekttap for henne ville bidra positivt i hverdagen: *Fordelen med å gå ned er at du finner lettere klær, du er sprekere og tåler mer.* For Tom sin del var det verst å miste offshore-sertifikatet. I ettertid derimot, har han hatt det bedre med seg selv når han har gått ned i vekt og holdt seg jevnlig i fysisk aktivitet.

Flere uttrykket sin misnøye om hvordan kroppen blir til hinder for kroppslige bevegelser. Solveig mente det var upraktisk å være overvektig. I tillegg til at hun brukte mye penger på klær som hun aldri følte seg vel i så var vekten i veien generelt i dagliglivet: *Når du er så tung, så blir ting tyngre. Det blir tungt å gå, pluss at jeg fikk en hofte som jeg sleit litt med, at den var vond. Og jeg fikk ikke puste når jeg bøyd meg ned for å knytte skoene.*

Det ser ut til at de som har slitt mest med tilleggslidelser både i form av fysiske og psykiske plager har mest problemer med den tunge kroppen sin. De som ikke har blitt mobbet eller har fysiske plager fra overvekten ser ut til å synes det er «lettere å være tung».

Å leve i en stor kropp helt fra barndommen av ser ut til å gjøre at den kroppslige tilstanden av det å være stor og tung aldri forsvinner. Selv om vekten endres kan det tyde på at egen oppfattelse ikke endrer seg tilsvarende. De fleste informantene opplever smerter og bevegelsesproblemer i dagliglivet i forbindelse med at de er store og tunge. De bruker mye krefter både fysisk og psykisk på å holde seg oppe. Kroppen ser ut til å ha «stor» betydning for hvordan personene føler seg. I idrett hører vi ofte om at utøverne spiller på lag med kroppen. For en sykkelig overvektig kan det virke som om kroppen er en «motspiller» som legger grunnlaget for en rekke problemer i dagliglivet.

Videre teoretisk belysning

Informantene fortalte om flere hendelser hvor begrensninger i funksjonsnivå kom frem og lå til grunn for problemer med å bevege seg i dagliglivet. Erfaringene til deltakerne henger sammen med andres erfaringer med det å være tykk, og de innebærer ofte smerteplager, nedsatt fysisk funksjonsnivå og en generelt redusert følelse av velvære (Manson, Skerrett, & Willett, 2002). Vekten bidrar til at de ofte føler seg ubekvemme, og i situasjoner som krever forflytning og bevegelse kan det virke som kroppen blir et slags «hinder».

I fenomenologien sies det at kroppen er både en meningsprodusent og en meningsbærer, og at det er gjennom kroppen vi er til stede i og erfarer verden. Når kroppen blir så stor og tung at den er til hinder for dagligdagse aktiviteter og gjøremål, begynner den å trekke til seg negativ oppmerksomhet (Svenaues, 2005). Leder (1990) beskriver slike erfaringer i sammenheng med

sykdom. Det å få vondt i kroppen innebærer et skifte av perspektiv for subjektet. En går altså fra å ha fokus fra kroppen og ut til verden mot ulike gjøremål og aktiviteter, til å vende oppmerksomheten mot kroppen. Dette kan relateres til Heidegger sitt eksempel om hammeren. Hvor hammeren er et moment i en sammenvevd meningsstruktur og brukes til å spikre sammen vegger til ett hus. Hammeren i seg selv blir ikke tillagt noe ekstra oppmerksomhet. Men når hammeren blir defekt og aktiviteten stoppes opp, rettes oppmerksomheten mot den ødelagte hammeren (Svenaesus, 2005). På denne måten blir kroppen synlig først når størrelsen er så stor at den blir til hinder for å gjøre det de ønsker. Leder beskriver det slik: “At moments of breakdown I experience *to* my body, not simply *from* it. My body demands a direct and focal thematization” (1990, s. 83-84). Videre sier Leder at den «syke» kroppen kan føles som den «er i veien», slik informantene også forklarer det.

Mange sykkelig overvektige voksne har vært overvektige siden de var barn. Det kan da tenkes at man kan sammenligne erfaringene med å være kronisk syk. Morris sier at en oppmerksomhetskrevende sykdom over tid kan endre en persons håp, mål og planer: “Such an illness changes what one can hope for, projects and do in one`s world, and correlatively changes the sense of oneself, even one`s consciousness”(2008, s. 113). Han mener at tidligere meningsfulle aktiviteter og handlinger forandres, og ikke lenger oppleves på samme måte. Noen av informantene tar opp utviklingen fra å være aktiv og energirik som barn til nå å ha problemer med å bøye seg ned og puste samtidig. Aktiviteter og handlinger som før var lystbetonte og inspirerende, ble utført uten å tenke over det. Når utførelsen ikke lenger er problemfri, vil meningen av handlingen ikke lenger være den samme. Flere informanter forklarer denne opplevelsen med at *alt blir tungt*. Dermed blir opplevelsen av verden som tidligere er tatt for gitt, gjort om til en mer utrygg og utfordrende hverdag.

Det viser seg at selv om en går ned i vekt, er det mange som føler at hodet ikke følger vekttapet (Hustadnes, 2012). Dette var også et faktum for Eirik som sa at hans indre ikke var bevisst på det ytre. Dermed var det vanskelig for han å se et reelt bilde av seg selv. Merleau-Ponty (1994) snakker om kroppen som to adskilte lag, den tilvante kroppen og den aktuelle kroppen. For å forklare meningen viser han til et eksempel om en kropp med et amputert lem, hvor han peker på paradokset ved fantomsmerter. Det betyr at det amputerte lemmet fortsatt kan kjønes og erfares selv om det er borte. Som en parallell til dette forteller både Siv og Eirik at de har vansker med å innse at kroppen har endret seg så mye som den faktisk har. Deres bilde av seg selv er fortsatt en sykkelig overvektig kropp. Rugseth (2004) bruker ordet

fantomfett på det fettete som forsvinner, men som oppleves som det fremdeles er til stede. Merleau-Ponty beskriver dette som: «en fortrængt opplevelse av gammel nutid som ikke kan beslutte sig til at å bli fortid» (1994, s. 25). Den aktuelle kroppen til Eirik etter han har gått ned i vekt skiller seg fra den tilvante, det vil si den kroppen som de har levd i mesteparten av livet. Dermed blir det viktig for Eirik og ikke la den tilvante kroppen borge for den aktuelle. Han må klare å gi slipp på fortiden som tykk, og se mulighetene som den lettere kroppen åpner for. Viss han ikke klarer dette vil han fortsette å være i den samme rollen som før, og den personlige tiden stanser (Merleau-Ponty, 1994).

5.1.3 Kroppens eksistens

Helt fra oppveksten av har pasientene blitt vurdert fra topp til tå av andre. De har følt seg ekstra synlige både hjemme, på skolen, på jobb, i butikken, hos legen og på treningsarenaer. De fleste har erfart at det å være tykk kontinuerlig tiltrekker seg andres oppmerksomhet. Men på en annen side så har ikke oppmerksomheten alltid vært der til riktig tid. Flere hevdet å ha følt seg oversett, utestengt og ikke bli regnet med.

Flere av informantene gav uttrykk for stigmatisering både i samfunnet generelt og innad i familie og vennegjeng. Siv sa at hun alltid har hatt vansker med å spise foran folk. Allerede som ung gjorde dette at hun ikke spiste før langt på kvelden. I ettertid ser hun hvor galt det er, og sier at mye av grunnen til at det er slik skyldes uvitenhet blant folk. Nå prøver hun å spise hver 3. time, noe som stadig fører meg seg kommentarer. Selv om Siv har lyktes med vektreduksjonen føler hun seg fremdeles stor og beglodd. Dermed har hun kjent på både det å være sykkelig overvektig og tynn i samfunnet. Hun sa at *andre personer kan være forferdelige mot tykke folk*, og fortalte om hvordan andre prater til henne på jobben på en annen måte nå enn tidligere. Ved flere tilfeller er det folk som har pratet nedlatende om tykke folk til henne. Og Siv mener at dette beviser hvilke holdninger som finnes i dagens samfunn:

Intervjuer: *Har du noen tanker rundt hvordan samfunnet er i forhold til overvektige?*

Siv: *Vemmelige. Du skal se hvor mye respekt en får når en er blitt slankere. Det er helt sykt. Du blir mye lettere inn i samfunnet som slank.*

Siv har vært overvektig siden barndommen, og forteller om hvordan det var å være både en del av idrettsmiljøet og jentegjengen som overvektig. Til vanlig fikk Siv mye negativ oppmerksomhet på grunn av kroppen. Men når hun kom til legen opplevde hun å bli oversett. Hun mente at mange leger ikke tørr å ta ansvar for pasientene, og at overvektige barn ikke får

den støtten de trenger med en gang. Hun refererte til en lege hun hadde tidligere hvor hun fikk denne tilbakemeldingen: *Åja, du føler deg feit, jaja, sånn er det bare, vondt i ryggen? Gå hjem og spis noe paralgin forte.* Det kan virke som om mange bagatelliserer det å være overvektig helt til en blir sykkelig overvektig. Da er veien tilbake mye vanskeligere.

Som tidligere nevnt lider 20 % av befolkningen av fedme i Norge, 3,2 % menn og 5 % kvinner er sykkelig overvektige. Likevel er sykkelig overvekt et tema som det er vanskelig å snakke om. Eirik blir glad når noen vil prate om det, og mener det er altfor tabubelagt. Han sa: *Det hadde vært enklere for overvektige om det ikke var så tabu, slik at folk heller kan spørre enn å spekulere. For spekulering ender som oftest med feil inntrykk og holdninger.* Mange har slektninger eller venner som er overvektige og kan lett kjenne seg igjen med det Eirik sa, om at temaet er vanskelig å prate om. En annen informant sa: *Samfunnet er veldig firkantet, og veldig lite forståelsesfulle. For det er ingen som kan se inn i hodet på folk, hvordan de tenker og hvordan de har det.* Det kan tyde på at informantene føler et slags mellomrom mellom dem og de normalvektige, hvor de normalvektige verken har noen forståelse eller ønsker å få noen forståelse over hvordan det er å være sykkelig overvektig.

Alle erfaringene med å være veldig synlig men likevel usynlig har satt spor hos mange av informantene. Ubehagelige opplevelser har fått betydning for deres væremåte og liv i ettertid. Det å ikke føle seg fin uansett hva en kler på seg og vanskelighetene med å finne seg til rette med sin egen kropp går igjen. En informant sa: *For eksempel når vi er ute og danser, så er det ingen som vil danse med meg tidlig på kvelden. Men senere på kvelden når de ikke har funnet noen andre kvinnfolk, da kanskje.*

Det er flere som hevder at «fettet står i veien» og at de føler seg dømt ut i fra vekten. Solveig sa at: *Alle skal jo være tynne, det er den oppfatningen en har. Og du blir sett på viss du er veldig tjukk.* Informantene hadde mange ganger opplevd at måten de ble sett på ofte var granskende og med lite anerkjennende blikk, dette gjaldt både på butikken, hjemme, på skolen og på idrettsarenaer. Mange er vant med at foreldre, søsken og andre har kommentert både kropp og oppførsel opp gjennom årene. Siv sa at hennes foreldre prøvde å få henne til å spise mindre, men når hun ble eldre endte dette med at hun snudde ryggen til dem og spiste enda mer. All spisingen endte med en spiseforstyrrelse i form av overspising og trøstespising.

Videre teoretisk belysning

I lys av Merleau-Pontys (1994) tanker rundt kroppen og dens forutsetninger for eksistens, er bevegelse både et utgangspunkt for og mulighet til å bli kjent med seg selv og utforske

verden. Han sier: «Kroppen kan symbolisere eksistensen, fordi den virkeliggjør den og udgjør dens aktualitet» (1994, s. 126). For å forklare dette forteller han om en ung jente som blir syk av kjærlighets sorg og etter hvert slutter å snakke, trekker seg tilbake, blir anonym og forholder seg passiv både mot den levende nåtiden og fremtiden. Evnen til å lære, utvikle seg og kommunisere med andre er blitt blokkert. Merleau Ponty sier: «... eksistensen er gået i hårdknude og kroppen er blevet «livets smuthul». Der sker ikke længere noget for den syke, ingenting har mening eller form for hende...» (1994, s. 127). Teksten til Merleau-Ponty stemmer mye overens med hvordan informantene beskriver sine liv før livsstilsbehandlingen. Selvforakt og tilbaketrekning fra det sosiale livet. Når kroppen ble en gjenstand for uønsket oppmerksomhet førte det til at de tilbrakte mye tid hjemme, og med mat som trøst. Maten ble en erstatning for det sosiale livet, den ble deres «smutthull». Det kan tyde på at maten gav dem en liten opplevelse av kroppslig velvære der og da.

Morris (2008) sier at sykdom ikke bare viser seg som fravær av funksjoner med den objektive kroppen, men også som en levende opplevd endring i en persons tilgang til verden. Merleau-Ponty mener att vi muliggjør ting med kroppen, i tillegg til at det settes begrensninger ut i fra kroppen. Informantene beskriver mange situasjoner som smertefulle og vanskelige, hvor kroppen viser seg som plagsom og i veien. Det kan virke som om informantene objektiviserer kroppen ved at de snakker om den som en ting som de betrakter fra utsiden. Leder forklarer det slik: “There are physical experiences such as pain, exhaustion, and illness that bring about the emergence of the body as explicit object” (1990, s. 93). Det å føle at kroppen er et eksplisitt objekt kan føre til at de sykkelig overvektige ser kroppen som mer synlig enn normalvektige. Etter utallige forsøk på å gå ned i vekt, med gjentatte feilgrep, er det mange som ender opp med å miste troen på seg selv. Dette kan gå ut over selvtilliten og føre til skamfølelse (Diamond, 2010; Helseth, 2007; Merrill & Grassley, 2008).

Informantene opplever å bli sett på som et kroppslig objekt, hvor kroppen kommer i forgrunnen mens de ønsker å bli sett som den personen de føler at de er. Kroppen blir tingliggjort, og en får et subjekt-objekt skille, hvor eieren av kroppen kan erfare å ikke bli sett som den personen han/hun er. Gjennom hele oppveksten har informantene slitt med både å bli regnet for mye med og ikke å bli regnet med. De har blitt gjort til offer for andres blikk, og det har mange ganger blitt klart for dem at de ikke vil leve som sykkelig overvektig resten av livet. Både samfunnet og familie har vært med på å overbevise informantene om at de bør endre livsstilen. Etter et stadig ønske og gjentatte vektreduksjonsforsøk har kampen mot vekten blitt et omfattende prosjekt. I det følgende skal dette temaet belyses mer.

5.1.4 Kampen mot kiloene

Alle informantene har gjentatte ganger forsøkt å gå ned i vekt. Alle har lykket med det, men opprettholdelse av vekttapet har manglet. De har forsøkt en rekke metoder for å gå ned i vekt, og ut i fra dem selv har de prøvd alt:

Solveig: *Jeg har slanket meg fra jeg var 15 år, opp og ned, opp og ned. Den frustrerende tingen er at jeg visste at jeg hadde prøvd nesten alt, jeg trur ikke det er veldig mye jeg ikke har prøvd. Og det er sånne hysteriske kurer, nesten ikke mat, masse mat, fett, og ja alt. Så når jeg var over 115 kg orket jeg ikke mer, da gikk jeg til legen. Da tenkte jeg at jeg orker ikke bruke mer tid, penger og energi på det.*

Intervjuer: *Betyr det at du har vært overvektig hele livet?*

Solveig: *Det har gått veldig mye opp og ned, men det er jo typisk slanking, en lærer jo aldri. Så kommer det et tilbud i posten "dette er så fantastisk", så prøver du det, og du prøver kanskje tre forskjellige ting samtidig. Så ja, det blir litt hysterisk.*

Det populære uttrykket «yoyo slanking» blir tatt opp av flere. De fleste hevder at de har drevet med yoyo slanking hele livet. Solveig har aldri vært av det største laget, men likevel har hun livslang erfaring med slanking. Selv om hun av erfaring vet at et vekttap etter diett sjeldent varer evig, prøver hun stadig nye metoder.

Solveig er ikke alene med stadig prøve å gå ned i vekt ved hjelp av ulike metoder. Problemet er at i stedet for å gå ned så har de gått opp i det lange løp. Å gå på strenge kurer eller treningsregime har gjort at de gir opp på grunn av den store omveltningen fra deres vanlige hverdag. Som Hanne sa: *Jeg har prøvd diverse slankemetoder, og vært flink til å mosjonere i perioder. Men du blir lei. Du greier ikke å mosjonere resten av livet ditt, du har lyst å slappe av også.* Det er tydelig at Hanne har et vanskelig forhold til trening, hun har forsøkt å opprettholde aktivitetsnivået i perioder, men blitt lei. Det kan virke som det er vanskelig å finne en treningsform og aktivitetsnivå som de kan opprettholde uten å snu opp ned på dagen. Mange føler at de må gjøre alt eller ingenting.

I følge informantene er kosthold den vanskeligste biten. Flere har prøvd både dietter og matstreik. Hanne ville prøve å sulte seg til en lettere hverdag: *Jeg prøvde en gang å gå uten mat i tre dager, drakk kun vann. Aldri igjen.* Å gå på slike ekstreme kurer kan gjøre at de tenker enda mer på mat, og matinntaket etter en slik kur blir større enn normalt. Eirik sier han

ble så opphengt i å gå ned i vekt at han nesten sluttet å spise i håp om å se en endring på vekten:

Problemet var at når jeg var på det laveste så ble det til at jeg kuttet ut mat som jeg trengte, for jeg var så fokusert på at vekten skulle reduseres. Dermed ble kostholdet på et minimum. Og når jeg da sprakk så raste jeg opp igjen i vekt. Jeg prøvde å stoppe og holde meg på en stabil vekt, men når jeg ikke klarte det gikk jeg bare opp og opp.

Det er flere som tenker at et minimum av mat er bra. Men det ender som regel i en sprekk. Siv kunne gå uten mat helt til kl. fem om ettermiddagen, til gjengjeld spiste hun da enorme mengder.

Siv: *Jeg har et spiseproblem. Jeg har ikke den stoppen egentlig.*

Intervjuer: *Føler du selv at du har hatt en spiseforstyrrelse?*

Siv: *Ja kan skjønne jeg har hatt det. Herregud, jeg har jo galspist. Å det er jo en spiseforstyrrelse. Jeg har alltid vært glad i mat, og jeg husker mamma og pappa kunne av og til si "nå er det nok Siv".*

Eirik hadde også et forvrengt forhold til mat. Selv om han i perioder har prøvd å spise så lite som mulig, er det andre perioder hvor han har brukt maten som en belønning i hverdagen: *Det går litt over styr det der med belønning, og at jeg hele tiden skal belønne meg med mat.* Igjen kan det tyde på en «alt eller ingenting» holdning, hvor dietter eller store kostholdsendringer ofte har ført til overspising i etterkant.

I tillegg til å gjøre store endringer hjemme er det mange som hevder at andre sammenhenger skaper problemer. Solveig er ei av flere som gav uttrykk for hvor vanskelig det kan være i forbindelse med arbeid: *Mat er jo der i alle sammenhenger. På jobben vår f.eks. blir det kjøpt drøssevis med snop til jul og påske. Så viss jeg plutselig tar en sjokolade, så er det gjort. Det blir tvang nesten.* Det kan tyde på at mye synlig mat øker vanskelighetsgraden ved vektreduksjonsforsøk. Flere hevder at «kosemat» er obligatorisk ved sammenkomster: *Det er sånn, når en skal kose seg så er mat inne i bildet.* Informantene ser ut til å ha lagt til seg ulike vaner med at maten skal være til stede ved ulike anledninger. Hanne sa blant annet at: *Viss jeg vil se film så synes jeg det er veldig fint med popcorn eller chips.* Fra hun var liten har hun vært veldig glad i å lage mat, og var kjent for å lage gode boller. Selv om hun lærte å lage god og sunn middag på Hauglandsenteret så var det ikke denne kosten hun kunne lage når hun

kom hjem. Der var det andre som forventet at hun skulle lage den maten som hun alltid har laget.

Mye kan tyde på at selv om tykke ikke ønsker å bli identifisert med det å være tykk så erfarer de at deres identitet har en forankring i den samme, tykke kroppen. De opplever at det ikke er bare fettene som går tapt om de legger om livsstilen. Selv om fettene til en viss grad forsvinner så lengter de alltid etter et større vekttap eller en mer aktiv hverdag, likevel kan det tyde på at livet nødvendigvis ikke blir lettere. Dermed blir det knyttet både forhåpninger til det å bli lettere, men også tvil og usikkerhet.

De fleste informantene har opplevd ubehag med kroppen sin når den var på det største. Selv om de for det meste fungerte normalt på jobb, var de ikke komfortable med vekten. Ønsket om å kjøpe seg fine klær, knytte skoene selv, være ute blant venner og ha et aktivt og friskere liv er i fokus ved en vektreduksjon. De har alle til felles at det er livsstilsendring og ikke operasjon som skal være løsningen, men å *mosjonere resten av livet* ser ikke ut til å være ønskelig. Det kan virke som de har et ambivalent forhold til å slanke seg. En vektreduksjon frister som både attraktiv og meningsfull, men likevel ender de opp igjen som tykke. Å endre livsstil krever mye, og en konstant fokusering på mat og aktivitet må til. Erfaringene med et slikt arbeid som skal menes å resultere i en lettere hverdag, ender for mange opp i å bidra til nye, store problemer. Flere informanter sier de i perioder lykkes med å holde et bra kosthold og høyt aktivitetsnivå, men etter en tid ser de ingen endringer på vekten og da forsvinner motivasjonen til å streve etter vekttapet.

Videre teoretisk belysning

Generelt i samfunnet føler overvektige seg stigmatisert på ulike nivå og mange har blitt stigmatisert helt siden de var barn (Rugseth, 2010; Thomas et al., 2008). Både fra familie og på skolen ble de tildelt ulike kallenavn som representerte deres størrelse på en negativ måte. Det gjorde at de ofte skammet seg uansett hva de gjorde. Alle erfaringene med seg selv i samfunnet har gjort at det å *ta seg dårlig ut, ikke være pen og ikke føle seg attraktiv* går igjen som vurderinger de overvektige har gjort av seg selv i mange år. Å leve i et samfunn som er preget av fettfrykt hevdes å være vanskelig for en sykkelig overvektig person. De store kroppene gjør at de skiller seg ut fra det normale, og kan gjøre at livsutfoldelsen blir dempet. Samfunnet og helsetjenester ser ut til å være lite tilrettelagt for overvektige og det er mange som føler seg beglodd og utsatt for fordommer (Helseth, 2007). I tillegg til at de ofte følte seg gransket og vurdert, har de også følt at de ikke har blitt regnet med på samme måte som

normalvektige. Dette har gitt dem en følelse av på mange områder å bli oversett og utestengt. Uansett om det er andres eller egne fordommer, dårlig tilrettelegging eller eksklusjon fra aktiviteter, så kan det se ut som at samfunnet heller er med på å gjøre at overvektige trekker seg bort i stedet for å inkludere seg i både fysisk aktivitet og sosiale situasjoner i hverdagen (Lewis et al., 2010).

I følge Rugseth (2010) sin studie viser det seg at en sykkelig overvektig person tenker veldig mye på kroppen sin ettersom den er stor og tar mye plass. Dette påvirker bevegelser, stillinger og kroppsholdning. Det kan derfor tyde på at kroppen begrenser de overvektige fra å kunne bevege seg fritt og uhemmet. Et uttrykk som ble brukt av en mannlig informant i Rugseth (2010) sin studie var at han opplevde kroppen som en «fysisk sperre». Han kunne ikke lenger bevege seg slik han hadde behov for i forbindelse med arbeidslivet. En fellesnevner for sykkelig overvektige er at kroppen er en slags «brems» for å utføre ulike gjøremål både i forhold til jobb og hverdag. I tillegg til at kroppen er et hinder i seg selv, vil en stor og tung kropp ofte føre til smerte (Groven & Engelsrud, 2010; Rugseth, 2010). Rugseth hevder at dette henger godt sammen med andre studier som bekrefter det at å være tykk ofte innebærer redusert fysisk funksjonsnivå, mer smerteplager, økt irritasjon, frustrasjon og skam.

Sosial interaksjon kreves for å skape stigma. Sartre uttalte at «jeg kan bare skamme meg over meg selv slik jeg fremtrer for den annen – det er umulig å være vulgær alene» (Sartre & Vestre, 1993, s. 33). Goffman var den første som tok i bruk ordet stigma. Han forklarer begrepet med det som skjer i samspillet mellom avvikerer og den normale (Dalland, 2010). Dalland sier videre at «stigmatiserte personer og grupper er et resultat av andre personer og gruppers nedvurderende stempling av dem som mindreverdige, som ikke gode nok, som annerledes, som mangelfulle» (2010, s. 56). Grunnen til at sykkelig overvektige personer ofte blir stigmatisert hevdes å henge sammen med at folk tror det er sammenheng mellom vekt og viljestyrke. De som tenker at overvektige mangler kontroll har større sannsynlighet for å tillegge seg negative tanker rundt overvektige personer enn de som tenker om overvekt ut i fra medisinske faktorer (Hansson, 2010).

Dette kan forklare hvor hemmende det kan være for en sykkelig overvektig å ha en stor kropp i en forsamling, det kan gjøre at de føler seg ubekvemme og opplevelsen kan virke på de som skam. Skårderud (1998) hevder at skammen er sjelens sykdom, den er som gift, er antisosial og ødelegger liv. «Skammen har mange forkledninger» uttaler Skårderud (1998, s. 135), og trekker frem flere elementer. Blant annet kan man forklare handlingslammelse, altså det å

utsette, dvele og ikke utføre handlinger, med at man skammer seg. Han mener også at de som jobber med å få til noe og få fremgang aldri klarer å få tilstrekkelig næring for det sanne selvet. Med dette kan en forstå hvor vanskelig det er for en overvektig å gå gjennom en livsstilsbehandling. Mest sannsynlig har de gått gjennom utallige forsøk på å gå ned i vekt, og kanskje i perioder lykkes med det, men alltid endt opp med å mislykkes. Med påfølgende skam og nederlagsfølelse, kaller Skårderud dette for «skammens onde sirkel».

Øiestad mener at om en aksepterer kroppen vil krefter frigjøres til å vende oppmerksomheten utover, slik at en kan holde på med noe uten å bekymre seg over eget utseende. Hun mener du blir frarøvet gleden ved deltakelse fordi du hele tiden tenker på kroppen. Ved å være så opphengt i kroppen gjør at en mister muligheten til å glemme den. Hun mener det er viktig å være i den indre kroppen og rette oppmerksomheten ut fra kroppen og mot verden (Øiestad, 2009, s. 192). Som sykkelig overvektig er en ofte misfornøyd med kroppen sin, dermed vil denne glemselen være vanskeligere. Øiestad (2009, s. 204) sier: «vårt ytre bærer vårt indre rundt i verden». Kroppens overflate forteller noe om hvem vi er, og det blir umulig å ikke kommunisere gjennom kroppens utseende. Dermed er det klart at vi til en viss grad er opptatt av hvordan andre ser oss. Øiestad hevder at god selvfølelse ikke nødvendigvis betyr at alt er perfekt, men at en gir egne følelser og reaksjoner plass og oppmerksomhet. En erkjennelse og aksept til kroppen er første skritt i retning av bedre selvfølelse.

Når informantene begynner å gå ned i vekt opplever de en lettere hverdag, bokstavelig talt med kroppen og med mindre smerter fra ledd og en lettere pust. Objektkroppen som tidligere var i forgrunnen selv ved enkle gjøremål i hverdagen, trer nå tilbake og de opplever å mestre hverdagen bedre. En lettere kropp samarbeider bedre og etter hvert oppretter de tillit til den og de tar den for gitt. De kan bevege seg her og nå, og fokusere på hva som skal skje og hvor de skal gå. Kroppen i seg selv er ikke lenger i fokus.

5.1.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gått gjennom fire temaer som tar opp erfaringene med å være tykk. Man finner mange likhetstegn i informantenes tilbakemeldinger, men ser også at de uttrykker seg på individuelle måter. I et fenomenologisk perspektiv kan ikke objektive fakta beskrive helhetlige erfaringer fullstendig (Bengtsson, 1993).

Det kommer frem at alle informantene har vært overvektige siden de var barn. Flere av dem kommer fra familier som har hatt et lavt nivå av fysisk aktivitet, hvor de heller ikke er blitt introdusert til idrett i barndommen. Alle informantene sliter med kostholdet, og synes

forholdet til mat er problematisk. De forteller om erfaringer hvor de store kroppene har blitt større med årene, og at dette har ført til en tøff oppvekst. Utestenging og mobbing var en del av hverdagen i barndommen. Noe som har gjort sitt for at selvbilde og sosial kompetanse har blitt svekket. Med unormalt store kroppene har de følt seg i veien, beglodd og utilpass i mange situasjoner. Innad i gruppen viser det seg et ambivalent forhold til det å være tykk. Noen opplever seg som utilpass og at de ikke hører hjemme i en stor kropp, mens andre har ingen problemer med vekten så lenge de holder seg friske. Et problem fortelles å være måten de møter andre mennesker på. Ettersom sykkelig overvekt er et tabubelagt tema, er det flere av informantene som sier at de ikke har fått den hjelpen de trengte fordi legen har valgt å ikke gå inn i vektproblematikken. Informantenes problematiske forhold til mat og slanking opp gjennom årene er det siste temaet i dette kapitlet. Alle sier de har prøvd å slanke seg, hovedsakelig ved hjelp av endring i kosthold. Alle har gang på gang mislyktes. Mat og måltider ser ut til å bety mye for informantene, de bruker mat i ulike sosiale situasjoner og som kos til både tv-titting og ellers. I tillegg ser det ut til at mat også er den store fienden. Maten menes å ødelegge i forsøkene på å gå ned i vekt, og den blir en slags trøst når vektnedgangen ikke oppstår.

Erfaring av verden skjer gjennom kroppen. I det følgende kapitlet vil de kroppslige erfaringene av det å oppleve livsstilsbehandlingen på Hauglandsenteret ligge til grunn.

5.2 Erfaringer fra livsstilsbehandlingen

Gjennom tre underkapitler presenteres erfaringene fra informantene søkte seg til behandling til hvor de er i dag, 1,5 år etter behandling. Dette kapitlet bygger på hovedproblemstillingen. Første del tar for seg hvordan deltakerne opplevde innholdet i livsstilsbehandlingen. Andre kapittel tar opp hvordan informantene opplevde å gå ned i vekt, og hva som skjedde da de var hjemme under behandling. I tredje underkapittel vil det være en analyse av hvordan de opplevde å avslutte behandlingen og deretter fortsette med livsstilsendringen hjemme.

5.2.1 Opplevelsen av behandlingsopplegget

Tilbakemeldingene om hvordan informantene opplevde livsstilsbehandlingen på Hauglandsenteret var variert. Opplevelsen vil blant annet henge sammen med oppnåelse av målene informantene satte seg før behandlingen. Alle informantene fortalte at målet med behandlingen var vekttap. Dette kan gjøre at informantene blir for opptatt av objektive mål, og implisitt underprioriterer erfaringsperspektivet. Dermed vil erfaringen fra behandlingen kunne bygge på i hvor høy grad vektmålet er oppnådd. Noen mente de hadde fått stort utbytte

av behandlingen og trivdes veldig godt mens andre sa de syntes *det var helt ok*. Kvinnene mente at det var godt å komme bort fra en stressende hverdag. Hanne sa: *Jeg tror alle var enige om at det var en husmorferie. Bort fra unger og alt*. Det kan virke som det å flytte fokus bort fra familie og tenke på seg selv en stund var positivt for kvinnene. I tillegg kan følelsen av *husmorferie* tenkes å komme av at behandlingen er «for snill». Felles for kvinnene var at familie og hjem ble en barriere for å komme seg i aktivitet og endre kosthold, for mennene var det jobb som var den største barrieren. Solveig sa: *Det var veldig godt å komme opp der og bruke all tid på deg selv, å tenke på deg selv*.

Samtlige sa det var lettere å være fysisk aktiv enn å endre på kostholdet. Kostholdet virket til å ha en sentral rolle i informantenes liv, og dette gjorde at det var vanskelig å gjøre store endringer. De lærte om hvor mye kostholdet hadde å si, hva de burde- og ikke burde spise, men det viste seg at det var svært vanskelig å holde seg til disse rammene når de kom hjem. Eirik synes han fikk god opplæring, men det var vanskelig å opprettholde det de hadde lært:

Intervjuer: *Har ting du lærte på Hauglandsenteret rundt kosthold og trening satt seg og gitt deg noe?*

Eirik: *Ja, det er klart. Men for min del er det periodevis at jeg klarer å følge det. Det vi hadde om kosthold på Hauglandsenteret gir helt klart mer bevissthet på kostholdet. Hvordan du skal tilberede mat og sånne ting for å gjøre det sunnere, og dette med porsjoner og sånn. Men for min del er det vanskelig å gjennomføre.*

Intervjuer: *Vil du si at det er enklere for deg å gjennomføre trening enn kosthold?*

Eirik: *Ja absolutt. Men det er noe som ligger litt i hverandre.*

Også Tom slet med gjennomføringen: *Det er vanskelig det med maten. Jeg har jo lært hvordan en skal gjøre det, teknikker, men det er ikke så enkelt i praksis likevel.*

Fysisk aktivitet var derimot noe som alle trivdes å komme i gang med. Felles for alle var at nivået med fysisk aktivitet var svært lavt før de kom til behandling. Noen var litt aktive i barndommen, men omtrent inaktive i ettertid. De fleste informantene mente at aktivitetstilbudet på senteret var bra, mens to informanter var litt tvilende. Einar sa følgende om fysisk aktivitet på senteret:

Det var i utgangspunktet veldig bra. Etter hvert så ble det større forskjell på oss, på aktivitetsnivået og hva vi klarte. Så for noen av oss så ble det litt kjedelig med de sal-

aktivitetene og inne-aktivitetene. Det ble litt lite aktivitet, når vi skulle danse rundt i salen der så ble det ikke slitsomt nok rett og slett. Jeg ville ha litt mer fart og litt mer utfordring på det.

Einar sa han likte bedre aktiviteter med høy puls og mer fart. Ut i behandlingen avtalte de som ikke likte inne-aktivitetene med veileder om å gjøre andre ting. Da gikk de ofte motbakker eller noe annet som gjorde at de *tok seg litt mer ut*.

Svømming ble nevnt som en av favorittaktivitetene hos alle deltakerne. Eirik sa: *Basseng er det jeg synes var kjekkest. For når du er overvektig så er det ingen belastning når du svømmer, så det er vel derfor jeg svømmer to ganger i uken nå.* Flere tok frem poenget med at svømming var godt for overvektige, og at når de svømte kjente de ikke like store smerter, særlig i knærne. I tillegg til svømming var de fleste aktivitetene godt likt: *Jeg synes det var kjempebra, og veldig varierte aktiviteter og treningsformer.* Det var tydelig at varierte treningsformer var noe alle satte pris på. Solveig uttalte følgende: *Jeg synes det var veldig greit. Du kunne dra på fjellet, padle, sykle og du kunne gå så mye du ville.* Flere pratet om en stein som låg et stykke opp en bratt bakke som de hadde som mål å gå opp til. Felles for mange var at de ikke kom seg opp til steinen i starten, men allerede etter tre uker merket de stor fremgang på formen. Flere syntes det var tungt å trene i starten, men etter hvert som formen økte ble treningen og oppholdet mer givende.

I tillegg til trening og kosthold er atferdsterapi brukt i livsstilsbehandling. På Hauglandsenteret bruker de kognitiv terapi. Det kan se ut som det var noe utilstrekkelig ved opplevelsen av den kognitive terapien. Tilbakemeldingene på om dette var noe pasientene trivdes med var diffuse, men å kunne prate med noen var noe alle ønsket mer av. Solveig syntes ikke kognitiv terapi var noe for henne, og har heller ikke tatt i bruk noen av teknikkene i ettertid. Flere andre har brukt teknikkene de lærte også etter de kom hjem. Felles for alle er at de savner mer samtaler, og det er enighet om at sykkelig overvekt er et problem som ligger dypere enn det du ser på utsiden. Informantene har mange negative minner med kroppen, aktivitet og forholdet med andre, og ønsker mer fokus på kroppen som en helhet, å jobbe like mye med «det indre» som «det ytre».

Siv sa: *Noe av det jeg savner er enda mer psykisk oppfølging. For å godta den nye kroppen. Og. Ja hjelp uansett hva det måtte være, og enda mer kognitiv terapi som vi hadde der oppe på Hauglandsenteret.* Eirik mente også at det burde vært mer fokus på «det indre»:

Eirik: *De hadde den fysiske biten og kosthold som de la til grunne der, men det var mangel på psykologisk oppfølging. De hadde dette med kognitiv terapi. Men for min del hadde det vært bedre om det var litt mer samtaleterapi inn i bildet. Overvekt er noe som hemmer deg sosialt. Men for min del er det det at jeg er bare bevisst på det i perioder. Og i de periodene som jeg ikke er det, er det lettere å dette av de tiltakene jeg har satt for meg selv.*

Intervjuer: *Mener du at det er en sammenheng mellom det sosiale, psykiske og det fysiske?*

Eirik: *Ja, absolutt. Det er en spiral. At jo mer du får i grunnlag, jo mer aktivitet kommer du i.*

Hanne sa hun slet med å ta til seg den kognitive terapien, hun hadde problemer med å åpne seg og snakke foran andre. Derfor sa også Hanne at hun kunne tenke seg mer en til en samtaler og bedre oppfølging på den delen. Det kan tyde på at informantene synes det blir for mye fokus på det ytre og på det fysiske, og at subjektet derfor blir «delt i to». Den kognitive terapien ser ikke ut til å være tilstrekkelig for å behandle «det indre». Alle savner mer støtte og oppfølging på den psykiske biten i behandlingen både i forhold til livsstilendringen, hva man gjør etter et eventuelt vekttap og hvordan man opprettholder livsstilsendringene når man kommer hjem.

Alle deltakerne har til felles at de ikke hadde vært fysisk aktive på lenge. Alle slankeforsøk som var gjort tidligere var i form av kostholdsendringer. I løpet av oppholdet på Hauglandsenteret finner deltakerne ut at fysisk aktivitet er noe som er lettere å drive med enn hva de hadde forventet. Likevel er det vanskelig å overføre det til det daglige liv hjemme, og i kombinasjon med jobb og familie.

Videre teoretisk belysning

Det viser seg at informantenes tidligere opplevelser påvirker livsstilsbehandlingen. Gadamer (2012) sier at opplevelsesbegrepet danner det erkjennelsesteoretiske grunnlaget for enhver erkjennelse av det objektive. Innen fenomenologien mener Edmund Husserl at opplevelsesbegrepet er en omfattende betegnelse på alle bevissthetsakter, som vesentlig er intensjonale. Hver og en opplevelse blir slått sammen til en enhetlig meningsenhet som er særegen for en selv. Det vil si at opplevelsenes betydning vil påvirke hele livets bevegelse.

Før informantene kom til behandling hadde de levd sine liv stort sett som inaktive. Flere syntes det var svært tungt i starten av behandlingen. Informantene var ikke vant med å bevege seg på denne måten, og alle bevegelser følt tunge og vanskelige å gjennomføre. Bourdieu (1999) mener at kroppen er et sosialt produkt. Han sier at kroppen blir formet gjennom sosial interaksjon. Videre vil vi forstå og oppleve verden gjennom kroppen ut i fra hvordan vi utvikler oss ved å være i verden (Moi, 1998). Gjennom samspillet med de andre deltakerne, opplevelsene, naturen og maten vil alt trå frem i relasjon til hverandre, og dermed gi mening for hverandre. Den første tiden i en sosial interaksjon blir derfor avgjørende for kroppens fasong og egenskaper. Etter hvert som informantene ble sprekere og fikk prøve ut nye aktiviteter ble gjennomføringen enklere. Bourdieu (1990) kaller dette for kultivering av kroppen. Gjennom å leve i en verden der man blir utsatt for nye ting og får utfolde seg i samspill med omgivelsene blir kroppen gradvis utviklet. Det var enighet blant informantene at det var god variasjon i aktivitetene, noe som utsetter dem for ulike stimuli som er med på å aktivere og stimulere flere sanser. På denne måten utvikler deltakerne sin habitus og kultiverer kroppens biologi til å bli slik den er (Hart, 2010). Så lenge de er i aktivitet og i vekslende omgivelser vil de videreutvikles hele tiden. Dermed vil kroppen stadig kunne beherske mer og de blir i stand til å oppdage flere nyanser og sette erfaringene inn i større sammenhenger (Bourdieu, 1984).

Felles for informantene var at de savnet mer *psykisk støtte*. Flere mente at det ikke gikk å skille det fysiske og psykiske, og at de derfor burde jobbe mer med kroppen som en helhet under behandlingen. De mente at mye av grunnen til at de ikke greide å endre livsstil selv var at de måtte jobbe med noe som *lå dypere*. Når man tenker på den levde kroppen som objekt og subjekt samtidig, hvor kropp og sinn fremstår som et integrert hele, vil det være naturlig å jobbe både med «det indre» og «det ytre». Gjennom vår kroppslige eksistens tar også bevisstheten form. Kroppssubjektet gjør seg stadig erfaringer som ikke bare blir til på et bevisst tankemessig nivå, men også gjennom den levde kroppsligheten på et førbevisst nivå (Bengtsson, 2005).

I følge Merleau-Ponty er kroppen grunnlaget for vår eksistens, og subjektets eksistens er sammenfallende med det å være kropp: «I am not in front of my body, I am in my body, or rather *I am my body*» (Merleau-Ponty, 2012, s. 150). Det å være kroppen innebærer at kroppen aldri kan reduseres til et objekt eller forstås som enkeltdeler. Han forklarer videre:

I do not simply contemplate the relations between the segments of my body and the correlations between my visual body and my tactile body; rather, I am myself the one who holds these arms and these legs together, the one who simultaneously sees them and touches them (Merleau-Ponty, 2012, s. 151).

5.2.2 Livsstilsendringens vanskeligste fase

Samtlige av informantene oppnådde et vekttap på første opphold. Men et problem for deltakerne var å opprettholde både trening- og kostholdsregime i hjemme-periodene. Under hvert opphold på Hauglandsenteret mente de å ha en økning i aktivitetsnivå og vekttap, og at dette gav motivasjon til å fortsette med samme fremgang når de kom hjem. Eirik forklarte det slik:

Jeg følte at når jeg kom på Hauglandsenteret så fikk jeg masse motivasjon og holdt på, så holdt jeg på noen uker etter at jeg kom hjem, så dalte det ned igjen. Så var det opp igjen neste gang jeg var der. Så jeg fikk en sånn berg- og dalbane kurve på aktivitetsnivå og vekt og sånne ting.

Forståelig nok var det lettere å holde oppe motivasjonen inne på senteret, men det var felles for flere at motivasjonen dalte når de kom hjem. Tom sa:

For min del så når jeg kom hjem var jeg topp motivert, men så dalte den, så kom du inn så gikk den opp igjen, men så dalte den igjen. Så i stedet for å ha lange perioder hjemme og lange perioder inne på Haugland så kunne en heller hatt kortere perioder på Haugland og kortere perioder imellom, sånn at totaltiden du var på Haugland var like lang, men at intervallene var kortere. For da tror jeg vi ville fått en motivasjon som var jevn i to år i stedet for opp og ned.

Mange trekker frem hvor viktig det var å være motivert for å gjøre store endringer i livstilen. Det kan virke som informantene satt ytre motivasjon høyt ettersom flere ønsket kortere avstand mellom oppholdene slik at de kunne få påfyll av motivasjon på senteret.

Alle informantene mener at de har endret livsstilen etter oppholdet på Hauglandsenteret. Selv om de fleste har gått en del opp igjen i vekt etter at de kom hjem, så har de lyktes med å gjøre noen endringer i livet. Tom sa følgende:

Tom: *Det viktigste jeg har fått ut fra Haugland er at jeg har begynt å trene igjen. Så har jeg sluttet med tobakk. Det har gjort at jeg har et bedre liv etterpå, det er helt klart. Hadde jeg*

ikke reist opp dit, ja da vet jeg ikke hvordan det hadde vært i dag, men jeg tror ikke det hadde vært sånn som det er nå vertfall.

Intervjuer: *Har det påvirket resten av familien også?*

Tom: *Ja det gjør det jo. For når jeg trener sånn, så har jeg ikke noe problem med å følge ungene mine på aktiviteter og sånne ting. Og hadde jeg ikke gjort det så hadde jeg kanskje ikke kunnet klart det.*

Tom slet med kostholdet etter behandlingen, men tar små steg. Selv om vekttapet ikke er stort enda, går Tom mot en lettere hverdag. Han trives bedre med seg selv nå, og han er i bedre balanse enn før behandlingen. Det ser ut til at Tom er fornøyd med tingenes tilstand selv om han ikke har stupt ned i vekt etter behandlingen. En livsstilsbehandling handler om å endre livsstil og dette er Tom på god gang til å gjøre. Dermed er det stor sjanse for at vekttapet også kommer.

Siv har gjort store endringer i livsstilen siden hun søkte på Hauglandsenteret. Hun sier at folk på gaten ikke kjenner henne igjen på grunn av den store forandringen. Hun har gått ned mange kilo og opprettholdt vekttapet hjemme. Helt fra dag én har Siv vært åpen om det hun har gått gjennom, noe som har vært viktig for å lykkes. Å endre livsstilen har tatt tid, og hun sa at hun enda ikke har klart det helt: *Det frister ofte å bare slenge seg i sofaen i stedet for å trene.* Hun gruer seg alltid til julen og er redd for at hun skal sprekke. Støtte fra andre ser ut til å ha hatt mye å bety for Siv. Selv om hun i perioder ikke har hatt nedgang i vekt, har hun hatt støtte fra folk rundt seg og klart å fortsatt med livsstilen hun har startet på. Hun mener at mange gir opp når de merker at fremgangen stopper opp og kanskje også går litt tilbake. Det har vært viktig for henne med psykisk støtte til å ikke gi opp.

Solveig har slitt med det motsatte, «støtten» har for henne virket mot sin hensikt. Hun har siden barndommen vært en «yoyo» slanker, og søkte seg til Hauglandsenteret for å få slutt på det. Hun gikk også ned i vekt da hun var til behandling, men som mange andre gikk hun opp igjen da hun kom hjem. Solveig sier hun alltid har hatt problemer med at folk har sagt at hun er fin slik hun er. Dermed får hun ikke den støtten hun trenger når hun skal prøve å gå ned i vekt. Under oppholdet på Hauglandsenteret og vektnedgangen fikk hun tilbakemeldinger fra venner og kjente at hun ikke måtte gå mer ned i vekt. Hun sa:

Men det som skjedde når jeg hadde tatt av 5-10 kg var at folk sa "nei nå må du slutte, nå er du så tynn". Så sier jeg "du er ikke tynn når du er 95 kg", det skal ikke noen

fortelle meg. Det er ikke sant. Og alle folk, de aller fleste sa "nei nå må du gi deg, nå må du ikke slanke deg mer" det var moraliserende.

Etter oppholdet på Hauglandsenteret har hun fortsatt å gå opp og ned i vekt. Men ved intervjuet sa hun at hun nesten er ved den vekten hun ønsker og er fornøyd med resultatet etter behandlingen. Den vanskeligste biten for Solveig er, i likhet med de andre, å holde seg innenfor et stramt kosthold. Hun har lært alt, og vet nøyaktig hvor mange kalorier hun bør spise. Problemet er å holde seg til det. Når det gjelder fysisk aktivitet sa Solveig at hun ikke er like aktiv som når hun var på senteret, men at hun går tur hver dag, og har gjort en livsstilsendring når det gjelder aktivitetsnivå.

For Einar har det også gått i en berg- og dalbane når det gjelder aktivitetsnivå under behandling. Han sa at på senteret var det som å leve i en boble, det var enkelt å følge opp med trening og kosthold. Der var alt tilrettelagt og dagene var satt av til kun dette. Når han kom hjem og skulle jobbe var det vanskelig å opprettholde samme aktivitetsnivå. Jobben tok mye tid, og når han kom hjem var han sliten. Dermed orket han ikke å trene, og kostholdet fulgte i samme bane som treningen. Han sa: *Det kom altfor mye hverdagsting midt i oppholdet, som gjorde at jeg stoppet litt opp. I perioder har jeg klart å holde det, men ikke ofte nok.* Einar mente at han hadde et problem med at han har jobbet for mye. Han har vært en sjenert og innesluttet person, og dermed holdt seg mye på jobb. Han sa at dette kan ha vært en form for å gjemme seg. Dermed har det ikke blitt tid til å tenke noe på seg selv, og all fokus har gått til jobben.

Under oppholdet har Einar lært seg at han må begynne å prioritere seg selv ettersom det har gått ut over helsen å leve slik han har levd. Han har gjort endringen når det gjelder jobben, men sliter enda med kosthold og fysisk aktivitet. Han har lært mye og blitt en mer utadvendt person. I det siste har han også meldt seg inn i en gruppe slik at han trener to til tre ganger i uken, og skal være med på dette de neste åtte månedene. Det kan tyde på at Einar har gjort en del endringer i livet siden han startet på behandlingen. Selv om han gikk en del opp igjen i vekt når han kom hjem så har han nå tilrettelagt for en ny start i livet. Han tror at endringene i forhold til jobb vil være til stor hjelp, og at med en ny start vil vektreduksjonen følge etter.

Hanne følte at hun ikke fikk så mye ut av å være på Hauglandsenteret. Etter å ha vært overvektig hele livet sa hun at det var forferdelig vanskelig å snu om på livsstilen. Hun tar opp familien og arbeidsliv som de største barrierene for å endre livsstil. Selv om hun lærte mye inne på senteret var det vanskelig å komme hjem å overføre dette til resten av familien.

Dermed fikk også hun en berg- og dalbane effekt under behandlingen. Når hun var på senteret og kunne tenke på seg selv øket aktivitetsnivået og kostholdet ble bra, dermed gikk hun også ned i vekt. Men når hun kom hjem gikk det andre veien. Hun sa:

Når du drar på Hauglandsenteret og prøver å gjøre noe med det du har slitt med et helt liv. Og når du ikke greier å fullføre, så får du et spark i raua. Hva gjør du da? Hjem igjen til gryten.

Maten har alltid vært der som trøst og venn for Hanne, derfor er det vanskelig å endre på dette. Når det gjelder fysisk aktivitet er ikke det noe som har fulgt familien til Hanne, verken foreldre eller hennes egne barn liker å trene. Dette gjør at hun selv kun klarer å opprettholde trening i perioder. Hun sa det slik: *Jeg har ikke lyst å trene fysisk hver dag resten av livet heller. Jeg synes det er urettferdig at jeg må det.* Det kan det tyde på at Hanne ikke får den støtten hun trenger hjemme i forhold til å endre livsstil. Det ser ut til at det er vanskelig å endre på ting når hun ikke får resten av familien med seg. Ut i fra det hun sa om trening kan det virke som hun ikke har nok motivasjon til å fortsette. Det kan virke som om Hanne har et ambivalent forhold til livsstilsendring. Hun ønsker å gå ned i vekt for å minke faren for livsstilssykdommer, men likevel liker hun ikke det livet hun må leve for å klare det.

Videre teoretisk belysning

Å endre livsstil er krevende og tar lang tid. «Gammel vane er vond å vende» sies det, og det ligger mye sant i det. Det kan tenkes at det er dette som er grunnen til at informantene stadig gikk opp igjen i vekt når de kom hjem. Selv om de hadde lært mye og gjorde ting riktig på senteret klarte de ikke fortsette med samme intensitet når de kom hjem.

Merleau-Ponty (1994) hevder at man har et kroppsskjema i kroppen som er en slags sammenfatning av kroppsopplevelser. Kroppsskjemaet utvikles opp gjennom barndommen og del etter del er resultater av de forhold som er dannet ut i fra erfaringer. Shilling (2008) sier at kroppsskjemaet er aktørens forståelse av egne kroppslige begrensninger og kapasiteter, og er en viktig del av habitus. I følge de sykelig overvektige har fysisk aktivitet vært omtrent fraværende i deres voksne liv, derfor er de avhengig av å gjøre store endringer. Merleau-Ponty sier at kroppsskjemaet er dynamisk, med dette mener han: «min krop fremtræder for mig som holdning til en bestemt foreliggende eller mulig opgave. Og dens rumlighed er i virkeligheden ikke som de ydre genstandes eller de «rumlige sansningers» en *positionsrumlighed*, men en *situationsrumlighed*» (1994, s. 43). Det betyr at kroppslige opplevelser i en gitt situasjon umiddelbart gir mening, og trenger ikke (nødvendigvis) gå

veien om refleksive, kognitive funksjoner. Dermed vet vi hvor høyt vi skal løfte beina når vi går over dørstokken, og vi klarer (som regel) å gjøre hele bevegelsen med full koordinasjon og kontroll. Vi må ikke lokalisere kroppen i rommet før vi fører den til andre siden av dørstokken. Dette er fordi vi kjenner våre kroppsdelers stilling til hverandre. Vi kjenner hvilken stilling vi har føttene i, selv om de er plassert utenfor vårt synsfelt. I følge Merleau-Ponty (1994) sitter kroppen vår inne med et system av aktuelle stillinger, og er også som et åpent system av uendelig mange tilsvarende mulige stillinger i andre posisjoner. Informantene sa at å starte med treningen inne på senteret var krevende, men at det ikke tok lang tid før de begynte å like treningen. Det ser ut til at informantene fortsatte med en liten grad av fysisk aktivitet når de kom hjem, men ikke tilstrekkelig til å merke en vedvarende vektreduksjon.

Frønes (2001) hevder at handling refererer til *aktør, intensjoner og mening*. Han sier at «bak aktørens postulerte intensjoner kan det være motivasjon som aktøren ikke er seg bevisst» (2001, s. 12). Motivasjon forstås som en samling av hensikter, ønsker og behov som måtte ligge bak en handlings eksplisitte og implisitte formål (Frønes, 2001). Når et menneske kommer inn i en helt ny situasjon, kreves en forandring av rutiner og vaner. Dette fører til at personen nødvendigvis må forandre seg (Giddens, 1984). Dermed kan man ikke lenger ta hendelser for gitt, og ting kan føles kaotiske. Når deltakerne så blir tvunget til å gjøre store endringer i forhold til mat og bevegelse, vil dagene føles kaotiske. Dermed blir det svært viktig for dem med støtte fra Hauglandsenteret, og man kan anta at dette er grunnen til at motivasjonen øker ved hvert opphold. Når de kommer hjem, trer de rett inn i sitt vante miljø. Dermed blir det ekstra vanskelig å opphøre fra det trygge og rutinemessige.

Merleau-Ponty og Bourdieu hevder at den levde kroppen er bærer av både erfaring og historie (Merleau-Ponty, 1994). Ved å være i kontinuerlig samspill med omverden og seg selv, vil en utvikle kroppsskjema. Ved å forsøke å tilegne seg en ny vane må man omdanne eller fornye kroppsskjemaet, dermed kreves bevissthet og refleksjon (Merleau-Ponty, 1994). Når informantene kommer hjem, skal de ikke bare innarbeide nye vaner. De må også endre på vaner som er sterkt innarbeidet og har vært en del av livene deres i mange år. Informantenes forsøk på å oppnå livsstilsendring avhenger av både deres habitus, kroppsskjema, motivasjon og vilje. Frønes (2001) sier at habitus og motivasjon påvirker også hverandre. Gjennom utvikling av habitus skapes motivasjon. Han hevder at motivasjon alene ikke er nok til å gjøre det kloke, man må også være kompetent til det. Det betyr at det ikke er nok for de sykelig overvektige å ønske å gå ned i vekt, de må også være i stand til det.

5.2.3 På egne bein

I løpet av de to årene informantene er til behandling skal de lære seg en ny livsstil. De kan ikke lenger gjøre slik de pleier, eller bruke det de kan om kropp, mat og livsstil som de har lært gjennom livet. Kroppen som er utviklet gjennom de omgivelsene de har levd kan heller ikke brukes på samme måte. Kroppen må rett og slett stenges av og skyves til side. Deres egne kunnskaper om trening og livsstil må holdes unna, og de må bruke all sin energi og konsentrasjon på å følge de trenings- og kostholdsprinsipper de lærer på senteret. Kostholdet er satt sammen av ernæringsfysiologer på senteret. Det er utviklet uavhengig av deres liv og ønsker, og basert kun på å få kroppene deres sunnere og lettere.

Etter behandlingen står de på egne bein, de må trene selv og de må lage den riktige maten til seg selv. Bare det å gå i butikken kan være en stor utfordring. I stedet for å gå inn og handle det de har lyst på, slik som de alltid har gjort, må handleturen planlegges nøye. De må lage handlelister og ta bevisste valg i stedet for å hive oppi det de gjorde tidligere. Slik blir det også hjemme. De kan ikke lenger følge kroppslig intuisjon, og gjøre det de har lyst til ut i fra vaner og tradisjon. De må forholde seg til nye retningslinjer både når det gjelder mat og fysisk aktivitet. Det eneste som fungerer er å stille seg utenfor kroppen og isolere seg fra omgivelsene for å klare å gjennomføre livsstilsendringen.

Informantene gjorde store endringer som førte til vekttap når de var på senteret, men gikk opp igjen i vekt når de kom hjem. Einar syntes det var vanskelig å komme hjem:

Det burde vært noe, kanskje i sammen med frisklivssentralen eller noe aktivitet som en kan være med på eller ett eller annet. For å komme tilbake til full jobb og vel så det etter tre til seks uker der oppe, og holde den faste treningen og alt sånn, er forferdelig vanskelig. Og når treningen sklir ut etter du kommer hjem trøtt og sliten, så følger ikke måltidene etter heller. Så det mangler litt der tror jeg.

Alle deltakerne sa at de savnet oppfølging når de kom hjem. De mente at det var veldig stor forskjell på å være på senteret og å være hjemme. Siv la vekt på hvor vanskelig det er å legge om vaner på kort tid:

Å greie den omvendingen der så raskt, altså å endre vaner som du har hatt i så mange år, du er kjørt. Å dette gjelder jo alle slags diagnoser, om det er kreft, fedme eller rus så trenger du et støtteapparat i etterkant.

Hun fikk mye støtte av familie og venner når hun kom hjem, og mener at oppfølging er svært viktig:

Jeg tror nok at de fleste trenger enda mer psykisk støtte. Det er selvsagt de som ikke vil, ikke orker eller har falt av, men de bør da selvfølgelig få et slags nytt tilbud. Det er jo akkurat som du ser på nyhetene, når folk som er på rehabilitering eller avrusning gjør en feil, så er det rett ut. Og sånn er det på Haugland også, gjør du noe feil så kan du bli kastet ut. Så det er veldig sånn enten eller igjen. Så i stedet for å si at "nå har ikke du sendt inn dagbok så nå får du ikke komme opp igjen", da burde Hauglandsenteret snakket med fastlegen, som igjen burde snakket med deg.

Det er tydelig at informantene har sterke meninger om oppfølgingsbiten. Flere kommenterte at fastlegen ikke visste noe verken før eller etter oppholdet. Hanne sa at hun var skuffet over hva som skjedde etter oppholdet:

Jeg tror alle på min gruppe synes det var dårlig gjort at vi ikke fikk noe oppfølging fremover. Jeg kunne godt tenke meg vertfall 3 uker en gang i året i lang lang tid fremover. For da har du noe å strekke deg mot.

Informantene slet med å endre vaner når de kommer hjem. Kosthold ser ut til å være det vanskeligste. Det kan forstås ut i fra at de ikke bare skal tillegge seg nye vaner men at de også skal legge ned gamle vaner. Når det gjelder fysisk aktivitet hevder informantene å klare seg bedre, men at de ikke oppnår tilstrekkelig mengde for å opprettholde vekt nedgang. Ettersom mange ikke klarer å opprettholde trening og riktig kosthold hjemme kan det tenkes at deltakerne burde fått tettere oppfølging.

Videre teoretisk belysning

Fysisk aktivitet ser ut til å være noe de fleste informantene har gjort endringer ved. De sier de er mer aktive nå enn de var før behandlingen. Flere sier at de går turer noen ganger i uken, eller går på treningssenter. Tur ser ut til å være den aktiviteten som er mest brukt blant informantene. Helsedirektoratet mener at 60-90 minutter fysisk aktivitet om dagen er anbefalt for personer som har gått ned i vekt og ønsker å opprettholde vekt tapet (2011, s. 45). Ut i fra informantenes tilbakemeldinger om aktivitetsnivå kan det tyde på at de ikke når disse anbefalingene. Ettersom de også sliter med å holde anbefalt kosthold vil de ikke klare å øke energiforbrenningen.

I følge Simone Beauvoir og Merleau-Ponty er menneskelig frihet alltid kroppsliggjort. Kroppen er en situasjon, men en fundamental situasjon fordi den er grunnlaget for min erfaring av meg selv og av verden. Den er en situasjon som alltid er en del av min levde erfaring. Derfor kan kroppen aldri bare være en ren materiell ting (Moi, 1998, s. 95). Den levde erfaringen av alle samtidige og ulike hendelser utviklet deltakerne som kroppssubjekter og gjorde de i stand til å oppfatte og fortolke verden. Slik utviklet informantene seg til å etter hvert beherske situasjoner lettere. Dette viser seg når flere informanter snakker om hvor mye lettere det ble å gå opp til steinen, eller å gå opp i robåten uten å føle seg ustødig.

På samme måte som aktiviteter og situasjoner ikke kan forstås uavhengig av personen, kan vi ikke forstå mat som noe atskilt og uavhengig heller. Informantene har slitt og sliter enda med kostholdet. Kroppene deres er utviklet gjennom maten de har spist. Derfor har smakene og følelsene deres av mat forbindelser langt bak i tid. Maten har vært til stedet i mange situasjoner og sammenhenger, og med ulike mennesker, dermed er den knyttet til de livene de hører til (Sutton, 2005). Det er gjennom kroppen informantene vet hva mat er (Merleau-Ponty, 2012). Slik er de kroppslig forbundet med en verden av andre mennesker, ting, situasjoner og mat. Dermed blir også maten en del i relasjonen til alt det andre. Når informantene nå lærer nye måter å forholde seg til mat og fysisk aktivitet på betyr det at de må tre ut av en vanemessig og naturlig væren i omgang med verden og en selv.

Merleau-Ponty sier at vaner ikke er noe man lærer seg raskt. Med vaner mener han: «Vanen er uttrykk for vor evne til at utvide vor væren-i-verden eller ændre eksistens ved at indlemme nye redskaber» (1994, s. 98). Videre hevder han at vaner ikke kan tolkes objektivt, men at de lagres i kroppen. «..vanen hverken har hjemme i tanken eller i den objektive krop, men i kroppen som formidler af en verden» (1994, s. 100).

Flere informanter mente at de hadde for kort tid til å tillegge seg nye vaner, og når de ikke fikk noe hjelp etter at de kom hjem var det lett å falle tilbake til gamle vaner. Vaner blir ikke aktivert av reflekser eller tanker, men vanen er uttrykk for en viten som er innleiret i kroppen. Merleau-Ponty mener at vanen er et uttrykk for menneskets evne til å utvide deres væren-i-verden (Merleau-Ponty, 1994). Videre sier han at man ikke har tillagt seg en ny vane før den har fått en betydning: «Man siger, at kroppen har forstået, og vanen er erhvervet, når den har ladet sig gennemtrænge af en ny betydning, når den har tilegnet sig en ny betyningskerne» (1994, s. 103). Man forstår at vaner ikke kan læres i løpet av en dag. Merleau-Ponty sier at vaner egentlig er motoriske og perseptuelle på samme tid. Det vil si at for å tillegge seg en

vane må man utvide den kroppslige syntese. Når informantene er på Hauglandsenteret lærer de mye om kosthold og trening, men ut i fra hva vi nå kan om kroppen, kroppsskjema, habitus og vaner forstår vi at det er umulig å tillegge seg nye vaner ved å lære om hvordan det skal gjøres. Merleau-Ponty sier at opplevelser må utfordre den enkeltes væren-i-verden for å kunne endre på eksisterende rutiner. De må inkorporeres i hverdagen, og ifølge informantene er dette vanskelig å gjøre uten støtte.

Den overvektige vil ha erfaringer fra fortiden som påvirker nåtiden og fremtiden. Den levde tiden er en rekke hendelser som griper tak i hverandre, og blir dermed en dimensjon av eksistensen. Selv om informantene går ned i vekt og blir tynnere, vil likevel følelsen av å være stor og tung ikke forsvinne. Når informantene går ned i vekt, trenger de tid til å venne seg til de store kroppslige endringene. De sier at de erfarer kroppen som lettere og mindre, men de har fortsatt et indre bilde av kroppen sin som tykk. Dermed kan det tyde på at de føler seg både hjemme og hjemløse i sin egen kropp. Det tar tid å bygge opp et nytt bilde av seg selv og gi slipp på den mangeårige rollen som tykk.

5.2.4 Oppsummering

Målsettinger er viktig ved en livsstilsendring, kanskje særlig innenfor sykkelig overvekt. Problemet er at mange setter seg vektmål i stedet for mer praktiske mål. Noen mente de ble så opphengt i vektmålet at de ikke en gang turte å spise en agurk samme dag som veiing. Flere mente at problemet med å være så opptatt av vektmålet var at viss en ikke nådde målet kunne det få negative konsekvenser. Noen ble så skuffet over uopnådd vektmål at de mistet motivasjonen og gikk gradvis tilbake til gamle vaner. Opptattheten av de objektive målene ble så dominerende at de kan ha gått ut over erfaringsperspektivet ved behandlingen.

Informantene hadde en god opplevelse med behandlingen. Kvinnene la vekt på hvor godt det var å komme seg bort fra hus, familie og alle gjøremål som følger med. Mennene mente at pause fra jobb og en stressende hverdag gjorde godt. Det kan tyde på at slike plikter var barrierer som var vanskelige å bryte til fordel for en livsstilsendring. Alle informantene slet med å opprettholde det de hadde lært når de kom hjem, mye tyder på at dette har sammenheng med at de ikke fikk oppfølging. Forholdet som informantene hadde til mat og kosthold var veldig sterkt, men samtidig ambivalent.

Sterk motivasjon kreves for å lykkes med en livsstilsendring, og det ser ut til at ytre motivasjon var nødvendig i lang tid for å klare å endre vaner. Informantene hadde en følelse av at både motivasjon og aktivitetsnivå gikk som en berg- og dalbane under behandling. Hver

gang de kom hjem gikk motivasjon og aktivitetsnivå ned, og på senteret økte det igjen. De fleste informantene mente det hadde vært bedre med oftere og kortere opphold. Slik kunne motivasjonen blitt opprettholdt og aktivitetsnivået jevnere. De fleste informantene mener de har hatt effekt av behandlingen. Alle sier de har endret livsstil etter at de har vært der, og at særlig aktivitetsnivå har økt. Vekten gikk for de fleste en del opp igjen etter behandling, men alle sier de har lært mer og har større tro på at de kan lykkes med en vekt nedgang fremover.

6. Avsluttende drøfting

I dette kapittelet gir jeg en avsluttende drøfting av oppgavens resultater. De to forskningsspørsmålene som er stilt vil bli diskutert i lys av de teoretiske perspektivene og tidligere forskning som ligger til grunn for oppgaven. Styrker og svakheter ved arbeidet vil bli vurdert og jeg avslutter med noen forslag til videre forskning på området.

6.1 Bakgrunnens betydning for nåtiden

I vårt samfunn har kroppen en stor betydning, og den innvirker på en persons atferd. Fedmen viser seg å være dominerende i mange av informantenes liv. Særlig i barne- og ungdomsårene mente informantene at det var en utfordring å være overvektig. I likhet med andre overvektige (Johansson, 1999) føler informantene seg mindre vellykket på grunn av sitt utseende. Hver dag har de blitt minnet på hvordan den tykke kroppen er i veien og påvirker dem gjennom hverdagen. De sliter med å knytte skoene, svetter når de går rundt i huset og de kjenner smerter og vansker med å bevege seg på normale måter. Fra tidligere kapittel ble dette forklart som at kroppen «står i veien» for dem. Den hindrer dem i å gjøre det som føles tilstrekkelig for å få et meningsfullt liv. Dette har ført til at de har vært tilnærmet inaktive i mange år. Vi vet at inaktivitet fører til lite energiforbruk, som er en viktig faktor for utviklingen av sykelig overvekt (Rössner, 2008). Inaktive personer opplever i større grad mentale problemer og stress enn fysisk aktive (Martinsen et al., 2004). Motsatt ser det ut til at mentale lidelser og stress kan føre til sykelig overvekt (Robson & Gray, 2007).

Informantene er klar over at de skiller seg fra idealet som verdsettes i vår kultur. Fedmen legger til tider en demper på livsutfoldelsen. Studier finner at overvekt og fedme fører til økt stigmatisering (Thomas et al., 2008). Informantene sier at de opplever å bli stigmatisert både hjemme og offentlig. De blir ofte utsatt for blikk og fordommer, i tillegg til at de også møter på praktiske problemer. I andre studier kommer det frem at sykelig overvektige dømmer seg selv ut i fra andres blikk (Wiklund et al., 2011). Informantene forteller om at de ofte følte seg som objekter for andres blikk. Merleau-Ponty sier det slik:

[F]or så vidt som jeg har en krop, kan jeg blive reduceret til genstand for den andens blik, og ikke længere blive regnet som person for ham.... (1994, s. 130).

Fordommene og den negative oppmerksomheten gjorde at mange hadde problemer med å delta på ulike aktiviteter. Spesielt situasjoner hvor det er kroppslig fokus eller i matsituasjoner. På den ene siden var det for mange vanskelig med all form for trening, bading og kroppslig utfoldelse. På den andre siden var det en utfordring bare å leve dagliglivet på grunn av praktiske årsaker og en høy grad av svetting i alle situasjoner. I følge Wiklund et al. (2011) vil tidligere erfaringer kunne føre til stress og skam når sykkelig overvektige trener sammen med andre. I tillegg vil en livsstilsbehandling kunne føre til økt nivå av stresshormonet kortisol. Dette kan bidra til forklaringen på hvorfor livsstilsbehandling ikke fører til ønsket vekttap (Foss, Sæterdal, Nordgård, & Dyrstad, 2014).

Kosthold og aktivitet har vært deler ved livet som informantene har hatt problemer med siden de var barn, og i likhet med andre studier (Thomas et al., 2008) har de slitt med overvekt siden barndommen. Ut i fra fenomenologien har vi kommet frem til at kroppen er grunnlaget for våre handlinger og erfaringer. Merleau-Ponty (1994) sier at det er gjennom kroppen vi manøvrerer oss gjennom livet. Allerede fra vi blir født starter vi å erfare verden gjennom kroppen, disse erfaringene lagres og tas frem som minner i senere hendelser. Vår personlige eksistens blir skapt i den menneskelige verden som igjen er omgitt av en allmenn verden man tilhører. Dette finner vi igjen når informantene forteller om hvordan deres oppvekst har påvirket den tilstanden de er i nå. Derfor blir underproblemstillingen en slags innledning til hovedproblemstillingen, som blir drøftet i neste kapittel.

6.2 Kroppsliggjorte erfaringer fra behandlingen

Med utgangspunkt i kroppslige erfaringer forteller informantene om både felles og unike opplevelser. Mange syntes starten av livsstilsbehandlingen var tung, de opplevde smerter og ubehag med kroppen. For å få til treningen måtte de avskrive den kunnskapen de hadde fra før, fordi den kunnskapen tilsa at de ikke hadde noe der å gjøre. De måtte handle på instruks, noe som ofte betydde på tvers av det de følte som riktig. De måtte sette seg på utsiden av kroppen og instruere kroppen til å gjøre slik de fikk beskjed om av behandlerne. Etter de første ukene av behandlingen begynte de å merke endringer på kroppen. De følte seg etterhvert bedre både på trening og i hverdagen.

Merleau-Pontys livsverdenbegrep knytter mennesker og verden sammen. Vi lever i et stadig forhold til omverden. I dette forholdet dannes vår selvfølelse og selvoppfatning. Tankene og forestillingene vi har om egenkroppen preges av subjektive opplevelser, men også av kroppen slik den erfares i relasjon til omgivelsene og andre, og kroppen slik vi tror andre oppfatter den

(Engelsrud, 2006; Merleau-Ponty, 1994). Erfaringene informantene gjør seg ligger til grunn for opplevelser og refleksjon rundt egen kropp (Merleau-Ponty, 1994). Når informantene etter hvert i behandlingen føler seg lettere både på trening og med kroppen i hverdagen, får dette betydning for hvordan de ser på seg selv og egen tilværelse.

Det viser seg at det kan være en fordel at pasientene selv kan være med på å bestemme hvilke aktiviteter som skal inkluderes i treningen (Groven & Engelsrud, 2010). Dette kan forstås i lys av Merleau-Pontys tanker rundt kroppen som bebor rommet. Han mener at i likhet med at kroppen alltid er *her*, i rommet, så eksisterer den nødvendigvis også *nå*, i tiden. Kroppen kan aldri bli fortid. (Merleau-Ponty, 1994, s. 93). På samme måte er det vanskelig for friske mennesker å bevare en levende erindring om hvordan det er å være syk. Han peker på at all bevegelse bygger på tidligere bevegelser: «den nuværende perception består i med støtte i den aktuelle stilling på ny at gripe rækken af de tidligere stillinger, som omslutter hinanden» (Merleau-Ponty, 1994, s. 94). Kroppen må forstås i relasjon til rommet og tiden som den befinner seg i. Motorikken vil dermed preges av omverden og hvordan denne ser ut. På Hauglandsenteret må informantene forholde seg til rommene (uterom og innerom) som er der. Når de kommer hjem gjelder helt andre rom. Derfor kan det forstås hvorfor det er vanskelig å overføre det de lærer på senteret til omgivelsene hjemme. Når informantene kom hjem skled de rett inn i gamle mønstre. Dette finner vi også igjen i andre studier (Byrne et al., 2004; Christiansen, Borge, & Fagermoen, 2012). Kvinnene hadde problemer med å lage plass til trening, og endring av kosthold påvirket også resten av familien. For mennene var det flest som sa at jobben tok tid.

Informantene sa at de ønsket flere opphold og kortere tid mellom hvert opphold for å holde motivasjonen jevn. I følge Teixeira et al. (2012) er det ikke lengden på oppholdet som har størst betydning. De mener at en pågående behandling faktisk kan være skadelig. De forklarer dette med at mange behandlingssenter bruker mye ytre motivasjon i sine opplegg. Dette kan være skadelig ved å gjøre pasientene avhengig av å bli fortalt hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. De mener at autonom motivasjon er blant de viktigste prediktorene for et vellykket vekttap.

Selv om erfaringene er gjort «med» kroppen og informantene vet hva de skal gjøre, er det, i likhet med overvektige (Thomas et al., 2008), vanskelig å gjøre endringene til en varig og naturlig del av dem. Vanligvis tenker vi at å gripe en betydning er noe vi gjør intellektuelt, men for å vise at dette er noe som skjer med oss rent kroppslig sier Merleau-Ponty:

«Tilegnelse af en vane er nok en griben af en betydning, men det er en motorisk griben af en motorisk betydning» (1994, s. 97). Merleau-Ponty eksemplifiserer dette med blant annet bilkjøring, en dame med hatt og fjær og den blindes bruk av blindestokk. I eksempelet med damen og hatten sier han at damen ikke trenger å se hvor andre gjenstander er i forhold til fjærene for å unngå de. På samme måte som damen vet hvor fjærene er, vet vi hvor hånden vår er. Slik er det også med bilføreren som hele tiden vet at veibanen er brei nok for bilen, uten å måtte gå ut og måle. Den blindes blindestokk, sier Merleau-Ponty, er ikke bare en gjenstand for den blinde. Han opplever tuppen av stokken som et sanseområde. «At vænne sig til en hat, en bil eller en stok vil sige at indrette sig i dem eller omvendt lade dem få del i egenkroppens voluminøsitet» (Merleau-Ponty, 1994, s. 98). Vaner er verken viten eller automatikk, det er en viten som ligger i kroppen. Merleau-Ponty sier at det er kroppen som forstår under ervervelsen av en ny vane (1994, s. 100). Med at kroppen forstår vil si å oppleve samsvar mellom det vi ser og det som er gitt, mellom intensjon og utførelse, og at kroppen er vår forankring i verden (Merleau-Ponty, 1994). Tilegnelsen av en ny vane krever bevissthet og refleksjon. Gamle og innarbeidede vaner, slik som informantenes snacks til film og i selskap med andre, sofa i stedet for trening etter arbeid, eller generelle kostholds- og treningsrutiner, er personlige og uløselig forbundet med subjektet selv. De ligger der som en «automatisert» handlingsberedskap som kroppen kan benytte seg av. Merleau-Ponty understreker hvor vanskelig det er å gjøre endringer:

When I have abandoned a project, suddenly the motives that I believed I had in favour of sticking with it fall away, drained of all force. To give them back their force, I must take the effort of reopening time and of placing myself back at the moment when the decision had not yet been made (Merleau-Ponty, 2012, s. 460).

Vaner kan være vår beste venn, samtidig som den kan være så brutal at den ødelegger folks liv. Merleau-Ponty sier dette om vaner: «Habit expresses the power we have of dilating our being in the world, or of altering our existence through incorporating new instruments» (2012, s. 145). Morris sier at Merleau-Ponty med dette mener to ting: for det første at en endring i vaner, betyr en endring av vår måte å være i verden på. Men han mener at problemet her ligger i hvordan mening blir skapt innen kroppslig bevegelse. Og for det andre, at bevegelse skaper mening på grunn av at den ikke kan reduseres til en endring i kroppen rent biomekanisk, men at bevegelsen foregår av et menneske som er bygd opp av vaner.

Videre forklarer Morris det slik: “In virtue of my habits, I do not live and move in relation to things as grasped by objective science within geometrical space; I live and move in a space of practical things correlative to my anticipations” (2008, s. 118). Dermed tyder det på at ting blir reflektert ut i fra en persons vaner og prosjekter, av de måter som den personen jobber og bearbeider bevegelser mot en forventet verden (Morris, 2008). Når de skal endre sin identitet og væremåte, må de bryte med de kroppsliggjorte strukturene til habitus, slik at de kan oppnå en kritisk distanse til den sosiale verden. Evnen til å kunne gjøre et slikt brudd er vanskelig og ulikt distribuert (Lane, 2006). Alle nye hendelser blir behandlet ut i fra de skjemaer hver informant bærer med seg fra tidligere. Så selv om habitusformene endrer seg kontinuerlig, er det vanskelig å foreta radikale endringer (Bourdieu, 1999).

Mot den dualistiske tenkingen hevdet Merleau-Ponty at kroppen aldri kan forstås utelukkende som et objekt, men både som subjekt og objekt samtidig (Merleau-Ponty, 1994). Kropp er ikke noe mennesket har, men er (Merleau-Ponty, 1994). Med bakgrunn i dette og andre studier (Byrne et al., 2004; Ingvar et al., 2011) kan man ikke foreta en splittelse mellom kropp og sinn i behandling av sykelig overvektige. Informantene følte at det ikke var nok fokus på kroppen som en helhet i behandlingen. Jeg trekker igjen frem Eirik sitt sitat for å utdype dette: *De hadde den fysiske biten og kosthold som de la til grunne der, men det var mangel på psykologisk oppfølging.* Persepsjon er en erfaring som er fylt med mening. Innenfor fysiologien finner man ikke ord som mening og erfaring, fordi det ansees for å være utenfor kroppens område. I den fenomenologiske forståelsen av kroppen, derimot, er mening sentralt. Kroppen er ikke løst fra mening og erfaring, den er en forutsetning for det (Merleau-Ponty, 1994). Merleau-Ponty mener derfor at all handling og mening har utspring og forankring i kroppen. For å forstå en handling som intensjonell og meningsfull må vi ha en kroppsteori som omfatter kroppens sanse- og kunnskapsdimensjon, og som gjør praksis mulig (Merleau-Ponty, 1994).

6.3 Hva skal til for å lykkes?

Det er vanskelig å behandle en tilstand uten å vite hva som er årsaken til den. Sykelig overvekt ser ut til å bestå av flere komplekse årsaker som henger sammen og påvirker hverandre. Når jeg gjennom oppgaven har sett på informantenes erfaringer i lys av Merleau-Ponty, har jeg forsøkt å forklare at den levde kroppen verken bare er fysisk eller rent psykisk. Sykelig overvekt er en tilstand som heller ikke kan reduseres til noe rent fysisk eller psykisk, den gjelder for hele mennesket. Gjennom livsstilsbehandlingen på Hauglandsenteret ønsker man derfor å bruke fysisk aktivitet for å øke energiforbruk, kostholdsendring for å få lavere

energiinntak og kognitiv atferdsterapi i gruppe for å mestre tankene. Fremgangsmåten synes å ta sikte på hele mennesket. Likevel er det flere tilbakemeldinger som tyder på at hele mennesket ikke er i fokus.

Ut i fra studien er det særlig to ting som kan tenkes å bidra til forbedring av livsstilsbehandlingen:

Kognitiv terapi i gruppe ser ikke ut til å være tilstrekkelig for å dekke informantenes behov. Behandlingen bør øke fokus på individuell oppfølging under behandling. Individuelle samtaler med psykolog eller psykiatrisk sykepleier er et forslag. Det anbefales å øke fokus på indre motivasjon, et forslag å gjøre dette på er ved motiverende intervju. Det kan også gjøres endringer ved oppbyggingen av behandlingen for å skape et med autonomistøttende læringsklima.

Når informantene skal forsøke å overføre det de har lært til hverdagslivet oppstår det problemer. Bedre oppfølging hjemme er ønskelig fra informantene fordi de tror at det kan hjelpe dem til å ikke falle tilbake i gamle vaner. Informantene trekker frem dårlig samarbeid mellom lege og behandlingssenter. Derfor kan det anbefales å bedre dette samarbeidet. Samt at informantene bør settes i kontakt med en frisklivssentral eller lignende i hjemkommunen sin. En mulighet kan være å gi dette i «hjemmelekse» til informantene, slik at de gjør dette i samarbeid med fastlege og behandlingssenter mellom to opphold.

6.4 Studiens styrker og svakheter

På grunnlag av seks kvalitative intervju har jeg i denne oppgaven fremskaffet kunnskap om kroppslige erfaringer ved å være sykkelig overvektig og å gjennomgå en livsstilsbehandling. Alle informantene har vært gjennom behandlingen, men ikke alle har redusert vekt eller endret livsstil. Deres erfaringer fra behandling er gunstige for Hauglandsenteret og for andre sentre som driver livsstilsbehandling. Det må likevel nevnes at minner kan med tiden endre seg, og det var ett og ett halvt år siden pasientene hadde vært til behandling. Det kan derfor være sannsynlig at informantene har glemt eller fortrent noe fra denne tiden. De har også hatt ulike livssituasjoner i ettertid som har påvirket dem ulikt, noe som kan ha ført til endret syn og tanker rundt behandlingen.

Innen kvalitativ forskning sies det at forskeren må skape et tillitsforhold til informanten. For å styrke tilliten bør intervjueren kunne leve seg inn i situasjonen til informanten for å kunne formidle deres virkelighetsoppfatning så nær opp til deres egen forståelse som mulig. På

grunn av praktiske årsaker møtte jeg ikke informantene før intervjuet. Forståelsen av deres virkelighetsoppfatning ble forsøkt opprettholdt ved besøket på Hauglandsenteret.

Intervjusituasjonen foregikk mellom informant og intervjuer om et tema som rammer deres privatliv, og kan derfor være vanskelig å prate om for informantene. En ung, fersk intervjuer som studerer idrett kan for mange sykkelig overvektige være en person som det er vanskelig å åpne seg for. Det kan derfor tenkes at ikke alle forteller alt, samt at det de forteller kan være tilpasset. Det er også sannsynlig at jeg som nybegynner i intervjusituasjon ikke har truffet eller fulgt opp med de spørsmålene som vil gi best svar. Etter hvert intervju vil min evne til å intervju bedres, noe som kan påvirke kvaliteten på intervjusituasjonen fra første til siste intervju. Dette kan påvirke informantens forhold til meg og i sin tur svarene. Som kvinnelig intervjuer kan det antas at dette kan få konsekvenser særlig for hvordan mennene forholder seg til meg.

Etter å ha intervjuet tre kvinner og tre menn hadde jeg samlet inn mye informasjon, og jeg opplevde innholdet som mett. Å inkludere begge kjønn var ment for å fremme kjønnsperspektivet i oppgaven. Likevel ser det ut til at ulikhetene mellom kjønn ikke er stor innad i en livsstilsbehandling. Det kan tenkes at flere informanter kunne ha gitt mer informasjon, og at forskjellen mellom kjønn ville vist mer igjen.

Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Som forsker kan jeg ha ulike fordommer og ubevisst identifisere meg med en bestemt løsning som gjør at jeg ikke klarer å se alternativene. Min bakgrunn kan derfor påvirke hvordan analysene utarter seg og hvilke konklusjoner som blir trukket ut.

Mange forskere velger å foreta en «member checking» av dataene. Det betyr å be forskningsdeltakerne lese gjennom vurderinger og tolkninger (Postholm, 2010). Da kan man få presisert mulige uklarheter, og informantene kan supplere med refleksjoner de har gjort i etterkant. Dette vil kunne styrke troverdigheten i en studie. Dette kan også utføres ved at en annen forsker leser gjennom, slik at man kan se om forståelsene stemmer overens. Det var på ingen tidspunkt noe som gjorde meg tvilende på det materialet jeg hadde, derfor ble ikke dette gjennomført.

Triangulering sies å styrke en studie. Triangulering går ut på å bruke mange og ulike kilder, flere datainnsamlingsstrategier, forskningsresultater fra flere ulike forskere og ulike teorier for å understøtte funnene (Postholm, 2010; Thagaard, 2013). I denne studien er det kun brukt en

datainnsamlingsmetode, intervju. Dette blir begrunnet med at hovedfokuset har vært å få taket på informantenes oppfattelser om egne, individuelle erfaringer.

Hensikten med studien var å gi innsikt i og kunnskap rundt pasientenes erfaringer fra behandlingen, det vil si å erfare gjennom en tykk kropp. I utforskningen av det aktuelle tema viste kvalitativ metode seg formålstjenlig. Med bakgrunn i fenomenologien gav metoden kjennskap til informantenes livsverden. Ettersom handling springer ut av personen selv, er det den praktiske kunnskapen om fysisk aktivitet, kosthold, kropp og livsstil, slik den fremstår for og erfares av den som handler, som er bestemmende for handling.

6.5 Videre forskning

Livsstilsbehandlinger som ikke fremmer varig vekttap og livsstilsendring er en utfordring. Det trekkes frem flere både positive og negative sider ved behandlingen på Hauglandsenteret. Informantene legger vekt på at psykisk støtte er manglende i behandlingen. I tillegg sier de hvor viktig det var å få ny motivasjon når de kom tilbake til senteret. Dette kan tyde på en svak indre motivasjon. Det ville derfor vært interessant og økt kunnskapen på dette feltet. Dette kunne blitt gjort i form av aksjonsforskning. Pasientene kunne fått individuelle timer med psykolog eller psykiatrisk sykepleier gjennom hele behandlingen. Motiverende intervju kunne vært en del av behandlingen. Det anbefales også et autonomistøttende læringsklima for å øke indre motivasjon²⁰. Metodetriangulering kunne gitt svar på om behandlingen deretter lykkes i både objektiv og subjektiv forstand.

²⁰ Jamfør Teixeira et al. (2012)

7. Konklusjon

Oppgaven har to konklusjoner for å svare på begge forskningsspørsmålene. For å forstå opplevelsen av en livsstilsbehandling må man ta med seg alle tidligere erfaringer fra pasientene. Derfor vil konklusjon 1 ta for seg dette, og utgjøre en innledning til konklusjon av hovedproblemstillingen.

1. Sykelig overvekt i voksen alder ser ut til å ha sammenheng med oppvekst. Å leve i en stor kropp føles for mange som problematisk og «plagsomt» i hverdagen. Noen har særlig i barndommen opplevd å bli mobbet for kroppen sin. Og på bakgrunn av dette valgt å trekke seg bort fra sosiale sammenkomster. Hverdagen i en sykkelig overvektig kropp består for mange av mye skam og stigmatisering, og ser ut til å kunne påvirke både fysisk og psykisk helse. Erfaringer og vaner lagres i kroppen som disposisjoner, noe som gjør endringer av dem svært vanskelig. Kroppen er et fenomen for samfunnsskapt konstruksjon. Dermed ser alle erfaringer fra behandlingen ut til å ha sammenheng med levd tid og levd kropp.
2. Livsstilsbehandlingen ved Hauglandsenteret opplevdes positivt for informantene. De syntes det var godt å komme bort fra en stressende hverdag med jobb, hjem og barn. Den levde kroppen er bærer av erfaring og historie som må endres og erstattes på relativt kort tid. Både fysisk aktivitet og kosthold viser seg å være vanskelig å opprettholde etter behandlingen. Det kan se ut som det er flere sykkelig overvektige som har et ambivalent forhold til livsstilsendring. De ønsker å bli sunnere og slankere, men de ønsker ikke å trene hver dag og kutte ut diverse matvarer for resten av livet. Å endre livsstil skaper en følelse av å miste kontroll og dagene oppleves kaotiske for informantene. Kroppen forstår og den er utgangspunktet for forståelse, dermed vil enhver forandring av kroppen medføre en forandring av verden. Det kan tyde på at det individuelle perspektivet, kompleksitetene, væremåtene og livssammenhengene til hver enkelt pasient ikke blir tillagt nok betydning i behandlingen. Det viser seg at motivasjonen opprettholdes under opphold, men synker hjemme. Dette kan tyde på ytre motivasjonen. Alle informantene savner oppfølging etter behandlingen.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2013). *Physical activity, aerobic fitness, body composition and lipoproteins in subjects with severe obesity participating in a lifestyle intervention. The Haugland Obesity Study*. Doktorgradsavhandling ved NiH, Oslo.
- Aadland, E., & Anderssen, S. A. (2013). Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 37-40.
- Aadland, E., Jepsen, R., Andersen, J. R., & Anderssen, S. A. (2013). Differences in fat loss in response to physical activity among severely obese men and women. *Journal of Rehabilitation Medicine, Volume 46, Number 4*, 363-369(7).
- Aadland, E., & Robertson, L. (2012). Physical activity is associated with weight loss and increased cardiorespiratory fitness in severely obese men and women undergoing lifestyle treatment. *Journal Of Obesity*, 2012, 810594-810594.
- Andersen, J. R., Stokke, M. H., Tøsdal, M. B., Robertson, L., & Våge, V. (2013). Livsstilsbehandling i institusjon – oppfølging seks år etter. *Sykepleien Forskning 2013* 8(1):36-44, 10.4220/sykepleienf.2013.0008.
- Becker, W., Lyhne, N., Pedersen, A. N., Aro, A., Fogelholm, M., Phórsdóttir, I. Pedersen, J. (2008). Nordic Nutrition Recommendations 2004-integrating nutrition and physical activity. *Food & Nutrition Research*, 48(4), 178-187.
- Bengtsson, J. (1993). *Sammanflätningar: Husserl och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1999). *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Borge, L. (2004). Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og Sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinctions: a social critique of the judgement of taste* (oversatt av: Richard Nice) Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1990). Kroppens sosiale persepsjon. Noen foreløpige bemerkninger. *Sosiologi i dag*(3).
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax.

- Boutcher, S., & Dunn, S. (2009). Factors that may impede the weight loss response to exercise-based interventions. *Obesity Reviews*, 10(6), 671-680.
- Brownell, K. D., Hotelling, K. J., Lowe, M. R., & Rayfield, G. E. (2011). Eating Disorders. Hentet 22.11, 2013 fra: <http://www.apa.org/helpcenter/eating.aspx>
- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1341-1356.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
- Catenacci, V. A., & Wyatt, H. R. (2007). The role of physical activity in producing and maintaining weight loss. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 3(7), 518-529.
- Cerbone, D. R. (2006). *Understanding phenomenology*. Chesham: Acumen.
- Christiansen, B., Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 17255-17255.
- Christiansen, T., Bruun, J. M., Madsen, E. L., & Richelsen, B. (2007). Weight Loss Maintenance in Severely Obese Adults after an Intensive Lifestyle Intervention: 2-to 4-Year Follow-Up. *Obesity*, 15(2), 413-420.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- Collaboration, P. S. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083-1096.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, K. K., Svendsen, M., Mæhlum, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Changes in body composition, cardiovascular disease risk factors, and eating behavior after an intensive lifestyle intervention with high volume of physical activity in severely obese subjects: a prospective clinical controlled trial. *Journal Of Obesity*, 2013, 325464-325464.
- Diamond, L. K. (2010). Links between obesity and mental health. *Clinical Advisor for Nurse Practitioners*, 13(3), 47.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Engelsrud, G. (2010). Betydninger av teori(er) om kroppen. I K. P. Gurholt & K. Steinsholt (Red.), *Aktive liv: idrettspedagogiske perspektiver på kropp, bevegelse og dannelse* (s. 288 s.). Trondheim: Tapir akademisk.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flemmen, A. B. (1999). Kroppsliggjort subjektivitet. I A. T. Lotherington & T. Markussen (Red.), *Kritisk kunnskapspraksis: bidrag til feministisk vitenskapsteori* (s. 267 s. : ill.). Oslo: Spartacus.
- Føllesdal, D., & Walløe, L. (2000). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foss, B., Sæterdal, L. R., Nordgård, O., & Dyrstad, S. M. (2014). Exercise Can Alter Cortisol Responses in Obese Subjects. *Journal of Exercise Physiology Online*, 17(1), 67-77.
- Friberg, F. (1999). Patienten som vill veta och förstå. Ett försök att livsvärldsanknyta aspekter av patientundervisning. I J. Bengtsson (Red.), *Med livsvärlden som grund*. Sverige: Studentlitteratur, Lund.
- Frønes, I. (2001). *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind: an introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London: Routledge.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Goodpaster, B., Delany, J., Otto, A., Kuller, L., Vockley, J., South-Paul, J. Jakicic, J. (2010). Effects of Diet and Physical Activity Interventions on Weight Loss and Cardiometabolic Risk Factors in Severely Obese Adults. A Randomized Trial. *Jama*, 304(16), 1795-1802.
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Groven, K. S. (2008). *Trening i endringens tegn. Noen overvektiges erfaringer*. Masteroppgave ved UiO, Oslo.
- Groven, K. S., & Engelsrud, G. (2010). Dilemmas in the process of weight reduction: Exploring how women experience training as a means of losing weight. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5.

- Hånes, H., Graff-Iversen, S., Meyer, H., & Midthjell, K. (2012). Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk. *Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Hansson, L. M. (2010). *Obesity and stigma: studies on children, adults and health care professionals*. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.
- Hart, S. (2010). Brain, Attachment, Personality. An Introduction to Neuroaffective Development. I D. Rochman (Red.), *Psychodynamic Practice* 38, 445-446.
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne.
- Helseth, A. E. (2007). Kvinner i store kropper. En kvalitativ studie av kvinners erfaringer med å leve med overvekt. Masteroppgave ved UiO, Oslo.
- Hindle, L., & Carpenter, C. (2011). An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(4), 342-350.
- Hjelmesæth, J., Hofso, D., Handeland, M., Johnson, L. K., & Sandbu, R. (2007). Livsstilsbehandling av sykkelig fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(18), 2410.
- Hjelmesæth, J., & Sandbu, R. (2010). Sykkelig overvekt – ulikt behandlingstilbud. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, 1808.
- Hofsø, D., Nordstrand, N., Johnson, L. K., Karlsen, T.-I., Hager, H., Jenssen, T., Bollerslev, J., Godang, K., Sandbu, R., & Røislien, J. (2010). Obesity-related cardiovascular risk factors after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass surgery and intensive lifestyle intervention. *European Journal of Endocrinology*, 163(5), 735-745.
- Hustadnes, A. L. (2012). *Den flertydige kroppen i møte med fedmereduserende kirurgi: en kvalitativ studie av noen kvinner og menns erfaringer i tiden etter gastric-bypassoperasjon*. Masteroppgave ved UiO, Oslo.
- Imsen, G. (1991). *Elevenes verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Tano.
- Ingvar, M., Eldh, G., & Biseth, D. (2011). *Hjernen styrer vekten din*. Oslo: Arneberg.
- Jepsen, R., Aadland, E., Andersen, J. R., & Natvig, G. K. (2013). Associations between physical activity and quality of life outcomes in adults with severe obesity: a cross-sectional study prior to the beginning of a lifestyle intervention. *Health & Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1-13.

- Johansson, A. (1999). *Elefant i nylonstrumpor: om kvinnlighet, kropp och hunger*. Göteborg: Anamma Böcker.
- Jordheim, H., Rønning, A. B., Sandmo, E., & Skoie, M. (2011). *Humaniora: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kissow, A.-M., & Pallesen, H. (2004). *Mennesket i bevægelse*. København: Fadl.
- Krogh, T., Theil, R., Iversen, I., Reinton, R. E., & Egeland, T. (2003). *Historie, forståelse og fortolkning: innføring i de historisk-filosofiske fags fremvekst og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lane, J. F. (2006). *Bourdieu's politics: problems and possibilities*. London: Routledge.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lewis, S., Thomas, S. L., Hyde, J., Castle, D., Blood, R. W., & Komesaroff, P. A. (2010). I don't eat a hamburger and large chips every day!" A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC public health*, 10(1), 309.
- Lieberman, A., Robbins, J., & Terras, A. (2009). Why some adolescents lose weight and others do not: a qualitative study. *Journal Of The National Medical Association*, 101(5), 439-447.
- Lien, M. I. (2004). *Menn og slanking. En kvalitativ studie av maskulinitet, kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt*. Masteroppgave ved UiO, Oslo.
- Lund, R., Christensen, U., Iversen, L., & Nybo Andersen, A.-M. (2011). *Medisinsk sosiologi: sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. København: Munksgaard.
- Mæhlum, S., Danielsen, K. K., Heggebø, L. K., & Schiøll, J. (2012). The Hjelp24 NIMI Ringerike obesity clinic: an inpatient programme to address morbid obesity in adults. *British journal of sports medicine*, 46(2), 91-94.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manson, J. E., Skerrett, P. J., & Willett, W. C. (2002). Epidemiology of Health Risks Associated with Obesity. I C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Red.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (s. XXI, 633 s. : ill.). New York: Guilford Press.

- Martins, C., Strømme, M., Stavne, O. A., Nossun, R., Mårvik, R., & Kulseng, B. (2011). Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity—changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obesity surgery*, 21(7), 841-849.
- Martinsen, E. W., Moser, T., Borge, L., Moe, T., Johannessen, B., & Kaggstad, J. (2004). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Merrill, E., & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experiences as overweight patients. *Journal of advanced nursing*, 64(2), 139-146.
- Midtjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., Colagiuri, S., & Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*, 3(1-2), 12-20.
- Moe, V. F. (2007). *Understanding intentional movement in sport: A philosophical inquiry into skilled motor behavior*. Oslo: NiH
- Moi, T. (1998). *Hva er en kvinne? Kjønn og kropp i feministisk teori*. Oslo: Gyldendal.
- Morris, D. (2008). Body. I R. Diprose, J. Reynolds & J. Merleau-Ponty (Red.), *Merleau-Ponty: key concepts* (s. XIV, 255 s.). Stocksfield: Acumen.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordenstam, T. (2000). *Fra kunst til vitenskap: humanvitenskapenes grunnlag i et historisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pedersen, J., Zimmermann, E., Stallknecht, B., Bruun, J., Kroustrup, J., Larsen, J., & Helge, J. (2006). [Lifestyle intervention in the treatment of severe obesity]. *Ugeskrift for læger*, 168(2), 167-172.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44(3), 457-466.
- Rössner, S. (2008). Overvekt og fedme. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndsboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*: Helsedirektoratet.
- Rugseth, G. (2004). *Når perspektivet endres: Fra fett til erfaring*. Universitetet i Oslo.
- Rugseth, G. (2010). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk - teoretisk kunnskapsbidrag*. Doktorgradsavhandling ved UiO, Oslo.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Sartorio, A., Maffiuletti, N. A., Agosti, F., & Lafortuna, C. L. (2005). Gender-related changes in body composition, muscle strength and power output after a short-term multidisciplinary weight loss intervention in morbid obesity. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 28(6), 494-501.
- Sartre, J.-P., & Vestre, B. (1993). *Væren og intet: i utvalg*. Oslo: Pax.
- Shaw, K., O'rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2).
- Shilling, C. (2008). *Changing bodies: habit, crisis and creativity*. Los Angeles: Sage.
- Shilling, C. (2012). *The body and social theory*. Los Angeles: Sage.
- Skårderud, F. (1998). *Uro: en reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Sookermany, A. M., & Säfvenbom, R. (2008). *Kropp, bevegelse og energi: i den grunnleggende soldatutdanningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strandbu, Å. (2006). *Idrett, kjønn, kropp og kultur: minoritetsjenters møte med norsk idrett* (Vol. 10/06). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sturm, R. (2007). Increases in morbid obesity in the USA: 2000–2005. *Public health*, 121(7), 492-496.
- Sutton, D. E. (2005). Synthesia, memory and the taste of home. I C. Korsmeyer (Red.), *The Taste culture reader: experiencing food and drink* (s. IX, 421 s.). Oxford: Berg.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening: og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9(1), 22.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. A. (2008). Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health expectations*, 11(4), 321-330.
- Undlien, D. (2005). *Din unike arv: genetikk og helse*. Oslo: Aschehoug.
- Viggaklev, J. (2008). *Wittgenstein, sinnfilosofien og behaviourismen*. Masteroppgave ved UiT, Tromsø.
- Wadden, T. A., West, D. S., Neiberg, R. H., Wing, R. R., Ryan, D. H., Johnson, K. C., Foreyt, J. P., Hill, J. O., Trence, D. L., & Vitolins, M. Z. (2009). One-year Weight Losses in the Look AHEAD Study: Factors Associated With Success. *Obesity (19307381)*, 17(4), 713-722.
- Wiklund, M., Olsén, M. F., & Willén, C. (2011). Physical activity as viewed by adults with severe obesity, awaiting gastric bypass surgery. *Physiotherapy Research International*, 16(3), 179-186. doi: 10.1002/pri.497
- Wilken, L., & Andreassen, V. F. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. 894
- Zahavi, D. (2001). Beyond Empathy: Phenomenological Approaches to Intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 151-167.
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.
- Østerberg, D. (1994). Kroppen. I M. Merleau-Ponty (Red.), *Kroppens Fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., Høigaard, R., & Stene-Larsen, G. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Vedleggsliste

Vedlegg 1: Infoskriv med samtykkeerklæring til informanter

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: REK Godkjenning

Vedlegg 1 - Infoskriv med samtykkeerklæring til informanter

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Erfaringer og opplevelser fra en livsstilsbehandling for sykkelig overvekt

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i et prosjekt hvor vi ønsker å finne ut mer om hvordan en 2-årig institusjonsbasert livsstilsbehandling oppleves. Du blir spurt om å delta fordi du har vært til behandling ved Hauglandssenteret gjennom Helse Vest. Høgskulen i Sogn og Fjordane er ansvarlig for gjennomføring av studien. Prosjektleder er Anette Susanne Bøe Wolff, Haugland internasjonale FoU-senter AS.

Hva innebærer studien?

Hensikten med dette prosjektet er å utvide kunnskapen innen livsstilsbehandling, og at vi håper å kunne få en dypere forståelse for hvordan du som deltaker selv opplevde behandlingen. Det etableres stadig flere behandlingstilbud for å hjelpe folk til å endre livsstil, men det er mye som tyder på at det er vanskelig å finne tilnærminger som kan sies å være effektive. Tidligere studier hevder at de fleste som prøver å gå ned i vekt synes det er utfordrende å opprettholde vekttapet over tid. Grunnen til dette håper jeg vi kan finne ut sammen, og derfor blir dine erfaringer et verdifullt bidrag til å videreutvikle kunnskapen på dette forskningsfeltet.

For å innhente kunnskap ønsker vi å bruke intervju i form av en samtale mellom meg som forsker og deg som informant. Intervjuet vil foregå på et sted i nærheten av deg som vi blir enige om og avtales på forhånd. Hvert intervju antas å ha en varighet på ca. en time. Det vil bli benyttet båndopptaker om informant ikke har innvendinger mot dette. Opptakene vil deretter bli skrevet ut, og alt blir aidentifisert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Etter prosjektets slutt, som etter planen er 30. mai. 2015, vil alle lydfiler og notater bli slettet, og framstillingene i masteroppgaven vil være anonyme uten mulighet for å gjenkjenne personer.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg på e-post: tinami@stud.hisf.no eller du kan nå meg på telefon: 482 40 342

Utdypning om hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse

På tross av et stort fokus på helse de senere årene, er overvekt og fedme en betydelig utfordring over hele verden. Derfor er god behandling av fedme og syklig overvekt viktig. Mange studier viser at livsstilsbehandling kan fremme vekttap og andre helseeffekter, men å oppnå varige endringer er vanskelig. Derfor gjenstår mer forskning på dette området, for å finne ut hvordan det å gjennomgå livsstilsbehandling oppleves.

Flere studier er blitt gjort for å finne effekten av fysisk aktivitet på vektreduksjon. Flest studier er kvantitative og fokuserer på å finne målbare effekter av intervensjoner. Ved å gjøre en kvalitativ studie, med intervju av personer som har deltatt i livsstilsbehandling, vil vi få mulighet for å få en bredere forståelse over påvirkninger og hva som faktisk motiverer en person til å forsøke å forandre livsstilen.

Min interesse for tematikken er stimulert med alle de betydningene kroppen har i dag. Via fenomenologien ser en på kropp og sinn i ett. Dermed blir formålet med prosjektet å søke

kunnskap hos den som har gjennomgått behandling. Vi ønsker å få en forståelse for hvordan en behandling og særlig fysisk aktivitet oppleves gjennom kropp og sinn, og hvilken betydning erfaringer fra fysisk aktivitet har.

Hva skjer om du velger å ikke delta?

Det vil ikke ha noen konsekvenser for deg om du velger å ikke delta i studien.

Tidsskjema, hva skjer og når skjer det?

Dersom du samtykker til å delta i studien, vil vi avtale et møtetidspunkt som passer for begge parter, og intervjuet vil finne sted i et lokale nær deg.

Mulige fordeler

Du vil få muligheten til å fortelle og reflektere over dine tanker, følelser og meninger rundt temaet uten at det kan få negative konsekvenser for deg.

Mulige ulemper

Det kan virke ubehagelig å åpne seg for en ukjent person.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Tina R. Midthun, dato)

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Intervjuguide

Informerer igjen raskt om studiet og hva det innebærer å være her. Gjentar til en viss grad informasjonsskrivet slik at de vet at de kan avbryte intervjuet når de måtte ønske det.

Personlige opplysninger

- Alder, sivilstatus, utdanning, arbeid, interesser.

Behandlingens erfaringer

- Kan du si litt om hvordan du endte opp med å dra til RKHR? (spesiell hendelse, forhold til andre, forholdet til deg selv, kunnskap om overvekt, fastlege som sa det, egen interesse)
- Kan du si litt om oppholdets betydninger for deg?
- Hvilke målsettinger hadde du før oppholdet og til behandlingen?

Trenings erfaringer fra behandlingen

- Hva synes du om aktivitetsutvalget på RKHR?
- Kan du si noe om aktivitetene kan ha gitt deg:
 - o Aktivitetsglede
 - o Motivasjon
 - o Mestring
 - o Fremgang/progresjon/endringer

Overvektshistorie

- Kan du si noe om vektens betydning i livet ditt?
- Har du noen formeninger om andres og samfunnets syn på overvekt? (påvirker det deg)

Erfaringer rundt fysisk aktivitet fra tidligere

- Hvordan oppfatter du familie og venner sitt forhold til fysisk aktivitet?
- Hvilke erfaringer har du selv til fysisk aktivitet? (påvirker dette ditt forhold til fysisk aktivitet i dag)

Etter oppholdet

- Er det ting som har endret seg etter oppholdet på RKHR med tanke på:
 - o Aktivitetsvaner, livsstil, opplevelsen av trening, forhold til kropp, synet på samfunnet og opplevelsen av samfunnets syn på deg?
- Hvor mye vil du si at andre har betydning for din livsstilsendring?
- Kan du fortelle litt om dine tanker rundt oppfølging hjemme etter endt behandling?
- Har du fått noe ut av oppholdet? (viss ja, på hvilken måte, viss nei, hva tror du er årsaken)
- Hvilke målsettinger har du nå – veien videre?

Vedlegg 3 – REK godkjenning



| | | | | |
|----------|---------------------------|----------|-------------|-------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK vest | Anne Berit Kolmannskog | 55978496 | 28.10.2013 | 2013/556/REK vest |
| | | | Deres dato: | Deres referanse: |
| | | | 17.10.2013 | |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anette Wolff
Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter AS

2013/556 Effekter av livsstil-intervensjon for sjukeleg overvektige ved Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter (RKHR)

Forskningsansvarleg: Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter AS
Prosjektleder: Anette Wolff

Me syner til din søknad om prosjektendring datert 17.10.2013 for ovannemnte forskningsprosjekt. Søknaden er handsama av leiar for REK vest på fullmakt, med med heimel i helseforskningslova § 11.

Prosjektendring

Ein ynskjer no å kontakte et utval informantar til et ekstra intervju om fysisk form og overvekt.

Vurdering

REK Vest har ingen innvendingar til den skisserte endringa og aksepterer at informantane vert rekruttert over telefon.

Informasjonsskrivet

Informasjonsskrivet skal gje ein kort oppsummering av bakgrunn og hensikt med intervjuet og bør ikkje starte med ein introduksjon av studenten. Informasjonsskrivet må reviderast på dette punktet.

Vedtak

REK Vest godkjenner prosjektendringa med nemnte vilkår.

Klagerett

Du kan klage på REK Vest sitt vedtak, jf. forvaltningslova § 28 flg. Klagen skal sendast til REK Vest. Klagefristen er tre veke frå du mottok dette brevet. Dersom REK Vest opprettholder vedtaket vil klagen bli sendt vidare til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennleg helsing

Ansgar Berg
komiteleiar

Anne Berit Kolmannskog
sekretariatsleiar

Kopi til: inger.osland@rchr.no

Besøksadresse:
Haukeland
Universitetssykehus,
Sentralblokken, 2. etg, Rom
4617

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
vest, not to individual staff