

Beteckning: _____



Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi.

En utvärdering av självakttagelseformulär som metod i PREnets viktminskningsprogram

Anna Svensson
Juni 2009

D-uppsats i pedagogik

Examinator: Peter Gill
Handledare: Johan Liljestränd

ABSTRAKT

Svensson, A. (2009) *"En utvärdering av självakttagelseformulär som metod i PREnets viktminskningsprogram"* D-uppsats i pedagogik, Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi. Högskolan i Gävle.

Överviktsepidemin är ett utbrett folkhälsoproblem som är svårt att få bukt på, PREnet är en av många aktörer som arbetar för det. Frågan som inledningsvis ställdes var om självakttagelseformulär är en effektiv metod för att kunna förändra beteenden som är relaterade till övervikt och med hjälp av detta minska i vikt. Syftet var att utvärdera självakttagelseformulär som en metod i PREnets viktminskningsprogram. Deltagarna (n=38) var representerade från fyra PREnet-anläggningar. De ombads att registrera lämpliga och olämpliga vanor relaterade till övervikt, upp till sex månader. Under eller efter avslutad viktkurs fick deltagarna besvara en enkät med 25 frågor. Deltagarna delades därefter in i två grupper. De som använt formuläret dagligen (n=26) och de som använt det mer sporadiskt eller inte alls (n=12). Fem hypoteser testades och signifikanta skillnader kontrollerades med hjälp av statistiska metoder. Resultatet visade att dagliganvändarna blev mer medvetna om sina mat-, dryck-, och motionsvanor ($p \leq 0.05$). De hade även förbättrat och förändrat sina vanor i större utsträckning samt minskat mer i midjemått ($p \leq 0.05$) men inte i vikt. Det fanns en tendens att deltagarna hade ökat lämpliga vanor, men inget tydde på att de minskat sina olämpliga vanor. Det fanns inga skillnader mellan de som deltagit under en längre respektive kortare tid. Slutsatsen var att självakttagelseformulär är en fungerande metod om det används kontinuerligt.

Nyckelord: självakttagelseformulär, beteende, viktminskning, PREnet

Keywords: self-perception registration, behaviour, weight loss, PREnet

Förord

*Äntligen, dagen D är här!
På andra sidan sundet dikterar jag de allra sista raderna.
Frustrationen är som bortblåst. Semestern är överkligt nära.*

TACK

Kära kursare för att ni har inspirerat och motiverat mig under hela året.

*Johan Liljestränd för din hjälpsamhet och ditt lugn.
Peter Gill för din entusiasm och ditt brinnande intresse för ny data.
Kerstin Wrinkler för bra feedback och din ständigt positiva attityd.
Olle Wadström för din ödmjukhet och fantastiska kunskap inom området.
Ni tre PREnetrådgivare tack vare er fick utvärderingen extra krydda.*

/Anna, Köge maj 2009

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	3
2. SYFTE	4
2.1 FRÅGESTÄLLNINGAR	4
2.2 HYPOTESER	4
3. BAKGRUND	5
3.1 DEFINITION AV ÖVERVIKT OCH GRÄNSVÄRDEN	5
3.2 PÅVERKANSAKTORER FÖR ATT LYCKAS GÅ NER I VIKT	6
3.3 METODER FÖR BEHANDLING AV ÖVERVIKT	6
<i>Viktoäktarna</i>	7
<i>Stahremetoden</i>	7
<i>KBT och ätstörningar</i>	8
3.4 PRENET	9
<i>Teori bakom självakttagelseformuläret "Ärligt talat"</i>	9
3.5 KRITIK MOT KBT - ANDRA MER EFFEKTIVA METODER	11
3.6 PRENETS ARBETSMETOD	12
<i>Måltidsprogram och fysisk aktivitet</i>	12
<i>Rådgivningssamtal</i>	13
<i>Självakttagelseformulär</i>	13
3.7 EFFEKTIVITETEN AV BETEENDEINRIKTADE VIKTMINSKNINGSPROGRAM	14
4. UTVÄRDERINGEN	15
4.1 UTVÄRDERINGENS INNEBÖRD	15
4.2 UTVÄRDERINGENS STRATEGI	16
<i>Tillvägagångssätt av enkäten</i>	17
4.3 ANALYTISK STRATEGI	18
<i>Enkätens utformning</i>	18
<i>Undersökningsgruppen</i>	19
<i>Urval, avgränsningar & bortfall</i>	20
4.4 VALIDITET OCH RELIABILITET	20
<i>Ärligt talat</i>	20
<i>Enkäten</i>	21
4.5 ETISKA ASPEKTER	21
4.6 UTVECKLING AV HYPOTESER	21
<i>Tillvägagångssätt för analys av data</i>	22
5. RESULTAT	23
6. DISKUSSION	27
<i>Självakttagelseformulärets teori och PREnets arbetsmetod</i>	27

<i>Begränsningar av data</i>	28
<i>Urvalsgruppen</i>	29
<i>Möjliga förklaringar till resultatet</i>	29
<i>Hur kan PREnet utveckla sitt arbetssätt?</i>	30

7. REFERENSLISTA **32**

FIGURFÖRTECKNING

1. Utvärderingens strategi, s. 17
2. Undersökningsgruppen, s. 19
3. Vikt- och midjeminskning, s. 26
4. Översikt av resultat, s. 27

BILAGOR

1. Ärligt talat
2. Sanning och Konsekvens
3. Missivbrev
4. Enkät
- 5-13. Resultat (hypotesprövningar)

1. INLEDNING

”Äta bör man, annars dör man” är en känt gammalt ordspråk som framhåller matens livsviktiga uppgift. Mat fyller dessutom en social funktion och förknippas med samhörighet, glädje och fest (Abrahamsson, Andersson & Becker, 2006). Lennernäs (2006) menar att vi inte bara äter när magen kurrar och hungern tar vid utan också för att stilla känslor och sug. Maten fyller ett tomrum och blir därmed ett substitut för något annat. Vi äter för att tillgångarna finns, för att vi är rastlösa, ledsna och arga. (ibid.) Detta i samband med ett mer stillasittande liv ligger förmodligen som grund till den allt mer utbredda överviktsepidemin (Kallings, 2002).

Något behöver göras för att få bukt på problemet och det finns idag många etablerade aktörer med olika inriktningar, men vad är effektivt? Viktväktarna är en metod där deltagarna får lära sig om bättre kosthållning. Stahremetoden är en annan som istället fokuserar på känslor och tankar kring maten. Kognitiv Beteende Terapi (KBT) är ytterligare ett begrepp som dyker upp i samband med människors ohälsa och som en lyckad behandlingsform för de flesta psykiska problem (Kåver, 2006). Inom KBT tränar individen på att ta bort oönskade beteenden, som att exempelvis äta när en jobbig situation uppkommer (Wadström, 2004).

PREnet är ett av många viktminskningsprogram som finns i Sverige. Psykologen Olle Wadström har hjälpt dem att ta fram ett självakttagelseformulär där deltagarna dagligen ska registrerar sina lämpliga och olämpliga beteenden. Förhoppningen är att deltagarna ska bli medvetna om vad, när och hur de äter, dricker och motionera. Att de med tiden ska öka lämpliga beteenden som att motionera, äta regelbundet och näringsrikt, och samtidigt minska olämpliga beteenden som exempelvis att äta när man är ledsen, arg eller stressad. Tanken är att de nya vanorna så småningom ska leda till en varaktig viktminskning.

Frågan är om detta självakttagelseformulär är en effektiv metod för att kunna förändra beteenden som är relaterade till övervikt. Genom att ta del av deltagarnas intryck och upplevelser hoppas jag att utvärderingen kan ge en anvisning om detta. Förhoppningen är dessutom att kunna få en fingervisning om vad som fungerar och vad som bör utvecklas gällande formuläret. Utvärderingen kan på så vis bli en hjälp för samtliga PREnet-anläggningar men även för andra aktörer som arbetar med viktprogram.

2. SYFTE

Syftet är att utvärdera PReNETS själviakttagelseformulär som metod i ett viktminskningsprogram.

2.1 Frågeställningar

1. Vad anser deltagarna om att använda själviakttagelseformuläret?

Uppfylls PReNETS mål?:

2. Att deltagarna ska bli **medvetna** över sina ät-, dryck- och motionsbeteenden.

3. Att deltagarna ska **ändra** sina beteenden och få kontroll över sitt ätande.

2.2 Hypoteser

Frågeställningarna ska besvaras med hjälp av fem hypoteser;

1. De som har använt själviakttagelseformuläret (bilaga 1) mer frekvent har blivit mer medvetna över sina beteenden.

2. De som har blivit mer medvetna över sina beteenden har förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning.

3. De som har använt själviakttagelseformuläret under en längre tid har blivit mer medvetna över sina beteenden.

4. De som har använt själviakttagelseformuläret blir medvetna över sina vanor och ändrar vanor, detta leder till förbättringar/förändringar på "Sanning och Konsekvens" (bilaga 2).

5. De som förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning har också minskat mer i vikt och midjeomfång.

3. BAKGRUND

Under denna rubrik definieras övervikt och påverkansfaktorer för att lyckas gå ner i vikt. Vidare presenteras olika viktnedskningsmetoder som finns idag. En beskrivning ges om teorin bakom självakttagelseformuläret samt PREnets arbetsätt. Slutligen sammanfattas hur effektiva beteendearterade program är och hur en beteendeanalys går till inom KBT.

3.1 Definition av övervikt och gränsvärden

Enligt den nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsoinstitutet, 2007) är övervikt och fetma ett av vår tids stora folkhälsoproblem. De senaste tjugo åren har antalet överviktiga personer nästan dubblats i Sverige, 42 procent män och 26 procent kvinnor är överviktiga samtidigt som 14 procent kvinnor och 12 procent män har fetma. (ibid.) Kallings (2002) menar att detta inte beror på genetiska orsaker utan förklarar förekomsten genom en förändrad livsstil där vi äter mer och rör oss mindre. Fysisk inaktivitet, rökvanor och/eller lägre utbildningsnivå pekas ut som gemensamma nämnare hos många överviktiga, vilket även kan kopplas till den lägre socioekonomiska klassen. (ibid.)

Gränsen för övervikt mäts med hjälp av BMI (Body mass index), en formel där förhållandet mellan kroppsvikten (kg) och längden (m) i kvadrat räknas ut (Kallings, 2002). De som får ett värde mellan 20 och 25 anses vara normalviktiga. Personer med ett värde mellan 25 och 30 räknas som överviktiga och de med ett värde över 30 har fetma. Kritiker menar att BMI inte är ett användbart mått då det inte tar hänsyn till kroppssammansättningen. Detta betyder att en vältränad person kan bli klassad som överviktig. Det har också visats att det spelar roll vart på kroppen personen har sin övervikt, ur hälsosynpunkt är det farligare att ha fett runt magen. Därför används måttband som ett annat mätinstrument för övervikt. Kvinnor som har en midja på över 88 cm och män med en midja över 102 cm har en betydligt ökad risk för att få bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och de rekommenderas därför att gå ner i vikt. (ibid.)

PREnets rådgivare tar midjemåttet på deltagarna samt mäter kroppssammansättningen med hjälp av en bioelektronisk impedans analys (BIA) för att ta reda på hur omfattande övervikten är. BIA är en etablerad mätmetod som mäter kroppens motstånd (Abrahamsson, Andersson & Becker, 2006). Mätningen sker med hjälp av en ofarlig ström som går genom kroppen från fot till hand. Metoden grundar sig i en teori från början av 1900-talet om att kroppen har en konstant densitet (ibid.). Enligt PREnet kan mätningen visa deltagarens totala andel kroppsfett, muskelmassa och vätska (extra cellulär massa). Kvinnor bör ha mellan 15 och 35 procent fett och män mellan 10 och 25 procent (Abrahamsson, Andersson & Becker, 2006). Det är inte ovanligt att en person med fetma har en kropp som består av mer än 60 procent fett (ibid.).

3.2 Påverkansfaktorer för att lyckas gå ner i vikt

Enligt Kallings (2002) måste en livsstilsförändring ske för att kunna få bukt på överviktsproblematiken. För att veta vilken behandling som är bäst lämpad för den enskilda personen är det viktigt att få en bild över hur hon är, både till sitt sätt och till sitt handlande, men det är också viktigt att få information om biologiska faktorer som kan ha påverkat vikten (Öst,1987). Hur förändringsbenägen personen sedan är beror på en rad olika påverkansfaktorer som kan förklaras med hjälp av psykologiska teorier och modeller (Crossley, 2000).

Health Believe Model (HBM) är en modell som förklarar beteenden och vår benägenhet att klara av förändringar (Morrison & Bennett, 2006). Enligt HBM är motivation en viktig del för att lyckas. Personen måste även ha en förståelse om att ens beteende kan medföra konsekvenser. För en överviktig person skulle det betyda att hon exempelvis är medveten om att övervikten medför en högre risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Personen måste vidare tro att det går att göra något åt övervikten och eller att hon har resurser att klara av det eller att det finns en fungerande metod att ta hjälp av. För delarna att gå ner i vikt måste sedan överväga nackdelarna för att hon ska ta tag i problemet. HBM menar att det slutligen måste finnas en trigger för att personen ska sätta igång. Ett exempel på detta är att hon bestämmer sig för att gå med i ett viktprogram efter att hennes överviktiga man fått typ 2 diabetes. (ibid.)

Bandura (1977) belyser även vikten av att tro på sig själv och sin förmåga att klara av en förändring i modellen Social Learning Theory. Han menar att detta ger positiva förväntningar till nya beteenden. Att känna stöd av omgivningen är en annan betydelsefull resurs som är i centrum av modellen. (ibid.) Leppin & Schwartz (1990) framhäver också detta som en viktig del men de anser att det är osäkert om det är det upplevda stödet eller det faktiska stödet som har störst effekt för individen (skrivet i Alder, 1999).

Ajzen och Fischbein (1980) menar att attityder och tro på kontroll är betydelsefulla faktorer för att göra beteendeförändringar. I modellen Theory of Planned Behaviour (TPB) beskriver de vikten av att individen ska känna en trygghet i att klara av det framtida beteendet på egen hand. (ibid.)

3.3 Metoder för behandling av övervikt

SBU (2002) har sammanställt olika behandlingsmetoder som resulterar i en viktminskning. De är främst inriktade på ökad motion, förändrade kostvanor genom rådgivning eller med lågenergikost, VLCD (very low calorie diet 400-800 kcal/dag). Beteendeterapi har stöd som en effektiv metod men då främst i samband med motion och kostrekommendationer. Även läkemedelsbehandling och kirurgi har gett resultat. Problemet enligt sammanställningen är att det inte finns några självklara dokumenterade hållbara viktminskningsmetoder. Det går med andra ord inte att fastställa vilket sätt som är mest effektivt för en långsiktig viktning. (ibid.) Under detta kapitel presenteras vidare olika metoder för behandling av övervikt.

Viktväktarna

Viktväktarna (2009) etablerades år 1972 och anser sig vara Sveriges största kursverksamhet. Metoden grundar sig i en tredimensionell behandlingsform för övervikt som Stuart och Davis utformade år 1972 med grundstenarna; minska matintaget, öka vardagsmotionen samt få situationskontroll (Öst, 1987). Detta kan också förstås i termer av modellen TPB, då deltagaren själva ska lära sig att ta kontroll över situationer som påverkar dennes vikt. Viktväktarna (2009) har idag ett program som utgår från fyra M; mat, motion, möte och motivation. Varje vecka går deltagaren på ett *Möte* med varierande tema som rör övervikt. Vid dessa tillfällen vägs också deltagarna individuellt. Varje möte hålls av en kursledare som är en tidigare viktåktare. Deltagarna får support av ledaren samt ta del av andras erfarenheter vilket ska inspirera och öka individens *Motivation*. Viktväktarna kan relateras till modellen SLT eftersom stöd anses vara en stor hjälp för att individen ska våga tro på sig själv. Viktväktarna utgår från ett kostprogram där all *Mat* är tillåten men i måttliga mängder. Varje livsmedel har ett visst antal points som grundas på kalori och fetthinnehållet. Magrare mat som innehåller få kalorier får också färre points. Grunden i kostprogrammen är att deltagarna får äta ett visst antal points varje dag beroende på deras basalomsättning. Viktväktarna anser att *Motion* är en förutsättning för att lyckas med en långsiktig viktning. Alla deltagare uppmuntras därför att hitta en motionsform som passar dem. (ibid.)

Stahremetoden

Lisbeth Stahre har utformat en vikt kurs genom en kombination av kognitiv psykoterapi samt psykopedagogik (Stahre, 2002). Stahremetoden (2009) har blivit en etablerad behandlingsmetod för övervikt och fetma inom vårdcentraler, överviktsenheter och företagshälsovård. Kursen innefattar trettio timmars KBT-inriktad gruppterapi samt ett kostprogram under tio veckor (ibid.). Detta sker genom ett nio-steps program där individen med hjälp av övningar ska kunna ändra förhållningsätt till sig själv och ta kontroll över ätbeteendet (Stahre, 2005). Utifrån aspekten att individens kontroll är i fokus även i denna metod kan Stahremetoden relateras till modellen TPB Stahre (2005) menar att metoden fokuserar på att individen ska bli medveten över sina tankar och känslor kring mat och ätande, varför och i vilka situationer personen äter mer än han eller hon behöver.

Hur tänker jag i en viss situation \longleftrightarrow vad väcker detta för känslor \longleftrightarrow hur handlar jag?

Modellen kan även användas åt andra hållet, det vill säga för att analysera varför jag handlade på ett visst sätt (Stahre, 2002). Överviktiga människor har ofta ett kompensatoriskt ätande, att de hanterar en jobbig situation eller känsla med hjälp av att äta. Deltagarna får genom kursen lära sig hantera detta. Det finns inga misslyckade situationer, dessa ska istället ses som lärdomar för att kunna hantera en liknande situation bättre nästa gång. (ibid.)

All mat är tillåten i kostprogrammet men energiintaget är begränsat till 1200-1300kcal/dag för kvinnor och något mer för män (Stahre, 2005). Detta skall fördelas

på tre huvudmål samt två till tre mellanmål. För att deltagarna ska slippa att räkna kalorier får de istället lära sig hur mycket det sammanlagda matintaget får väga per dag för en lyckad viktning. När målvikten är nådd ska deltagaren gradvis öka sina matportioner och samtidigt ha koll på eventuella viktförändringar.

KBT och ätstörningar

Skinner formulerade och var först med att arbeta utifrån teorin om att människans beteende styrs av dess konsekvenser (Kåver, 2006). Skinner menade att vi upprepar beteenden som vi får en förstärkning av. Detta är grunden inom KBT. Behandlingsformen har utvecklats under åren och fungerar idag för de flesta psykiska problem exempelvis ätstörningar som bulimi och hetsättningsstörningar. Behandlingarna fokuserar på beteendena kring ätandet istället för specifika kost- och motionsrekommendationer. (ibid.)

Inom KBT gör terapeuten en beteendeanalys för att få en uppfattning om klientens beteenden och orsaken till dem (Kåver, 2006). Vid starten av en beteendeanalys är det viktigt att ta reda på vad klienten har för allmän målsättning, men också vad denne vill uppnå med hjälp av terapin. Klienten och terapeuten diskuterar vidare vilka resurser och hinder som finns för att lyckas. (ibid.) Enligt Wadström (2004) är första steget i en beteendeanalys att kartlägga beteendeöverskott och beteendeunderskott. Detta **steg 1** kallas för att göra en topografisk analys. (ibid.) Kåver (2006) förklarar detta som ett sätt att ta reda på hur omfattande problemet är. Det vill säga hur ofta det olämpliga beteendet sker, vilka de är, hur länge det håller i sig och hur snabbt det återkommer. (ibid.)

I **steg 2** gäller det att ta reda på vad detta beror på, om det är brist på motivation eller kunskap som har lett till det oönskade beteendet (Wadström, 2004). Detta diskuterar rådgivaren med sin klient. Individerna har vanligen såväl överskott som underskott i sitt beteende. (Wadström, 2004). Ett exempel på detta skulle kunna vara att personen äter för mycket (överskott) och motionerar för lite (underskott) och vilka förstärkningar som vidmakthåller dessa beteenden. I sista **steg 3** går man vidare i beteendeanalysen och försöker ta reda på mer ingående när, var och hur individen förstärks. Ett schema skrivs över vilka olika företeelser (yttre eller inre som tankar och känslor) som förstärker överskotts-beteendena och hur underskotts-beteendena kan ökas genom förstärkning. Förstärkningar kan vara sociala, känslomässiga och materiella. (ibid.) Wadström (2004) menar att man undviker att diskutera varför individen får sina förstärkningar, istället går man framåt och arbetar med att förändra det specifika beteendet.

Hemuppgifter är ett annat viktigt inslag inom KBT (Wadström, 2004). Med hjälp av dem får klienten arbeta med sitt beteende på egen hand i vardagslivet (Kåver, 2006). Utifrån aspekten att hemuppgifter kan hjälpa individen att få kontroll på sina handlingar går detta att relatera till modellen TPB. Kåver (2006) menar att det är viktigt att ta reda på hur motiverad klienten är till beteendeförändring för att veta på vilken nivå hemuppgiften ska läggas. Den bör även utgå från individens förmåga att klara av den samt kännas relevant utifrån målsättningen. Hemuppgiften måste med

andra ord ge klienten någon form av förstärkning. Detta kan ske med hjälp av registreringar och dagböcker men också som ett experiment, att exempelvis utsätta sig själv för en obehaglig situation (som att avstå godis) och bemästra den. Hemuppgifter bör vara konkreta och inte för omfattande. (ibid.) Stahre (2002) betonar också vikten av att hemuppgifter är relaterade till lektionerna. Kåver (2006) menar att klienten och terapeuten tillsammans ska gå igenom hemuppgiften vid nästa tillfälle. Detta fungerar som en förstärkare. Klienten blir alltså uppmuntrad att fortsätta förbättra sina beteenden. Det är en stor risk att klienten skulle sluta göra sina uppgifter om terapeuten inte visade något intresse. (ibid.)

3.4 PREnet

PREnet är ett viktminskningsprogram som finns på drygt sjuttio anläggningar runt om i Sverige. Metoden fokuserar på att individen förändra sin livsstil med hjälp av ett måltidsprogram och själviakttagelseformuläret "Ärligt talat". Då det handlar om att individen ska bli medveten över sina vanor och dess konsekvenser för vikten kan metoden kopplas till modellen HBM.

Deltagandet sker individuellt eller i grupp. Att få stöd av rådgivaren är en viktig del i PREnetprogrammet och utifrån denna aspekt kan metoden kopplas till modellen SLT. Samtliga träffar regelbundet sin rådgivare för samtal och kroppsmätning. Näringsfysiologer, läkare, psykologer, gymnastiklärare och dataexperter utvecklade och startade programmet år 1999. Under åren har PREnet samarbetat med specialister från Lunds och Uppsala universitet samt Sahlgrenska och Huddinge Sjukhus. Under 2008 tog PREnet kontakt med psykologen Olle Wadström för att utveckla viktminskningsprogrammet med inslag från KBT. I samband med detta tog han fram "Ärligt talat" som är en form av beteendeanalys gjord utefter KBT teorin. Då deltagarna inte går i terapi utan deltar i ett viktminskningsprogram som innebär att de ska träna in i nya bättre vanor har PREnet valt att kalla detta för Kognitiv Beteende Träning (KBT) och inte för Kognitiv Beteende Terapi (KBT). Fortsättningsvis då KBT nämns i samband med PREnet kommer T alltså stå för träning.

Teori bakom själviakttagelseformuläret "Ärligt talat"

Enligt Wadström (2004) har vi tre typer av beteenden. *Autonoma beteende* som inte är viljemässigt kontrollerbara och *motoriska och kognitiva beteenden* vilka kan kontrolleras viljemässigt. När det gäller mat och ätande kan känslor som hunger och sug ses som människans *autonoma beteenden*. Däremot är var, vad och när personen väljer att äta *motoriska beteenden*. (ibid.) Kunskaperna kring ämnet är individens *kognitiva beteende*. Att ändra det motoriska beteendet är mest effektivt anser Wadström (2004). PREnet beskriver beteende som vanor och allt en levande människa kan göra, detta innefattar känslor, tankar och reaktioner.

Alla beteenden har minst en konsekvens, förväntade medvetna eller omedvetna förstärkningar (Wadström, 2004). Människan gör något för att få en förstärkning, exempelvis en belöning för att må bra eller för att slippa obehag. Om ett beteende inte får förstärkning slutar individen med det och utsläckning sker. Mat och dryck

ger naturligt en förstärkning hos människan och ätbeteendet går därmed inte att utsläcka. Istället gäller det att hitta alternativa beteenden som ger starkare förstärkning än att äta. (ibid.) Wadström (2008)¹ beskriver beteende som att det sker en startimpuls (S) som får personen att reagera (R) och detta leder till en konsekvens (K) som ger en förstärkning.

Exempel på en positiv och negativ situation följer nedan:

S+ → R → K+
hungrig äter blir mätt

I denna situation äter personen för att stoppa hungern, för att bli mätt. Detta är en positiv situation som leder till en positiv konsekvens och förstärkning.

S- → R → K-
Orolig äter oron minskar

I andra figuren är förstärkningen inte att slippa hungern. Personen äter inte för att magen kurrar utan för att slippa vara orolig. Personen använder ätandet som ett sätt för att få obehagskänslorna att försvinna, även detta är en positiv konsekvens men kallas negativ förstärkning. I fallet ovan betyder det att ätandet kan bli den enda förstärkningen personen söker i situationer som uppstår. Sannolikheten är alltså stor att personen kommer att äta mer och oftare, så fort han blir orolig men även när andra obehagliga känslor kommer.

Med hjälp av självakttagelseformuläret kan personen bli medveten över vilka känslor, tankar eller situationer (stimuli och förstärkningar) som får honom att reagera på ett visst sätt. I nästa steg gäller det att personen hittar ett nytt bättre beteende. Ett impulskontrollbetende, för att stoppa överätandet, som han kan ta hjälp av då samma situation uppstår. Det bästa är om detta beteende också gynnar viktminskningen. Detta kan ses som en "konstruerad" förstärkning. (ibid.) Detta visas i bild nedan:

S- → R → K-
Orolig tar en oron minskar
promenad

Promenaden fungerar i detta fall som en konstruerad förstärkning, som hjälper personen att bli lugn.

Fokus inom 'Stahremetoden' ligger i att individen ska inse vilka känslor som utlöser ett visst beteende och sedan förändra detta med hjälp av tankar (Stahre, 2000). Wadström (2004) hävdar däremot att våra tankar inte självklart förändrar oönskat beteende, tankarna kan däremot tillfälligt styra våra handlingar exempelvis när vi

¹KBT-föreläsning av Olle Wadström legitimerad psykolog och psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi och pedagogisk psykologi, 2008-08-21.

ska lära oss nya beteenden. Förstärkningar måste till för att beteendeförändringen ska vidmakthållas. Det finns en stor risk för att nya beteenden utsläcks innan de har blivit väletablerade. Beteenden tar olika lång tid att bli av med och det är vanligt att de kommer tillbaka menar Wadström (2009)². Ju längre jag har haft ett beteende desto svårare är det i regel att bli av med det. De beteenden som ger glesare förstärkning är också svårare att påverka. Den som äter oftare och fortlöpande hinner inte bli hungrig. Han får därför inte samma förstärkning av ätandet som den hungriga och "måste" därför äta mer för att uppnå förstärkning. Mat- och drycksbeteenden är dessutom extra komplexa eftersom de naturligt ger förstärkningar. (ibid.)

3.5 Kritik mot KBT - andra mer effektiva metoder

I detta avsnitt belyses svårigheten men KBT som behandlingsform för ätproblematik och andra aktörer påvisar mer effektiva metoder.

Cooper och Fairburn (2003) menar att det finns många anledningar till varför det har varit svårt att se långsiktiga resultat med KBT som behandlingsform för övervikt. De anser att en av orsakerna är att deltagarna ofta sätter för orealistiska mål då de börjar en behandling. De har också en föreställning om att en viktnedgång skulle lösa många andra problem, att de skulle få bättre självkänsla, självförtroende och bli mer fysiskt attraktiva bara de blev smalare. Efter fyra till sex månader kommer många deltagare till en gräns då det börjar gå trögt med viktminskningen. Detta sätter då ofta igång känslor av misslyckande, sämre självförtroende och självkänsla, vilket leder till att man återgår till gamla vanor som i sin tur leder till en viktuppgång. Problemet med att använda KBT som metod är att deltagarnas mål, att se omedelbara resultat, inte går ihop med att viktnedgång är långvarig process där nya beteenden ständigt måste underhållas. (ibid.)

Bados, Balaguer och Saldana (2007) upplyser att deltagaravhopp kan vara ett problem vid behandling med KBT. I studien med över 200 deltagare hade 44 procent hoppat av på grund av låg motivation och/eller missnöje med behandlingsresultaten eller terapeuten. De som hoppade av behandlingen hade mer känslomässiga problem till mat samt ätstörningar. (ibid.) Betyder detta att KBT kan vara en svår behandlingsform gällande övervikt? Wadström (2009) anser att det är problematiskt att bli av med ätbeteenden eftersom mat ger oss en naturlig förstärkning, vilket betyder att vi i regel mår bra av att äta. Samtidigt hävdar han att enda lösningen för att bli av med en övervikt (för alltid) är att förändra beteenden kring ätandet, det finns inga andra genvägar. (ibid.)

Resultaten från en amerikansk studie med 800 överviktiga deltagare visar att det är oviktigt vad och hur vi äter (Sacks et al, 2009). För att lyckas med en viktnedgång är det enbart antal kalorier som är väsentligt. Deltagarna åt olika typer av mat under två år men med samma antal kalorier per dag. Samtliga uppmuntrades även att motionera 30 minuter dagligen. Efter två år hade alla deltagare gått upp en del av sin viktnedgång. Vilket kan tyda på att enbart kalori restriktioner inte nödvändigtvis

²Muntlig kommunikation med Olle Wadström 2009-04-26.

hjälp. De som nådde bäst viktningsresultat var de som haft professionell hjälp under tiden, något som kan indikera på att stöd från andra är en viktig faktor för att lyckas. (ibid.)

Enligt Swedish Obese Subjects, SOS-studien (Sjöström, 2008) är fetmaoperationer den absolut bästa metoden för en långsiktig viktningsresultat. Studien pågick i femton år med drygt 4000 deltagare. Hälften av dessa opererades och andra hälften tillhörde en kontrollgrupp som fick genomgå traditionell behandling för gravt överviktiga, innefattande bland annat kost och motionsrekommendationer. Deltagarna som opererades (genom tekniken Gastric Bypass) visade överlägget bäst resultat då deltagarna i snitt tappade en fjärdedel av sin ursprungsvikt, vilket var mer än trettio kilo efter femton år. Kontrollgruppen hade som bäst gått ner två procent av sin ursprungsvikt. Baksidan av operationer är att de är kostsamma och inte helt riskfria, personen kan inte heller äta som vanligt efteråt. Lundegård (2009)³ menar att tekniken har blivit betydligt bättre under de senaste åren, men ingreppen inte helt riskfria de kan medföra buksmärter och komplikationer som exempelvis diareé. Efter operationen måste personen förändra sina matval och sin måltidsordning. Till en början går det bara äta små måltider, men personen (som har bekostat operationen själv) är förändringsbenägen efter en operation och ändrar ofta både sina mat- och motionsvanor. (ibid.) Enligt SBU:s sammanfattning (2002) är kost, motion och beteendeförändringar de tre huvudkomponenterna i ett behandlingsprogram mot fetma. Därmed går det att dra slutsatsen att enbart kirurgi inte hjälper personen för en långsiktig viktning, personen behöver även förändra gamla vanor.

3.6 PREnets arbetsmetod

Fokus inom PREnetprogrammet är att viktningsresultatet ska vara varaktigt och ske hälsosamt. Detta sker med hjälp av rådgivning, Kognitiv Beteendeträning (KBT), måltidsprogram, motion och BIA-mätning.

Måltidsprogram och fysisk aktivitet

Deltagaren ska i startskedet träna in att äta tre mål om dagen; frukost, lunch och middag och inget där emellan (PREnet, 2009). Detta ska ske genom ett måltidsprogram i fem faser. I *inledningsfasen* börjar deltagaren med två dagars utrensning för att tömma kroppens glukogenlager. Under dessa dagar töms kroppen på mycket vätska vilket gör att individen ofta känner sig lättare, tanken är att detta ska höja deltagarens motivation att fortsätta. Denna fas kan också ses som ett avstamp, att lämna gamla vanor och börja med nya. Från dag tre börjar *fettmingsfasen*. I den fokuserar deltagaren på att laga en måltid per dag som är sammansatt enligt kostpyramiden och lagom stor för individen, denna kallas för en pedagogisk måltid. De två resterande målen äter individen måltidsersättning enligt LCD (Low Calorie Diet, 800-1200 kcal/dag). Steg 3, *anpassningsfasen*, när individen nått 70-80 procent av sitt viktmål, börjar hon att laga ytterligare en måltid. I *stabiliseringsfasen* är målvikten nådd och deltagaren ska äta tre bra sammansatta

³Dr. Göran Lundegård, Kirurg och specialist på fetmaoperationer, arbetar på Sofiahemmets i Stockholm, föreläsning PREnetkonferens 2009-05-14

måltider per dag. I *uppföljningsfasen* träffar deltagaren sin rådgivare kontinuerligt för att se att de nya vanorna bibehålls. (ibid.)

PREnet menar att fysisk aktivitet och bra mat är två viktiga komponenter för att kunna lyckas med en viktminskning. Deltagarna uppmuntras därför till att utföra någon typ av fysisk aktivitet utefter den enskildas behov och intressen. Vikten av vardagsmotion är i centrum och deltagarna rekommenderas att använda stegräknare som en hjälp att se den dagliga motionen.

Rådgivningssamtal

När deltagaren för första gången träffar sin rådgivare får hon berätta om sin övervikt; hur länge denne har varit överviktig hon har testat någon annan viktminskningsmetod tidigare och om det är någon specifik anledning till viktuppgången. Deltagaren får även fylla i ett formulär om sina mat-, dryck, och motionsvanor samt skatta hur motiverad hon är till att börja viktminskningskursen, på en skala 0-10. Deltagaren får även skatta vilken förmåga hon tror sig ha att klara av att gå ner i vikt. Rådgivningssamtalet kan skilja sig från anläggning till anläggning men PREnet har ett mallförslag över hur de kan gå till. Under första samtalet mäts även deltagarens midja och en BIA-mätning görs. Samtal och mätningar sker sedan kontinuerligt varannan vecka. De deltagare som valt att gå i grupp träffar sin rådgivare individuellt för samtal och kroppsmätning en till två gånger i månaden och tillsammans med andra gruppdeltagare två till tre gånger i månaden. Deltagaren har med andra ord någon form av träff varje vecka. Rådgivaren på respektive anläggning bestämmer själv upplägget men PREnet har utformat en handbok till gruppträffarna med olika teman som rådgivaren kan ta hjälp av.

Själviakttagelseformulär

Rådgivaren berättar vidare under samtalet om hur beteenden påverkar vikten och varför det är viktigt att förbättra vanor för att lyckas gå ner i vikt. Därefter informeras deltagaren om själviakttagelseformuläret "Ärligt talat" (bilaga 1). Detta är en beteenderegistrering där deltagaren ska notera sina dagliga vanor genom att markerat med kryss då han eller hon har gjort något olämpligt respektive lämpligt beteende som är relaterat till vikten. Formuläret kan visa vilka beteenden som individen har ett överskott respektive underskott av.

Varannan vecka träffar deltagaren sedan sin rådgivare för samtal och kroppsmätning. Under detta samtal, som tar ungefär trettio minuter, går rådgivaren och deltagaren tillsammans igenom "Ärligt talat". Antal markerade kryss på en vecka räknas ihop för lämpliga beteenden samt olämpliga beteenden. Dessa poäng förs sedan över på grafen "Sanning och konsekvens" (bilaga 2). Denna graf har ett grönt, gult och rött område med strävan om att deltagaren ska hamna i det gröna området. När detta är fallet har kunden få olämpliga beteenden och många lämpliga beteenden. Genom denna graf kan deltagaren följa sin beteendeutveckling under viktminskningskursens gång. Deltagaren kan även se när ett visst beteende sker samt vad det är för beteende och om det sker på en speciell plats eller vid ett specifikt

tillfälle. I slutet av samtalet får deltagaren en hemuppgift som är relaterad till "Årligt talat". En deltagare som ofta äter något sött då hon är stressad skulle exempelvis kunna få en hemuppgift att göra något annat, ett lämpligt beteende, istället för att äta när en stressad situation dyker upp.

3.7 Effektiviteten av beteendeinriktade viktningsprogram

Enligt SBU:s sammanställning (2002) är det svårt att utvärdera enbart beteendeterapi som en metod i ett viktningsprogram. Metoderna har stora variationer och innefattar även kost och motionsinformation. Att enbart arbeta med beteendeterapi är omöjligt eftersom det är tidskrävande och därmed kostsamt. Det har dessutom inte visats några större effekter och särskilt inte på lång sikt. (ibid.)

Stahre och Hällström (2005) hävdar dock motsatsen, att det inte behöver vara kostsamt att använda KBT som en viktningsmetod och det ger långsiktiga resultat. I en randomiserad kontrollerad studie med 159 personer visades gynnsamma resultat efter ett 10-veckors beteendeprogram. Viktningsningen var i snitt tio kilo och den hölls upp till 18 månader efter avslutad behandling. Resultatet indikerade på att längre terapi inte nödvändigtvis hade gett större viktningsning. (ibid.) I en fortsättningsstudie visades en stark signifikant skillnad i viktningsgång mellan deltagarna i ett viktningsprogram inriktat på KBT jämfört med kontrollgruppen som deltog i ett traditionellt viktningsprogram där fysisk aktivitet var i fokus och beteendetekniker inkluderades (Stahre, Tärnell, Håkanson & Hällström, 2007). Undersökningsgruppen använde sig även av ett måltidsprogram med restriktioner om hur mycket de fick äta varje dag (ibid.). Därför är det svårt att veta om det är beteendeterapi eller kostrekommendationerna som lett till de lyckade resultaten.

Wadden och Stunkard (1986) har däremot sett lyckade viktningsresultat med kognitiv behandling. I en studie har de jämfört effekten av olika behandlingsformer av fetma. Tre grupper testades, en grupp som enbart åt lågenergikost (VLCD), en grupp behandlades med kognitiv terapi samt en tredje grupp som behandlades med en kombination av de två ovanstående. Viktningsgången var signifikant större i den tredje gruppen och efter ett års uppföljning visades även ett signifikant bättre resultat. Gruppen som enbart åt lågenergikost gick upp närmare 75 procent av vad de gått ner året innan. Man såg även en signifikant skillnad gällande välmående hos deltagarna från båda grupperna som behandlats med kognitiv terapi då färre var deprimerade i jämförelse med första gruppen.

Foreyt och Goodrick (1993) påvisar också effektiviteten av att arbeta med beteendeförändringar hos överviktiga personer. Fetman är ett kroniskt tillstånd med en betydande risk för återfall och därför är det viktigt med långsiktiga behandlingsmetoder. Under ett 18 veckors kognitivt behandlingsprogram gick deltagarna ner närmare tio kilo och efter ett år hade 66 procent av dessa lyckats att behålla den nya vikten. (ibid.) Detta betyder att de minskade ungefär ett halvkilo per vecka. Undersökningen visar att programmet inte enbart var inriktat på individernas beteenden. Forey och Goodick (1993) menar att programmet även omfattade

rekommendationer kring matens sammansättning och motionsaktiviteter och det är därför svårt att peka ut det unika med en viss beteendeförändring, eller vad som har varit den bidragande behandlingskomponenten. Detta är i samma linje som PREnet som kombinerar måltidsprogram med beteendeträning.

4. Utvärderingen

Under detta kapitel presenteras innebörden av att utvärdera program. Därefter ges en förklaring till strategin bakom den aktuella utvärderingen samt utvärderingens analytiska utformning. De sista avsnitten handlar om validitet och reliabilitet, etiska aspekter och hur framtagandet av hypoteserna har gått till.

4.1 Utvärderingens innebörd

Vedung (1998) menar att en utvärdering är en bedömning som syftar till att se hur exempelvis ett program är eller hur det har varit. En utvärdering kan vara en hjälp till att föra ett arbete framåt, men den kan lika väl användas som en kontroll för att se att programmet sköts utefter de kriterier och mål som finns. (ibid.) Under detta avsnitt ges en förklaring till varför det är viktigt att utvärdera program och hur den aktuella utvärderingen har gjorts.

Vid utvärderingsforskning finns många olika typer av modeller att använda sig av beroende på syftet (Carlsson, 1999). Det finns tre huvudinriktningar gällande utvärderingar. Antingen fokuseras den på målet/resultatet, intressenternas åsikter, eller på genomförandet alltså processen. (ibid.) Det är processen som är i fokus i denna utvärdering, det vill säga PREnets arbetssätt med själviakttagelseformuläret "Ärligt talat". Resultatet i denna utvärdering ses som positivt om det går att konstatera att själviakttagelseformuläret motsvarar PREnets KBT-mål. Eftersom fokus är på deltagarnas (brukarnas) upplevelser kring formuläret tas Brukarmodellen i beaktande (Carlsson, 1999). Detta innebär att utvärdering även görs för att se vad PREnets deltagare anser om att använda själviakttagelseformulär som en metod för viktminskning. Jag vill med andra ord ta reda på deltagarnas åsikter om att använda "Ärligt talat" och om de motsvarar PREnets KBT-mål.

Jerkedal (2001) menar att det går att blanda olika synsätt för att öka nyttoaspekten samt för att uppnå vetenskaplig precision. Carlsson (1999) anser att utvärderaren har en viktig roll för att lyckas med detta. Genom att utvärderaren har egna teorier eller ett eget perspektiv så blir utvärderingen mer än en beskrivning av deltagarnas upplevelser. (ibid.) Av denna anledning utförs utvärderingen med hjälp av fem hypoteser, förankrat med hjälp av den psykologiska teorin bakom själviakttagelseformuläret.

En summativ utvärdering kan göras för att se om ett program ska fortsätta i den nuvarande formen (Jerkedal, 2001). En formativ utvärdering görs i ett pågående program för att ge det stöd eller hjälp. Den ena modellen behöver inte utesluta den andra, det är inte ovanligt att det blir en blandning av de båda. (ibid.) Denna utvärdering bör betraktas som en blandning av de båda. En del deltagare har nämligen avslutat en kurs vilket betyder att en summativ utvärdering sker. Andra

deltagare är mitt i en pågående kurs och på så vis kan det ses som en formativ utvärdering. Detta betyder att utvärderingen kan visa två olika deltagarkategorier. En kategori deltagare som kan besvara hur det har varit att genomföra hela kursen, medan den andra kategorin kan ge sina intryck mitt i en pågående kurs. Det finns ett värde i detta för att se om åsikterna skiljer sig åt i de två kategorierna. Det kan exempelvis vara så att det tar en viss tid att förstå innebörden och nyttan av själviakttagelseformuläret. Detta kan i sin tur betyda att deltagarna som avslutat kursen också har haft bättre nytta av själviakttagelseformuläret.

Utvärderaren kan vara intern eller extern (Vedung, 1998). Det är utvärderingens syfte som avgör vilket val som är bäst lämpat (ibid.). Vedung (1998) anser att en extern utvärderare är mer objektiv och på så vis påverkar resultaten mindre, samtidigt som det blir mer tidskrävande. En intern utvärderare är insatt i arbetet, vilket gör att det blir enklare och går snabbare, men en intern har svårare att tänka i nya banor. (ibid.) Jerkedal (2001) håller till viss del med men menar i sin tur att utvärderare i regel vill uppnå goda resultat och på så vis är det svårt att göra en helt objektiv utvärdering vare sig utvärderaren är intern eller extern. Enligt Jerkedal (2001) är det svårt att göra en utvärdering som ska vara till någon nytta helt värderingsfri. Han menar att det viktigaste är att öppet redovisa utvärderaren och beställarens intressen. Denna utvärdering sker internt då jag arbetar som rådgivare på en av de fyra anläggningarna. Jag är inte anställd av PREnet men arbetar med deras viktprogram. Detta betyder att jag träffar eller har träffat en del av deltagarna kontinuerligt samt att jag har tillgång till deras journaler. Utvärderingen borde dock inte påverkas av detta, i synnerhet då den sker på andra anläggningar också. Det går därmed att kontrollera om resultaten skiljer sig märkbart mellan anläggningarna.

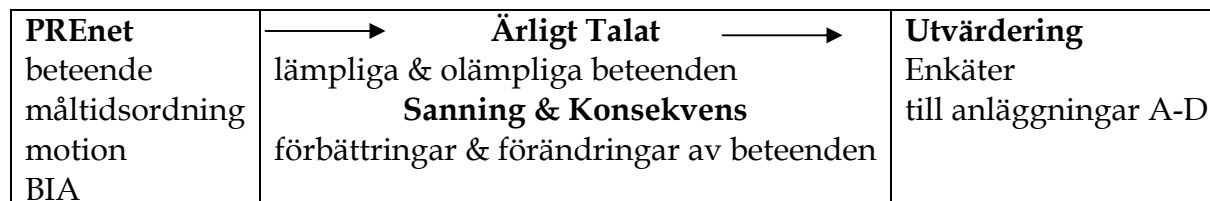
PREnet har inte styrt utvärderingen. Jag har själv bestämt vilka frågor som skulle ställas och hur resultatet skulle presenteras. Utvärderingen har gjorts i ett utvecklings syfte, för att ta reda på vad deltagarna tycker och tänker. Utvärderingens resultat kan medföra positiva eller negativa konsekvenser. Hur utfallet blir kan påverka PREnets och mitt arbetssätt. Om deltagarna är nöjda, vet PREnet att upplägget är bra. Är deltagarna missnöjda vet PREnet att något bör förändras i upplägget av viktminskningsprogrammet. Om jag som utvärderare försöker försköna resultatet kommer det att missgynna PREnet i längden eftersom det kan generera i färre deltagare.

4.2 Utvärderingens strategi

I maj år 2008 hade PREnet sin årliga konferens då samtliga PREnet-anläggningar i Sverige fick delta. Olle Wadström var inbjuden som föreläsare vilket också blev startpunkten för PREnets nya metod med betendet i fokus för att lyckas med en viktminskning. Under hösten blev själviakttagelseformuläret "Ärligt talat" färdigt och fyra anläggningar (A, B, C, D) testade detta mellan två och fyra veckor på handplockade PREnet-deltagare. Därefter omjusterades materialet. Tanken var från början att samma anläggningar skulle fortsätta att använda formuläret på nya kunder. I januari kontaktades samtliga anläggningar för att ta reda på hur och i vilken omfattning de arbetade med materialet. I samband med detta visade det sig

att enbart en anläggning använde sig av "Ärligt talat". Rådgivarna som inte använde materialet menade att det berodde på; tidsbrist att sätta sig in i det nya arbetssättet, att de inte visste att det var aktuellt att börja med själviakttagelseformulären ännu, att det kommit få nya kunder eller att det av olika anledningar inte passade de nya kunderna. Efter telefonsamtalet meddelade rådgivarna att de skulle sätta sig in i metoden omgående och använda materialet på nya kunder fram till april då sammanställningen skulle göras. Utvärderingens tillvägagångssätt kan sammanfattas i bilden nedan.

Utvärderingens strategi (figur 1)



Tillvägagångssätt av enkäten

För att kunna besvara utvärderingens syfte utformades 25 frågor samt en sista öppen fråga med utrymme för deltagaren att skriva fria synpunkter om kursen. Psykologen Olle Wadström och Kerstin Wrinkler, som ansvarar för den pedagogiska delen på PREnet, fick läsa igenom enkäten och lämna synpunkter utifrån sina erfarenheter. Wrinkler testade även enkäten via telefon på några deltagare för att se om de förstod frågorna. Carlsson (1990) framhåller vikten av att göra en pilotstudie innan en enkät skickas ut för att kontrollera om distributionen fungerar och om frågorna är konstruerade på ett lämpligt sätt. Patel och Davidson (1994) menar att det är viktigt att språket är lättförståeligt i en enkät. Därför har ordet beteende förtydligats som vanor, då jag i samråd med PREnet ansåg att det är ett enklare ord att förstå och ta ställning till.

Svarsalternativen var *instämmer helt, instämmer delvis, instämmer inte, varken instämmer eller inte instämmer*. På sex av dessa frågor uppmanades deltagarna som svarat att det instämmer att fritt utveckla sina svar. För att behålla deltagarens motivation att fortsätta fylla i enkäten är det bra att variera fasta svarsalternativ (Patel & Davidson, 1994). Av denna anledning fick deltagarna, på sista frågorna 18-25, skatta sina svarsalternativ på en skala 0-10. Skalan gjordes med fler antal graderande steg för att spridningen av svaren skulle bli så stor som möjligt. Deltagaren hade även en möjlighet att svara neutralt genom mittalternativ som i detta fall var siffran fem. (ibid.)

I januari år 2009 lämnades de första enkäterna ut. Detta var i samband med att en sex månaders viktkurs avslutades. Två fel upptäcktes i enkäten, ett stavfel på fråga 13b (ett o hade ramlat bort), samt en förvirring av begreppet dryckesvanor i fråga 20. Eftersom jag fanns på plats kunde jag förklara att det var dryckesvanor av kaloririka drycker (alkohol, läsk, saft, juice m.m.) som deltagarna tillbads att svara om. De två frågorna korrigerades efteråt. Enkäter delades sedan ut löpande till slutet av april, en

del deltagare hade då inte avslutat en viktkurs utan och fick besvara enkäten under kursens gång.

4.3 Analytisk strategi

Under detta avsnitt beskrivs enkätens utformning, hur undersökningsgruppen såg ut och hur urvalet gjordes. Det ges även en förklaring av bortfall och de avgränsningar som gjorts. Slutligen presenteras framtagandet av utvärderingens hypoteser och hur sammanställningen gick till.

Enkätens utformning

Enkäten förväntades ge svar på utvärderingens frågeställningar, vad deltagarna anser om "Ärligt talat" samt om PREnet uppfyller sina mål: att deltagarna ska bli **medvetna** över sina ät-, dryck- och motionsbeteenden och att deltagarna ska **ändra** sina beteenden och få kontroll över dessa.

I början av frågeformuläret fick deltagarna fylla i kön, ålder, hur lång kurs de gått och vilken typ av kurs de deltagit i. Därefter tillbads deltagarna att svara på om de använt "Ärligt talat" och i så fall i vilken utsträckning (1). Vidare ställdes frågorna om deras upplevelser av att fylla i formuläret (2,3). Därefter kom frågor om "Ärligt talat" hade varit användbart eller inte, för att se dagliga mat-, dryck och motionsvanor (4,5). För att ta reda på om deltagarna hade blivit medvetna över sina beteenden gällande matvanor och motionsvanor ställdes ytterligare två frågor (6,7).

Wadström (2004) menar att ett oönskat beteende görs på grund av brist på kunskap eller motivation. För att få svar på om deltagarna ansåg att de fått kunskap kring vilka situationer och vanor som påverkar vikten i allmänhet men också vilka beteenden som påverkar deras vikt ställdes frågor kring detta (8, 9). Dessa frågor ansågs även kunde besvara om deltagarna förstått innebörden av att använda själviakttagelseformuläret som en metod vid viktninskning.

Därefter kom frågor om "Sanning och Konsekvens", inom vilket område deltagarna befann sig i vid kursstart och inom vilket område de befinner sig i nu, samt om de varit inom olika områden (rött, gult, grönt) under kursen (10-13). Dessa frågor ställdes för att ta reda på om deltagarna hade ändrat vanor (förbättrat/förändrat beteenden), under kursen. En deltagare som exempelvis befann sig i rött område vid kursstarten och sedan under kursen gjort förändringar, som att äta och motionera regelbundet, kan då ha gått över till det gröna området på "Sanning och Konsekvens". Kommande frågor (14-17) användes för att ta reda på om deltagarna ansåg att de hade förändrat eller förbättrat mat-, dryck och motionsvanor. Förändringar kunde tolkas som både något negativt och positivt medan alternativet förbättringar enbart sågs som något positivt.

På de sista frågorna fick deltagarna skatta svaret på en skala 0-10. Det ställdes då frågor kring deltagarnas kunskaper (18-20) för att se hur mycket de trodde att

beteenden gällande mat, motion och dryck påverkar vikten i allmänhet samt och om dessa beteenden påverkar deras vikt.

I slutet av enkäten fick deltagarna uppge om de varit medvetna över sina beteenden innan kursstarten (21). Om deltagaren svarat med en låg siffra på den frågan och sedan uppgett att "Ärligt talat" har hjälpt för att uppmärksamma mat-, dryck- och motionsbeteenden, kan det indikera på att själviakttagelseformuläret har hjälpt deltagaren att bli medveten. PReNETs mål har därmed uppfyllts. Eftersom motivation är en annan viktig faktor för att kunna förändra ett beteende (Wadström, 2004) fick deltagarna skatta hur motiverade de varit till att gå ner i vikt vid kursstarten samt vilken förmåga de ansåg sig ha att klara av detta (22, 23). Dessa frågor valdes för att ta reda på vilken inställning deltagarna hade vid kursstarten, eftersom tidigare presenterade modeller visar att motivation och tro på sig själv är två påverkningsfaktorer till deltagarnas förändringsbenägenhet.

I slutet av frågeformuläret fick deltagarna uppge sin vikt och sitt midjemått vid kursstarten samt vid kursavslutet eller vid det tillfälle då enkäten fylldes i (24, 25). Dessa frågor valdes för att se om hypotesen stämde att de deltagare som förändrat sina beteenden också gått ner mer i vikt och midjemått. Allra sist fick deltagarna möjligheten att fritt kommentera sina upplevelser och intryck av kursen (26).

Undersökningsgruppen

Undersökningsgruppen bestod av 38 deltagare från 4 olika anläggningar i Sverige. Deltagarna är i åldrarna 18 till +50, de flest är i åldersintervallet 36 till +50år. 17 personer har deltagit i tre månader, 16 personer i sex månader eller längre och 3 personer har deltagit kortare än tre månader, 2 personer har inte svarat på frågan. Viktskillnaderna under kurserna har varit mellan +0.4kg och -33kg. Midjeskillnaderna har varit mellan +0,5 och till - 23cm. Deltagarna har i snitt gått ner 9kg och minskat 9cm i midjemått. Nedan visas en bild av undersökningsgruppen.

Undersökningsgruppen (Figur 2)

Ort	Kurstyp	Deltagare
A	Individuell	7
A	Grupp	20
B	Individuell	2
C	Individuell	5
D	Individuell	2
D	Grupp	2

Deltagarna som haft en tre månaders individuell viktnedskningskurs har träffat sin rådgivare för samtal och mätning vid sex tillfällen. Mellan träffarna har de fyllt i "Ärligt talat". Två gruppkurser har bedrivits på anläggning A. I första gruppen träffades tio deltagare varje till varannan vecka, från september år 2008 till och med januari år 2009. På träffarna diskuteras bland annat näringsämnen, frestelser,

matvanor, alkohol, självkänsla, stress och motion. Under denna tid har de även träffat rådgivaren för enskilda samtal samt kroppsmätning. Mellan träffarna har de på egen hand fyllt i "Ärligt talat". Totalt skedde 16 träffar. Andra gruppen bestod av tio personer med liknande kursupplägg som första gruppen. Viktkursen startade i januari år 2009 och ska avslutas i augusti 2009. De fick fylla i enkäten i mitten av kursen.

Urval, avgränsningar & bortfall

Bell (2000) menar att man alltid bör sträva efter att få ett så representativt urval som möjligt för att möjliggöra generaliseringar. Av denna anledning var förhoppningen vid utvärderingens start att samtliga som använt själviakttagelseformuläret också skulle delta i undersökningen, ett så kallat totalurval. Så blev inte fallet. Den främsta anledningen enligt rådgivarna på B, C och D var svårigheten av att veta vilka som använt "Ärligt talat". Några hade använt det en mycket kort tid, andra deltagare ville inte använda det och några uteblev helt från nästa rådgivningssamtal. Bortfallet uppskattas som mycket lite på anläggning B och C (totalt cirka 2). På anläggning D har ungefär hälften av deltagarna som någon gång använt "Ärligt talat" besvarat enkäten. På anläggning A var svarsfrekvensen 27 av totalt 29 deltagare. Bortfallet berodde på ett kursavhopp samt ett uteblivet rådgivningssamtal.

I april hade enbart två enkäter fyllts i på anläggningarna B och C. Rådgivarna på B och C fick då en extra vecka att be sina deltagare som kom på rådgivningssamtal att fylla i enkäten. Detta höjde svarsfrekvensen med ytterligare fem deltagare. Anläggning D ville inte längre delta i undersökningen på grund av att det tog för mycket tid från både rådgivaren och dennes deltagare. Eftersom det kändes angeläget att få in så mycket data som möjligt ville PREnet uppmuntra deltagarna från anläggning D att besvara enkäten. Av denna anledning utlovades en trisslott till de som besvarade enkäten. Detta gav sex nya deltagare till undersökningen.

Samtliga personer som använt "Ärligt talat" och tillfrågats att besvara enkäten har också gjort det. Detta har skett i samband med att deltagarna träffat sin rådgivare.

4.4 Validitet och reliabilitet

Utvärderingen har hög validitet (giltighet) om enkäten kan ge svar på utvärderingens syfte (Troost, 2001). För att reliabiliteten (tillförlitligheten) ska vara hög bör en annan mätning med en liknande undersökningsgrupp ge resultat i samma riktning som den aktuella utvärderingen (Troost, 2001). Därmed får utvärderingen inte vara utsatt för slumpinflytelse (ibid.). I kapitlet presenteras hur detta har tagits i beaktande vid användandet av "Ärligt talat" och vid framställningen av enkäten.

Ärligt talat

Utvärderingens validitet kan bli låg om deltagarna ser svårigheter i att förstå och fylla i "Ärligt talat". För att minimera denna risk gjordes först en pilotstudie på de anläggningarna A, B, C & D. Tre till fem handplockade personer från ovan nämnda

anläggningar testade att fylla i självakttagelseformuläret. Efter två till fyra veckor korrigerades det som personerna ansåg vara oklart med självakttagelseformuläret.

Det finns en risk att deltagarna har tolkat och fyllt i "Ärligt talat" på olika sätt. Validiteten har stärkts i och med att deltagarna regelbundet har träffat sina rådgivare för att gå igenom formuläret. Rådgivarnas arbetssätt kan dock skilja sig från anläggning till anläggning. För att öka validiteten i utvärderingen kontaktades rådgivarna på de olika anläggningarna. Under dessa samtal ställdes rutinmässiga frågor kring deras arbetssätt.

Enkäten

Enkäten är utvärderingens mätinstrument. Deltagarna hade fyra olika svarsalternativ; *instämmer helt*, *instämmer delvis*, *instämmer inte* eller *varken instämmer eller inte instämmer*. I och med att deltagarna hade möjlighet att kryssa i det sista svarsalternativet tvingades de inte att ta ställning i frågorna. Om deltagaren har kryssat i den rutan kan det också indikera på att frågan är svår att förstå. Enkätens utformning var även uppbyggd som en reliabilitetsprövning för att öka utvärderingens validitet. Tanken var att de som svarat att de *instämde helt* på påståendet om det varit enkelt att fylla i "Ärligt talat" också skulle svara att det *inte instämde* att "Ärligt talat" varit svår att fylla i. Detta kontrollerades vid utskicket av de första enkäterna och gav goda resultat som tydde på att deltagarna förstod frågorna. Mätinstrumentet ansågs därmed vara tillförlitligt.

Deltagarna kan även lämna oärliga svar för att resultatet ska bli bättre. Detta borde dock visas på frågorna gällande vikt- och midjeskillnader. Deltagarna som uppgett att de har förbättrat sina beteenden borde också ha minskat i vikt, eller i alla fall inte ökat. Deltagarna blev även upplysta om att inga enskilda svar kommer att utläsas samt att enkätens syfte enbart är till för att PREnets ska kunna utveckla sitt arbetssätt. Utifrån denna aspekt borde deltagarna inte se någon anledning till att svara oärligt.

4.5 Etiska aspekter

Utifrån vetenskapsrådet (2009) har det etiska perspektivet tagits i beaktande. Det är inte möjligt att urskilja enskilda deltagares svar. Därmed har utvärderingen uppfyllt *konfidentialitetskravet*. Då deltagarna skulle fylla i enkäten informerades jag eller någon annan rådgivarna om syftet med utvärderingen. Enkäterna som skickades till anläggningarna innefattade ett missivbrev (bilaga 3), på så vis uppfylldes *informationskravet*. *Samtyckeskravet* uppfylldes då deltagarna fyllde i enkäterna frivilligt. Utvärderingen är gjord för att PREnet ska kunna utveckla sitt tillvägagångssätt med självakttagelseformuläret. Materialet kommer inte att användas till något annat syfte, därmed har *nyttjandekravet* tagits i beaktande.

4.6 Utveckling av hypoteser

I detta avsnitt ges en förklaring till hur de fem hypoteserna har tagits fram som använts för att besvara frågeställningarna och för att kunna uppnå utvärderingens syfte. Hypoteserna redovisas sedan i resultatet.

Hypotes 1. De som har använt självakttagelseformuläret mer frekvent har blivit mer medvetna över sina beteenden.

Teorin bakom självakttagelseformuläret är att deltagaren ska kunna se sina dagliga motions-, dryck- & matvanor som är relaterade till övervikten. På så vis är det rimligt att "Ärligt talat" ökar deltagarnas medvetenhet gällande dessa vanor under viktkursen.

Hypotes 2. De som har blivit mer medvetna över sina beteenden har förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning.

När deltagaren sedan är medvetna över vilka lämpliga beteenden respektive olämpliga beteenden hon har blir det enklare att veta vilka beteenden han bör förbättra och eller förändra. Därför borde ökad medvetenhet också leda till ökad förändringsbenägenhet hos deltagaren.

Hypotes 3. De som har använt självakttagelseformuläret under en längre tid har blivit mer medvetna över sina beteenden.

Wadström (2009) menar att det tar tid att förändra beteenden och av denna anledning borde de som deltagit i en längre kurs också fått mer tid att förändra och förbättra sina vanor.

4. De som har använt självakttagelseformuläret blir medvetna över sina vanor och ändrar vanor, detta leder till förbättringar/förändringar på "Sanning och Konsekvens" (bilaga 2).

Teorin bakom självakttagelseformuläret är att olämpliga beteenden ska minskas med hjälp av andra impulskontrollbeteenden, lämpliga beteenden, för att minska övervikten. Av denna anledning borde deltagaren vid kursstart börja se sina vanor och med tiden bli mer medveten över dessa och sedan förändra och eller förbättra vanorna. Detta betyder att grafen "Sanning och Konsekvens" borde visa förändringar av olämpliga beteenden och förbättringar av lämpliga beteenden under kursens gång. Vilket betyder att deltagaren bör gå mot det gröna området i grafen. Först när deltagaren har förändrat beteenden och ligger stabilt i det gröna området är de nya vanorna under kontroll.

Hypotes 5. De som förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning har också minskat mer i vikt och midjeomfång.

Teorin är att "Ärligt talat" ska hjälpa deltagarna att hitta nya bättre vanor vilket i sin tur bör leda till en minskat övervikt. En bieffekt av förändrade/förbättrade beteenden bör därmed vara en vikt- och midjeminskning.

Tillvägagångssätt för analys av data

Rådgivarna på respektive anläggning ansvarade för att de ifyllda enkäterna skickades till mig per post. Svaren fördes sedan in i statistikprogrammet SPSS 16.0.

Därefter valdes frågor ut från enkäten som skulle kunna ge svar på hypoteserna. Medelvärde användes som metod för att se deltagarnas gemensamma svar, dessa jämfördes sedan för att hitta eventuella samband/skillnader. Detta skedde med hjälp av olika statistiska metoder (correlationer, crosstabulations, chi2 test) men främst t-test.

T-test är en hypotesprövning som används som en statistisk metod för att se om det finns en skillnad mellan två normalfördelade populationer. I denna undersökning har skillnaderna studerats mellan de som använt "Ärligt talat" varje dag (Grupp 1) och de som använt "Ärligt talat" mer sporadiskt eller inte alls (Grupp 2). Skillnader har även studerats mellan de som gått individuell kurs och gruppkurs samt de som deltagit under en kortare tid (tre månader eller kortare) och de som deltagit under en längre tid (sex månader eller längre).

För att statistiskt kunna säkerställa att det fanns skillnader mellan grupperna ovan nämnda, som var sannolika och som inte berodde på slumpen, används begreppet signifikans. Signifikans benämns som p vilket betyder probability (sannolikhet). Om $p = 0$ betyder det att testet inte är utsatt för några slumpinflytelser. I denna undersökning godkänns fem procent i felmarginal då tester utförs. Signifikansen p måste därmed vara $\leq 0,05$ för att sambanden/skillnaderna ska vara statistiskt säkerställda.

5. RESULTAT

Under detta kapitel visas resultatet utifrån de fem hypoteser som presenterats tidigare. Deltagarna har frivilligt kunnat delge intryck och upplevelser kring självakttagelseformuläret i enkäten. En del av deras åsikter presenteras här i resultatet.

Deltagarna har delats in i två grupper utefter hur ofta de använt självakttagelseformuläret:

Grupp 1. Använt Ärligt talat så gott som varje dag (n= 26)

Grupp 2. Använt Ärligt talat några gånger i veckan, mer sällan eller inte alls (n= 12)

Hypotes 1. *De som har använt självakttagelseformuläret mer frekvent har blivit mer medvetna över sina beteenden.*

Nollhypotes 1. *De som är mer medvetna över sina beteenden har inte använt självakttagelseformulären mer frekvent.*

T-test 1. (bilaga 5) visade mer medvetenhet gällande mat- och motionsvanor i grupp 1 i jämförelse med grupp 2 ($p=0,02$). T-test 2. visade att självakttagelseformuläret hade hjälpt Grupp 1 att se sina dagliga mat-, dryck och motionsvanor i större utsträckning än i Grupp 2 ($p=0,02$), **därmed accepteras hypotesen.**

Analys: Genom självakttagelseformuläret har deltagarna fått sätta kryss varje dag de motionerat, ätit och druckit "lämpligt & olämpligt". Kryssen har summerats och jämförts vecka efter vecka. De som använt "Ärligt talat" oftare har på så vis kunnat få en tydlig bild över sina vanor under hela kursen, vilket tre deltagare har uppgett i citaten nedan:

"Jag ser på ett konkret sett konsekvenserna av mitt ätande och handlande av t.ex. motionsvanor"

"Jag har fått se på papper hur det verkligen är, innan blundade jag för det"

"Det blir så tydligt när man ser det på papper"

Åtta deltagare har uppgett att "Ärligt talat" varit en hjälp för att se var, vad, när och hur de åt. Självakttagelseformuläret har gjort att deras vanor blivit mer tydliga. En deltagare uppger exempelvis att hon med hjälp av "Ärligt talat" blivit medveten om hur mycket hon småätit tidigare.

En relevant fundering i sammanhanget är varför grupp 1 har använt "Ärligt talat" oftare. Tänkbara anledningarna skulle kunna vara att de upplevt att det varit enklare att fylla i "Ärligt talat" än grupp 2, att de varit mer motiverade vid kursstart eller att de hade större tro på sig själva att klara av viktneidgången. Efter utfört tester (bilaga 6) gick det inte att urskilja några sådana skillnader mellan grupp 1 och 2.

Hypotes 2. *De som har blivit mer medvetna över sina beteenden har förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning.*

Nollhypotes 2. *De som har förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning är inte mer medvetna över sina beteenden.*

T-tester (bilaga 7) visade att grupp 1, som varit mer medvetna, också förbättrat/förändrat mat- och motionsvanor i större utsträckning ($p=0,049$) jämfört med grupp 2. Grupp 1 instämmer även i högre grad att "Sanning och Konsekvens" har visat förändringar ($p=0,011$) och förbättringar ($p=0,002$) under kursen, **därmed accepteras hypotesen.**

Analys: Resultatet visar att mer medvetenhet leder till ökad förändringsbenägenhet. Att "Sanning och Konsekvens" har visat förändringar och förbättringar betyder att deltagaren kan ha ökat lämpliga beteenden (t.ex. äter och motionera regelbundet och dricker vatten i större utsträckning) och minskat olämpliga beteenden (t.ex. tar mindre matportioner och dricker alkohol mer sällan). Enligt Morrison och Bennett (2006) måste individen även förstå beteendens konsekvens för att vilja förändra det. En medveten deltagare menar att hon förstått konsekvensen av att äta oregelbundet och oplanerat, hon beskriver sina förbättringar nedan:

"Lärt mig äta 3 ggr/dag, vid bordet istället för att slänga i sig lite på stående fot"

Enligt teorin bakom självakttagelseformuläret bör deltagaren hitta ett impulskontrollbeteende, som ska ersätta ätandet. Att motionera kan vara ett exempel på ett sådant beteende och många deltagare menar att de har börjat träna och fått in mer vardagsmotion under kursen. De vanligaste aktivitetsformerna som deltagarna angett är gym, gympa och promenader. Två deltagare beskriver sin förändring i citaten nedan:

"Jag går minst 1,5-2h varje dag nu. Gick aldrig mer än nödvändigt förr"

"Från 0 träningspass/vecka till 2-3 träningspass/vecka"

Hypotes 3. *De som har använt självakttagelseformuläret under en längre tid har blivit mer medvetna över sina beteenden.*

Nollhypotes 3 *Det finns inga skillnader gällande medvetenhet hos de som använt självakttagelseformuläret under en kortare eller längre tid.*

T-test (bilaga 8) visade inga signifikanta skillnader mellan de som använt självakttagelseformuläret under en längre respektive kortare tid, **därmed accepteras nollhypotesen.**

Analys: Enligt resultatet är de som deltagit i tre månader medvetna över sina beteenden i samma utsträckning som de som deltagit i sex månader. Detta resultat är i enighet med Stahres studie (2005) som visade att längre kurser inte nödvändigtvis gav bättre resultat, tio veckor var tillräckligt för att deltagarna skulle bli medvetna över sina beteenden och förändra dem. Däremot kan det ta en längre tid att förändra beteenden och få dessa till en vana. Detta resonemang styrks av resultatet från ett t-test (bilaga 8) som visar att de som deltagit i sex månader även instämmer i högre grad, jämfört med de som deltagit under tre månader, att de har gjort beteendeförbättringar.

Hypotes 4. *De som har använt självakttagelseformuläret blir medvetna över sina vanor och ändrar vanor, detta leder till förbättringar/förändringar på "Sanning och Konsekvens under kursen.*

Nollhypotes 4. *De som har använt självakttagelseformuläret och blivit medvetna över sina vanor och ändrat vanor, har inte sett några förbättringar/förändringar på "Sanning och Konsekvens" under kursen.*

T-tester (Bilaga 9) visade inga signifikanta samband, **därmed accepteras nollhypotesen.**

Analys: Det fanns en tendens (nära signifikant) att deltagarna förflyttades mot gröna området gällande lämpliga vanor på "Sanning och Konsekvens". Detta kan betyda

att deltagarna har börjat med fler bättre vanor som att äta och motionera regelbundet. Vilket två deltagare beskriver nedan:

"Har börjat motionera"

"Att tre måltider är viktigt för mig frukt och grönt är en självklarhet"

Det fanns däremot inget samband gällande olämplig vanor, vilket skulle kunna tyda på att deltagarna fortsatt med sina olämpliga vanor. Det finns dock två tänkbara förklaringar till resultatet. Under rådgivningssamtalen har jag uppmärksammat att många deltagare har fortsatt med en del olämpliga vanor som att äta sött och dricka alkohol. Men detta slinker inte ner obemärkt som innan utan deltagarna gör istället medvetna val att exempelvis ta kakan på kalaset för att man själv vill. Två deltagare beskriver detta:

"Man tänker efter vad man äter och om jag tar något onyttigt försöker jag göra ett aktivt val"

"Lättare att göra klokare val"

Den andra förklaringen kan vara att deltagarna som jag har träffat i regel varit väldigt motiverade de första veckorna och därmed fyllt i "Årligt talat" exemplariskt och på så vis hamnat i det gröna området redan första veckan. Efter ungefär en månad har de sedan ramlat tillbaka till gamla vanor och först då hamnat utanför det gröna området. Därefter har de fått en tankeställare och jobbat mer aktivt med nya vanor och stegvis gått tillbaka till det gröna området. Därmed kan deltagaren ha befunnit sig i grönt område första och sista veckan kursavslut. Av denna anledning hade det varit intressant om det funnits en fråga om var på grafen deltagaren befann sig i mitten av kursen.

Hypotes 5. De som förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning har också minskat mer i vikt och midjeomfång.

Nollhypotes 5. De som har gått ner mer i vikt och minskat mer i midjemått har inte förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning.

T-tester (bilaga 10) visade att de som gjort fler beteendeförbättringar också gått ner mer i midjemått ($p=0,002$) men inte i vikt, **därmed är hypotesen delvis accepterad.**

Vikt och midjeminskning (figur 3)

Medelvärde	Grupp 1	Grupp 2	Signifikant om $p < 0,05$
Viktnedgång	10,5 kg	5,7 kg	0,07
Midjeminskning	9,1 cm	5,8 cm	0,002 ✓

Analys: Grupp 1 hade gjort fler beteendeförbättringar och minskat mer i midjemått i jämförelse med grupp 2. Det fanns dock inga signifikanta skillnader gällande viktnedgång. Detta kan bero på att grupp 1 har börjat träna i större utsträckning än grupp 2, vilket kan ha lett till att deltagarna fått en ökad muskelmassa och kroppsfettet har försvunnit. Deltagaren har därmed förändrat kroppsformen och fått mindre midja, men har fortfarande samma vikt på grund av ökad muskelvolym. Vikten är med andra ord inte alltid ett rättvist mått. Enligt Kallings (2002) är detta anledningen till varför BMI har kritiserats.

Översikt och sammanfattning av resultatet (figur 4)

			g
			<i>vänt "Ärligt talat" dagligen är mer över sina mat- dryck- & rökerier.</i>
			<i>mer medvetna över sina vanor har också förändrat/förbättrat fler vanor.</i>
H 2.	✓		
H 3.		✓	<i>De som deltagit i tre månader eller kortare är medvetna över sina vanor i samma utsträckning som de som deltagit under sex månader eller längre.</i>
H 4.		✓	<i>De som använt självakttagelseformuläret har inte förflyttats mot bättre områden på Sanning och Konsekvens under kursen.</i>
H 5.	✓	✓	<i>De som gjort fler beteendeförbättringar har minskat mer i midjemått men inte i vikt.</i>

6. DISKUSSION

I detta avsnitt diskuteras möjliga förklaringar till resultatet, metodvalet samt urvalsgruppen. Slutligen knyts utvärderingen ihop med hur PREnet kan utveckla sitt arbetssätt.

Själviakttagelseformulärets teori och PREnets arbetsmetod

Inledningsvis ställdes frågan om självakttagelseformulär är en effektiv metod för att kunna förändra beteenden som är relaterade till övervikt. Efter att ha tagit del av deltagarnas intryck och upplevelser anser jag att metoden fungerar för dem som använder det regelbundet. Kontinuiteten, att använda "Ärligt talat" dagligen, är viktigare än att använda det sporadiskt under en längre tid.

I enighet med modellen HBM (Morrison & Bennett, 2006) tror jag att deltagarna måste vara motiverade till att vilja använda "Ärligt talat". De måste se en mening med att använda självakttagelseformuläret och samtidigt tro på att metoden fungerar. Samtliga deltagare var motiverade till att börja viktnedgångskursen (bilaga 6), men alla såg troligtvis inte en mening med att använda självakttagelseformuläret. Där anser jag att rådgivarna har ett stort ansvar att stötta

deltagaren samt ge dem kunskap om innebörden av att förändra beteenden. Att få stöd är enligt modellen SLT (Bandura, 1977) en viktig del för att lyckas med en beteendeförändring. Både rådgivarna och andra deltagare kan fungera som ett bra stöd. Resultatet gällande medvetenhet, vikt eller midjemått visade dock inga skillnader för dem som gick individuell kurs eller gruppkurs (Bilaga 8). Att ta del av andra överviktigas erfarenheter var i denna undersökning inte ett effektivare sätt för att lyckas. Detta betyder att gruppstödet som Viktväktarna bygger en del av sin metod på inte nödvändigtvis ger några bättre resultat.

Att lyckas förändra ätbeteende och gå ner i vikt med hjälp av enbart beteendeterapi är svårt, enligt SBU:s sammanfattning (2002). Det blir bäst viktresultat om metoden kombineras med kost- och motionsrekommendationer (ibid.). Wadström (2008) menar att inom KBT är det beteendena som är i fokus, överskottet av ätande och kanske underskottet av motionen. Viktnedgång ska ses som en bieffekt av beteendeförändringar. (ibid.) Problemet är att PReNet profilerar sig som ett viktnedgångsprogram, vilket gör att deltagarna förväntar sig att minska i vikt om de anmäler sig till en kurs. Av denna anledning kan en del deltagare vara mindre motiverade till att använda själviakttagelseformuläret.

Wadström (2004) menar att bästa sättet för att få bort ätande som sker vid fel situationer är att hitta ett impulskontrollbeteende som ger en starkare förstärkning än maten och själva ätandet. Det bästa är om detta beteende utförs så att det blir omöjligt att utföra det oönskade beteendet. (ibid.) Ett exempel på detta är simning, det är svårt att både simma och äta samtidigt. Detta innebär att PReNetprogrammet ändå kan innefatta rekommendationer om kost- och motion om de är relaterade till deltagarens beteenden.

Begränsningar av data

Tanken var att utvärderingen skulle vara både summativ och formativ något som skulle generera i två olika deltagarkategorier. De som var mitt i en pågående kurs och de som avslutat en kurs. Detta gick inte då en del av deltagarna inte deltog under en bestämd tid utan bokade ett nytt rådgivningssamtal från gång till gång. Resultatet kan därmed enbart visa hur länge de har gått på rådgivningssamtal men det går inte att säga med säkerhet att de har avslutat en kurs.

Processen, alltså PReNets arbetssätt har som tidigare nämnts varit i fokus under utvärderingen. Resultatet skulle ses som positivt om det gick att konstatera att själviakttagelseformuläret motsvarar PReNets mål. Utvärderingen har visat att deltagarna blivit mer medvetna om sina vanor samt förändrat dessa, däremot har det inte gått att se om deltagarna fått kontroll på sitt ätande. Kontrollfrågan skulle ha mätts med hjälp av "Sanning och Konsekvens". Om deltagaren förändrat beteenden och slutligen hamnat stabilt inom de gröna områdena, skulle det tyda på kontroll av ätbeteenden. Eftersom resultatet visade att deltagarna inte hade förflyttats mot bättre områden på Sanning och Konsekvens gick det därför inte att ta reda på om deltagarna fått kontroll på sitt ätande. Av denna anledning hade det varit bättre om det hade funnits en tydlig fråga om kontroll i enkäten.

Enkäten var som tidigare nämnts utformad som en reliabilitetsprövning. Detta kontrollerades vid utskicket av de första tio enkäterna. Deltagarna som svarat högt på en fråga svarade lågt på den andra, vilket var förhoppningen. Det var även få som använde svarsalternativet *varken instämmer eller inte instämmer* i enkäten, vilket kan tyda på att frågorna var begripliga. Enkäten innehöll även frågor om förändringar och förbättringar. Med ordet förbättringar menades att något skett i en positiv riktning. Ordet förändringar skulle i stället ha kunnat ses som någonting negativt, men även något positivt. Undersökningen visade dock att de som svarat att de förbättrat vanor också uppgett i samma utsträckning att de hade förändrat vanor. Av den anledningen är det troligt att förändringarna är förbättringar eller i alla fall att ingen försämring har skett (Bilaga 11).

Urvalsgruppen

Deltagarna som fanns att tillgå kom från fyra orter och bildade grupperna A-D. Urvalsgruppen A utgjorde majoriteten av de som använt "Ärligt talat". På anläggning A, B och C är bortfallet mycket litet. På anläggning D motsvarar gruppen mindre än hälften av användarna. Resultatet hade möjligtvis blivit mer tillförlitligt om urvalsgruppen varit mer representativ.

Tanken vid utvärderingens start var att jämföra resultaten mellan dessa för att se om det fanns några tydliga skillnader mellan PREnet-anläggningarna. Då grupp A hade betydligt fler deltagare än B, C och D skulle en sådan jämförelse inte visa några generaliserande och rättvisa resultat. Deltagarnas svar har dock inte skiljt sig märkbart beroende av ort.

Möjliga förklaringar till resultatet

"Ärligt talat" har hjälpt de dagliga användarna att bli mer medvetna om sina vanor. De har förbättrat och förändrat mat och motionsvanor i större utsträckning samt minskat mer i midjemått.

Resultatet tydde inte på att deltagarna hade förflyttats mot ett bättre område på Sanning och Konsekvens. Det fanns ett nära signifikant samband gällande lämpliga beteenden men inte gällande olämpliga. Enligt Wadström (2004) beror olämpliga beteenden på brist av kunskap eller motivation. Samtliga deltagare är motiverade till att gå ner i vikt men kanske inte till vilket pris som helst. Deltagaren vill kanske inte sluta med en del olämpliga vanor. Kunskapen finns att det inte är bra att äta godis när jag vill gå ner i vikt, men förstärkningen att äta godis är möjligtvis starkare än motivationen att sluta. Om deltagaren dessutom har varit van att använda godiset som ett lugnande medel vid jobbiga situationer, måste ätanden bytas ut mot ett annat impulskontrollbeteende. Teorin bakom själviakttagelseformuläret var att R skulle bytas ut mot något annat beteende, som att istället för att äta godis ta en promenad då oro uppstår (Wadström, 2009). Enligt resultaten från "Sanning och Konsekvens" verkar detta inte ha skett i praktiken.

Detta kan bero på utformningen av "Ärligt talat". Det går inte att få mer än tre kryss på varje kategori. Deltagaren kan därmed få lika många kryss vare sig han tagit tre eller tio kakor. En deltagare har skrivit: *"jag äter mindre och mindre sött"*. Detta kan betyda att hon har minskat sitt kakintag från tio stycken till fem stycken kakor på lördagskvällar, det blir därmed lika många poäng som förs över till "Sanning och Konsekvens" trots att en förbättring har skett. En annan tänkbar förklaring kan vara att "Ärligt talat" är en ny metod även för rådgivarna vilket innebär att de inte har hunnit få in några rutiner ännu. KBT-utbildningen de fått har skett under en dag, vilket möjligtvis kan vara för kort tid.

De som deltagit under en längre tid hade sett sina beteendemönster (mat-, dryck och motionsvanor) i samma utsträckning som de som deltagit under tre månader eller kortare. I enighet med Stahre (2005) skulle detta kunna betyda att ett viktprogram är som bäst runt tre månader, eller att det i alla fall inte blir några bättre resultat med en längre kurs. Samtidigt säger Wadström (2009) att det tar tid att förändra beteenden i synnerhet ätbeteenden. Av den anledningen trodde jag inledningsvis att en längre kurs skulle vara mer effektivt för deltagarna. Medvetenheten var inte större men en längre kurs innebar fler förändringar. En deltagare beskriver en möjlig förklaring till detta: *"Kursen ger mig insikt om mitt beteende men det är jag som måste göra förändringarna"*. Jag tolkar detta som att bli medveten är en sak men att sedan förändra olämpliga beteenden och få kontroll över dessa är något annat som torde ta längre tid. Samtliga som deltagit i sex månader eller mer hade lämnat det röda området på "Sanning och Konsekvens" gällande både olämpliga och lämpliga vanor. Det hade däremot inte de som deltagit kortare än tre månader gjort (bilaga 13). Därmed tyder resultaten på att en viktprogram med självaktgelseformulär som metod bör vara minst tre månader för att en motiverad person ska kunna bli medveten över sina beteenden och börja processen att förändra dessa. Däremot behövs längre tid för att få kontroll på olämpliga och lämpliga beteenden. I modellen TPB (Ajzen och Fischbein, 1980) påvisar man vikten av att individen ska känna en trygghet att klara av det framtida beteendet på egen hand. Av denna anledning och efter vad resultatet visar är det inte säkert att deltagaren behöver rådgivarens hjälp efter tre månader, deltagaren kan möjligtvis träna in nya beteenden på egen hand därefter.

Hur kan PREnet utveckla sitt arbetssätt?

Förhoppningen var inledningsvis att utvärderingen skulle vara en hjälp för att se vad som är bra med självaktgelseformuläret och vad som bör utvecklas. Deltagarnas åsikter gällande "Ärligt talat" har över lag varit positiv, en del av dessa presenterades i resultatet. Systemet med poängräkningen (antal kryss) har kritiserats av en deltagare som menar att det är ologiskt att man exempelvis kan få poäng för både promenad och antal steg. Jag anser att det absolut kan finnas en vinning med att se över poängen, samtidigt är det viktigt att tänka på att huvudsyftet är att se när, var och hur beteenden sker.

Slutsatsen som kan dras utifrån resultatet är att kontinuerlig användning av "Ärligt talat" är det viktigaste för att deltagaren ska märka någon effekt av metoden. Metoden är med andra ord inte till någon hjälp om självaktgelseformuläret bara

används ibland, däremot behöver deltagarna nödvändigtvis inte använda det under en hel kurs. Det har ännu gått för kort tid för att kunna se några långsiktiga resultat av att använda själviakttagelseformulär som en metod för viktnedgång. Det var inte heller utvärderingens syfte men det skulle vara intressant för fortsatt forskning att följa upp deltagarna och se om deras medvetenhet och nya beteenden blivit bestående. Forskning tyder på att enbart matrestriktioner inte hjälper för en lyckad, långsiktig viktnedgång. PREnet ligger därmed i rätt linje då det förutom måltidsprogram också använder sig av inslag från KBT.

Utvärderingens sista ord blir ett passande citat om vikten av att först förändra ett beteende. *"Move your ass and your mind will follow"* (Bengt Dahleflod)

7. REFERENSLISTA

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. (2006). *Näringslära för högskolan*. Liber: Stockholm
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Alder, B (1999). *Psychology of health Applications of Psychology for health Professionals*. Harwood academic: Amsterdam
- Bados, A., Balaguer, G., och Saldana, C. (2007). Efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy and Problem of Drop-out *Journal of Clinical Psychology*. 63. No 6 pt. 585-592. Tillgänglig Science direct [2009. Januari. 10]
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Studentlitteratur:Lund
- Carlsson, B. (1990). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Liber: Stockholm
- Cooper, Z., Fairburn, C.G. (2003). *Cognitive-Behavioural Treatment of Obesity. A Clinician's Guide*. Guilford Press: New York
- Crossley, M. L. (2000). *Rethinking Health Psychology* Buckingham: Open University Press
- Folkhälsoinstitutet, nationella folkhälsoenkäten, 2007. Finns tillgänglig på internet. <http://www.fhi.se/upload/Folkhälsoenkäten/Övervikt%20och%20Fetma.pdf> [åtkomst 2009-02-04 kl.20.20]
- Kallings, L. (2002). *Åtgärder mot fetma*, Statens Folkhälsoinstitutet, rapport 2002:6. Finns tillgänglig på Internet [ww.fhi.se](http://www.fhi.se)
- Foreyt, J.P., Goodrick, G.K. (1993). Evidence for success of behaviour modification in weight loss and control. *Annals of international medicine* 119 No 7 pt 2. Tillgänglig Science direct [2008. Oktober. 4]
- Jerkedal, Å. (1990). *Utvärdering av utvärderingar*. Studentlitteratur: Lund
- Jerkedal, Å. (2000). *Utvärdering – steg för steg om projekt och programbedömning*. Norstefts juridik: Stockholm
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling – En introduktion til kognitiv beteendeterapi* Natur och Kultur: Stockholm

- Lennernäs, M. (2006). *Kroppen, Klockan, Kosten*. Fitnessförlaget: Stockholm
- Morrison, V., Bennette, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Pearson education: Edingburgh
- Patel, R., Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder, Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur:Lund
- PREnet (2009). tillgänglig på Internet: www.prenet.se [åtkomst 2009-01-30 kl.10.15]
- Sacks, F.M., Bray, G.A., Carey, V.J., Smith, S.R., Ryan, D.H., Anton, S.D., McManus, K., Champagne, C.M., Bishop, Laranjo, N., Leboff, M.S., Rood, J.C., de Jonge, L., Greenway, F.L., Loria, C.M., Obarzanek, E., Williamson, D.A. (2009). Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. *The New England Journal of Medicine* 360. No 9 Tillgänglig Academic Search elite [2009 April 19]
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2004). rapport 173 *förebyggande åtgärder mot fetma*. Stockholm
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2002). rapport 160 *fetma problem och åtgärder*. Stockholm
- Sjöström, L. (2008). Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: experiences from the SOS study. *International Journal of Obesity*. Supplement 7, No 32. Tillgänglig Academic Search elite [2009 Maj 17]
- Stahre, L. (2002). *Kognitiv behandling vid övervikt och hetsätning* Studentlitteratur: Lund
- Stahre, L. Hällstöm, T. (2005). A short cognitive group treatment gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating weigh disorders*, 10 No 1. Tillgänglig ERIC (via Education resources Information Center) [2008, Oktober, 4]
- Stahre, L., Tärnell, B., Håkansson, C.E., Hällstöm, T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment for obesity with an 18-months follow-up. *International journal of behaviour medicine*, 14 No 1. Tillgänglig ERIC (via Education resources Information Center) [2008, oktober, 4]
- Stahremetoden (2009). tillgänglig på Internet: www.lisbethstahre.se [åtkomst 2009-05-01 kl.16.00]
- Vedung, E. (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning* Studentlitteratur: Lund

Vetenskapsrådet (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Finns tillgänglig på Internet: www.vr.se [åtkomst 2009-01-31]

Viktväktarna tillgänglig på Internet: www.viktvaktarna.se [åtkomst 2009-01-31 kl.11.00]

Wadden, T.A., Stunkard, A.J. (1986). Controlled trial of very low calorie diet, behaviour therapy, and their combination in the treatment of obesity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 No4. Tillgänglig PsycInfo [2009 februari, 4]

Wadström, O. (2004). *Att förstå och påverka beteendeproblem* Psykologinsats: Linköping

Öst, L.G (1987). *Beteendeterapi inom psykiatrin*. Natur & Kultur: Lund

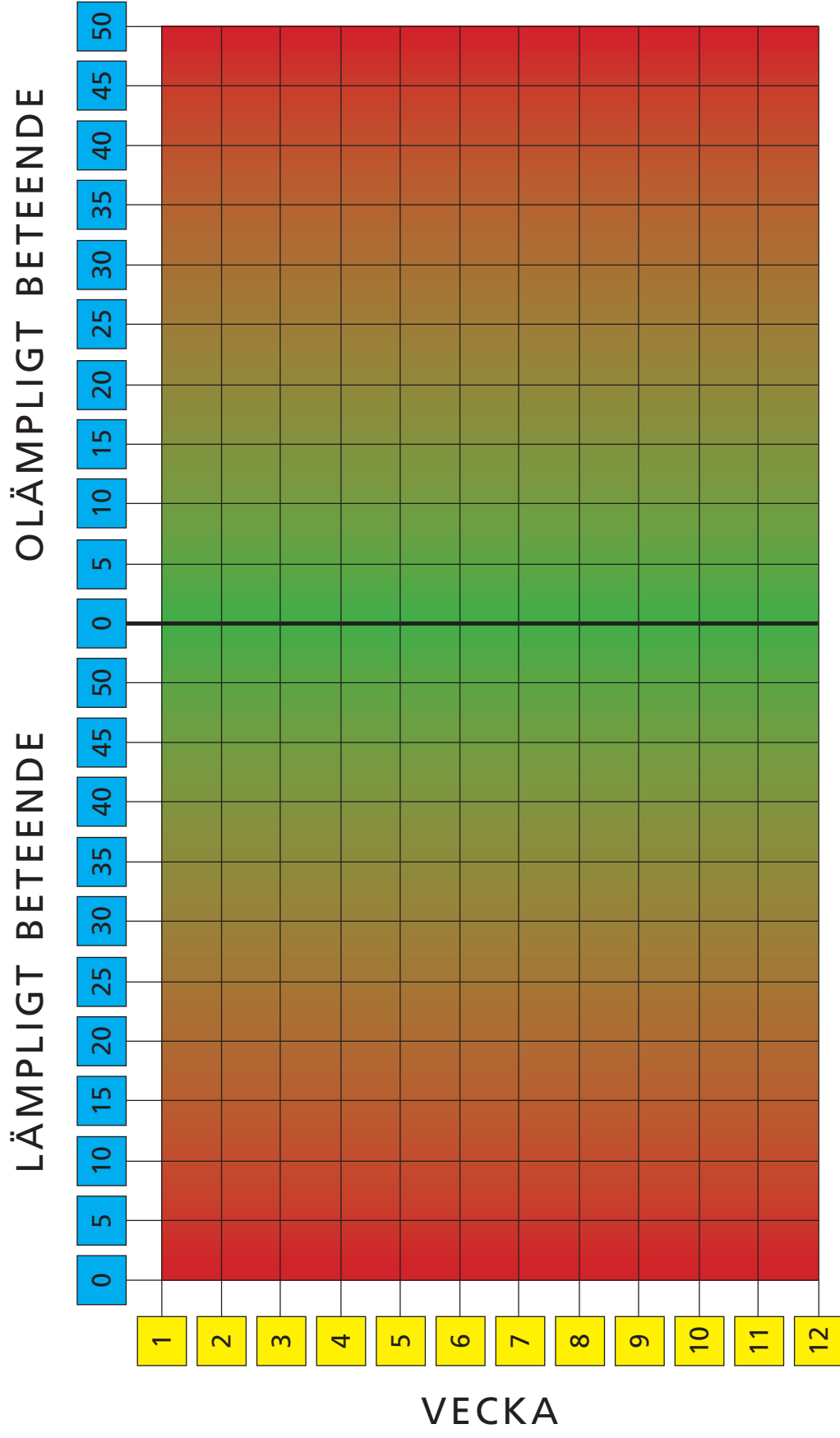
Personliga möten, telefonsamtal, E-mailkontakt, föreläsningar:

Kerstin Wrinkler, ansvarar för den pedagogiska delen på PREnet

Olle Wadström, legitimerad psykolog och psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi och pedagogisk psykologi

Göran Lundegård, kirurg och specialist på fetmaoperationer

"SANNING OCH KONSEKVENSENS"



Bilaga 3. Missivbrev

Hej!

Du är en av dem som deltar i PREnets viktminskningsprogram och har använt själviakttagelseformuläret "Ärligt talat" samt "Sanning och Konsekvens" under en tid. Detta är ett nytt material som PREnet har utarbetat tillsammans med psykologen Olle Wadström. Min önskan är att få Dina synpunkter på hur Du tycker att det har varit att använda detta.

Jag är PREnet-rådgivare på Hälsofabriken i Åtvidaberg och vid sidan av mitt arbete skriver jag min D-uppsats i pedagogik. Detta examensarbete blir en utvärdering där jag vill ta del av Dina upplevelser och intryck, vilket är en stor hjälp för att kunna utveckla och förbättra PREnets viktminskningsprogram.

Allt material som insamlas kommer att hanteras helt konfidentiellt och inga enskilda svar ska kunna urskiljas. Uppsatsen kommer sedan att publiceras vid Högskolan i Gävle.

Vid eventuella frågor kontakta mig gärna.

Tack på förhand!

Anna Svensson

Tele: XXX-XXX XX XX

Bilaga 4.

Frågeformulär

Kön

Man

Kvinna

Ålder

18-25år

26-35år

36-50år

51- år

Kurs

Kortare än 3 månader

3 månader

6 månader eller längre

Individuell kurs

Grupp kurs

På fråga 1-17 kryssar du i det svarsalternativ som är aktuellt för dig. Tänk efter noga innan du svarar. Ha självakttagelseformuläret "Ärligt talat" samt grafen "Sanning och konsekvens" till hands då du fyller i enkäten.

1. Jag har använt "Ärligt talat"

i princip varje dag

några gånger i veckan

mer sällan

inte alls

2. "Ärligt talat" har varit enkelt att fylla i

1 Instämmer helt

2 Instämmer delvis

3 Instämmer inte

4 Varken instämmer eller inte instämmer

3. "Ärligt talat" har varit svårt att fylla i

1 Instämmer helt

2 Instämmer delvis

3 Instämmer inte

4 Varken instämmer eller inte instämmer

4. "Ärligt talat" har hjälpt mig att se mina dagliga mat-, dryck- och motionsvanor

1 Instämmer helt

2 Instämmer delvis

3 Instämmer inte

4 Varken instämmer eller inte instämmer

5. "Ärligt talat" har *inte* hjälp mig att se mina dagliga mat-, dryck- och motionsvanor

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instäm

6. Kursens innehåll har gjort mig medveten om *mina* matvanor?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

7. Kursens innehåll har gjort mig medveten om *mina* motionsvanor?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

8. Idag har jag kunskap över vilka beteenden (situationer och vanor) som kan ha inverkan på vikt

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

9. Idag har jag kunskap över vilka beteenden (situationer och vanor) som har haft inverkan på *min* vikt

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

10. "Sanning och Konsekvens" har visat *beteendeförändringar* under kursen

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

11. "Sanning och Konsekvens" har visat *förbättringar* av mitt beteende under kursen

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

12. a) Inom vilket område på "Sanning och Konsekvens" gällande *lämpliga* beteenden befinner du dig i nu?

- 1 grönt
- 2 gult
- 3 rött
- 4 vet ej

12. b) Inom vilket område på "Sanning och Konsekvens" gällande *olämpliga* beteenden befinner du dig i nu?

- 1 grönt
- 2 gult
- 3 rött
- 4 vet ej

13. a) Inom vilket område, på "Sanning och Konsekvens", gällande *lämpliga* beteenden befann du dig i vid kursstarten?

- 1 grönt
- 2 gult
- 3 rött
- 4 vet ej

13. b) Inom vilket område på "Sanning och Konsekvens", gällande *olämpliga* beteenden befann du dig i vid kursstarten?

- 1 grönt
- 2 gult
- 3 rött
- 4 vet ej

14. Mina matvanor har *förändrats* under kursen?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

15. Mina matvanor har *förbättrats* under kursen?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

16. Mina motionsvanor har *förändrats* under kursen?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

17. Mina motionsvanor har *förbättrats* under kursen?

- 1 Instämmer helt
- 2 Instämmer delvis
- 3 Instämmer inte
- 4 Varken instämmer eller inte instämmer

Om ja, berätta hur

På fråga 18-21 **skriver du en siffra från 0-10** som är aktuell för dig. Tänk efter noga innan du svarar. Ha din deltagarjournal till hands då du fyller i svaren.

18. Vilken betydelse anser du att dina matvanor har för din vikt?

Jag anser att:

Mat har ingen betydelse för vikten **0**.....**10** Mat har mycket betydelse för vikten

19. Vilken betydelse anser du att dina motionsvanor har för din vikt?

Jag anser att:

Motion har ingen betydelse för vikten **0**.....**10** Motion har mycket betydelse för vikten

20. Vilken betydelse för din vikt anser du att valet av dryck har? (vatten, kaffe, juice, läsk, öl, vin etc.)

Jag anser att:

Val av dryck har ingen betydelse för vikten **0**.....**10** Val av dryck har mycket betydelse för vikten

21. Hur medveten var du om ditt beteendemönster innan kursen? (gällande mat- dryck- och motionsvanor)

Ej medveten **0**.....**10** mycket medveten

**22. Hur motiverad var du att gå ner i vikt vid kursstarten?
Skriv en siffra från 0-10**

ej motiverad **0**.....**10** mycket motiverad

**23. Hur stor förmåga att gå ner i vikt ansåg du dig ha vid kursstarten?
Skriv en siffra från 0-10**

Ingen förmåga **0**.....**10** mycket stark förmåga

24. Vikt vid kursstart.....

Vikt nu.....

25. Midjemått vid kursstart.....

Midjemått nu.....

26. Övriga kommentarer om kursen

**Tack för din medverkan!
Anna**

Förklaring till bilagorna 5-13

Antal deltagare som har besvarat frågorna är N. Medelvärdet av deltagarnas svar på de utvalda enkätfrågorna är M.

Svarsalternativen var: 1 = Instämmer helt, 2 = Instämmer delvis, 3 = Varken instämmer eller inte instämmer, 4 = Instämmer inte. Ju lägre M är desto mer instämmer deltagarna.

Grupp 1 = Använt Ärligt talat så gott som varje dag

Grupp 2 = Använt Ärligt talat några gånger i veckan, mer sällan eller inte alls

SK= "Sanning och Konsekvens" (bilaga 2), grafen som deltagarna har haft till hjälp för att kunnat följa sina eventuella beteendeförändringar och förbättringar under kursen.

Beteenden =Vanor

Bilaga 5.

Hypotes 1.

De som har använt självakttagelseformuläret mer frekvent har blivit mer medvetna över sina beteenden.

T-test 1.

Enkätfrågor: Kursen har gjort mig medveten över mina motionsvanor + Kursen har gjort mig medveten över mina matvanor = Mer medveten			
Använt Ärligt talat	N	M	Signifikant skillnad om $p < 0,05$
Grupp 1.	26	1,23	$p=0.02$ ✓
Grupp 2.	12	1.75	

Förklaring

Medelvärden visar att grupp 1 och 2 instämmer helt eller delvis till att det har blivit medvetna över sina vanor under kursen. Grupp 1 har svarat att de "instämmer helt", till att kursen har gjort de medvetna om sina mat- och motionsvanor, i större utsträckning än grupp 2. T-test visar att det finns en signifikant skillnad mellan grupperna.

T-test 2.

Enkätfråga: "Ärligt talat" har hjälpt mig att se mina dagliga mat-, dryck och motionsvanor			
Använt Ärligt talat	N	M	Signifikant skillnad om $p < 0,05$
Grupp 1.	26	1,08	$p=0.02$ ✓
Grupp 2.	12	1.75	

Förklaring:

Grupp 1 instämmer i högre grad än grupp 2 att självakttagelseformuläret har hjälpt dem att se sina dagliga mat-, dryck- och motionsvanor.

Slutsats av test 1 och 2: grupp 1 har blivit mer medvetna om sina mat- dryck- och motionsvanor än grupp 2.

Bilaga 6.

Förmåga att lyckas med en viktnedgång på en skala 0-10 (M)

Group Statistics

Använt Ärligt talat		N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Förmåga att lyckas	Grupp 1	23	7,78	0,44
	Grupp 2	11	8,36	

Motivation vid kursstart på en skala 0-10 (M)

Group Statistics

Använt Ärligt talat		N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Motivation vid kursstart	Grupp 1	23	9,78	0,44
	Grupp 2	11	9,55	

Group Statistics

Använt Ärligt.talat		N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Enkel att fylla i	Grupp 1	26	1,50	0.187
	Grupp 2	12	1,83	

Förklaring: T-testerna visar inga signifikanta skillnader då $p > 0,05$

Bilaga 7.

Hypotes 2.

De som har blivit mer medvetna över sina beteenden har förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning.

Hypotesprövningen skedde med hjälp av två tester.

Test 1.

Enkätfrågor:	Enkätfrågor: Kursen har gjort mig medveten över mina motionsvanor + Kursen har gjort mig medveten över mina matvanor = Mer medveten	Grupp	N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
SK har visat beteende förändringar under kursen		1	23	1,35	p=0,011 ✓
		2	15	2,0	
SK har visat beteende förbättringar under kursen		1	23	1,35	p=0,002 ✓
		2	15	1,93	

Förklaring test 1: Medelvärdet visar att Grupp 1 som "instämmer helt" i större utsträckning gällande medvetenheten också "instämmer helt" i större utsträckning till att de har gjort beteendeförändringar och förbättringar under kursen. Grupp 2 instämmer delvis till att de gjort beteendeförändringar och förbättringar under kursen

Test 2.

Enkätfrågor: Mina matvanor har förbättrats under kursen. + Mina motionsvanor har förbättrats under kursen+ SK har visat förbättringar under kursen = Beteendeförbättringar	N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Använt Ärligt talat			
Grupp 1.	25	4,24	$p=0.049$ ✓
Grupp 2.	12	5,33	


Förklaring test 2: I andra testet har tre av enkätfrågorna som handlar om förbättringar av vanor bildat en ny variabel = **Beteendeförbättringar**. Om medelvärdet = 3 betyder det att deltagarna har svarat "instämmer helt" på samtliga tre frågor. Grupp 1 (som är mer medvetna över sina vanor) "instämmer helt" i större utsträckning än grupp 2 att det har gjort beteendeförbättringar under kursen.

Slutsats av test 1 och 2: Grupp 1 "instämmer helt" i större grad än grupp två att de har gjort förbättringar gällande mat- och motionsvanor. Både beteendeförändringar och förbättringar har även visats i större omfattning på "Sanning och Konsekvens" i grupp 1 jämfört med grupp 2.

Bilaga 8.

Hypotes 3.

De som har använt självakttagelseformuläret under en längre tid har blivit mer medvetna över sina beteenden.

Enkätfrågor:	Kurstyp	N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Kursen har gjort mig medveten över mina motionsvanor + Kursen har gjort mig medveten över mina matvanor = Mer medveten	3 månader eller kortare	18	1,37	p=0.97
	6 månader eller längre	16	1,38	
Mina matvanor har förbättrats under kursen. + Mina motionsvanor har förbättrats under kursen + SK har visat förbättringar under kursen = Beteendeförbättringar*	3 månader eller kortare	19	5,06	p=0.04 
	6 månader eller längre	16	3,94	

*Om medelvärdet = 3 betyder det att deltagarna har svarat "instämmer helt" på samtliga tre frågor.

Förklaring: T-test visar att det inte finns någon skillnad gällande medvetenhet mellan de som använt "Ärligt talat" under en längre eller kortare tid.

Däremot finns en skillnad att de som gått kursen under en längre tid också "Instämmer helt" i större utsträckning till att de har gjort beteendeförbättringar jämfört med dem som deltagit under en kortare tid.

Bilaga 9.

Hypotes 4.

De som har använt självakttagelseformuläret blir medvetna över sina vanor och ändrar vanor, detta leder till förbättringar/förändringar på "Sanning och Konsekvens under kursen.

Olämpliga beteenden

SK område olämpliga beteenden vid kursstart och nu (Crosstabulation)

Count						
		SK område olämpliga beteenden start				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
SK område olämpliga beteenden nu	grönt	5	7	2	4	18
	gult	7	7	1	2	17
	Vet ej	0	1	1	0	2
	rött	0	0	1	0	1
	Total	12	15	5	6	38

Förklaring: Vid starten av kursen och när enkäten fylldes i (nu) befann sig deltagaren inom ett område (grönt, gult, rött, vet ej) på SK gällande olämpliga vanor. Chi2 test visar inget signifikant samband att deltagarna har förflyttats mot ett bättre område under kursen ($p = 0,234$).

Lämpliga beteenden

SK område lämpliga beteenden vid kursstart och nu (Crosstabulation)

Count						
		SK område lämpliga beteenden start				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
SK område lämpliga beteenden nu	grönt	13	8	2	5	28
	gult	1	1	1	4	7
	Vet ej	1	0	1	0	2
	rött	0	0	1	0	1
	Total	15	9	5	9	38

Förklaring: Vid starten av kursen och när enkäten fylldes i (nu) befann sig deltagaren inom ett område (grönt, gult, rött, vet ej) på grafen SK gällande lämpliga vanor. Chi2 test visar ett nära signifikant samband att deltagarna har förflyttats mot ett bättre område på SK under kursen ($p=0.064$)

Bilaga 10.

Hypotes 5.

De som förbättrat/förändrat sina beteenden i större utsträckning har också minskat mer i vikt och midjeomfång.

	Använt ”Ärligt talat” Grupp	N	M	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Midjeminskning (cm)	1	22	10,58	0,010 ✓
	2	11	5,77	
Viktminskning (kg)	1	25	9,12	0,07
	2	11	5,84	
Beteendeförbättringar*	1	26	4,24	0,049 ✓
	2	12	5,33	

* Tre av enkätfrågorna (Mina matvanor har förbättrats under kursen + Mina motionsvanor har förbättrats under kursen + SK har visat förbättringar under kursen) handlar alla om förbättringar och bildar tillsammans variabeln, Beteendeförbättringar. Om M = 3 betyder det att deltagaren ”instämmer helt” på samtliga tre frågor. Om M = 6 betyder det att deltagaren ”instämmer delvis” på samtliga tre frågor.

Förklaring: T-test visar skillnaden att Grupp 1 ”instämmer helt” i större utsträckning till att ha gjort beteendeförbättringar jämfört med grupp 2. Grupp 1 har även minskat mer i midjemått än grupp 2. Det finns ingen skillnad gällande vikt.

Bilaga 11.

Correlationen visar att det finns ett samband ($p = 0.003$) gällande beteendeförändringar och beteendeförbättringar på SK. Detta betyder att de som svarat att de har gjort förbättringar har gjort förändringar i samma omfattning. Det innebär att förändringar kan ses som förbättringar, eller i alla fall inte som att något har försämrats.

Correlations

Enkätfrågor			SK Förändringar kursen	SK Förbättringar kursen
Spearman's rho	SK har visat beteendeförändringar under kursen	Correlation Coefficient Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$ N	1,000 . 38	,468** 0,003 38
	SK har visat beteendeförbättringar under kursen	Correlation Coefficient Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$ N	,468** 0,003 38	1,000 . 38

Bilaga 12.

Testet visar inga signifikanta skillnader gällande medvetenhet, viktninskning eller midjeminskning mellan de som gått individuell kurs respektive gruppkurs.

	Kurstyp	N	Mean	Signifikant skillnad om $p \leq 0,05$
Kursen har gjort mig medveten över mina motionsvanor + Kursen har gjort mig medveten över mina matvanor = Mer medveten	Individuell kurs	16	1,25	0,126
	Gruppkurs	22	1,50	
midjeminskning	Individuell kurs	12	10,67	0,161
	Gruppkurs	21	8,01	
viktninskning	Individuell kurs	14	8,81	0,601
	Gruppkurs	22	7,672	

Bilaga 13.

Lämpliga beteenden på Sanning och Konsekvens vid kurstart (Crosstab)

Count						
		Område lämpliga beteenden då				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
Kurs	3 månader eller kortare	12	2	3	2	19
	6 månader eller längre	3	5	2	6	16
	Total	15	7	5	8	35

Lämpliga beteenden på Sanning och Konsekvens då enkäten fylldes i

Count						
		Område lämpliga beteenden nu				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
Kurs	3 månader eller kortare	15	2	1	1	19
	6 månader eller längre	12	3	1	0	16
	Total	27	5	2	1	35

Olämpliga beteenden på Sanning och Konsekvens vid kurstart

		Område olämpliga beteenden då				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
Kurs	3 månader eller kortare	9	5	3	2	19
	6 månader eller längre	2	9	2	3	16
	Total	11	14	5	5	35

Olämpliga beteenden på Sanning och Konsekvens då enkäten fylldes i

Count						
		Område olämpliga beteende nu				
		grönt	gult	Vet ej	rött	Total
Kurs	3 månader eller kortare	10	7	1	1	19
	6 månader eller längre	7	8	1	0	16
	Total	17	15	2	1	35