



AALBORG UNIVERSITET

Forandring af livsstilsinterventionen Sund Livsstil med henblik på at facilitere vedvarende adfærdsændringer i forhold til fysisk aktivitet

Kandidatspeciale, 4. semester
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet

Frida Johanne Pilgaard Middelfart, 20160935
Kathrine Weise Dalgaard, 20160923

Dato for aflevering: 7. juni 2018
Vejleder: Helle Lønstrup Haslund-Thomsen
Anvendt referencesystem: Harvard
Antal anslag (inkl. mellemrum): 239.924

Resumé

Baggrund: Forekomsten af fysisk inaktivitet er steget markant inden for de seneste år, hvilket blandt andet kan tilskrives samfundets udvikling, hvor fysisk aktivitet i hverdagen ikke længere er en nødvendighed. Fysisk inaktivitet kan anskues som et udbredt folkesundhedsmæssigt problem, hvor konsekvenserne forbundet hermed både kan tilknyttes til det enkelte individ og samfundet. Adskillige livsstilsinterventioner er igangsat med henblik på minimering af fysisk inaktivitet, hvor Sund Livsstil, oprettet af Aarhus Kommune, er et konkret eksempel herpå. Fælles for livsstilsinterventioner er vanskeligheder ved at facilitere vedvarende adfærdsændringer, i henhold til fysisk aktivitet, hvorfor der er behov for initiativer, der kan medføre varige effekter og bidrage til at reducere prævalensen af fysisk inaktive borgere.

Formål: Formålet med specialet er at undersøge, hvorledes motivation for et vedvarende øget aktivitetsniveau fremmes og hæmmes, samt anvende denne viden til forandring af livsstilsinterventionen SL med henblik på facilitering af vedvarende adfærdsændringer, i henhold til fysisk aktivitet, efter endt intervention.

Metode: MRC-modellens udviklingsfase anvendes til strukturering af forandringen, hvilket bidrager til indsigt i, og forståelse for, betydende faktorer i forhold til at opnå vedvarende motivation for at være fysisk aktiv. Resultaterne, baseret på et litteraturstudie, en interviewundersøgelse samt kvantitativ analyse, udgør det bagvedliggende evidensgrundlag for forandringen af SL. Til illustrering af centrale komponenter i SL, samt hvorledes disse formodes at interagere, er en indledende programteori opstillet, med henblik på at tydeliggøre områder, hvorpå der bør fokuseres i forandringen. På baggrund af den akkumulerede viden, opnået gennem specialet, opstilles en række konkrete forandringsforslag, der slutteligt illustreres i en revideret programteori.

Resultater: Specialets resultater belyser faktorer, som er af betydning for at opnå vedvarende adfærdsændringer, på forskellige niveauer, hvorfor syntetiseringen heraf er opstillet med udgangspunkt i den økologiske model. Det fremgår af resultatsyntesen, at helbredsmæssige faktorer, velbefindende, mestringsstrategier samt manglende motivation, er af betydning, for vedvarende adfærdsændringer, på det intrapersonelle niveau. På det interpersonelle niveau fremhæves social støtte og opbakning, modstridende forpligtigelser, gruppesammensætning og fællesskabsfølelse som betydende for at opnå et varigt øget aktivitetsniveau. Slutteligt fremgår det, af det institutionelle niveau, at interventionens organisatoriske rammer, læringsindholdet, manglende tilpasning til den enkelte samt monitorering og fastholdelse har betydning for opnåelsen af en vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.

Konklusion: Mange faktorer, på forskellige niveauer, kan virke fremmende eller hæmmende for motivationen for at opnå et vedvarende øget aktivitetsniveau, hvilket bør indtænkes og imødekommes i forandringen og udviklingen af livsstilsinterventioner målrettet fysisk inaktivitet. I forandringen af SL er der taget højde herfor ved inddragelse af det åbne sundhedsbegreb, hvorved deltagerne, gennem forløbet, opnår øget handlekapalet, der medfører, at de, efter endt forløb, i højere grad opnår en følelse af autonomi, kompetence samt ejerskab i forandringsprocessen, hvilket formodes at facilitere opnåelsen af vedvarende adfærdsændringer. Derudover er der, til opnåelse heraf, opstillet konkrete forslag til forandring af forløbets opbygning og indhold, forøgelse af fællesskabsfølelsen mellem deltagerne, samt etablering af fastholdelsesaktiviteter efter endt forløb.

Abstract

Background: The prevalence of physical inactivity has increased markedly in recent years, which is partly attributable to the development of society, where physical activity in everyday life is no longer a necessity. Physical inactivity is as a widespread public health problem, where the consequences associated with this can be linked to the individual and society as well. Several lifestyle interventions have been initiated to minimize physical inactivity, where Sund Livsstil, created by Aarhus Kommune, is a concrete example of this. Common to lifestyle interventions are difficulties in facilitating sustained behavior changes according to physical activity, why there is need for initiatives that can cause sustained effects and help reduce the prevalence of physically inactive citizens.

Purpose: The aim of the master thesis is to investigate how motivation for a sustained increased activity level is promoted and inhibited, as well as apply this knowledge to change the lifestyle intervention Sund Livsstil for facilitating sustained behavioral changes according to physical activity after completion of intervention.

Methods: The development phase of the MRC-model is being used to structure the change, which contributes to the insight and understanding of significant factors in achieving sustained motivation to be physically active. The results, based on a literature study, an interview study and a quantitative analysis, constitutes the underlying evidence for the change of SL. To illustrate the key components of SL and how they are supposed to interact, an introductory program theory has been set up to clarify the areas that should be focused on in the change. Based on the accumulated knowledge gained through the thesis, a series of concrete change proposals are presented, which are finally illustrated in a revised program theory.

Results: The results of the study identify mechanisms that are important for sustained behavioral changes at various levels, why the synthesis thereof is based on the ecological model. It is apparent from the findings that health factors, well-being, coping strategies and lack of motivation are important for sustained behavioral changes at the intrapersonal level. At the interpersonal level, social support, contradictory commitments, group composition and sense of community are emphasized as important for achieving a sustained increase in physical activity. Finally, it is apparent from the institutional level that the organizational framework of the intervention, the learning content, lack of adaptation to the individual, monitoring and retention are important for achieving sustained behavioral changes in relation to physical activity.

Conclusion: Many factors at different levels can promote or inhibit motivation to achieve a sustained increased activity level, therefore this should be taken into consideration and incorporated in the change and development of lifestyle interventions targeting physical inactivity. In the change of SL, this has been accounted for by incorporating the open concept of health, whereby participants through the process gain increased acting capacity, which results in a greater sense of autonomy, competence as well as ownership in the change process, which is supposed to facilitate the achievement of persistent behavioral changes. In addition, concrete change proposals have been made for changing the structure and content of the course, increasing the sense of community between participants, and establishing retention activities after completion.

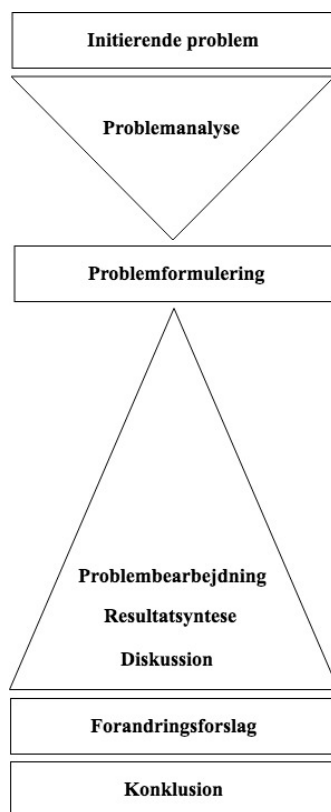
Læsevejledning

Specialet er udarbejdet gennem problemorienteret projektarbejde og er struktureret ud fra *Aalborg-modellen* (Aalborg Universitet, n.d.), som illustreret i nedenstående figur. Indledningsvist præsenteres specialets *initierende problem*, der kort introducerer problemfeltet. Dernæst analyseres og dokumenteres problemfeltet videnskabeligt gennem *problemanalysen*, hvorefter dette afgrænses og fører videre til specialets *problemformulering*.

Gennem *problembearbejdningen* præsenteres specialets positionering i henhold til videnskabsteoretisk paradigme, forskningstyper, videnskabsteoretisk position samt metodiske fremgangsmåde. I forlængelse heraf analyseres resultaterne for hver af de valgte dataindsamlingsmetoder. Disse samles efterfølgende i en *resultatsyntese*, efterfulgt af *diskussion* af specialets metodiske fremgangsmåde samt de opnåede resultater.

På baggrund af specialets forandringsperspektiv præsenteres konkrete *forandringsforslag*, hvorigennem der foretages en vurdering af de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser forbundet med forslagene, overvejelser om fremtidig implementering og evaluering heraf, samt en diskussion af forslagernes forandringspotentiale, styrker og begrænsninger.

Afslutningsvist besvares specialets problemformulering i en *konklusion*.



Figur 1: Strukturering af specialet ud fra Aalborg-modellen

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	7
2. Problemanalyse	8
2.1. Fysisk inaktivitet som et folkesundhedsmæssigt problem	8
2.2. Konsekvenser af fysisk inaktivitet.....	9
2.3. Manglende fælles definition af fysisk inaktivitet	10
2.3.1. Evidens for Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne	11
2.4. Kendetegn ved fysisk inaktive individer	12
2.5. Aarhus Kommunes sundhedspolitik.....	13
2.5.1. Sund Livsstil.....	14
2.6. Etiske overvejelser i henhold til forebyggelsesinterventioner.....	16
2.6.1. Utsigtede konsekvenser i henhold til forebyggende interventioner.....	17
2.7. Sundhedssyn i SL	20
2.8. Tilrettelæggelse af undervisning i SL.....	22
2.9. Samfundets kompleksitet.....	23
2.10. Komplexitet i interventioner	24
3. Forandringsbehov	25
4. Problemformulering	26
5. Begrebsafklaring af fysisk inaktivitet	27
6. MRC-modellen	28
6.1. Programteori	31
7. Videnskabsteoretiske paradigmer og forskningstyper.....	34
8. Videnskabsteoretisk position	35
8.1. Positivismen	35
8.2. Hermeneutikken	36
8.2.1. Gruppens forforståelse	38
9. Problembearbejdning	39
9.1. Litteraturstudie	39
9.1.1. Den indledende søgning.....	41
9.1.2. Den systematisk litteratursøgning	42
9.1.3. Inklusions- og eksklusionskriterier	42
9.1.4. Udvælgelse og kritisk gennemgang af studier	43
9.1.5. Vurdering af studierne.....	49
9.1.6. Analyse af resultater fra litteraturstudiet.....	50
9.2. Self-Determination Theory.....	55
9.3. Kvalitativ interviewundersøgelse	56
9.3.1. Strukturering af interviewundersøgelse	56
9.3.2. Interviewguide.....	57
9.3.3. Udvælgelse og rekruttering af informanter	58
9.3.4. Gennemførelse af interview	59
9.3.5. Transskribering af interviews.....	60

9.3.6. Analysestrategi	60
9.3.7. Analyse af interviews	63
9.4. Kvantitativ analyse	73
9.4.1. Datasættet	74
9.4.2. Hypoteser	74
9.4.3. Variable	74
9.4.4. Bivariate analyser	77
9.4.5. Logistisk regression	79
9.5. Resultatsyntese	83
9.5.1. Den økologiske model	83
10. Metodediskussion	88
10.1. Litteraturstudiet	88
10.2. Den kvalitative interviewundersøgelse	89
10.3. Den kvantitative analyse	91
11. Resultatdiskussion	93
11.1. Validitet	93
11.1.1. Metodetriangulering	94
11.2. Overførbarhed	95
12. Forandringsforslag	97
12.1. Det intrapersonelle niveau	97
12.2. Det interpersonelle niveau	98
12.3. Det institutionelle niveau	99
13. Pilottest, evaluering og implementering	109
14. Diskussion af forandringsforslag	110
15. Diskussion af SDT	113
16. MRC-modellen som forandringsredskab	114
17. Konklusion	116
18. Referenceliste	117
19. Bilag	123

1. Initierende problem

Fysisk inaktivitet er et udbredt folkesundhedsmæssigt problem og betragtes som en af de største risikofaktorer for dødelighed og udvikling af adskillige kroniske- og livsstilssygdomme, såsom type 2-diabetes og hjerte-kar sygdomme (Rütten et al., 2013; Jaeschke et al., 2017). Desuden kædes fysisk inaktivitet ofte sammen med overvægt og fedmeepidemien, samt øget risiko for at udvikle depression (Rütten et al., 2013; De Mello et al., 2013). Derudover er forekomsten af fysisk inaktivitet steget inden for de seneste årtier, hvor den teknologiske udvikling og øget velstand i samfundet har medført, at fysisk aktivitet ikke er en nødvendighed i individets hverdag (Kiens et al., 2007). På trods af utallige initiativer til at gøre den danske befolkning mere fysisk aktiv, vurderer Sundhedsstyrelsen (SST), at antallet af fysisk inaktive voksne danskere, der ikke opfylder SST's anbefalinger for fysisk aktivitet, er cirka 30-40 % (Smith et al., 2011).

For at tage kampen op mod nogle af sundhedsudfordringerne, forbundet med fysisk inaktivitet, er en række indsatser opstillet i Aarhus Kommunes sundhedspolitik (Aarhus Kommune, 2015). Et konkret tiltag er Sund Livsstil, der forsøger at hjælpe fysisk inaktive og overvægtige borgere med at opnå en sundere livsstil, hvormed fysisk aktivitet bliver en naturlig del af hverdagen (Folkesundhed Aarhus, 2017b), men flere ophører med at dyrke motion efter endt forløb. Individorienterede tiltag som Sund Livsstil forudsætter, at borgerne selv gør en aktiv indsats og er derfor afhængige af individets motivation for at foretage en adfærdsændring samt fastholde denne (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvilket SL tilsyneladende ikke har formået at facilitere. For at skabe de tilsigtede effekter, i form af varige adfærdsændringer, hos deltagerne, er en forandring af SL således nødvendig.

Fysisk inaktivitet synes, til trods for initiativer som SL, svært at afhjælpe, hvorfor der behov for at opnå en dybere indsigt i mekanismerne forbundet med fysisk inaktivitet. En større forståelse herfor, vil formentlig gøre det muligt at forandre SL, der, som følge heraf, kan bidrage til at skabe varige adfærdsændringer hos deltagerne i form af vedvarende motivation for, samt lyst til, at være fysisk aktiv.

2. Problemanalyse

Den følgende problemanalyse har til formål at analysere og udfolde de mange perspektiver på problematikken omkring fysisk inaktivitet. Til at knytte de forskelligartede perspektiver på fysisk inaktivitet til en konkret kontekst, præsenteres forløbet SL, der, grundet dets målsætning om at skabe varige adfærdsændringer hos deltagerne, i form af øget fysisk aktivitet, anvendes som case i den videre analyse. Med udgangspunkt i den indsigt, der opnås gennem problemanalysen, udformes slutteligt en beskrivelse af forandringspotentiallet i SL, hvorudfra problemformuleringen, der fremadrettet vil danne grundlag for metodiske overvejelser samt den videre problembearbejdning, formuleres.

2.1. Fysisk inaktivitet som et folkesundhedsmæssigt problem

Inden for de seneste årtier har det danske samfund gennemgået en udvikling, hvor blandt andet industrialisering og den teknologiske udvikling har medført, at det er muligt for majoriteten af den danske befolkning at leve en tilværelse i nutidens samfund, hvor fysisk aktivitet ikke er en nødvendighed. Dette kan betragtes som en medvirkende årsag til udbredelsen af fysisk inaktivitet som et generelt, udbredt, folkesundhedsmæssigt problem (Kiens et al., 2007).

Fysisk inaktivitet har konsekvenser for sundheden og øger risikoen for en række sygdomme samt tidlig død (Jaeschke et al., 2017), men til trods for adskillige initiativer og indsatser med fokus på at gøre verdensbefolkningen mere fysisk aktive, vurderer WHO, at omkring 30% af den voksne befolkning er fysisk inaktive (World Health Organization, n.d.), samt at 3,2 millioner dødsfald årligt kan tilskrives fysisk inaktivitet (Ibid.). Samme tendens er gældende i Danmark, hvor det anslås, at 30-40% af den danske befolkning er fysisk inaktive, samt at der årligt forekommer 6000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive, sammenlignet med fysisk aktive individer (Eriksen et al., 2016). En fysisk inaktiv livsstil har således en skadelig virkning på helbredet og bidrager til den stadigt stigende forekomst af en lang række folkesygdomme (Jaeschke et al., 2017), men foruden at have en skadelig virkning på helbredet, er fysisk inaktivitet også dyrt for samfundet, grundet udgifter til behandling og pleje samt produktionstab (Eriksen et al., 2016).

Den sociale ulighed i sundhed viser sig også, når det gælder fysisk inaktivitet og følger samme mønster som den generelle ulighed i sundhed, idet der ses en ulige forekomst af fysisk inaktivitet mellem samfundets sociale klasser (Kiens et al., 2007).

Til at opnå en dybere forståelse for betydningen af en fysisk inaktiv livsførelse, både for det enkelte individ og på det samfundsmæssige niveau, udfoldes, i nedenstående, mulige konsekvenser, der kan forekomme som følge af fysisk inaktivitet.

2.2. Konsekvenser af fysisk inaktivitet

En fysisk inaktiv livsstil kan have store konsekvenser af både fysisk, psykisk, social og samfundsmæssig karakter. I henhold til de fysiske konsekvenser kan en fysisk inaktiv livsstil medføre negative konsekvenser for sundhed og funktion, samt bidrager til den stadigt stigende forekomst af diabetes, hjerte-kar sygdomme, fedme samt visse kræftformer (McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006). Dette skyldes kroppens fysiologiske respons på fysisk inaktivitet i form af nedsat funktion af både det kardiovaskulære- (Conversion, 1997; Ferretti et al., 1997) samt det muskuloskeletale system (Bloomfield, 1997; Paddon-Jones et al., 2006).

I forhold til de psykiske konsekvenser har individer, der er fysisk inaktive, højere risiko for at opleve symptomer på depression og angst sammenlignet med individer, der jævnligt dyrker motion (De Mello et al., 2013). Desuden identificerer flere studier, hvorledes en aktiv livsstil har en positiv indvirkning på livskvaliteten (Richardson et al., 2005; Hargreaves, Lucock & Rodriguez, 2017).

På det sociale plan kan fysisk inaktivitet have en negativ indvirkning, eftersom det kan være en årsag til ensomhed (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pels & Kleinert, 2016).

Foruden ovenstående konsekvenser for det enkelte individ, kan fysisk inaktivitet også ses som en samfundsøkonomisk byrde i Danmark, idet sundhedsvæsenet i 2013, sammenlignet med fysisk aktive individer, havde ekstra omkostninger på 5,3 mia. kr. til behandling og pleje samt 12 mia. kr. i form af tabt produktion (Eriksen et al., 2016), hvorfor flere fysisk aktive borgere antages at kunne medføre en lavere sygdomsbyrde og samfundsøkonomiske besparelser. I tillæg til den økonomiske byrde, kan social ulighed i forekomsten af fysisk inaktivitet fremhæves som endnu en konsekvens på det samfundsmæssige niveau (Kiens et al., 2007), hvilket, som tidligere nævnt, kan medvirke til at øge den sociale ulighed i sundhed.

For at kunne intervenere mod fysisk inaktivitet, er det essentielt at have en fælles forståelse for hvad, der kan karakteriseres som fysisk inaktivitet, samt hvor grænsen for, hvad der betragtes som et tilstrækkeligt aktivitetsniveau, bør sættes. Med baggrund heri undersøges i det følgende hvilken betydning den manglende konsensus omkring fysisk inaktivitet har for forebyggelsen heraf.

2.3. Manglende fælles definition af fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet er svært at definere, og der findes ikke nogen almen gyldig definition heraf, hvilket giver metodologiske problemer i arbejdet med at studere fysisk inaktivitet, idet der ikke er nogen konsensus om kvantificeringen heraf. Dette medfører, at der ikke er enighed om antallet af fysisk inaktive danskere, hvilket ikke skyldes manglende undersøgelser, men i højere grad manglende konsensus om definitioner og målemetoder. Endvidere måles fysisk inaktivitet sjældent direkte, idet dette ofte ikke er det primære interessefænomen forbundet med en given undersøgelse. I stedet måles fysisk aktivitet, som antages at være det modsatte af fysisk inaktivitet, hvorefter fysisk inaktivitet estimeres (Smith et al., 2011).

Den manglende fælles forståelse afspejles ligeledes i litteraturen, hvori der findes flere forskellige definitioner (Kiens et al., 2007). I Danmark findes der ingen definition af fysisk inaktivitet, men SST har, med henblik på at forebygge sygdom og fremme danskernes sundhed, opstillet følgende anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne:

- *Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelig kortvarig dagligdags aktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter.*
- *Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden.*
- *Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele.*

(Smith et al., 2011, p.12)

Den manglende konsensus kan, i tillæg til den samfundsmæssige udvikling, være en medvirkende årsag til, at fysisk inaktivitet er blevet et så udbredt folkesundhedsmæssigt problem, idet det, uden nogen fælles definition, kan være vanskeligt at forebygge.

Ovenstående anbefalinger, som har til formål at nedbringe antallet af inaktive borgere, giver indikation for, hvad der betragtes som et tilstrækkeligt aktivitetsniveau og forventes efterlevet af borgerne, hvorfor den bagvedliggende evidens for disse anbefalinger, undersøges i det følgende.

2.3.1. Evidens for Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne

Til formulering af SST's anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne er tre centrale områder adresseret; *intensitet, regelmæssighed og varighed* (Smith et al., 2011). Evidensen, der ligger til grund for anbefalingerne, er baseret på både internationale samt nationale studier, hvorigennem de tre områder afdækkes. Den internationale litteratur beror hovedsageligt på to amerikanske systematiske reviews (Nelson et al., 2007; Haskell et al., 2007), udgivet af *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*¹ og *American College of Sports Medicine (ACSM)*², hvori tidligere anbefalinger udgivet af CDC og ACSM i 1995, er vurderet og opdateret. Processen for udarbejdelse af anbefalingerne er foregået med både intern reviewing blandt medlemmerne i ekspertpanelet, samt ekstern reviewing af henholdsvis ACSM og the *American Heart Association (AHA)*³ forinden publicering. Derudover er et Cochrane-review (Forster et al., 2009) samt globale anbefalinger fra WHO (World Health Organisation, 2011) ligeledes anvendt som internationalt evidensgrundlag for de danske anbefalinger for fysisk aktivitet. Det nationale datagrundlag, som anbefalingerne ligeledes beror på, tager blandt andet udgangspunkt i en dansk helbredsundersøgelse, alt 18.000 danskere deltog i undersøgelsen, om end den deltagende gruppe ikke betragtes som repræsentativ for den danske befolkning, idet de deltagende overvejende synes at være socioøkonomisk godt stillet (Smith et al., 2011).

I litteraturen, som SST's anbefalinger er bygget på, undersøges både positive og negative effekter forbundet med fysisk aktivitet, hvor der, sammenlignet med den markant større positive effekt, findes en lav risiko for negative effekter ved fysisk aktivitet. Litteraturen indikerer desuden et dosis-responsforhold mellem effekt samt mængde og intensitet, hvilket vil sige, at bedre effekter kan opnås, såfremt aktivitetsmængden og -intensiteten er højere end anbefalet. Disse resultater danner baggrund for en forståelse af de opstillede grænser for fysisk aktivitet som arbitrære, hvor den fastsatte grænse er valgt med henblik på at aktivere de mindst fysisk aktive (Ibid.).

¹ CDC er en organisation, der arbejder for at beskytte Amerika mod faktorer, der kan true befolkningens helbred og sikkerhed. Dette gøres ved at udføre videnskabelig forskning og publicere sundhedsinformation, der således kan bidrage til at beskytte nationen mod risikofaktorerne (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

² ACSM er verdens største organisation inden for sportsmedicin og træningsvidenskab. Organisationen arbejder med at fremme og integrere videnskabelig forskning til oplysning og praktisk anvendelse inden for sportsmedicin og træningsvidenskab (American College of Sports Medicine, 2018).

³ AHA er Amerikas ældste og største frivillige organisation, der er dedikeret til at bekæmpe hjertesygdomme og slagtilfælde. Dette gøres gennem folkesundhedsoplysning og publicering af sundhedsinformation, baseret på videnskabelig forskning (The American Heart Association, 2017).

I arbejdet med at holde anbefalingerne ajour med den nyeste, tilgængelige evidens, sammenholdes anbefalingerne jævnligt hermed og korrigeres om nødvendigt.

Anbefalingerne synes, på baggrund af ovenstående, i overvejende grad at tage udgangspunkt i velbegrundet og stærk evidens, om end den fastsatte grænse er baseret på en skønsmæssig vurdering. Denne subjektive fastsættelse medvirker til at svække anbefalingernes videnskabelige styrke, men på grund af de bagvedliggende overvejelser forbundet hermed, betragtes anbefalingerne som et rimeligt grundlag for iværksættelse og forandring af initiativer, der har til formål at øge befolkningens aktivitetsniveau.

Med henblik på at implementere effektive interventioner, der kan bidrage til øget fysisk aktivitet, undersøges i det følgende kendetegn for individer, der er i særlig risiko for at være fysisk inaktive. Som følge af den tidligere identificerede sociale ulighed, i forhold til fysisk inaktivitet, tages der indledningsvist udgangspunkt i *socioøkonomisk status* (SES).

2.4. Kendetegn ved fysisk inaktive individer

SES dækker over socioøkonomiske faktorer, der har betydning for et individs status i samfundet og karakteriseres hyppigst ud fra uddannelsesniveau, indkomst og beskæftigelse (Galobardes, Lynch & Smith, 2007). SES kan have indvirkning på individets helbredsmæssige tilstand, idet en høj SES kan veksles til et godt helbred i form af sundhedsydelser af bedre kvalitet og nemmere adgang til disse, hvorimod en lav SES er associeret med dårligere helbred og højere dødelighed (Ibid.). Med baggrund heri undersøges, i det følgende, om der kan identificeres nogle særlige karakteristika for individer, der er fysisk inaktive.

Flere studier viser en sammenhæng mellem lav SES og fysisk inaktivitet (Crespo et al., 1999; Macdougall et al., 1997; McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006; Varo et al., 2003; Willey et al., 2010), hvor særligt uddannelsesniveau og indkomst er af afgørende betydning (Varo et al., 2003; Willey et al., 2010; Crespo et al., 1999; Macdougall et al., 1997; McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006). Studiet af Willey et al. (2010) finder en omvendt, lineær korrelation mellem fysisk inaktivitet og uddannelsesniveau, hvor prævalensen af fysisk inaktivitet stiger med et lavere uddannelsesniveau. Samme omvendte, lineære sammenhæng er gældende mellem fysisk inaktivitet og indkomst, hvor

prævalensen af fysisk inaktivitet stiger med lavere indkomst. Flere studier finder endvidere sammenhænge mellem fysisk inaktivitet og erhvervstilknytning, hvor både arbejdsløse og individer uden for arbejdsmarkedet er mere fysisk inaktive (McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006; Crespo et al., 1999).

En faktor såsom sociale netværker optræder ligeledes hyppigt som determinant for fysisk inaktivitet, hvor flere studier viser, at et begrænset socialt netværk er associeret med fysisk inaktivitet (McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006; Willey et al., 2010; Varo et al., 2003; Macdougall et al., 1997).

Foruden SES og socialt netværk er biologiske faktorer såsom alder (Varo et al., 2003; Willey et al., 2010; Macdougall et al., 1997) og køn (Varo et al., 2003; Crespo et al., 1999; Willey et al., 2010) også af betydning, hvor flere studier finder en lineær sammenhæng mellem stigende alder og fysisk inaktivitet, hvor resultaterne i forhold til køn viser, at kvinder er mere fysisk inaktive end mænd.

Den helbredsmæssige tilstand hos individer har også en indvirkning på risikoen for at være fysisk inaktiv. I studiet af Willey et al. (2010) ses hvorledes der, blandt individer med sygdom, uanset hvilken, er en højere prævalens af fysisk inaktivitet. I tillæg hertil finder studiet af Varo et al. (2003), at BMI har betydning for fysisk inaktivitet, hvor oddsene herfor er større hos individer med et BMI over 30 kg/m² sammenlignet med individer med et normalt BMI (20-25 kg/m²). Yderligere belyser studiet, at rygere er mere tilbøjelige til at være fysisk inaktive end ikke-rygere (Ibid.).

På baggrund af ovenstående, kan faktorer relateret til lav SES, sociale netværker, alder, køn, helbredsmæssig tilstand samt rygestatus identificeres som determinanter for fysisk inaktivitet. Dette indikerer, at der er ulighed mellem individer, der er fysisk inaktive sammenlignet med aktive individer, hvorfor der er behov for effektive initiativer, der kan bidrage til, at borgere med ovenstående karakteristika bliver mere fysisk aktive, hvormed den sociale ulighed i sundhed kan minimeres.

Med afsæt i viden om, at fysisk inaktivitet er et udbredt problem, hvor mange årsager kan ligge til grund herfor, har Aarhus Kommune i deres seneste sundhedspolitik, hvilken introduceres i det følgende, stillet fokus på, at fysisk aktivitet skal blive en naturlig del af flere borgeres hverdag.

2.5. Aarhus Kommunes sundhedspolitik

I den seneste sundhedspolitik for Aarhus Kommune, gældende fra 2015 til 2018, stilles fokus på faktorer, der understøtter borgernes trivsel samt medvirker til at øge ligheden i sundhed (Aarhus

Kommune, 2015). Sundhedspolitikken tager udgangspunkt regeringens syv nationale mål for danskernes sundhed, hvor der i henhold til fysisk inaktivitet er formuleret et mål om, at ”flere skal bevæge sig mere i dagligdagen” (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014). Til konkretisering af målene, der er blevet pålagt af Regeringen, har Aarhus Kommune samlet de syv nationale mål i fire satsningsområder, hvor der i ét af disse blandt andet fokuseres på bevægelse. Heri sigtes mod, at fysisk aktivitet og bevægelse, med et særligt fokus på motionsuvede grupper, bliver en naturlig del af flere århusianeres hverdag (Aarhus Kommune, 2015).

Som følge af et stadigt stigende fokus på at øge den århusianske befolknings aktivitetsniveau, er flere tiltag sat i værk, hvor et konkret eksempel herpå er forløbet *Sund Livsstil* (SL).

2.5.1. Sund Livsstil

SL er et kommunalt tilbud, hvis mål er, at deltagerne arbejder sig hen imod sundere vaner, hvormed de forbedrer deres sundhedstilstand, mindsker risikoen for livsstilssygdomme samt opnår en evne til at mestre hverdagslivet og fastholde forbedringerne (bilag 1). Forløbet er henvendt overvægtige og motionsuvede borgere over 18 år, der har en hverdag med lidt fysisk aktivitet og/eller en BMI over 25 (Folkesundhed Aarhus, 2017a). SL kan klassificeres som værende primært forebyggende, idet forløbet har til formål at forhindre at sygdom opstår hos borgere, som er i høj risiko for udvikling af sygdom (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvor kendskabet til den øgede risiko beror på karakteristikaene overvægt og fysisk inaktivitet. Der er en glidende overgang mellem primær- og sekundær forebyggelse (Ibid.), men overvægt og fysisk inaktivitet, som er tilstandene, der indebærer forøget risiko for udvikling af sygdom, anskues, i dette speciale, ikke som sygdomme, hvorfor SL ikke vurderes som en intervention, der udfører sekundær forebyggelse.

SL består af flere aldersinddelte forløb, som varer otte uger og består af en dialogbaseret holdundervisning samt et frivilligt tilbud om fysisk træning, der fortsat kan benyttes efter endt forløb (Folkesundhed Aarhus, 2017a). Derudover kan deltagerne, efter forløbet, deltage i fastholdelsescaféer, hvor relevante tematikker, relateret til livsstilsændring, tages op (bilag 2).

Forløbet har fokus på at skabe en bevidsthed omkring egne vaner samt vaneændring, hvormed deltagerne kan oparbejde nye vaner i henhold til kost og motion, der i højere grad faciliterer en sundere livsstil (Folkesundhed Aarhus, 2017b). Forløbet er finansieret af Aarhus Kommune, hvorfor der, udover eventuelle transportudgifter, ikke er udgifter forbundet med deltagelsen for borgerne (Folkesundhed Aarhus, 2017a).

I forhold til rekruttering til forløbet, kan borgeren selv kontakte Folkesundhed Aarhus, blive henvist fra egen læge og sagsbehandler, eller komme ind fra gaden og tale med en fagperson tilknyttet forløbet. For alle henvendelser gælder, at en indledende samtale, med afklaring af, hvorvidt forløbet kan hjælpe borgeren, er første skridt (bilag 2).

Tilgangen, hvor et sådant tilbud målrettes en specifik gruppe af personer i høj risiko, betegnes som en højrisikostrategi (Rose, 2001). I tillæg hertil lægges der i SL vægt på, at borgerne skal investere tid og energi i forløbet samt forandringsprocessen (Folkesundhed Aarhus, 2017a), hvorfor forløbet ligeledes kan karakteriseres som et individorienteret tiltag, idet dette er henvendt enkeltindivider og kræver en motiveret tilgang til adfærdsændring (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014).

For at undersøge effekten af forløbet, indsamles spørgeskemadata af Folkesundhed Aarhus umiddelbart efter dets afslutning, hvor langt størstedelen af deltagerne angiver, at de, gennem forløbet, har fundet en motionsform, de har lyst til at fortsætte med, samt at de har fået et mere positivt syn på motion. Dette indikerer, at forløbet har en god indvirkning på deltagerne, men den langvarige effekt, i form af vedvarende adfærdsændringer, opnås ikke, idet over halvdelen af deltagerne, ved opfølgning tre måneder efter endt forløb, svarer ”slet ikke” eller ”i mindre grad” på spørgsmålet om, hvorvidt de er blevet mere fysisk aktive samt om deres fysiske formåen er forbedret.

Den manglende langvarige effekt i SL er langt fra et enestående tilfælde. Flere studier rapporterer at deltagelse i en intervention ofte har en indledningsvis, kortvarig effekt, men den efterfølgende vedvarende forandring udebliver (Wing et al., 1998; Dale et al., 2009; Napolitano et al., 2006). Dette kommer eksempelvis til udtryk i studiet af Dale et al. (2009), hvor størstedelen af deltagerne, ved follow-up to år efter endt intervention, ikke har formået at fastholde deres livsstilsforandringer. I modsætning hertil identificerer et systematisk review, at der er evidens for effektiviteten af interventioner, målrettet fysisk inaktivitet, i henhold til vedvarende at øge deltagernes aktivitetsniveau (Müller-Riemenschneider et al., 2008). Denne evidens er dog begrænset til 12-24 måneder, hvorefter det ikke vides, om adfærdsændringerne fastholdes.

Overstående understreger det faktum, at trods gode intentioner samt adskillige forsøg på at facilitere vedvarende adfærdsændringer som følge af deltagelse i en livsstilsintervention, bortfalder disse som oftest efter endt intervention, hvorfor der, med henblik på at forandre SL, undersøges faktorer, som kan være forklarende herfor.

Forebyggende indsatser drejer sig om noget så centralt som borgernes liv og helbred (Vallgård, Diderichsen & Jørgensen, 2014), hvorfor etiske overvejelser bør inddrages i forbindelse med forandringen af SL. En større bevidsthed herom kan formentlig gøre det nemmere at tydeliggøre og håndtere de etiske problemstillinger, der kan være forbundet med SL, samt vil kunne bidrage til kvaliteten af beslutninger vedrørende forandring af interventionen. Det følgende afsnit vil, på baggrund heraf, udfolde etiske overvejelser, der er væsentlige at tage højde for i arbejdet med forebyggelsesinterventioner.

2.6. Etiske overvejelser i henhold til forebyggelsesinterventioner

Forebyggende indsatser medfører en række etiske problemstillinger, idet der, uanset hvilken forebyggende intervention, der overvejes implementeret, vil forekomme sammenstød mellem værdier, følelser samt grundopfattelse (Holtug et al., 2009). Det hænder derfor ofte, ved forebyggende interventioner, at når nogle individer gavnnes, skades andre, eller at de individer, der ønskes hjulpet, bliver skadet (Ibid.). I forhold til SL, kan dette komme til udtryk ved, at de individer, der deltager i interventionen, er i risiko for at opleve negative, utilsigtede konsekvenser, hvilket potentielt kan forværre deres tilstand. Omvendt vil de, såfremt forløbet ikke fortsat implementeres, blive frataget muligheden for at opnå de tilsigtede, gavnlige effekter.

Iværksættelse af SL findes kun relevant, såfremt den adfærd eller tilstand, som interventionen er målrettet, kan betragtes som en faktisk risiko, samt at der er tilstrækkelig grund til at tro, at indsatsen kan bidrage til at nedsætte eller fjerne den pågældende risiko, hvorfor interventionens gavnlige effekter gerne skal veje tungere end eventuelle negative konsekvenser. Med kendskab til konsekvenserne forbundet med fysisk inaktivitet, foreligger der et potentiale, både for samfundet og for det enkelte individ, i at intervenere mod fysisk inaktivitet, idet dette, foruden at minimere eller undgå sygdom, også vil kunne medføre samfundsøkonomiske besparelser (Eriksen et al., 2016). Disse positive effekter tilsigtes i SL, hvilket advokerer for interventionens berettigelse, men omvendt vil negative, utilsigtede konsekvenser, som ofte medfølger et sådant tiltag, tale mod iværksættelsen af interventionen.

I det følgende udfoldes indledningsvist, hvordan utilsigtede konsekvenser opstår, hvorefter potentielle, utilsigtede konsekvenser, der kan opstå i forbindelse med SL, undersøges.

2.6.1. Utilsigtede konsekvenser i henhold til forebyggende interventioner

Utilsigtede konsekvenser udspringer, ifølge Robert Merton (1936), af en interaktion mellem en målrettet handling og specifikke vilkår for handlingen, hvor den målrettede handling, i henhold til SL, udgøres af den dialogbaserede undervisning, hvor vilkårene både knytter sig til de ydre omstændigheder for undervisningen, eksempelvis lokationer, samt den sundhedsprofessionelles og deltagernes handlekompetencer.

Til vurdering af, om der kan forekomme utilsigtede konsekvenser af en målrettet handling skelner Merton (1936) mellem *organiserede* og *uorganiserede* handlinger, hvor der er større mulighed for at belyse og imødekomme utilsigtede konsekvenser ved organiserede handlinger, idet formålet med, og fremgangsmåden herfor, i modsætning til uorganiserede handlinger, er eksplicit defineret.

I den logiske model for SL (bilag 1) er både interventionens overordnede ramme samt formål formuleret, hvorfor interventionen umiddelbart fremstår som en organiseret handling, men idet der ikke forelægger en beskrivelse af undervisningens fremgangsmåde eller strukturering heraf, fremstår interventionen overvejende som en uorganiseret handling. Eftersom utilsigtede konsekvenser opstår i det interaktionelle samspil mellem undervisning og forudsætninger herfor, vil de manglende overvejelser herom i SL vil gøre det vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at tage højde for potentielle, utilsigtede konsekvenser. Dette vanskeliggøres ydermere af, at det sjældent er muligt, uanset omfanget af planlægning og viden, at forudsige det komplekse samspil mellem komponenterne og omgivelserne, hvorfor der altid vil forekomme en grad af uvished (Ibid.).

Der findes mange forskellige utilsigtede konsekvenser, som kan opstå på baggrund af deltagelse i en forebyggelsesintervention, men i det følgende er tre centrale negative, utilsigtede konsekvenser udvalgt; *medikalisering*, *sygeliggørelse* og *stigmatisering*, idet disse formodes at være af betydning i SL.

Medikalisering

Medikalisering er, ifølge Peter Conrad (2007), en betegnelse for, at flere dele af livets aspekter defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og gøres til et anliggende for sundhedsvæsenet. Der er ikke en indbygget grænse for, hvad der kan være genstand for forebyggelse, hvorfor der er en risiko for at medikalisering kan tage overhånd, såfremt flere af livets faser gøres til sundhedsproblemer eller udelukkende fremstilles som værende midler til sundhed (Conrad, 2007).

Medikalisering vurderes som en mulig utilsigtet konsekvens ved deltagelse i SL, idet forløbet er målrettet to risikofaktorer, henholdsvis fysisk inaktivitet og overvægt, der ikke nødvendigvis er behandlingskrævende, men som følge af SL, bliver det. Derudover bliver deltagerne i den dialogbaserede undervisning præsenteret for flere forskellige emner, såsom kost, motion og vaneændringer, som alle fremstår som midler til forbedret sundhed. Såfremt måden hvorpå disse tematikker, der italesættes i SL, fortrænger andre måder at anskue en sund livsstil på hos deltagerne, og redskaberne, der præsenteres i undervisningen, udelukkende anvendes som metoder til at sikre sundhed, kan dette betragtes som medikalisering. Dette kan medføre en simplificeret opfattelse af indsatsområderne, hvor livsstilsændringen ikke internaliseres eller udføres for deltagerens egen skyld, men i stedet anskues som nødvendig måde at sikre sundhed på. Indsatsområderne anses således ikke for at have værdi i sig selv, hvormed det potentiale, der foreligger i en varieret kost og en aktiv livsstil, som mål i sig selv frem for et middel til sundhed, negligeres, og øvrige positive, afledte effekter heraf kan overses.

Sygeliggørelse

Sygeliggørelse opstår når et individ udvikler en følelse af at være syg, hvilket kan være uhensigtsmæssigt, såfremt opfattelsen af at være syg er forkert eller overdreven, samt medfører at individets begrænser sin livsudfoldelse (Holtug et al., 2009).

Sygeliggørelse synes ligeledes at udgøre en potentiel utilsigtet konsekvens, som deltagerne kan opleve gennem deltagelse i SL, idet forløbet, som følge af dets karakter som kommunalt sundhedstilbud, kan fremstå som kulturel normsætter, hvis retningslinjer og vejledning kan være determinerende for deltagerens selvopfattelse og dermed deres livsførelse. Derudover er SL målrettet fysisk inaktive og overvægtige individer, hvormed deltagerne, gennem interventionen, gøres til en målgruppe med et behandlingsbehov. Deltagelse i SL indebærer således behandling mod fysisk inaktivitet og overvægt, hvilket potentielt kan påvirke deltagerens sygdomsopfattelse, som kan blive fejlagtig og overdreven. Dette kan medføre, at de begrænser deres livsudfoldelse, eksempelvis ved, at deltagerne unødvendigt holder sig fra at foretage ting, som de gjorde forinden deltagelse i SL, eller på anden måde begrænser deres ageren, grundet deres selvopfattelse af at være syg. Den potentielle sygeliggørelse hos deltagerne i SL bliver således problematisk, såfremt selvopfattelsen påvirker deltagerens adfærdsmønstre på måder, der kan have uhensigtsmæssige konsekvenser.

Sygeliggørelse kan desuden føre til patientgørelse ved, at et individ begynder at anskue sig selv som en patient (Holtug et al., 2009). Flere individer med sygdomme er i dag proaktive, hvor andre bliver passive og afventende i forhold til sundhedssystemet (Ibid.), og deltagelse i SL kan potentielt føre til

patientgørelse, idet nogle deltagere formentlig vil betragte det som interventionens ansvar at minimere risikofaktorer i deres livsførelse og tage hånd om deres helbred. Problematikken forbundet med patientgørelse kommer yderligere til udtryk, såfremt deltagerne betragter deres ansvar for eget helbred som udtømt efter, at de har deltaget i SL.

Stigmatisering

Stigmatisering betegnes, i modsætning til sygeliggørelse, der er knyttet til individniveauet (Hvas, 1999), som en social proces, der udspilles mellem individer i en konstant fortolkning af samfundet. Stigmatisering består, ifølge Erving Goffman (1963), af, at individet skiller sig ud fra mængden ved at adskille sig fra, hvad der samfundsmæssigt opfattes som værende 'normalt', samt at andre behandler individet som repræsentant for en stereotypiseret gruppe fremfor et enkeltindivid. Goffman (1963) skelner mellem to typer af stigmatisering; *miskrediterende* og *vanærende*, hvor det miskrediterende er et synligt stigma og det vanærende kan, modsat, forstås som et stigma, der ikke afsløres visuelt. Med afsæt i Goffmans (1963) to typer stigma, kan overvægt anskues som et miskrediterende stigma, idet overvægt kan være svært at skjule, hvorimod fysisk inaktivitet kan anskues som et vanærende stigma, eftersom denne tilstand formodes at kunne skjules, såfremt individet ønsker det.

Der er, ved brug af en højrisikostrategi, risiko for stigmatisering af de individer, som forebyggelsen er henvendt, hvilket i dette tilfælde kan ske ved, at SL, som tidligere nævnt, er målrettet en gruppe bestående af overvægtige og fysisk inaktive individer, hvormed disse tilstande kan anskues som nogle, der adskiller sig fra, hvad der samfundsmæssigt findes normalt.

Såfremt SL ikke opfattes som et oprigtigt ønske om at hjælpe, men i stedet bliver en oplevelse for deltagerne af, at de ikke passer ind i samfundet, er der risiko for, at de oplever deltagelsen i SL som negativ. Risikoen er til stede, idet SL definerer en tilstand hos deltagerne, som de ønsker ændret, og når den uønskede tilstand, i form af fysisk inaktivitet eller overvægt, endvidere er tæt knyttet til individet, kommer SL til at gå tæt på individets identitet og valg af livsstil, hvilket muligvis kan forværre deltagernes risikostatus yderligere.

De nævnte utilsigtede konsekvenser er alle eksempler på, hvordan SL kan have negative konsekvenser, der ikke nødvendigvis har med sundhed at gøre, idet medikalisering og sygeliggørelse har sundhed og sygdom i fokus, hvorimod stigmatisering i højere grad omhandler normalitet og deltagernes identitet. Derudover sker medikalisering og stigmatisering på samfunds niveau, mens sygeliggørelse finder sted på individniveau.

Med henblik på at skabe et nuanceret billede af SL, vil fokus i det følgende være på forløbets tilsigtede effekter i form af øget fysisk aktivitet, hvorfor det undersøges, hvad der kan være af betydning for, at en sådan effekt opnås. Analysen udformes med udgangspunkt i materiale om SL (Folkesundhed Aarhus, 2018; Folkesundhed Aarhus, 2017a; Folkesundhed Aarhus, 2017b), forløbets logiske model (bilag 1) samt en oversigt over opbygning af forløbets undervisningsgange (bilag 3).

Indledningsvist udfoldes sundhedssynet, der er fremtrædende i SL, idet måden hvorpå sundhed opfattes, er af afgørende betydning for udformning og iværksættelse af en intervention (Otto, 2009).

2.7. Sundhedssyn i SL

Sundhedssyn betegner, ifølge Steen Wackerhausen (1994), den måde hvorpå sundhed anskues, og overordnet kan der skelnes mellem to tilgange; *sundhedsfundamentalisme* og *sundhedsrelativisme*. Inden for sundhedsfundamentalismen er fokus på fravær af sygdom og død, hvor sundhed anskues som *middel* til at undgå dette, og alt, hvad der kan relateres til sundhed og sygdom, skal gøres objektivt og målbart. Sundhedsrelativismen repræsenterer derimod et bredere sundhedssyn, idet der, inden for denne retning, ikke findes én bestemt sandhed om sundhed og sygdom. Sundhed anskues som *mål* i sig selv, og hvorvidt dette opnås, afhænger af subjektets egne mål og værdier i forhold hertil (Ibid.).

Sundhedssynet for SL fremstår overvejende relativistisk, idet der i forløbet lægges vægt på ”opfattelsen af sundhed i en bred optik”, samt at deltagernes generelle helbredstilstand og helbredsrelaterede livskvalitet skal forbedres (bilag 1), hvormed sundhed præsenteres som et mål i sig selv. Det relativistiske syn på sundhed kommer ligeledes til udtryk ved, at der i forløbet ikke er opstillet objektive mål eller tests, som deltagerne skal opfylde eller gennemgå, hvorved deltagernes fremgang bliver et subjektivt anliggende, hvilket er i overensstemmelse med den relativistiske tilgang.

For at evaluere forløbet og undersøge, hvorledes og i hvilken grad, de opstillede outcomes er opnået, skal deltagerne udfylde et spørgeskema ved forløbets afslutning, hvor deltagerne besvarer spørgsmål angående deres fysiske formåen og udbytte af forløbet. Forløbet kvantificeres således ved brug af denne evalueringsmåde, der, med lukkede og standardiserede spørgsmål, som ikke giver plads til deltagernes subjektive oplevelse og mål, afspejler en mere fundamentalistisk tilgang. I forlængelse heraf er SL, til trods for at have egne mål opstillet, underlagt en kommunal agenda i form af Aarhus Kommunes sundhedspolitik 2015-2018, som har en målsætning om, at SL skal medføre ”Forebyggelse af livsstilssygdomme eller forebyggelse af progression i forbindelse med livsstilssygdomme”

som vil medføre ”Fastholdelse på arbejdsmarkedet, reduceret behov for kommunal hjælp, færre uhen-sigtsmæssige indlæggelser samt lavere medicinforbrug” (bilag 1). Dette vil formentlig, til en vis grad, underminere SL’s egne målsætninger, hvorved fokus i højere grad bliver på ønsket om en mere fun-damentalistisk effekt i form af fravær af sygdom, i stedet for de relativistiske og subjektive mål.

Forløbet besidder således spor af både sundhedsfundamentalisme og sundhedsrelativisme, hvilket, med afsæt i Wackerhausen (1994), muligvis kan skyldes en diskrepans mellem det *implicitte* og *ek-splícítte* sundhedsgreb. Det implicitte sundhedsbegreb er ubevidst og nonverbalt, samt relaterer sig til indlejrede forestillinger i praksis, hvorimod det eksplicitte sundhedsbegreb er sprogligt defineret og nedskrevet (Ibid.). Det implicitte og eksplicitte sundhedssyn er ikke nødvendigvis det samme, idet målet kan være formuleret ud fra ét sundhedsbegreb, men ubevidst efterlevet ud fra et andet, hvilket kan være tilfældet i SL.

Som følge af den sundhedsprofessionelles uddannelsesmæssige baggrund, hvor en biomedicinsk for-ståelsesramme er dominerende, vil personen ofte have en indlejret forestilling om sundhed, der er knyttet til sundhedsfundamentalismen (Ibid.). Dermed kan der opstå risiko for, at den sundhedspro-fessionelle implicit kommer til at projektere egne værdier og normer over på deltagerne, frem for at arbejde i overensstemmelse med det relativistiske udgangspunkt, der er ekspliciteret i den logiske model. En fare herfor er særligt gældende i tilfælde, hvor deltagerens livsverden adskiller sig markant fra den sundhedsprofessionelles (Ibid.), hvilket vil kunne forekomme i SL, idet forløbet er målrettet borgere, der er udfordret socialt og psykisk, samt formentlig har en anden samfundsmæssig position end de sundhedsprofessionelle.

Uoverensstemmelsen mellem de mål, der er opstillet for SL og den samfundsmæssige målsætning kan således, i tillæg til ovenstående, bidrage til, at der opstår en diskrepans mellem måden hvorpå den sundhedsprofessionelle handler og dennes egentlige intention, hvilket antages at kunne indvirke på undervisningssituationen og dermed deltagerens udbytte heraf i form af en negligering af den re-lativistiske tankegang, hvormed deltagerens egne mål og behov undermineres.

Foruden den ovenstående indvirkning af sundhedssynet, er måden, hvorpå deltagerne forventes at opnå læring gennem SL, ligeledes essentiel at indtænke i forandringen af interventionen, hvorfor følgende afsnit omhandler didaktik samt hvorledes overvejelser herom kan indvirke på deltagerens læringsudbytte af SL.

2.8. Tilrettelæggelse af undervisning i SL

Læring betegner en proces for en varig kapacitetsændring (Illeris, 2015), hvorfor opnået læring kan anskues som en forudsætning for, at der kan forekomme en adfærdsændring. For at fremme forudsætningerne for, at undervisningen i SL medfører læring og varige adfærdsændringer hos deltagerne, synes det derfor væsentligt at inddrage overvejelser omkring, hvordan undervisningen skal tilrettelægges.

Materialet for SL indeholder ikke en beskrivelse af, hvordan undervisningen skal struktureres eller hvilke didaktiske overvejelser, der er foretaget i forbindelse med planlægningen heraf, hvilket kan afspejle, at sådanne ikke er foretaget, hvilket, taget i betragtning, at SL udelukkende består af undervisningssessioner, er bemærkelsesværdigt. I tillæg hertil består *Deltagermappen*, som er det materiale, deltagerne får udleveret og skal arbejde med gennem forløbet, i overvejende grad af refleksive øvelser, hvor deltagerne blandt andet skal overveje og nedskrive, hvad der er vigtigt for dem i henhold til at ændre vaner, hvilke værdier de vægter højest, samt hvorledes de kan strukturere deres uge (Folkesundhed Aarhus, 2018). Sådanne øvelser synes anvendelige til at skabe bevidsthed om deltageres nuværende vaner, men praktiske øvelser, der kobler disse refleksioner til en faktisk udfoldelse, synes at mangle, hvilket kan betyde, at deltagerne ikke får inkorporeret de nye vaner i deres hverdag, hvormed de ikke opnår en vedvarende adfærdsændring.

Didaktik handler overordnet om de teoretiske overvejelser, der ligger bag tilrettelæggelse, afvikling samt evaluering af undervisning (Vedtofte et al., 2009). De grundlæggende didaktiske overvejelser indeholder en forholdstagen til *hvem*, der skal lære, *hvordan*, der skal læres, *hvorfor*, der skal læres og *hvad*, der skal læres, hvilket kan bidrage til at udvikle individets læringspotentiale (Ibid.). Anvendelse af didaktiske overvejelser i SL kan altså bidrage med kendskab til, hvilke forhold, der er af betydning for, at deltagerne opnår læring og foretager en adfærdsændring, samt kan tjene til at skabe overblik og være retningsgivende, idet kompleksiteten i tilrettelæggelsen og afviklingen af undervisningen, kan reduceres (Ibid.). Ved brug af didaktiske overvejelser i SL er det endvidere muligt for den sundhedsprofessionelle at skabe overblik over hvilken viden eller færdigheder, som deltageren er i besiddelse af og har brug for i forskellige situationer, idet deltagerne, udover at være overvægtige og/eller fysisk inaktive, er forskellige og har forskellige livsbetingelser samt mål med forløbet. Kompleksiteten af at medtænke didaktik i forberedelsen af undervisning er stor, men ideelt set kan undervisningen tilpasses mere præcist, jo flere overvejelser, der er gjort (Ibid.). Den manglende undervis-

ningsbeskrivelse samt didaktiske overvejelser i SL stiller således høje krav til den sundhedsprofessionelle i selve undervisningssituationen, idet personen ikke nødvendigvis har de fornødne ressourcer eller viden, der favner alle aspekterne i SL, såsom motion og bevægelse, madlavning, forandring af vaner og vedligeholdelse heraf. Det vides ikke, hvilken baggrund den sundhedsprofessionelle i SL har, men forskellige erhverv forvalter en bestemt type viden, hvorfor det forekommer urealistisk, at personen besidder de fornødne kompetencer inden for alle tematikker i SL. I tillæg hertil vil den manglende standardisering af forløbet sandsynligvis medføre, at de respektive forløb tilrettelægges på forskellige måder, hvilket således gør det vanskeligt at afgøre, hvilke aspekter i undervisningen, der bidrager til den effekt, der ses af forløbet, idet den sundhedsprofessionelle vil mangle kendskab til de indlejrede processer samt betingelser, der skal være til stede for at opnå det ønskede udbytte.

På baggrund af ovenstående synes det problematisk, at der ikke foreligger didaktiske overvejelser for SL, som kan understøtte det læringsudbytte, som deltagerne forventes at opnå, idet den manglende systematik vil kunne medføre, at undervisningssituationen præges af den enkelte undervisers præferencer, samt at læringspotentialer ikke udfoldes til fulde.

Inden for de seneste år er samfundet blevet mere komplekst (Plsek & Greenhalgh, 2001), hvilket medfører, at det enkelte individ, foruden deltagelsen i SL, også skal være i stand til at indgå i et dynamisk samspil med det omgivende samfund og hverdagslivets øvrige komponenter. Dette er vigtigt at anerkende og tage højde for, når en adfærdændring samt vedligeholdelse heraf forsøges opnået, hvorfor samfundets strukturelle indvirkning herpå udfoldes i det følgende.

2.9. Samfundets kompleksitet

Begrebet kompleksitet kan overordnet beskrives som noget, der er kontekstafhængigt og tvetydigt, hvorfor det kan anskues som en modsætning til simplicitet (Kannampallil et al., 2011). Ved komplekse systemer er det dynamiske samspil mellem delkomponenterne centralt, hvormed en ændring i én komponent kan influere på hele systemet (Ibid.). Denne struktur er gældende for nutidens samfund, der kan anskues som værende komplekst, hvor et individ ikke blot indgår i et enkelt system, men indgår i flere interagerende systemer (Bech-Jørgensen, 1994). Ved deltagelse i SL knyttes således endnu et system til individets hverdag og såfremt forløbet ikke kan udføres i samspil med de øvrige komponenter, såsom arbejds- eller familielivet, kan inkorporeringen af et nyt system medføre udfor-

dringer i forhold til at balancere forholdet mellem de interagerende dele. Dette kan blandt andet skyldes, at det tidsmæssigt ikke kan lade sig gøre for individet at tilføje flere komponenter til hverdagen, eller at individet ikke besidder de påkrævede værktøjer eller ressourcer til at foretage en sådan implementering (Moroshko, Brennan & O'Brien, 2011). Det tidsmæssige aspekt kan komme til udtryk i SL ved, at undervisningen forløber fra kl. 13:00-15:00 (bilag 3), idet tidsrummet formodes at kunne volde deltagerne problemer i forhold til arbejdspladsen, eftersom undervisningen foregår i samme tidsrum som en normal arbejdsdag. I henhold til at besidde de fornødne ressourcer, er et af målene med SL netop at øge deltagernes handlekompetencer og evne til at mestre hverdagslivet, men trods gode intentioner, opnås denne mestringssevne ikke nødvendigvis, som fremhævet i ovenstående afsnit. Endvidere er der i den logiske model for SL beskrevet, at der ikke er afsat økonomiske midler til kompensation for deltagernes transportudgifter forbundet med forløbet (bilag 1), hvilket således kan udgøre en organisatorisk udfordring i forhold til transporten mellem deltagernes bopæl og interventionsstedet.

Ovenstående indikerer, at betydningsfulde elementer, relateret til deltageres hverdag, i begrænset omfang er forsøgt imødekommet. En større hensyntagen til, samt anerkendelse af, at deltagerne, i nutidens komplekse samfund, interagerer med, og er tilknyttet andre borgere og systemer, er påkrævet, idet dette komplekse samspil kan have betydning for, hvorvidt deltagerne opnår varige adfærdsændringer.

Foruden kompleksitet i samfundet, kan betegnelsen kompleksitet ligeledes tilknyttes interventioner, der, ligesom komplekse systemer, bygger på flere interagerende komponenter (Shiell, Hawe & Gold, 2008). Med baggrund heri udfoldes, i det følgende, hvilken betydning selve opbygningen af SL kan have for, hvorvidt deltagerne opnår vedvarende adfærdsændring.

2.10. Komplexitet i interventioner

En intervention udgøres af en eller flere indsatsområder, som har til formål at medføre interventionens tilsigtede effekt (Kühne et al., 2015). Alt efter antallet af komponenter i interventionen, samt i hvilken udstrækning komponenterne interagerer, vil graden af interventionens kompleksitet variere, hvor flere komponenter og en stigende interaktion medfører større kompleksitet (Kannampallil et al., 2011).

Med afsæt i ovenstående fremstår SL umiddelbart som simpel, idet denne består af én komponent i

form af dialogbaseret undervisning, der har til formål at medføre den tilsigtede effekt (bilag 1). Derudover varetages hvert forløb af én sundhedsprofessionel, hvormed forløbet ej heller kan karakteriseres som tværfagligt, hvilket komplekse interventioner, foruden at bestå af flere interagerende komponenter, er kendetegnet ved (Østergaard & Maindahl, 2016). På baggrund heraf kan SL, grundet den simpelt opbyggede ramme, karakteriseres som en intervention med lav kompleksitet. Fordelen herved er, at en sådan intervention lettere kan beskrives og håndteres sammenlignet med en mere kompleks intervention (Kannampallil et al., 2011), hvilket er fordelagtigt for den sundhedsprofessionelle, idet vedkommendes arbejde kan udføres uafhængigt af andre. Komplekse interventioner besidder til gengæld, på baggrund af det dertilhørende komplekse samspil, et større potentiale end simple interventioner til at influere på flere parametre, såsom fysiske, psykiske og sociale, samtidigt (Shiell, Hawe & Gold, 2008). Derudover er komplekse interventioner mere anvendelige til at vedligeholde forandringer, idet de formår at påvirke flere af de omgivende faktorer i et individs liv (Kannampallil et al., 2011), hvilket betragtes som fordelagtigt i et tilfælde som SL og lignende interventioner.

3. Forandringsbehov

Til forandring af interventioner kan det være hensigtsmæssigt at anvende en systematisk model, der kan skabe struktur over forandringsprocessen og bidrage til at skabe overblik over, hvilke overvejelser der bør foretages i forbindelse med videreudvikling af interventioner, samt hvilken empiri og evidens, der kan være relevant at indsamle i forbindelse hermed (Østergaard & Maindahl, 2016). Hertil kan MRC-modellen, udviklet af Medical Research Council i 2008, med fordel anvendes, idet den har til formål at bidrage med retningslinjer for, hvilke praktiske, etiske og metodiske aspekter, som er væsentlige at overveje i forbindelse med udvikling og evaluering af komplekse interventioner (Craig et al., 2008).

I problemanalysens afsnit *Kompleksitet i interventioner* belyses potentialet forbundet med kompleksitet i interventioner til at vedligeholde forandringer (Kannampallil et al., 2011), idet kompleksitet i interventioner i højere grad kan medføre, at interaktionen mellem de forskellige komponenter i individets hverdag tilgodeses. På baggrund heraf formodes, at en større grad af kompleksitet i SL i højere grad kan facilitere til vedvarende adfærdsændringer hos deltagerne, hvortil MRC-modellen kan anvendes som redskab til strukturering af forandringen.

Med henblik på at forandre SL, hvorved deltagerne opnår vedvarende motivation for, samt lyst til, at være fysisk aktive efter endt forløb, vil den videre problemformulering være rettet mod, hvilke muligheder og forhold, der kan få fysisk inaktive individer til at blive fysisk aktive efter deltagelse i en livsstilsintervention. Hertil er der behov for indsigt i mulige motivationsfaktorer og barrierer, hvilket skabes gennem et øget kendskab til gruppen af deltagere, samt en viden om, og forståelse for, de faktorer, der har betydning for deltagernes hverdag og deltagelse. Denne forståelse skal således bidrage til, at mekanismer, relateret til fysisk inaktivitet, kan fremanalyseres og indgå som et væsentligt aspekt i forandringen af SL. På baggrund af ovenstående, er den følgende problemformulering opstillet. For i højere grad at sikre en fyldestgørende besvarelse af problemformuleringen, er tre underspørgsmål opstillet, hvor besvarelsen heraf danner forudsætning for besvarelse af den overordnede problemformulering.

4. Problemformulering

Hvordan fremmes og hæmmes motivation for fysisk aktivitet hos deltagere i livsstilsinterventioner, og hvordan kan viden herom benyttes til at forandre interventionen SL, med henblik på at skabe vedvarende adfærdsændring, i forhold til fysisk aktivitet, hos deltagerne efter endt intervention?

Underspørgsmål 1

Hvilke faktorer fremhæves i den eksisterende litteratur som betydningsfulde for at opnå vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet, som følge af deltagelse i en livsstilsintervention?

Underspørgsmål 2

Hvordan oplever tidligere deltagere interventionen SL, og hvordan kan der, på baggrund af indsigt heri, opnås en forståelse for, hvordan motivationen for fysisk aktivitet fremmes og vedligeholdes efter endt forløb?

Underspørgsmål 3

Hvilke karakteristika kan identificeres for deltagerne, som opnår varig adfærdsændring, i form af et øget aktivitetsniveau, som følge af deltagelse i SL, og kan der påvises associationer mellem disse og et vedvarende øget aktivitetsniveau?

Forinden det videre arbejde med besvarelse af problemformuleringen samt præsentation af de bagvedliggende metodiske overvejelser, udfoldes, definitionen af fysisk inaktivitet, der fremadrettet benyttes i specialet.

5. Begrebsafklaring af fysisk inaktivitet

Med udgangspunkt i specialets fokus på at minimere forekomsten af fysisk inaktivitet gennem opnåelsen af vedvarende adfærsændring i form af et øget aktivitetsniveau, findes det væsentligt at eksplicite den forståelse, der fremadrettet i specialet, anvendes til definering af fysisk inaktivitet.

Fysisk inaktivitet vil fremadrettet defineres som:

Mindre end 2,5 times fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet pr. uge.

Denne definition er afgrænset ved indledningsvist at undersøge hvorledes forskellige sundhedsmyndigheder og -organisationer definerer fysisk inaktivitet, hvorefter ovenstående definition er fastsat.

Den amerikanske organisation CDC, der arbejder for at beskytte Amerika mod faktorer, der kan true befolkningens helbred, definerer fysisk inaktivitet således: "For substantial health benefits, adults need to do at least 2 hours and 30 minutes each week of moderate-intensity aerobic activity, OR 1 hour and 15 minutes each week of vigorous-intensity aerobic activity, OR An equivalent mix of moderate- and vigorous-intensity aerobic activity" (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

WHO udtrykker følgende om fysisk inaktivitet: "Doing no or very little physical activity at work, at home, for transport or in discretionary time" (Bull et al., 2004, p.729), hvor det tilføjes, at den udførte aktivitet skal være af en varighed under 2,5 timer om ugen (Bull et al., 2004).

I Danmark eksisterer der, som tidligere nævnt, ingen officiel definition af fysisk inaktivitet, men SST anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter af moderat til høj intensitet dagligt, helst alle ugens dage (Smith et al., 2011).

Anbefalingerne fra CDC, WHO og SST bygger på eksisterende evidens for, hvilket aktivitetsniveau, der minimum bør udføres, før den fysiske aktivitet vil medføre en given sundhedseffekt. Definitionerne tager derfor afsæt i et krav om øget energiomsætning, men specificerer ligeledes anbefalingerne i henhold til intensitet, varighed samt regelmæssighed.

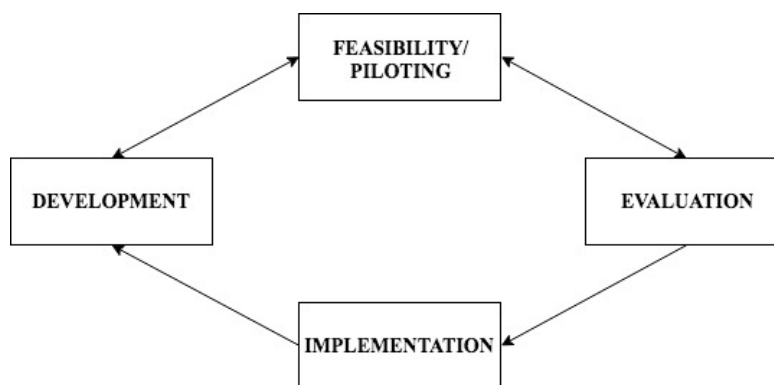
Den valgte definition ses således både at være i overensstemmelse med CDC og WHO. Derudover er definitionen i overensstemmelse med SST's anbefalinger om fysisk aktivitet for voksne, idet individer, som er fysisk aktive i mindre end 30 minutter om dagen, kategoriseres som fysisk inaktive.

Til strukturering af specialet og den videre proces mod formulering af forandringsforslagene, anvendes MRC-modellen, der, samt argumentation for anvendelse denne, præsenteres i det nedenstående.

6. MRC-modellen

MRC-modellen anvendes i specialet som redskab til at forandre interventionen SL, idet den kan rumme flere forskellige forskningsmetoder og kan bidrage til at opnå viden om, og indsigt i de faktorer, som har betydning for deltagerne og deres fysiske aktivitetsniveau. Ved anvendelse af MRC-modellen er det essentielt at være bevidst om, at modellering herudfra kan afspejle en overvejende positivistisk tilgang, som kan medføre øget fokus på målbarhed samt objektivitet, idet modellen oprindeligt er udarbejdet til udvikling og evaluering af randomiserede, kontrollerede forsøg relateret til komplekse interventioner (Black et al., 2000). Modellens positivistiske tilgang kan forekomme problematisk i specialets tilfælde, hvor den givne problemformulering ikke ønsker at beskrive eller forklare, men i højere grad er af forstående karakter, idet forståelse ikke opnås ved brug af objektivitet, men finder sted gennem subjekters intentioner, meninger og motiver i bestemte kontekster (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). Til trods herfor vurderes MRC-modellen anvendelig i specialet, eftersom den er velegnet til at skabe overblik og struktur i en forandringsproces, hvor mange overvejelser omkring væsentlige aspekter er påkrævet. Endvidere advokerer Craig et al. (2008) for anvendelsen af MRC-modellen til forskningsprocesser, hvor både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder benyttes, idet kvalitativ metode kan medføre essentiel indsigt i forandringsprocesser samt bidrage med et bredt spektrum af perspektiver, hvorfor kvalitative metoder med fordel kan benyttes i kombination med kvantitative metoder.

MRC-modellen indeholder følgende fire faser; *development*, *feasibility/piloting*, *evaluation* og *implementation* (Ibid.), der udfoldes nedenfor.

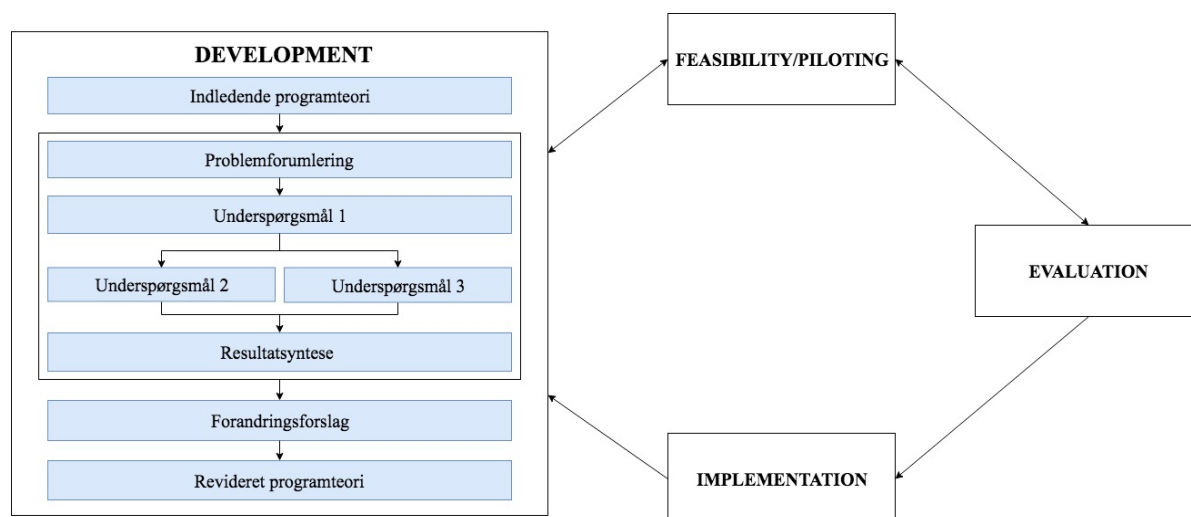


Figur 2: Illustration af MCR-modellens fire faser, samt disses indbyrdes interageren (Craig et al., 2008, p.8).

Den første fase i MRC-modellen, development, indeholder selve udviklingen af den komplekse intervention, samt overvejelser omkring, hvordan interventionen skal evalueres. Interventionen modelleres således i denne udviklingsfase, hvorfor det er essentielt at afdække i forvejen eksisterende evidens på området, samt undersøge hvilke teorier, som kan være relevante at anvende i udvikling af interventionen. Modellens anden fase, feasibility/piloting, omfatter afprøvning af interventionens gennemførlighed, idet fasen både tester den modellerede intervention samt den planlagte evaluering, hvortil det er væsentligt at belyse centrale aktørers holdninger og erfaringer. I modellens tredje fase, evaluation, bliver det, på baggrund af evalueringen, besluttet, om den komplekse intervention skal implementeres og såfremt interventionen skal udbredes til et bredere, nationalt perspektiv og indgå i daglig, klinisk praksis, bliver den fjerde fase, implementation, iværksat (Craig et al., 2008).

Specialet har til formål at forandre interventionen SL, hvorved deltagerne i højere grad opnår vedvarende adfærdsændringer efter endt forløb, hvorfor, udviklingsfasen udgør den overordnede ramme for specialet, idet der, til trods for, at SL allerede er implementeret, er behov for at gå tilbage til denne fase og justere interventionen. I specialet, grundet fokus på udviklingsfasen samt en begrænset tidsramme, gennemføres de resterende tre faser indeholdt i MRC-modellen ikke, men slutteligt i specialet foretages overvejelser samt beskrives konkrete forslag til udførslen af disse.

Nedenstående figur illustrerer specialets opbygningen af udviklingsfasen, hvor overvejelserne bag, samt argumentationen for nedenstående strukturering, udfoldes i det følgende.



Figur 3: Model over specialets struktureringen af udviklingsfasen, opstillet med inspiration fra MRC-modellen (Craig et al., 2008).

I udviklingen og forandringen af en intervention er det væsentligt at sikre en logisk sammenhæng mellem formålet for interventionen, udførelsen heraf samt den tilsigtede effekt. Antagelserne bag disse mekanismer kan synliggøres i en logisk model (Østergaard & Maindahl, 2016), hvorfor der indledningsvist opstilles en logisk model for SL i form af en programteori, der kan illustrere interventionens centrale elementer, samt hvorledes disse formodes at interagere i forandringsprocessen. Programteorien anvendes således som modelleringsredskab til at forklare, samt opnå forståelse for, hvordan indsatsen i SL, forventes at blive omsat til resultater.

På baggrund af indsigt opnået gennem problemanalysen, er specialets problemformulering, med tre underspørgsmål, udformet. Disse vil bidrage til at undersøge de elementer, der, med baggrund i programteorien, med fordel kan forandres i SL med henblik på at skabe vedvarende adfærdsændringer. Til besvarelse af underspørgsmål 1 foretages en systematisk litteratursøgning, idet teori og litteratur er, jævnfør MRC-modellen, anvendelige redskaber i udviklingsfasen til at belyse samt skabe forståelse for forandringsprocessen (Craig et al., 2008). Den systematiske litteratursøgning skal bidrage til at identificere betydningsfulde motivationsfaktorer i henhold til vedvarende adfærdsændring efter deltagelse i en livsstilsintervention og vil dermed, i henhold til programteorien, bidrage med indsigt i målgruppen, indsatsen samt processer. Viden opnået gennem litteraturstudiet vil influere på udformningen og besvarelsen af underspørgsmål 2 og 3, hvorfor besvarelsen af underspørgsmål 1, vil ligge forud herfor. Derimod vil besvarelsen af underspørgsmål 2 og 3 betragtes som sideløbende og ikke efter hinanden følgende, hvormed viden opnået gennem disse besvarelser, ansues som to separate bidrag til besvarelse af den overordnede problemformulering.

Til besvarelse af underspørgsmål 2 søges ligeledes indsigt i målgruppe, indsats samt processer, dog i en mere konkret kontekst, idet besvarelsen udformes på baggrund af kvalitative interviews med tidligere deltagere i SL. Besvarelsen af underspørgsmål 3 vil bidrage til viden omkring karakteristika for de deltagere, der har opnået den tilsigtede effekt af SL i form af et øget aktivitetsniveau, og dem, som ikke har. Dette udføres ved en kvantitativ analyse med udgangspunkt i spørgeskemadata indsamlet tre måneder efter endt forløb i forbindelse med evaluering af SL.

Slutteligt sammenholdes resultaterne fra de tre underspørgsmål i en syntetisering.

Gennem problembearbejdningen arbejdes overvejende induktivt, idet den indsamlede empiri vil være styrende for de teorier, der inddrages i besvarelsen af underspørgsmålene. Slutteligt vil den samlede viden, opnået herigennem, danne grundlag for udformningen af en række forandringsforslag, knyttet til SL, som afslutningsvist opstilles i en revideret programteori.

6.1. Programteori

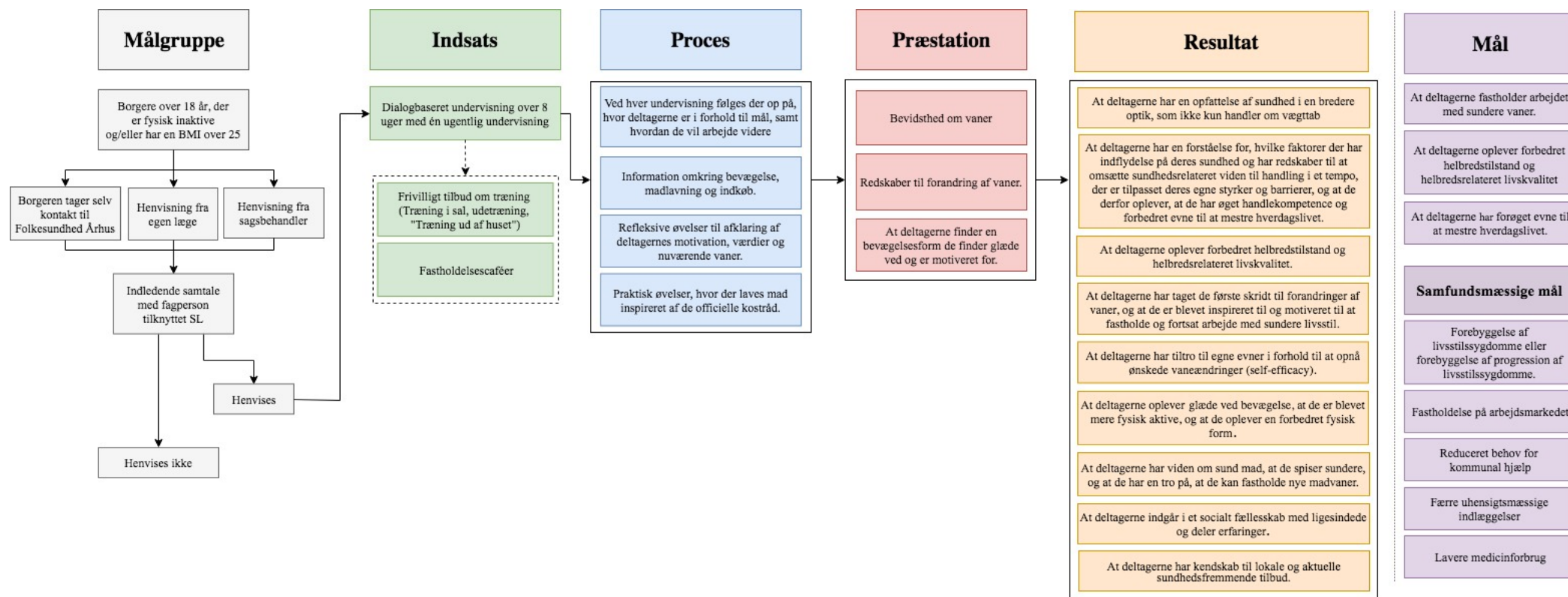
En programteori kan anvendes som redskab til at illustrere hvordan og hvorfor en intervention formodes at virke, samt tydeliggøre, hvad der bør undersøges nærmere (Dahler-Larsen, 2009). På baggrund af det tilgængelige materiale omkring SL (Folkesundhed Aarhus, 2018; Folkesundhed Aarhus, 2017a; Folkesundhed Aarhus, 2017b), samt den logiske model (bilag 1), opstilles en programteori for at klarlægge de områder i forløbet, der, med henblik på at facilitere vedvarende adfærdsændring i henhold til motionsvaner, med fordel kan forandres.

Programteorien opstilles med udgangspunkt i Peter Dahler-Larsens (2009) model, som inkluderer elementerne *målgruppe*, *indsats*, *proces*, *præstation*, *resultat* og *mål*. Den anvendes til at forklare, samt opnå forståelse for, hvordan indsatsen i SL omsættes til resultater, hvormed der bygges bro mellem tiltagets processer og effekter. Pilene i modellen illustrerer således de begrundede forestillinger om, hvordan SL forventes at forløbe.

Målgruppen i SL er overvægtige og/eller fysisk inaktive individer, der forinden deltagelse i forløbet har en indledende samtale med en fagperson tilknyttet SL, hvorigennem deres motivation for deltagelse samt helbredsmæssige status, afklares. Under indsatser er tre komponenter illustreret, hvor kun den dialogbaserede undervisning er en fast del af forløbet, idet træningssessionerne er et frivilligt tilbud, som deltagerne, såfremt de har lyst, kan anvende som et ekstra, sideløbende forløb, og fastholdelsescaféerne tilbydes først efter endt forløb. I kolonnen med processer illustreres hvilke

elementer, der kan influere på, samt hvilke betingelser, der skal opfyldes for, at præstationerne forekommer (Ibid.). Processerne omfatter, i forhold til SL, informering omkring bevægelse, madlavning og indkøb, opfølgning på deltageres mål samt hvordan deltagerne vil arbejde videre med disse. På samme måde som præstationerne, der er afhængige af forudgående processer, vil præstationerne afspejle de elementer, der er determinerende for, at resultaterne opnås (Ibid.). Resultaterne i SL er mange, men fælles for disse er et ønske om, at deltagerne opnår en forståelse for sundhed i et bredere perspektiv, samt at de, gennem forløbet, opnår viden og kompetencer til selv at fortsætte arbejdet med vaneændringen efter endt forløb. Til indfrielse af resultaterne forudsættes bevidsthed om egne vaner, kendskab til redskaber til at foretage vaneændringer, samt at deltagerne har fundet en bevægelsesform, som de finder glæde ved. Slutteligt illustreres hvorledes opnåelse af resultaterne er en forudsætning for, at de langsigtede mål realiseres (Ibid.), hvilket, i henhold til SL, kommer til udtryk som ønsket om, at deltagerne oplever en forbedret tilstand, øget mestringsevne i forhold til hverdagslivet samt kan fastholde vaneændringen. I tillæg hertil er der formuleret nogle langsigtede mål på det samfundsmæssige og kommunale plan.

Den indledende programteori er opstillet på næste side.



Figur 4: Indledende programteori for SL.

På baggrund af analysen af materialet for SL samt opstilling af programteorien, er det tydeligt, at processer samt præstationer er sparsomt udfoldet. Disse områder er essentielle i brobygningen mellem forløbets indhold og de tilsigtede effekter (Dahler-Larsen, 2009), hvorfor den manglende stillingtagen hertil, anskues som problematisk i forhold til at opnå de tilsigtede mål for SL. Disse områder, samt målgruppe og indsats, som vurderes vigtige i forhold til at opnå en dybere indsigt i de påkrævede processer, vil derfor være i fokus i forandringen af SL.

7. Videnskabsteoretiske paradigmer og forskningstyper

Valget af paradigme er afgørende for den erkendelse, der fremstilles, idet et videnskabsteoretisk paradigme betegner de grundlæggende anskuelser, som er styrende for forskning i både det praktiske samt teoretiske forskningsarbejde (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). I specialet arbejdes der ud fra både det fortolkningsvidenskabelige- og empirisk-analytiske paradigme, hvor underspørgsmål 1 og 2 tager afsæt i det førstnævnte paradigme. Dette paradigme bygger på teorier og data, der bidrager til at opnå en forståelse for menneskelige handlinger, hvortil individet udgør den primære datakilde i forskningsarbejdet (Ibid.). Det fortolknings-videnskabelige paradigme kommer til udtryk ved, at formålet med underspørgsmål 1 og 2 er at opnå en forståelse for, hvad der er betydning for, at kun nogle deltagere opnår vedvarende adfærdsændringer efter deltagelse i en livsstilsintervention, heriblandt SL. Underspørgsmål 3 tager afsæt i det empirisk-analytiske paradigme, som vægter testning, objektivitet og empirisk iagttagelse (Ibid.), hvilket er hensigtsmæssigt, idet formålet med underspørgsmål 3 er at undersøge specifikke karakteristika ved deltagerne, som formår at vedligeholde de nye motionsvaner efter deltagelse i SL.

Forskningstypen er styret af det bagvedliggende paradigme (Ibid.), hvilket medfører, at der i specialet arbejdes inden for både den *forstående* og den *beskrivende* forskningstype.

Kendetegnende for den forstående forskningstype er, at forskeren ønsker at afdække subjekternes meninger, motiver og intentioner i bestemte kontekster, hvilket ofte tager udgangspunkt i de udforskede perspektiver. Herigennem opnås viden om det fænomen, der undersøges (Ibid.). På baggrund af underspørgsmål 1 og 2 ønskes det at forstå deltagerne perspektiver på faktorer, som influerer på vedligeholdelsen af de tillærte motionsvaner, hvorfor disse underspørgsmål befinder sig i den forstå-

ende forskningstype. Forståelsen af fænomenet, vedvarende adfærdsændringer i forhold til fysisk aktivitet, udspringer på baggrund af to kontekster, hvor konteksten i underspørgsmål 1 er livsstilsinterventioner generelt, og hvorimod konteksten i underspørgsmål 2, er SL.

Inden for den beskrivende forskningstype, er forholdet mellem forskeren, de udforskede og genstandsfeltet distanceret og præget af neutralitet, og det er forskeres og eksperters holdninger, der dominerer (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). Underspørgsmål 3 vil, ved hjælp af et kvantitativt datasæt, undersøge associationen mellem opnåelse af et vedvarende øget aktivitetsniveau og specifikke karakteristika hos deltagerne i SL, hvorfor forskningsprocessen vil være præget af afstand mellem specialegruppen, deltagerne, og genstandsfeltet.

De metodiske tilgange, der anvendes i specialet, vil ydermere indvirke på den videnskabsteoretiske position, som specialet bevæger sig inden for. I relation til underspørgsmål 1 og 2 vurderes hermeneutikken relevant, idet forståelse og fortolkning, som er fremtrædende i disse underspørgsmål, er centrale elementer i heri. I relation til underspørgsmål 3 findes positivismen anvendelig, idet brugen af denne tilgang vil muliggøre resultater, som er objektive og målbare og dermed sufficente i forhold til at påvise associationer mellem specifikke karakteristika og vedvarende adfærdsændringer.

For at opnå en dybere, samlet forståelse af specialets problemfelt, integreres de kvantitative fund, til trods for, at underspørgsmål 3 besvares ud fra en positivistisk tilgang, efterfølgende i en hermeneutisk fortolkning, der også indeholder resultater fra underspørgsmål 1 og 2, hvormed specialet overvejende bevæger sig inden for hermeneutikken.

Hermeneutikken og positivismen, samt hvordan disse positioner kommer til udtryk i specialet, udfoldes i det følgende.

8. Videnskabsteoretisk position

8.1. Positivismen

Den positivistiske retning er forankret i naturvidenskaben og der arbejdes ud fra et ideal om at kunne fremstille positiv og sikker viden i forhold til det, som kan observeres (Birkler, 2010).

Inden for positivismen fremhæves følgende centrale begreber; *målbarehed*, *analyse/syntese*, *årsag/virkning* og *verificerbarhed* (Ibid.), der udfoldes i det følgende.

Med begrebet målbare refereres til, at alt, som kan måles, skal måles, og at de elementer, der endnu ikke kan måles, gøres målbare (Birkler, 2010). I specialet kommer målbare til udtryk ved en kvantificering af fysisk inaktivitet samt ved en kvantificering af kendetegn, der er karakteristiske for personer, der efter endt SL-forløb, ikke har formået at fastholde ny tillærte motionsvaner. Gennem analyse og syntese foretages først en opsplitning af fænomenet, hvorefter de enkelte dele studeres og sættes sammen, hvilket giver mulighed for at se potentielle sammenhænge (Ibid.). Måden hvorpå den kvantitative data håndteres og analyseres i specialet, tager afsæt i baggrundsviden opnået gennem problemanalysen og litteraturstudiet. Denne viden er således styrende for operationalisering af variable, de hypoteser der opstilles samt variable, der inkluderes i hypotesetestningen. Efter analysen samles de operationaliserede variable i en syntese ved hjælp af statistiske metoder for at undersøge, hvorvidt der forekommer en sammenhæng mellem gruppens karakteristika og deres evne til at fastholde nye vaner.

Begrebet årsag/virkning vedrører kausalitet, hvor det tilstræbes at finde den generelle årsag til det fænomen, der undersøges (Ibid.). Datasættet anvendt i den kvantitative analyse betegner et øjebliksbillede og indeholder således intet tidsperspektiv, hvormed årsag/virkning fremgår i begrænset omfang, idet der ikke kan påvises en kausal sammenhæng mellem deltagernes karakteristika, deres fysiske aktivitetsniveau og den potentielt opnående adfærdsændring.

Med begrebet verificerbarhed menes, at objektivitet bør tilstræbes, hvorved resultatet kan reproducere af andre. En undersøgelses resultater bør efterprøves flere gange, idet den ofte vil være behæftet med fejl (Ibid.), hvorfor der, med henblik på at imødekomme dette i specialet, tilstræbes transparens og systematik i metode- og resultatafsnittet. Dette findes desuden væsentligt i henhold til at opnå objektivitet

8.2. Hermeneutikken

Inden for hermeneutikken forsøges at forstå de hensigter og motiver, der ligger til grund for menneskets handlinger, hvorfor blandt andet læren om forståelse og fortolkning er helt centralt inden for denne tradition (Ibid.). I nedenstående tages afsæt i Hans-Georg Gadamer (2007) filosofiske hermeneutik, hvorigennem der advokeres for, at opnåelsen af forståelse forudsætter en inkorporering af individets formeninger og fordomme. I specialet anskues formeninger og fordomme som synonymt med begrebet *forforståelse*, hvorfor dette fremadrettet anvendes.

Centralt i hermeneutikken er, at subjektet, udforskeren og det udforskede objekt ikke kan adskilles, hvorfor et subjekt altid vil besidde en forforståelse om objektet, som hverken kan eller bør tilsidesættes, når dette undersøges. Dette betegner som subjektets forforståelse, som dermed udgøres af de fordomme, som subjektet tillægger et fænomen forinden det undersøges (Ibid.). I specialet kommer den indledningsvise forforståelse til udtryk som gruppens forudgående antagelser om problemfeltet, men gennem problemanalysen og den videre problembearbejdning, opnår gruppen ny viden og indsigt, der således medfører en udvikling og forandring af forforståelsen.

Ud fra et hermeneutisk perspektiv kan forståelsesprocessen anskues som en cirkulær proces, der kaldes *den hermeneutiske cirkel*. Med afsæt heri opnås forståelsen af helheden kun ved at betragte alle delelementerne, som helheden udgøres af, og omvendt (Ibid.) Det er denne tankegang, der danner grundlaget for det faktum, at forståelsen og forforståelsen forudsætter hinanden, forstået som, at subjektet må kunne fortolke for at forstå, men samtidig vil denne fortolkning være skabt på baggrund af forforståelsen, hvilket skaber en cirkulær proces.

Gennem problemanalysen har gruppen opnået forståelse for problematikker vedrørende fysisk inaktivitet samt vedvarende vaneændring, som har dannet udgangspunkt for problemformuleringen for specialet. Denne forståelse har medført en ny forforståelse, hvilken har betydning for opbygningen og udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning og dermed, den forståelse, der opnås herigennem. Dernæst vil resultaterne af litteraturstudiet medføre en ny forforståelse, der vil indvirke på måden hvorpå interviewguiden og den kvantitative analyse udformes, hvilket efterfølgende vil influere på den forståelse, der opnås herigennem. Gennem specialet vil den hermeneutiske cirkel således komme til udtryk ved, at der gennem opgavens forskellige faser løbende opnås ny viden, som bidrager til nye forståelser og forforståelser af problematikkerne vedrørende fysisk inaktivitet og vedvarende vaneændring.

Slutteligt fremhæves horisontsammensmeltning som et centralt begreb i hermeneutikken, idet dette anskues som en forudsætning for at opnå forståelse for et fænomen i dets kontekst. Horisontsammensmeltningen foregår mellem to horisonter og forudsætter at subjektet sætter sin horisont i spil i forhold til objektets horisont (Ibid.). I ønsket om at opnå en forståelse for mekanismerne bag fysisk inaktivitet og vedvarende adfærdændring, forudsættes derfor en horisontsammensmeltning mellem projektgruppens og deltagernes horisonter, idet en sådan sammensmeltning vil kunne udfolde og bidrage med en ny forståelse af fænomenerne. På baggrund heraf udfoldes specialegruppens forforståelse i det følgende afsnit.

8.2.1. Gruppens forforståelse

Et individs forforståelse dannes både på baggrund af dets faglige- og personlige baggrund, hvor det, i henhold til en forskningsmæssig kontekst, er hensigtsmæssigt, at faglige perspektiver ligger til grund for forforståelsen (Dahlager & Fredslund, 2012).

Blandt sundhedsprofessionelle kan der være en tendens til, at det fundamentalistiske syn på sundhed er dominerende, hvilket ligeledes er belyst i problemanalysens afsnit omkring sundhedssyn. Som følge af begge gruppemedlemmers sundhedsfaglige baggrund er der risiko for, at det fundamentalistiske syn på sundhed vil være styrende, hvormed dette vil præge forforståelsen og dermed have betydning for de resultater, der opnås gennem specialet. Dette vil være uhensigtsmæssigt i den kvalitative del af specialet, idet det fundamentalistiske syn kan begrænse nuanceringen af den horisont, der dannes herigennem i form af deltagernes subjektive oplevelser og erfaringer. Dette er dog, med baggrund i gruppens bevidsthed herom, forsøgt minimeret ved at arbejde åbent og forstående med dette område.

Problemformuleringen for specialet er, som tidligere nævnt, formuleret med udgangspunkt i den viden og forståelse, der er opnået gennem problemanalysen samt gennem interne diskussioner, hvor igennem forforståelsen løbende er blevet testet og sat på spil. Denne proces danner dermed udgangspunkt for en fornyet forforståelse af problemfeltet, hvor gruppen har opnået forståelse for udbredelsen af fysisk inaktivitet som et folkesundhedsmæssigt problem, hvilket kan tilskrives den historiske udvikling samt de konsekvenser, som en fysisk inaktiv livsførelse kan have, både på det fysiske-, psykiske-, sociale- og samfundsmæssige plan. Gennem problemanalysen er der tillige opnået en forståelse for kendetegn for fysisk inaktive personer, hvor særligt lav SES, alder, køn, helbred, socialt netværk, samt BMI er af betydning herfor. I forhold til deltagelse i SL er det fremanalyseret, hvorledes utilsigtede konsekvenser, i form af medikalisering, sygeliggørelse og stigmatisering, kan have en negativ indflydelse på deltagernes tilstand, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i henhold til at øge deres aktivitetsniveau. I tillæg hertil præges forforståelsen af det fremherskende sundhedssyn, didaktiske overvejelser i SL og samfundets kompleksitet, der kan have en indvirkning på, hvorvidt deltagerne gennemgår en læringsproces med adfærdsændring til følge, samt føler, at de kan inkorporere og fastholde vaneændringerne i deres hverdag.

Disse aspekter afspejler dermed gruppens nuværende forforståelse, hvorfor de kan betragtes, som nogle forudindtagede antagelser om, hvilke faktorer og elementer, der kan have betydning for individers aktivitetsniveau samt evne til at fastholde nye motionsvaner. Gruppen er dog bevidst om, at denne forforståelse vil forandres undervejs i takt med, at ny viden tilegnes. For at arbejde videre mod en fælles forforståelse, vil denne, gennem specialet, løbende sættes i spil og relateres til nye resultater, der opnås, hvilket dermed fordrer en ny og mere dybdegående forståelse af problematikker relateret til fysisk inaktivitet og vedvarende vaneændring.

9. Problembearbejdning

9.1. Litteraturstudie

Formålet med en systematisk litteratursøgning er at belyse et litterært grundlag i en faglig kontekst (Buus et al., 2008). Denne tilgang er hensigtsmæssig til indsamling af litteratur inden for et specifikt problemfelt (Rienecker & Jørgensen, 2012) og litteratursøgningen kan således, med afsæt i MRC-modellen, bidrage til afdækning af relevant, eksisterende viden inden for problemfeltet (Craig et al., 2008). Litteraturstudiet i specialet udarbejdes med det formål at besvare underspørgsmål 1, hvorfor søgespørgsmålet bliver: *Hvilke faktorer fremhæves i den eksisterende litteratur som betydningsfulde for at opnå vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet, som følge af deltagelse i en livsstilsintervention?* På baggrund heraf søges indsigt i deltagernes oplevelser med, og perspektiver på, vedvarende adfærdsændring som følge af deltagelse i en livsstilsintervention, hvilket indikerer et behov for en søgning efter kvalitative studier. Dette understøttes af Brinkmann & Tanggaard (2015), der advokerer for, at den kvalitative forskningsmetode netop vægter forståelsen af individers handlinger, intentioner og meninger.

I specialet er litteratursøgningen opbygget af en indledende- og en systematisk søgning. Den indledende søgning er udført med det formål at opnå forståelse for problemfeltet. I tillæg hertil kan denne bidrage til at afdække relevante thesaurusser og fritekstsøgetermer i de udvalgte databaser (Rienecker & Jørgensen, 2012), hvilket efterfølgende danner udgangspunktet for den systematiske søgning. Den indledende søgning er udført i PubMed, som er en af de største databaser inden for sundhed, medicin og sygepleje (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.).

I den systematiske søgning afdækkes litteraturen i flere databaser for at opnå en udtømmende søgning til belysning af problemfeltet, der, grundet et ønske om at opnå forståelse for deltagernes oplevelser og erfaringer i henhold til vedvarende adfærdsændringer, alle favner kvalitative studier. De udvalgte databaser er følgende: PubMed, Embase, Cinahl og PsycINFO. For at inddrage et biomedicinsk perspektiv til besvarelse af søgespørgsmålet, er PubMed og Embase udvalgt. Disse databaser indekserer overvejende litteratur af biomedicinsk karakter, men indeholder ligeledes en betydelig mængde kvalitativ litteratur (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.), hvilket kan bidrage til en bred forståelse af problematikkerne forbundet med at fastholde adfærdsændringer. Derudover indeholder begge databaser mange europæiske udgivelser, hvilket bidrager med en øget overførbarhed til dansk kontekst (Ibid.). Cinahl er relevant til besvarelse af søgespørgsmålet, idet databasen, ligesom PubMed og Embase, indeholder litteratur inden for det biomedicinske felt, men med et sygeplejefagligt perspektiv (EBSCO, 2016). Slutteligt er PsycINFO udvalgt, idet denne er en central database inden for det psykologiske område, som indeholder flere studier omhandlende adfærd (Buus et al., 2008), hvilket findes relevant i forhold til specialets søgespørgsmål.

Til strukturering af den systematiske søgning er principperne for bloksøgning, hvor søgetermer i de enkelte facetter samles i blokke, anvendt, idet disse skaber overblik over søgningen, muliggør løbende redigering og tilpasning af de enkelte facetter samt giver indikation for, hvorvidt der, i nogle facetter, er behov for at inkludere flere søgeord (Ibid.).

For at sikre anvendelse af faglige termer er der i samtlige databaser anvendt kontrollerede søgetermer, som i enkelte facetter er suppleret med fritekstsøgeord. Søgeordene inden for facetten kombineres med den boolske operator OR, idet denne har til formål at udvide søgningen (Ibid.). Herefter sammensættes blokkene ved brug af den boolske operator AND, der, i modsætning til OR, har til formål at konkretisere søgningen til problemfeltet (Ibid.). Ved flere af fritekstsøgeordene er trunkering anvendt med det formål at udvide søgningen, således alle tænkelige endelser af ordet medtages.

Søgestrategien for den systematiske søgning tager afsæt i SPIDER-modellen udarbejdet af Cooke, Smith & Booth (2012), idet denne er særlig anvendelig til søgning målrettet kvalitativ forskningslitteratur. I SPIDER-modellen opstilles følgende fem facetter; *Sample* (studiepopulationen), *Phenomenon of interest* (interessefænomenet), *Design* (studiedesign samt dataindsamlingsmetode), *Evaluation*

(evalueringsmål eller outcome) og *Research* (studietype) (Ibid.). Disse kombineres på forskellig vis, illustreret i søgeprotokollen (bilag 4), for at målrette søgningen mod kvalitativ litteratur.

Gennem litteratursøgningsprocessen inddrages løbende overvejelser i henhold til søgningens resultater samt kvalitet, hvor de teoretiske begreber *recall* og *precision*, kan anvendes til vurdering heraf (Frandsen et al., 2014). Recall betegner den samlede andel af relevante artikler i databasen, der identificeres ved søgningen, og precision er et udtryk for den andel af søgningens resultat, der er relevant.

9.1.1. Den indledende søgning

Den indledende søgning er udført med afsæt i en eksplorativ tilgang til identificering af relevant, kvalitativ litteratur og er opbygget efter SPIDER-modellen. De udvalgte facetter for den indledende søgning er opstillet i nedenstående tabel. For yderligere beskrivelse og forklaring af de enkelte facetter henvises til søgeprotokollen (bilag 4).

Søgefacetter	
Sample (S)	Voksne
Interessefænomen (PI1)	Fysisk aktivitet
Interessefænomen (PI2)	Motivation
Interessefænomen (PI3)	Vedvarende adfærdsændring
Design (D)	Survey, interview, fokusgruppe og observation
Evalueringsmål (E)	Oplevelse, perspektiver og erfaringer.
Research (R)	Kvalitative- og mixed methods studier

Tabel 1: Søgefacetter inkluderet i den indledende søgning

Den indledende søgning er udført ud fra følgende søgestrategi: [(PI1 AND PI2 AND PI3) AND (D OR E)], hvor der fremkom 189 hits. Ved gennemgang heraf blev det erfaret, at søgningen ikke resulterede i et tilfredsstillende antal studier, der kunne bidrage til besvarelse af søgespørgsmålet. En årsag hertil kan være, at nogle af facetterne begrænser søgningen (Frandsen, Christensen & Ølholm, 2016). I de identificerede søgeresultater manglede de rette kontekstuelle forhold i form af deltagelsen i en livstilsintervention, hvorfor PI2 i den systematiske søgning skiftes ud med *Livsstilsinterventioner*, hvormed der opnås en højere precision i søgningen. Denne udskiftning er foretaget på baggrund af

en vurdering af, at fire interessefænomener vil medføre en for snæver søgning. Derudover blev det erfaret, at facetten PI3 formår at indfange det motivationsmæssige aspekt.

9.1.2. Den systematisk litteratursøgning

Med baggrund i erfaringerne opnået gennem den indledende søgning, samt korrektionen af PI2, har nedenstående facetter dannet udgangspunkt for søgestrategien for den systematiske litteratursøgning.

Søgefacetter	
Sample (S)	Voksne
Interessefænomen (PI1)	Fysisk aktivitet
Interessefænomen (PI2)	Livsstilsinterventioner
Interessefænomen (PI3)	Vedvarende adfærdsændring
Design (D)	Survey, interview, fokusgruppe og observation
Evalueringsmål (E)	Oplevelse, perspektiver og erfaringer.
Research (R)	Kvalitative- og mixed methods studier

Tabel 2: Søgefacetter inkluderet i den systematiske søgning

9.1.3. Inklusions- og eksklusionskriterier

Nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier er anvendt som rettesnor, idet disse har været styrende for den systematiske tilgang til udvælgelse af studier. Kriterierne er udvalgt på baggrund af erfaringer fra den indledende søgning samt med henblik på at de udvalgte studier skal bidrage til besvarelse af søgespørgsmålet. Til trods for ændringen af PI2 til livsstilsinterventioner, blev det erfaret, at konteksten i de identificerede studier varierede, hvorfor sidstnævnte inklusionskriterium er opstillet for at højne overførbarheden til specialets kontekst. Med baggrund i samme argumentation, er et konkret aldersinterval tilføjet i det første inklusionkriterium.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Voksne personer (25-75 år) skal indgå i studiepopulationen. • Studier, hvor deltagernes perspektiver på, og oplevelser med vedvarende adfærdsændringer, i form af øget fysisk aktivitet, fremgår. • Studier, hvor deltagere, ved follow-up, har fastholdt deres adfærdsændringer. • Adfærdsændringerne er sket som følge af deltagelse i en livsstilsintervention eller interventioner, som er målrettet fysisk inaktivitet.	• Studier, der ikke er skrevet på engelsk, dansk, svensk eller norsk. • Studier fra lavindkomstlande, der ikke kan overføres til en dansk kontekst. • Studier hvor deltagerne har én eller flere sygdomme

Tabel 3: Inklusions- og eksklusionskriterier for den systematiske litteratursøgning.

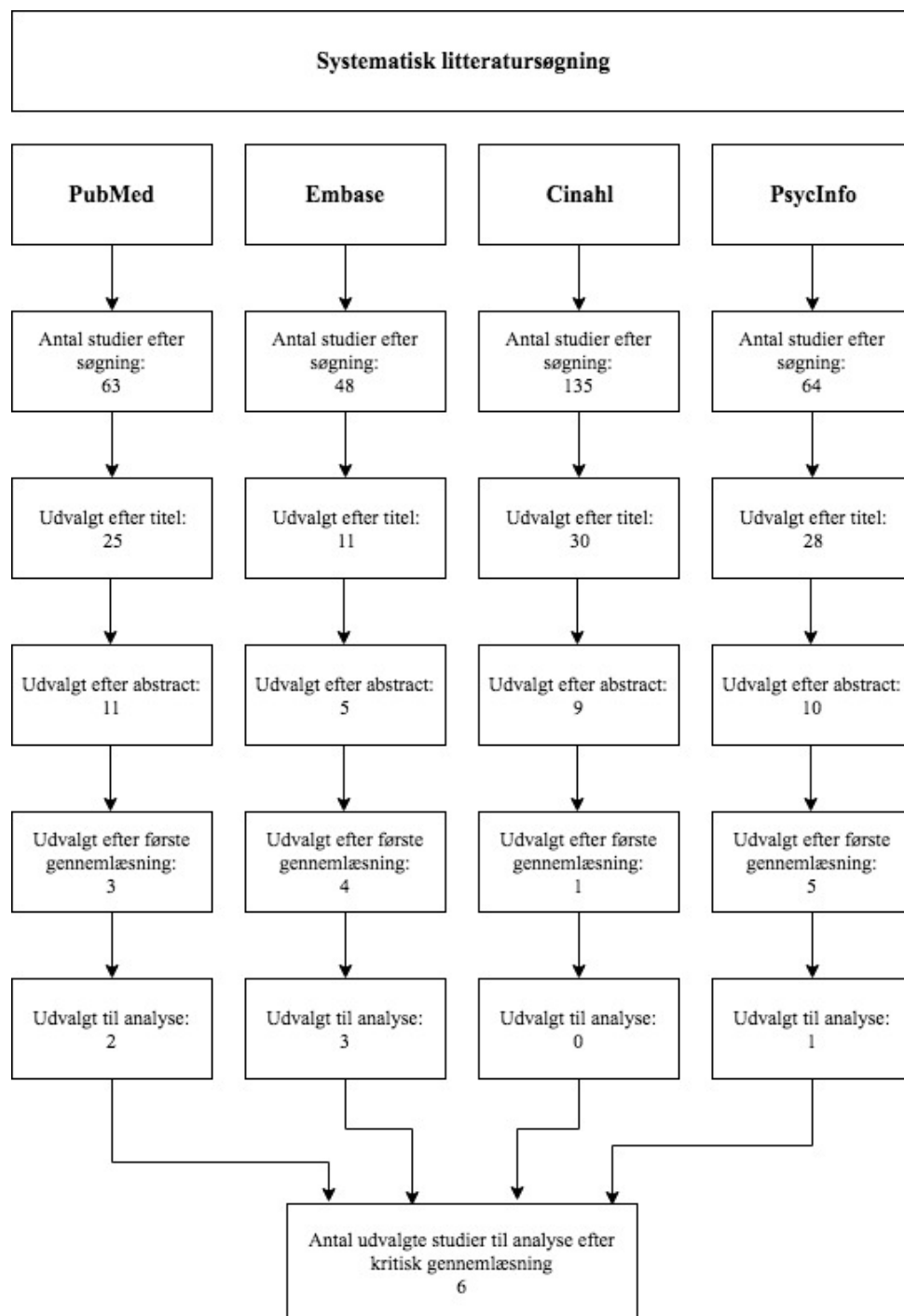
9.1.4. Udvalgelse og kritisk gennemgang af studier

Udvælgelsen af litteratur er foregået ved indledningsvist at læse studiets overskrift, og såfremt denne findes relevant, læses abstractet. I denne fase af udvælgelsesprocessen er det ikke nødvendigt, at inklusionskriterierne efterleves, men såfremt et eller flere eksklusionskriterier er gældende, fravælges studiet. Ud fra abstract er flere studier udvalgt til første gennemlæsning, hvorefter begge gruppemedlemmer læser studiet og vurderer, hvorvidt studiet kan indgå i litteraturstudiet. Studier, der ikke opfylder inklusionskriterierne, frasorteres

På baggrund af den systematiske litteratursøgning er seks studier udvalgt til videre analyse.

Med afsæt i SPIDER-modellen (Cooke, Smith & Booth, 2012), er den endelige søgestrategi udarbejdet, hvor facetterne er kombineret på følgende måde: [(PI1 AND PI2 AND PI3) AND (D OR E) AND R]. Såfremt der fremkom mere end 200 hits, tilføjes facetten *Sample* til søgningen: [(S AND (PI1 AND PI2 AND PI3)) AND (D OR E) AND R].

Det samlede antal hits, i de udvalgte databaser, er illustreret i nedenstående flowchart.



Figur 5: Flowchart over udvælgelsen af studier i den systematiske litteratursøgning.

Til vurdering af studierne kvalitet er det fordelagtigt, at den anvendte metode bidrager til en relativ objektiv vurdering samt gør det muligt at dokumentere og reproducere fremgangsmåden (Jørgensen, 2007). Tjeklister kan anvendes som vejledende redskab i forhold til hvilke elementer, som afrapporteringen bør indeholde, hvorudfra troværdigheden af resultaterne og studiets samlede kvalitet kan

vurderes (Lund et al., 2014). Med baggrund heri anvendes tjeklister i specialet til at vurdere kvaliteten af de udvalgte studier, hvor udvælgelsen af relevante tjeklister, foretages på baggrund af studiets design (Jørgensen, 2007). Samtlige udvalgte studier har et kvalitativt studiedesign, hvor fire af artiklerne anvender semistrukturerede, individuelle interviews (Donnachie et al., 2017; Penn et al., 2013; Huberty et al., 2013; Hardcastle & Hagger, 2011), ét anvender fokusgruppeinterviews (Korkiakangas et al., 2011) og det sidste studie anvender et åbent, kvalitativt spørgeskema (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). På baggrund heraf er samtlige artikler vurderet ud fra CASP-tjeklisten (CASP Qualitative research Checklist, 2017), som oprindeligt er udviklet til systematiske reviews og RCT (Critical Assessment Skills Programme, 2018). Løbende er den dog blevet justeret, hvilket har resulteret i udarbejdelsen af den tjekliste til kvalitative studier, der anvendes i specialet. I specialet anvendes en dansk udgave af CASP-tjeklisten til kvalitative interviews udarbejdet af Odense Universitetshospital (bilag 5).

I tillæg til ovenstående, er en søgeprotokol udarbejdet som dokumentation for søgeprocessen, hvori fremgangsmåden for den konkrete udførelse af søgningen beskrives (bilag 4). Hensigten med søgeprotokollen er således at øge reproducerbarheden samt transparensen af den systematiske søgning.

For at skabe overblik over de seks udvalgte studier, opstilles en skematisk præsentation af studierne, hvorefter vurdering af studiernes kvalitet, samt analyse af resultaterne opnået heri følger.

Forfatter, år, titel og land	Formål	Design og metode	Studiepopulation	Intervention	Betydende faktorer for vedvarende adfærdsændring	Styrker og begrænsninger
C. Donnachie et al. (2017): 'It's like a personal motivator that you carried around wi' you': utilising self-determination theory to understand men's experiences of using pedometers to increase physical activity in a weight management programme. Skotland	At undersøge, hvordan en skridttæller kan anvendes som redskab til at facilitere vedvarende adfærdsændringer, samt opnå kendskab til andre motivatorer og barrierer, der påvirker vedvarende adfærdsændringer i forhold til fysisk aktivitet.	Kvalitativt studiedesign med 28 individuelle, semistrukturerede interviews, foretaget telefonisk. Inkluderer mænd, som i løbet af forløbet har eller ikke har tabt sig 5%. 14 af de interviewede havde tabt sig minimum 5%, 12 havde ikke tabt sig 5% og for de resterende 2 var der ikke information herom Opfølgningstid: 6-12 mdr. efter endt forløb	Ud af de 94 overvægtige mænd, som var tilknyttet én af 12 fodboldklubber, som tilbød forløbet, blev 34 kontaktede ang. deltagelse i et interview. Alder: 35-65 år. Efter 28 interview blev datamætning opnået.	Interventionen "Football Fans In Training" varer 12 uger. Interventionen består af 1 ugentlig undervisnings- og træningssession ved deres lokale fodboldklub. Hver session består af undervisning omkring vægttab og kostvejledning efterfulgt af fysisk træning. I tillæg hertil blev hver deltager understøttet med en skridttæller, og blev opfordret til gradvist at øge deres gennemsnitlige, ugentlige antal skridt.	Facilitatorer • Ønsket om forbedret fysik • Øget velvære • Øget selvværd • Vægttab/-vedligehold • Helbredsmæssige årsager • Følelse af at være sundere • Social støtte • Skridttæller Barrierer • Tid • Manglende støtte	Styrker • Blandet studiepopulation. • Gode citatangivelser. • Giver en nuanceret indsigt i emnet. Begrænsninger • Risiko for recall-bias. • Utransparent kodning og kategorisering. • Interview foretaget over telefon, hvorved der mistes noget menneskelig interaktion.
S. Hardcastle & M. S. Hagger (2011): "You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior. Australien	At udfolde og opnå indsigt i opfatteiser og oplevelser blandt deltagere i en rådgivende intervention med henblik på at identificere faciliterende og hæmmende faktorer for adfærdsændring i relation til fysisk aktivitet og kost.	Et kvalitativt studiedesign bestående af 14 individuelle, semistrukturerede interviews. 9 interviews udføres telefonisk og 5 interviews udføres ansigt-til-ansigt. Interviewguiden indeholder overvejende åbne spørgsmål, og interviewteknikken beror i høj grad på refleksiv lytning. Opfølgningstid: 12 mdr. efter endt intervention.	Ud af i alt 37 overvægtige personer, der havde deltaget i interventionen, ønskede 14 deltagere at medvirke i interviewene (9 kvinder, 5 mænd). Gennemsnitsalder: 57.6 ± 5.5 år. Der anvendes en målrettet rekrutteringsstrategi med henblik på at opnå "maximum variation" i henhold til demografi samt udbytte af interventionen.	6 måneders forløb, hvor deltagerne modtager op til 5 ansigt-til-ansigt konsultationer á 20-30 minutter med en fysisk træner og en diætist. I konsultationerne arbejdes der ud fra 'Den motiverende samtale'.	Facilitatorer • Monitorering og støtte • Lyttende støtte • Motivation og selvregulering Barrierer • Manglende opbakning fra ægtefælle/partner	Styrker • Velbegrundet metodisk fremgangsmåde. • Lang opfølgningstid. • Nuanceret indsigt sfa. den åbne, kvalitative tilgang. • Blandet studiepopulation. Begrænsninger • Manglende diskussion af troværdigheden af resultaterne. • Utransparent kodning og kategorisering. • Kun 14 ud af 37 personer ønskede at deltage i interviews, hvilket medfører risiko for selektionsbias. • Nogle interviews er foretaget over telefon, hvorved der mistes noget menneskelig interaktion.

J. L. Huberty et al. (2013): <i>Women Bound to be Active: Differences in Long-Term Physical Activity Between Completers and Noncompleters of a Book Club Intervention.</i> USA	Undersøge effektiviteten af en intervention i forhold til øget fysisk aktivitet, samt identificere årsager til hvorfor nogle opnår vedvarende adfærdsmændringer, i form af øget fysisk aktivitet, mens andre ikke gør.	Et mixed-methods studiedesign. Den kvalitative dataindsamlingsmetode består af 30 individuelle interviews, som varer mellem 15-35 min. og udføres ansigt-til-ansigt. Interviewsne var semistrukturerede og guiden indeholder 4 temaer og dertilhørende åbne spørgsmål. Opfølgningstid: 12 mdr. efter endt intervention	52 personer på 51.8 ± 10.2 år deltog i interventionen, hvoraf 30 kvinder blev interviewet. Rekrutteringen sker 1 år efter endt intervention, hvor alle deltagere får tilsendt et brev ang. follow-up.	"Women Bound to Be Active" varer 8 mdr. og anvender en "book club approach". Deltagerne har selv tilmeldt sig interventionen. Deltagerne mødtes 1 gang ugentligt de første 4 mdr., hvorefter de mødtes 2 gange om måneden. Deltagerne blev opfordret til at dyrke motion uden for interventionen, men modtog intet træningsprogram. I stedet skulle de, sammen med de andre deltagere, diskutere gode måder at være fysisk aktiv og vedligeholde dette.	Facilitatorer • Vægttab • Helbredsmæssige gevinster • Øget selvværd • Sundhed i bredere perspektiv – ikke kun vægttab • Social support/støtte fra venner og familie • Udstyr til monitorering Barrierer • Tid • Manglende støtte • Manglende motivation	Styrker • Lang opfølgningstid • Stor studiepopulation • Nuanceret indsigt i årsagerne. den kvalitative tilgang. • Interviews med både frifaldne og personer, der gennemfører. Begrænsninger • Kvinderne tilmelder sig selv, hvorfor det må antages at de på forhånd er motiverede. • Selvrapporateret fysisk aktivitet. • Personer der hhv. gennemfører og ikke gennemfører er ikke helt ens ved baseline.
E. Korkiakangas et al. (2011): <i>Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study.</i> Finland	At identificere og opnå indsigt i motivatorer og barrierer for fysisk aktivitet blandt deltagere i en rådgivende intervention.	Et kvalitativt studiedesign bestående af 11 fokusgruppe interviews på 1,5 time, foretaget med 74 personer. Fem interviews blev foretaget ved brug af videokonference udstyr. Seks interviews blev udført ansigt-til-ansigt. Opfølgningstid: 6 mdr. efter endt intervention.	74 personer (33 mænd og 41 kvinder) på gennemsnitligt 49 år. Raske, men risiko for at udvikling af type 2-diabetes. Henvist af egen læge eller andre sundhedsinstanser.	Interventionen "the Effectiveness and Feasibility of Activating Counseling Methods and Videoconferences in the Dietary Group Counseling" varer 6 mdr. En klinisk diætist underviser i 1,5 time hver anden uge omkring vægtændringer, spisevaner, vægtvedligeholdelse og madkvalitet. Diætisten underviser 11 forskellige grupper, som alle modtager samme undervisning. 6 af grupperne modtager undervisning ansigt-til-ansigt, hvor de resterende 5 grupper modtager undervisning vha. videokonferenceudstyr. Deltagerne får lektier for ved nogle undervisninger og blev ved baseline udstyret med en skridttæller.	Facilitatorer • Øget velvære • Socialt samvær • Støtte fra andre • Helbredsmæssige årsager • Vægttab/-vedligehold • Rollemodel for sine børn • Være en aktiv type Barrierer • Dårligt vejr • Helbredsproblemer • Mangel på tid • Arbejdsrelaterede faktorer • Manglende interesse	Styrker • Stor population • Kvalitativ tilgang • Lang opfølgningstid • Kodning og kondensering af udsagn er transparent. Begrænsninger • Ikke alle bidrager lige meget i fokusgrupperne (passive deltagere) • Follow-up foretages af diætisten, som har undervist dem, hvilket muligvis har påvirket deltagerenes svar i en positiv retning.

E. Korkiakangas, A. M. Taanila & S. Kainänen-Kiukaanniemi (2011): <i>Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study.</i> Finland	At identificere motivationsfaktorer og barrierer for fysisk aktivitet blandt deltagere i en livsstilsintervention, samt undersøge hvorvidt disse faktorer har ændret sig ved follow-up.	Et kvalitativt studiedesign bestående af åbne spørgeskemaer. Spørgeskemaerne indsamles af 2 omgange: Første gang (2003) svarer 63 ud af 93 på spørgeskemaet. I anden omgang (2008) svarer 71 ud af 82 på spørgeskemaet. Spørgeskemaerne de to år er identiske. Opfølgningstid: 2 år (2003) og 7 år (2008) efter endt intervention.	101 overvægtige med stor risiko for at udvikle type 2 diabetes (63 mænd og 38 kvinder), fordelt på en interventionsgruppe (n = 50) og kontrolgruppe (n = 51). Alder: +55 år. Deltagerne rekrutteres gennem screening for personer i høj risiko for type 2 diabetes.	Interventionen varer 4 år (1998-2001). Interventionsgruppen modtager individuelle konsultationer med en diætist (½ – 1 t.) i uge 0, 1 eller 2 og 5 eller 6. Efterfølgende modtog gruppen konsultationer ved måned 3, 4, 6 og 9. Alt i alt 7 sessioner det første år. Derefter modtog gruppen konsultationer hver tredje måned. Derudover tilbydes superviseret, individuel træning. Kontrolgruppen modtager ved baseline standard information omkring god sundhedsadfærd og får udleveret skriftlig information herom.	Facilitatorer • Vægttab/-vedligehold • Øget mental og fysisk velvære • Øget selvværd • Sociale relationer og støtte • Helbredsmæssige effekter • Samvær på hold i fitnesscentret • Sygdomsforebyggelse Barrierer • Helbred • Tid • Dovenskab • Dårligt vejr	Styrker • Stor population. • Lang opfølgningstid. • Samme spørgeskema der anvendes. Begrænsninger • Anvender spørgeskema. • Risiko for recall-bias. • Deltagerne ved, at de er i stor risiko for at udvikle diabetes, hvorfor de antages at være mere motiverede og informerede.
L. Penn et al. (2013): <i>Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2-diabetes prevention: a qualitative study using the theory domain framework.</i> England	At undersøge deltagernes perspektiver på determinerende faktorer for deres individuelle adfærdss ændring (i henhold til igangsætning, udførelse og fastholdelse). Dette gennem identificering af betydende forhold i interventionen, som har bidraget til at deltagerne gennemførte interventionen og varigt ændrede livsstil.	Et kvalitativt studiedesign bestående af 15 individuelle, semistrukturerede interviews á 45-60 minutter. Alle interviews foretages ansigt-til-ansigt. Interviewguiden indeholder en blanding af generelle og specifikke spørgsmål og interviewteknikken beror på aktiv lytning. Opfølgningstid: 6-12 mdr. efter endt intervention.	15 overvægtige deltagere (8 kvinder og 7 mænd) med en gennemsnitsalder på 54 år. Rekrutteringen var målrettet dem, der havde opnået succes med at øge deres aktivitetsniveau hhv. 6 eller 12 mdr. efter endt intervention. Der tilsigtes "maximum variation" i henhold til alder, køn og tid siden endt intervention.	Interventionen "New life, New you" (NLNY) er et 10 ugers forløb bestående af to ugentlige træningssessioner á 1 time, efterfulgt af 30 minutters grupperefleksion. Efter de 10 uger, får deltagerne 1 års gratis medlemskab til et fitnesscenter. Gennem hele interventionen samt opfølgningstiden får deltagerne tilsendt opmuntrende nyhedsmails og SMS'er med henblik på at fremme fastholdelsen. Desuden har deltagerne, i follow-up perioden, mulighed for at deltage i 'drop-in' sessioner hvor de kan rådgive sig med den fysiske træner.	Facilitatorer • Bevidsthed om egne evner og færdigheder. • Teknikker til adfærdregulering. • Forbedret fysisk formåen. • Social støtte. • Helbredsmæssige effekter. • Monitorering/fastholdelse Barrierer • Manglende mål opnåelse. • Omkostninger ved motionering.	Styrker • Nuanceret indblik i betydende faktorer, der kan bidrage til fremtidig udvikling af interventioner • En løst strukturerede interviewguide, så deltagerne kan fortælle deres egen historie. • Studiepopulationens karakteristika varierede. • Interviewene foretages i vanlige og trygge rammer. Begrænsninger • Lille studiepopulation • Primært fokus kun på deltagerer der har opnået succes med at øge deres aktivitetsniveau. • Udvælgelsen af deltagere til interview var i nogen grad tilfældig.

Tabel 4: Skematisk præsentation af de udvalgte artikler

9.1.5. Vurdering af studierne

Kvaliteten af et studie kan indvirke på troværdigheden af resultaterne præsenteret deri (Lund et al., 2014), hvorfor det følgende afsnit indledningsvist indeholder en vurdering, foretaget ud fra CASP-tjeklisten for kvalitative studier, af kvaliteten af de udvalgte studier, hvorefter selve analysen af studierne følger.

Gældende for samtlige artikler er deres nuancerede belysning af det undersøgte problemfelt, hvor artiklernes fund understøttes af interessante og relevante citater. Derudover bidrager studiepopulationerne, der både kan klassificeres som blandede og relativt store, taget det kvalitative design i betragtning, ligeledes til en nuanceret fremstilling af problemfeltet, hvilket, sammen med de førnævnte, tydelige deltagerperspektiver, medvirker til at højne kvaliteten af de udvalgte artikler.

Transparensen i forhold til den metodiske tilgang samt kodning og kategorisering af interviews varierer blandt artiklerne, hvor særlig artiklen af Korkiakangas et al. (2011) har en tydelig og gennemskuelig fremgangsmåde, hvorved studiets kvalitet i forhold til kodning og kategorisering vurderes som høj. Artiklen af Hardcastle & Hagger (2011) indeholder en grundig metodisk beskrivelse, men i henhold til kodning og kategorisering, er denne proces mere sparsomt udfoldet, hvilket tillige er gældende for studiet af Donnachie et al. (2017), hvorfor kvaliteten af disse studier nedjusteres en smule. Eftersom artiklerne har til formål at bidrage med indsigt i forhold til vedvarende adfærdsændringer, synes det endvidere relevant at vurdere studiernes kvalitet ud fra opfølgningstiden, om end det kan være vanskeligt at fastsætte en klar grænse for, hvornår en vaneændring kan karakteriseres som vedvarende. Med baggrund heri øges vægtningen af studierne, jo længere opfølgningstiden er, hvorfor studiet af Korkiakangas, Taanila & Kainänen-Kiukaanniemi (2011), hvor data er indsamlet to og syv år efter endt intervention, vægtes højt blandt de seks artikler. Studierne med kortere opfølgningstid, synes dog også relevante, idet risikoen for recall-bias her er mindre, hvormed deltagernes perspektiver i henhold til selve deltagelsen i interventionen, antages at være præget af mindre usikkerhed. Omvendt ønskes der, foruden deltagernes erindringer om forløbet, også indsigt i deres nuværende oplevelser med at fastholde vaneændringen, hvilket er knyttet til nutiden, hvorfor recall-bias ikke vil influere herpå i nogen af studierne. Således kan studierne, på forskellige vis, bidrage til en nuanceret indsigt i problemfeltet, og med baggrund i ovenstående, vurderes studiernes samlede kvalitet som værende høj, til trods for de forskellige, mindre begrænsninger.

9.1.6. Analyse af resultater fra litteraturstudiet

I det følgende præsenteres selve analysen af de inkluderede studier, som er struktureret ud fra fem overordnede temaer; *Helbredsmæssige forhold*, *Mestringsstrategier*, *Monitorering*, *Velbefindende og Sociale faktorer*, der, efter at have gennemgået artiklerne grundigt, er identificeret som afgørende i forhold til opnåelse af vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet efter deltagelse i en livsstilsintervention. De forskellige opfølgningstider skal have sin mening, når der i analysen refereres til ”vedvarende vaneændringer”, men idet flere af temaerne, til trods for forskellige opfølgningstider, er gennemgående for samtlige studier, analyseres studierne samlet.

Helbredsmæssige forhold

I fem af de seks studier identificeres helbredsmæssige forhold som betydningsfulde i henhold til at opnå vedvarende adfærdsændringer i form af øget aktivitetsniveau (Korkiakangas et al., 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Penn et al., 2013). Dette kommer til udtryk ved en forbedret fysisk formåen (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Korkiakangas et al., 2011; Penn et al., 2013), en følelse af at være sundere og mere veltrænet (Donnachie et al., 2017), samt en reduktion i brug af smertestillende medicin (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011), der alle skaber incitament hos deltagerne til at fastholde de nye motionsvaner. Deltagernes perspektiver, i forhold hertil, udfoldes særligt i studiet af Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi (2011), hvor det øgede fysiske aktivitetsniveau faciliteres af erkendelsen af deltagernes forestående alderdom, hvortil en af deltagerne udtrykker: ”[...] this is a battle against aging”. I tillæg hertil giver flere udtryk for et ønske om at kunne klare sig selv i hjemmet, samt at holde kroppen funktionsdygtig og mobil, hvilket fysisk aktivitet skal hjælpe med (Ibid.). I forlængelse heraf rummer de tilegnede motionsvaner, foruden at bibeholde deltagernes funktionsevne også et potentiale til at forebygge sygdom og risikofaktorer for udvikling af sygdom, såsom forhøjet blodtryk og overvægt, såfremt vanerne fastholdes (Ibid.).

Netop vægttab og vedligeholdelse heraf fremhæves i flere af studierne som en motivationsfaktor til at vedligeholde de tillærte motionsvaner (Korkiakangas et al., 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011), hvilket en mandlig deltager, i studiet af Donnachie et al. (2017), udtrykker således: ”[...] starting to see the pounds coming down on the scale made a huge difference”. Citatet indikerer, at effekten af hans øgede aktivitetsniveau, i form af vægttab, giver motivation til at fastholde de nye motionsvaner.

Helbredsmæssige forhold optræder i overvejende grad som fremmende for vedvarende adfærdsændring i henhold til fysisk aktivitet, men nogle studier finder tillige, at helbredet kan betragtes som en barriere herfor (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Huberty et al., 2013; Korkiakangas et al., 2011). Dette kommer til udtryk i to af studierne i form af kronisk sygdom, smerter i ryg og knæ (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011) samt skader og fysiske lidelser (Huberty et al., 2013), som alle er faktorer, der begrænser deltagernes fysiske udfoldelse. I studiet af Korkiakangas et al. (2011) nævnes helbredsmæssige problemer tillige som en barriere, om end de specifikke årsager hertil ikke yderligere udfoldes.

Mestringsstrategier

Et gennemgående træk ved deltagerne, der, som følge af en intervention, har opnået succes med at fastholde et øget aktivitetsniveau, er deres evne til at mestre de barrierer, der opstår (Hardcastle & Hagger, 2011; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Penn et al., 2013), hvor blandt andet vejret, manglende tid samt arbejdsrelaterede faktorer fremhæves som barrierer i flere af studierne (Korkiakangas et al., 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). Dårligt vejr i form af koldt og mørkt vejr gennem vinterperioden eller regnfulde sommermåneder, er, for nogle deltagere, en faktor der kan holde dem fra at være fysisk aktive (Korkiakangas et al., 2011; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011), hvilket udfoldes af en deltager i studiet af Korkiakangas et al. (2011): "Every evening I have made plans to go for a walk, it has rained".

I studiet af Huberty et al. (2013) udgør manglende tid en væsentlig barriere mod at vedligeholde de nye motionsvaner, hvortil en af deltagerne giver udtryk for, at tid er vedkommendes mest begrænsede ressource, hvorfor motionering nedprioriteres. I forlængelse af tiden som undskyldning for manglende fysisk aktivitet, oplever flere deltagere, at deres arbejde, eksempelvis i form af forretningsrejser samt skiftende arbejdstider, er en barriere (Korkiakangas et al., 2011; Huberty et al., 2013; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). Udtalelser fra flere studier indikerer dog, at manglende tid er et spørgsmål om prioritering, idet deltagere fra flere studier har haft held med en omprioritering af tiden, som de har til rådighed, eksempelvis ved at udskifte mere stillesiddende aktiviteter, såsom at se fjernsyn, med fysisk aktivitet i form af cykling (Hardcastle & Hagger, 2011), eller har fundet tid til at være aktive, når deres børn er til fritidsaktiviteter (Huberty et al., 2013).

Dermed har de oparbejdet rutiner, hvor de flere gange ugentligt er aktive i forbindelse med en aktivitet, som de i forvejen har planlagt. Evnen til at planlægge og oparbejde sådanne rutiner forekommer således afgørende for opnåelsen af en vedvarende adfærdsændring, om end en sådan omstrukturering er krævende og tager tid, men så snart rutinerne er fast implementeret, føles det, ifølge flere deltagere, ikke længere uoverkommeligt, hvilket en mandlig deltager, i studiet af Hardcastle & Hagger (2011), udtrykker således: "[...] It's not hard now, it's normal". Evnen til at omstrukturere og håndtere dagligdagens udfordringer, som deltagerne har lært gennem deltagelse i de givne interventioner, er gennemgående for de deltagere, der har bibeholdt de tillærte motionsvaner og skabt en vedvarende livsstilsændring (Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Penn et al., 2013). Sådanne evner benævnes i studierne som intern kontrol, selvregulering (Hardcastle & Hagger, 2011), teknikker til adfærdsregulering (Penn et al., 2013) samt strategier til at overkomme barrierer (Huberty et al., 2013), men på trods af den forskelligartede ordlyd, er fællesnævneren for disse, at det er redskaber, der fremmer individets evne til at udøve kontrol over sig selv, oparbejde klare strategier og rutiner, samt internalisere ønsket om at opnå en vedvarende adfærdsændring i henhold til fysisk aktivitet. Det er således ikke nødvendigvis de forskelligartede barrierer, der kan opstå i forbindelse med at holde sig fysisk aktiv, som er determinerende for, hvorvidt deltagerne opnår vedvarende adfærdsændringer, men i højere grad individets evne til at håndtere og handle på disse.

Monitorering

I studiet af Hardcastle & Hagger (2011) fremhæves, hvordan monitorering og opfølgning, for flere deltagere, er essentielt for at vedligeholde vaneændringer efter en given intervention. Dette skyldes, at motivationen for at være fysisk kan være svær at bibeholde, hvilket ofte medfører, at de tillærte vaner udskiftes med de gamle, mere uhensigtsmæssige vaner efter endt intervention. Flere af deltagerne udtrykker stor glæde ved opfølgning efter endt forløb, som gerne må forekomme ofte, eftersom det motiverer dem til at fastholde vaneændringerne, idet deltagerne, ved en opfølgning, skal stå til regnskab for konsekvenserne af den førte livsstil – gode såvel som dårlige. Derudover giver en opfølgning den fornødne støtte og hjælper deltagerne med at holde dem på rette spor (Hardcastle & Hagger, 2011). Dette understøttes i studiet af Donnachie et al. (2017), hvor der efter endt forløb jævnlige sendes e-mails til tidligere deltagere, hvori der er madplaner, træningstips samt mestringsstrategier til tilfælde, hvor motivationen er lav. Denne fremgangsmåde er til stor gavn og glæde for

de tidligere deltagere, idet mailen, af flere, opfattes som en påmindelse om, at de nye vaner forpligter og skal vedligeholdes (Donnachie et al., 2017).

Derudover finder flere studier, at det for individer, som har svært ved at fastholde motivationen og komme ud at motionere, kan være faciliteterende at vælge en motionsform, hvor ens tilstedeværelse monitoreres og bemærkes, eftersom det er vanskeligt at melde afbud til en aftale og springe fra, når personen ved, at andre står og venter på vedkommende (Korkiakangas et al., 2011; Hardcastle & Hagger, 2011; Donnachie et al., 2017).

I tillæg til monitoreringen identificerer to af studierne, at teknisk udstyr som ekstern motivator, tillige kan bidrage til fastholdelse af nye motionsvaner (Korkiakangas et al., 2011; Donnachie et al., 2017).

I studiet af Donnachie et al. (2017) finder langt størstedelen af deltagerne stor nytte ved anvendelsen af en skridttæller og betegner denne som deres 'allierede' og en facilitator for et vedvarende øget aktivitetsniveau.

Velbefindende

Flere studier finder, at følelsen af velvære er en betydningsfuld faktor i forhold til at vedligeholde nye vaner efter endt intervention (Korkiakangas et al., 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011), hvilket, ifølge flere deltagere, skyldes, at de får koblet mentalt af og får skabt et pusterum i en travl hverdag, når de motionerer. I forlængelse heraf angiver flere deltagere, i studiet af Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi (2011), at motion er et effektivt redskab mod nedtrykt sindsstemning samt medfører mere energi og løftet humør.

Foruden velvære fremhæves, i flere af studierne, et positivt kropsbillede og et højere selvværd ligeledes som facilitatorer for at vedligeholde de nye motionsvaner (Donnachie et al., 2017; Huberty et al., 2013; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). I forlængelse heraf fremhæver flere deltagere i studiet af Donnachie et al. (2017), at det positive kropsbillede smitter af på andre dele af tilværelsen, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved, at lysten til at spise usundt minimeres i takt med, at kroppen bliver mere veltrænet, og at deltagerne generelt føler sig sundere, hvilket ligeledes motiverer dem til at opretholde de nye motionsvaner.

Derudover finder studiet af Penn et al. (2013), at flere af deltagerne motiveres af at mærke, at deres fysiske form bliver bedre, hvorfor de løbende opsætter nye mål, som de ligeledes motiveres af at nå. Disse nyligt opagede fysiske evner er stærkt motiverende og bidrager til et nyt selvbillede for flere af

deltagerne, som forinden den givne intervention var usikre omkring, hvad deres kroppe fysisk var i stand til (Penn et al., 2013).

Sociale faktorer

Samtlige studier fremhæver, at støtte, særligt fra familie og venner, er en betydningsfuld facilitator i forhold til at opnå vedvarende adfærdsændringer, i form af øget fysisk aktivitet, efter endt intervention (Korkiakangas et al., 2011; Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Penn et al., 2013). Årsagerne hertil er i overvejende grad enslydende på tværs af studierne, hvor det hyppigt fremhæves, at oplevelsen af støtte gør det nemmere at vedligeholde adfærdsændringerne, idet kampen, mod de gamle, inaktive vaner, ikke kæmpes selv. Dette skyldes, at det kan være svært at motivere sig selv, hvortil støtte i form af komplimentering, en træningsaftale med nogle fra omgangskredsen, som deltager i motioneringen, opfordring, positiv feedback samt aflastning fra pligter på hjemmefronten, alle fremstår som essentielle faktorer i forhold til at opnå vedvarende adfærdsændringer (Ibid.).

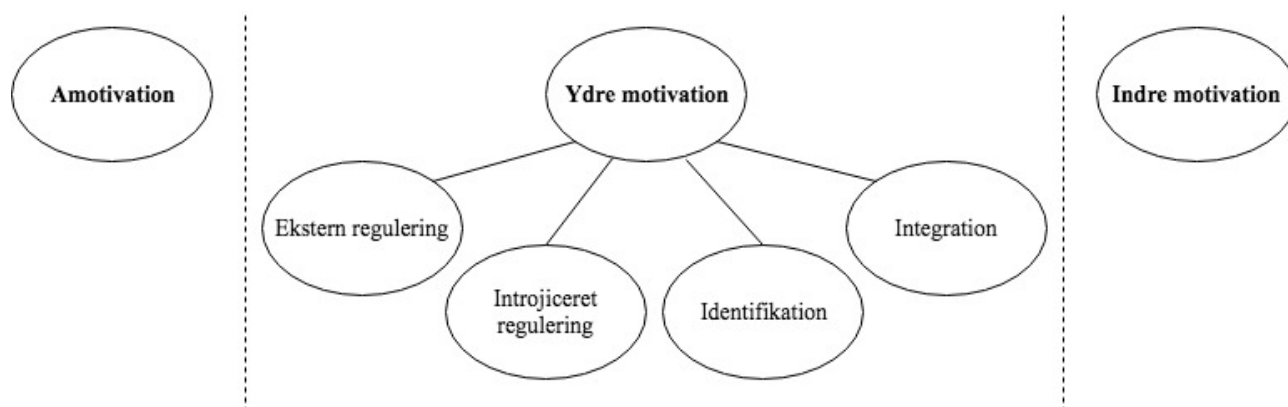
Derudover fremstår det sociale aspekt ved at dyrke motion som en motivationsfaktor, der er af betydning for vedligeholdelse af nye motionsvaner (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Korkiakangas et al., 2011), idet aktiviteterne medfører kendskab til nye mennesker, som individet knytter sociale bånd til. Foruden den sociale hygge, medfører det sociale aspekt ved fysisk aktivitet, at motioneringen ikke føles som et nødvendigt onde, men nærmere som en positiv begivenhed, der forener individet med en gruppe ligesindede (Ibid.).

Den omvendte relation identificeres tillige i flere studier, hvor manglende social støtte kan udgøre en barriere i forhold til at vedligeholde de tillærte adfærdsændringer, når individets familie-, arbejds- og sociale liv ikke bakker op om livsstilsændringen (Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017). Individet skal således drive forandringsprocessen alene, hvilket kan være vanskeligt. Dette understøttes af en kvinde, som udtaler, at hendes mand udgør en hindring i forhold til at bibeholde de tillærte adfærdsændringer, idet han ikke vil have at hun bliver for tynd og bliver sur, når hun spiser sundt og dyrker motion (Hardcastle & Hagger, 2011). Dette fremhævet ligeledes i studiet af Huberty et al. (2013), hvor det beskrives, at det kan være vanskeligt at opretholde den fysiske aktivitet i det tilfælde, hvor individets partner ikke selv dyrker motion eller anskuer det som tidsspild.

Gennemgående for de ovenstående forskelligartede faktorer, der kan være af betydning for deltagerens evne til at opnå vedvarende adfærdsændringer, i henhold til fysisk aktivitet, efter endt intervention, er, at disse, i overvejende grad, kan relateres til motivation. På denne baggrund inddrages Ryan & Deci's (2000) motivationsteori, *Self-Determination Theory* (SDT), i analysen og fortolkningen af de kvalitative interviews. Gennem denne advokeres for, at motivation ikke bør ansues som et enten-eller, men i højere grad kan antage forskellige orienteringer (Ibid.). Dette betragtes som et anvendeligt teoretisk perspektiv i henhold til at opnå en dybere forståelse for informanternes oplevelser i SL, samt det efterfølgende arbejde med at øge deres aktivitetsniveau.

9.2. Self-Determination Theory

I SDT foretages en distinktion mellem ikke at være motiveret, hvilket betegnes *amotivation*, *ydre motivation* (oversat fra *extrinsic motivation*), der anvendes når handlingen udføres for at opnå en særskilt gevinst, samt *indre motivation* (oversat fra *intrinsic motivation*), som betegner dét at udføre en handling med ophav i en oprigtig lyst samt for den iboende tilfredsstillelse (Ibid.). Opdelingen mellem disse præsenteres i nedenstående kontinuum, hvor det, i tillæg hertil, illustreres, hvorledes den ydre motivation kan inddeles i fire typer, der, i takt med en bevægelse mod højre, gradvist betragtes som mere integrerede og selvstyrende.



Figur 6: Motivationskontinuum i henhold til *Self-Determination Theory* (Ryan & Deci, 2000).

Gennem SDT advokeres for, hvorledes indre motivation kan medføre læring og kreativitet af høj kvalitet, hvorfor det, i henhold til vaneændring, er essentielt at identificere hvilke forhold, der kan facilitere netop denne form for motivation (Ibid.). Dette understøttes af flere studier, der identificerer, at et vedvarende øget aktivitetsniveau særligt er determineret af indre motivation (Daley & Duda,

2006; Thøgersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2006; Gardner & Lally, 2013).

Gennem undersøgelse af, hvad der, i en social kontekst, kan medføre indre motivation, advokerer Ryan & Deci (2000) for, at behovet for at føle sig kompetent og autonom er faciliterende for udvikling af den indre motivation. Til trods for den åbenlyse vigtighed af indre motivation, er de fleste aktiviteter, som individet deltager i, sjældent udført med baggrund i en oprigtig interesse (Ibid.), hvilket kan være en potentiel forklaring på vanskeligheden ved at opnå vedvarende adfærdsændringer.

Overstående præsentation af SDT har til formål at danne baggrund for den videre teoretiske udfoldelse af teorien, der, i analysen af specialets interviewempiri, løbende inddrages til nuancering og fortolkning heraf. Forinden præsentation af analysen, udfoldes specialets metodiske overvejelser i henhold til den kvalitative interviewundersøgelse.

9.3. Kvalitativ interviewundersøgelse

Følgende afsnit omhandler specialets kvalitative metode, som skal besvare underspørgsmål 2 omhandlende tidligere deltagere i SL's oplevelser under og efter deltagelsen i forløbet. Den kvalitative forskningsmetode er kendetegnet ved at forsøge at forstå subjekters handlinger, intentioner og meninger (Brinkmann & Tanggaard, 2015), samt er velegnet i situationer, hvor fænomenet, som ønskes undersøgt, anskues som værende afhængigt af den specifikke kontekst (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). Dette synes at være gældende i specialet, hvor det anses problematisk at adskille fænomenet, ændring og vedligeholdelse af motionsvaner, fra konteksten SL, hvorfor kvalitativ metode anvendes.

9.3.1. Strukturering af interviewundersøgelse

Der findes forskellige metoder til indsamling af kvalitativ data (Brinkmann & Tanggaard, 2015), men idet der i specialet ønskes at opnå indsigt i, hvordan enkelte individer oplever og forstår bestemte situationer eller fænomener i deres liv, anvendes det individuelle interview, idet denne metode, jævnfør Brinkmann & Tanggaard (2015), er særligt velegnet hertil. Ved anvendelse af individuelle interviews er det desuden muligt at få udbyttet de svar, som findes relevante for besvarelse af forskningsspørgsmålet, der, som følge heraf, kan blive nuanceret og dybdegående. Endvidere forekommer flere af deltagernes karakteristika, eksempelvis overvægt og fysisk aktivitet, som ømtålelige og tabuiserede emner, hvorfor det individuelle interview vurderes som hensigtsmæssigt at anvende, idet den pågældende informant herved ikke skal dele sine oplevelser med en gruppe, hvilket eksempelvis er tilfældet i et fokusgruppeinterview, men udelukkende med interviewerens (Kvale & Brinkmann, 2015).

Struktureringsgraden af individuelle interviews, der har betydning for, hvordan interviewet opbygges samt forløber, kan variere (Brinkmann & Tanggaard, 2015). I specialet gøres der brug af det semistrukturerede interview, som er kendetegnet ved at tage afsæt i en interviewguide, om end det kan variere, hvor styrende denne er for selve interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015). Målet med de semistrukturerede, individuelle interviews, er, med afsæt i specialets hermeneutiske position, at opnå en horisontsammensmeltning mellem interviewerens horisont og deltagernes horisont, idet disse tilsammen kan medføre en ny forståelse af problemfeltet. Forskerens forståelse for hvordan motivationen for fysisk aktivitet kan fremmes hos deltagerne, skal, med henblik på opnå en ny delforståelse, som ender ud i en helhedsforståelse af deltagernes oplevelse af SL, således sættes i spil i interviewet og i den efterfølgende analyseproces. Derudover vil en horisontsammensmeltning kunne bidrage med en ny forståelse af fænomenet fysisk aktivitet, som herved påvirker forskerens forforståelse for fænomenet.

9.3.2. Interviewguide

Forinden udførelsen af de semistrukturerede, individuelle interviews udarbejdes en interviewguide. Denne bidrager til at strukturere et interviewforløb og er opbygget af flere dele, der alle tager udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015), hvor det i specialet er underspørgsmål 2, der er styrende for, hvad de pågældende interviews skal bidrage med viden om. Viden opnået i problemanalysen og litteraturstudiet anvendes i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguiden, hvori der først udformes undersøgelsesspørgsmål, som udgør de overordnede spørgsmål, der ønskes besvaret gennem interviewet. Ud fra disse udarbejdes dertilhørende temaer, som danner grundlag for interviewspørgsmål samt eventuelle, supplerende spørgsmål (Ibid.) Interviewguiden er vedlagt som bilag 6.

Temaerne kan være en hjælp for intervieweren under gennemførelsen af interviewet, idet temaerne kan bidrage med at skabe overblik over vigtige områder, såfremt interviewguiden ikke stringent følges (Ibid.). Formålet med interviewundersøgelsen, som i specialet er besvarelse af underspørgsmål 2, er determinerende for, hvor styrende interviewguiden er. Med henblik på formålet med interviewene, som er at opnå kendskab til deltagernes oplevelser af deltagelsen i SL, vurderes rækkefølgen af spørgsmålene og de opstillede temaerne ikke at være af særlig betydning for besvarelse af underspørgsmål 2. Intervieweren har således mulighed for at lade sig styre af deltagernes svar og stille de spørgsmål, der passer bedst i den pågældende situation i det enkelte interview. I tillæg hertil er det

desuden vigtigt, at intervieweren er åben for informantens svar og tillader, at interviewet kan tage en anden retning end planlagt (Ibid.).

Interviewspørgsmålene er udformet som en hjælp til forskeren, men det ikke nødvendigt, at alle interviewspørgsmål bliver stillet, så længe at temaet belyses. Desuden kan det forekomme, at informanten ubevidst, ved besvarelse af et spørgsmål, også besvarer øvrige spørgsmål i interviewguiden, hvorfor forskeren skal være god til navigere heri (Kvale & Brinkmann, 2015).

I tillæg til de opstillede spørgsmål, stilles i interviewsituationen supplerende spørgsmål, idet sådanne, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), kan hjælpe intervieweren med at få uddybet interviewspørgsmålet, såfremt informanten ikke selv udfolder sit svar tilstrækkeligt. Karakteren af det supplerende spørgsmål er afhængigt af, om målet er at opnå en uddybning af et aspekt (sonderende spørgsmål), en opfølgning af et udsagn (specificerede spørgsmål) eller en bekræftelse af korrekt forståelse (fortolkende spørgsmål) (Ibid.). Det kan ses som en kunst at stille supplerende spørgsmål, idet dette forudsætter, at intervieweren anvender aktiv lytning (Ibid.). For at forberede intervieweren til interviewene, har vedkommende, forinden gennemførelse heraf, øvet sig på, hvordan der, på baggrund af det, som informanten fortæller, kan spørges sonderende, specificerende og fortolkende.

9.3.3. Udvalgelse og rekruttering af informanter

Der findes ingen regler for, hvor mange informanter, der skal indgå i en interviewundersøgelse, idet antallet afhænger af formålet med undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det anskues som fordelagtigt at udvalge få informanter til interviewundersøgelsen, idet færre interviews giver mulighed for en mere detaljeret analyse (Brinkmann & Tanggaard, 2015), hvilket er at foretrække i specialet sammenlignet med at skulle arbejde overfladisk med mange interviews. Der inkluderes derfor 4-6 informanter i interviewundersøgelsen, idet ressourcerne og tiden forbundet hermed således kan anvendes til at opnå en dybdegående, analytisk interviewempiri, hvor det er muligt at få grundig og detaljeret viden om den enkelte informants oplevelser. Informanterne rekrutteres ud fra en *formålsrettet samplingstrategi*, idet denne har til formål at sikre, at der arbejdes med informationsrige deltagere, som bidrager med et datamateriale, som kan give forskeren en dybere forståelse af et fænomen (Palinkas et al., 2015), hvilket anskues som fordelagtigt i interviewundersøgelsen. Udvalgelsen sker på baggrund af undersøgelsens formål samt forskerens viden om populationen (Ibid.), hvorfor der i specialet er opstillet følgende kriterier for udvælgelsen; 1) tidligere deltager i SL, 2) har gennemført

hele forløbet, samt 3) er 40+ år gammel. Kriterierne videreformidles til Folkesundhed Aarhus, der, grundet datasikkerhedsloven, der ikke tillader, at gruppen får kendskab til deltagernes personlige oplysninger, såsom e-mail og telefonnummer, foretager rekrutteringen. Folkesundhed Aarhus fungerer derved som *gatekeeper*, hvilket, ifølge Kristensen & Krogstrup (1999), er en person, inden for en organisation, der har autoritet til at give eller nægte adgang til organisationen. Rekrutteringen er foregået ved udsendelse af mails til tidligere deltagere, der opfylder kriterierne, hvorefter disse, såfremt de har interesse i at deltage i et interview, kontakter gruppen for koordinering af tidspunkt og lokation for interviewet. Deltagerinformation, udsendt via e-mail, er vedlagt som bilag 7.

9.3.4. Gennemførsel af interview

I arbejdet med kvalitativ forskning er det vigtigt, at forskeren gør sig nogle etiske overvejelser, idet forskningsfeltet anvender individers personlige erfaringer og oplevelser som genstandsfelt for analyse og fortolkning (Brinkmann, 2015). Svend Brinkmann (2015) fremhæver følgende fire etiske principper, som særligt relevante ved kvalitativ forskning; *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen*.

Princippet om informeret samtykke indebærer, at informanterne er velinformerede omkring rammerne for undersøgelsen samt hvilke forudsætninger, de deltager under (Ibid.). Med henblik på at efterleve dette princip, er der udarbejdet et dokument med deltagerinformation (bilag 7), som anvendes til rekruttering af informanter til interviewundersøgelsen. Dokumentet har til formål at sikre, at informanterne modtager tilstrækkelig viden om specialet samt interviewet, og at informationen, som deltagerne får forinden interviewene, er den samme. Derudover modtager informanterne en samtykkeerklæring (bilag 8) og bliver briefet mundtligt om formålet med interviewet forinden gennemførsel heraf. Briefingen er ligeledes nedskrevet (bilag 6), så deltagerne modtager samme orientering. Intervieweren og informanten skal, forinden udførelsen af et interview, have underskrevet samtykkeerklæringen, hvorved informanten bliver bekendt med sine rettigheder samt opnår kendskab til måden, hvorpå vedkommendes udsagn behandles og opbevares efterfølgende (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermed efterleves princippet om fortrolighed.

Konsekvenser, som er det tredje etiske princip, indebærer en forholdstagen, af forskeren, til, hvilke konsekvenser, der potentielt kan opstå for informanten ved at deltage i interviewet (Brinkmann, 2015). Deltagelse i et forløb, grundet kendte risikofaktorer som overvægt og fysisk inaktivitet, kan være et følsomt emne for nogle informanter, hvilket kan resultere i, at deltagerne bliver forlegne over

at være nødsagede til at deltage i SL. Der er således en risiko for, at informanterne kan blive følelsesmæssigt påvirket af interviewet, hvorfor der, med henblik på at få italesat informantens oplevelse med interviewet, foretages en debriefing efter de enkelte interviews, idet denne, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), giver informanten mulighed for at dele sin oplevelse med at blive interviewet og stille eventuelle spørgsmål forbundet hermed.

Princippet om forskerrollen indebærer slutteligt, at forskeren er bevidst om, at forskeren i sig selv udgør et forskningsredskab, samt at dennes fordomme og forståelser kan påvirke måden hvorpå spørgsmål stilles, hvilket potentielt kan påvirke resultaterne. Det er derfor vigtigt at være eksplicit omkring egne forståelser og holdninger (Brinkmann, 2015), hvilket er forsøgt imødekommet ved at nedskrive og italesætte forskerens forforståelse forinden gennemførelse af interviews. Forinden gennemførelsen af interviewene er der foretaget overvejelser omkring, hvordan der, for informanterne, skabes trygge rammer, hvorfor alle adspørges, om de ønsker at interviewet skal foregå i deres hjem eller på Folkesundhed Aarhus, hvor undervisningen i SL foregår.

Interviewene optages på diktafon, hvorefter lydfilen, efter transskribering, destrueres.

9.3.5. Transskribering af interviews

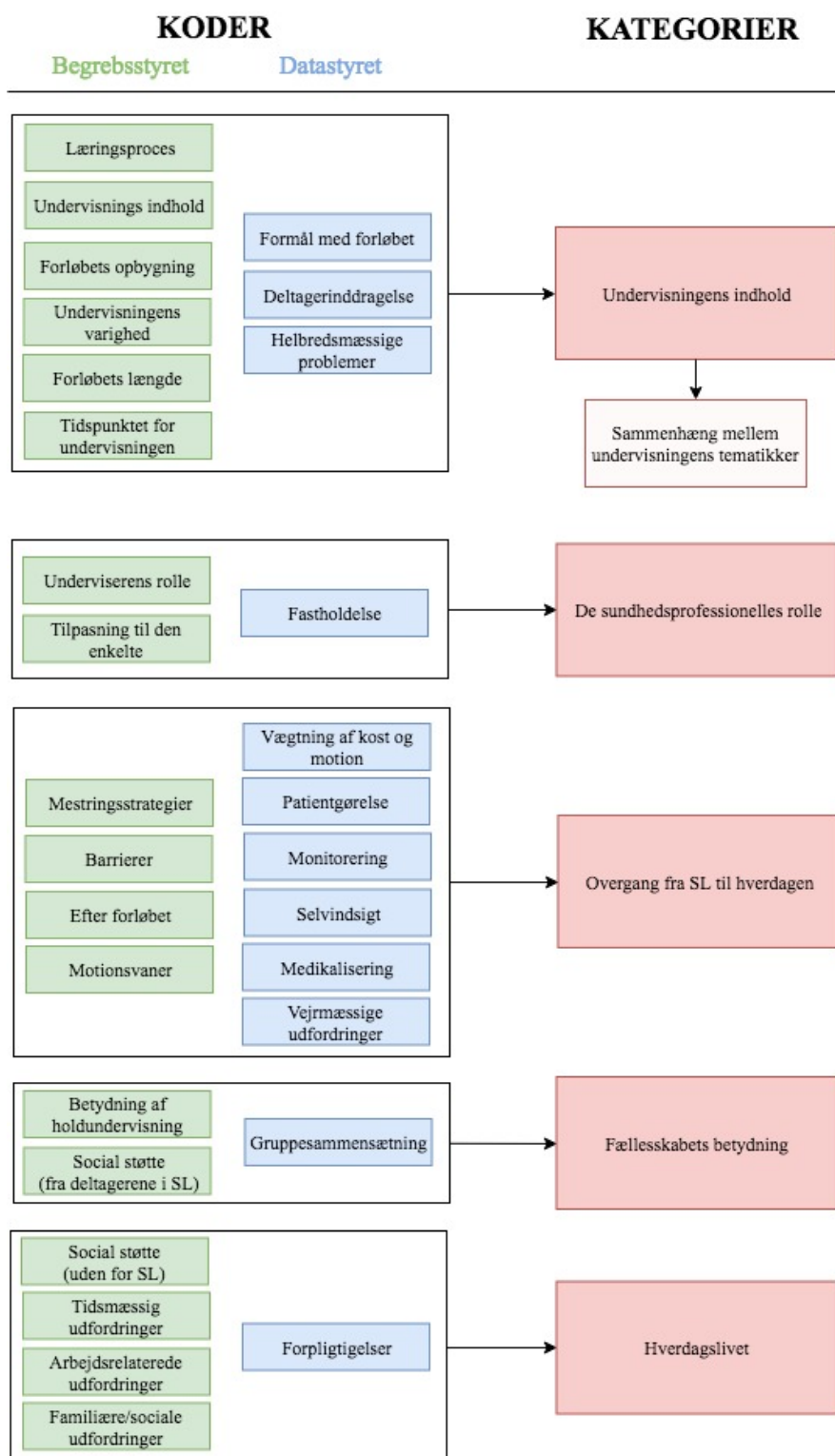
For at kunne indgå i en kvalitativ analyse, skal de enkelte interviews transskriberes, hvormed informanternes mundtlige udsagn bliver omdannet til skrift (Kvale & Brinkmann, 2015). Der kan ved transskribering opstå tekniske samt fortolkningsmæssige komplikationer, hvorfor det, forinden selve transskriberingen, er nødvendigt at forholde sig til, hvordan ufuldendte sætninger, toneleje og opbrud i sætninger skal transskriberes. På baggrund heraf er der udformet en transskriberingsmanual (bilag 9), hvori gruppens retningslinjer for, hvordan de førnævnte udfordringer skal håndteres, er nedskrevet, hvormed manualen bidrager til ensartethed i transskriberingen af de forskellige interviews. Transskriberingen udføres efter gennemførelse af de enkelte interviews, hvorefter det øvrige gruppe-medlem lytter til det pågældende interview og læser den dertilhørende transskribering. Denne proces er tidskrævende, men bidrager til at højne transskriptionens og dermed analysens reliabilitet (Ibid.).

9.3.6. Analysestrategi

Grundet specialets hermeneutiske position, anvendes Kvale og Brinkmanns (2015) hermeneutiske meningsfortolkning til den efterfølgende analyse og fortolkning, hvilken har betydning for, hvordan

det kvalitative interviewdata bliver analyseret og fortolket. Forud for analysen foretages en meningskodning, der har til formål at knytte informanternes udsagn til et eller flere nøgleord, hvorefter der foretages en kategorisering, som har til formål at samle og begrebsliggøre flere koder til kategorier (Ibid.). Der anvendes både en begrebs- og datastyret tilgang til kodning af data til at undersøge de forhold, som deltagerne angiver som mulige motivationsfaktorer for fysisk aktivitet. Interviewguiden er opstillet på baggrund af viden opnået i problemanalysen og litteraturstudiet, hvilket fordrer den begrebsstyrede tilgang til opstillingen af koder, hvorimod udsagn i transskriberingsmaterialet, der afviger fra de begrebsstyrede koder, resulterer i dannelsen af nye koder, hvormed denne tilgang er datastyret. Ovenstående proces har til formål at strukturere resultaterne i den videre analyse- og fortolkningsproces.

Meningskodningen foretages i programmet *Nvivo 10*, hvorigennem der er identificeret 30 koder, der gennem intern diskussion er blevet samlet til fem kategorier, hvortil der er opstillet en underkategori til én af kategorierne. I figur 7 ses et kodetræ, hvori koderne, de udledte kategorier og underkategorien fremgår.



Figur 7: Kodetræ til illustration af formationen af kategorierne.

9.3.7. Analyse af interviews

I nedenstående tabel præsenteres kendetegn for informanterne. Disse har, i analysen, fungeret som baggrundsinformationer, hvilket, i tillæg til informanternes udsagn, har bidraget til at opnå forståelse for de forhold, der er fremanalyseret som værende betydningsfulde for deltagelsen i SL og motivationen for at fremme og vedligeholde et øget aktivitetsniveau.

Informant	Baggrundsinformation
I1	• Kvinde på 57 år • Bor alene og har ingen børn • Godkendt til fleksjob og har været på arbejdsprøvning i to år • Afsluttede Sund Livsstil i marts 2018
I2	• Mand på 53 år • Bor alene og har ingen børn. • Faglært arbejde og arbejder fuldtid • Afsluttede Sund Livsstil i december 2017
I3	• Kvinde på 59 år • Bor sammen med sin mand • Har to voksne sønner og et bonusbarn, der er flyttet hjemmefra • Har en mellemlang videregående uddannelse og arbejder fuldtid • Afsluttede Sund Livsstil i december 2017
I4	• Kvinde på 45 år • Bor sammen med sin mand og har tre hjemmeboende børn • Har en mellemlang videregående uddannelse og arbejder fuldtid • Afsluttede Sund Livsstil i december 2017

Tabel 5: Baggrundstabel med beskrivelse af kendetegn for informanterne.

Undervisningens indhold

Indholdet i SL antages at afspejle det forventede læringsindhold og i relation hertil, angiver informanterne, at forløbets formål er at hjælpe dem til at opnå et vægttab, hvortil undervisning om kost og motion anvendes som midler, hvilket I3 udtrykker således: ”Det var – altså formålet med det (læs: SL) - var og tabe sig”. Dette er modstridende med den logiske model for SL, hvori der står, at målet med SL er, at deltagerne skal forstå sundhed i et bredere perspektiv (bilag 1), hvilket indikerer en diskrepans mellem interventionens implicite og eksplicite sundhedsbegreb. Uoverensstemmelsen mellem interventionens sundhedsbegreber antages at kunne påvirke forløbets undervisning, der, baseret på informanternes udsagn, formentlig er af sundhedsfundamentalistisk karakter, hvilket kan medføre, at deltageres sundhedssyn og behov negligeres. Dette problematiseres yderligere, såfremt deltageres ønskede formål med deltagelsen afviger fra det fundamentalistiske mål, de oplever som gældende for SL, idet deltagelsen herved baseres på oplevelsen af at skulle efterleve et eksternt krav,

hvilket, ifølge Ryan & Deci (2000) SDT, netop er kendetegnende ved en ekstern regulering, og ikke en oprigtig interesse i at opnå vaneændring. Denne motivationsform anskues som den mindst selvregulerende form for ydre motivation (Ryan & Deci, 2000) og er således ikke faciliterende for en indre motivation for, og lyst til, at ændre vaner.

Samtlige deltagere tilkendegiver, at forløbets indhold var interessant og relevant, hvor særlig tilgangen med at ændre én vane ad gangen, fremstår som en positiv oplevelse. Derudover hævder flere af deltagerne, at de har fået ny viden omkring kost og motion, hvilket, ifølge I2 og I3, blandt kommer til udtryk ved, at de, gennem forløbet, har fået mange "Aha-oplevelser". Til trods for, at samtlige deltagere giver udtryk for, at indholdet var spændende, oplever alle dog ligeledes, at informationsmængden fra undervisningen var stor. Informationsmængden opfattes af I1 som "et positivt bombardement af indtryk", men hun fortæller efterfølgende, samsvarende med tilkendegivelser fra de øvrige informanter, at det er svært at navigere i alle informationerne, samt at der mangler vejledning i forhold til at "lande, sortere og prioritere" disse i hverdagen. Udtalelser som ovenstående indikerer, at øvelserne indeholdt i undervisningen, der, som præsenteret i problemanalysen, overvejende er af refleksiv karakter, ikke synes tilstrækkelige til at hjælpe deltagerne med at opnå vedvarende adfærdsændringer, eftersom de fremstår mangelfulde, når det kommer til at koble refleksionerne og de gode intentioner til praktisk, fysisk udfoldelse. Dette understøttes af Lone Grøn (2012), der, gennem hendes hverdagsteori, advokerer for, at praktisk gennemførsel samt vedholdenhed er af afgørende betydning for at opnå en succesfuld livsstilsforandring.

Oplevelsen af informationsmængden som overvældende kan også skyldes længden af forløbet, hvor der blandt informanterne er enighed om, at dette var for kort, samt at forløbet godt måtte vare længere tid. Dette parameter var det eneste kritikpunkt i henhold til struktureringen af forløbet, idet samtlige informanter giver udtryk for, at forløbets opbygning, med én ugentlig undervisning på to timer, var passende.

På trods af, at deltagerne finder informationsmængden stor, angiver både I1, I2 og I3, at de savner mere information om motion generelt samt de frivillige, ugentlige træningssessioner. Et større kendskab til motion ville endvidere, ifølge I1 og I3, være medvirkende til, at de i højere grad ville deltage i træningerne, hvilket I3 udtrykker således: "Det der med at være på motionsdelen [...] Jeg ville melde mig til, hvis jeg vidste noget mere om motion, og hvad det var for noget motion". Deltagerne

modtager ingen information på forhånd omkring den forestående træningssession, hvilket, taget i betragtning af, at flere af deltagerne i SL er motionsuvante og har helbredsmæssige skavanker, formentlig kan virke afskrækkende. Dette understøttes af resultater fra litteraturstudiet, som finder, at usikkerhed omkring, hvad kroppen fysisk kan holde til, er en udpræget barriere mod at dyrke motion blandt individer, som er motionsuvante.

Sammenhæng mellem undervisningens tematikker

Flere af informanterne oplever, at formålet med forløbet, er, at de skal opnå et vægttab, hvorfor de udviser forståelse for SL består af undervisning omhandlende kostvaner og fysisk aktivitet. Derudover udviser alle et kendskab til den fysiologiske sammenhæng mellem vægttab, kost og motion, hvilket I4 omtaler således: ”Det er egentlig det, at jo mere man ligesom får lavet af motion [...] og får det mad du skal have sådan, at du stadig taber dig”. Citatet skildrer en forståelse for sammenhængen hos I4, som er af sundhedsfundamentalistisk orientering, eftersom hun, gennem udtalelsen, udviser en forståelse for kausalitet mellem vægttab samt ændrede kost- og motionsvaner, hvormed sundhed gøres målbar. I forlængelse heraf, udviser flere deltagere en forståelse for, at motionering kan være fremmede for helbredet, idet disse giver udtryk for, at have nogle helbredsmæssige problemer, hvor de, til udbedring heraf, anser en øget fysisk formåen, som følge af et øget aktivitetsniveau, som middel hertil, hvilket virker motiverende for adfærdsændringen.

Den sundhedsfundamentalistiske forståelse af sammenhængen mellem vægttab og undervisningsindholdet, som I4 besidder, er forenelig med de øvrige informanternes, men på trods af, at de kan se det biomedicinske rationale med sammenhængen, formår de ikke at opnå vedvarende adfærdsændringer efter forløbet. Dette kan skyldes, at deltagerne, til trods for den læringsproces, som de potentielt har gennemgået, ikke formår at omsætte denne til en ændret adfærd, hvilket Jensen & Johnsens (2000) teori omhandlende sundhedspædagogik, forklarer ved, at et øget vidensniveau ikke nødvendigvis medfører adfærdsændring. En årsag hertil kan være, at den overførte viden ikke er efterspurgt, eller at modtageren ikke er modtagelig for den nye viden (Ibid.), hvormed deltagernes motivation formentlig ikke har vægtet tilstrækkeligt i deltagernes læringsproces til at kunne skabe vedvarende adfærdsændringer. Herved understreges vigtigheden i, at individet føler ejerskab i forandringen, er motiveret herfor, samt har en oplevelse af meningsfuldhed, for at en adfærdsændring forekommer og fastholdes (Ibid.).

De sundhedsprofessionelles rolle

I den logiske model for SL (bilag 1) lægges vægt på deltagerinddragelse, hvilket samtlige informanter, særligt i form af en 'siden sidst-runde', hvor deltagerne fortæller om succeser og udfordringer fra den forgangne uge, oplever som positivt. Informanterne giver udtryk for, at underviseren, til trods for den agenda, hun er underlagt og skal overholde, er dygtig til give plads til alle og løbende inddrage dem, hvilket I1 beskriver således:

"Jeg oplevede meget, at der var plads til mig også selvom jeg ikke er højt fungerende på de områder, som vores lærere var [...]. Jeg oplevede, at de lavede plads til os".

Citatet indikerer, at I1 oplever underviserne i SL som forstående og støttende, hvilket formentlig har gjort en afgørende forskel i hendes forandringsproces. Underviserens måde at handle og undervise på kan derfor, i dette tilfælde, ses som værende i overensstemmelse med den intenderede deltagerinddragelse, ekspliciteret i den logiske model for SL (bilag 1).

I forhold til den frivillige træning, er informanternes oplevelser med den sundhedsprofessionelle varierende. I1 har både under og efter forløbet deltaget i et frivilligt tilbud om svømning, og årsagen til denne vedholdenhed, tilskriver hun personen, der står for svømningstilbuddet:

"Ja, jeg kom i gang med det (læs: svømning) mens jeg var her (læs: i SL), et par gange [...]. Så var det, at så da jeg stoppede hernede (læs: i SL) [...], så skrev jeg den der SMS om, at nu må jeg hellere stoppe med det (læs: svømning), og så holdte hun bare fast, Janne, som står for det. Det var så godt, at hun gjorde det, for jeg havde faktisk brug for at blive holdt fast".

Citatet illustrerer vigtigheden for I1 i, at en udefrakommende person fastholder hende i de gode vaner og er vedholdende i tilfælde, hvor I1's egen motivation daler. Måden hvorpå Janne fastholder kontakten til I1 over SMS, samt spørger ind til, hvorfor hun ikke kommer, medvirker, ifølge I1, til, at hun føler sig set og hørt, hvilket giver hende lyst til at fortsætte, samt indikerer, at den sundhedsprofessionelle har forståelse for individets situation. I1's oplevelse af underviseren, der står for den frivillige, ugentlige træning, er dog en anden:

"Det er jo rigtig dejligt, men problemet er jo så, når man er for tyk eller i for dårlig træning til at holde til det [...]. Så må de der udeaktiviteter, de må ligesom vente indtil jeg kommer til at være i bedre form".

Citatet indikerer, at niveauet i træningerne er for højt til hendes fysiske formåen, samt at underviseren ikke har formået at tilpasse træningen til deltagernes behov. Dette er tankevækkende, eftersom det er forventeligt, at træningen er tilpasset målgruppen, som består af overvægtige og/eller motionsuvante borgere (Folkesundhed Aarhus, 2017a). En lignende oplevelse giver I3 udtryk for, idet hun ikke oplever, at der tages tilstrækkeligt hensyn til de fysiske udfordringer, hun har, hvilket hun oplever som begrænsende for udbyttet af træningen

Ovenstående oplevelser fra I1 og I3, omhandlende den fysiske træning, som ikke var afstemt til deres fysiske formåen, indikerer et misforhold mellem deres forventninger og selve forløbet, hvilket, ifølge Arthur Kleinmanns (1981) teori om det pluralistiske sundhedssystem, kan afspejle en diskrepans mellem den folkelige sektor, domineret af lægperspektivet, som deltagerne tilhører, og den professionelle sektor, hvori den kliniske praksis, der udføres, anskues som den eneste legitime. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at den sundhedsprofessionelle ikke vil afvige fra de planlagte øvelser til trods for, at I1 efterspørger en tilpasning. Såfremt den sundhedsprofessionelle havde imødekommet deres behov, ville det formodentlig have haft en positiv indvirkning på deres oplevelse af træningen, hvilket antages at medføre, at de tilbagevendte dertil.

Overgang fra SL til hverdagen

Til trods for, at alle informanter giver udtryk for, at de, gennem forløbet, har fået nogle anvendelige redskaber til at arbejde videre med vaneændringerne, giver de ligeledes udtryk for flere vanskeligheder forbundet med det videre arbejde i overgangen fra SL til hverdagslivet. Disse vanskeligheder er af forskellig karakter, men gældende for alle er, at de finder det vanskeligt at overføre de tillærte redskaber til praktisk udførelse, hvilket I3 beskriver således:

”Jeg synes udfordringen er, hvor meget det kræver (læs: at dyrke motion). Man skal virkelig gøre sig det klart, fordi det kræver rigtig meget [...]. Dét, der er krævende, er at tage beslutningen om, at gøre det. Det sidder oppe i hovedet”.

I3 udviser i citatet en forståelse for, hvor vanskeligt det kan være at ændre vaner, samt at hun er bevidst om, hvad det kræver, hvilket indikerer, at undervisningen omhandlende vaneændring, har været til gavn for hende og medført øget viden. Til trods herfor, har hun, ligesom flere af de andre informanter, ikke haft succes med at anvende og omsætte denne viden til varige adfærdsændringer efter forløbet. Et øget vidensniveau medfører, ifølge Jensen & Johnsen (2000), ikke nødvendigvis

adfærdsændring, hvilket formentlig er tilfældet for informanterne, eftersom læringsprocessen, som de giver udtryk for at have gennemgået, ikke har medført en ændret adfærd. I tillæg hertil giver samtlige informanter udtryk for, at vaner relateret til motion har været vanskeligere at implementere, sammenlignet med kostvaner. I materialet om SL fremgår det, at én ud af otte undervisningsgange omhandler motion og bevægelse, samt at de resterende er målrettet kost og vaneændring (bilag 3), hvorfor vanskeligheden ved at implementere motionsvaner muligvis kan tilskrives den sparsomme mængde undervisning herom, som deltagerne har modtaget.

I forlængelse heraf tilkendegiver samtlige af deltagerne, at de har svært ved at overkomme og håndtere barrierer, såsom dårlige undskyldninger, manglende tid og dårligt vejr, som kan opstå i hverdagen og hindrer dem i at være fysisk aktive.

Ovenstående indikerer, at informanterne, på trods af gennemførelse af SL, endnu ikke besidder de fornødne mestringsstrategier, der gør dem i stand til selv at regulere deres adfærd og overkomme hverdagens barrierer.

Foruden ovenstående komplikationer, giver I1 udtryk for, at hun efter forløbet har haft svært ved at undvære det ugentlige møde, idet hun, på spørgsmålet om, hvorvidt hun var klar til at stå på egne ben efter forløbet svarer: ”Ikke helt, der måtte godt have været noget gange mere, hvor der blev nusset om en, men man er vel aldrig helt klar, når man har udfordringer”. Citatet indikerer, at I1 har været glad for at deltage, men at hun, efter de otte uger, ikke føler sig klar til at slippe forløbets trygge rammer, eftersom hun stadig har nogle udfordringer, som hun har brug for hjælp til at overkomme. Som præsenteret i problemanalysen, kan der være risiko for, at deltagerne patientgøres og bliver passive i forhold til egen sundhed, såfremt de oplever det som interventionens ansvar at tage hånd om deres helbred. Ud fra I1's udtalelse kan der spores en tendens hertil i form af hendes ordvalg om at have lyst til at blive ”nusset om”, hvilket indikerer et behov for, at nogle tager vare på hende.

Flere af informanterne giver udtryk for at de, efter endt forløb, har haft brug for nogle værktøjer, der påminder dem om at holde fast i deres motionsvaner, hvilket for I3 og I4, udgøres af en skridttæller, som motiverer dem til at gå minimum 10.000 skridt hver dag. For I2 udgøres den daglige påmindelse af hans motionscykel, som han, efter deltagelse i forløbet, bevidst har flyttet ind i stuen, hvormed han oftere får den brugt. Han udtaler følgende: ”Når du ser på den hver dag, så får man også [...] lidt dårlige samvittighed over at man ikke bruger den. Det er jo en motivator i sig selv”. I henhold til

Ryan & Deci (2000) SDT indikerer citatet, hvorledes forandringsprocessen er drevet af ydre motivation, idet I2 ikke omtaler cykelturene i stuen som noget glædeligt, men nærmere som en forpligtigelse, der er drevet af et behov for at slippe af med den dårlige samvittighed. Dette giver indikation for at han befinder sig indenfor den introjicerede regulering, idet denne beskriver en form for indre kontrol, hvor drivkraften er et pres, individet pålægger sig selv, for at undgå en følelse af skyld eller frygt eller et behov for at føle anerkendelse og stolthed (Ryan & Deci, 2000). På spørgsmålet om, hvad der kan motivere ham til at dyrke motion, svarer han: "Det er jo rigtig svært. Jeg føler ikke helt jeg har motivationen endnu, fordi så havde jeg jo gjort det". Indre motivation er, som tidligere nævnt, determinerende for vedvarende adfærdsændring (Daley & Duda, 2006; Thøgersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2006; Gardner & Lally, 2013) og for, at denne kan opstå, påkræves en oprigtig lyst til at være fysisk aktiv (Ryan & Deci, 2000), hvilket I2, dømt ud fra citatet, endnu ikke har.

Måden hvorpå I2 omtaler motionering, indikerer ligeledes, at han opfatter motionering som et medikaliseret aspekt af livet, eftersom medikalisering, som beskrevet i problemanalysen, opstår ved, at flere af livets faser, fremfor at være betydningsfulde i sig selv, fremstilles som midler til opnåelsen af sundhed. Såfremt informanterne udelukkende motionerer med henblik på at tabe sig, hvilket deres førnævnte biomedicinske rationale indikerer, er der risiko for, at motionering ikke anses som værende værdifuldt i sig selv. I2 giver udtryk for, at fysisk aktivitet udelukkende anvendes som et redskab til at kontrollere hans overvægt, hvilket, med afsæt i Conrads (2007) udlæg af medikalisering, indikerer, at motionering opleves som medikaliseret, idet han ikke oplever den egenverdi, der ligger i at dyrke motion.

I modsætning hertil giver både I3 og I1 udtryk for en glæde ved at dyrke motion, om end årsagerne hertil er forskelligartede. Fysisk aktivitet medfører, ifølge I3, "livskvalitet", idet motioneringen gør hende i stand til bedre at kunne klare dagligdagens belastninger, hvilket udgør drivkraften bag hendes motivation for at være fysisk aktiv, der, i forhold til STD, således kan karakteriseres ud fra identifikationsfasen, hvor handlingen har en personlig betydning og mening (Ryan & Deci, 2000).

I1 giver ligeledes udtryk for, at hun, gennem de frivillige træningssessioner, har oplevet en nyfunden glæde ved at dyrke motion, idet hun herigennem har opnået bevidsthed om, hvad hendes krop kan holde til, hvilket har været afgørende for hendes aktivitetsniveau efter endt forløb, hvorfor hun har i sinde at afprøve flere nye aktiviteter. Holdundervisningen var, ifølge I1, vanskelig at give afkald på efter ophøret af SL, hvorfor aktiviteter, som foregår på hold, er at foretrække fremtidigt. Betydningen af holdundervisningen samt det fællesskab, der kan opbygges blandt deltagerne, fremhæves af flere

informanter som en afgørende faktor for deres oplevelse og udbytte af forløbet, hvorfor dette udfoldes i det følgende afsnit.

Fællesskabets betydning

Centralt for struktureringen af undervisningen i SL, er, at det foregår på aldersinddelte hold. Dette er informanterne begejstrede for, hvilket I1 udtrykker således:

”Det vigtigt med en gruppe, fordi det er rigtig vigtig at bryde den der følelse af at jeg er isoleret, så jeg synes at det er rigtig godt, at der er hold. Jeg har heller ikke noget at opponere mod det er aldersinddelt [...] det tror jeg er meget godt, for så kan man bedre støtte hinanden og har lidt de samme livsvilkår”.

Den bevidste aldersinddeling bidrager, ifølge I1, til at skabe en god gruppedynamik, idet deltagerne kan relatere til hinandens problematikker. På spørgsmålet om, hvad det ville have af betydning, såfremt SL have været et individuelt forløb, svarer I1: ”Jeg tror, det ville have været hårdere, fordi den sociale støtte bløder op”. En lignende oplevelse af fællesskabet giver I2 udtryk for:

”Man må sige, at der er nogle der åbnede sig fuldstændig vildt og voldsomt og fortalte nogle ting, som man normalt ikke sådan forventer, at folk lige slynger ud, men det må jo være fordi, folk er komfortable [...] vi har et fællesskab”.

I citatet ligger en anerkendelse af det potentiale, som fællesskabet indeholder i forhold til at skabe en tæt og tryk relation mellem deltagerne. Samtidig fornemmes også, at I2 ikke nødvendigvis selv har følt behov for at åbne sig, idet han lægger vægt på at ”nogle” åbnede sig samt at ”folk” er komfortable. Citatet indikerer dog, at han oplever åbenheden som en positiv værdi ved forløbet, og at han føler sig som en del af fællesskabet. I henhold til Lave og Wengers (1991) teori om praksisfællesskabet, kan fællesskabsfølelsen også have en positiv indvirkning på deltagernes læringsproces, idet læring i et praksisfællesskab opfattes som relationelt og socialt forankret, hvilket forudsætter et gensidigt engagement fra deltagerne. Dermed kan det antages, at det relationelle bånd, som I2 giver udtryk for er knyttet mellem deltagerne, også kan have øget deres læringsudbytte.

Hverdagslivet

Foruden den sociale støtte, som deltagerne værdsætter fra de øvrige deltagere i forløbet, er det afgørende, at de, gennem deres netværk, uden for SL, tillige får støtte og opbakning til at implementere og fastholde adfærdsændringen i deres hverdag.

I1 giver udtryk for et begrænset socialt netværk og henviser til sit jobcenter, som den eneste tilknytning. Hun føler et pres fra jobkonsulenten i forhold til at engagere sig i frivilligt arbejde, hvilket sætter hende i et dilemma, idet hun føler større behov for at få styr på hendes livsstil. Dette kan igen indikere den diskrepans, der kan opstå mellem den folkelige og professionelle sektor i Kleinmanns (1981) teori om det pluralistiske sundhedssystem, hvor det ud fra I1's oplevelse kan udledes, at jobkonsulenten, i den professionelle sektor, ikke kan relatere til I1's livsverden i den folkelige sektor. Det er derfor, ifølge I1, en lettelse, da jobkonsulenten, efter gentagen dialog, accepterer hendes behov for deltagelse i SL og får det organiseret således, at de øvrige forpligtigelser over for jobcentret kan harmonere med deltagelsen i forløbet. I henhold til problemanalysens afsnit omkring samfundets kompleksitet, illustrerer I1's oplevelse ved jobcentret vigtigheden i, at der tages højde for deltagernes mange forpligtigelser i hverdagen, idet det foruden konsulentens accept i I1's tilfælde, havde været vanskeligt at få deltagelsen i SL til at harmonere med hverdagens øvrige komponenter.

I4 giver udtryk for, at hendes mand er meget aktiv, men hun ser ikke en mulighed i at dyrke motion sammen med ham:

”[...] problemet er, at hvis vi skal dyrke motion sammen, så skal vi også have en til at passe børnene [...], og derudover, er han også rimelig irriterende, fordi han er i så hammer god form. Så er det bedre at følges med nabokonen, som er lidt rund, ligesom en selv”.

Gennem citatet indikeres, at I4 oplever, at der er for stor forskel på hendes egen og mandens fysiske formåen, hvilket medvirker til irritation, der kan antyde, at hun har et ønske om at komme i bedre form. Hun ser dog en mulighed i at være aktiv sammen med sin nabo, som hun bedre kan identificere sig med. Foruden en mere jævnbyrdig træningsmakker ligger der også et potentiale i at træne sammen med nogle, idet denne person kan hjælpe til fastholdelsen, hvilket I3 tillige oplever, idet hun har en veninde, der hjælper hende med at komme afsted til træning. Med en træningsmakker følger der en større forpligtigelse til at møde op, hvilket beskrives som en motivator, og i tillæg til denne forplig-

tigelse ligger der også et socialt element i at træne sammen med andre, som identificeret i litteraturstudiet, der kan være faciliterende for vedvarende motivation. Den faciliterende effekt af en træningsmakker antages at være drevet af et forventningspres fra træningsmakkeren, hvilket, i henhold til SDT, kan anskues som en eksternt reguleret motivationsform, idet denne netop opstår som et resultat af en følelse af at skulle efterkomme et eksternt krav (Ryan & Deci, 2000). Informanternes udsagn kan tillige bære præg af den introjicerende regulering, der er karakteriseret ved et pres, som individet pålægger sig selv (Ibid.), hvilket i denne situation kan udgøres af en følelse af skyld over at skuffe makkeren, såfremt de ikke møder op, eller et behov for at føle stolthed over at leve op til den livsstilsforandring, de har besluttet sig for at gennemgå.

Foruden sociale relationer, der både kan virke fremmende og begrænsende, ligger der for flere af informanterne en tidsmæssig barriere, der i flere tilfælde kan knyttes til deres arbejdsliv. I2 oplever den tidsmæssige begrænsning som den største barriere for ham, i forhold til at være mere fysisk aktiv, hvorfor han, med henblik på at skabe mere tid til fysisk aktivitet i hverdagen, har fravalgt noget frivilligt arbejde. Dette indikerer, at han har indset vigtigheden i at prioritere et øget aktivitetsniveau, hvilket, i henhold til SDT, kan antyde, at I2 bevæger sig indenfor identifikationsfasen, hvor individet, ifølge Ryan & Deci (2000), begynder at indse vigtigheden i, og identificere sig med, handlingen, hvilket giver den personlig betydning. Han oplever dog stadig vanskeligheder ved at være mere fysisk aktiv og udtaler i forlængelse heraf: ”Én ting er at skabe tid til det (læs: at være aktiv), men at tage sig sammen til at gøre resten, det kan også være et problem”. Med citatet udviser I2 bevidsthed om det ejerskab, han er nødt til at tage i forandringsprocessen, hvor hverdagslivet skal struktureres således, at der er tid og plads til at være fysisk aktiv, hvilket kan udfordres af gængse huslige pligter, såsom indkøb, rengøring og havearbejde, der, ifølge I2 er afgørende for hans daglige trivsel. Dette understøttes af Grøns (2012) hverdagslivsteori, idet hun herigennem advokerer for, at hverdagen udgør rammen og konteksten for livsstilsforandring, samt sætter betingelserne herfor.

På baggrund af ovenstående analyse ses det, i henhold til Ryan & Decis (2000) SDT, at informanterne i overvejende grad bevæger sig inden for de mindst selvstyrende former for ydre motivation. Dette i form af en ekstern regulering, hvor deltagerne er drevet af følelsen af at skulle efterkomme et eksternt krav, samt en introjiceret regulering, hvor deltagerne, på baggrund af en øget bevidsthed omkring vænændringer samt hvad disse kræver, opnået gennem forløbet, pålægger sig selv et pres. Ud fra visse udtalelser indikeres dog, at nogle informanter, på enkelte parametre, har bevæget sig videre til

identifikationsfasen, hvor den forøgede bevidsthed om nødvendigheden af et øget aktivitetsniveau, har medført, at denne adfærd har fået personlig betydning. Til trods herfor har de ikke formået at fastholde de fornyede rutiner, hvilket ud fra analysen, kan begrundes med manglende støtte og vejledning til at få vanerne integreret som en fast del af hverdagen, hvilket er kendetegnende ved integrationsfasen, der, ifølge Ryan & Deci (2000), opnås, når identifikationen af handlingen er fuldt integreret som en del af individet.

Motivation, drevet af inde lyst, er, som tidligere nævnt, afgørende for at, vedvarende adfærdsændringer opnås (Daley & Duda, 2006; Thøgersen-Ntoumani & Ntoumanis, 2006; Gardner & Lally, 2013), og som følge af analysen, hvori det fremgår, at ingen af informanterne besidder en sådan tilgang til fysisk aktivitet, anskues dette som en mulig forklaring på, hvorfor deltagerne, efter endt forløb, ikke har formået at skabe vedvarende adfærdsændringer i forhold til fysisk aktivitet.

9.4. Kvantitativ analyse

Den kvantitative, statistiske analyse er i specialet opdelt i flere faser, hvor der først identificeres karakteristika forbundet med de deltagere, der, efter deltagelse i SL, har formået at opnå varig adfærdsændring i form af øget fysisk aktivitet, og de deltagere, som ikke har opnået dette. Dette gøres ved at foretage bivariate analyser for baggrundsvariablerne og de øvrige uafhængige variabler, der alle opstilles i en deskriptiv tabel. Baggrundsvariablerne og de resterende uafhængige variabler er fordelt på følgende to stratificeringer i de bivariate analyser; deltagere, der har opnået vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet, som følge af deltagelse i SL (fremadrettet "Fysisk aktive"), og deltagere, som, trods deltagelse i SL, ikke har opnået vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet (fremadrettet "Fysisk inaktive"). Bivariate analyser tager ikke højde for andre variabler, som kan influere på den undersøgte sammenhæng, hvorfor der efterfølgende, med henblik på at undersøge mulige associationer mellem den afhængige- og de uafhængige variabler, samt for at justere for eventuel confounding, foretages logistiske regressionsanalyser for hver af de uafhængige variabler relateret til vedvarende adfærdsændring.

Den anvendte metode i specialet, er, med henblik på at give læseren mulighed for at genskabe og verificere de opnåede resultater i specialet, beskrevet så detaljeret og fyldestgørende som muligt, jævnfør revisionsprincippet (Juul, 2004). Syntax fra den statistiske analyse, som er udført i SAS 9.4

samt output af analysen, er ydermere vedlagt som bilag 10 og 11, hvormed transparensen af fremgangsmåden for den udarbejdede statistiske analyse, øges.

9.4.1. Datasættet

Den kvantitative analyse tager udgangspunkt i to datasæt, hvor datagrundlaget er indsamlet af Folkesundhed Aarhus i forbindelse med Sund Livsstil. Datasættet, hvorfra størstedelen af variablerne stammer, er indsamlet tre måneder efter endt intervention og er kombineret to variable, uddannelsesniveau og beskæftigelse, fra et andet datasæt, som er indsamlet ved forløbets opstart. Datasættene er kombineret ud fra deltagernes CPR-nummer. Det opfølgende datasæt er tre måneder efter endt forløbet tilsendt i alt 607 tidligere deltagere, men responsraten for de udvalgte variable varierer i høj grad, hvilket bevirker, at den statistiske analyse inkluderer langt færre respondenter. Udvælgelsen af variable til specialets kvantitative analyse er foretaget på baggrund af viden opnået gennem specialets problemanalyse og litteraturstudie, hvorudfra nedenstående hypoteser, som ønskes be- eller afkræftet gennem den statistiske analyse, er opstillet.

9.4.2. Hypoteser

- Hypotese 1: *Der er sammenhæng mellem erhvervstilknytning og vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.*
- Hypotese 2: *Der er sammenhæng mellem socialt netværk og vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.*
- Hypotese 3: *Der er sammenhæng mellem selvvurderet helbred og vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.*
- Hypotese 4: *Der er sammenhæng mellem handlefærdigheder og vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.*

9.4.3. Variable

Den statistiske analyse har til formål at undersøge sammenhængen mellem at have opnået vedvarende adfærdsændringer og studiepopulationens karakteristika, hvorfor opnåelse af vedvarende adfærdsændringer, i form af øget fysisk aktivitet, ansues som den afhængige variabel og de resterende variable

fra datasættes ansues som uafhængige variabler. Variablerne, der, jævnfør de fire opstillede hypoteser, formodes at være relateret til en mulig opnåelse af vedvarende adfærdsændringer, betegnes som hypotesetestende variabler, og de resterende betegnes som baggrundsvARIABLE.

Den afhængige variabel

Den afhængige variabel, omhandlende opnåelse af vedvarende adfærdsændringer hos de tidligere deltagere i SL, er dikotomiseret ud fra variabelen "s_fys_1" i datasættet, hvor deltagerne besvarer følgende spørgsmål:

Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

(Medregn moderat eller hård fysisk aktivitet, hvor du trækker vejret hurtigere, får rørt dine muskler og bruger dine kræfter - f.eks. motionsidræt, tungt havearbejde, rask gang, cykling i moderat eller hurtigt tempo eller fysisk anstrengende arbejde. Medregn både arbejde og fritid).

Ud fra ovenstående spørgsmål, hvor deltagerne har angivet antal dage om ugen, hvor de er aktive i minimum 30 minutter, er den afhængige variabel dikotomiseret således:

- 0 = Fysisk inaktiv
(respondenter, der har angivet 4 dage eller færre)
- 1 = Fysisk aktiv
(respondenter, der har angivet 5 dage eller flere)

Skillelinjen mellem fire og fem dage er valgt på grund af specialets definition af fysisk inaktivitet, som er: *Mindre end 2,5 times fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet pr. uge*. For at fastsætte grænsen i overensstemmelse med definitionen, er en simpel udregning foretaget, hvor fem dages fysisk aktivitet á en varighed på 30 minutter summerer op til 2,5 timers aktivitet.

Fordelingen af deltagere, som, på baggrund af den valgte skillelinje, enten klassificeres som fysisk inaktive eller fysisk aktive, fremgår af nedenstående tabel.

	Fysisk aktive	Fysisk inaktive	Missings
Tidligere deltagere i SL	16 (31,4%)	35 (68,6%)	557

Tabel 6: Fordeling af deltagere, som henholdsvis er fysisk aktive og -inaktive.

BaggrundsvARIABLE

Grundet en formodning om, at baggrundsvARIABLE kan påvirke associationen som confoundere mellem den afhængige variabel og de uafhængige variable forbundet hermed, inkluderes disse i den statistiske analyse. Confounding betyder forveksling og kan medføre, at der sker en forveksling af årsager til fænomenet (Szklo & Nieto, 2014). Med henblik på at fjerne de potentielle confounderes effekt fra resultatet, hvormed resultatet udelukkende viser eksponeringens effekt af den uafhængige variabel, justeres der for confounding i de logistiske regressionsanalyser. For at udgøre en confounder, skal en variabel opfylde følgende betingelser; 1) variabelen er en selvstændig risikofaktor, 2) den er associeret med eksponering og det specifikke outcome, og 3) den er ikke et led i årsagskæden mellem eksponering og outcome (Ibid.).

De udvalgte baggrundsvARIABLE er præsenteret i nedenstående tabel.

Label (navn i datasæt)	Spørgsmål i datasæt	Svarmuligheder fra datasæt	Kodning (svarmulighed fra datasæt)	N (%)
Køn (k_n)			Bibeholdes dikotomiseret • 0 = Kvinde • 1 = Mand	• 458 (75,3%) • 150 (24,7%)
Alder (alder)			Inddeles i kvartiler • 0 = 18-36 • 1 = 37-48 • 2 = 49-58 • 3 = 59-77 • 9 = missing	• 161 (26,5%) • 152 (25%) • 148 (24,4%) • 146 (24,1%) • 1 missing
Rygning (s_ryg)	<i>Ryger du?</i>	1. Ja, hver dag 2. Ja, men ikke hver dag 3. Nej, jeg er holdt op 4. Nej, jeg har aldrig røget	Inddeles i tertiler • 0 = Ryger (1 & 2) • 1 = Tidl. ryger (3) • 2 = Ikke-ryger (4) • 9 = missing	• 8 (16%) • 16 (32%) • 26 (52%) • 558 missings
Uddannelses- niveau (erhvervs)	<i>Har du fuldført en erhvervsuddan- nelse?</i>	1. Nej 2. Et eller flere kortere kurser 3. Faglært indenfor håndværk, handel, kontor m.v. 4. Kort videregående uddannelse, under 3 år 5. Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år 6. Lang videregående uddannelse, mere end 4 år 7. Anden uddannelse	Inddeles i fire grupper • 0 = Nej (1) • 1 = Folkeskole, enkelte kurser, faglært, andet mv. (2, 3 & 7) • 2 = Kort videregående uddannelse (4) • 3 = Mellemlang/lang videregående uddannelse (5 & 6) • 9 = Missing	• 110 (28,4%) • 124 (32%) • 60 (15,5%) • 93 (24%) • 221 missings

Tabel 7: Oversigt over baggrundsvARIABLE.

Hypotesetestende variabler

I forhold til de opstillede hypoteser, er variablerne; *beskæftigelse*, *sociale relationer*, *selvvurderet helbred* og *handlefærdigheder*, udvalgt som hypotesetestende variable. Disse præsenteres i nedenstående tabel.

Label (navn i datasæt)	Spørgsmål i datasæt	Svarmuligheder fra datasæt	Kodning (svarmulighed fra datasæt)	N (%)
Beskæftigelse (arbejde)	<i>Er du i beskæftigelse nu?</i>	1. Nej 2. Ja	Bibeholdes dikotomiseret • 0 = Nej • 1 = Ja • 9 = missing	• 256 (66%) • 132 (34%) • 220 missings
Sociale relationer (s_samv_r)	<i>Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?</i>	1. Ja ofte 2. Ja engang imellem 3. Ja men sjældent 4. Nej	Dikotomiseret • 0 = Ja (1 & 2) • 1 = Nej (3 & 4) • 9 = missing	• 23 (46%) • 27 (54%) • 558 missings
Selvvurderet helbred (gh01)	<i>Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?</i>	1. Fremragende 2. Vældig godt 3. Godt 4. Mindre godt 5. Dårligt	Dikotomiseret • 0 = Dårligt (4 & 5) • 1 = Godt (1 & 2) • 9 = Missings	• 20 (40,8%) • 29 (59,2%) • 559 missings
Handefærdigheder (_ændri_5)	<i>Har dit sundhedsforløb hos Folkesundhed Aarhus ændret dine muligheder for at handle mere hensigtsmæssigt i forhold til din sundhed?</i>	0. Ved ikke 1. Ja i høj grad 2. Ja i nogen grad 3. Ja i mindre grad 4. Slet ikke	Dikotomiseret • 0 = Nej (3 & 4) • 1 = Ja (1 & 2) • 9 = Missing (0)	• 23 (52,3%) • 21 (47,7%) • 564 missings

Tabel 8: Oversigt over hypotesetestende variable.

9.4.4. Bivariate analyser

Bivariate analyser foretages indledningsvist for at undersøge, hvordan den afhængige variabel forholder sig til de forskellige uafhængige variabler, samt hvorvidt der er forskel på gruppen, som er fysisk aktiv, og gruppen, som er fysisk inaktiv. Analyserne udarbejdes ud fra en nulhypotese om, at der *ikke* forekommer nogen statistisk signifikant forskel mellem de to grupper i forhold til den givne uafhængige variabel og testes ved hjælp af Fishers eksakte test og χ^2 -test med et signifikansniveau på $p < 0,05$.

Begge tests undersøger forskellighed mellem grupper, men når datasættet indeholder et begrænset antal observationer, kan Fishers eksakte test med fordel anvendes, idet den ikke har nogen begrænsning i forhold til antallet af observationer (Kirkwood & Sterne, 2003). En forudsætning for at kunne anvende χ^2 -test, er, at hver gruppe som minimum består af fem observationer (Ibid.), hvilket ikke

kan overholdes, når de maksimalt 51 deltagere, fordeles på to til tre grupper, hvorfor der anvendes Fishers eksakte test i de tilfælde, hvor dette krav ikke kan overholdes.

Indledningsvist opstilles en deskriptiv baggrundstabel, der viser sammenhængen mellem den afhængige variabel og de fire baggrundsvARIABLE og -hypotesetestende variable.

Variable	Fysisk aktive	Fysisk inaktive	Signifikans
Køn 0 = Kvinde 1 = Mand	15 (93,7%) 1 (6,3%)	28 (80%) 7 (20%)	Fisher = 0,41
Alder 0 = 18-36 1 = 37-48 2 = 49-58 3 = 59-77	4 (25%) 2 (12,5%) 6 (37,5%) 4 (25%)	7 (20%) 7 (20%) 12 (34,3%) 9 (25,7%)	Fisher = 0,95
Ryging 0 = Ryger 1 = Tidl. ryger 2 = Ikke-ryger	4 (25%) 5 (31,3%) 7 (43,7%)	4 (11,8%) 11 (32,4%) 19 (55,9%)	Fisher = 0,55
Uddannelsesniveau 0 = Nej 1 = Folkeskole, enkelte kurser, faglært, andet mv. 2 = Kort videregående uddannelse 3 = Mellemlang/lang videregående uddannelse	2 (16,7%) 4 (33,3%) 2 (16,7%) 4 (33,3%)	10 (38,5%) 10 (38,5%) 2 (7,7%) 4 (15,4%)	Fisher = 0,35
Beskæftigelse 0 = Nej 1 = Ja	3 (25%) 9 (75%)	9 (34,6%) 1 (6,4%)	Fisher = 0,71
Sociale relationer 0 = Ja 1 = Nej	9 (56,3%) 7 (43,7%)	14 (41,2%) 20 (58,8%)	p = 0,32
Selv vurderet helbred 0 = Dårligt 1 = Godt	5 (31,3%) 11 (68,7%)	15 (45,5%) 18 (54,6%)	p = 0,34
Handefærdigheder 0 = Nej 1 = Ja	8 (53,3%) 7 (46,7%)	15 (51,7%) 14 (48,3%)	p = 0,92

Tabel 9: Deskriptiv baggrundstabel for deltagere, der er fysisk aktive eller –inaktive.

Ud fra ovenstående tabel fremgår, at ingen af baggrundsvARIABLENE eller de hypotesetestende variable er statistisk signifikant forskellige i fordelingen af deltagere, som er fysisk aktive og deltagere, som er fysisk inaktive. Dette er ikke samsvarende med resultater opnået fra problemanalysen og litteraturstudiet, som finder, at SES, sociale relationer, alder, køn, helbredsmæssig tilstand, rygestatus og handlefærdigheder er associeret med graden af fysisk aktivitet.

Selvom ingen af de bivariate analyser viser statistisk signifikante forskelle i fordelingen, foretages i det følgende logistiske regressionsanalyser, eftersom det er muligt, til trods for ikke-signifikante p-værdier, at sammenhængene 'skjules' af confounding.

9.4.5. Logistisk regression

Det er, ved brug af en logistisk regressionsanalyse, muligt at sammenligne mere end to eksponeringsgrupper samtidigt. En logistisk regression har *odds ratio* (OR) som associationsmål, der beregnes ved hjælp af en logaritmisk skala, og anvendelse af denne regressionstype forudsætter et dikotomt udfald (Szklo & Nieto, 2014). I tilfælde, hvor $OR = 1$, er der ingen forskel mellem gruppen af deltagere, som er fysisk aktive eller – inaktive, hvormed nulhypotesen accepteres (Kirkwood & Sterne, 2003). Regressionsanalyserne udarbejdes i flere led og indledningsvist udformes en ujusteret model, som de justerede regressionsmodeller efterfølgende sammenlignes med. Dernæst justeres for baggrundsvARIABLENE, både enkeltvis og samlet.

Med henblik på at vurdere, hvorvidt confounding finder sted, sammenlignes OR for den ujusterede model med OR for den justerede model. Confounding mistænkes, såfremt OR i den justerede model, sammenlignet med den ujusterede model, ændres markant, hvilket en ændring på 10% eller derover betragtes som i specialet.

Beskæftigelse

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Ikke i beskæftigelse	1,59 (0,34-7,38) p = 0,56	1,85 (0,38-8,93) p = 0,45	1,58 (0,34-7,34) p = 0,56	1,53 (0,31-7,57) p = 0,6

	Model 5	Model 6
Ikke i beskæftigelse	1,4 (0,28,6,87) p = 0,69	1,24 (0,2-7,93) p = 0,82

Tabel 10: Logistisk regression over variablen beskæftigelse.

Model 1: Ujusteret
 Model 2: Køn
 Model 3: Alder
 Model 4: Rygning
 Model 5: Uddannelsesniveau
 Model 6: Samlet justering for baggrundsvariabler

I den ujusterede model, i tabel 10, fremgår det, at deltagerne, som ikke er i beskæftigelse, sammenlignet med deltagerne, som er i beskæftigelse, har 1,59 gange større odds for at være fysisk aktive. Herved indikeres det, at være i beskæftigelse, ikke nødvendigvis er associeret med højere odds for at være fysisk aktiv, hvilket er modstridende med resultaterne fra problemanalysen og litteraturstudiet. En ændring på mere end 10% af den ujusterede model ses i model to, hvor der justeres for køn, i model fem, hvor der justeres for uddannelsesniveau og i model seks, hvor der justeres samlet for baggrundsvariablene. Derudover er oddsene i model tre og fire, hvor der ligeledes justeres for baggrundsvariable, tilnærmelsesvis de samme som de ujusterede estimer, hvorved der er indikation for, at ændringen i model seks primært skyldes, at køn og uddannelsesniveau kan mistænkes som confoundere.

Resultatet af den logistiske regressionsanalyse finder, at associationen mellem beskæftigelse og fysisk aktivitet ikke er statistisk signifikant, hvormed nulhypotesen om ingen sammenhæng ikke kan forkastes.

Sociale relationer

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Sjælden uønsket alene	1,84 (0,55-6,1) p = 0,32	2,15 (0,62-7,44) p = 0,23	1,85 (0,55-6,21) p = 0,32	1,78 (0,53-6) p = 0,35

	Model 5	Model 6
Sjælden uønsket alene	2,17 (0,48-9,79) p = 0,31	3,55 (0,52-24,4) p = 0,2

Tabel 11: Logistiskregression over variablen sociale relationer.

Model 1: Ujusteret
 Model 2: Køn
 Model 3: Alder
 Model 4: Rygning
 Model 5: Uddannelsesniveau
 Model 6: Samlet justering for baggrundsvariabler

I relation til hypotese 2 fremgår det, af ovenstående tabel, at deltagerne, som sjældent er uønsket alene, har 1,84 gange større odds for at være fysisk aktiv, sammenlignet med deltagere, som oftere er uønsket alene. Dette er i foreneligt med resultater fra problemanalysen og litteraturstudiet, som finder, at et stort netværk, bestående af mange sociale relationer, er associeret med at være fysisk aktiv. En væsentlig ændring af den ujusterede model ses i model to, hvor der justeres for køn, i model fem, hvor der justeres for uddannelsesniveau, samt i model seks, som er en samlet justering for baggrundsvariablene. Endvidere ses i model tre og fire, hvor der ligeledes justeres for baggrundsvariable, at odds er tilnærmelsesvis de samme som de ujusterede estimater, hvorved der er indikation for, at ændringen i model seks hovedsageligt skyldes, at køn og uddannelsesniveau er en confoundere.

Resultatet af den logistiske regression for associationen mellem sociale relationer og fysisk aktivitet er ikke statistisk signifikant, hvorfor nulhypotesen om ingen forskel mellem de to grupper, i relation til sociale relationer, ikke kan forkastes.

Selvvrurderet helbred

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Dårligt selvvurderet helbred	1,83 (0,52-6,46) p = 0,35	1,6 (0,44-5,81) p = 0,48	1,85 (0,51-6,64) p = 0,35	1,84 (0,51-6,63) p = 0,35

	Model 5	Model 6
Dårligt selvvurderet helbred	1,83 (0,4-8,3) p = 0,43	0,66 (0,1-4,42) p = 0,67

Tabel 12: Logistisk regression over variablen selvvurderet helbred.

Model 1: Ujusteret

Model 2: Køn

Model 3: Alder

Model 4: Rygning

Model 5: Uddannelsesniveau

Model 6: Samlet justering for baggrundsvariabler

I tabel 12 fremgår det, af den ujusterede model, at deltagerne som har et dårligt selvvurderet helbred, sammenlignet med deltagerne med et godt selvvurderet helbred, har 1,83 gange større odds for at være fysisk aktive. Dette er ikke samsvarende med resultater fra problemanalysen, hvor et dårligt helbred associeres med fysisk inaktivitet. Samme tendens identificeres gennem litteraturstudiet, om end et dårligt helbred heri, samsvarende med ovenstående resultat, ligeledes fremstår faciliterende for fysisk aktivitet.

En væsentlig ændring af den ujusterede model ses i model to, hvor der justeres for køn og i model seks, hvor der justeres samlet for baggrundsvariablene. I model tre, fire og fem, hvor der ligeledes justeres for baggrundsvariable, er oddsene tilnærmelsesvis de samme som de ujusterede estimer, hvorved der er indikation for, at ændringen i model seks primært skyldes, at køn udgør en confounder.

På grund af manglende statistisk signifikans, kan nulhypotesen om ingen forskel mellem deltagerne, som er fysisk aktive og deltagerne, som er fysisk aktive, i forhold til selv vurderet helbred, ikke forkastes.

Handlefærdigheder

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Gode handlefærdigheder	1,07 (0,31-3,72) p = 0,92	1,23 (0,34-4,42) p = 0,76	1,06 (0,3-3,71) p = 0,92	1,29 (0,35-4,8) p = 0,7

	Model 5	Model 6
Gode handlefærdigheder	0,96 (0,22-4,19) p = 0,96	1,27 (0,22-7,26) p = 0,79

Tabel 13: Logistisk regression over variabelen handlefærdigheder.

Model 1: Ujusteret

Model 2: Køn

Model 3: Alder

Model 4: Rygning

Model 5: Uddannelsesniveau

Model 6: Samlet justering for baggrundsvariabler

I den ujusterede model, i tabel 13, fremgår det, at deltagerne, som mener, at besidder gode handlefærdigheder, har 1,07 gange større odds for at være fysisk aktive, sammenlignet med deltagerne, som ikke mener, at de besidder gode handlefærdigheder. Resultaterne fra problemanalysen og litteraturstudiet er forenelige med dette, eftersom de indikerer en lignende sammenhæng, hvor gode handlefærdigheder er associeret med at være fysisk aktiv.

En ændring på mere end 10% af den ujusterede model ses i alle modeller, undtagen model tre, hvor der justeres for alder, hvorved denne, som den eneste, ikke mistænkes som confounder.

Resultatet af den logistiske regressionsanalyse finder, at associationen mellem handlefærdigheder og fysisk aktivitet ikke er statistisk signifikant, hvormed nulhypotesen om ingen sammenhæng ikke kan forkastes.

I ovenstående statistiske analyse fremgår det, at hverken beskæftigelse, sociale relationer, selvvurderet helbred eller handlefærdigheder, med statistisk signifikans, er associeret med fysisk aktivitet. Dette er modstridende med resultater opnået i problemanalysen og litteraturstudiet, hvorfor variablerne er undersøgt ved flere statistiske metoder. Resultaterne kan i bedste fald indikere tendenser, men på baggrund af manglende statistisk signifikans, kan ingen af de opstillede nulhypoteser endeligt forkastes.

9.5. Resultatsyntese

I det følgende vil resultaterne fra litteraturstudiet, interviewundersøgelsen og den kvantitative analyse syntetiseres med henblik på at undersøge, hvorvidt de betydende faktorer, identificeret gennem analyserne, er gældende på tværs heraf.

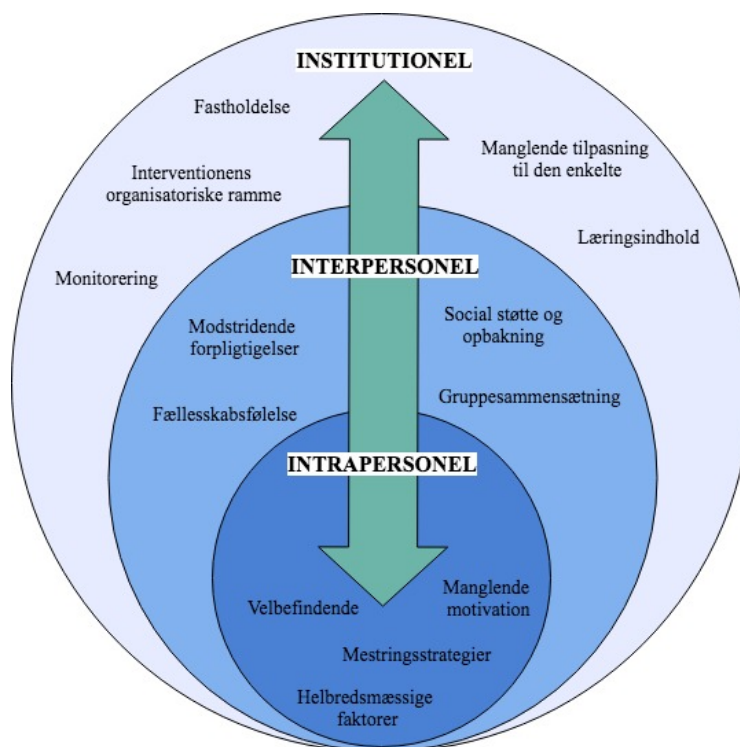
Analysernes resultaterne viser, at flere faktorer kan have betydning for, hvorvidt et individ opnår vedvarende adfærdsændringer som følge af deltagelse i en livsstilsintervention. Faktorerne kan tilknyttes flere niveauer, eftersom disse både inkluderer forhold, der kan relateres til det enkelte individ, samt kontekstuelle og organisatoriske faktorer. Med henblik på at opnå forståelse for den interne sammenhæng faktorerne imellem, anvendes *den økologiske model* til strukturering af syntesen, eftersom der, i denne, tages højde for, at faktorer på forskellige niveauer, som er af betydning for individets sundhedsstatus, interagerer med hinanden (McLeroy et al., 1988). Anvendelse af modellen muliggør således en dybere indsigt de faktorer, som indvirker på, hvorvidt et individ, efter deltagelse i en livsstilsintervention, opnår vedvarende adfærdsændringer, idet det er muligt at opnå forståelse for determinanterne, der ligger til grund for dets sundhedsadfærd samt belyse det dynamiske samspil mellem disse. Større viden herom, vil muliggøre en hensyntagen hertil i forandringsforslaget, hvilket kan bidrage til, at flere deltagere opnår vedvarende adfærdsændringer efter deltagelse i en livsstilsintervention målrettet fysisk inaktivitet.

9.5.1. Den økologiske model

Følgende afsnit tager udgangspunkt i McLeroy et al.'s (1988) udlæg af den økologiske model, der beror på en overbevisning om, at et individs adfærd formes af forskellige faktorer på flere niveauer, som påvirker hinanden gensidigt. Individets adfærdsmønstre påvirkes af fem niveauer, hvor det første niveau, *Intrapersonel Factors*, fokuserer på individet og dets karakteristika, såsom biologiske træk,

evner, viden, og holdninger (Ibid.). Det andet niveau, *Interpersonal Processes and Primary Groups*, rummer sociale netværk, eksempelvis familie, venner og kolleger, der kan fungere som en støttende funktion i sundhedsrelaterede emner og være medvirkende til at påvirke individets adfærd (Ibid.). Det tredje niveau, *Institutional Factors*, indeholder institutioner som det bærende element, der kan udgøre en hjælpende funktion i form af sundhedsrelaterede initiativer og besidder ressourcer, som kan anvendes til at understøtte individets adfærdsændringer. Fokus er dermed ikke på selve individet, men på organisatoriske og strukturelle rammer, som individet indgår i (Ibid.). Det fjerde niveau, *Community Factors*, indeholder forholdene mellem forskellige samfundsgrupperinger, såsom institutioner, organisationer og uformelle netværker i samfundet (Ibid.). Femte niveau, *Public Policy*, udgøres af lokale og nationale politikker samt lovgivninger (Ibid.), der påvirker individets adfærd ved at udforme interventioner, som, gennem politisk arbejde, føres ud til individet (Ibid.).

Gennem de foregående analyser er der identificeret betydende faktorer, der kan tilknyttes tre af de fem niveauer i den økologiske model, henholdsvis det intrapersonelle-, interpersonelle- samt institutionelle niveau, hvorfor resultaterne fra analyserne struktureres ud fra disse. Indledningsvist præsenteres en illustration, der skaber overblik over niveauerne samt de dertilhørende betydende faktorer, som herefter udfoldes.



Figur 8: Betydende faktorer for en vedvarende adfærdsændring, i forhold til fysisk aktivitet.

Det intrapersonelle niveau

Gennem interviewanalysen er helbredet identificeret som en afgørende faktor for deltagernes aktivitetsniveau, idet motionering medfører forbedret helbred samt fremmer evnen til at klare dagligdagens belastninger.

Dette er foreneligt med litteraturstudiet, som ligeledes finder, at ønsket om et bedre helbred har en fremmende effekt på deltagernes motionsvaner, eftersom et øget aktivitetsniveau, af deltagerne, anskues som vigtigt i forhold til forebyggelse af sygdom og risikofaktorer herfor (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Korkiakangas et al., 2011; Donnachie et al., 2017). I tillæg hertil finder litteraturstudiet, at et øget aktivitetsniveau er et effektivt værktøj til at opnå vægttab og vedligeholdelse heraf (Donnachie et al., 2017; Huberty et al., 2013; Korkiakangas et al., 2011; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011), hvilket er fremmende for deltagernes aktivitetsniveau.

Foruden at være faciliterende for deltagernes udførsel af fysisk aktivitet, kan helbredet også betragtes som en begrænsning, hvilket, både i litteraturstudiet og interviewanalysen, kommer til udtryk som fysiske skavanker, der begrænser deltagernes fysiske udfoldelse.

I den kvantitative analyse er det intenderet at undersøge, om der er en sammenhæng mellem selv vurderet helbred og vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet, men på grund af manglende statistisk signifikans, er ikke det muligt at bekræfte den opstillede hypotese.

Både informanterne fra interviewanalysen samt flere deltagere i litteraturstudiet (Hardcastle & Hagger, 2011; Donnachie et al., 2017) finder det vanskeligt at fastholde motivationen for vaneændringen efter endt forløb.

Fælles for de deltagere, der, i litteraturstudiet, har formået at øge deres aktivitetsniveau vedvarende, er, en evne til at mestre hverdagens udfordringer og barrierer, når de, efter endt intervention, selv skal fastholde motionsvanerne, hvilket indikerer, at det ikke er barriererne, der opstår i forbindelse med at holde sig fysisk aktiv, som er afgørende for, om deltagerne opnår vedvarende adfærdsændringer, men i højere grad individets evne til at håndtere disse. De oplevede barrierer er blandt andet relateret til vejret, manglende tid i hverdagen, modstridende forpligtelser samt arbejde, hvilket er foreneligt med interviewanalysen, som ligeledes identificerer evnen til at overkomme sådanne barrierer som essen-

tielt i forhold til at skabe vedvarende adfærdsændringer. Informanterne giver udtryk for vanskeligheder med at fortsætte arbejdet med vaneændringerne efter endt forløb, hvor hverdagens barrierer anses som begrænsende herfor, hvilket indikerer, at de, modsat deltagerne i studierne, endnu ikke har oparbejdet de fornødne mestringsstrategier.

Sammenhængen mellem mestringsevne og vedvarende adfærdsændringer er i specialets kvantitative analyse, i form af hypotesen omhandlende handlefærdigheder, ligeledes undersøgt, men det er, grundet manglende statistisk signifikans, ikke muligt at påvise nogen association herimellem.

Slutteligt identificeres i litteraturstudiet, at fysisk aktivitet medfører velvære hos deltagerne, hvilket er faciliterende for, at de opnår en vedvarende aktivitetsfremmende adfærd. Dette kommer til udtryk som en glædesfølelse og et mentalt pusterum fra en travl hverdag, når deltagerne motionerer (Korkiakangas et al., 2011; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017), hvilket er samsvarende med interviewanalysen, hvori nogle informanter giver udtryk for, at motion medfører en følelse af glæde og livskvalitet.

Det interpersonelle niveau

I både interviewanalysen og litteraturstudiet fremgår det, hvordan opbakning og støtte fra omgangskredsen er essentiel for at kunne skabe vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet, eftersom det kan være svært at motivere sig selv, hvortil støtte kan bidrage med, at kampen mod gamle vaner ikke kæmpes på egen hånd (Korkiakangas et al., 2011; Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Penn et al., 2013). Samme fænomen er forsøgt undersøgt i specialets kvantitative analyse, men resultaterne derfra kan, grundet manglende statistisk signifikans, ikke understøtte overstående fund. Den omvendte relation fremgår endvidere af både interviewanalysen og litteraturstudiet, idet manglende social støtte fra deltagernes omgangskreds ligeledes kan udgøre en barriere, såfremt disse ikke bakker op om livsstilsændringen (Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017).

Gennem interviewanalysen er der endvidere nået opnået forståelse for, hvordan familiære og sociale forpligtelser kan være vanskelige at forene med, samt kan udgøre en barriere for, at være fysisk aktiv, eftersom dette kræver, at motioneringen harmoniserer med deltagernes hverdagsliv. Dette fremhæves tillige i litteraturstudiet, som finder, at modstridende forpligtelser i kombination med motionering kan

medføre et socialt pres fra venner, familie og arbejdspladsen (Hardcastle & Hagger, 2011; Huberty et al., 2013; Donnachie et al., 2017).

I analysen af interviews er der opnået indsigt i, hvordan gruppesammensætning samt fællesskabsfølelse har betydning for deltageres aktivitetsniveau, idet deltagerne kan motivere hinanden til at vedligeholde vaneændringerne efter endt forløb. Litteraturstudiet finder også resultater omhandlende vigtigheden i at kombinere fysisk aktivitet med et socialt element, idet motionering herved overgår fra at være drevet af tvang til at være en positiv oplevelse, hvor det er muligt at socialisere med ligesindede (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011; Korkiakangas et al., 2011). I forlængelse heraf finder litteraturstudiet, at fællesskabsfølelsen, både under og efter en intervention, medfører en forpligtelse til at deltage i motioneringen over for de øvrige motionsdeltagere (Korkiakangas et al., 2011; Hardcastle & Hagger, 2011; Donnachie et al., 2017), hvilket indikerer, at det sociale aspekt, forbundet med at være fysisk aktiv, er af væsentlig betydning for at opnå vedvarende adfældsændringer, samt at mangel herpå, omvendt kan være medvirkende til, at der ikke bliver skabt vedvarende, ændrede motionsvaner.

Det institutionelle niveau

Det fremgår af interviewanalysen, at manglende tilpasning til den enkelte kan have betydning for informanternes oplevelse af interventionen og disses aktivitetsniveau efterfølgende, idet informanterne oplever, at den sundhedsprofessionelles krav, under den frivillige træning, er for høje, samt at disse ikke er i overensstemmelse med, hvad der opleves som vigtigt for deltagerne, hvilket kan afspejle manglende inddragelse af lægperspektivet. I modsætning hertil fremgår det ligeledes, af interviewanalysen, at sundhedsprofessionelle, grundet deres evne til at fastholde og støtte deltagerne, kan være af afgørende betydning for, at de opretholder motionsvanerne.

Monitorering efter endt intervention kan også, på baggrund af både interviewanalysen og litteraturstudiet, anskues som betydningsfuldt i forhold til at skabe og vedligeholde adfældsændringer (Korkiakangas et al., 2011; Donnachie et al., 2017; Hardcastle & Hagger, 2011). I interviewanalysen fremhæves, hvorledes flere af deltagerne anvender redskaber, som dagligt motiverer dem til, og påminder om, at vedligeholde motionsvanerne. Dette understøttes af litteraturstudiet, som ligeledes finder, at eksterne motivatorer kan bidrage til fastholdelse af nye motionsvaner (Korkiakangas et al., 2011; Donnachie et al., 2017), samt at opfølgning efter endt intervention kan facilitere opretholdelsen

af adfærdsændringer, idet deltagerne løbende skal konfronteres med deres valgte livsstil (Hardcastle & Hagger, 2011; Donnachie et al., 2017).

Foruden ovenstående faktorer, kan interventionens organisatoriske rammer tillige være af betydning for, hvorvidt deltagerne opnår vedvarende adfærdsændringer efter endt forløb. Interviewanalysen afspejler en gennemgående tilfredshed blandt deltagerne med den enkelte, ugentlige undervisning, afstanden derimellem, samt disses varighed. I forhold til interventionens varighed på otte uger, var samtlige informanter ligeledes enige om, at den var for kort, idet tiden var for knap til at processere de nye inputs og informationer.

Forløbets læringsindhold og overleveringen af dette, har tillige betydning for, hvad deltagerne lærer og hvilket udbytte, de får af forløbet. Det fremgår af interviewanalysen, at der er en diskrepans mellem deltagerens syn på forløbets formål, idet flere er af den opfattelse at forløbet skal bidrage til opnåelse af vægttab, og det formål, som er nedskrevet i den logiske model tilknyttet forløbet, omhandlende at deltagerne anskuer sundhed i bredere perspektiv efter endt forløb (bilag 1).

På trods af den støttende funktion, som ifølge McLeroy et al. (1988), er karakteristisk for aktører på det institutionelle niveau, illustrerer ovenstående, hvorledes organisatoriske forhold ligeledes kan udgøre barrierer for individet, hvilket, i specialet, har bidraget til en større indsigt i, hvordan disse forhold kan influere på, hvorvidt individer opnår vedvarende adfærdsændringer efter en afsluttet intervention.

10. Metodediskussion

10.1. Litteraturstudiet

Formålet med litteraturstudiet var at besvare søgespørgsmålet, omhandlende faktorer, som er af betydning for, hvorvidt et individ, efter deltagelse i en livsstilsintervention, opnår vedvarende adfærdsændring i form af et øget fysisk aktivitetsniveau.

Den systematiske søgning blev foretaget i flere forskellige databaser, hvilket, i henhold til formålet med litteraturstudiet, betragtes som en styrke, idet dette har bidraget med at opnå bredde og dybde i søgningen. Opbygningen af den systematiske søgning, ud fra SPIDER-modeller, anskues tillige som en styrke, idet modellen har bidraget til identificering af relevante kvalitative studier. I tillæg hertil har SPIDER-modellen bidraget til strukturering af facetterne, hvormed disse er opstillet, så de er

sammenlignelige på tværs af databaserne. Dette anskues som en styrke, idet det, trods databasernes forskellige opbygning og indeksering af kontrollerede søgetermer, har bidraget til at skabe ensartethed i søgningerne.

I henhold til facetten, interessefænomen, er denne opdelt i tre facetter. Dette valg blev truffet for at højne søgningens precision, men det kan i forbindelse hermed være væsentligt med en forholdstagen til, hvorvidt søgningen kunne have været afgrænset på anden vis. Såfremt søgningen havde inkluderet færre facetter, havde søgningens recall formentlig været større, idet dette ville have medført flere hits, hvor flere relevante studier potentielt kunne have været identificeret. Omvendt ville en sådan beslutning have medført en lavere precision og dermed mere støj i søgningen (Frandsen et al., 2014), hvilket, på baggrund af søgningens resultat, vurderes som uhensigtsmæssigt. Søgningens resultater viser, at prioriteringen af høj precision medførte relativt få hits i de respektive databaser, men til gengæld var andelen af relevante studier blandt disse høj, hvilket understreger det faktum, at en bredere søgning, med potentielt mere støj, ikke har været nødvendig.

10.2. Den kvalitative interviewundersøgelse

10.2.1. Det semistrukturerede interview som dataindsamlingsmetode

Inddragelse af informanter til dataindsamling er forbundet med flere styrker, eksempelvis den subjektive indsigt i, og forståelse for, fænomenet, som kan opnås herved, men omvendt er der også risiko for, at informantens billede af de betydende sammenhænge og faktorer er mangelfuldt, hvilket dermed vil være styrende for deres oplevelser og handlinger (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). Disse forhold kan derfor være væsentlige at forholde sig til i specialet, idet underspørgsmål 2 udelukkende besvares ud fra informantudsagn og fortolkning af disse. I interviewsituationen kan det forekomme, at informanten, bevidst eller ubevidst, fordrejer virkeligheden i sine fortællinger eller skjuler visse detaljer (Ibid.), hvilket kan være svært at afgøre, men bevidstheden herom synes essentiel. Dette kan eksempelvis være tilfældet for specialets informanter, såfremt de, gennem deltagelsen i SL, og det efterfølgende arbejde med at vedligeholde motionsvanerne, har oplevet udfordringer, der kan anskues som stigmatiserende, eksempelvis at være overvægtig og inaktiv, eller taburiserede, såsom en manglende evne til at ændre adfærd, hvorfor disse områder formentligt udfoldes i mindre grad sammenlignet med faktorer, der ikke er personligt knyttet til dem. Dette kan således medføre, at nogle faktorer, forbundet med fastholdelse af nye motionsvaner, synes mere afgørende, idet de, for informanten, er lettere at italesætte.

10.2.2. Forforståelsens betydning i interviewundersøgelsen

Gennem problemanalysen og litteraturstudiet er der opnået ny viden, der har påvirket gruppens forforståelse, hvormed denne tillige har haft en indvirkning på tilrettelæggelsen, udførelsen og analysen af interviewene.

I udformningen af en interviewguide kan forforståelsen ses som en begrænsning, idet de på forhånd nedskrevne spørgsmål kan begrænse informantens frie fortælling (Kvale & Brinkmann, 2015). I til-læg hertil kan forforståelsen også være en begrænsning i selve interviewsituationen i forbindelse med de supplerende spørgsmål, der stilles, idet det, for interviewerens, kan være vanskeligt at opfange vigtige nuancer i informantens svar, såfremt disse er afvigende i forhold til forforståelsen. Dermed opstår der risiko for, at interviewerens overser vigtige elementer i interviewsituationen og ikke får stillet supplerende eller opfølgende spørgsmål til udfoldelse heraf, hvorved en ny forforståelse ikke nødvendigvis udvikles. På den anden side anskues det som en styrke at inddrage forforståelsen i forskningsprocessen, hvilket Gadamer (2007) advokerer for og understreger, at det hverken kan eller bør undgås, idet det, gennem tilrettelæggelsen, udførelsen og analysen af interviewene, ikke er muligt at fralægge sig allerede eksisterende viden. Forforståelsen vil dermed, som en naturlig del af proces-sen, danne ramme for interviewet, om end det er væsentligt, for at kunne opnå en horisontsammen-smeltning til udvikling af en ny forforståelse, at interviewerens er i stand til afvige herfra, såfremt der fremkommer væsentlige pointer, der afviger fra denne.

10.2.3. Rekruttering gennem en gatekeeper

Rekrutteringen af informanter er foregået gennem Folkesundhed Aarhus, der, som tidligere nævnt, har fungeret som gatekeeper. Samarbejdet med Folkesundhed Aarhus kan anskues som fordelagtigt, idet dette har faciliteret en kontakt til tidligere deltagere i SL, der, uden hjælp fra Folkesundhed Aar-hus, ikke kunne have været opnået. Omvendt har samarbejdet medført en række udfordringer i rekrut-teringsprocessen, idet gruppens kontaktperson ikke har haft tid til at rekruttere informanterne telefo-nisk, hvorfor disse blev kontaktet over e-mail, hvilket indledningsvist resulterede i, at ingen deltagere henvendte sig til gruppen. Efterfølgende blev flere mails udsendt, hvorefter fire informanter meldte sig.

En anden udfordring ved afhængigheden af en gatekeeper, er risikoen for, at personen forsøger at overvåge og kontrollere dataindsamlingen ved eksempelvis at nægte, eller facilitere, kontakt til ud-valgte personer, der således vil lede forskeren i en bestemt retning (Krogstrup & Kristiansen, 1999).

Dette kan der, i specialet, være risiko for, idet gruppen, trods videreformidling af rekrutteringskriterierne, ikke selv har haft mulighed for at træffe den endelig beslutning om hvilke deltagere, der kontaktes.

10.3. Den kvantitative analyse

10.3.1. Spørgeskema som dataindsamlingsmetode

Specialets kvantitative analyse tager udgangspunkt i et spørgeskema indeholdende information om personer, som har deltaget i Sund Livsstil. Spørgeskemaer medfører selvrapportering, som er behæftet med risiko for fejlrapportering, hvilket både kan være bevidst og ubevidst (Juul, 2013). Informationsbias kan have fundet sted i forbindelse med selvrapportering af deltagernes fysiske aktivitetsniveau, eftersom det er et begreb, der opfattes forskelligt, hvorfor der i fortolkningen af, hvad fysisk aktivitet indebærer, kan være individuelle forskelle. Dette kan give anledning til fejlestimering af prævalensen af deltagere, som efter endt forløb er fysisk aktive, hvorfor denne problematik er væsentlig at være opmærksom på, når data analyseres og fortolkes. Det er endvidere vigtigt at have i mente, hvem respondenterne er og hvad der kan have påvirket deres besvarelser, når data analyseres, idet det formodes, at deltagerne, ved nogle af spørgsmålene, eksempelvis dét omhandlende at være uønsket alene, påvirkes af sociale- og samfundsmæssige normer, hvormed de vil svare det, som de finder mest acceptabelt. Såfremt besvarelserne ikke er i overensstemmelse med realiteten, kan disse fejlbesvarelser medføre informationsbias i form af misklassifikation, og i tilfælde af, at fejlbesvarelserne kun forekommer hos nogle af respondenter, kan dette føre til differentiell misklassifikation (Ibid.).

På trods af bestræbelser på at opnå entydighed i et spørgeskema, kan stort set alt misforstås eller forstås på flere forskellige måder, hvorfor deltagernes fortolkning og forståelse af spørgsmålene i spørgeskemaet, ligeledes kan medføre, at data bliver skrævvredet (Olsen, 2006). Ved udformning af et spørgeskema, som har til formål at indsamle information omkring et dynamisk begreb som fysisk aktivitet, er det således nødvendigt, at spørgsmålene er præcist og tydeligt formuleret samt let læselige. Manglende hensynstages hertil, kan, grundet viden om, at flere fysisk inaktive har lav SES (Crespo et al., 1999; Macdougall et al., 1997; McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006; Varo et al., 2003; Willey et al., 2010), være forklaring på, hvorfor spørgeskemaets svarprocent er så lav, idet denne målgruppe kan have svært ved at forstå spørgsmålene, og som følge heraf, undlader at besvare. I tillæg hertil er denne befolkningsgruppe ofte lavere repræsenteret i spørgeskema undersøgelser

(Ekholm et al., 2010; Tolonen et al., 2006), hvilket kan være en anden potentiel forklaring. Dette giver anledning til bekymring i henhold til studiepopulationens repræsentativitet, idet resultaterne fra analysen kan vise sig at være mindre valide, såfremt dette har medført selektionsbias.

I tillæg til ovenstående er det anvendte datasæt indsamlet uafhængigt af specialet og dets formål, hvorfor gruppen ikke har haft indflydelse på de variable, som datasættet indeholder, hvilket kan være forbundet med både styrker og begrænsninger. Ved at anvende et allerede eksisterende datasæt opnås en tidsbesparelse, idet en sådan dataindsamlingsproces ofte er tidskrævende (Thygesen & Ersbøll, 2014), hvilket i specialet betragtes som en styrke. Omvendt kan en begrænsning, ved et på forhånd indsamlet datasæt, være, at de inkluderede variable er udvalgt på baggrund af andres interesser (Ibid.). Såfremt gruppen selv havde indsamlet data, var flere og potentielt nogle andre variable, baseret på viden opnået gennem problemanalysen og litteraturstudiet, eksempelvis omhandlende BMI, inkluderet. Dette ville have muliggjort, at flere relevante hypoteser, som bidrag til besvarelse af underspørgsmål 2, kunne have været opstillet. Til trods herfor var det muligt at finde flere variable i datasættet, der kunne bruges til at teste den viden, som er opnået gennem problemanalysen og litteraturstudiet, og som derved udgjorde grundlaget for gruppens daværende forforståelse. Dette betragtes som en styrke, idet der herved er belæg for de undersøgte sammenhænge.

Den største begrænsning for specialets kvantitative analyse er den lave responsrate på det opfølgende spørgeskema, som danner grundlag for den kvantitative analyse, idet dette har resulteret i, at analyserne er udført med en samplesize på maksimalt 51 personer, hvilket er markant mindre end de 607 personer, som spørgeskemaet er sendt ud til. Folkesundhed Aarhus indsamler spørgeskemadata både inden, under og efter SL-forløbet, hvilket summerer til i alt seks spørgeskemaer, som deltagerne skal besvare. Dette kan være en mulig forklaring på den lave svarprocent for det sidste, opfølgende spørgeskema, idet deltagerne ikke orker at besvare flere spørgsmål. En anden forklaring kan være, at deltagerne, efter endt forløb, glemmer at besvare spørgeskemaet eller ikke længere føler sig forpligtigede til at bidrage. Denne pointe understreges af det faktum, at svarprocenten, for de fem øvrige spørgeskemaer, er markant højere, idet disse indeholder besvarelser fra 200-300 deltagere.

Ved at arbejde med et lille datasæt er sandsynligheden for at opnå signifikante resultater mindre (Juil, 2004), hvilket kan være en forklaring på resultaterne af de bivariate analyser, hvor der, for ingen af

de udvalgte variable, blev fundet statistisk signifikans. På baggrund heraf er der risiko for, at der opstår type-2 fejl, hvor nulhypotesen, om ingen signifikant forskel mellem grupperne, fejlagtigt accepteres (Juul, 2013). Denne samme tendens er formentlig også gældende ved de logistiske regressionsmodeller, hvor ingen af undersøgelserne viste statistisk signifikans.

10.3.2. Grænseværdi

Det er vigtigt at være opmærksom på grænseværdiens betydning, idet fastlæggelsen heraf potentielt kan medføre en under- eller overestimering af prævalensen af fysisk aktive individer.

I den statistiske analyse er den afhængige variabel dikotomiseret, hvor skillelinjen, for at være fysisk inaktiv, er fastsat ved fire dage. Denne grænseværdi er valgt på baggrund af specialets definition af fysisk inaktivitet, som er: *Mindre end 2,5 times fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet pr. uge*. Det er naturligvis muligt at være aktiv i mere end 30 minutter dagligt, hvormed de 2,5 timers fysik aktivitet kan udføres på mindre end fem dage. Deltagerne har dog, i forlængelse af spørgsmålet, som udgør den afhængige variabel, angivet deltaljer om de udførte motionsformer, hvor det tydeligt fremgår, at ingen af deltagerne er fysisk aktive i mere end 30 minutter på de dage, hvor de er fysisk aktive, hvilket advokerer for berettigelsen af den valgte skillelinje. Den høje grænseværdi har til formål at medvirke, at fysisk inaktive individer ikke fejlkategoriseres som værende fysisk aktive, hvormed grænseværdien er fastlagt på grund af en prioritering af sensitivitet over specificitet.

11. Resultatdiskussion

I det følgende diskuteres specialets resultater. Indledningsvist præsenteres validitet med henblik på at vurdere, hvorvidt de opnåede resultater er pålidelige i henhold til besvarelse af specialets problemformulering. For at vurdere, om specialets resultater kan overføres til lignende kontekster, diskuteres overførbareheden af disse efterfølgende.

11.1. Validitet

Med validitet, her forstået som undersøgelsens interne validitet, menes, hvorvidt det tilsigtede undersøges (Launsø, Rieper & Olsen, 2011), hvor det tilsigtede, i henhold til specialet, er besvarelse af problemformuleringen. Tilvejebringelsen af specialets resultater er sket som følge af grundige, metodologiske overvejelser, hvilket har sikret en valid besvarelse af problemformuleringen. Desuden er

der, for to af specialets tre anvendte metoder, god overensstemmelse mellem resultaterne, hvilket, i tillæg til ovenstående, er medvirkende til at styrke troen på, at resultaterne opnået herigennem, er af høj validitet. Den sidste anvendte metode, den statistiske analyse, understøtter ikke resultaterne fra de kvalitative metoder, idet det, på baggrund af den manglende statistiske signifikans, ikke er muligt at konkludere noget endeligt ud fra denne, hvorfor disse resultater ikke har kunnet bidrage til besvarelse af specialet problemformulering.

Foruden validiteten er det essentielt at sikre høj kvalitet i de opnåede resultater. Den velovervejede metodiske tilgang har skabt en rød tråd i struktureringen af specialet, samt systematik i besvarelsen af problemformuleringen, gennem de tre underspørgsmål, hvilket medvirker til at højne kvaliteten af specialets resultater. Dette særligt ved den grundige gennemgang med tjeklister i litteraturstudiet, samt foretagelsen af en pilottest forud for interviewene, hvormed interviewguiden grundigt er bearbejdet og afprøvet. I den kvantitative analyse er kvaliteten højnet gennem en transparent beskrivelse af proceduren for udarbejdelsen heraf.

11.1.1. Metodetriangulering

Triangulering, som er betegnelsen for, at flere forskellige metoder anvendes til undersøgelse af det samme fænomen (Launsø, Rieper & Olsen, 2011), benyttes i specialet, hvilket kommer til udtryk ved de tre forskellige metodiske tilgange, der anvendes til besvarelse af problemformuleringen. Metoderne har forskellige styrker og svagheder, men gennem metodisk triangulering, er det muligt at disse i kombination kan kompensere for hinandens svagheder, hvormed triangulering kan styrke validiteten af et opnået resultat (Frederiksen, 2015). Flere af specialets opnåede resultater er, som belyst ovenfor, identificeret på tværs af de to kvalitative metodiske fremgangsmåder, hvormed disse resultater er stærkere underbygget.

Metodetriangulering kan være problematisk i tilfælde, hvor forskningsspørgsmål i højere grad er rettet mod én specifik metodisk tilgang, idet metodevalget er styret af den bagvedliggende problemformulering (Launsø, Rieper & Olsen, 2011). Specialets problemformulering er udformet med tre underspørgsmål, hvor de første to besvares ved af en kvalitativ fremgangsmåde og det sidste besvares ved hjælp af en kvantitativ metode. Dette medfører en ulig fordeling i brugen af kvantitativ- og kva-

litativ metode, som er valgt, grundet en erkendelse af, at opnåelse af forståelse for specialets undersøgte fænomen, vedvarende adfærdsændringer i henhold til fysisk aktivitet, er essentielt i arbejdet med at forandre SL, hvilket i højere grad kan ske ved hjælp af kvalitative metoder. Formålet med den kvantitative analyse var at identificere karakteristika for deltagere, der har opnået en varig aktivitetsfremmende adfærd, samt påvise associationer mellem disse karakteristika og forløbets effekt. Viden herom skulle have bidraget med en grundlæggende, beskrivende viden om målgruppen og fænomenet, samt have udgjort et vigtigt grundlag for den samlede forståelse i samspil med de kvalitative resultater, men som følge af de førnævnte problematikker forbundet med den kvantitative analyse, har denne ikke kunnet bidrage med det intenderede. Den kvalitative dataindsamling betragtes således som den eneste bidragsyder til den opnåede forståelse for, samt viden om, de forskelligartede aspekter, relateret til vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet, som er opnået gennem specialet.

På baggrund heraf, vurderes, at potentialet, som metodetriangulering rummer, ikke er blevet indfriet til fulde.

11.2. Overførbarhed

Ved undersøgelse af overførbarheden vurderes, hvorvidt resultaterne, opnået i én kontekst, kan overføres til lignende kontekster (Launsø, Rieper & Olsen, 2011), hvilket gøres ved indledningsvist at undersøge overførbarheden af litteraturstudiets resultater, hvorefter overførbarheden mellem specialets resultater vurderes. Dette med henblik på at afgøre i hvilken udstrækning den viden, der er opnået gennem specialet, kan overføres til beslægtede kontekster.

11.2.1. Overførbarhed af de udvalgte studier

Interventionerne, der tages udgangspunkt i, i studierne, varierer både i forhold til indhold og længde, men har alle til formål at ændre deltagernes adfærd i henhold til fysisk aktivitet, hvilket kan relateres til SL, hvormed resultaterne vurderes overførbare til specialets problemfelt. I forlængelse heraf medfører denne variation i studiernes intervention en nuanceret indsigt i flere forskellige måder, hvorpå fysisk inaktivitet kan interveneres mod. Samme tendens er gældende for studiepopulationerne, som varierer i størrelse og sammensætning, om end de grundlæggende deltagerkarakteristika, i form af alder, køn og helbredsmæssig status, er gennemgående på tværs af studierne og lignende specialets målgruppe, hvormed resultaterne opnået hos disse vurderes som overførbare hertil.

Foruden ovenstående synes det relevant med en forholdstagen til, hvilke lande de udvalgte studier er udført i, eftersom dette ligeledes kan indvirke på konteksten og dermed have betydning for overførbareheden. I litteraturstudiet blev, som følge af et eksklusionskriterium, studier fra lavindkomstlande, frasorteret, hvilket blev gjort med henblik på at højne overførbareheden til Danmark. De udvalgte studier er fra henholdsvis Skotland, Australien, USA og Finland, hvilke ikke betragtes som lavindkomstlande (The World Bank, 2017), hvormed resultaterne, ud fra dette, vurderes overførbare til dansk kontekst. Der vil dog formentlig være nogle samfundsmæssige forskelle mellem landene, eksempelvis sundhedsvæsenet, forskellig grad af brugerbetaling samt andre eksterne faktorer i samfundet, der vurderes at kunne have betydning for udfaldet af interventionen, og dermed svække overførbareheden til en dansk kontekst. På trods heraf, vurderes resultaterne fra litteraturstudiet, opsummerende, som overførbare til specialets kontekst.

11.2.2. Overførbarehed på tværs af specialets resultater

Som følge af den manglende statistisk signifikans i den kvantitative analyse, tages der, i nedenstående diskussion, udelukkende udgangspunkt i overførbareheden mellem resultaterne fra de to kvalitative metoder.

I specialets interviewundersøgelse var det tilsigtet at foretage 4-6 individuelle interviews, men som følge af rekrutteringsproblemer, endte det samlede antal informanter på fire. Flere informanter kunne formentlig have bidraget til at nuancere deltagernes perspektiv yderligere, om end flere af de identificerede oplevelser, var gennemgående på tværs af de fire interviews, hvilket indikerer, at der er opnået en vis grad af datamætning. I tillæg hertil er der flere overlappende resultater mellem interviewanalysen og litteraturstudiet, hvis evidens stammer fra forskellige lande, hvormed de identificerede resultater vurderes at kunne overføres til andre livsstilsinterventioner og er således ikke begrænset til national kontekst. De opnåede resultater, som giver forståelse for fremmende og hæmmende motivationsfaktorer for at bibeholde et øget fysisk aktivitetsniveau efter deltagelse i en livsstilsintervention, vurderes således at være gældende generelt for livsstilsinterventioner, afholdt i lande, som kan overføres til en dansk kontekst.

Forandringsforslagene, som præsenteres i det følgende afsnit, rummer således et forandringspotentiale, som ikke udelukkende er forbeholdt SL og vil, på trods af, at de specifikt er rettet herimod, formentlig med fordel kunne implementeres i lignende livsstilsinterventioner, både nationalt og internationalt.

12. Forandringsforslag

Følgende afsnit indeholder en præsentation af de konkrete forslag til forandring, udformet med henblik på at skabe vedvarende adfærdsindringer, i form af et øget fysisk aktivitetsniveau, som følge af deltagelse i SL. Forandringsforslagene er opstillet på baggrund af syntetiseringen af specialets resultater, og vil i det følgende, på sammen måde som resultatsyntesen, struktureres ud fra det intrapersonelle-, interpersonelle- og institutionelle niveau.

12.1. Det intrapersonelle niveau

På det intrapersonelle niveau er det individets personlige karakteristika, såsom biologiske træk, viden og holdninger, der præger dets sundhedsadfærd (McLeroy et al., 1988). Ud fra resultatsyntesen er der opnået forståelse for, hvorledes deltagernes mestringsevne og læringsudbytte af interventionen er af betydning for, hvorvidt de formår vedvarende at ændre motionsvaner efter endt intervention. I Ryan & Decis (2000) SDT fremhæves, at følelsen af autonomi og kompetence fremmer forudsætningerne for en indre motivation og lyst til vedvarende at være fysisk aktiv, hvorfor der, på baggrund heraf, ses et potentiale i at styrke disse følelser hos individet, i form af øget handlekapacitet, hvormed det, efter endt intervention, i højere grad selv kan tage ansvar for at fastholde vaneændringen.

Med henblik på at øge deltagernes handlekapacitet, tages der, i forandringsforslagene, afsæt i Steen Wackerhausens (1994) *åbne sundhedsbegreb*, idet der herigennem lægges vægt på, at der, i forandringsprocessen, bør inkorporeres en forholdstagen til subjektets egne mål, handlefærdigheder og livsbetingelser. Målet for vaneændringsprocessen skal således defineres af individet selv, med højdetagen for dets handlefærdigheder og livsbetingelser, hvilket, ifølge Wackerhausen (1994), betegnes som *ægte mål*. Individets handlefærdigheder kan være af både fysisk og psykisk karakter, og sammen med livsbetingelserne, forstået som individets levevilkår i forhold til familiære-, arbejdsrelaterede- og miljømæssige forhold, udgør disse individets samlede handlekapacitet (Ibid.). I forandringen af SL vil der således være fokus på at skabe rammer, der kan øge deltagernes handlekapacitet ved at facilitere målopnåelse ud fra ægte mål, styrke deres handlefærdigheder samt hjælpe dem til håndtering af deres livsbetingelser.

Det anskues som vanskeligt at ændre direkte på individets biologiske natur, hvorfor der på det intrapersonelle niveau ikke opstilles konkrete forslag til forandring, men som følge af det dynamiske sam-

spil, der forekommer mellem niveauerne i den økologiske model, antages det, at forandringsforslagene på henholdsvis det interpersonelle- og institutionelle niveau, præsenteret nedenfor, indvirker indirekte på det intrapersonelle niveau, hvormed individets handlekapacitet forøges.

12.2. Det interpersonelle niveau

Ifølge McLeroy et al. (1988) indeholder det interpersonelle niveau individets sociale netværker, som kan udgøre en støttende funktion i sundhedsrelaterede emner og medvirke til at påvirke individets adfærd, hvilket er i overensstemmelse med resultatsyntesen, hvor sammenholdet mellem deltagerne er identificeret som fremmende for deltageres motivation for at opretholde de ændrede motionsvaner efter deltagelse i en livsstilsintervention. Til trods herfor har flere deltagere, efter endt intervention, svært ved at fastholde vaneændringen, hvorfor der, i det følgende forandringsforslag, fokuseres på at øge udbyttet af fællesskabsfølelsen mellem deltagerne. Dette med baggrund i Lave & Wengers (1991) teori om praksisfællesskabet, hvor samspillet mellem individet og den sociale verden er afgørende for læringsprocessen. I henhold til SL kan den sociale verden relateres til de øvrige holddeltagere, hvor et relationelt bånd herimellem således kan være fordrende for deres læringsproces og vaneændring. Fællesskabsfølelsen opleves, ud fra resultatsyntesen, som værende stærk i selve undervisningssituationen, men da det, som fremhævet af Grøn (2012), er i hverdagen, at kampen for at ændre vaner skal kæmpes, fokuseres der, i nedenstående forandringsforslag, på at øge udbyttet af fællesskabsfølelsen uden for SL.

Forslag 1: Virtuelt grupperum

Formål	Styrke sammenholdet og fællesskabsfølelsen mellem deltagerne i SL, samt give dem mulighed for at erfaringsudveksle udenfor forløbets rammer.
Aktivitet	• Skabe et virtuelt grupperum, eksempelvis en Facebookgruppe, hvor deltagerne kan kommunikere med hinanden. Grupperummet er holdspecifikt, og først efter at forløbet er afsluttet, inviteres deltagerne til en større gruppe bestående af tidligere deltagere. • Deltagerne bliver, ved første undervisning, introduceret til det virtuelle rum og opfordret til at benytte det efter behov.
Ændret adfærd	Deltagerne begynder at erfaringsudveksle og støtte hinanden gennem de udfordringer, som de støder på under og efter deltagelse i SL. Endvidere vil nogle af

	deltagerne lave træningsaftaler med hinanden ved siden af undervisningen, samt dele gode råd.
Forventet effekt	• Deltagerne bliver, som følge af støtte fra de andre deltagere, mere motiverede til at vedligeholde adfærdsændringerne, hvormed deres fysiske aktivitetsniveau vil stige. • Deltagernes handlekapacitet øges gennem øgede handlefærdigheder, hvormed de i højere grad bliver i stand til at overkomme hverdagens barrierer.
Ressourcer	En sundhedsprofessionel skal stilles til rådighed i funktion som administrator for gruppen. Vedkommendes opgaver består i at sørge for, at der bliver holdt en god tone samt godkende deltagere til grupperummet.
Utilsigtede konsekvenser	Det er ikke en selvfølge, at samtlige deltagere er brugere af Facebook, hvormed gruppen kan forekomme ekskluderende for nogle, hvilket er vigtigt at være bevidst om. Det bør derfor understreges overfor deltagerne, at medlemskabet af gruppen ikke er en forudsætning for deltagelsen i SL, men nærmere et frivilligt, hjælpsomt redskab, såfremt det ønskes at dyrke fællesskabet uden for undervisningens rammer.

12.3. Det institutionelle niveau

På det institutionelle niveau er der fokus på organisatoriske og strukturelle rammer, der kan understøtte individets i dets adfærdsændring (McLeroy et al., 1988). Forandringsforslagene, som er opstillet på dette niveau, vil således tilsinde at indvirke på det intrapersonelle niveau, som følge af ændrede organisatoriske rammer i SL, der i højere grad faciliterer en øget handlekapacitet hos individet.

I den strukturelle forandring er det essentielt, at der tages udgangspunkt i Wackerhausens (1994) åbne sundhedsbegreb, som foreskrevet under det intrapersonelle niveau. Som fremhævet i resultatsyntesen, forekommer en diskrepans mellem det formål, som deltagerne oplever er gældende for SL, og forløbets ekspliciterede formål. Såfremt formålet, som deltagerne oplever som gældende, afviger fra deres eget ønskede formål med deltagelsen, kan det resultere i, at de arbejder ud fra et mål, der ikke udspringer fra individet selv, men som er påtvunget udefra, hvilket Wackerhausen (1994) betegner som et *uøgte mål*. Målfrielsen kan derfor synes uoverkommelig, idet der ikke er taget højde for individets handlefærdigheder og livsbetingelser (Ibid.). Forandringen af SL vil derfor have til formål at

sikre, at der i forløbet lægges vægt på, at deltagerne opstiller ægte mål, hvor den sundhedsprofessionelle skal agere som en støttende sparringspartner, der bidrager til at øge individets målindfrielsespotentialer. I tillæg hertil advokerer Jensen & Johnsen (2000) for, hvorledes følelsen af ejerskab i forandringsprocessen er afgørende for en succesfuld forandringsproces, hvilket tillige kan øges ved, at deltagernes mål har ophav i egen interesse.

Forslag 2: Forløbets opbygning

Gennem resultatsyntesen er der opnået indsigt i, hvorledes interventionens varighed har betydning for deltagernes udbytte og evne til at opnå vedvarende adfærdsændringer. Varigheden skal, som identificeret i interviewanalysen, ikke være for kort, men skal, grundet en antagelse om, at det vil have en negativ indvirkning på deltagerne følelse af autonomi og evne til selv at tage ansvar for adfærdsændringen, ej heller være for lang.

Effekten af en række livsstilsinterventioner er undersøgt i en metaanalyse, der, i forhold til interventionens længde, finder, at interventioner over seks måneder, sammenlignet med interventioner som varer mindre end tre måneder, er mere effektive (Nuzhat et al., 2015). En lignende tendens er gældende for specialets litteraturstudier, hvor interventionen i fem ud af seks studier har en varighed på tre måneder eller mere.

Med ovenstående in mente foretages i specialet en distinktion mellem varigheden af det 'obligatoriske' forløb og det efterfølgende arbejde med fastholdelse, om end dette, for deltagerne, kan betragtes som sammenhængende. Dette vil, som følge af et øget tværfagligt samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, medføre, at kompleksiteten af intervention øges, hvilket, i forhold til potentialet, som komplekse interventioner besidder til at skabe vedvarende adfærdsændringer (Østergaard & Maindahl, 2016), synes fordelagtigt.

Nedenstående forandringsforslag har fokus på varigheden af undervisningsforløbet, hvor det forandrede SL forlænges med 4 uger. Foruden det 'obligatoriske' undervisningsforløb på 12 uger, der betragtes som et intensivt startskud til livsstilsforandringen, vil deltagerne efterfølgende have mulighed for at deltage i diverse fastholdelsesaktiviteter, såsom fastholdelsescaféer, der allerede udbydes af Folkesundhed Aarhus, samt frivillige motionshold, som præsenteres under forandringsforslaget *Fastholdelse*.

Formål	Som følge af en længere varighed af forløbet, får deltagerne mere tid til at processere de informationer og redskaber, de præsenteres for i undervisningen.
Aktivitet	• SL forlænges med 4 uger, hvormed det får en varighed på 12 uger, bestående af én ugentlig undervisning, som varer 2 timer ved teoretisk undervisning og 3 timer ved praktisk undervisning. • For at sikre en glidende overgang mellem det 'obligatoriske' forløb og de efterfølgende fastholdelsesaktiviteter, skal deltagerne, i slutningen af forløbet, stifte bekendtskab med de sundhedsprofessionelle, der er ansvarlige for de respektive motionshold samt fastholdelsescaféerne, hvilket kræver et øget tværfagligt samarbejde og kommunikation mellem de ansvarshavende sundhedsprofessionelle.
Ændret adfærd	Deltagerne nærmer sig i højere grad en automatiseret adfærd, hvor de, over længere tid, har mulighed for at sparre med, samt opsøge støtte og vejledning fra, underviseren og de øvrige deltagere i forhold til potentielle udfordringer med vaneændringen.
Forventet effekt	Deltagerne er efter forløbet nået længere med deres vaneændring og har oplevet succes hermed, hvorfor de er klædt bedre på i forhold til at fortsætte arbejdet med vaneændringen derhjemme og opnå et vedvarende, øget aktivitetsniveau.
Ressourcer	• Det betragtes som ressourcekrævende at forlænge en livsstilsintervention. Såfremt de ansatte er aflønnet på månedlig basis, vil en forlængelse af forløbet ikke nødvendigvis medføre flere udgifter til lønninger, men en omprioritering af underviserens arbejdsopgaver er påkrævet, såfremt denne varetager øvrige aktiviteter end SL. • I forhold til lokationen for forløbet vil en forlængelse medføre, at undervisningslokalerne skal reserveres over en længere periode, hvilket potentielt kan skabe konflikt med øvrig anvendelse af lokalerne. • Et forlænget forløb kan potentielt medføre, at kommunen er nødsaget til at nedbringe antallet af hold, såfremt de ikke besidder den fornødne kapacitet i forhold til lokaler og medarbejdere. Det kan derfor være nødvendigt at ansætte flere sundhedsprofessionelle eller booke flere lokaler, hvilket vil medføre et øget ressourceforbrug i form af lønninger og husleje. • Med et øget tværfagligt samarbejde forventes et øget tidsforbrug på kommunikation og koordinering mellem de sundhedsprofessionelle.
Utilsigtede konsekvenser	Ved at forlænge forløbet kan der opstå risiko for, at nogle deltagerne finder varigheden for lang og uoverskuelig, hvilket antages at øge risikoen for frafald

	blandt deltagerne, hvormed disse ikke opnår den tilsigtede vedvarende adfærdsændring. I tillæg hertil kan den forøgede varighed medføre, at forløbet ikke harmonerer med deltagerens øvrige komponenter i hverdagen, hvorfor de undlader at tilmelde sig.
--	---

Forslag 3: Omstrukturering af forløbets indhold

Det fremgår af interviewanalysen, at samtlige deltagere har vanskeligt ved at opretholde ændrede motionsvaner efter endt forløb, hvilket blandt andet kan skyldes at de, gennem forløbet, modtager mere undervisning om kost end motion. I tillæg hertil finder flere studier, at det er sværere at omlægge motionsvaner, sammenlignet med kostvaner (Lally et al., 2010; King et al., 2013), hvilket er samsvarende med udtalelser fra flere informanter. Dette advokerer for en større mængde undervisning i SL omhandlende motion, hvorfor nedenstående forandringsforslag indeholder en omstrukturering af forløbets indhold, hvor et større fokus er rettet mod fysisk aktivitet. Med tilføjelse af flere undervisningsgange om motion tilsigtes, at deltagerne modtager tilstrækkelig undervisning gennem det 'obligatoriske' forløb til at opnå vedvarende adfærdsændringer. I tillæg hertil giver flere informanter udtryk for en overvældende informationsmængde i undervisningen, hvorfor der, i nedenstående forandringsforslag, også fokuseres på at minimere informationsmængden i de respektive undervisningsgange.

En oversigt over forløbets indhold, som er revideret tilsvarende forandringsforslaget, er vedlagt som bilag 12.

Formål	Forløbet skal have mere fokus på fysisk aktivitet, således deltagerne både teoretisk og praktisk præsenteres herfor. Derudover skal en tilpasset informationsmængden medføre, at informationerne lettere processeres.
Aktivitet	• Fordelingen af undervisningsgange omhandlende kost og motion omstruktureres, hvormed deltagerne modtager fire undervisningsgange om motion og tre undervisningsgange om kost. De resterende undervisningsgange omhandler øvrige elementer forbundet med at ændre vaner efter et livsstilsforløb, eksempelvis overgangen fra SL samt strukturering af hverdagen. • Mængden af undervisningsmateriale, som deltagerne modtager i løbet af hver undervisning, skal formindskes, hvormed informationsmængden ikke bliver for overvældende.

	• I undervisningen skal der inkorporeres øvelser, hvor deltagerne er aktive, hvormed de, foruden en forøget viden om fysisk aktivitet, også tilegner sig kropslige erfaringer. I henhold til organisering heraf, skal der foretages didaktiske overvejelser samt udformes undervisningsmateriale hertil. • I undervisningen omhandlende motion skal der skabes et rum, hvor deltagerne føler sig hørt og trygge ved at give udtryk for ønsker om, og behov for, individuel tilpasning, hvilket stiller krav til de sundhedsprofessionelles omstillingsparathed samt tilpasningsevne.
Ændret adfærd	• Deltagerne bliver mere fysisk aktive undervejs i forløbet, idet de herigennem får mere viden om fysisk aktivitet og i højere grad får omsat viden herom til kropslig erfaring gennem praktisk udfoldelse. Derudover vil det opleves som mindre afskrækkende selv at igangsætte motionering under samt efter forløbet. • Som følge af det afstemte informationsmateriale kan deltagerne i højere grad overskue at processere og omsætte elementer fra undervisningen i hverdagen, eftersom informationsmaterialet fremstår overskueligt.
Forventet effekt	• Gennem tilpasning af aktiviteterne afstemmes disse efter deltagernes handlefærdigheder, hvilket vil øge deltagernes målfrielsespotentiale. • Deltagerne opnår et vedvarende øget fysisk aktivitetsniveau efter endt forløb og overgangen fra SL bliver overskuelig, eftersom deltagerne, gennem forløbet, er blevet bevidste om, hvilken motionsform der tiltaler dem, samt passer ind i deres hverdag. • Deltagerne begynder undervejs i forløbet at bruge undervisningsmaterialet og arbejde med aspekter derfra i hverdagen. Endvidere anvendes undervisningsmaterialet som opslagsværk og inspirationskilde efter endt forløb, hvilket ligeledes vil medføre, at deltagerne fastholder de tillærte adfærdsendringer.
Ressourcer	• Tid for de sundhedsprofessionelle til at gennemtænke omorganiseringen af undervisningen samt til at udforme nyt undervisningsmateriale, som er afstemt i forhold til den nye forløbsopbygning. • Såfremt de sundhedsprofessionelle er uvante med at undervise ud fra det åbne sundhedsbegreb, kan der være behov for efteruddannelse.

Utilsigtede konsekvenser	• Såfremt deltagerne oplever, at deres mål med forløbet afviger fra, hvad de tror, der accepteres som et legitimt mål, kan der opstå risiko for at deltageren opstiller et uægte mål i ønsket om at leve op til forløbets forventninger. Målopnåelsen kan derfor synes uoverkommelig, hvilket tillige vil have en negativ indvirkning på den ønskede vedvarende adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet.
---------------------------------	--

Forslag 4: Hjemmeopgaver

I forhold til Ryan & Decis (2000) STD udspringer de fleste aktiviteter, som et individ udfører, ofte af ydre motivation, hvilket kan være mulig forklaring på vanskeligheden ved at opnå vedvarende adfærdsændringer. For at være drevet af indre motivation, har individet behov for at føle sig kompetent og autonom, hvorfor nedenstående forandringsforslag har til formål at medføre disse følelser hos deltagerne gennem øget refleksion i forhold til undervisningens indhold og kobling til deres hverdag.

Formål	Gøre deltagerne bevidste om egen læringsproces og få dem til at tage ejerskab over den.
Aktivitet	• Hver undervisningsgang afsluttes med en runde, hvor deltagerne giver udtryk for, hvilke elementer, der har gjort indtryk på dem, samt hvilke ting, de vil tage med hjem og arbejde videre med. I forhold til hjemmeopgaverne, er det vigtigt, at deltagerne ikke påtager sig for store opgaver, hvorved arbejdet hermed ikke bliver uoverskueligt. • Ved den efterfølgende undervisning samles op på 'lektierne', hvor deltagerne får mulighed for at dele succesoplevelser og potentielle vanskeligheder forbundet med at udføre hjemmeopgaverne, samt modtage råd og sparring fra underviseren og de andre deltagere.
Ændret adfærd	• Deltagerne arbejder videre med vaneændringerne uden for forløbet, idet de bliver bevidste om, hvilke dele af undervisningen, der giver mest mening for dem i deres hverdag, hvormed forandringsprocessen ikke sættes i bero mellem undervisningerne. • Deltagerne hjælpes til at selektere i, og processere, undervisningselementerne.

Forventet effekt	• Deltagerne tager ejerskab over forandringsprocessen, hvormed deres autonomi og følelse af at være kompetent, øges. • Deltagernes fysiske aktivitetsniveau øges og overgangen fra SL til hverdagen bliver nemmere, idet deltagerne, allerede undervejs i forløbet, er begyndt at implementere de nye vaner i hverdagen.
Ressourcer	Forandringsforslaget inkorporeres i den ugentlige undervisningsgang, hvorfor der ikke skal afsættes yderligere ressourcer til udførelse heraf.
Utilsigtede konsekvenser	Såfremt deltagerne gentagne gange ikke lykkedes med at arbejde videre med hjemmeopgaverne, kan det medføre en følelse af nederlag og utilstrækkelighed. Dette kan imødekommes ved, at underviseren giver udtryk for, at ingen opgaver er for små og hjælper med at korrigere opgaverne ud fra deltagerne handlefærdigheder og livsbetingelser.

Forslag 5: Fastholdelse

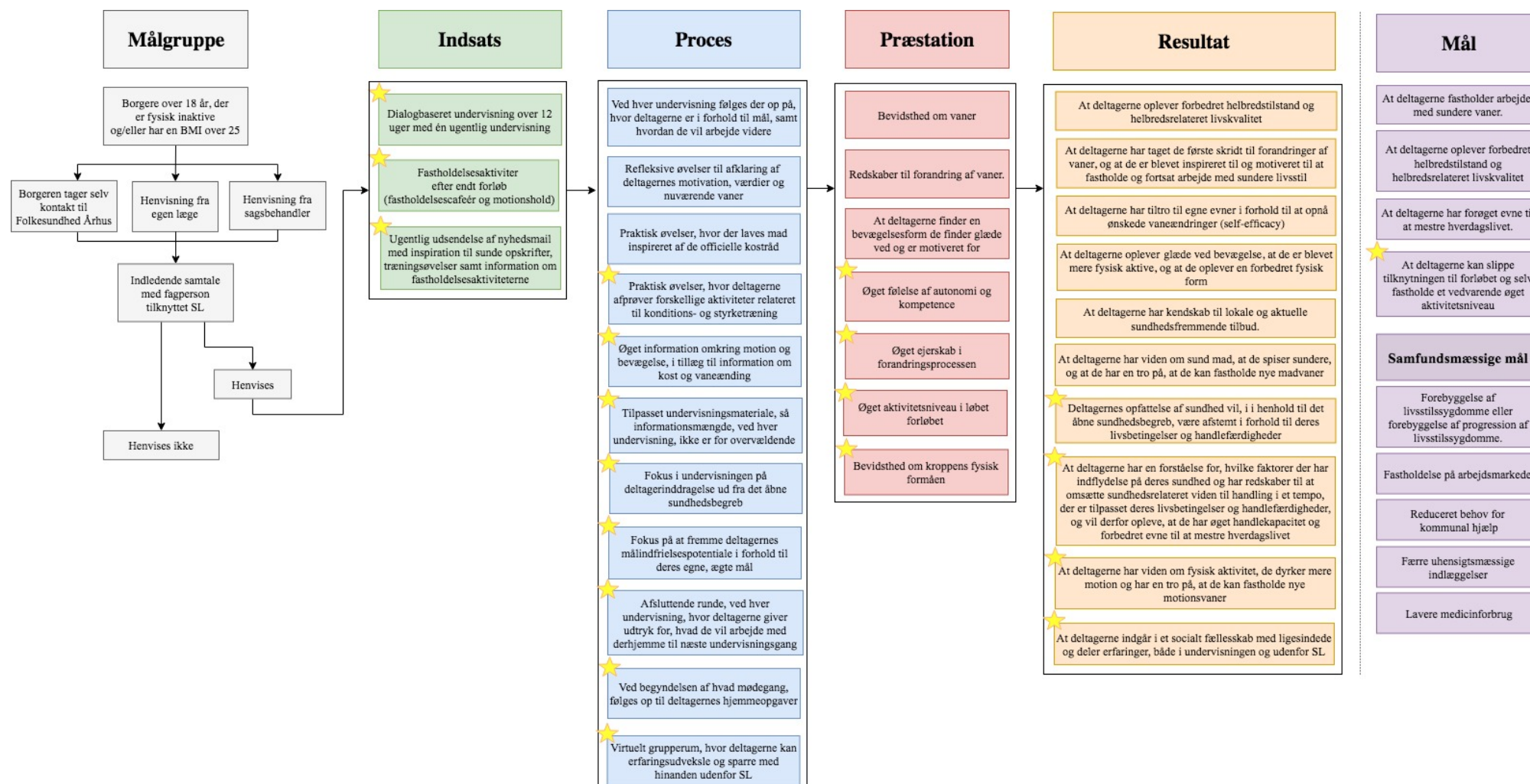
Fastholdelse af deltagerne samt løbende opfølgning, er, i resultatsyntesen, identificeret som værende fremmende for deltagerne motivation for at opretholde de ændrede motionsvaner efter deltagelse i en livsstilsintervention, såsom SL. Dette implementeres, i det forandrede SL, gennem to fastholdelsesaktiviteter i form af fastholdelsescaféer, der i forvejen udbydes af Folkesundhed Aarhus, samt frivillige træninger, der i nedenstående forandringsforslag nytænkes. Med disse aktiviteter har deltagerne mulighed for at opnå støtte og vejledning i forbindelse med deres vaneændring efter det 'obligatoriske' forløb er afsluttet.

Formål	Sørge for at deltagerne kan opsøge støtte og vejledning i deres forandringsproces efter endt forløb, hvormed deres motivation for at ændre adfærd fastholdes.
Aktivitet	• En ugentlig nyhedsmail udsendes fra SL til deltagerne, som vil påminde dem om, at fortsætte arbejdet med vaneændringerne. Indholdet vil i overvejende grad variere fra uge til uge, men som en fast del består mailen af en sund madopskrift, som er let at lave, samt forslag til træningsøvelser. I tillæg hertil vil mailen indeholde information om de forestående fastholdelsesaktiviteter. • Måden, hvorpå de frivillige træninger afholdes, omstruktureres. I stedet for, at bestå af forskellige øvelser, som deltagerne ikke nødvendigvis fysisk kan holde til, eller har lyst til, at deltage i, implementeres en række aktivitets-

	specifikke tilbud, som deltagerne tilmelder sig i tre måneder af gangen. Herefter kan tilmeldingen fornyes eller en anden motionsform kan afprøves. Motionsholdene kunne eksempelvis være et cykelhold, gåhold, pilateshold el.lign. • Motionsholdene implementeres som et fastholdelsestilbud, hvorfor disse præsenteres for deltagerne i slutningen af det 'obligatoriske' forløb.
Ændret adfærd	• Deltagerne påmindes, med mailen, om, at fastholde vaneændringen, og i tilfælde, hvor motivationen for at motionere daler, vil mailen virke som en ekstern motivator, der hjælper til at genskabe motivationen. • Deltagerne vil, efter forløbet, tilmelde sig et eller flere af de ugentligt motionshold. Dette som følge af, at de, gennem det 'obligatoriske' forløb, er blevet mere fysisk aktive og bevidst om hvilke motionsformer, de kan holde til, samt finder glæde ved. • Deltagerne føler, at de er en del af et hold, idet det er de samme deltagere, som ugentligt møder op til den pågældende aktivitet. Som følge af, at deltagerne bliver en del af et motionshold, vil de føle sig forpligtede over for de andre deltagere til at møde op til aktiviteten, og de vil knytte sociale bånd med hinanden, der kan virke faciliterende for motionering udenfor rammerne for SL.
Forventet effekt	• Ved at deltagerne ugentligt bliver mindet om, at de skal motionere, øges deltageres fysiske aktivitetsniveau. Mailen bliver, på længere sigt, når deltagerne får internaliseret adfærdsændringer, overflødig, men indtil da udgør den et effektivt virkemiddel, som kan bidrage til fastholdelse af adfærdsændringen. • Mailen vil, i tilfælde af, at deltagerne mangler inspiration til madlavning og motionering, udgøre en væsentlig inspirationskilde, som kan bidrage med nye inputs, så det daglige arbejde med vaneændringen ikke bliver trivielt. • Deltagerne møder op til de tilmeldte motionshold og har efter perioden på tre måneder lyst til at fortsætte med den pågældende aktivitet eller tilmelder sig noget nyt. Herigennem vil deltagerne oparbejde et vedvarende øget fysisk aktivitetsniveau efter endt forløb. • Ved at deltagerne selv tager stilling til, hvad de ønsker at gå til og selv tilmelder sig, sikres, at de kan holde til at være med og synes, at det er sjovt.
Ressourcer	• Der skal afsættes ressourcer til udformning af indholdet i den ugentlige nyhedsmail, samt til at få den udsendt til alle deltagerne.

	• Der skal afsættes ressourcer i form af personale, som skal varetage de forskellige motionshold. Arbejdsbyrden forbundet med forløbet øges med implementering af disse tilbud, hvormed det formentlig vil være nødvendigt at ansætte flere medarbejdere.
Utilsigtede konsekvenser	• Den vedvarende tilknytningen til SL, gennem den påmindende nyhedsmail samt ved deltagelse på motionshold, kan virke hæmmende for deltagernes ejerskab i forandringsprocessen og følelse af autonomi, idet vaneændringen stadig betinges af forløbets fastholdelsestilbud. • Tilbuddet om de frivillige motionshold kan, for nogle virke, overvældende, og kan, såfremt deltagerne ikke tilmelder sig holdene efter forløbet, formentlig medføre en følelse af nederlag.

På baggrund af ovenstående er en revideret programteori, som illustrerer forandringen af SL, opstillet nedenfor. Mekanismer, relateret til de præsenterede forandringsforslag, er markeret med en stjerne.



Figur 9: Revideret programteori

I den indledende programteori var særligt forløbets processer og præstationer sparsomt udfoldet, hvilket, på baggrund af viden, opnået gennem specialet, som har bidraget til at udfolde disse områder, er forsøgt inkorporeret i den reviderede programteori. Dette betragtes som en styrke, idet processerne og præstationerne, ifølge Dahler-Larsen (2009), er afgørende i brobygningen mellem interventionens indsats og dennes tilsigtede effekter, hvorfor det forandrede SL, med implementering af forandringsforslagene, i højere grad vil bidrage til at deltagerne, efter endt forløb, opnår et vedvarende øget aktivitetsniveau.

13. Pilottest, evaluering og implementering

Som følge af specialets formål, i forhold til at forandre SL, har MRC-modellens første fase, hvori den komplekse intervention udvikles, udgjort den overordnede ramme. I det følgende foretages overvejelser i forhold til evaluering og implementering af det forandrede SL, hvorfor afsnittet centrerer omkring de resterende faser i MRC-modellen.

I modellens anden fase afprøves den udviklede intervention og gennemførbarheden heraf testes, hvilket i henhold til specialets kontekst vil betyde, at forandringsforslagene skal afprøves i praksis. Dette gøres ved at foretage en pilottest, der betragtes som en afprøvning af interventionen i mindre skala, hvor dennes processer er i fokus (Craig et al., 2008). Som tidligere nævnt, befinder de virksomme mekanismer, som er af betydning for, hvorvidt deltagerne opnår vedvarende adfærdsændring efter deltagelse i SL, sig i processerne, hvorfor denne afprøvningsmetode vurderes anvendelig.

Foruden at afprøve interventionen er det endvidere i denne fase, at den planlagte evaluering af pilottesten beskrives. Måden hvorpå afprøvningen evalueres, er afhængig af hvilken kontekst denne udføres i, samt hvilke spørgsmål, interventionen rejser (Ibid.). Formålet med at forandre SL er, at flere deltagere opnår vedvarende adfærdsændringer efter endt intervention, hvorfor valget af evalueringsdesign blandt andet vil afhænge af, om det er muligt at undersøge, hvorvidt den tilsigtede effekt, i form af et forøget antal af individer, som opnår vedvarende adfærdsændringer, observeres. Det er, foruden effekten, væsentligt at undersøge de processer, som er af betydning for, hvorvidt den tilsigtede effekt indtræffer eller udebliver (Dahler-Larsen, 2009). Det vurderes derfor relevant, at forandringen af SL evalueres ved hjælp af en virkningsevaluering, eftersom denne, ifølge Dahler-Larsen (2009), både har fokus på processerne forbundet med en given intervention samt effekterne, hvorved

det muliggøres at undersøge *hvorvidt, hvorfor og hvordan* forandringen af SL virker i dens kontekst. Virkningsevalueringen udformes formativt, idet der med denne tilgang er fokus på processerne, som er afgørende for, at de tilsigtede effekter finder sted, samt på at opnå viden om, hvorvidt disse, om muligt, kan forbedres (Dahler-Larsen, 2009). Forståelse for processernes indvirkning vil opnås gennem individuelle interviews med deltagere og sundhedsprofessionelle, og hvorvidt den tilsigtede effekt er indtruffet, vurderes ud fra spørgeskemadata ved at sammenligne procentdelen af deltagere, mellem det oprindelige- og det forandrede SL, som efter endt forløb, eksempelvis seks måneder efter forløbets afslutning, har opnået vedvarende adfærdsændringer.

I tilfælde af, at evalueringen viser, at afprøvningen af det forandrede SL har fundet sted som foreskrevet i den reviderede programteori, og den tilsigtede effekt observeres, advokerer dette for interventionens berettigelse og medfører et styrket belæg for den reviderede programteori (Dahler-Larsen, 2009). Det er essentielt med en forholdstagen til, hvorvidt indsatsen kan bredes ud til praksis efter evalueringsfasen, hvilket fører til fjerde og sidste fase i MRC-modellen, implementeringsfasen, der igangsættes, såfremt den reviderede programteori er styrket (Craig et al., 2008). I tilfælde af teorifejl under pilottesten, hvilket vil sige, at den tilsigtede effekt udebliver til trods for, at interventionen er implementeret som beskrevet i programteorien (Dahler-Larsen, 2009), er det nødvendigt at gå tilbage til første fase og videreudvikle på forandringen af SL. Det er således evalueringsresultatet, som er determinerende for, om forandringsforslagene skal implementeres i SL samt udbredes til sammenlignelige livsstilsinterventioner. Ved påbegyndelse af implementeringsfasen er det essentielt at foretage overvejelser i henhold til, hvorledes evidensen bag forandringen indføres i praksis (Craig et al., 2008), hvorfor der, for det forandrede SL, udarbejdes en udførlig beskrivelse af interventionen samt måden hvorpå denne er udviklet, med henblik på at gøre evidensen forbundet hermed tilgængelig for andre beslutningstagere.

14. Diskussion af forandringsforslag

Formuleringen af forandringsforslagene er empirisk og teoretisk understøttet, hvilket styrker, og giver belæg for forslagenes berettigelse. Til trods herfor kan det overvejes, hvorvidt disse forslag til forandring er tilstrækkelige i henhold til at facilitere vedvarende adfærdsændringer, eftersom det, som tidligere fremhævet, er vanskeligt at skabe vedvarende adfærdsændringer, som følge af deltagelse i en livsstilsintervention (Wing et al., 1998; Dale et al., 2009; Napolitano et al., 2006). For at øge sandsynligheden herfor, er der opstillet forslag, som skaber en længerevarende tilknytning til SL i form

af påmindende mails og fastholdelsesaktiviteter efter afslutning af det 'obligatoriske' forløb, idet monitorering, som identificeret i resultatsyntesen, er betydningsfuld i forhold til at skabe vedvarende adfærdsændringer. Hertil kan der dog stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt en vaneændring, drevet af den vedvarende kontakt til SL, kan karakteriseres som vedvarende, idet behovet for kontrol indikerer, at individet, i henhold til Ryan & Deci (2000) SDT, er eksternt reguleret og ikke selv har internaliseret ønsket om at ændre vaner, hvormed vaneændringen, såfremt kontakten til SL afbrydes, formentlig ikke opretholdes. Den stillingtagen, som deltagerne udviser ved at møde op til fastholdelsesaktiviteterne, bør dog ikke undervurderes, eftersom dette, til trods for en vedvarende tilknytning til SL, kræver selvkontrol og initiativ.

Sandsynligheden for, at individet selv kan fastholde ændringerne, øges, ifølge Ryan & Deci (2000), såfremt dette er drevet af indre motivation, hvorfor det er mest optimalt, at ønsket om forandring har ophav i individets egen, oprigtig interesse. Denne idealisering må dog ikke overskygge det faktum, at mange individer, der har behov for hjælp til at omlægge deres livsstil, ikke opnår en erkendelse heraf, hvorfor en ekstern motivator, i form af monitorering eller kontrol, kan være påkrævet, for at deltagerne opnår vedvarende adfærdsændringer, om end der ikke er nogen garanti herfor.

Det åbne sundhedsbegreb er, med henblik på at øge deltagernes handlekapacitet, inkluderet i forandringsforslaget. Inddragelse af det åbne sundhedsbegreb i SL vil medføre ændringer i de sundhedsprofessionelles arbejdsmetoder, eftersom en sundhedspraksis, som arbejder ud fra det åbne sundhedsbegreb, vil tage udgangspunkt i respekten for subjektets egne mål, handlefærdigheder og livsbetingelser. De sundhedsprofessionelle i SL skal således, fremfor en udgangstagen i interventionens mål, i højere grad inddrage deltagerne og bidrage til målindfrielse med hensyntagen til deres individuelle behov. Dette medfører en afvisning af den udbredte form for sundhedspraksis i SL, hvor de sundhedsprofessionelle møder borgerne med et på forhånd fundamentalistisk sundhedsbegreb. Desuden vil begrebet medføre en afvisning af den sundhedsprofessionelle i SL som ekspert, eftersom det ikke er de sundhedsprofessionelle, som skal definere sundhed for borgeren, men derimod borgeren, som ud fra dennes livsverden, skal definere sundhed for den sundhedsprofessionelle.

Helhedssyn er blevet et slagord i en række sundhedsinstitutioner og mange sundhedsprofessionelle betegner sig selv som værende holistiske i deres sundhedssyn, men selverklæret sundhedsholisme er i sig selv ingen garanti mod sundhedsfundamentalisme (Wackerhausen, 1994). Dette er formentlig gældende for SL, der, til trods for at hævde, at de sundhedsprofessionelle underviser med henblik på,

at deltagerne, efter endt forløb, skal se sundhed i bredere perspektiv, ikke, ifølge deltagerne, synes at efterleve dette.

Forandring i en organisation er ofte forbundet med usikkerhed og modstand, eftersom det, for at skabe forandring, er påkrævet at visse stabile og kendte processer i organisationen udfordres og nytænkes (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Implementering af det åbne sundhedsbegreb i SL antages derfor at kunne medføre frygt for det ukendte blandt de sundhedsprofessionelle, idet der, ifølge Wackerhausen (1994), er en livslang tradition for, at der, hos sundhedsprofessionelle, primært dominerer en biomedicinsk forståelsesramme. Dette synes at være gældende for de sundhedsprofessionelle i SL, hvis faktiske ageren ikke er i overensstemmelse med den brede sundhedsforståelse, som er nedskrevet i den logiske model (bilag 1). Det formodes derfor, at inklusionen af det åbne sundhedsbegreb kan opleves som udfordrende og utrygt for de sundhedsprofessionelle i SL, hvilket, med afsæt i Jacobsen & Thorsvik (2008), kan medføre modstand mod forandringen.

Efteruddannelse samt øget tværfagligt samarbejde anskues, med inklusion af det åbne sundhedsbegreb, som hensigtsmæssigt for de sundhedsprofessionelle i SL, hvilket derfor er inkluderet i forandringsforslaget. Dertil kommer, at det potentielt kan være nødvendigt at ansætte flere medarbejdere. Dette vil medføre et øget ressourceforbrug, hvilket samtidig medfører risiko for, at de fornødne midler, som følge af knappe ressourcer indenfor det sundhedsfaglige område (Pedersen, 2013), ikke afsættes til forløbet, hvorfor en omprioritering af resourceallokeringen vil være påkrævet. Omprioriteringen kan udfordres af den positive tidspræference, der dominerer inden for det sundhedsfaglige område, hvilket vil sige, at nutidsgodet tillægges højere nytte end fremtidsgodet, hvormed det præfereres at udskyde omkostningerne og opnå sundhedseffekterne her og nu (Ibid.). Det forholder sig dog ofte omvendt ved forebyggende interventioner, idet nettogevinsten forbundet hermed ofte først indtræffer efter lang tid (Ibid.), hvilket, i henhold til SL, kan komme til udtryk ved, at effekten af forløbet, i form af et øget, vedvarende fysiske aktivitetsniveau hos deltagerne, som fremmer disses helbred og reducerer behovet for fremtidig kommunal hjælp, først giver afkast længe efter, at forløbet er afsluttet. Såfremt implementeringen af forandringsforslagene ønskes gennemført uden tildeling af flere ressourcer, kan det medføre et øget pres på de sundhedsprofessionelle, hvilket, ifølge Jacobsen & Thorsvik (2008), igen kan medføre modstand mod forandringsprocessen, idet de sundhedsprofessionelle ikke har lyst til, eller er i stand til, at påtage sig flere opgaver.

I forlængelse heraf, antages, at arbejdet med at forlænge forløbet samt omstrukturere forløbets indhold, kan medføre dobbeltarbejde i en periode, eftersom udviklingsarbejdet antages at foregå sideløbende med, at det oprindeligt SL fortsat tilbydes.

Slutteligt er det, i henhold til ovenstående diskussion, vigtigt at pointere, at den formodede diskrepans mellem det intenderede formål med forløbet og måden hvorpå de sundhedsprofessionelle agerer, som tydeliggør behovet for inklusion af det åbne sundhedsperspektiv i forandringsforslaget, empirisk er baseret på deltagernes perspektiver og oplevelser. Til fremtidig undersøgelse synes det derfor relevant at inddrage og udfolde de sundhedsprofessionelles perspektiv, for at opnå et mere nuanceret syn herpå.

15. Diskussion af SDT

SDT adskiller sig fra øvrige motivationsteorier, idet tilstedeværelsen af motivation ofte betragtes som enten eller (Ryan & Deci, 2000). Med spektret, der præsenteres i STD, tages der afstand til denne skelnen ved at muliggøre en forholdstagen til, at individets motivation kan antage forskellige orienteringer. Denne opdeling gør STD til en anerkendt og velbenyttet motivationsteori, men teorien er, til trods herfor, behæftet med flere begrænsninger, der er væsentlige at forholde sig til.

Først og fremmest synes der, til trods for, at de forskellige reguleringsformer beskrives individuelt i teorien, ikke at være beskrevet nogen tydelig skelnen herimellem, hvilket gør det vanskeligt at afgøre, hvor individet befinder sig på kontinuummet. Dette er særligt gældende ved overgangen fra den mest selvstyrende form for ydre motivation, integration, og den indre motivation, eftersom individet, i beskrivelsen af begge reguleringsformer, udfører handlingen af egen fri vilje samt har integreret denne, hvorfor distinktion herimellem fremstår vanskelig.

Skelnen mellem de forskellige typer vanskeliggøres tillige ved, at et individ formentlig, alt efter hvilke livsaspekter og adfærdsmønstre det drejer sig om, er motiveret i forskellig grad og befinder sig på forskellige stadier samtidigt. Eksempelvis kan et individ være indre motiveret i forhold til kostomlægning, men i forhold fysisk aktivitet, er det i højere grad en ydre motivation, der præger adfærden, hvilket der heller ikke synes at være taget højde for i teorien.

I SDT fremhæves hvorledes en følelse af autonomi og kompetence særligt er fremmende for den indre motivation, men med teorien følger ingen vejledning i, eller forslag til, hvorledes disse karaktertræk kan fremmes hos individet, hvilket vanskeliggør overførslen af det teoretiske udgangspunkt til konkret anvendelse i praksis. Den praktiske anvendelse vanskeliggøres tillige af, at individet, som fremhævet ovenfor, kan være placeret i forskellige motivationstyper samtidigt, hvorfor det, uden praktiske guidelines, kan være vanskeligt at udarbejde et tiltag, der formår at indfange variationen i individets motivation.

Slutteligt bør fremhæves, hvorledes individet i teorien betragtes som værende liberalt, hvilket, i forhold til opnåelse af autonomi, kan anskues som en styrke, men i denne betragtning ligger tillige en negligerende af det asymmetriske magtforhold, der ofte forekommer mellem fagprofessionelle og lægpersoner (Wackerhausen, 1994). Denne magtrelation, der, i forhold til SL, kan overføres de sundhedsprofessionelle og deltagerne, synes vanskelig at nedbryde og antages at kunne påvirke deltagerens motivation i form af et ydre pres, hvorfor den bør anerkendes og tages højde for.

Ovenstående indikerer, at SDT, trods dens udbredte anerkendelse, indeholder nogle begrænsninger, der er vigtige at være opmærksomme på i arbejdet med teorien. Til trods herfor har SDT, i specialet, været et hjælpsomt redskab til analyse af interviewempiri i henhold til at navigere i, og fortolke, informanternes udsagn. Teorien synes således anvendelig i forbindelse med til teoretisk fortolkning, men i henhold til videre overførsel til praksis, fremstår teoriens anvendelighed begrænset.

16. MRC-modellen som forandringsredskab

Udviklingsfasen i MRC-modellen udgør strukturen for forandringen af SL, hvilket er behæftet med både styrker og svagheder. Det anskues som en styrke, at selve formålet med MRC-modellen er at udvikle og evaluere komplekse interventioner, samt at modellen tillader inkorporering af flere forskellige forskningsmetoder, som således kan supplere hinanden. Modellen bidrager endvidere med detaljerede retningslinjer relateret til udvikling og forandring af interventioner, hvormed den fremstår som let anvendelig.

MRC-modellen formår dog ikke at belyse de forskelligartede faktorer, som et individ udsættes for i samspil med andre mennesker og omgivelser, der påvirker dets sundhedsadfærd, hvilket vurderes som en svaghed. Til at kompensere for dette, anvendes den økologiske model som supplement.

I stedet for MCR-modellen kunne PRECEDE-PROCEED modellen (PPM) have været anvendt som planlægningsmodel til forandringen af SL, eftersom PPM, i modsætning til MRC-modellen, tager hensyn til, at omgivende faktorer på forskellige omgivende niveauer påvirker individets sundhedsadfærd samtidigt (Green & Kreuter, 1999). Endvidere er inddragelse og kontekstsensitivitet centrale pointer i PPM (Ibid.), hvilket, grundet specialets ønske om at nå indsigt i fænomenet, vedvarende adfærdsændringer, kunne have været relevant i arbejdet med at forandre SL. Desuden bidrager PPM, i modsætning MRC-modellen, ikke med nogle håndgribelige eller konkrete retningslinjer eller analyseværktøjer til modellens forskellige faser, hvormed den ikke fremstår som let anvendelig.

For at illustrere antagelserne om sammenhænge mellem interventions formål, indhold og forventede effekt, indgår en logisk model, i form af en programteori, som en del af udviklingsfasen i MRC-modellen. En logisk model er dog behæftet med risiko for at overse relationer, som er essentielle for interventionen, eftersom den opstillede programteori udelukkende ser på de fagligt formulerede forhold og elementer, som er opstillet for SL. På trods af dette, vurderes en logisk model anvendelig til at tydeliggøre, organisere og danne bevidsthed omkring de mange elementer, som indgår i en kompleks intervention som det forandrede SL, samt synliggøre fejl og mangler forbundet hermed.

17. Konklusion

Formålet med specialet var at undersøge, hvordan motivation for fysisk aktivitet, efter deltagelse i en livsstilsintervention, fremmes og hæmmes, samt at benytte indsigten heri til forandring af SL med henblik på at skabe vedvarende adfærdsændringer, i form af et øget aktivitetsniveau, blandt deltagerne efter endt forløb.

Til strukturering af forandringen, er MRC-modellen anvendt, idet denne bidrager med retningslinjer i henhold til metodiske-, etiske- samt praktiske overvejelser, der bør foretages i forbindelse med forandring af en intervention. På baggrund af specialets resultater er den økologiske model anvendt til at illustrere spillet mellem de betydende faktorer, hvorfor disse er opstillet på henholdsvis det intrapersonelle-, interpersonelle- og institutionelle niveau.

På det intrapersonelle niveau fremhæves deltagerens helbred som betydningsfuldt for opnåelsen af vedvarende adfærdsændring, hvor helbredet både kan virke fremmende og hæmmende. Derudover oplever flere, at en følelse af velvære ved motionering virker aktivitetsfremmende, hvorimod manglende motivation, til at ændre vaner, virker hæmmende. Ydermere ses en gennemgående tendens til, at deltagere, der har opnået vedvarende adfærdsændringer, har udviklet mestringsstrategier til at overkomme barrierer. På det interpersonelle niveau virker social støtte fremmende for vedvarende adfærdsændring, hvor mangel herpå, samt modstridende forpligtelse, omvendt virker hæmmende. Derudover fremhæves gruppesammensætning og fællesskabsfølelse i interventionen som afgørende for deltagerens evne til at ændre motionsvaner. På det institutionelle niveau har interventionens organisatoriske rammer, herunder læringsindholdet og graden af deltagerinddragelse, betydning for udviklingen af en vedvarende adfærdsændring. Desuden fremhæves behovet for fastholdelse samt monitorering som fremmende for vedvarende adfærdsændringer.

Ovenstående indikerer, at faktorer, på flere niveauer, indvirker på individets adfærd, hvilket imødekommes i forandringsforslagene, hvor tiltag på det interpersonelle- og institutionelle niveau er udformet med henblik på at indvirke på individets handlekapacitet på det intrapersonelle niveau. I forandringsforslagene inddrages det åbne sundhedsbegreb med henblik på, at deltagerne oparbejder en følelse af autonomi og kompetence, hvilket, gennem forløbet, faciliteres ved, at deltagerne får ejerskab i forandringsprocessen, forløbets opbygning og indhold forandres og fællesskabsfølelsen blandt deltagerne øges. På baggrund af indsigten, opnået gennem specialet, antages, at de opstillede forandringsforslag kan bidrage til udvikling af vedvarende adfærdsændringer, i henhold til fysisk aktivitet, hos deltagerne efter endt intervention.

18. Referenceliste

- American College of Sports Medicine, 2018, About ACSM - Who we are. Available at: <http://www.acsm.org/about-acsm/who-we-are> [Accessed March 1, 2018].
- Bech-Jørgensen, B., 1994. *Når hver dag bliver hverdag* 1st ed. B. Bech-Jørgensen, ed., København: Akademisk forlag.
- Birkler, J., 2010. *Videnskabsteori: en grundbog* 1st ed., Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Black, N. et al., 2000. *A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health*, Medical Research Council
- Bloomfield, S.A., 1997. Changes in musculoskeletal structure and function with prolonged bed rest. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(2), pp.197–206.
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels forlag, pp. 463–479.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2015. Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: En introduktion. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 13–24.
- Bull, F.C. et al., 2004. Physical inactivity. In M. Ezzati et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva: World Health Organization.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis – Begreber, strategier og modeller. *Fagbladet Sygeplejersken*, 10, pp.2–8.
- CASP Qualitative research Checklist, 2017. Critical Appraisal Skills Programme. Available at: http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf [Accessed April 15, 2018].
- Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Fact Sheet for Health Professionals on Physical Activity Guidelines for Adults.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2014. Mission, Role and Pledge. Available at: <https://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm> [Accessed March 1, 2018].
- Cohen-Mansfield, J. et al., 2016. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), pp.557–576.
- Conrad, P., 2007. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Conversion, V.A., 1997. Cardiovascular consequences of bed rest: effect on maximal oxygen uptake. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(2), pp.191–196.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A., 2012. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), pp.1435–43.
- Craig, P. et al., 2008. *Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance*. Medical Research Council.
- Crespo, C.J. et al., 1999. Prevalence of physical inactivity and its relation to social class in U.S. adults: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(12), pp.1–10.
- Critical Assessment Skills Programme, 2018. History. Available at: <https://casp-uk.net/history/> [Accessed April 15, 2018].
- Dahlgager, L. & Fredslund, H., 2012. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark, pp. 157–181.
- Dahler-Larsen, P., 2009. Opskrift på virkningsevaluering. In P. Dahler-Larsen & H. K. Krogstrup,

- eds. *Nye veje i Evalering*. Viborg: Academica, pp. 51–79.
- Dale, K.S. et al., 2009. Sustainability of lifestyle changes following an intensive lifestyle intervention in insulin resistant adults: Follow-up at 2-years. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 18(1), pp.114–20.
- Daley, A.J. & Duda, J.L., 2006. Self-determination, stage of readiness to change for exercise, and frequency of physical activity in young people. *European Journal of Sport Science*, 6(4), pp.231–243.
- Donnachie, C. et al., 2017. 'It's like a personal motivator that you carried around wi' you': Utilising self-determination theory to understand men's experiences of using pedometers to increase physical activity in a weight management programme. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), pp.1–14.
- EBSCO, 2016. Cinahl. Available at: <https://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database> [Accessed April 4, 2018].
- Ekholm, O. et al., 2010. The effect of health, socio-economic position, and mode of data collection on non-response in health interview surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), pp.699–706.
- Eriksen, L. et al., 2016. *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer*, København: Sundhedsstyrelsen
- Ferretti, G. et al., 1997. The interplay of central and peripheral factors in limiting maximal O₂ consumption in man after prolonged bed rest. *Journal of Physiology*, 501(3), pp.677–686.
- Folkesundhed Aarhus, 2018. *Deltagermappe, Sund Livsstil - Et kursusforløb - på vej mod sundere vaner*, Århus.
- Folkesundhed Aarhus, 2017a. Sund livsstil. Available at: https://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/folkesundhedaarhus/Home/Forloeb/Sund-Livsstil.aspx?sc_lang=da. [February 5, 2018]
- Folkesundhed Aarhus, 2017b. Sund livsstil - Har du lyst til at tage et skridt i en sundere retning? , p.4. Available at: <https://www.aarhus.dk/~media/Subsites/folkesundhedaarhus/Dokumenter/Sund-livsstil---Har-du-lyst-til-at-tage-et-skridt-i-en-sundere-retning.pdf>. [February 5, 2018]
- Forster, A. et al., 2009. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), pp.1-109.
- Frandsen, T.F. et al., 2014. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, pp.647–651.
- Frandsen, T.F., Christensen, J.B. & Ølholm, A.M., 2016. Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes. *Ugeskrift for Læger*, 178, pp.1–8.
- Frederiksen, M., 2015. Mixed Methods-forskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Rietzels Forlag.
- Gadamer, H.-G., 2007. *Sandhed og metode* 2nd ed. Viborg: Academica.
- Galobardes, B., Lynch, J. & Smith, G.D., 2007. Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81–82, pp.21–37.
- Gardner, B. & Lally, P., 2013. Does intrinsic motivation strengthen physical activity habit? Modeling relationships between self-determination, past behaviour, and habit strength. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(5), pp.488–497.
- Goffman, E., 1963. Stigma and Social identity. In *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster, pp. 1–40.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W., 1999. *Health Program Planning - An educational and ecological approach* 4th ed., New York: McGraw-Hill.
- Grøn, L., 2012. På hverdagens præmisser - hverdagen som kontekst for livsstilsforandringer. In J.

- Benn & M. Carlsson, eds. *SundhedsPÆDAGOGIK i sundhedsfremme*. Gads Forlag, pp. 157–171.
- Hardcastle, S. & Hagger, M.S., 2011. “You Can’t Do It on Your Own” Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(3), pp.314–323.
- Hargreaves, J., Lucock, M. & Rodriguez, A., 2017. From inactivity to becoming physically active: The experiences of behaviour change in people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 13, pp.83–93.
- Haskell, W.L. et al., 2007. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), pp.1423–1434.
- Holtug, N. et al., 2009. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, København: Sundhedsstyrelsen
- Huberty, J.L. et al., 2013. Women bound to be active: differences in long-term physical activity between completers and noncompleters of a book club intervention. *Journal of physical activity & health*, 10(3), pp.368–378.
- Hvas, A.C., 1999. Sygeliggørelse og »medikalisering«. *Ugeskrift for Læger*, 178(42) pp.5783–5785.
- Illeris, K., 2015. *Læring* 3rd ed., Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J., 2008. *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse* 2nd ed. H. Persson, ed., København K.: Hans Reitzels Forlag.
- Jaeschke, L. et al., 2017. Socio-cultural determinants of physical activity across the life course: A “Determinants of Diet and Physical Activity” (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), pp.1–15.
- Jensen, T.K. & Johnsen, T.J., 2000. Sundhedspædagogik og sund samtale. In T. K. Jensen & T. J. Johnsen, *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Aarhus: Philosophia, pp. 114-150.
- Juul, S., 2013. *Epidemiologi og evidens* 2nd ed., København: Munksgaard Danmark.
- Juul, S., 2004. *Take good care of your data*, Århus: Department of Epidemiology and Social Medicine, University of Aarhus.
- Jørgensen, H., 2007. Vurdering af litteratur. In F. B. Kristensen & H. Sigmund, *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, pp. 59–70.
- Kannampallil, T.G. et al., 2011. Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 44, pp.943–947.
- Kiens, B. et al., 2007. *Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge*, Motions- og Ernæringsrådet.
- King, A.C. et al., 2013. Behavioral impacts of sequentially versus simultaneously delivered dietary plus physical activity interventions: The CALM Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), pp.157–168.
- Kirkwood, B.R. & Sterne, J.A.C., 2003. *Medical Statistics* 2nd ed, Blackwell Publishing.
- Kleinman, A., 1981. *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of California Press.
- Korkiakangas, E., Taanila, A.M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S., 2011. Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), pp.15–22.
- Korkiakangas, E.E. et al., 2011. Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), pp.62–69.

- Krogstrup, H.K. & Kristiansen, S., 1999. *Deltagende observation* 1st ed. V. Nørgaard & A. Bonnevie, eds., København K.: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* 3. udgave., Kbh.: Hans Reitzels forlag.
- Kühne, F. et al., 2015. Conceptual decomposition of complex health care interventions for evidence synthesis: A literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(5), pp.817–823.
- Lally, P. et al., 2010. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40(June 2009).
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 7th ed., Kbh.: Munksgaard.
- Lave, J. & Wenger, E., 1991. *Situated Learning: Legimate Peripheral Participation*, New York: Cambridge University Press.
- Lund, H. et al., 2014. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis* 1st ed. L. Murmand & A. S. Steen, eds., København: Munksgaard.
- Macdougall, C. et al., 1997. Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21(6), pp.631–637.
- McLeroy, K.R. et al., 1988. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), pp.351–377.
- McNeill, L.H., Kreuter, M.W. & Subramanian, S. V., 2006. Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence. *Social Science and Medicine*, 63(4), pp.1011–1022.
- De Mello, M.T. et al., 2013. Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: A population study. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), pp. 241–246.
- Merton, R.K., 1936. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *Amercian Sociological Review*, 1(6), pp.894–904.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. *Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, København K.
- Moroshko, I., Brennan, L. & O'Brien, P., 2011. Predictors of dropout in weight loss interventions: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 12(11), pp.912–934.
- Müller-Riemenschneider, F. et al., 2008. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: A systematic review. *Preventive Medicine*, 47(4), pp.354–368.
- Napolitano, M.A. et al., 2006. Outcomes from the women's wellness project: A community-focused physical activity trial for women. *Preventive Medicine*, 43(6), pp.447–453.
- Nelson, M.E. et al., 2007. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), pp.1435–1445.
- Nuzhat, A. et al., 2015. A systematic review and metaanalysis assessing the effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes mellitus in routine practice About Public Health England. *England, Public Health*, pp.1–172.
- Olsen, H., 2006. *Guide til gode spørgeskemaer* O. Gregersen, ed., København K: Socialforskningsinstituttet.
- Otto, L., 2009. Sundhed i praksis. In S. Glasdam, ed. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 31–52.
- Paddon-Jones, D. et al., 2006. Atrophy and impaired muscle protein synthesis during prolonged inactivity and stress. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 91(12), pp.4836–4841.

- Palinkas, L.A. et al., 2015. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), pp.533–544.
- Pedersen, K. Møller, 2013. *Sundhedsøkonomi* 1st ed., Kbh.: Munksgaard.
- Pels, F. & Kleinert, J., 2016. Loneliness and physical activity: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 9(1), pp.231–260.
- Penn, L. et al., 2013. Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention: A qualitative study using the theory domain framework. *BMJ Open*, 3(6), pp.1-10.
- Plsek, P.E. & Greenhalgh, T., 2001. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, pp.625–628.
- Richardson, C.R. et al., 2005. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), pp.324–331.
- Rienecker, L. & Jørgensen, P.S., 2012. *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* 4th ed., Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rose, G., 2001. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, (30), pp.427-432.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L., 2000. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), pp.54–67.
- Rütten, A. et al., 2013. Physical inactivity as a policy problem: Applying a concept from policy analysis to a public health issue. *Health Research Policy and Systems*, 11(9), pp.1–9.
- Shiell, A., Hawe, P. & Gold, L., 2008. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*, pp.1281–1283.
- Smith, L. von H. et al., 2011. *Fysisk Aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*, København S: Sundhedsstyrelsen
- Szklo, M. & Nieto, F.J., 2014. *Epidemiology: Beyond the basics* 3rd ed., Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The World Bank, 2017. World Bank Country and Lending Groups. Available at: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. [Accessed May 2, 2018]
- The American Heart Association, 2017. About the American Heart Association. Available at: http://www.heart.org/HEARTORG/General/About-Us---American-Heart-Association_UCM_305422_SubHomePage.jsp [Accessed March 1, 2018].
- Thygesen, L.C. & Ersbøll, A.K., 2014. When the entire population is the sample: Strengths and limitations in register-based epidemiology. *European Journal of Epidemiology*, 29(8), pp.551–558.
- Thøgersen-Ntoumani, C. & Ntoumanis, N., 2006. The role of self-determined motivation in the understanding of exercise-related behaviours, cognitions and physical self-evaluations. *Journal of Sports Sciences*, 24(4), pp.393–404.
- Tolonen, H. et al., 2006. 25-year trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *European Journal of Epidemiology*, 21(6), pp.409–415.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse* 1. udgave., København: Munksgaard.
- Varo, J.J. et al., 2003. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32(1), pp.34–35.
- Vedtofte, D.I. et al., 2009. *Didaktik - tilrettelæggelse af undervisning* 1. udgave. E. Hoffmann, ed., København: Gads Forlag.

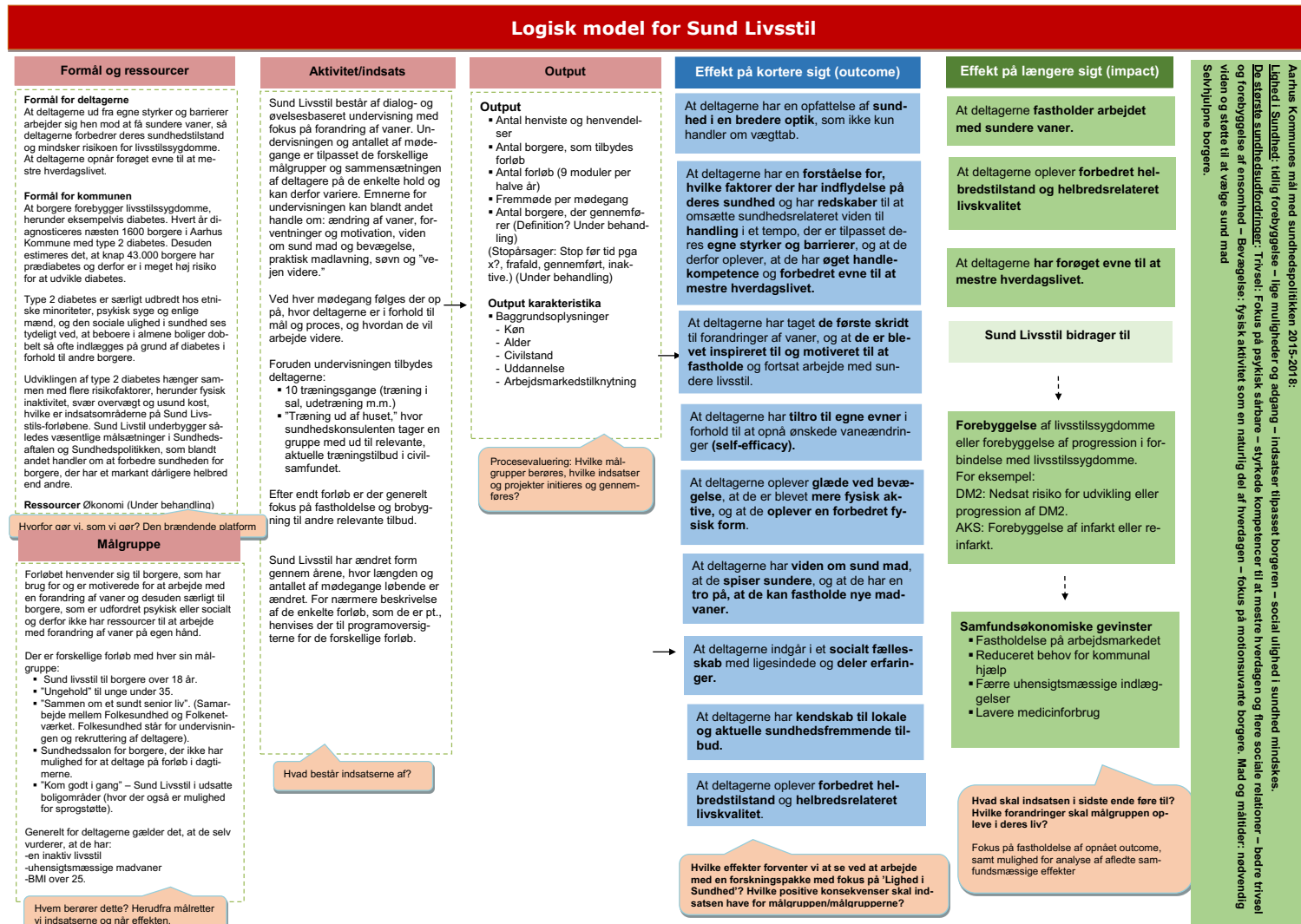
- Wackerhausen, S., 1994. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In U. J. Jensen & P. F. Andersen, *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Aarhus: Philosophia.
- Willey, J.Z. et al., 2010. Social determinants of physical inactivity in the Northern Manhattan Study (NOMAS). *Journal of Community Health*, 35(6), pp.602–608.
- Wing, R.R. et al., 1998. Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of diabetes. *Diabetes care*, 21(3), pp.350–9.
- World Health Organisation, 2011. Global recommendations on physical activity for health. Available at:
<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Chttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Global+Recomendations+on+physical+activity+for+health#0>. [Accessed February 13, 2018]
- World Health Organization, Physical Inactivity: A Global Public Health Problem. Available at:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ [Accessed February 13, 2018].
- Østergaard, L.G. & Maindahl, H.T., 2016. Komplekse interventioner og rehabilitering. In T. Maribo & C. V. Nielsen, eds. *Rehabilitering - en grundbog*. Gads Forlag, pp. 199–208.
- Aalborg Universitetsbibliotek, Databaser og udbydere. Available at: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/> [Accessed April 4, 2018].
- Aarhus Kommune, 2015. Sammen om sundhed - mere af det der virker.

19. Bilag

Indholdsfortegnelse

Bilag 1 – Logisk model for SL.....	124
Bilag 2 – Mailkorrespondance med Folkesundhed Aarhus ang. SL.....	125
Bilag 3 – Forløbsplan for det oprindelige SL.....	128
Bilag 4 – Søgeprotokol.....	129
Bilag 5 – CASP-tjekliste til kvalitative studier.....	153
Bilag 6 – Interviewguide.....	157
Bilag 7 – Deltagerinformation.....	161
Bilag 8 – Samtykkeerklæring.....	162
Bilag 9 – Transskriberingsmanual.....	163
Bilag 10 – SAS-syntax.....	164
Bilag 11 – Forløbsplan for det forandrede SL.....	172
Bilag 12 – SAS-output.....	173
Refereceliste til bilag.....	287

Bilag 1 – Logisk model for SL



Bilag 2 – Mailkorrespondance med Folkesundhed Aarhus ang. SL

Start på videregående besked:

Fra: "Frida Johanne P. Middelfart" <frida.jpmiddelfart@hotmail.com>
Emne: Sv: Sund Livsstil og specialestuderende
Dato: 28. februar 2018 kl. 10:34:08 OET
Til: Christina Fruergaard <cfu@aarhus.dk>

Fedt, mange tak for hjælpen! 💎💎

Fra: Christina Fruergaard <cfu@aarhus.dk>
Sendt: 27. februar 2018 08:50:35
Til: Frida Johanne P. Middelfart
Emne: VS: Sund Livsstil og specialestuderende

Hejsa – så kom der svar til jer ☺

Med venlig hilsen

Christina Fruergaard-Pedersen
Motionskoordinator, MPH
Aarhus Kommune, MKB og MSO
Tlf. 24467299

Følg os på:



GENLYD.



Fra: Christina Overgaard
Sendt: 27. februar 2018 08:49
Til: Christina Fruergaard <cfu@aarhus.dk>
Emne: SV: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Christina

Ja, det vil jeg forsøge 😊

Jeg har vedhæftet et program for et forløb som de ser ud pt. Indimellem justerer vi lidt i indhold på de enkelte gange, men overordnet ser det sådan ud (fx har vi taget noget om søvn med ind under "tid og struktur").

Ift. rekruttering, kan borgeren enten selv kontakte Folkesundhed telefonisk, på hjemmesiden og blive ringet op, henvist fra egen læge, henvist fra sagsbehandler eller blot komme ind fra gaden og kort tale med vores sekretær. For alle henvendelser gælder at en indledende samtale med afklaring ift. evt. forløb er første skridt.

Ift. eksklusion, har vi som udgangspunkt ikke borgere med diagnoser, der kan passe ind på et af forløbsprogrammerne (fx diabetes).

Dog kan der være undtagelser, men i de tilfælde gøres det klart for borger, at det ikke handler om sygdomsspecifik kost, træning eller medicin, men om forandring af vaner ift. en sundere livsstil.

Håber det var brugbare svar 😊

Med venlig hilsen

Christina Overgaard Pedersen
Sundhedskonsulent



Folkesundhed Aarhus
Center for Sundhedsforløb
Ceres Allé 13
8000 Århus C
Tlf: 87 13 40 35
Mobil: 41 85 95 18
E-mail: oc@aarhus.dk

Fra: Christina Fruergaard
Sendt: 26. februar 2018 14:01
Til: Christina Overgaard <oc@aarhus.dk>
Emne: VS: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Christina

Kan du hjælpe med nedenstående spørgsmål? ☺

Med venlig hilsen

Christina Fruergaard-Pedersen
Motionskoordinator, MPH
Aarhus Kommune, MKB og MSO
Tlf. 24467299

Følg os på:



GENLYD.

**BEVÆG
DIG FOR
LIVET**

Fra: Frida Johanne P. Middelfart [mailto:fridajpmiddelfart@hotmail.com]
Sendt: 23. februar 2018 10:32
Til: Christina Fruergaard <cfu@aarhus.dk>
Emne: Sv: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Christina,

Det er super - mange tak! 😊

Vil du undersøge, om det også er muligt at få noget materiale om undervisningsgangene? Altså, hvordan de er struktureret mv.

Der står nemlig i den logiske model, at Sund Livsstil har ændret form gennem årene, hvorfor der henvises til programoversigterne for de forskellige forløb for en nærmere beskrivelse.

Alt hvor der står der står noget om, hvordan det konkret foregår, er kærkomment.

Derudover står der ikke noget om, hvordan borgeren bliver tilmeldt Sund Livsstil? Skal man henvises af en læge, skal man selv tilmelde sig, opsporer I borgerne eller lign.?

I forhold til eksklusionskriterierne, fremgår det heller ikke, om borgerne må fejle noget ved tilmelding, fx diabetes?

Jeg håber at du kan hjælpe med ovenstående spørgsmål - beklager mængden! 😊

Med venlig hilsen
Kathrine & Frida

Fra: Christina Fruergaard <cfu@aarhus.dk>
Sendt: 23. februar 2018 09:03:37
Til: Frida Johanne P. Middelfart
Cc: Marie Harup Jensen
Emne: VS: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Frida

Godt du rykker i mig – jeg har fuldstændig glemt at sende det videre til jer ☺. Se vedhæftede og nedenstående.

Med venlig hilsen

Christina Fruergaard-Pedersen
Motionskoordinator, MPH
Aarhus Kommune, MKB og MSO
Tlf. 24467299

Følg os på:



GENLYD.

**BEVÆG
DIG FOR
LIVET**

Fra: Christina Overgaard
Sendt: 21. februar 2018 11:25
Til: Christina Fruergaard <cfru@aarhus.dk>
Cc: Marie Harup Jensen <jemaha@aarhus.dk>; Trine Krogh <krtr@aarhus.dk>; Britta Boe Andersen <brba@aarhus.dk>
Emne: SV: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Christina

Tak for din mail, og jeg vil prøve at svare så godt som muligt på jeres spørgsmål 😊

Jeg har vedhæftet den logiske model for Sund Livsstil 😊

Antal SL hold i efteråret 2017: 8 hold
Antal SL hold planlagt til forår 2018: 4 almindelige hold (ca 36 - ca 60 år), 2 unge hold (18- ca 35 år) og 6 seniorhold (> ca 60 år).

Ift. eksklusionskriterier, er målgruppen beskrevet i den logiske model. Men det er jo en faglig/professionel vurdering af sundhedskonsulenten (i samråd med borgeren) i hvert enkelte, hvor vidt et SL forløb vil give mening for den enkelte.

Sundhedssalon er et sen eftermiddagshold/aftenhold til borgere på arbejdsmarkedet, der har brug for støtte til forandring af mad- og motionsvaner og som ikke har mulighed for at komme i dagtimerne. Vi har de seneste par år kørt 2 hold/år. De seneste par gange har det været et forløb på 5 mødegange, med mødegange hver 14.dag. Navnet Sundhedssalon er udsprunget, da vores psykolog var tovholder på forløbet, men med Britta eller jeg indover mad- og motionsemnerne. Her i foråret oprettes ikke et hold, da behovet ikke har stort nok, og fremadrettet skal vi vurdere hvordan vores ressourcer bedst prioriteres.

Håber det var svar nok, og ellers må I skrive igen. Men vi er jo midt i en flytte- og forandringsproces, så det er yderst begrænset hvad vi kan afsætte af tid - som du jo også skriver, at de har fuld forståelse for 😊

Ha' en god dag!

Med venlig hilsen

Christina Overgaard Pedersen
Sundhedskonsulent



Folkesundhed Aarhus
Center for Sundhedsforløb
Ceres Allé 13
8000 Århus C
Tlf: 87 13 40 35
Mobil: 41 85 95 18
E-mail: oc@aarhus.dk

Fra: Christina Fruergaard
Sendt: 20. februar 2018 13:24
Til: Christina Overgaard <oc@aarhus.dk>
Cc: Marie Harup Jensen <jemaha@aarhus.dk>
Emne: Sund Livsstil og specialestuderende

Hej Christina

Vi har to specialestuderende, som læser Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Deres speciale omhandler Sund Livsstil og de har modtaget et datasæt fra Jane Nautrup. De er ved at arbejde sig ind på problemstillingen, men det kommer overordnet til at omhandle Sund Livsstil og inaktivitet – fastholdelse af fysisk aktivitet. Marie og jeg er i dialog med dem, men de stiller mange gode spørgsmål, som jeg ikke helt kan svare på, men som jeg tænker du ved alt om ☺.

Har du projektbeskrivelsen/den logiske model for Sund Livsstil?
Hvor mange Sund Livsstils hold er der om året?
Hvilke eksklusions kriterier er der?
Hvad er en sundhedssalon?

Hvis du kan hjælpe mig med ovenstående spørgsmål, så formidler jeg videre til dem. Men jeg vil også høre, om jeg må give dine kontaktoplysninger videre til dem? De har fuld forståelse for, at vi ikke kan afsætte meget tid til dem og deres opgave, men de vil meget gerne lave et kvalitativt interview med en underviser på Sund Livsstil + med et par tidligere deltagere. De er ved at kredse sig ind på målgruppen, så om det skal være Trine, Britta eller dig de skal snakke med, vides endnu ikke.

Med venlig hilsen

Christina Fruergaard-Pedersen
Motionskoordinator, MPH
Århus Kommune, MKB og MSO
Tlf. 24467299

Følg os på:



GENLYD.

**BEVÆG
DIG FOR
LIVET**

Bilag 3 – Forløbsplan for det oprindelige SL



Sund Livsstil 39 – Mandage

Sund Livsstil er for dig, der ønsker at ændre livsstil i dit eget tempo.

Alle mødegange varer cirka 2 timer med undervisning, øvelser og dialog.

(OBS: Når der er madlavning, varer mødegangen 3 timer)

Mødegang	Dato	Indhold
1. gang	16.04.2018 Kl. 13-15	Velkomst og introduktion Hvorfor ændre livsstil? Forandring af vaner med små skridt.
2. gang	23.04.2018 Kl. 13-15	Bevægelse Hvor meget bevæger jeg mig i min dagligdag? Hvor meget vil jeg gerne bevæge mig? Hvordan kommer jeg i gang?
3. gang OBS: 3 timer	30.04.2018 Kl. 13-16	Madlavning Hvad er sunde madvaner? Vi laver og spiser mad i køkkenet inspireret af de officielle kostråd.
4. gang	07.05.2018 Kl. 13-15	Værdier, afklaring og motivation Hvad er en sund livsstil for mig? Hvad motiverer mig til at ændre vaner?
5. gang	14.05.2018 Kl. 13-15	Tid og struktur Hvordan prioriterer jeg tid i min hverdag til forandring af vaner?
FRI	Uge 21	2. Pinsedag
6. gang OBS: 3 timer	28.05.2018 Kl. 13-16	Madlavning og indkøb Vores indkøbsvaner har betydning for, hvad vi spiser. Hvilke strategier og redskaber kan jeg bruge for at træffe sundere valg? Vi laver og spiser små mellemmåltider i køkkenet.
7. gang	04.06.2018 Kl. 13-15	Hvad styrer vores madvaner? Hvilke indre og ydre faktorer har betydning for, hvad og hvor meget jeg spiser?
8. gang	11.06.2018 Kl. 13-15	Vejen videre Hvordan fastholder jeg de små skridt og hvordan arbejder jeg videre. Tilbud om fastholdelsescafe.

Ret til ændringer forbeholdes.

Undervisningen foregår på Folkesundhed Aarhus, Ceres Allé 13, 8000 Århus

Husk at melde afbud, hvis du ikke kan komme.

Telefon: 8713 4035



AARHUS KOMMUNE

E-mail: folkesundhed@mso.aarhus.dk

Bilag 4 – Søgeprotokol

1. Baggrund

Fysisk inaktivitet er et udbredt folkesundhedsmæssigt problem, idet det kan medføre uhensigtsmæssige konsekvenser på både det individuelle- samt samfundsmæssige niveau. På baggrund heraf er adskillige initiativer iværksat i ønsket om at nedbringe prævalensen og udviklingen af fysisk inaktivitet. Trods en umiddelbar gavnlig effekt af interventioner synes deltagerne at have vanskeligt ved at vedligeholde adfærdsændringen, hvormed indsatserne ikke formår at facilitere en vedvarende aktivitetsfremmende adfærd. Med baggrund heri har litteraturstudiet til formål at skabe en større indsigt i og forståelse for forhold, der synes at være betydningsfulde for deltagere med henblik på at opnå en vedvarende motivation og lyst til at være fysisk aktiv efter deltagelse i en livstilsintervention.

1.1. Det fokuserede søgespørgsmål

Hvilke faktorer fremhæves i den eksisterende litteratur som betydningsfulde for at opnå vedvarende adfærdsændring i forhold til et øget fysisk aktivitetsniveau, som følge af deltagelse i en livstilsintervention?

2. Udvalgte databaser

I nedenstående tabel beskrives de fire databaser, der er udvalgt som afsæt for specialets litteraturstudie.

Databaser	Beskrivelse
PubMed	Med mere end 24 millioner referencer er PubMed en af de største databaser (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.). I tillæg hertil er PubMed meget brugervenlig, hvor anvendelsen af kontrollerede emneord i form af MeSH-termer øger præcisionen i søgningen, hvorfor dette er en af de mest foretrukne sundhedsfaglige databaser (Eriksen, Christensen & Frandsen, 2016).
Embase	Embase anses tillige som en af de største bibliografiske databaser, hvis indhold primært relaterer sig til det biomedicinske felt (Eriksen, Christensen & Frandsen, 2016). Måden hvorpå kontrollerede emneord indekseres, kaldes 'Emtree', hvilket bidrager til en fokuseret søgning (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.; Eriksen, Christensen & Frandsen, 2016).

Cinahl	Cinahl er med sine mere end 1 million referencer, en af de førende databaser indenfor det sygeplejefaglige område (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.). I Cinahl findes en veludfoldet thesaurus, hvor de kontrollerede emneord betegnes 'Headings' (Buus et al., 2008).
PsycINFO	PsycINFO indeholder en stor mængde kvalitativ litteratur på baggrund af databasens litterære afsæt i de psykologiske-, sociale-, adfærdsmæssige og sundhedsvidenskabelige områder (Aalborg Universitetsbibliotek, n.d.; Buus et al., 2008). De kontrollerede emneord i databasen betegnes APA thesaurus.

3. Den indledende søgning

3.1. Valg af søgefacetter

Med afsæt i SPIDER-modellens fem facetter (Cooke, Smith & Booth, 2012) og søgespørgsmålet er nedenstående overordnede søgetermer udvalgt. I det efterfølgende beskrives og begrundes valget for hver facet.

Facet 1: Sample(S) – Voksne

Studiepopulationen er fastsat til vokse, idet det er oplevelser og erfaringer fra denne målgruppe, der ønskes indsigt i. I denne facet er de kontrollerede emneord fundet fyldestgørende, hvorfor der ikke er suppleret med fritekstsøgeord.

Facet 2: Interessecfenomen – Fysisk aktivitet (PI1), Motivation (PI2), Vedvarende adfærdssændring (PI3)

Interessecfenomenet er sammensat af tre søgefacetter for at konkretisere og målrette søgningen. 'Fysisk aktivitet' er valgt, idet det er adfærdssændring, relateret hertil, der ønskes indsigt i. 'Motivation' findes relevant, idet det antages at være en central komponent i henhold til adfærdssændring. Slutteligt er 'vedvarende adfærdssændring' opstillet som facet, idet problemfeltet for specialet omhandler problematikken med at facilitere og opnå en vedvarende aktivitetsfremmende adfærd.

Det har for de tre facetter været muligt at finde relevante kontrollerede emneord, men for at nuancere og konkretisere søgningen, er disse suppleret med fritekstsøgeord i flere af databaserne.

Facet 3: Design (D) – Survey, interview, fokusgruppe og observation

Idet søgespørgsmål er formuleret således, der fokuseres på at opnå indsigt i deltagernes perspektiver og oplevelser, i henhold til vedvarende adfærdsændring, er valget i denne facet faldet på dataindsamlingsmetoder, der antages at kunne bidrage hertil. I denne facet er der hovedsageligt anvendt kontrollerede søgeord, der dog nogle enkelte steder er suppleret med fritekstsøgeord, idet det er erfaret at metoderne er benævnt på forskellige måder i litteraturen.

Facet 4: Evaluering (E) – Oplevelser, perspektiver og erfaringer

Facetten 'Evaluering' skal bidrage til identifikation af kvalitativ forskningslitteratur i form af en vægtning af subjektive oplevelser, perspektiver og erfaringer. Det har været vanskeligt at finde kontrollerede emneord, der favner dette område, hvorfor der er anvendt et bredt udvalg af fritekstsøgeord.

Facet 5: Research (R) – Kvalitative- eller mixed methods studier

Med denne facet specificeres ønsket om kvalitativ litteratur yderligere og meget konkret, hvor det antages at disse studier kan identificeres ud fra en søgning på kvalitative- eller mixed methods studier. I størstedelen af databaserne fandtes kontrollerede søgeord for kvalitative undersøgelser, hvorfor det, i begrænset omfang, har været nødvendigt at supplere med fritekstsøgeord. Den modsatte sammenhæng er gældende for mixed methods studier, hvorfor dette næsten udelukkende er fremsøgt ved fritekstsøgeord.

3.2 Anvendte søgetermer i den indledende søgning

Nedenstående skema viser de konkrete søgetermer der er anvendt ved den indledende søgning i PubMed. Søgetermerne indenfor de enkelte facetter er kombineret med den boolske operator OR. Facetterne er kombineret som illustreret i tabellen i afsnittet *Resultat af den indledende søgning*.

Den indledende søgning er udført den 26. marts 2018.

Facetter Databaser	Sample Voksne	Interessefænomen (P1) Fysisk aktivitet	Interessefænomen (P2) Motivation	Interessefænomen (P3) Vedvarende adfærdssændring	Design Studiedesign, samt dataindsamlingsmetode	Evaluation Oplevelser, perspektiv og erfaringer	Research Kvalitative- og mixed method studier
PubMed	<u>Mesh-term</u> Adult Young adult	<u>Mesh-term</u> Exercise Physical Fitness Physical Conditioning, Human	<u>Mesh-term</u> Motivation	<u>Mesh-term</u> Follow-Up Studies Life Change Events Longitudinal Studies Body Weight Change <u>Fritekst</u> "Long term effect*" "Longterm effect*") "Sustained effect*" "Persistent effect*" "Prolonged effect*" "Behavior change*"	<u>Mesh-term</u> Survey and Questionnaires Interview (Publication Type) Interview as Topic (53.359) Interview, Psychological Focus groups Observation Health impact Assessment <u>Fritekst</u> "focusgroup*" "focus group*"	<u>Mesh-term</u> Attitude to health Feedback <u>Fritekst</u> Perspec* View* Opinion* Percep* Experien*	<u>Mesh-term</u> Qualitative Research (37.561) <u>Fritekst</u> Qualitative* (235.089) "Mixed method*" (3.447)
	I alt: 6.495.503	I alt: 179.472	I alt: 153.025	I alt: 777.576	I alt: 991.212	I alt: 2.283.363	I alt: 236.712

3.3 Resultat af den indledende søgning

Facetter Database	PubMed
(PI1 and PI2)	6186
(PI1 and PI2 and PI3) AND (D or E)	3204
(PI1 and PI2 and PI3) AND (D or E) AND R	189 < 15 > 2
(S and (PI1 and PI2 and PI3)) AND (D or E)	
(S and (PI1 and PI2 and PI3)) AND (D or E) AND R	

hits < > = Angiver hvor mange hits, søgningen medførte.

< hits > = Angiver hvor mange hits, der er gået videre på baggrund af titel.

< > hits = Angiver hvor mange hits, der er gået videre på baggrund af abstract.

Søgeresultat med over 200 hits er ikke gennemgået.

4. Ændringer i søgefacetter

På baggrund af den indledende søgning vurderes at søgestrategien ikke er optimal med henblik på at kunne besvare søgespørgsmålet. Derfor ændres facet 2, hvor PI2 ændres fra 'Motivation' til 'Livsstilsinterventioner'.

Facet 2: Interessefænomen – Fysisk aktivitet (PI1), Livstilsinterventioner (PI2), Vedvarende adfærdsændring (PI3).

Med baggrund i manglende kontekstuel relevans, erfaret i den indledende søgning, ændres facetten PI2 til livsstilsinterventioner i den systematiske søgning. Facetten 'Motivation' ekskluderes dermed, men det erfares at motivationelle forhold kan identificeres gennem facetten 'Vedvarende adfærdsændring'.

I tillæg til denne ændring præciseres målgruppen i inklusionskriterierne i form af et konkret aldersinterval. Dette på baggrund af at voksenlivet kan inddeles i flere faser, hvor det gennem den indledende søgning erfares at facilitatorer og barrierer for vedvarende adfærdsændring kan være varierende mellem disse faser.

5. Den systematisk litteratursøgning

5.1. Anvendte søgetermer

Nedenstående skema danner overblik over de søgetermer, der er anvendt indenfor de forskellige facetter i den systematiske litteratursøgning.

Dato for den systematiske litteratursøgning, i de respektive databaser, er angivet i kolonnen *databaser*. Søgetermerne indenfor de enkelte facetter er kombineret med den boolske operator OR. Facetterne er kombineret som illustreret i tabellen i afsnittet *Resultat af den systematiske søgning*.

Facetter Databaser	Sample Voksne	Interessefæno- men (P1) Fysisk aktivi- tet	Interessefæno- men (P2) Livsstilsinter- vention	Interessefæno- men (P3) Vedvarende adfærdsæn- dring	Design Studiedesign, samit datain- samlingsme- tode	Evaluation Oplevelser, perspektiv og erfaringer	Research Kvalitative- og mixed method studier
PubMed 02-04-2018	Mesh-term Adult (6.495.503) Young adult (647.303)	Mesh-term Exercise (162.779) Physical Fit- ness (25.771) Physical Condi- tioning, Human (7.913)	Mesh-term Clinical trial (Publication type) (791.647) Health Promo- tion (67.902) Fritekst "Lifestyle change*" (1.368) "Lifestyle inter- vention*" (3.341) "Lifestyle pro- gram*" (309)	Mesh-term Follow-Up Studies (587.159) Life Change Events (21.484) Longitudinal Studies (113.764) Body Weight Change (62.611) Fritekst "Long term ef- fect*" (7.183) "Longterm ef- fect*" (72) "Sustained ef- fect*" (902) "Persistent ef- fect*" (461) "Prolonged ef- fect*" (835) "Behavior change*" (7.972)	Mesh-term Survey and Questionnaires (887.529) Interview (Pub- lication Type) (27.825) Interview as Topic (53.359) Interview, Psy- chological (14.461) Focus groups (24.009) Observation (5.388) Health impact Assesment (462) Fritekst "focusgroup*" (9) "focus group*" (18.988)	Mesh-term Attitude to health (366.452) Feedback (28.265) Fritekst Perspec* (290.482) View* (423.195) Opinion* (102.116) Percep* (420.867) Experien* (975.634)	Mesh-term Qualitative Re- search (37.561) Fritekst Qualitative* (235.089) "Mixed me- thod*" (3.447)
	I alt: 6.495.503	I alt: 179.472	I alt: 856.809	I alt: 777.576	I alt: 991.212	I alt: 2.283.363	I alt: 236.712
Embase 26-03-2018	Emtree Adult Young adult	Emtree Physical activ- ity, capacity and perfor- mance Exercise Physical activ- ity	Emtree Lifestyle modi- fication Lifestyle inter- vention behavior changes behavior change Fritekst "lifestyle inter- vention*"	Emtree Long term ef- fect Longterm ef- fects Follow up Fritekst: "longterm ef- fect*" (835) "long term ef- fect*" (7.972)	Emtree Interview observational study 'focus group discussion' focus group Fritekst: "focusgroup*" (9) "focus group*" (18.988)	Emtree Attitude Experience Perspective Fritekst: "experien*" (235.089) "perce*" (423.195) "experience*" (290.482) "opinion*" (102.116) "view*" (420.867) "perspec*" (975.634)	Emtree mixed methods mixed methods study mixed methods research qualitative re- search Fritekst: "qualitative*" (235.089) "mixed meth- ods*" (3.447)
	I alt: 7.028.313	I alt: 774.915	I alt: 61.865	I alt: 1.258.275	I alt: 385.685	I alt: 4.030.695	I alt: 296.874

Cinahl 03-04-2018	<u>Headings</u> Adult+	<u>Headings</u> Exercise+ Leisure Activi- ties+ Physical Activ- ity Physical Per- formance	<u>Headings</u> Intervention Trials Life Style Changes Health Promo- tion Weight Reduc- tion Programs Preventive Tri- als Fritekst "Lifestyle mod- ification*" "Lifestyle inter- vention*" "Lifestyle pro- gram*"	<u>Headings</u> Postexposure Follow-up Prospective Studies Behavioral Change Habits Health Behav- ior+ Fritekst "Long term ef- fect*" "Longterm ef- fect*" "Sustained ef- fect*" "Persistent ef- fect*" "Prolonged ef- fect*"	<u>Headings</u> Interview+ Focus Groups Observational Methods+ Surveys+ Health Impact Assesment	<u>Headings</u> Attitude+ Feedback Public Opinion Fritekst Perspec* View* Percep* Experien*	<u>Headings</u> Qualitative studies+ Fritekst Qualitativ* "Mixed Method*" "Mixed meth- ods study" "Mixed meth- ods research"
	I alt: 911.812	I alt: 113.815	I alt: 54.349	I alt: 278.665	I alt: 295.288	I alt: 584.972	I alt: 121.384
PsycINFO 16-04-2018	<u>Thesaurus</u> Fritekst: Adult*	<u>Thesaurus</u> Physical Activ- ity Exercise Aerobic	<u>Thesaurus</u> Lifestyle Changes Fritekst: "lifestyle inter- vention*" "lifestyle pro- gram*"	<u>Thesaurus</u> Posttreatment followup Fritekst: "Long term ef- fect*" "long-term ef- fect*" "longterm ef- fect*"	<u>Thesaurus</u> Interviewing Interviews Observation Methods Fritekst: "Focusgroup*" "Focus Group*"	<u>Thesaurus</u> Fritekst: Perspec* View* Percep* Experien*	<u>Thesaurus</u> Qualitative Re- search Fritekst: "Mixed method*"
	I alt: 1.984.263	I alt: 34.860	I alt: 2.527	I alt: 12.718	I alt: 58.086	I alt: 1.541.628	I alt: 25.750

5.2. Resultat af den systematiske søgning

Databaser Facetter	PubMed	Embase	Cinahl	PsycINFO
(PI1 and PI2 and P3)	4.204	2.616	3.090	1432
(PI1 and PI2) AND (D or E)	1.504	1.041	1.354	1188
(PI1 and PI2) AND (D or E) AND R	63 < 25 > 11		206	64 < 28 > 10
(S and (PI1 and PI2)) AND (D or E)		501	865	
(S and (PI1 and PI2)) AND (D or E) AND R		48 < 11 > 5	135 < 30 > 9	

hits < > = Angiver hvor mange hits, søgningen medførte.

< hits > = Angiver hvor mange hits, der er gået videre på baggrund af titel.

< > hits = Angiver hvor mange hits, der er gået videre på baggrund af abstract.

Søgeresultat med over 200 hits er ikke gennemgået.

I nedenstående tabel oplystes de studier, der, på baggrund af abstract, er udvalgt til gennemlæsning. Studier, der ved gennemlæsning opfylder de opsatte inklusions- og eksklusionskriterier samt er relevante til besvarelse af underspørgsmål 1, er fremhævet med fed skrift, for at indikere at disse er udvalgt til den videre analyse.

Databaser	Studier udvalgt på baggrund af abstract
Pubmed	• Lally, P., Wardle J. & Gardner, B. (2011): <i>Experiences of habit formation: A qualitative study.</i> • Wycherley, T. P., Mohr, P., Noakes, M., Clifton, P. M. & Brinkworth, G. D. (2011): <i>Self-reported facilitators of, and impediments to maintenance of healthy lifestyle behaviours following a supervised research-based lifestyle intervention programme in patients with type 2 diabetes.</i> • Morrison, Z., Douglas, A., Bhopal, R. & Sheikh, A. (2014): <i>Understanding experiences of participating in a weight loss lifestyle intervention trial: a qualitative evaluation of South Asians at high risk of diabetes.</i> • Terranova, C. O., Lawler, S. P., Spathonis, K., Eakin, E. G. & Reeves, M. M. (2016): <i>Breast cancer survivors' experience of making weight, dietary and physical activity changes during participation in a weight loss intervention.</i> • Donnachie, C., Wyke, S., Mutrie, N. & Hunt, K. (2017): 'It's like a personal motivator that you carried around with you': utilising selfdetermination theory to understand men's experiences of using pedometers to increase physical activity in a weight management programme.

	• Jones, N., Furlanetto, D. L. C., Jackson, J. A. & Kinn, S. (2007): <i>An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment.</i> • Huberty, J. L., Ehlers, D., Coleman, J., Gao, Y. & Elavsky, S. (2013): <i>Women Bound to be Active: Differences in Long-Term Physical Activity Between Completers and Noncompleters of a Book Club Intervention.</i> • Zizzi, S., Kadushin, P., Michel, J. & Abildso, C. (2016): <i>Client Experiences With Dietary, Exercise, and Behavioral Services in a Community-Based Weight Management Program.</i> • Redfern, J., Santo, K., Coorey, G., Thakkar, J., Hackett, M., Thiagalingam, A. & Chow, C. K. (2016): <i>Factors Influencing Engagement, Perceived Usefulness and Behavioral Mechanisms Associated with a Text Message Support Program.</i> • Reilly, A., Mawn, B., Susta, D., Staines, A., Browne, S. & Sweeney, M. R. (2015): <i>Lessons learned about primary weight maintenance and secondary weight maintenance: results from a qualitative study.</i> • Dahl, U., Rise, M. B., Kulseng, B. & Steinsbekk, A. (2014): <i>Personnel and Participant Experiences of a Residential Weight-Loss Program. A Qualitative Study.</i>
Cinahl	• Wagenschutz, H., Ross P. T., Bernat, C. K. & Lypson, M. L. (2013): <i>Impact of Repeated Health Behavior Counseling on Women Portraying an Overweight Standardized Patient</i> • Kalani, Z., Pourmovahed, Z., Farajkhoda, T. & Bagheri, I. (2017): <i>A Qualitative Approach to Women's Perspectives on Exercise in Iran.</i> • Chang, E., Bidewell, J., Brownhill, S., Farnsworth, J., Ward, J. & Diehl, H. (2012): <i>Participant perceptions of a community-based lifestyle intervention: the CHIP.</i> • Park, T., Foster, K. & Usher K. (2017): <i>Participants' Voices From Within a Healthy Lifestyle Group.</i> • Allar, I., Jones, E., Elliott, E., Kristjansson, A., Taliaferro, A., Mann, M. & Bulger, S. (2017): <i>The Perceived Impact of I am Moving, I am Learning on Physical Activity and Family Involvement: A Preliminary Investigation.</i> • Calogiuri, G., Nordtug, H. & Weydahl, A. (2015): <i>The potential of using exercise in nature as an intervention to enhance exercise behavior: Results from a pilot study.</i> • Heesch, K. C., Dinger, M. K., McClary, C. R., & Rice, K. R. (2018): <i>Experiences of Women in a Minimal Contact Pedometer-Based Intervention: A Qualitative Study.</i> • Floegel, T. A., Giacobbi, P. R., Dzierzewski, J. M., Aiken-Morgan, A. T., Roberts, B., McCrae, C. S., Marsiske, M. & Buman, M. P. (2015): <i>Intervention Markers of Physical Activity Maintenance in Older Adults.</i> • Metzgar, C. J., Preston, A. G., Miller, D. L. & Nickols-Richardson, S. M. (2014): <i>Facilitators and barriers to weight loss and weight loss maintenance: a qualitative exploration.</i>

Embase	• O'Dea, A., Tierney, M., McGuire M. E., Newell, J., Glynn L. G., Gibson, I., Noctor, E., Danyliv, A., Connolly, S. B. & Dunne, F. P. (2015): <i>Can the Onset of Type 2 Diabetes Be Delayed by a Group-Based Lifestyle Intervention in Women with Prediabetes following Gestational Diabetes Mellitus (GDM)? Findings from a Randomized Control Mixed Methods Trial.</i> • Coe, W. H., Redmond, L., Parisi, J. M., Bowie, J. V., Liu, E. Y., Ng, T. Y., Onyuka, A. M. A., Cort, M. & Cheskin, L. J. (2017): <i>Motivators, Barriers, and Facilitators to Weight Loss and Behavior Change Among African American Adults in Baltimore City: A Qualitative Analysis.</i> • Penn, L., Dombrowski, S. U., Sniehotta, F. F. & White, M. (2013): <i>Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention: a qualitative study using the theory domain framework.</i> • Annie S Anderson, A. S., Macleod, M., Mutrie, N., Sugden, J., Dobson, H., Treweek, S., O'Carroll, R. E., Thompson, A., Kirk, A., Brennan, G. & Wyke, S. (2014): <i>Breast cancer risk reduction - is it feasible to initiate a randomised controlled trial of a lifestyle intervention programme (ActWell) within a national breast screening programme?</i> • Linda Penn, L., Ryan, V. & White, M. (2013): <i>Feasibility, acceptability and outcomes at a 12-month follow-up of a novel community-based intervention to prevent type 2 diabetes in adults at high risk: mixed methods pilot study.</i>
PsycINFO	• Helminka, H. M., Kremers, S. P. J., Boekelb L. C. V., Van Brussel-Visser, F. N., Prellerc, L. & Vries, N. K. D. (2012): <i>The BeweegKuur programme: a qualitative study of promoting and impeding factors for successful implementation of a primary health care lifestyle intervention for overweight and obese people</i> • Sarah Hardcastle, S. & Hagger, M. S. (2011): <i>"You Can't Do It on Your Own": Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour</i> • Korkiakangas, E. E., Taanila, A. M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011): <i>Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study</i> • Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. M. & Laitinen, J. H. (2011): <i>Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study</i>

5.3. Dokumentation for den systematiske søgning

Pubmed

2/4/2018

Advanced search - PubMed - NCBI

PubMed Home	More Resources	Help
-----------------------------	--------------------------------	----------------------

PubMed Advanced Search Builder

[Tutorial](#)

Use the builder below to create your search

[Edit](#)[Clear](#)

Builder

All Fields

[Show index list](#)

AND

All Fields

[Show index list](#)[Search](#) or [Add to history](#)

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found
#75	Add	Search (((((((("Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh]) OR "Physical Conditioning, Human"[Mesh])) AND (((("Clinical Trial" [Publication Type]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR "Lifestyle change*" OR "Lifestyle intervention*" OR "Lifestyle program*")) AND (((((((("Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Longitudinal Studies"[Mesh]) OR "Body Weight Changes"[Mesh]) OR "Long term effect*" OR "Longterm effect*" OR "Sustained effect*" OR "Persistent effect*" OR "Prolonged effect*" OR "Behavior change*")) AND (((((((("Surveys and Questionnaires"[Mesh])) OR "Interview" [Publication Type]) OR "Interviews as Topic"[Mesh]) OR "Interview, Psychological"[Mesh]) OR "Focus Groups"[Mesh]) OR "Observation" [Mesh]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]) OR focusgroup* OR "focus group*")) OR (((("Attitude to Health"[Mesh]) OR "Feedback" [Mesh]) OR perspec* OR View* OR Opinion*) OR Percep* OR Experien*)) AND (((("Qualitative Research"[Mesh]) OR Qualitative*) OR "Mixed method*"))	63
#74	Add	Search (((((((("Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh]) OR "Physical Conditioning, Human"[Mesh])) AND (((("Clinical Trial" [Publication Type]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR "Lifestyle change*" OR "Lifestyle intervention*" OR "Lifestyle program*")) AND (((((((("Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Longitudinal Studies"[Mesh]) OR "Body Weight Changes"[Mesh]) OR "Long term effect*" OR "Longterm effect*" OR "Sustained effect*" OR "Persistent effect*" OR "Prolonged effect*" OR "Behavior change*")) AND (((((((("Surveys and Questionnaires"[Mesh])) OR "Interview" [Publication Type]) OR "Interviews as Topic"[Mesh]) OR "Interview, Psychological"[Mesh]) OR "Focus Groups"[Mesh]) OR "Observation" [Mesh]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]) OR focusgroup* OR "focus group*")) OR (((("Attitude to Health"[Mesh]) OR "Feedback" [Mesh]) OR perspec* OR View* OR Opinion*) OR Percep* OR Experien*))	1504

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>

1/3

2/4/2018

Advanced search - PubMed - NCBI

Search	Add to builder	Query	Items found
#73	Add	Search (((((((("Surveys and Questionnaires"[Mesh]) OR "Interview" [Publication Type]) OR "Interviews as Topic"[Mesh]) OR "Interview, Psychological"[Mesh]) OR "Focus Groups"[Mesh]) OR "Observation" [Mesh]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]) OR focusgroup*) OR "focus group*") OR (((((((("Attitude to Health"[Mesh]) OR "Feedback" [Mesh]) OR perspec*) OR View*) OR Opinion*) OR Percep*) OR Experien*)	2983135
#72	Add	Search (((("Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh]) OR "Physical Conditioning, Human"[Mesh])) AND (((("Clinical Trial" [Publication Type]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR "Lifestyle change*") OR "Lifestyle intervention*") OR "Lifestyle program*") AND (((((((("Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Longitudinal Studies"[Mesh]) OR "Body Weight Changes"[Mesh]) OR "Long term effect*") OR "Longterm effect*") OR "Sustained effect*") OR "Persistent effect*") OR "Prolonged effect*") OR "Behavior change*")	4202
#71	Add	Search (("Qualitative Research"[Mesh]) OR Qualitative*) OR "Mixed method*"	236712
#70	Add	Search "Mixed method*"	3447
#69	Add	Search Qualitative*	235089
#68	Add	Search "Qualitative Research"[Mesh]	37561
#66	Add	Search (((((((("Attitude to Health"[Mesh]) OR "Feedback"[Mesh]) OR perspec*) OR View*) OR Opinion*) OR Percep*) OR Experien*	2283636
#65	Add	Search Experien*	975634
#64	Add	Search Percep*	420867
#63	Add	Search Opinion*	102116
#62	Add	Search View*	423195
#61	Add	Search perspec*	290482
#60	Add	Search "Feedback"[Mesh]	28265
#58	Add	Search "Attitude to Health"[Mesh]	366452
#56	Add	Search (((((((("Surveys and Questionnaires"[Mesh]) OR "Interview" [Publication Type]) OR "Interviews as Topic"[Mesh]) OR "Interview, Psychological"[Mesh]) OR "Focus Groups"[Mesh]) OR "Observation" [Mesh]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]) OR focusgroup*) OR "focus group*"	991212
#55	Add	Search (((((((("Surveys and Questionnaires"[Mesh]) OR "Interview" [Publication Type]) OR "Interview, Psychological"[Mesh]) OR "Observation"[Mesh]) OR "Health Impact Assessment"[Mesh]) OR focusgroup*) OR "focus group*"	945796
#54	Add	Search "focus group*"	18988
#53	Add	Search focusgroup*	9
#52	Add	Search "Health Impact Assessment"[Mesh]	462
#50	Add	Search "Observation"[Mesh]	5388
#48	Add	Search "Focus Groups"[Mesh]	24009
#46	Add	Search "Interview, Psychological"[Mesh]	14461
#45	Add	Search "Interviews as Topic"[Mesh]	53359
#44	Add	Search "Interview" [Publication Type]	27825
#41	Add	Search "Surveys and Questionnaires"[Mesh]	887529

2/4/2018

Advanced search - PubMed - NCBI

Search	Add to builder	Query	Items found
#38	Add	Search (((((((("Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Longitudinal Studies"[Mesh]) OR "Body Weight Changes"[Mesh]) OR "Long term effect*") OR "Longterm effect*") OR "Sustained effect*") OR "Persistent effect*") OR "Prolonged effect*") OR "Behavior change*"	777576
#37	Add	Search "Behavior change*"	7972
#36	Add	Search (((((((("Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Longitudinal Studies"[Mesh]) OR "Body Weight Changes"[Mesh]) OR "Long term effect*") OR "Longterm effect*") OR "Sustained effect*") OR "Persistent effect*") OR "Prolonged effect*"	770346
#35	Add	Search "Prolonged effect*"	835
#34	Add	Search "Persistent effect*"	461
#33	Add	Search "Sustained effect*"	902
#32	Add	Search "Longterm effect*"	72
#31	Add	Search "Long term effect*"	7183
#30	Add	Search "Body Weight Changes"[Mesh]	62611
#28	Add	Search "Longitudinal Studies"[Mesh]	113764
#25	Add	Search "Life Change Events"[Mesh]	21484
#23	Add	Search "Follow-Up Studies"[Mesh]	587159
#21	Add	Search (((("Clinical Trial" [Publication Type]) OR "Health Promotion"[Mesh]) OR "Lifestyle change*") OR "Lifestyle intervention*") OR "Lifestyle program*"	856809
#20	Add	Search "Lifestyle program*"	309
#19	Add	Search "Lifestyle intervention*"	3341
#18	Add	Search "Lifestyle change*"	1368
#17	Add	Search "Health Promotion"[Mesh]	67902
#15	Add	Search "Clinical Trial" [Publication Type]	791647
#13	Add	Search (("Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh]) OR "Physical Conditioning, Human"[Mesh]	179472
#12	Add	Search "Physical Conditioning, Human"[Mesh]	7913
#10	Add	Search "Physical Fitness"[Mesh]	25771
#8	Add	Search "Exercise"[Mesh]	162779
#6	Add	Search ("Adult"[Mesh]) OR "Young Adult"[Mesh]	6495503
#5	Add	Search "Young Adult"[Mesh]	647303
#3	Add	Search "Adult"[Mesh]	6495503

Embase

Exported Print HTML | Embase

Side 1 af 2



Embase Session Results

No.	Query	Results
#58	#3 AND #53 AND (#35 OR #36) AND #37	48
#57	#3 AND #53 AND (#35 OR #36)	501
#56	#3 AND #55	501
#55	#53 AND #54	1,041
#54	#35 OR #36	4,250,687
#53	#7 AND #49 AND #52	2,616
#52	#34 OR #51	1,297,537
#51	'follow up'/exp	1,258,275
#50	#7 AND #34 AND #49	223
#49	#39 OR #40 OR #41 OR #44 OR #45	61,865
#48	'health behavior'/exp	353,070
#47	'health behavior'/exp	353,070
#46	'health behavior'/exp	353,070
#45	'behavior changes'/exp	43
#44	'behavior change'/exp	27,224
#43	'intervention study'/exp	35,317
#42	#39 OR #40 OR #41	36,010
#41	'lifestyle intervention*'	8,074
#40	'lifestyle modification'/exp	30,840
#39	'lifestyle intervention'/exp	14
#38	#3 AND #7 AND #34 AND #35 AND #36 AND #37	3
#37	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27	296,874
#36	#19 OR #20 OR #21 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33	4,030,695
#35	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	385,685
#34	#9 OR #10 OR #11 OR #12	48,544
#33	'experien*'	1,361,129
#32	'perce*'	1,422,209
#31	'experience*'	1,286,468
#30	'opinion*'	242,570
#29	'view*'	626,535
#28	'perspec*'	352,265
#27	'qualitative*'	291,567
#26	'mixed methods*'	11,587
#25	'mixed methods'/exp	23
#24	'mixed methods study'/exp	26
#23	'mixed methods research'/exp	12
#22	'qualitative research'/exp	51,106
#21	'attitude'/exp	665,224
#20	'experience'/exp	34,208
#19	'perspective'/exp	38
#18	'focusgroup*'	49
#17	'focus group*'	43,697
#16	'focus group discussion'/exp	19
#15	'focus group'/exp	32
#14	'observational study'/exp	133,303
#13	'interview'/exp	223,044
#12	'longterm effects'/exp	150
#11	'longterm effect*'	968
#10	'long term effect*'	47,707

<https://www-embase-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/search/results>

26-03-2018

Exported Print HTML | Embase

Side 2 af 2

#9	'long term effect'/exp	25
#8	'motivation'/exp	91,427
#7	#4 OR #5 OR #6	774,913
#6	'physical activity, capacity and performance'/exp	774,913
#5	'exercise'/exp	294,501
#4	'physical activity'/exp	341,094
#3	#1 OR #2	7,028,313
#2	'young adult'/exp	221,545
#1	'adult'/exp	7,028,313

ELSEVIER

© 2018 RELX Intellectual Properties SA. All rights reserved.
Embase, RELX Group and the RE symbol are trade marks of RELX Intellectual Properties SA, used under license.

Cinahl

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost



Tuesday, April 03, 2018 4:53:28 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S58	S2 AND S52 AND S53 AND S51	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	135
S57	(S2 AND S52) AND S53	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	865
S56	S2 AND S52 AND S53	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	865
S55	S51 AND S52 AND S53	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	206
S54	S52 AND S53	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,354
S53	S33 OR S41	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	743,259
S52	S3 AND S16 AND S27	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	3,090

<http://web.a.ebscohost.com/zorac.aub.aau.dk/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

			Database - CINAHL with Full Text	
S51	S42 OR S43 OR S44 OR S47 OR S49	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	121,384
S50	"mixed methods"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4,695
S49	"mixed methods study"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,598
S48	mixed methods study	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,525
S47	"mixed methods research"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	273
S46	mixed methods research	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	707
S45	mixed methods	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,975
S44	"mixed method*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	6,549

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aub.aau.dk/ehost/search/history/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

			Search Database - CINAHL with Full Text	
S43	Qualitativ*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	97,972
S42	(MH "Qualitative Studies+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	93,692
S41	S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	584,972
S40	experien*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	241,260
S39	percep*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	87,474
S38	view*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	68,882
S37	perspec*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	74,910
S36	(MH "Public Opinion")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	4,921

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aub.aau.dk/ehost/search/history/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S35	(MH "Feedback")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,256
S34	(MH "Attitude+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	260,326
S33	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	295,288
S32	(MH "Health Impact Assessment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	293
S31	(MH "Surveys+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	140,030
S30	(MH "Observational Methods+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16,723
S29	(MH "Focus Groups")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	27,822
S28	(MH "Interviews+")	Search modes -	Interface - EBSCOhost	150,561

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aub.aau.dk/ehost/search/history/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898e-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata=>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

		Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S27	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	278,665
S26	"prolonged effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	90
S25	"persistent effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	101
S24	"sustained effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	259
S23	"long term effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4,914
S22	"longterm effect**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	39
S21	(MH "Health Behavior+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	59,960

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aub.aau.dk/ehost/search/history/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

S20	(MH "Habits")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,113
S19	(MH "Behavioral Changes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,136
S18	(MH "Prospective Studies")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	214,629
S17	(MH "Postexposure Follow-Up")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,215
S16	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	54,349
S15	((MH "Preventive Trials")) AND (S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	177
S14	(MH "Preventive Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	177
S13	"lifestyle program**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	183

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aub.aau.dk/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

S12	"lifestyle intervention**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,610
S11	"lifestyle modification**"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,372
S10	lifestyle modification	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,539
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	52,232
S8	(MH "Life Style Changes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,945
S7	(MH "Intervention Trials")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	6,985
S6	(MH "Weight Reduction Programs")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,377
S5	(MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	38,378

<http://web.a.ebscohost.com.zorac.aau.dk/ehost/search/history/PrintSearchHistory?sid=b1597894-c44f-4f74-898c-81704dfb0e5e%40sessionmgr4007&vid=150&bk=1&bdata:>

3/4/2018

Print Search History: EBSCOhost

			Database - CINAHL with Full Text	
S4	(MH "Intervention Trials") OR (MH "Life Style Changes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,851
S3	(MH "Exercise+") OR (MH "Leisure Activities+") OR (MH "Physical Activity") OR (MH "Physical Performance")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	113,815
S2	(MH "Adult+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	911,812
S1	(MH "Adult")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	559,875

PsycINFO

Index Terms: {Physical Activity} OR {Exercise} OR {Aerobic Exercise} **AND Index Terms:** {Lifestyle Changes} **OR Any Field:** "lifestyle intervention" **OR Any Field:** "lifestyle program" **AND Any Field:** "Long term effect" OR "long-term effect" OR "longterm effect" OR "Sustained effect" **OR Index Terms:** {Posttreatment Followup} **AND Index Terms:** {Interviewing} OR {Interviews} OR {Observation Methods} **OR Any Field:** "Focusgroup" **OR Any Field:** "Focus Group" **OR Any Field:** Perspec* **OR Any Field:** View* **OR Any Field:** Percep* **OR Any Field:** Experien* **AND Index Terms:** {Qualitative Research} **OR Any Field:** "Mixed method"

Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

64 Results

Index Terms: {Physical Activity} OR {Exercise} OR {Aerobic Exercise} **AND Index Terms:** {Lifestyle Changes} **OR Any Field:** "lifestyle intervention" **OR Any Field:** "lifestyle program" **AND Any Field:** "Long term effect" OR "long-term effect" OR "longterm effect" OR "Sustained effect" **OR Index Terms:** {Posttreatment Followup} **AND Index Terms:** {Interviewing} OR {Interviews} OR {Observation Methods} **OR Any Field:** "Focusgroup" **OR Any Field:** "Focus Group" **OR Any Field:** Perspec* **OR Any Field:** View* **OR Any Field:** Percep* **OR Any Field:** Experien*

Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

1188 Results

Index Terms: ({Physical Activity} OR {Exercise} OR {Aerobic Exercise}) **AND Index Terms:** {Lifestyle Changes} **OR Any Field:** "lifestyle intervention" **OR Any Field:** "lifestyle program" **AND Any Field:** "Long term effect" OR "long-term effect" OR "longterm effect" OR "Sustained effect" **OR Index Terms:** {Posttreatment Followup})

Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

1432 Results

Bilag 5 – CASP-tjekliste til kvalitative studier

Kritisk læsning af kvalitative studier
Oversat fra: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)
Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Nøgleord:
Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? • fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? • fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
2) Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? • tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja) 3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? • har forfatteren begrundet valg af studiedesign? 4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? Overvej: • har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? • har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? • er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)? 5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet? • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data? 6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet? • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under:	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
--	---

○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet?	
7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet? • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent? Overvej: • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
9) Er der en klar fremstilling af resultatet? • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

spørgsmål?	
10) Hvor værdifuld er studiet? • diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden? • sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur? • identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig? • har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?	Kommentarer

(Odense Universitetshospital, 2014)

Bilag 6 – Interviewguide

Briefing

Mange tak fordi du havde lyst til at snakke med mig i dag. Formålet med dette interview er at høre om din oplevelse af at deltage i forløbet.

Du vil i det efterfølgende blive stillet en række spørgsmål, som handler om, hvordan du oplevede at deltage i Sund Livsstil.

Det jeg er meget interesseret i, er egentlig din oplevelse og beskrivelse af forløbet, men jeg har også nogle punkter jeg gerne vil nå omkring, så derfor kan det godt være, jeg engang imellem lige kigger mine papirer igennem, for at se om vi er kommet omkring det vi skal. Du må selvfølgelig også tage dig den betænkningstid du har brug for, og hvis der er noget du ikke kan svare på, er det helt okay, så går vi bare videre.

Du skal vide at du naturligvis er anonym i din besvarelse, og grunden til vi optager samtalen, er så jeg er fri for at skrive ned undervejs, men optagelsen vil naturligvis blive slettet, når det er blevet skrevet ned.

For at sikre mig at jeg ikke kommer til at misforstå dig, eller fejlfortolke hvad du siger, vil jeg muligvis komme til at spørge om noget du lidt har svaret på. Det er ikke fordi jeg ikke hører efter, men for at sikre at jeg forstår dig rigtigt.

Undersøgelsesspørgsmål	Tema	Interviewspørgsmål	Underspørgsmål
	1. Baggrundsinformation	Kan du fortælle lidt om dig selv?	Hvor længe siden er det, at du deltog i Sund Livsstil?
Hvordan er deltagernes overordnede oplevelse af interventionen, SL?	2. Oplevelse af interventionen	- Vil du starte med at fortælle om det forløb, du har været igennem? - Hvor lang tid deltog du i forløbet? - Vil du beskrive, hvordan forløbet passede ind i din hverdag?	- Hvad gik forløbet ud på? - Hvordan var det generelt at deltage? - Kan du prøve at sætte ord på, hvordan forløbet passede i forhold til: - Dit arbejde? - Din familie? - Transport (afstand, bil, osv.)
På hvilket grundlag valgte deltagerne at deltage i SL, hvilke forventninger havde de og var de motiverede for at deltage i interventionen?	3. Forventninger & motivation	- Hvorfor deltog du i SL? - Kan du fortælle lidt om, hvilke forventninger du havde til forløbet? - Inden forløbet startede havde de fleste deltagere en indledende samtale. Hvordan foregik din samtale og hvilke emner snakkede I om?	- Hvordan oplevede du, at forløbet stemte overens med dine forventninger og på hvilke områder afveg det derfra? - Hvordan havde samtalen betydning for din lyst til at deltage?
Hvordan oplever deltagerne opbygningen af SL, og i hvilket omfang oplever deltagerne, at lægperspektivet er blevet anvendt?	4. Sammenhæng mellem, og strukturering af undervisningsgangene	- Hvordan oplevede du, at det fungerede, at forløbet bestod af 8 undervisningsgange? - Hvad synes du om varigheden af undervisningen? (2 timer) - Gik nogle af delene fra undervisningen igen? - Hvilken betydning havde holdundervisningen for din oplevelse af forløbet?	- Hvordan oplevede du, at forløbet hang sammen? Afstand mellem undervisningsgangene? For lidt tid, for meget tid? 2 gange om ugen eller? Tidspunktet på dagen? - Var det den samme underviser, som var der alle gange? - Hvordan var muligheden for at stille spørgsmål og sparre med de andre deltagere? - Hvad ville det have haft at betydning, hvis det var individuelt?

		- Hvordan oplevede du, at underviseren vejledte og støttede dig gennem forløbet? - Hvilke mål opstillede du i forbindelse med forløbet?	- Hvordan oplevede du, at hun inddrogede dig og lyttede til dine behov? - Hvordan oplevede du det at skulle opstille mål? - Hvordan arbejdede du med målene i undervisningen og mellem undervisningsgangene? - Oplevede du, at du kom tættere på at indfri dine mål i løbet af forløbet?
Hvordan oplever deltagerne undervisningen omhandlende fysisk aktivitet i SL?	5. Læringsudbytte af undervisningen ift. motionsvaner	- Kan du prøve at fortælle om den undervisning, som du modtog omkring motion og bevægelse? - Under forløbet, hvordan følte du dig klædt på til at lave motion derhjemme ved at anvende noget fra undervisningen? - Deltog du i de frivillige træninger? - Hvordan oplevede du tilbuddet om de 10 frivillige træninger og træning ud af huset?	- Hvad fik du ud af det og hvad lærte du? - Hvordan oplevede du vægtning af undervisning om kost og undervisning om motion? - Hvilke udfordringer havde du undervejs i forløbet med at få indarbejdet nye motionsvaner? - Hvordan følte du dig i stand til at håndtere de udfordringer du oplevede? - Hvordan blev du præsenteret for tilbuddet om 10 træningsgange og træning 'ud af huset' ved siden af undervisningen?
Hvilke elementer kan, ifølge deltagerne, være med til at skabe en god overgang fra forløbet til hverdagen, der understøtter fastholdelse af deltagernes nye motionsvaner?	6. Overgangen fra SL til hverdagslivet og fastholdelse af nye motionsvaner	- Hvordan oplevede du overgangen fra at være tilknyttet forløbet til at skulle stå på egne ben ift. at dyrke motion? - Kan du prøve at sætte ord på nogle af de udfordringer du oplevede efter forløbet med at få indarbejdet nogle nye motionsvaner i hverdagen? - Hvordan har du efterfølgende oplevet at forløbet har påvirket din hverdag? - Hvilke tiltag har du gjort, som følge af deltagelse i forløbet?	- Efter forløbet stoppede, hvordan følte du dig klar til at forsætte med motion derhjemme? - Har der været nogle ting, som har været nemmere at implementere i hverdagen end andre? Hvis ja: Hvilke og hvorfor? - Hvordan overkommer du dem? - Hvilke positive eller negative oplevelser tænker du, at forløbet har givet dig?

		• Dyrker du motion nu? • Har dit syn på motion ændret sig? • Har du benyttet dig af tilbuddet om fastholdelsescaféen? (frivillige temaaftener for deltagere) • Ud fra dit synspunkt hvordan oplever du, at dine omgivelser har kunnet understøtte en ændring af motionsvaner?	• Hvis ja: hvilken type og hvor henne? • Hvis nej: Hvorfor? • Hvis ja, hvordan? • Hvordan oplever du det? • Hvordan er du blevet præsenteret for det?
Hvilke elementer kan, ifølge deltagerne, ændres i SL med henblik på at understøtte vedvarende adfærdsændringer i form af øget fysisk aktivitet?	7. Forandring af SL.	• Hvis du skulle nævne nogle elementer i forløbet, der med fordel kunne forbedres og kunne have betydning for, at du ville have nemmere ved at dyrke motion efter forløbet, hvad skulle det så være? • Hvad tænker du der kunne være blevet gjort anderledes, så forløbet i højere grad havde øget dit udbytte?	• Hvad kunne have hjulpet dig til at holde fast?
	8. Afslutning på interview	• Vi er ved at være igennem de emner, som vi gerne ville have svar på. Er der nogle andre ting, du synes, der kunne være relevante for os at vide? Eller nogle nye ting du er kommet i tanke om? • Hvordan synes du, det har været at blive interviewet?	• Har du nogle kommentarer eller spørgsmål til det vi lige har snakket om?

Bilag 7 – Deltagerinformation

Kære tidligere deltager i Sund Livsstil,

Vi er to kandidatstuderende, der læser Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet og er i gang med at skrive vores afsluttende speciale, hvor vi har valgt at tage udgangspunkt i forløbet *Sund Livsstil*, som du har deltaget i.

Formålet med specialet er at undersøge forløbet og dermed få indsigt i, hvordan dette kan forbedres. Derfor er vi interesserede i at høre, hvilke oplevelser du har haft i forbindelse med deltagelsen samt tiden derefter.

På baggrund heraf ønsker vi derfor at foretage 4-6 individuelle interviews med tidligere deltagere. De deltagende vil være anonymiseret i specialet og oplysningerne vil blive behandlet i henhold til korrekt forskningsetisk praksis.

Interviewene vil blive foretaget i uge 17. Lokationen for interviewet fastsættes med afsæt i dine ønsker, og vi forventer at interviewene har en varighed på 30-60 minutter pr. deltager.

Med venlig hilsen

Frida Middelfart & Kathrine Dalgaard

Kontaktperson

Frida J. P. Middelfart

Kandidatstuderende, Aalborg Universitet

E-mail: fridajpmiddelfart@hotmail.com

Tlf.: 28 97 56 32

Bilag 8 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Formålet med denne undersøgelse er at forandre forløbet *Sund Livsstil* gennemført på Folkesundhed Aarhus.

Undersøgelsen gennemføres for at få indsigt i, hvordan interventionen kan forbedres med henblik på at flere opnår vedvarende adfærdsændringer.

Ved at underskrive denne samtykkeerklæring, giver informanten samtykke til at deltage i et individuelt kvalitativt interview. Interviewet bliver optaget og transskriberes efterfølgende for at blive anvendt til videre analyse og vil indgå i et kandidatspeciale. Såfremt informanten ønsker at trække sig ud af denne undersøgelse, er dette til enhver tid muligt og data vil herefter blive destrueret og ikke anvendt i den videre analyse.

1. Denne samtykkeerklæring forpligter projektets forfattere til at sikre, at uvedkommende personer ikke får adgang til data. De anonymiserede data opbevares på forfatterens egne computere i forbindelse med det konkrete projektforsøg, hvorefter data destrueres.
2. Data er anonymiseret og derudover er det kun specialets to forfattere, censor samt Helle Haslund, som er vejleder for specialet, der vil få adgang til disse.
3. De indsamlede data vil indgå i et speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet. Nedenstående deltager kan modtage en kopi af transskriberingen af interviewet samt et resume af resultaterne, hvis dette ønskes.

Dato og informantens underskrift

Dato og interviewerens underskrift

Bilag 9 – Transskriberingsmanual

Nedenstående transskriberingsmanual er udarbejdet med inspiration fra Kvale & Brinkmann (2015).

Fra lydoptagelse	Transskriberes/kodes	Præsentation i analysen
Interviewer	I	Intervieweren
Informanter/ interviewpersonen	I1, I2	I1, I2
Pause i tale	...	Anvendes hvis betydning for udsagnets forståelse, ellers udelades
Lang pause	...(lang pause)	Anvendes hvis betydning for udsagnets forståelse, ellers udelades
Tilføjelser, f.eks. grin, rømmer sig	Skrives i parentes, f.eks. (griner)	Anvendes hvis det har betydning for udsagnets forståelse, ellers udelades
Øhh	Øhh	Anvendes hvis det har betydning for udsagnets forståelse, ellers udelades
Uforståeligt/kan ikke høres	Tom parentes ()	Anvendes hvis det har betydning for udsagnets forståelse, ellers udelades
Ufuldendte sætninger	Det sagte skrives ind og i forlængelse af sætningen skrives #	Det sagte skrives ind I forlængelse af sætningen skrives #
Ord, der lægges særligt tryk på	Skrives med STORE bogstaver	Skrives med STORE bogstaver
Hvis der undlades dele af sætninger	Alt bliver skrevet ind	(...)

Foruden ovenstående, noteres tidspunktet hvert 5. minut, således det er nemmere at orientere sig i det transskriberede materiale, samt finde frem til udvalgte passager eller citater i lydfilen.

Bilag 10 – SAS-syntax

```

libname kd 'Z:\Documents\Datasæt';

/*****
*          DATAMANAGEMENT          *
*****/

/* Datasættet, der er lavet i Excel, importeres i SAS */

PROC IMPORT OUT= WORK.SL2
    DATAFILE= "\\vmware-host\Shared Folders\Documents\Datasæt\2.
2018_02_03_BasisskemaOpfølgning_endelig.xlsx"
    DBMS=EXCEL REPLACE;
    RANGE="Dataset$";
    GETNAMES=YES;
    MIXED=NO;
    SCANTEXT=YES;
    USEDATE=YES;
    SCANTIME=YES;
RUN;

/* Der dannes et overblik over datasættets variable.*/
proc contents position data= sl2;
run;

/*Et nye datasæt laves, som kun indeholder de variabel der anvendes i analysen,
samt omdøber de udvalgte variable. */
data sl2_ny;
set sl2;
keep CPR_de_9_f_rste_cifre_K_n Alder s_fys_1 s_ryg s_samv_r gh01 tiltro__ _ndri_5;
rename CPR_de_9_f_rste_cifre_ = CPR;
rename K_n = kon;
rename s_fys_1 = fysakt;
rename s_ryg = ryg;
rename s_samv_r = social;
rename gh01 = helbred;
rename _ndri_5 = handlef;
run;

/* Der dannes et overblik over det nye datasæts variable.*/
proc contents position data= sl2_ny;
run;

/* Køn er angivet som bogstaver (char), vi vil gerne have det som tal.
Derfor omkodes variablen til Kvinder = 0, Mænd = 1*/

data sl2_ny;
set sl2_ny;
if kon = 'Kvinde' then kon_ny = 0;
if kon = 'Mand' then kon_ny = 1;
run;

/* Import af et nye datasæt */

PROC IMPORT OUT= WORK.SL4
    DATAFILE= "\\vmware-host\Shared Folders\Documents\Datasæt\4.
2018_02_03_BasisskemaStart_endelig.xlsx"
    DBMS=EXCEL REPLACE;
    RANGE="Dataset$";
    GETNAMES=YES;
    MIXED=NO;
    SCANTEXT=YES;
    USEDATE=YES;
    SCANTIME=YES;
RUN;

/* Der dannes et overblik over det nye datasæts variable.*/
proc contents position data= sl4;
run;
/*Et nyt datasæt laves, som kun indeholder de variabel der anvendes i analysen,
samt omdøber de udvalgte variable. */

```



```

data sl4_ny;
set sl4;
keep ptype4t__9_af_cpr_nummer_ erhvervs arbejde;
rename ptype4t__9_af_cpr_nummer_ = CPR;
rename erhvervs = udd;
rename arbejde = arb;
run;
/* Der dannes et overblik over det nye datasæts variable.*/
proc contents position data= sl4_ny;
run;

/* Sorterer først datasættene efter CPR, hvorefter de sammenkobles. */
proc sort data=sl2_ny; by CPR; run;
proc sort data=sl4_ny; by CPR; run;

data sl;
merge sl2_ny sl4_ny;
by CPR;
run;

/* Variable, hvor missings forekommer, omkodes, således missing assignes som 9.
For numeriske variable er missings angivet med .
Ved char variable er missings angivet " " */
data sl;
set sl;
if fysakt = . then fysakt = 9;
if ryg = . then ryg = 9;
if ryg = 5 then ryg = 9;
if social = . then social = 9;
if social = 5 then social = 9;
if helbred = . then helbred = 9;
if helbred = -1 then helbred = 9;
if handlef = . then handlef = 9;
if handlef = 5 then handlef = 9;
if udd = " " then udd = 9;
if udd = 7 then udd = 9;
if arb = " " then arb = 9;
if arb = 3 then arb = 9;
run;

/*****
*      OMKODNING OG KATEGORISERING AF VARIABLE      *
*****/

/*****
*      DEN AFHÆNGIGE VARIABLE      *
*****/

***** FYSISK AKTIVITET *****;
/* Dikotomisering af den afhængige variabel ud fra:
0 = 5 dage, 6 dage og alle dage
1 = ingen dage, 1 dag, 2 dage, 3 dage og 4 dage */
data sl;
set sl;
if fysakt <= 5 then fysakt_d = 0;
if fysakt = 6 then fysakt_d = 1;
if fysakt = 7 then fysakt_d = 1;
if fysakt = 8 then fysakt_d = 1;
run;

/*Undersøger om dikotomiseringen er foretaget korrekt, og ser fordelingen af de to grupper. */
proc freq data=sl;
table fysakt_d;
run;

/*****
*      BAGGRUNDSVARIABLE      *
*****/

***** KØN *****;

/* Oversigt over fordelingen af kønnene */
proc freq data=sl;

```

```
table kon_ny;
run;

***** ALDER *****;

/*Undersøger om alder er normalfordelt */
proc univariate data=sl noprint;
qqplot alder / normal(mu=est sigma=est);
run;

/* Alder er tilnærmelsesvis normalfordelt, hvorfor denne variabel nu inddeles i kvartiler */
proc rank data=sl out=sl
groups=4
ties=low;
var alder;
ranks alder_ny;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
table alder_ny;
run;

/*Undersøge ved hvilke alderstrin kategorierne er opdelt. */
proc means data=sl;
class alder_ny;
var alder_ny;
run;

***** RYGNING *****
Dikotomiseres:
0 = Ryger
1 = Tidligere ryger
2 = Ikke-ryger;
data sl;
set sl;
if ryg <= 2 then ryg_ny = 0;
if ryg = 3 then ryg_ny = 1;
if ryg = 4 then ryg_ny = 2;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
table ryg_ny;
run;

***** UDDANNELSESNIVEAU *****
Inddeles i tre kategorier:
0 = Nej
1 = Anden, kurser eller faglært
2 = Kort videregående
3 = Mellemlang- og lang videregående;
data sl;
set sl;
if udd = 1 then udd_ny = 0;
if udd = 0 then udd_ny = 1;
if udd = 2 then udd_ny = 1;
if udd = 3 then udd_ny = 1;
if udd = 4 then udd_ny = 2;
if udd = 5 then udd_ny = 3;
if udd = 6 then udd_ny = 3;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
table udd_ny;
run;

/*****
* HYPOTSETESTENDE VARIABLE *
*****/

***** BESKÆFTIGELSE *****
```

```
Omcodes:
Nej = 0
Ja = 1;
data sl;
set sl;
if arb = 2 then arb_ny = 0;
if arb = 1 then arb_ny = 1;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
table arb_ny;
run;

***** SOCIALE RELATIONER *****
Inddeles i;
0 = Ofte alene
1 = Sjældnen eller aldrig alene;
data sl;
set sl;
if social = 1 then social_ny = 0;
if social = 2 then social_ny = 0;
if social = 3 then social_ny = 1;
if social = 4 then social_ny = 1;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
tables social_ny;
run;

***** SELVVURDERET HELBRED *****
Inddeles i:
0 = Mindre godt/dårligt
1 = Godt/ vældig godt

OBS! Ingen har det fremragende;

data sl;
set sl;
if helbred = 5 then helbred_ny = 0;
if helbred = 4 then helbred_ny = 0;
if helbred <=3 then helbred_ny = 1;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
tables helbred_ny;
run;

***** HANDLEFÆRDIGHEDER *****
Inddeles i:
0 = Slet ikke/i mindre grad
1 = I nogen grad/i høj grad;
data sl;
set sl;
if handlef = 1 then handlef_ny = 0;
if handlef = 2 then handlef_ny = 0;
if handlef = 3 then handlef_ny = 1;
if handlef = 4 then handlef_ny = 1;
run;

/*Undersøger fordelingen og om kategoriseringen er udført korrekt */
proc freq data=sl;
tables handlef_ny;
run;

/*Danner overblik over de nye variable */
proc contents position data= sl;
run;

/*Der sættes nu formater på alle variable. */
proc format;
value fysakt_df
0 = 'Fysisk inaktiv'
```

```

1 = 'Fysisk aktiv';

value kon_nyf
0 = 'Kvinde'
1 = 'Mand';

value alder_nyf
0 = '18-36 år'
1 = '37-48 år'
2 = '49-58 år'
3 = '59-77';

value ryg_nyf
0 = 'Ryger'
1 = 'Tidligere ryger'
2 = 'Ikke ryger';

value udd_nyf
0 = 'Nej'
1 = 'Folkeskole, enkelte kurser, faglært og andet'
2 = 'Kort videregående uddannelse'
3 = 'Mellemlang/lang videregående uddannelse';

value arb_nyf
0 = 'Nej'
1 = 'Ja';

value social_nyf
0 = 'Ja'
1 = 'Nej';

value helbred_nyf
0 = 'Dårligt'
1 = 'Godt';

value handlef_nyf
0 = 'Nej'
1 = 'Ja';

run;

proc datasets library=work;
modify sl;
format fysakt_d fysakt_df.;
format kon_ny kon_nyf.;
format alder_ny alder_nyf.;
format ryg_ny ryg_nyf.;
format udd_ny udd_nyf.;
format arb_ny arb_nyf.;
format social_ny social_nyf.;
format helbred_ny helbred_nyf.;
format handlef_ny handlef_nyf.;
run;

/*****
*          DATAANALYSE          *
*****/

/*****
*          BIVARIATE ANALYSER          *
*****/

/* Der laves chi^2, men i de tilfælde hvor der er færre en 5 observationer i én gruppe laves der fishers
exact test. */

*****KØN*****;
proc freq data=sl;
table fysakt_d*kon_ny /fisher;
run;
quit;

*****ALDER*****;
proc freq data=sl;
table fysakt_d*alder_ny /fisher;

```

```

run;
quit;

*****RYGNING*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*ryg_ny /fisher;
run;
quit;

*****UDDANNELSESNIVEAU*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*udd_ny /fisher;
run;
quit;

*****BESKÆFTIGELSE*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*arb_ny /fisher;
run;
quit;

*****SOCIALE RELATIONER*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*social_ny /chisq;
run;
quit;

*****SELVVURDERET HELBRED*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*helbred_ny /chisq;
run;
quit;

*****HANDLEFÆRDIGHEDER*****;
proc freq data=s1;
table fysakt_d*handlef_ny /chisq;
run;
quit;

/*****
* LOGISTISK REGRESSION *
*****/

*Idet fysisk aktiv, som er fænomenet af interesse, er kodet som 1, skrives 'descending' i koden,
for at fortælle SAS at referencen skal være 1;

*****Undersøgelse af fysisk aktivitet og beskæftigelse*****;

*Model 1: Ujusteret model;
proc logistic data = s1 descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 2: Justering for køn;
proc logistic data = s1 descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny kon_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 3: Justering for alder;
proc logistic data = s1 descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny alder_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 4: Justering for rygning;
proc logistic data = s1 descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny ryg_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

```

```
*Model 5: Justering for uddannelseniveau;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 6: Samlet justering for baggrundsvariable;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d arb_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=arb_ny kon_ny alder_ny ryg_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*****Undersøgelse af fysisk aktivitet og sociale relationer*****;

*Model 1: Ujusteret model;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 2: Justering for køn;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny kon_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 3: Justering for alder;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny alder_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 4: Justering for rygning;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny ryg_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 5: Justering for uddannelsesniveau;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 6: Samlet justering for baggrundsvariable;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d social_ny (ref='Ja');
model fysakt_d=social_ny kon_ny alder_ny ryg_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*****Undersøgelse af fysisk aktivitet og selv vurderet helbred*****;

*Model 1: Ujusteret model;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
model fysakt_d=helbred_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 2: Justering for køn;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
model fysakt_d=helbred_ny kon_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 3: Justering for alder;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
model fysakt_d=helbred_ny alder_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 4: Justering for rygning;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
```

```
model fysakt_d=helbred_ny ryg_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 5: Justering for uddannelsesniveau;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
model fysakt_d=helbred_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 6: Samlet justering for baggrundsvariable;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d helbred_ny (ref='Godt');
model fysakt_d=helbred_ny kon_ny alder_ny ryg_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*****Undersøgelse af fysisk aktivitet og handlefærdigheder*****;

*Model 1: Ujusteret model;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 2: Justering for køn;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny kon_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 3: Justering for alder;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny alder_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 4: Justering for rygning;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny ryg_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 5: Justering for uddannelsesniveau;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;

*Model 6: Samlet justering for baggrundsvariable;
proc logistic data = sl descending;
class fysakt_d handlef_ny (ref='Nej');
model fysakt_d=handlef_ny kon_ny alder_ny ryg_ny udd_ny / clodds=wald orpvalue;
run;
```

Bilag 11 – Forløbsplan for det forandrede SL

Nedenstående tabel viser struktureringen af undervisningsforløbet i det forandrede SL. Tekst markeret med blå farve indikerer forandringer og tilføjelser, der er lavet i den oprindelige undervisningsplan for SL.

Mødegang	Indhold
1. gang (2 timer)	Velkomst og introduktion Hvorfor ændre livsstil? Forandring af vaner med små skridt. Sammenhæng mellem kost og motion for livsstilsforandring. Introduktion til holdets virtuelle grupperum.
2. gang (2 timer)	Motion og bevægelse Hvor meget bevæger jeg mig i min dagligdag? Hvor meget vil jeg gerne bevæge mig? Hvordan kommer jeg i gang?
3. gang (3 timer)	Madlavning Hvad er sunde madvaner? Vi laver og spiser mad i køkkenet inspireret af de officielle kostråd.
4. gang (2 timer)	Værdier, afklaring og motivation Hvad er en sund livsstil for mig? Hvad motiverer mig til at ændre vaner?
5. gang (3 timer)	Motion – Konditionstræning Hvorfor er det vigtigt med konditionstræning? Hvordan kan man træne konditionen? Vi afprøver forskellige aktiviteter, der kan øge konditionen.
6. gang (2 timer)	Hvad styrer vores madvaner? Hvilke indre og ydre faktorer har betydning for, hvad og hvor meget jeg spiser?
7. gang (2 timer)	Tid og struktur Hvordan prioriterer jeg tid i min hverdag til forandring af vaner?
8. gang (2 timer)	Hvad styrer vores motionsvaner? Hvilke indre og ydre faktorer har betydning for hvornår, hvor ofte og hvor længe jeg motionerer?
9. gang (3 timer)	Madlavning og indkøb Vores indkøbsvaner har betydning for, hvad vi spiser. Hvilke strategier og redskaber kan jeg bruge for at træffe sundere valg? Vi laver og spiser små mellemmåltider i køkkenet.
10. gang (3 timer)	Motion – Styrketræning Hvorfor er det vigtigt at styrke musklerne? Hvordan kan man træne styrken af kroppen? Vi afprøver forskellige aktiviteter, der kan øge kroppens styrke.
11. gang (2 timer)	Åben undervisningsgang Undervisningen vil tage udgangspunkt i deltagernes ønsker omkring tematikker de ønsker at vide mere om.
12. gang (2 timer)	Vejen videre Hvordan fastholder jeg de små skridt og hvordan arbejder jeg videre. Introduktion til fastholdelsesaktiviteter (motionshold, brobygningstilbud samt fastholdelsescafé). Præsentation af virtuelt rum for alle tidligere deltagere i SL.

Bilag 12 – SAS-Output

Se næste side.

The SAS System

The CONTENTS Procedure

Data Set Name	WORK.SL2	Observations	607
Member Type	DATA	Variables	74
Engine	V9	Indexes	0
Created	26/05/2018 18:40:58	Observation Length	1208
Last Modified	26/05/2018 18:40:58	Deleted Observations	0
Protection		Compressed	NO
Data Set Type		Sorted	NO
Label			
Data Representation	WINDOWS_64		
Encoding	wlatin1 Western (Windows)		

Engine/Host Dependent Information	
Data Set Page Size	98304
Number of Data Set Pages	8
First Data Page	1
Max Obs per Page	81
Obs in First Data Page	74
Number of Data Set Repairs	0
ExtendObsCounter	YES
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files_TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_sl2.sas7bdat
Release Created	9.0401M4
Host Created	X64_10PRO
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	864KB
File Size (bytes)	884736

Alphabetic List of Variables and Attributes						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
6	Alder	Num	8			Alder
1	CPR__de_9_f_rste_cifre_	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
2	K_n	Char	6	\$6.	\$6.	Køn
65	_ndr_10	Char	1	\$1.	\$1.	ændr_10
67	_ndr_11	Char	1	\$1.	\$1.	ændr_11
66	_ndret_s	Char	1	\$1.	\$1.	ændret_s

51	_ndri_1	Num	8			ændri_1
53	_ndri_2	Num	8			ændri_2
54	_ndri_3	Num	8			ændri_3
56	_ndri_4	Num	8			ændri_4
58	_ndri_5	Num	8			ændri_5
59	_ndri_6	Num	8			ændri_6
60	_ndri_7	Num	8			ændri_7
61	_ndri_8	Num	8			ændri_8
64	_ndri_9	Char	1	\$1.	\$1.	ændri_9
50	_ndring_	Num	8			ændring_
37	alko__nd	Num	8			alko_ænd
36	alko_aud	Num	8			alko_aud
45	bp02	Num	8			bp02
5	f_dselsaar	Char	4	\$4.	\$4.	fødselsaar
3	f_dselsdato	Char	2	\$2.	\$2.	fødselsdato
4	f_dselsm_ned	Char	2	\$2.	\$2.	fødselsmåned
38	gh01	Num	8			gh01
7	henv_d_o	Char	10	\$10.	\$10.	henv_d_o
52	kendskab	Num	8			kendskab
69	kommenta	Char	446	\$446.	\$446.	kommenta
71	mcssc	Char	18	\$18.	\$18.	mcssc
46	mh03	Num	8			mh03
48	mh04	Num	8			mh04
70	pcssc	Char	18	\$18.	\$18.	pcssc
39	pf02	Num	8			pf02
40	pf04	Num	8			pf04
73	ptype11t	Char	20	\$20.	\$20.	ptype11t
74	ptype29t	Char	21	\$21.	\$21.	ptype29t
72	ptype7t	Char	37	\$37.	\$37.	ptype7t
43	re02	Num	8			re02
44	re03	Num	8			re03
41	rp02	Num	8			rp02
42	rp03	Num	8			rp03
9	s_13_2	Char	115	\$115.	\$115.	s_13_2
17	s_36_2	Char	16	\$16.	\$16.	s_36_2
55	s_5_2	Char	41	\$41.	\$41.	s_5_2
57	s_5_4	Char	43	\$43.	\$43.	s_5_4
30	s_alk_1	Num	8			s_alk_1
25						

	s_alk_2	Num	8			s_alk_2
34	s_alko_a	Num	8			s_alko_a
31	s_alko_f	Num	8			s_alko_f
32	s_alko_l	Num	8			s_alko_l
27	s_alko_m	Num	8			s_alko_m
29	s_alko_o	Num	8			s_alko_o
33	s_alko_s	Num	8			s_alko_s
28	s_alko_t	Num	8			s_alko_t
23	s_eci_1	Num	8			s_eci_1
10	s_fys_1	Num	8			s_fys_1
11	s_fys_2	Num	8			s_fys_2
8	s_fysakt	Num	8			s_fysakt
14	s_mad_1	Num	8			s_mad_1
15	s_mad__n	Num	8			s_mad_æn
13	s_mad_ko	Num	8			s_mad_ko
12	s_mad_va	Num	8			s_mad_va
26	s_netv_r	Num	8			s_netvær
16	s_ryg	Num	8			s_ryg
20	s_ryg_1	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_1
22	s_ryg_2	Num	8			s_ryg_2
24	s_ryg__n	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_æn
19	s_ryg_ce	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_ce
18	s_ryg_ci	Char	2	\$2.	\$2.	s_ryg_ci
21	s_ryg_pi	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_pi
25	s_samv_r	Num	8			s_samvær
49	sf02	Num	8			sf02
63	tiltro__	Num	8			tiltro_æ
62	tiltro_f	Num	8			tiltro_f
68	tiltro_s	Char	1	\$1.	\$1.	tiltro_s
47	vt02	Num	8			vt02

Variables in Creation Order						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
1	CPR__de_9_f_rste_cifre__	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
2	K_n	Char	6	\$6.	\$6.	Køn
3	f_dselsdato	Char	2	\$2.	\$2.	fødselsdato
4	f_dselsm_ned	Char	2	\$2.	\$2.	fødselsmåned
5	f_dselsaar	Char	4	\$4.	\$4.	fødselsaar

6	Alder	Num	8			Alder
7	henv_d_o	Char	10	\$10.	\$10.	henv_d_o
8	s_fysakt	Num	8			s_fysakt
9	s_13_2	Char	115	\$115.	\$115.	s_13_2
10	s_fys_1	Num	8			s_fys_1
11	s_fys_2	Num	8			s_fys_2
12	s_mad_va	Num	8			s_mad_va
13	s_mad_ko	Num	8			s_mad_ko
14	s_mad_1	Num	8			s_mad_1
15	s_mad__n	Num	8			s_mad_æn
16	s_ryg	Num	8			s_ryg
17	s_36_2	Char	16	\$16.	\$16.	s_36_2
18	s_ryg_ci	Char	2	\$2.	\$2.	s_ryg_ci
19	s_ryg_ce	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_ce
20	s_ryg_1	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_1
21	s_ryg_pi	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_pi
22	s_ryg_2	Num	8			s_ryg_2
23	s_eci_1	Num	8			s_eci_1
24	s_ryg__n	Char	1	\$1.	\$1.	s_ryg_æn
25	s_samv_r	Num	8			s_samvær
26	s_netv_r	Num	8			s_netvær
27	s_alko_m	Num	8			s_alko_m
28	s_alko_t	Num	8			s_alko_t
29	s_alko_o	Num	8			s_alko_o
30	s_alk_1	Num	8			s_alk_1
31	s_alko_f	Num	8			s_alko_f
32	s_alko_l	Num	8			s_alko_l
33	s_alko_s	Num	8			s_alko_s
34	s_alko_a	Num	8			s_alko_a
35	s_alk_2	Num	8			s_alk_2
36	alko_aud	Num	8			alko_aud
37	alko__nd	Num	8			alko_ænd
38	gh01	Num	8			gh01
39	pf02	Num	8			pf02
40	pf04	Num	8			pf04
41	rp02	Num	8			rp02
42	rp03	Num	8			rp03
43	re02	Num	8			re02
44						

	re03	Num	8			re03
45	bp02	Num	8			bp02
46	mh03	Num	8			mh03
47	vt02	Num	8			vt02
48	mh04	Num	8			mh04
49	sf02	Num	8			sf02
50	_ndring_	Num	8			ændring_
51	_ndri_1	Num	8			ændri_1
52	kendskab	Num	8			kendskab
53	_ndri_2	Num	8			ændri_2
54	_ndri_3	Num	8			ændri_3
55	s_5_2	Char	41	\$41.	\$41.	s_5_2
56	_ndri_4	Num	8			ændri_4
57	s_5_4	Char	43	\$43.	\$43.	s_5_4
58	_ndri_5	Num	8			ændri_5
59	_ndri_6	Num	8			ændri_6
60	_ndri_7	Num	8			ændri_7
61	_ndri_8	Num	8			ændri_8
62	tiltro_f	Num	8			tiltro_f
63	tiltro__	Num	8			tiltro_æ
64	_ndri_9	Char	1	\$1.	\$1.	ændri_9
65	_ndr_10	Char	1	\$1.	\$1.	ændr_10
66	_ndret_s	Char	1	\$1.	\$1.	ændret_s
67	_ndr_11	Char	1	\$1.	\$1.	ændr_11
68	tiltro_s	Char	1	\$1.	\$1.	tiltro_s
69	kommenta	Char	446	\$446.	\$446.	kommenta
70	pcssc	Char	18	\$18.	\$18.	pcssc
71	mcssc	Char	18	\$18.	\$18.	mcssc
72	ptype7t	Char	37	\$37.	\$37.	ptype7t
73	ptype11t	Char	20	\$20.	\$20.	ptype11t
74	ptype29t	Char	21	\$21.	\$21.	ptype29t

The SAS System

The CONTENTS Procedure

Data Set Name	WORK.SL2_NY	Observations	607
Member Type	DATA	Variables	9
Engine	V9	Indexes	0
Created	26/05/2018 18:41:01	Observation Length	72
Last Modified	26/05/2018 18:41:01	Deleted Observations	0
Protection		Compressed	NO
Data Set Type		Sorted	NO
Label			
Data Representation	WINDOWS_64		
Encoding	wlatin1 Western (Windows)		

Engine/Host Dependent Information	
Data Set Page Size	65536
Number of Data Set Pages	1
First Data Page	1
Max Obs per Page	908
Obs in First Data Page	607
Number of Data Set Repairs	0
ExtendObsCounter	YES
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files\TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_sl2_ny.sas7bdat
Release Created	9.0401M4
Host Created	X64_10PRO
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	128KB
File Size (bytes)	131072

Alphabetic List of Variables and Attributes						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
3	Alder	Num	8			Alder
1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
4	fysakt	Num	8			s_fys_1
8	handlef	Num	8			ændri_5
7	helbred	Num	8			gh01
2	kon	Char	6	\$6.	\$6.	Køn

5	ryg	Num	8			s_ryg
6	social	Num	8			s_samvær
9	tiltro__	Num	8			tiltro_æ

Variables in Creation Order						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
2	kon	Char	6	\$6.	\$6.	Køn
3	Alder	Num	8			Alder
4	fysakt	Num	8			s_fys_1
5	ryg	Num	8			s_ryg
6	social	Num	8			s_samvær
7	helbred	Num	8			gh01
8	handlef	Num	8			ændri_5
9	tiltro__	Num	8			tiltro_æ

The SAS System

The CONTENTS Procedure

Data Set Name	WORK.SL4	Observations	607
Member Type	DATA	Variables	47
Engine	V9	Indexes	0
Created	26/05/2018 18:41:02	Observation Length	256
Last Modified	26/05/2018 18:41:02	Deleted Observations	0
Protection		Compressed	NO
Data Set Type		Sorted	NO
Label			
Data Representation	WINDOWS_64		
Encoding	wlatin1 Western (Windows)		

Engine/Host Dependent Information	
Data Set Page Size	65536
Number of Data Set Pages	3
First Data Page	1
Max Obs per Page	255
Obs in First Data Page	231
Number of Data Set Repairs	0
ExtendObsCounter	YES
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files\TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_sl4.sas7bdat
Release Created	9.0401M4
Host Created	X64_10PRO
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	256KB
File Size (bytes)	262144

Alphabetic List of Variables and Attributes						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
23	alko__1	Char	1	\$1.	\$1.	alko__1
24	alko__2	Char	1	\$1.	\$1.	alko__2
25	alko__nd	Char	1	\$1.	\$1.	alko__ænd
22	alko_aud	Char	1	\$1.	\$1.	alko_aud
19	alko_fre	Char	2	\$2.	\$2.	alko_fre
20	alko_l_r	Char	2	\$2.	\$2.	alko_lør

15	alko_man	Char	1	\$1.	\$1.	alko_man
17	alko_ons	Char	1	\$1.	\$1.	alko_ons
21	alko_s_n	Char	2	\$2.	\$2.	alko_søn
16	alko_tir	Char	2	\$2.	\$2.	alko_tir
18	alko_tor	Char	2	\$2.	\$2.	alko_tor
40	arbejde	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde
32	bp02	Char	2	\$2.	\$2.	bp02
39	erhvervs	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs
6	fysakt__	Char	1	\$1.	\$1.	fysakt_æ
5	fysakt_f	Char	1	\$1.	\$1.	fysakt_f
4	gh01	Char	2	\$2.	\$2.	gh01
47	henv_d	Char	10	\$10.	\$10.	henv_d
46	henven	Num	8			henven
2	k_n	Char	6	\$6.	\$6.	køn
10	mad__ndr	Char	1	\$1.	\$1.	mad_ændr
9	mad_k_1	Char	1	\$1.	\$1.	mad_k_1
8	mad_kost	Char	1	\$1.	\$1.	mad_kost
7	mad_vane	Char	1	\$1.	\$1.	mad_vane
43	mcssc	Char	18	\$18.	\$18.	mcssc
33	mh03	Char	2	\$2.	\$2.	mh03
35	mh04	Char	2	\$2.	\$2.	mh04
42	pcssc	Char	18	\$18.	\$18.	pcssc
26	pf02	Char	2	\$2.	\$2.	pf02
27	pf04	Char	2	\$2.	\$2.	pf04
45	ptype11t	Char	20	\$20.	\$20.	ptype11t
1	ptype4t__9_af_cpr_nummer_	Char	10	\$10.	\$10.	ptype4t (9 af cpr nummer)
44	ptype7t	Char	37	\$37.	\$37.	ptype7t
30	re02	Char	2	\$2.	\$2.	re02
31	re03	Char	2	\$2.	\$2.	re03
28	rp02	Char	2	\$2.	\$2.	rp02
29	rp03	Char	2	\$2.	\$2.	rp03
12	ryg_ceru	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_ceru
11	ryg_cig	Char	2	\$2.	\$2.	ryg_cig
13	ryg_ciga	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_ciga
14	ryg_pibe	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_pibe
38	s_17_2	Char	67	\$67.	\$67.	s_17_2
41	s_ydelse	Char	2	\$2.	\$2.	s_ydelse
36	sf02	Char	2	\$2.	\$2.	sf02
37						

	uddannel	Char	1	\$1.	\$1.	uddannel
3	viden	Char	2	\$2.	\$2.	viden
34	vt02	Char	2	\$2.	\$2.	vt02

Variables in Creation Order						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
1	ptype4t__9_af_cpr_nummer__	Char	10	\$10.	\$10.	ptype4t (9 af cpr nummer)
2	k_n	Char	6	\$6.	\$6.	køn
3	viden	Char	2	\$2.	\$2.	viden
4	gh01	Char	2	\$2.	\$2.	gh01
5	fysakt_f	Char	1	\$1.	\$1.	fysakt_f
6	fysakt__	Char	1	\$1.	\$1.	fysakt_æ
7	mad_vane	Char	1	\$1.	\$1.	mad_vane
8	mad_kost	Char	1	\$1.	\$1.	mad_kost
9	mad_k_1	Char	1	\$1.	\$1.	mad_k_1
10	mad__ndr	Char	1	\$1.	\$1.	mad_ændr
11	ryg_cig	Char	2	\$2.	\$2.	ryg_cig
12	ryg_ceru	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_ceru
13	ryg_ciga	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_ciga
14	ryg_pibe	Char	1	\$1.	\$1.	ryg_pibe
15	alko_man	Char	1	\$1.	\$1.	alko_man
16	alko_tir	Char	2	\$2.	\$2.	alko_tir
17	alko_ons	Char	1	\$1.	\$1.	alko_ons
18	alko_tor	Char	2	\$2.	\$2.	alko_tor
19	alko_fre	Char	2	\$2.	\$2.	alko_fre
20	alko_l_r	Char	2	\$2.	\$2.	alko_lør
21	alko_s_n	Char	2	\$2.	\$2.	alko_søn
22	alko_aud	Char	1	\$1.	\$1.	alko_aud
23	alko__1	Char	1	\$1.	\$1.	alko__1
24	alko__2	Char	1	\$1.	\$1.	alko__2
25	alko__nd	Char	1	\$1.	\$1.	alko_ænd
26	pf02	Char	2	\$2.	\$2.	pf02
27	pf04	Char	2	\$2.	\$2.	pf04
28	rp02	Char	2	\$2.	\$2.	rp02
29	rp03	Char	2	\$2.	\$2.	rp03
30	re02	Char	2	\$2.	\$2.	re02
31	re03	Char	2	\$2.	\$2.	re03
32	bp02	Char	2	\$2.	\$2.	bp02

33	mh03	Char	2	\$2.	\$2.	mh03
34	vt02	Char	2	\$2.	\$2.	vt02
35	mh04	Char	2	\$2.	\$2.	mh04
36	sf02	Char	2	\$2.	\$2.	sf02
37	uddannel	Char	1	\$1.	\$1.	uddannel
38	s_17_2	Char	67	\$67.	\$67.	s_17_2
39	erhvervs	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs
40	arbejde	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde
41	s_ydelse	Char	2	\$2.	\$2.	s_ydelse
42	pcssc	Char	18	\$18.	\$18.	pcssc
43	mcssc	Char	18	\$18.	\$18.	mcssc
44	ptype7t	Char	37	\$37.	\$37.	ptype7t
45	ptype11t	Char	20	\$20.	\$20.	ptype11t
46	henven	Num	8			henven
47	henv_d	Char	10	\$10.	\$10.	henv_d

The SAS System

The CONTENTS Procedure

Data Set Name	WORK.SL4_NY	Observations	607
Member Type	DATA	Variables	3
Engine	V9	Indexes	0
Created	26/05/2018 18:41:03	Observation Length	12
Last Modified	26/05/2018 18:41:03	Deleted Observations	0
Protection		Compressed	NO
Data Set Type		Sorted	NO
Label			
Data Representation	WINDOWS_64		
Encoding	wlatin1 Western (Windows)		

Engine/Host Dependent Information	
Data Set Page Size	65536
Number of Data Set Pages	1
First Data Page	1
Max Obs per Page	5403
Obs in First Data Page	607
Number of Data Set Repairs	0
ExtendObsCounter	YES
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files\TD6680_DESKTOP-N6BPGE8\sl4_ny.sas7bdat
Release Created	9.0401M4
Host Created	X64_10PRO
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	128KB
File Size (bytes)	131072

Alphabetic List of Variables and Attributes						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	ptype4t (9 af cpr nummer)
3	arb	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde
2	udd	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs

Variables in Creation Order						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label

1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	ptype4t (9 af cpr nummer)
2	udd	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs
3	arb	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde

The SAS System**The FREQ Procedure**

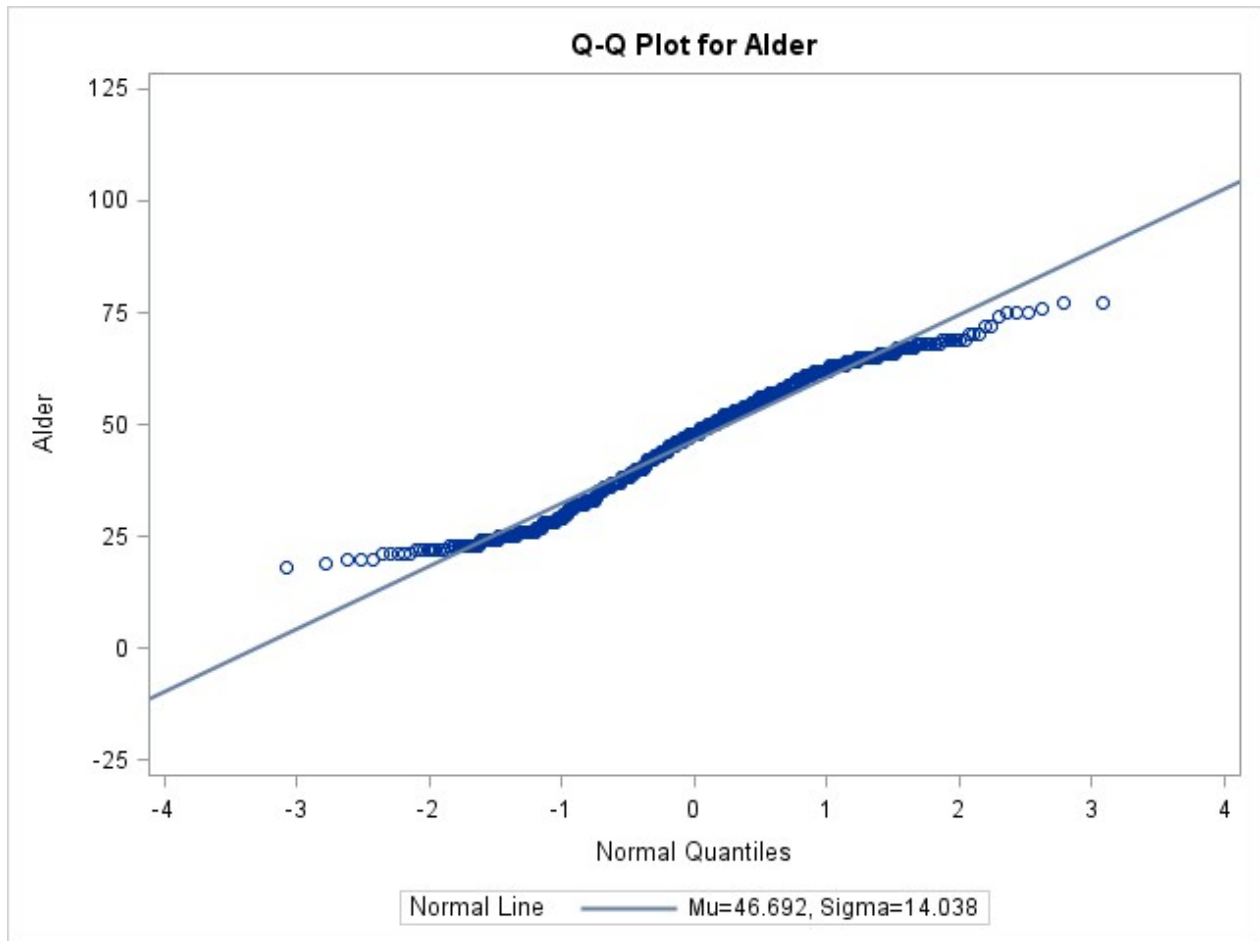
fysakt_d	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	35	68.63	35	68.63
1	16	31.37	51	100.00
Frequency Missing = 557				

The SAS System**The FREQ Procedure**

kon_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	458	75.33	458	75.33
1	150	24.67	608	100.00

The SAS System

The UNIVARIATE Procedure



The SAS System**The FREQ Procedure**

Rank for Variable Alder				
alder_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	161	26.52	161	26.52
1	152	25.04	313	51.57
2	148	24.38	461	75.95
3	146	24.05	607	100.00
Frequency Missing = 1				

The SAS System

The MEANS Procedure

Analysis Variable : alder_ny Rank for Variable Alder						
Rank for Variable Alder	N Obs	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
0	161	161	0	0	0	0
1	152	152	1.0000000	0	1.0000000	1.0000000
2	148	148	2.0000000	0	2.0000000	2.0000000
3	146	146	3.0000000	0	3.0000000	3.0000000

The SAS System**The FREQ Procedure**

ryg_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	8	16.00	8	16.00
1	16	32.00	24	48.00
2	26	52.00	50	100.00
Frequency Missing = 558				

The SAS System**The FREQ Procedure**

udd_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	110	28.42	110	28.42
1	124	32.04	234	60.47
2	60	15.50	294	75.97
3	93	24.03	387	100.00
Frequency Missing = 221				

The SAS System**The FREQ Procedure**

arb_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	256	65.98	256	65.98
1	132	34.02	388	100.00
Frequency Missing = 220				

The SAS System**The FREQ Procedure**

social_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	46.00	23	46.00
1	27	54.00	50	100.00
Frequency Missing = 558				

The SAS System**The FREQ Procedure**

helbred_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	20	40.82	20	40.82
1	29	59.18	49	100.00
Frequency Missing = 559				

The SAS System**The FREQ Procedure**

handlef_ny	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	52.27	23	52.27
1	21	47.73	44	100.00
Frequency Missing = 564				

The SAS System

The CONTENTS Procedure

Data Set Name	WORK.SL	Observations	608
Member Type	DATA	Variables	20
Engine	V9	Indexes	0
Created	26/05/2018 18:41:07	Observation Length	152
Last Modified	26/05/2018 18:41:07	Deleted Observations	0
Protection		Compressed	NO
Data Set Type		Sorted	NO
Label			
Data Representation	WINDOWS_64		
Encoding	wlatin1 Western (Windows)		

Engine/Host Dependent Information	
Data Set Page Size	65536
Number of Data Set Pages	2
First Data Page	1
Max Obs per Page	430
Obs in First Data Page	410
Number of Data Set Repairs	0
ExtendObsCounter	YES
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files\ _TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_\sl.sas7bdat
Release Created	9.0401M4
Host Created	X64_10PRO
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	192KB
File Size (bytes)	196608

Alphabetic List of Variables and Attributes						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
3	Alder	Num	8			Alder
1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
14	alder_ny	Num	8			Rank for Variable Alder
12	arb	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde
17	arb_ny	Num	8			
4	fysakt	Num	8			s_fys_1

13	fysakt_d	Num	8			
8	handlef	Num	8			ændri_5
20	handlef_ny	Num	8			
7	helbred	Num	8			gh01
19	helbred_ny	Num	8			
2	kon	Char	6	\$6.	\$6.	Køn
10	kon_ny	Num	8			
5	ryg	Num	8			s_ryg
15	ryg_ny	Num	8			
6	social	Num	8			s_samvær
18	social_ny	Num	8			
9	tiltro__	Num	8			tiltro_æ
11	udd	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs
16	udd_ny	Num	8			

Variables in Creation Order						
#	Variable	Type	Len	Format	Informat	Label
1	CPR	Char	10	\$10.	\$10.	CPR (de 9 første cifre)
2	kon	Char	6	\$6.	\$6.	Køn
3	Alder	Num	8			Alder
4	fysakt	Num	8			s_fys_1
5	ryg	Num	8			s_ryg
6	social	Num	8			s_samvær
7	helbred	Num	8			gh01
8	handlef	Num	8			ændri_5
9	tiltro__	Num	8			tiltro_æ
10	kon_ny	Num	8			
11	udd	Char	1	\$1.	\$1.	erhvervs
12	arb	Char	1	\$1.	\$1.	arbejde
13	fysakt_d	Num	8			
14	alder_ny	Num	8			Rank for Variable Alder
15	ryg_ny	Num	8			
16	udd_ny	Num	8			
17	arb_ny	Num	8			
18	social_ny	Num	8			
19	helbred_ny	Num	8			
20	handlef_ny	Num	8			

The SAS System

Directory	
Libref	WORK
Engine	V9
Physical Name	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files_TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_
Filename	C:\Users\kdalga16\AppData\Local\Temp\SAS Temporary Files_TD6680_DESKTOP-N6BPGE8_
Owner Name	STUDENT\kdalga16
File Size	4KB
File Size (bytes)	4096

#	Name	Member Type	File Size	Last Modified
1	FORMATS	CATALOG	21KB	26/05/2018 18:41:07
2	SASMAC1	CATALOG	13KB	26/05/2018 18:41:04
3	SASMAC2	CATALOG	13KB	26/05/2018 18:41:01
4	SASMAC3	CATALOG	13KB	26/05/2018 18:40:59
5	SL	DATA	192KB	26/05/2018 18:41:07
6	SL2	DATA	864KB	26/05/2018 18:40:58
7	SL2_NY	DATA	128KB	26/05/2018 18:41:03
8	SL4	DATA	256KB	26/05/2018 18:41:02
9	SL4_NY	DATA	128KB	26/05/2018 18:41:03

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by kon_ny			
	fysakt_d	kon_ny		
		Kvinde	Mand	Total
Fysisk inaktiv		28	7	35
		54.90	13.73	68.63
		80.00	20.00	
		65.12	87.50	
Fysisk aktiv		15	1	16
		29.41	1.96	31.37
		93.75	6.25	
		34.88	12.50	
Total		43	8	51
		84.31	15.69	100.00
Frequency Missing = 557				

Statistics for Table of fysakt_d by kon_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.5697	0.2103
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.8024	0.1794
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.7022	0.4021
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.5389	0.2148
Phi Coefficient		-0.1754	
Contingency Coefficient		0.1728	
Cramer's V		-0.1754	
WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.			

Fisher's Exact Test	
Cell (1,1) Frequency (F)	28
Left-sided Pr <= F	0.2059
Right-sided Pr >= F	0.9630
Table Probability (P)	0.1690
Two-sided Pr <= P	0.4086

Effective Sample Size = 51

Frequency Missing = 557

WARNING: 92% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by alder_ny				
	fysakt_d	alder_ny(Rank for Variable Alder)			
		18-36 år	37-48 år	49-58 år	59-77
	Fysisk inaktiv	7 13.73 20.00 63.64	7 13.73 20.00 77.78	12 23.53 34.29 66.67	9 17.65 25.71 69.23
	Fysisk aktiv	4 7.84 25.00 36.36	2 3.92 12.50 22.22	6 11.76 37.50 33.33	4 7.84 25.00 30.77
	Total	11 21.57	9 17.65	18 35.29	13 25.49
Frequency Missing = 557					

Statistics for Table of fysakt_d by alder_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	3	0.5116	0.9163
Likelihood Ratio Chi-Square	3	0.5309	0.9121
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0095	0.9223
Phi Coefficient		0.1002	
Contingency Coefficient		0.0997	
Cramer's V		0.1002	
WARNING: 38% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.			

Fisher's Exact Test	
Table Probability (P)	0.0220
Pr <= P	0.9507

Effective Sample Size = 51
Frequency Missing = 557

WARNING: 92% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by ryg_ny				
	fysakt_d	ryg_ny			
		Ryger	Tidligere ryger	Ikke ryger	Total
Fysisk inaktiv		4	11	19	34
		8.00	22.00	38.00	68.00
		11.76	32.35	55.88	
		50.00	68.75	73.08	
Fysisk aktiv		4	5	7	16
		8.00	10.00	14.00	32.00
		25.00	31.25	43.75	
		50.00	31.25	26.92	
Total		8	16	26	50
		16.00	32.00	52.00	100.00
Frequency Missing = 558					

Statistics for Table of fysakt_d by ryg_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	1.5033	0.4716
Likelihood Ratio Chi-Square	2	1.4322	0.4886
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.2466	0.2642
Phi Coefficient		0.1734	
Contingency Coefficient		0.1708	
Cramer's V		0.1734	

Fisher's Exact Test	
Table Probability (P)	0.0408
Pr <= P	0.5513

Effective Sample Size = 50
Frequency Missing = 558

WARNING: 92% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by udd_ny				
	udd_ny				
	Nej	Folkeskole, enkelte kurser, faglært og andet	Kort videregående uddannelse	Mellemlang/lang videregående uddannelse	Total
fysakt_d					
Fysisk inaktiv	10 26.32 38.46 83.33	10 26.32 38.46 71.43	2 5.26 7.69 50.00	4 10.53 15.38 50.00	26 68.42
Fysisk aktiv	2 5.26 16.67 16.67	4 10.53 33.33 28.57	2 5.26 16.67 50.00	4 10.53 33.33 50.00	12 31.58
Total	12 31.58	14 36.84	4 10.53	8 21.05	38 100.00
Frequency Missing = 570					

Statistics for Table of fysakt_d by udd_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	3	3.1783	0.3649
Likelihood Ratio Chi-Square	3	3.1972	0.3622
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	2.9152	0.0878
Phi Coefficient		0.2892	
Contingency Coefficient		0.2778	
Cramer's V		0.2892	
WARNING: 63% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.			

Fisher's Exact Test	
Table Probability (P)	0.0102
Pr <= P	0.3483

Effective Sample Size = 38
Frequency Missing = 570

WARNING: 94% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by arb_ny			
	fysakt_d	arb_ny		
		Nej	Ja	Total
Fysisk inaktiv		9	17	26
		23.68	44.74	68.42
		34.62	65.38	
		75.00	65.38	
Fysisk aktiv		3	9	12
		7.89	23.68	31.58
		25.00	75.00	
		25.00	34.62	
Total		12	26	38
		31.58	68.42	100.00
Frequency Missing = 570				

Statistics for Table of fysakt_d by arb_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.3513	0.5534
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.3600	0.5485
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0472	0.8279
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.3421	0.5586
Phi Coefficient		0.0962	
Contingency Coefficient		0.0957	
Cramer's V		0.0962	
WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.			

Fisher's Exact Test	
Cell (1,1) Frequency (F)	9
Left-sided Pr <= F	0.8327
Right-sided Pr >= F	0.4212
Table Probability (P)	0.2539
Two-sided Pr <= P	0.7144

Effective Sample Size = 38

Frequency Missing = 570

WARNING: 94% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by social_ny			
	fysakt_d	social_ny		
		Ja	Nej	Total
Fysisk inaktiv		14	20	34
		28.00	40.00	68.00
		41.18	58.82	
		60.87	74.07	
Fysisk aktiv		9	7	16
		18.00	14.00	32.00
		56.25	43.75	
		39.13	25.93	
Total		23	27	50
		46.00	54.00	100.00
Frequency Missing = 558				

Statistics for Table of fysakt_d by social_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.9952	0.3185
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.9947	0.3186
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.4809	0.4880
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.9753	0.3234
Phi Coefficient		-0.1411	
Contingency Coefficient		0.1397	
Cramer's V		-0.1411	

Fisher's Exact Test	
Cell (1,1) Frequency (F)	14
Left-sided Pr <= F	0.2439
Right-sided Pr >= F	0.9035
Table Probability (P)	0.1474
Two-sided Pr <= P	0.3726

Effective Sample Size = 50
Frequency Missing = 558

WARNING: 92% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by helbred_ny			
	fysakt_d	helbred_ny		
		Dårligt	Godt	Total
	Fysisk inaktiv	15 30.61 45.45 75.00	18 36.73 54.55 62.07	33 67.35
	Fysisk aktiv	5 10.20 31.25 25.00	11 22.45 68.75 37.93	16 32.65
	Total	20 40.82	29 59.18	49 100.00
Frequency Missing = 559				

Statistics for Table of fysakt_d by helbred_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.9000	0.3428
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.9166	0.3384
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.4081	0.5230
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.8817	0.3477
Phi Coefficient		0.1355	
Contingency Coefficient		0.1343	
Cramer's V		0.1355	

Fisher's Exact Test	
Cell (1,1) Frequency (F)	15
Left-sided Pr <= F	0.8969
Right-sided Pr >= F	0.2633
Table Probability (P)	0.1602
Two-sided Pr <= P	0.3747

Effective Sample Size = 49
Frequency Missing = 559

WARNING: 92% of the data are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency Percent Row Pct Col Pct	Table of fysakt_d by handlef_ny			
	fysakt_d	handlef_ny		
		Nej	Ja	Total
	Fysisk inaktiv	15 34.09 51.72 65.22	14 31.82 48.28 66.67	29 65.91
	Fysisk aktiv	8 18.18 53.33 34.78	7 15.91 46.67 33.33	15 34.09
	Total	23 52.27	21 47.73	44 100.00
Frequency Missing = 564				

Statistics for Table of fysakt_d by handlef_ny

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0103	0.9193
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0103	0.9193
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0100	0.9202
Phi Coefficient		-0.0153	
Contingency Coefficient		0.0153	
Cramer's V		-0.0153	

Fisher's Exact Test	
Cell (1,1) Frequency (F)	15
Left-sided Pr <= F	0.5863
Right-sided Pr >= F	0.6617
Table Probability (P)	0.2480
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 44
Frequency Missing = 564

WARNING: 93% of the data are missing.

The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	38

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	26
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 570 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	49.398	51.038
SC	51.035	54.313
-2 Log L	47.398	47.038

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

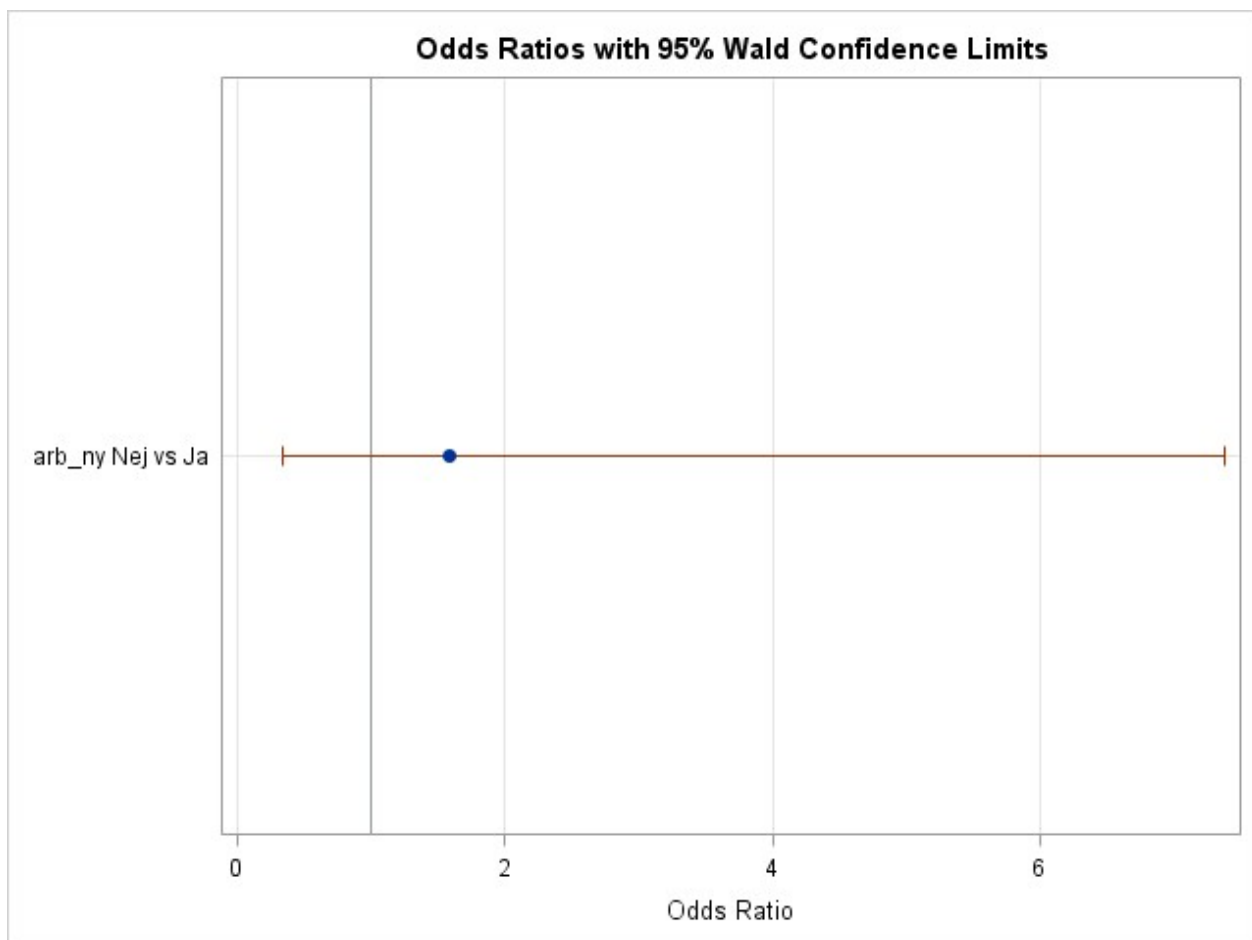
Likelihood Ratio	0.3600	1	0.5485
Score	0.3513	1	0.5534
Wald	0.3482	1	0.5551

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.3482	0.5551

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.8672	0.3919	4.8969	0.0269
arb_ny	Nej	1	0.2313	0.3919	0.3482	0.5551

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	26.0	Somers' D	0.096
Percent Discordant	16.3	Gamma	0.227
Percent Tied	57.7	Tau-a	0.043
Pairs	312	c	0.548

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.588	0.342	7.380	0.5551



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	38

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	26
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 570 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Quasi-complete separation of data points detected.

Warning: The maximum likelihood estimate may not exist.

Warning: The LOGISTIC procedure continues in spite of the above warning. Results shown are based on the last maximum likelihood iteration. Validity of the model fit is questionable.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates

AIC	49.398	48.658
SC	51.035	53.571
-2 Log L	47.398	42.658

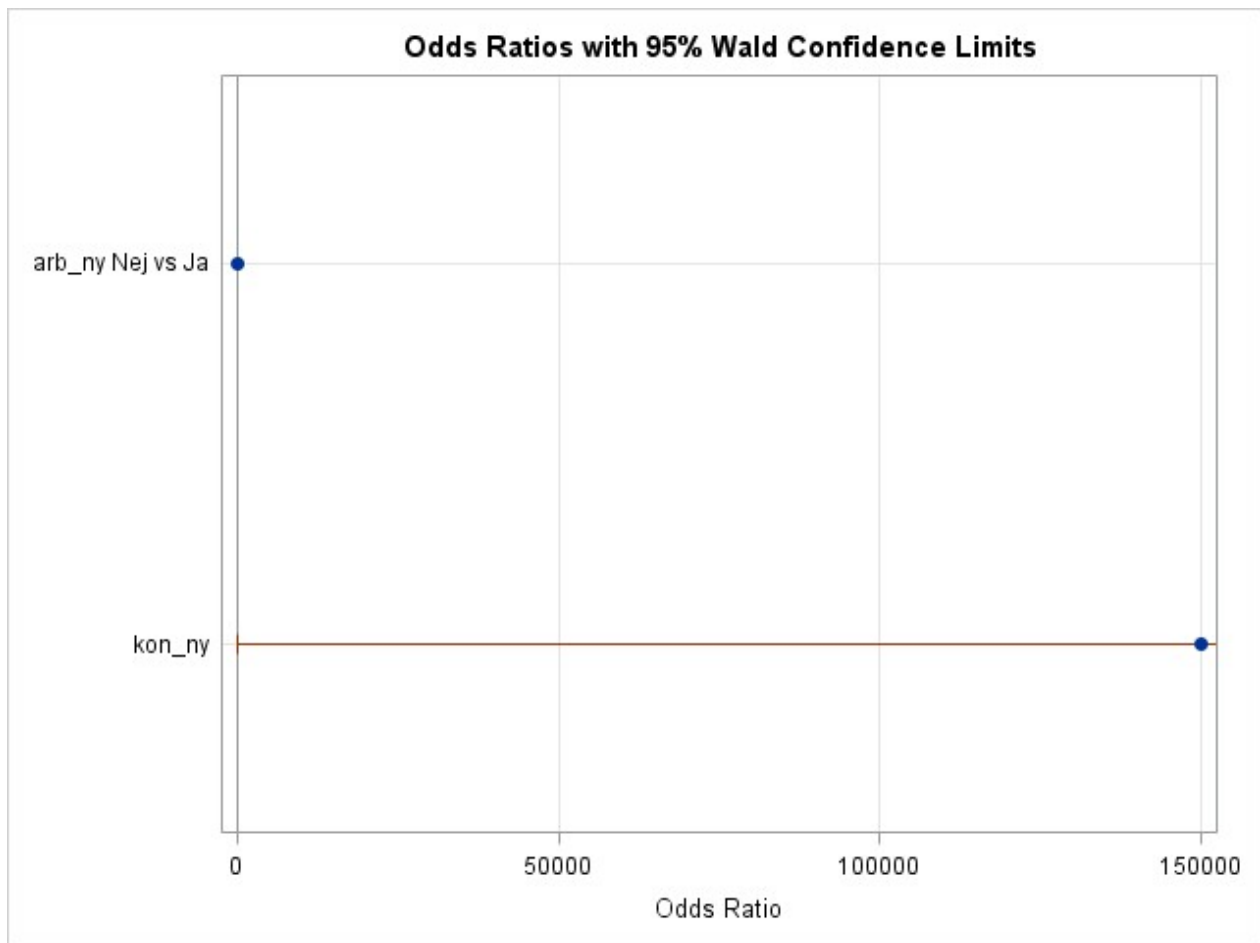
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	4.7396	2	0.0935
Score	3.2264	2	0.1993
Wald	0.5845	2	0.7466

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.5816	0.4457
kon_ny	1	0.0030	0.9565

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.6743	0.4020	2.8136	0.0935
arb_ny	Nej	1	0.3066	0.4020	0.5816	0.4457
kon_ny		1	11.9185	218.4	0.0030	0.9565

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	42.3	Somers' D	0.298
Percent Discordant	12.5	Gamma	0.544
Percent Tied	45.2	Tau-a	0.132
Pairs	312	c	0.649

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.846	0.382	8.925	0.4457
kon_ny	1.0000	>999.999	<0.001	>999.999	0.9565



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	38

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	26
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 570 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	49.398	52.889
SC	51.035	57.802
-2 Log L	47.398	46.889

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

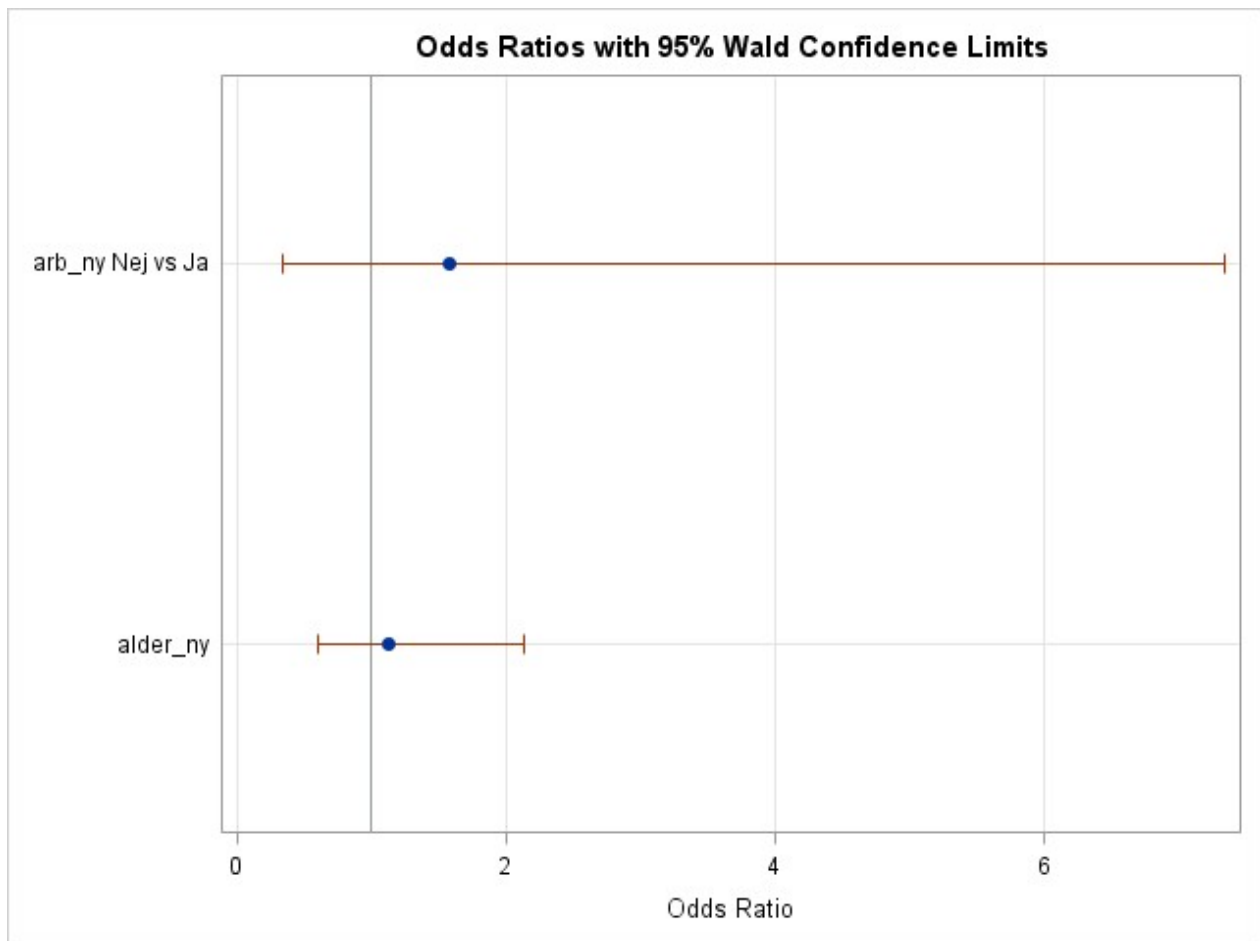
Likelihood Ratio	0.5085	2	0.7755
Score	0.4975	2	0.7798
Wald	0.4910	2	0.7823

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.3342	0.5632
alder_ny	1	0.1485	0.6999

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.6694	0.6383	1.0997	0.2943
arb_ny	Nej	1	0.2270	0.3928	0.3342	0.5632
alder_ny		1	0.1244	0.3229	0.1485	0.6999

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	49.7	Somers' D	0.157
Percent Discordant	34.0	Gamma	0.188
Percent Tied	16.3	Tau-a	0.070
Pairs	312	c	0.579

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.575	0.338	7.342	0.5632
alder_ny	1.0000	1.133	0.601	2.132	0.6999



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	37

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	25
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 571 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	48.626	49.698
SC	50.237	54.531
-2 Log L	46.626	43.698

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

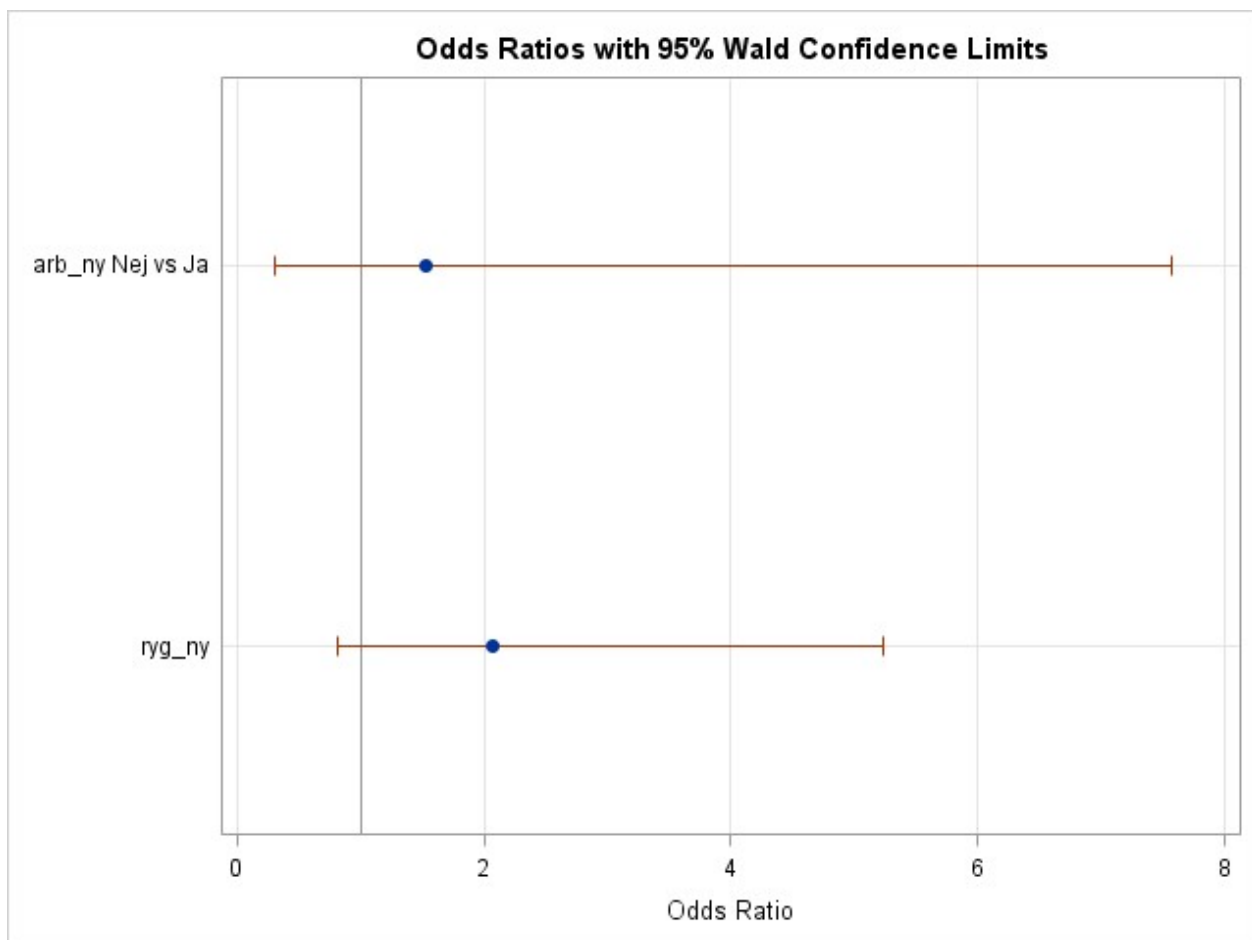
Likelihood Ratio	2.9282	2	0.2313
Score	2.9184	2	0.2324
Wald	2.7401	2	0.2541

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.2759	0.5994
ryg_ny	1	2.3756	0.1232

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.0763	0.6929	0.0121	0.9123
arb_ny	Nej	1	0.2139	0.4073	0.2759	0.5994
ryg_ny		1	0.7287	0.4728	2.3756	0.1232

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	56.3	Somers' D	0.310
Percent Discordant	25.3	Gamma	0.380
Percent Tied	18.3	Tau-a	0.140
Pairs	300	c	0.655

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.534	0.311	7.571	0.5994
ryg_ny	1.0000	2.072	0.820	5.235	0.1232



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	38

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	26
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 570 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	49.398	50.264
SC	51.035	55.176
-2 Log L	47.398	44.264

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

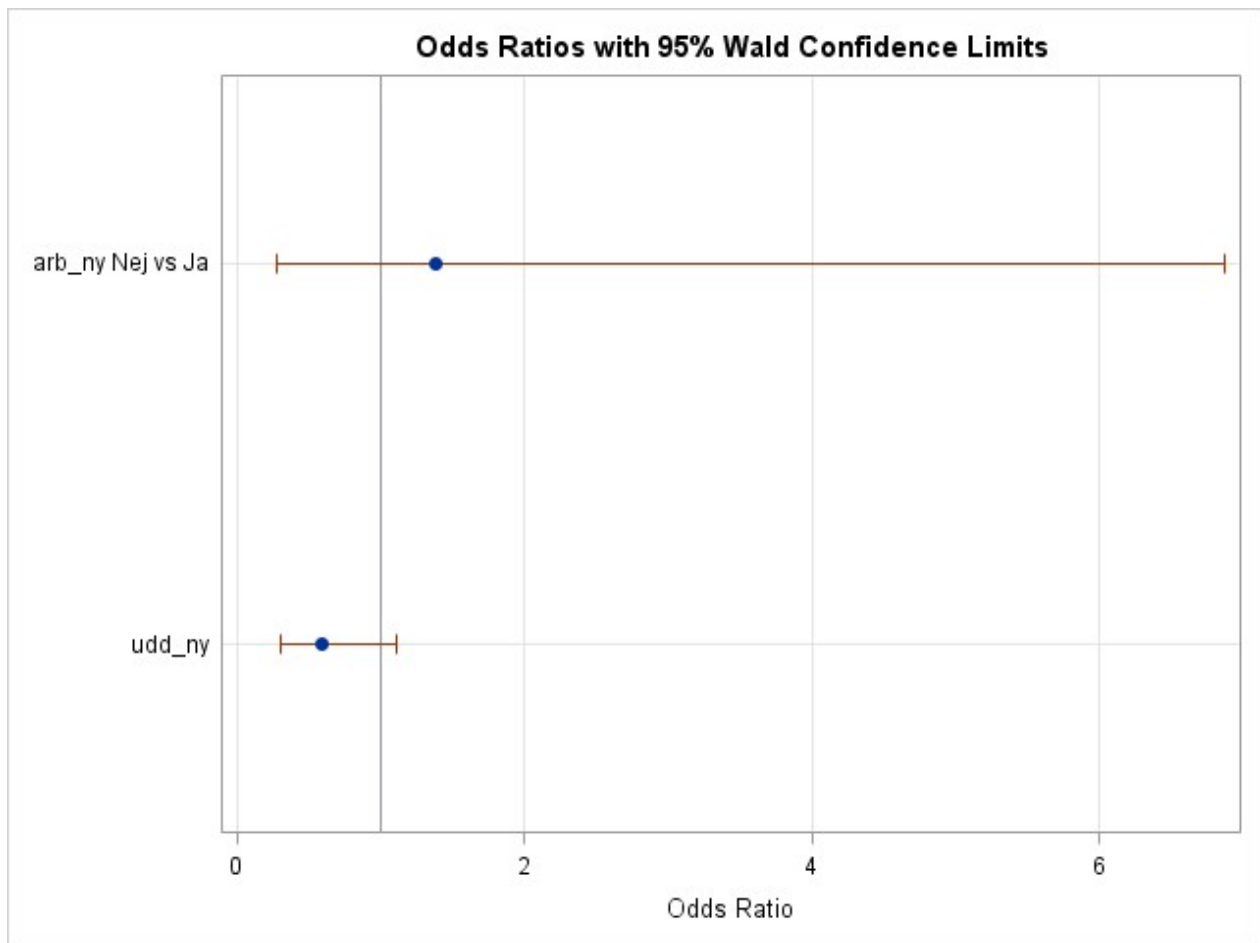
Likelihood Ratio	3.1341	2	0.2087
Score	3.1321	2	0.2089
Wald	2.9390	2	0.2300

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.1615	0.6878
udd_ny	1	2.6540	0.1033

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	1.5472	0.6075	6.4860	0.0109
arb_ny	Nej	1	0.1640	0.4080	0.1615	0.6878
udd_ny		1	-0.5350	0.3284	2.6540	0.1033

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	60.9	Somers' D	0.346
Percent Discordant	26.3	Gamma	0.397
Percent Tied	12.8	Tau-a	0.154
Pairs	312	c	0.673

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.388	0.280	6.872	0.6878
udd_ny	1.0000	0.586	0.308	1.115	0.1033



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	37

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	25
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 571 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
arb_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Quasi-complete separation of data points detected.

Warning: The maximum likelihood estimate may not exist.

Warning: The LOGISTIC procedure continues in spite of the above warning. Results shown are based on the last maximum likelihood iteration. Validity of the model fit is questionable.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates

AIC	48.626	45.763
SC	50.237	55.428
-2 Log L	46.626	33.763

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	12.8636	5	0.0247
Score	10.1511	5	0.0711
Wald	6.0393	5	0.3024

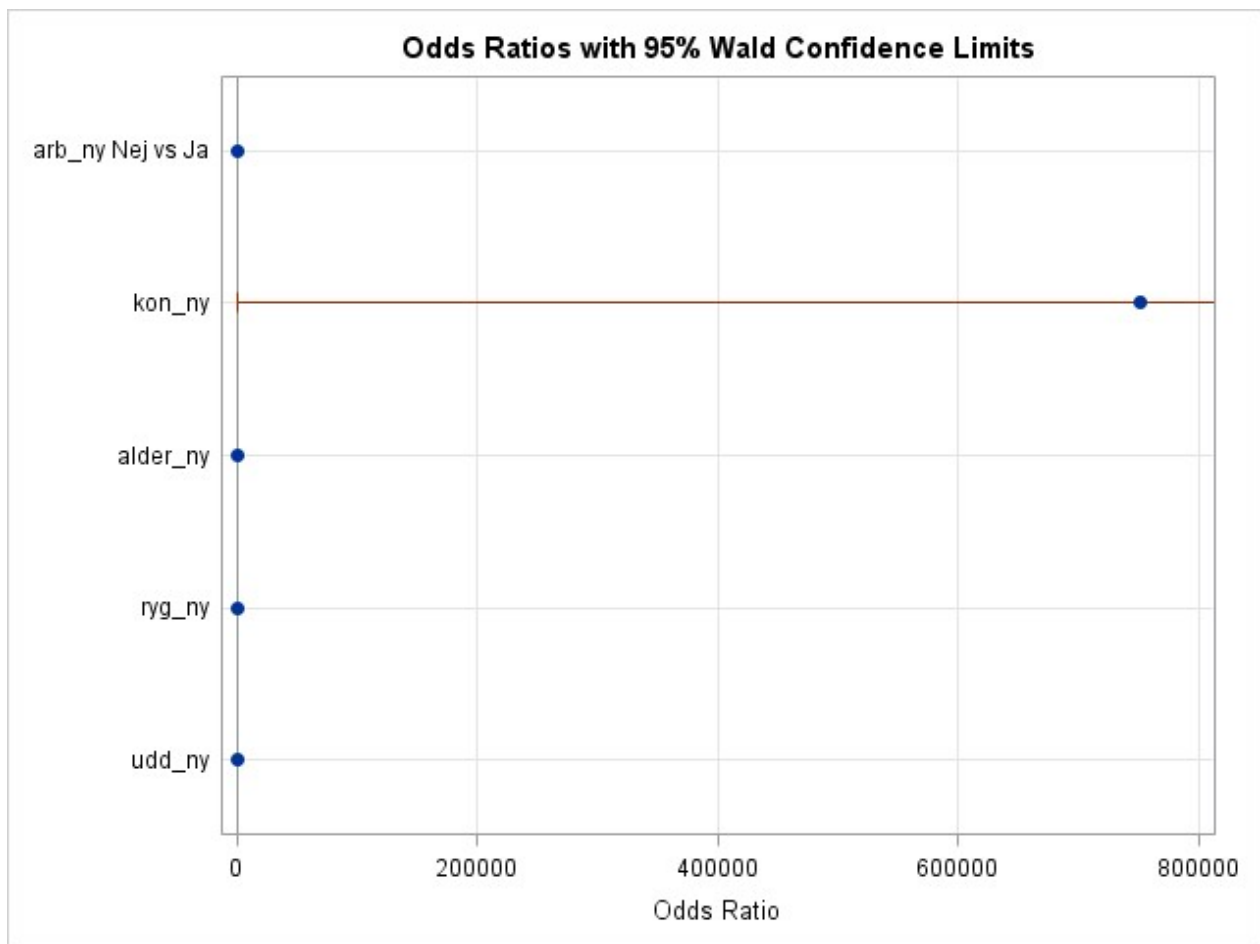
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
arb_ny	1	0.0535	0.8170
kon_ny	1	0.0017	0.9671
alder_ny	1	2.3275	0.1271
ryg_ny	1	2.1977	0.1382
udd_ny	1	4.1557	0.0415

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.4338	1.0080	0.1852	0.6669
arb_ny	Nej	1	0.1093	0.4724	0.0535	0.8170
kon_ny		1	13.5292	327.6	0.0017	0.9671
alder_ny		1	0.6949	0.4555	2.3275	0.1271
ryg_ny		1	0.8201	0.5532	2.1977	0.1382
udd_ny		1	-0.9014	0.4422	4.1557	0.0415

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	81.0	Somers' D	0.657
Percent Discordant	15.3	Gamma	0.682
Percent Tied	3.7	Tau-a	0.296
Pairs	300	c	0.828

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
arb_ny Nej vs Ja	1.0000	1.244	0.195	7.929	0.8170
kon_ny	1.0000	>999.999	<0.001	>999.999	0.9671
alder_ny	1.0000	2.003	0.821	4.892	0.1271

ryg_ny	1.0000	2.271	0.768	6.716	0.1382
udd_ny	1.0000	0.406	0.171	0.966	0.0415



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	50

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	34
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 558 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	64.687	65.692
SC	66.599	69.516
-2 Log L	62.687	61.692

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

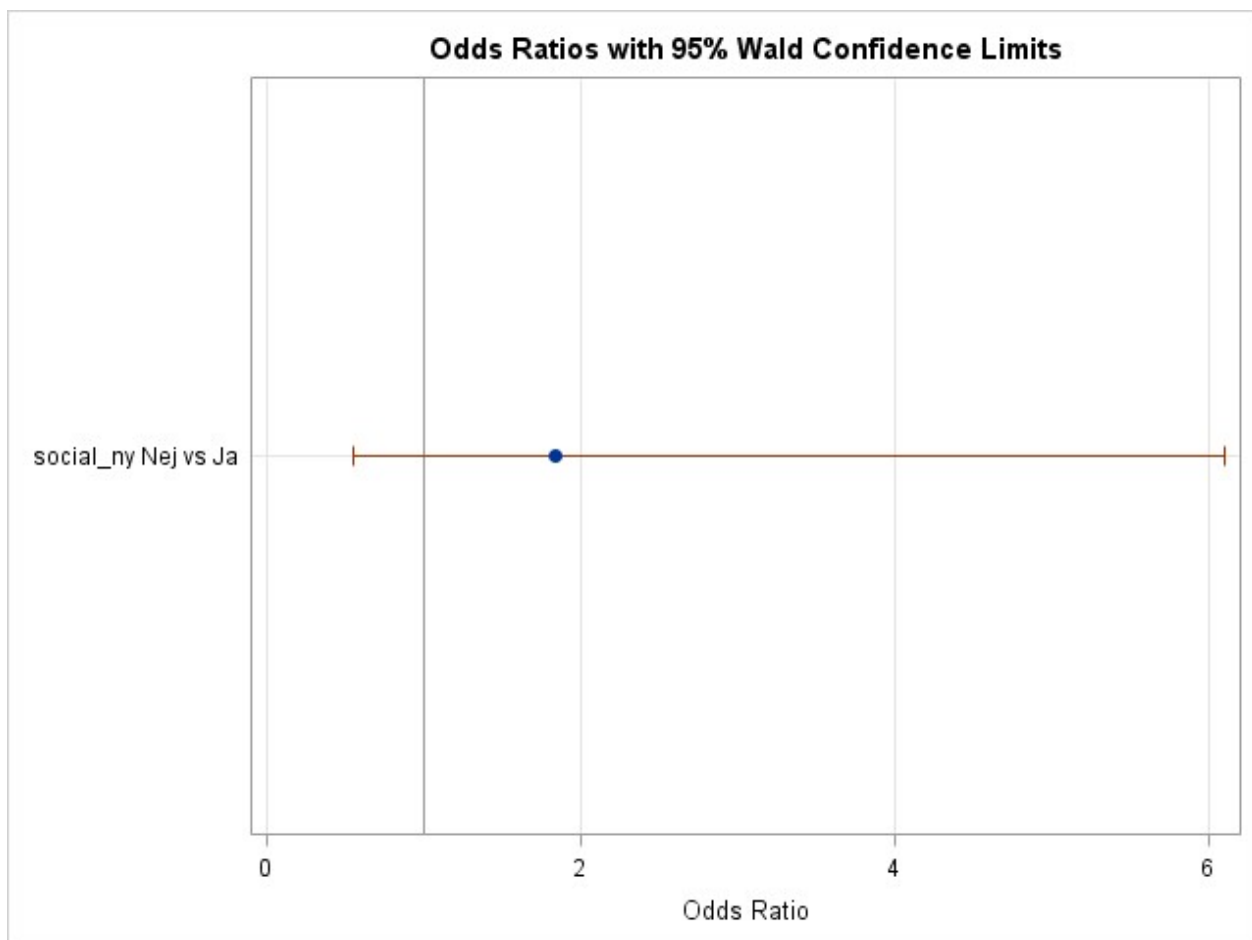
Likelihood Ratio	0.9947	1	0.3186
Score	0.9952	1	0.3185
Wald	0.9846	1	0.3211

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	0.9846	0.3211

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.7458	0.3063	5.9265	0.0149
social_ny	Nej	1	0.3040	0.3063	0.9846	0.3211

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	33.1	Somers' D	0.151
Percent Discordant	18.0	Gamma	0.295
Percent Tied	48.9	Tau-a	0.067
Pairs	544	c	0.575

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	1.837	0.553	6.103	0.3211



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	50

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	34
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 558 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	64.687	65.296
SC	66.599	71.032
-2 Log L	62.687	59.296

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

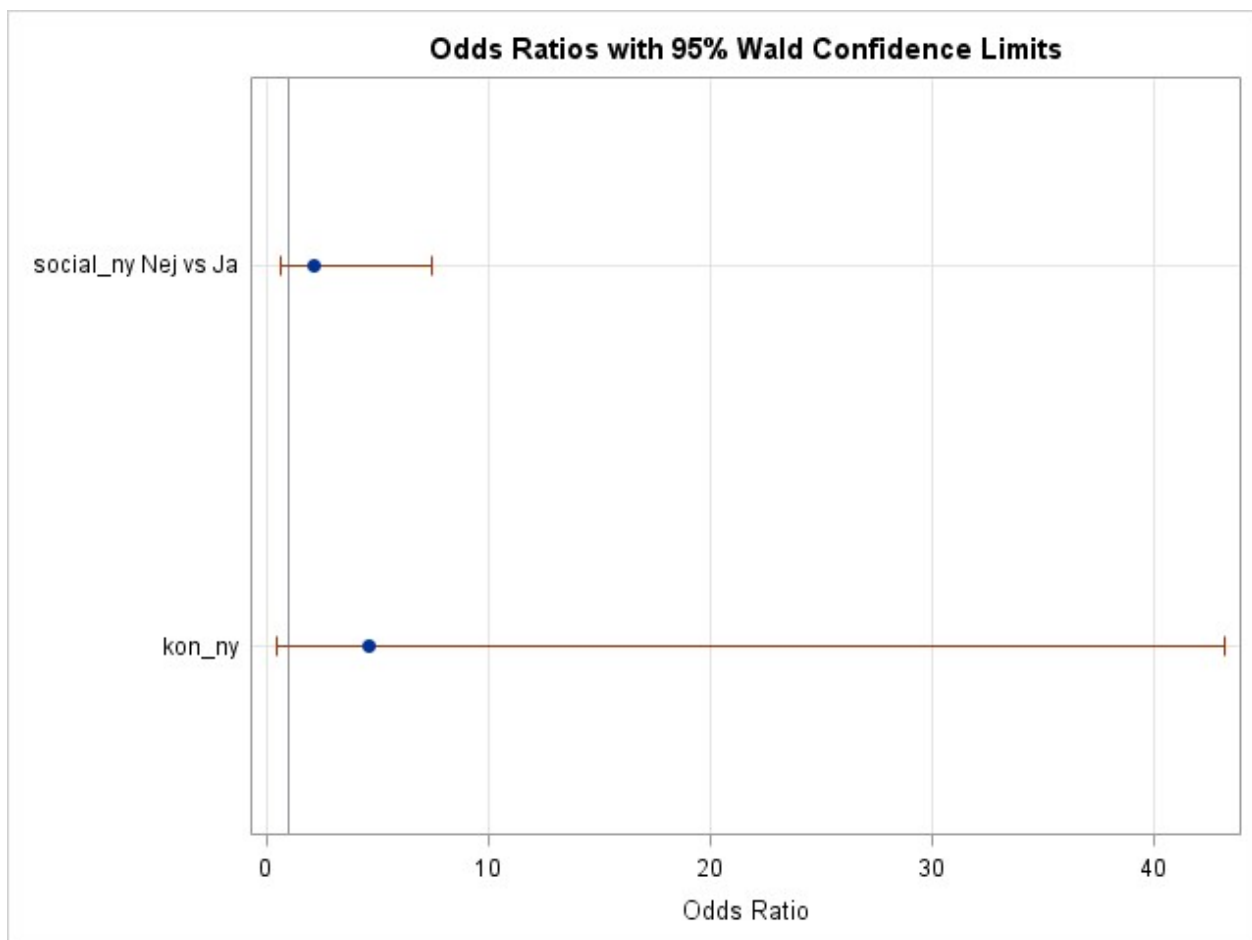
Likelihood Ratio	3.3906	2	0.1835
Score	3.0960	2	0.2127
Wald	2.8520	2	0.2403

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	1.4531	0.2280
kon_ny	1	1.8274	0.1764

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.5528	0.3277	2.8454	0.0916
social_ny	Nej	1	0.3820	0.3169	1.4531	0.2280
kon_ny		1	1.5375	1.1373	1.8274	0.1764

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	44.9	Somers' D	0.270
Percent Discordant	17.8	Gamma	0.431
Percent Tied	37.3	Tau-a	0.120
Pairs	544	c	0.635

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	2.147	0.620	7.436	0.2280
kon_ny	1.0000	4.653	0.501	43.233	0.1764



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	50

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	34
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 558 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	64.687	67.687
SC	66.599	73.423
-2 Log L	62.687	61.687

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

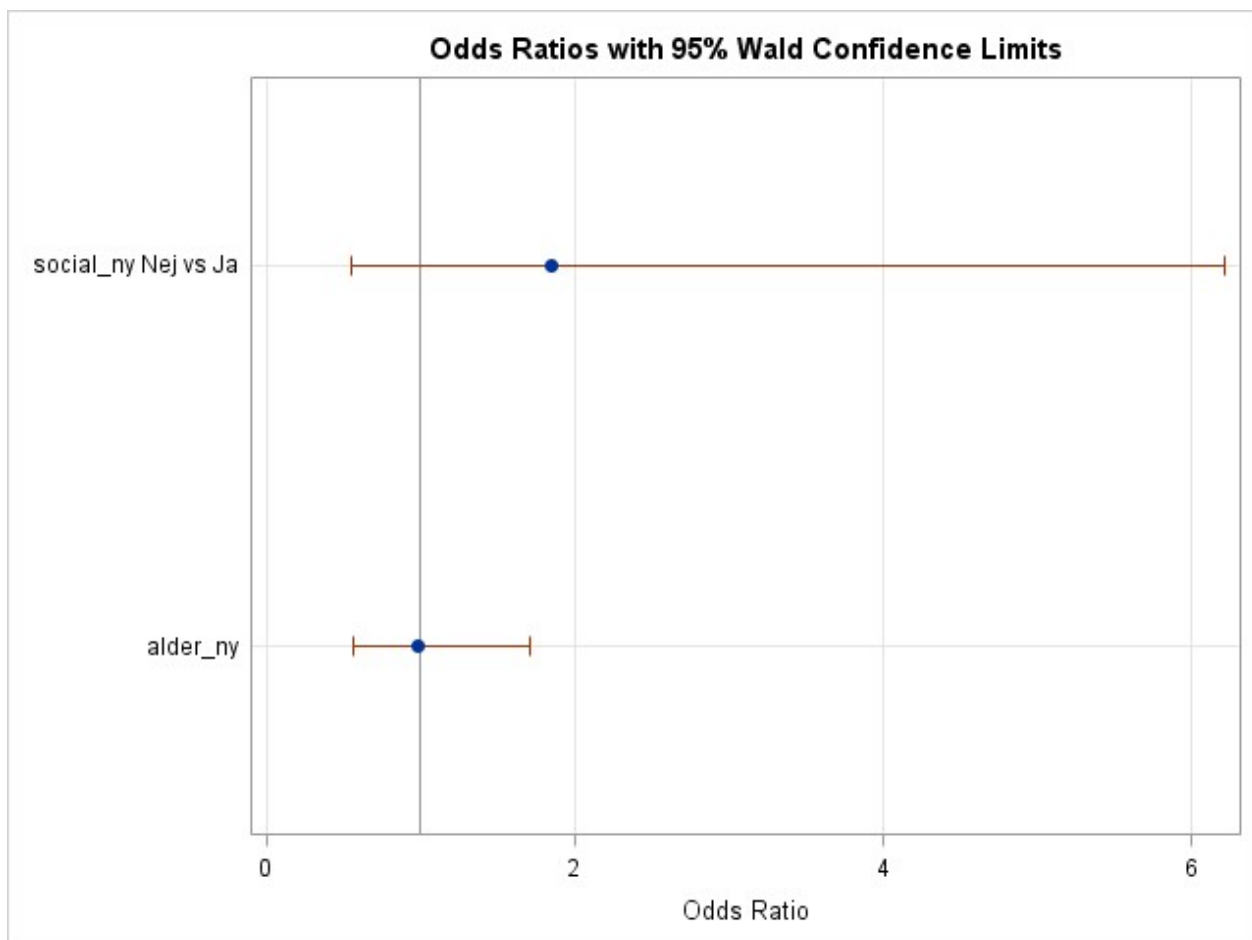
Likelihood Ratio	0.9998	2	0.6066
Score	1.0002	2	0.6065
Wald	0.9893	2	0.6098

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	0.9847	0.3210
alder_ny	1	0.0050	0.9434

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.7786	0.5556	1.9643	0.1611
social_ny	Nej	1	0.3070	0.3094	0.9847	0.3210
alder_ny		1	-0.0201	0.2832	0.0050	0.9434

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	51.3	Somers' D	0.156
Percent Discordant	35.7	Gamma	0.180
Percent Tied	13.1	Tau-a	0.069
Pairs	544	c	0.578

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	1.848	0.549	6.214	0.3210
alder_ny	1.0000	0.980	0.563	1.708	0.9434



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	50

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	34
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 558 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	64.687	66.565
SC	66.599	72.301
-2 Log L	62.687	60.565

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

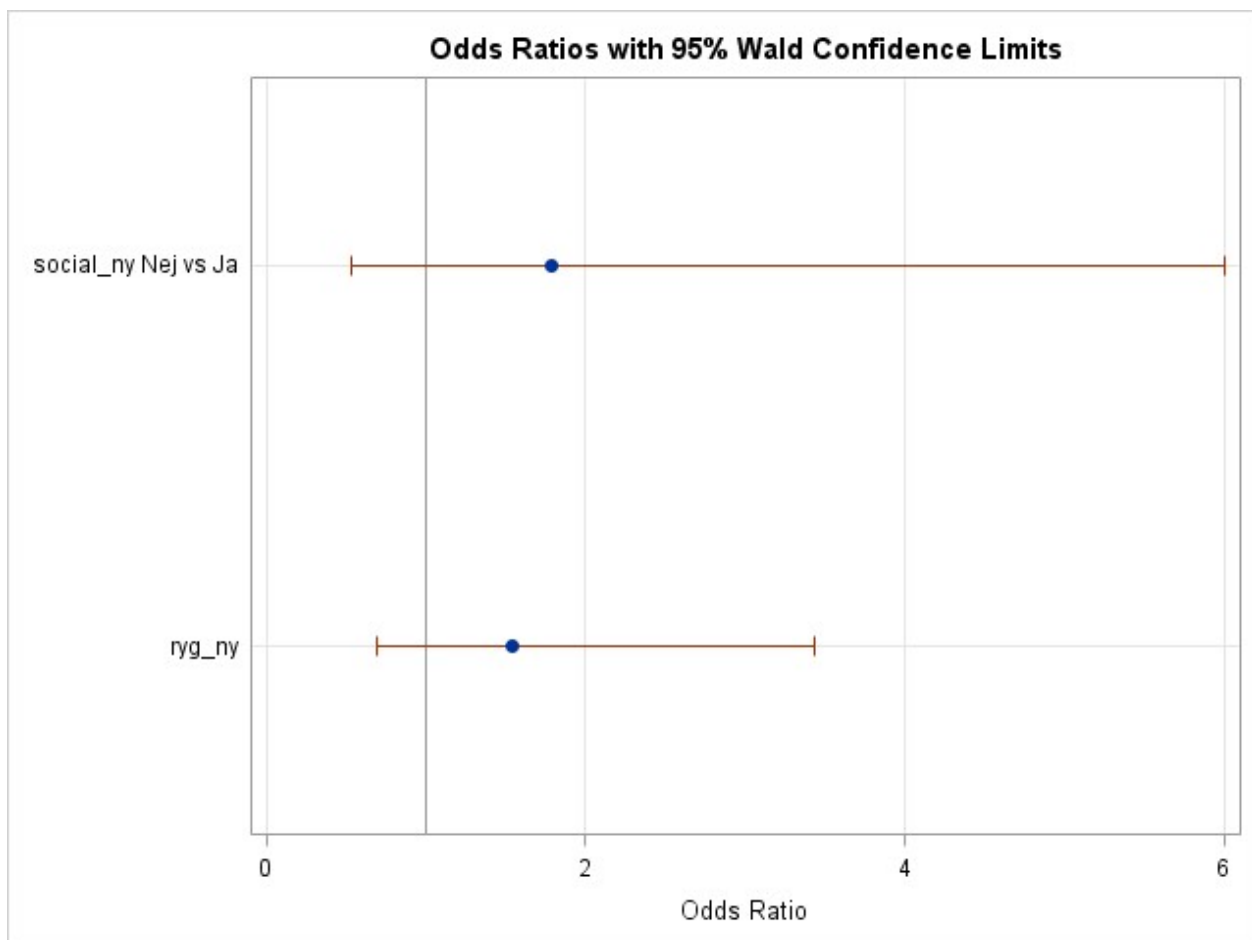
Likelihood Ratio	2.1220	2	0.3461
Score	2.1216	2	0.3462
Wald	2.0445	2	0.3598

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	0.8650	0.3523
ryg_ny	1	1.1255	0.2887

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.1749	0.6085	0.0826	0.7738
social_ny	Nej	1	0.2884	0.3101	0.8650	0.3523
ryg_ny		1	0.4334	0.4085	1.1255	0.2887

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	53.9	Somers' D	0.244
Percent Discordant	29.4	Gamma	0.294
Percent Tied	16.7	Tau-a	0.109
Pairs	544	c	0.622

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	1.780	0.528	6.002	0.3523
ryg_ny	1.0000	1.543	0.693	3.435	0.2887



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	37

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	25
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 571 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	48.626	48.317
SC	50.237	53.150
-2 Log L	46.626	42.317

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

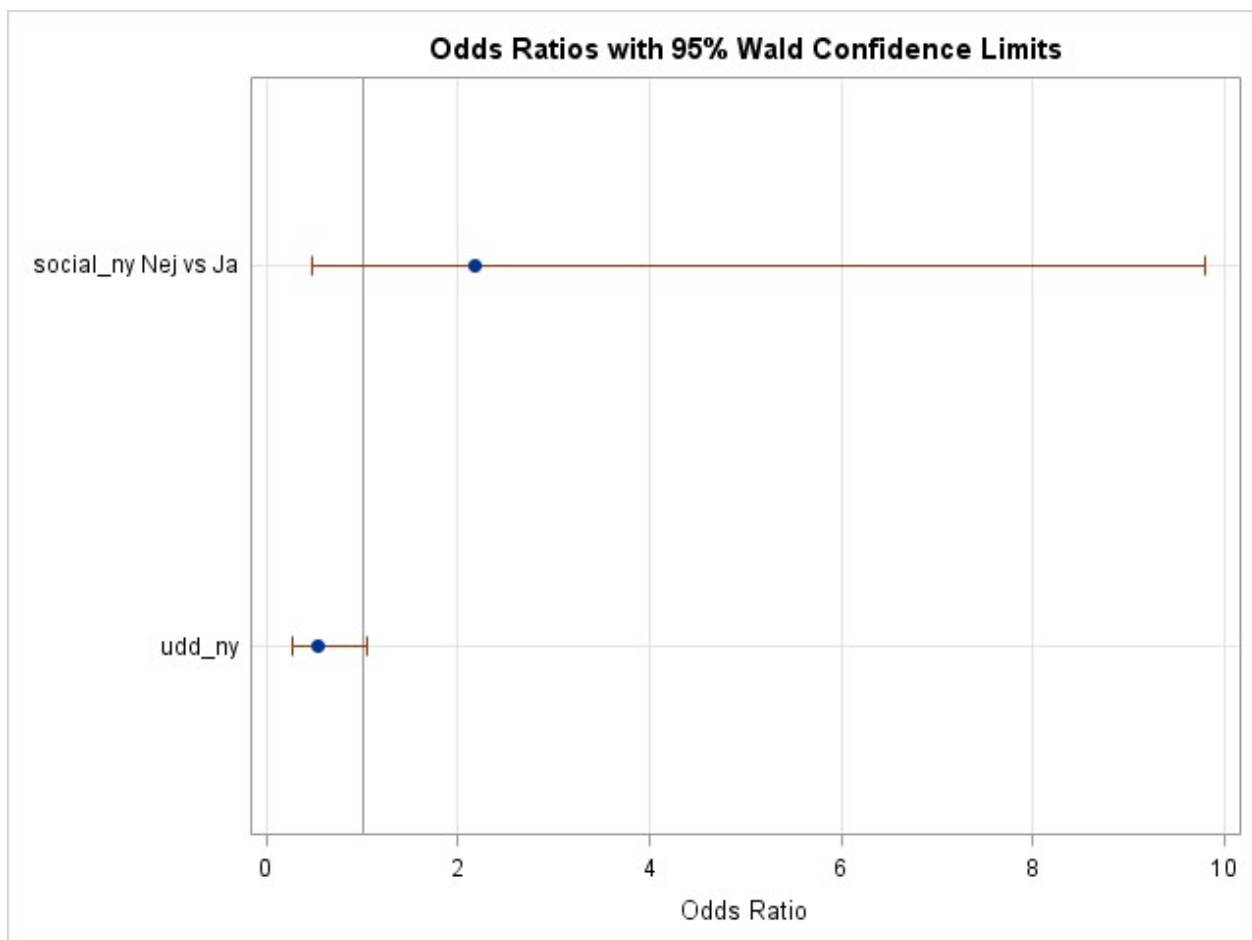
Likelihood Ratio	4.3091	2	0.1160
Score	4.1685	2	0.1244
Wald	3.7333	2	0.1546

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	1.0209	0.3123
udd_ny	1	3.3455	0.0674

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	1.5676	0.6157	6.4827	0.0109
social_ny	Nej	1	0.3880	0.3840	1.0209	0.3123
udd_ny		1	-0.6299	0.3444	3.3455	0.0674

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	65.7	Somers' D	0.437
Percent Discordant	22.0	Gamma	0.498
Percent Tied	12.3	Tau-a	0.197
Pairs	300	c	0.718

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	2.173	0.482	9.787	0.3123
udd_ny	1.0000	0.533	0.271	1.046	0.0674



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	37

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	25
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 571 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
social_ny	Ja	-1
	Nej	1

Model Convergence Status
Quasi-complete separation of data points detected.

Warning: The maximum likelihood estimate may not exist.

Warning: The LOGISTIC procedure continues in spite of the above warning. Results shown are based on the last maximum likelihood iteration. Validity of the model fit is questionable.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates

AIC	48.626	43.994
SC	50.237	53.659
-2 Log L	46.626	31.994

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	14.6328	5	0.0121
Score	10.5621	5	0.0608
Wald	6.6190	5	0.2505

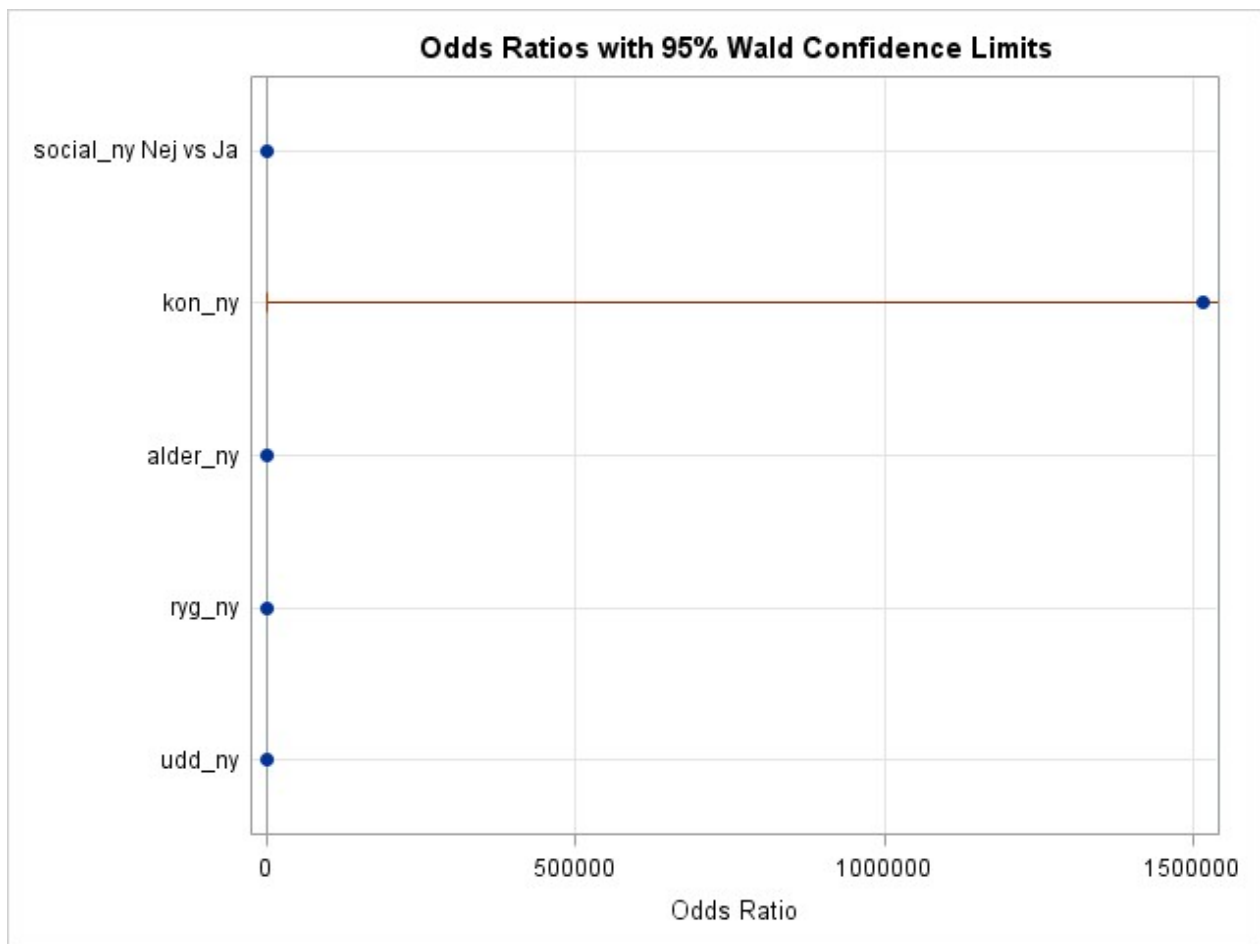
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
social_ny	1	1.6585	0.1978
kon_ny	1	0.0022	0.9623
alder_ny	1	1.7474	0.1862
ryg_ny	1	2.4989	0.1139
udd_ny	1	4.5863	0.0322

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.2128	1.0200	0.0435	0.8347
social_ny	Nej	1	0.6334	0.4918	1.6585	0.1978
kon_ny		1	14.2317	301.1	0.0022	0.9623
alder_ny		1	0.6217	0.4703	1.7474	0.1862
ryg_ny		1	0.8742	0.5530	2.4989	0.1139
udd_ny		1	-1.0794	0.5040	4.5863	0.0322

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	84.3	Somers' D	0.713
Percent Discordant	13.0	Gamma	0.733
Percent Tied	2.7	Tau-a	0.321
Pairs	300	c	0.857

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
social_ny Nej vs Ja	1.0000	3.550	0.516	24.405	0.1978
kon_ny	1.0000	>999.999	<0.001	>999.999	0.9623
alder_ny	1.0000	1.862	0.741	4.681	0.1862

ryg_ny	1.0000	2.397	0.811	7.086	0.1139
udd_ny	1.0000	0.340	0.127	0.913	0.0322



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	49

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	33
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 559 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	63.906	64.989
SC	65.798	68.773
-2 Log L	61.906	60.989

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

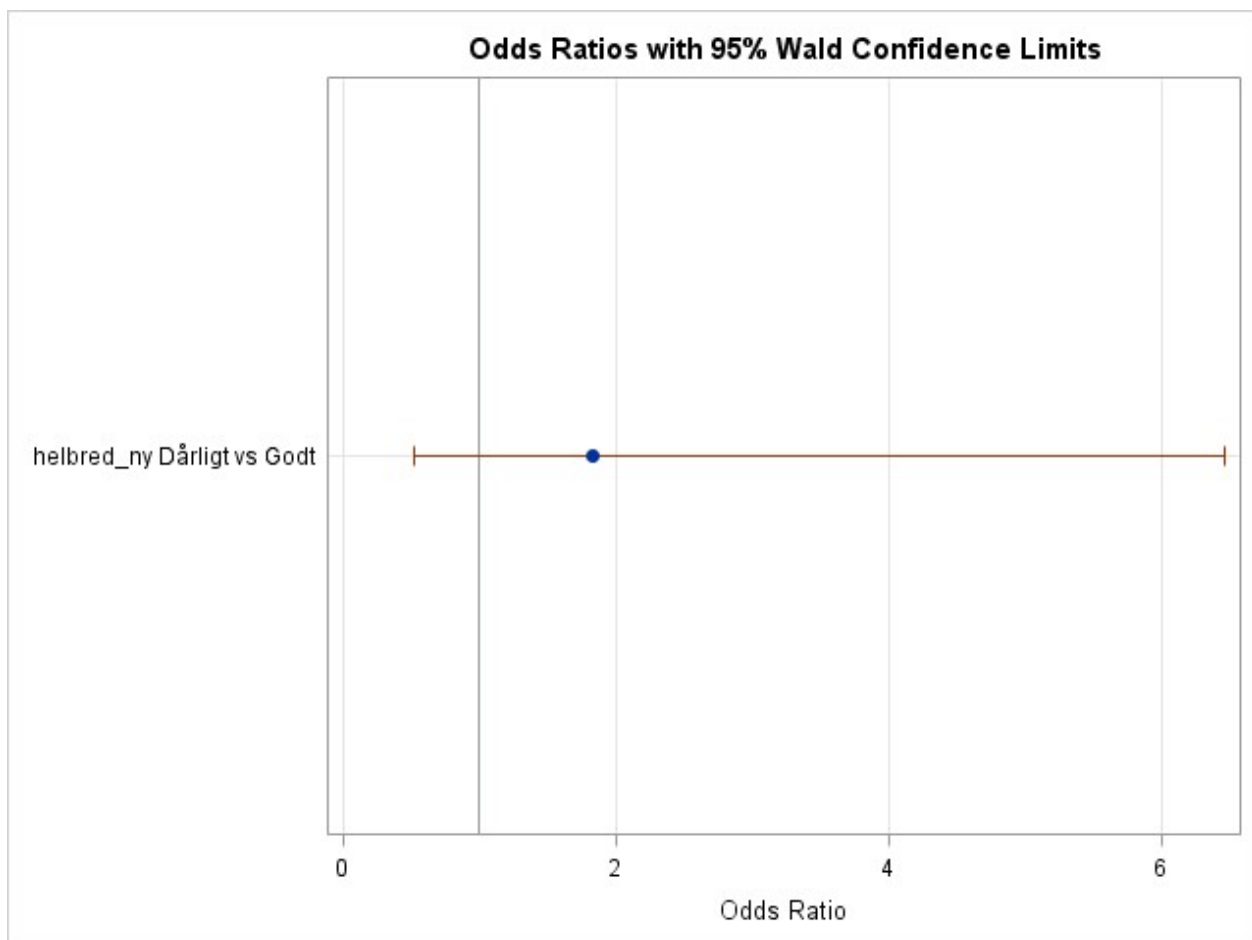
Likelihood Ratio	0.9166	1	0.3384
Score	0.9000	1	0.3428
Wald	0.8889	1	0.3458

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.8889	0.3458

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.7955	0.3214	6.1267	0.0133
helbred_ny	Dårligt	1	0.3030	0.3214	0.8889	0.3458

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	31.3	Somers' D	0.142
Percent Discordant	17.0	Gamma	0.294
Percent Tied	51.7	Tau-a	0.064
Pairs	528	c	0.571

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	1.833	0.520	6.460	0.3458



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	49

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	33
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 559 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	63.906	65.360
SC	65.798	71.035
-2 Log L	61.906	59.360

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

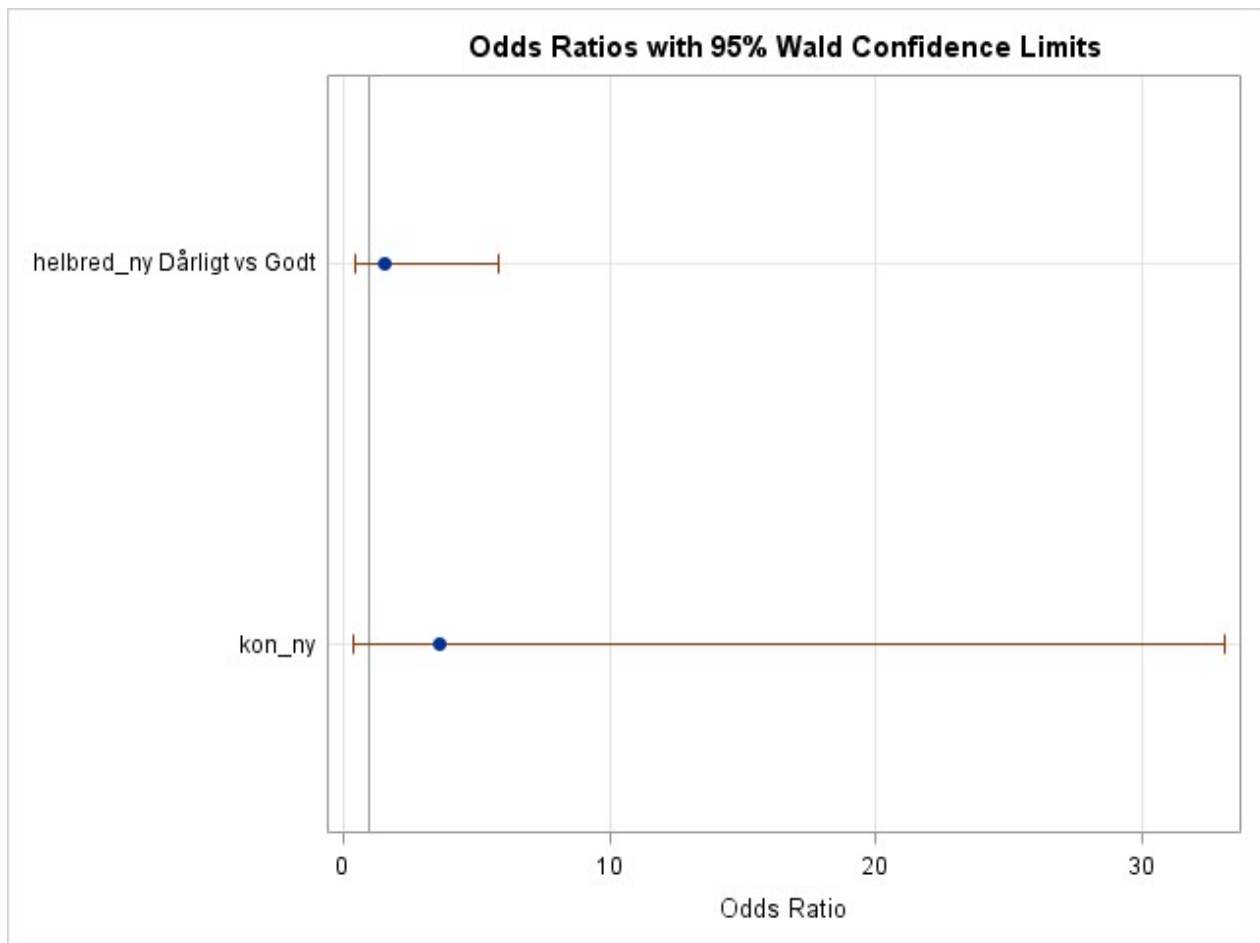
Likelihood Ratio	2.5465	2	0.2799
Score	2.2603	2	0.3230
Wald	2.0334	2	0.3618

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.5097	0.4753
kon_ny	1	1.2979	0.2546

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.6204	0.3439	3.2536	0.0713
helbred_ny	Dårligt	1	0.2350	0.3291	0.5097	0.4753
kon_ny		1	1.2860	1.1289	1.2979	0.2546

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	39.8	Somers' D	0.197
Percent Discordant	20.1	Gamma	0.329
Percent Tied	40.2	Tau-a	0.088
Pairs	528	c	0.598

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	1.600	0.440	5.814	0.4753
kon_ny	1.0000	3.618	0.396	33.068	0.2546



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	49

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	33
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 559 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	63.906	66.987
SC	65.798	72.662
-2 Log L	61.906	60.987

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

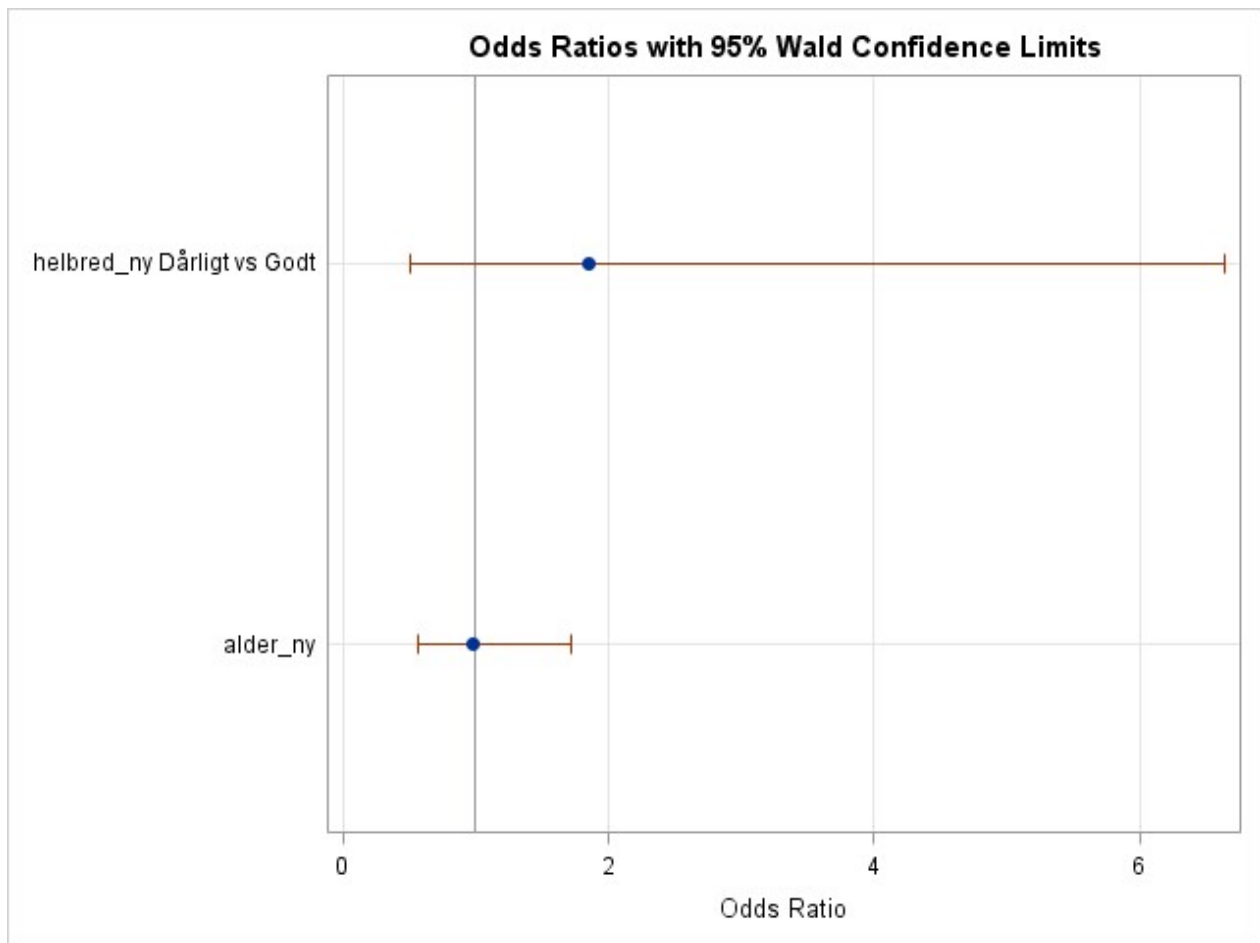
Likelihood Ratio	0.9194	2	0.6315
Score	0.9029	2	0.6367
Wald	0.8916	2	0.6403

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.8777	0.3488
alder_ny	1	0.0029	0.9574

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.8210	0.5767	2.0265	0.1546
helbred_ny	Dårligt	1	0.3061	0.3268	0.8777	0.3488
alder_ny		1	-0.0151	0.2822	0.0029	0.9574

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	49.6	Somers' D	0.134
Percent Discordant	36.2	Gamma	0.157
Percent Tied	14.2	Tau-a	0.060
Pairs	528	c	0.567

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	1.845	0.512	6.640	0.3488
alder_ny	1.0000	0.985	0.567	1.713	0.9574



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	49

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	33
2	Fysisk aktiv	16

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 559 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	63.906	65.222
SC	65.798	70.898
-2 Log L	61.906	59.222

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

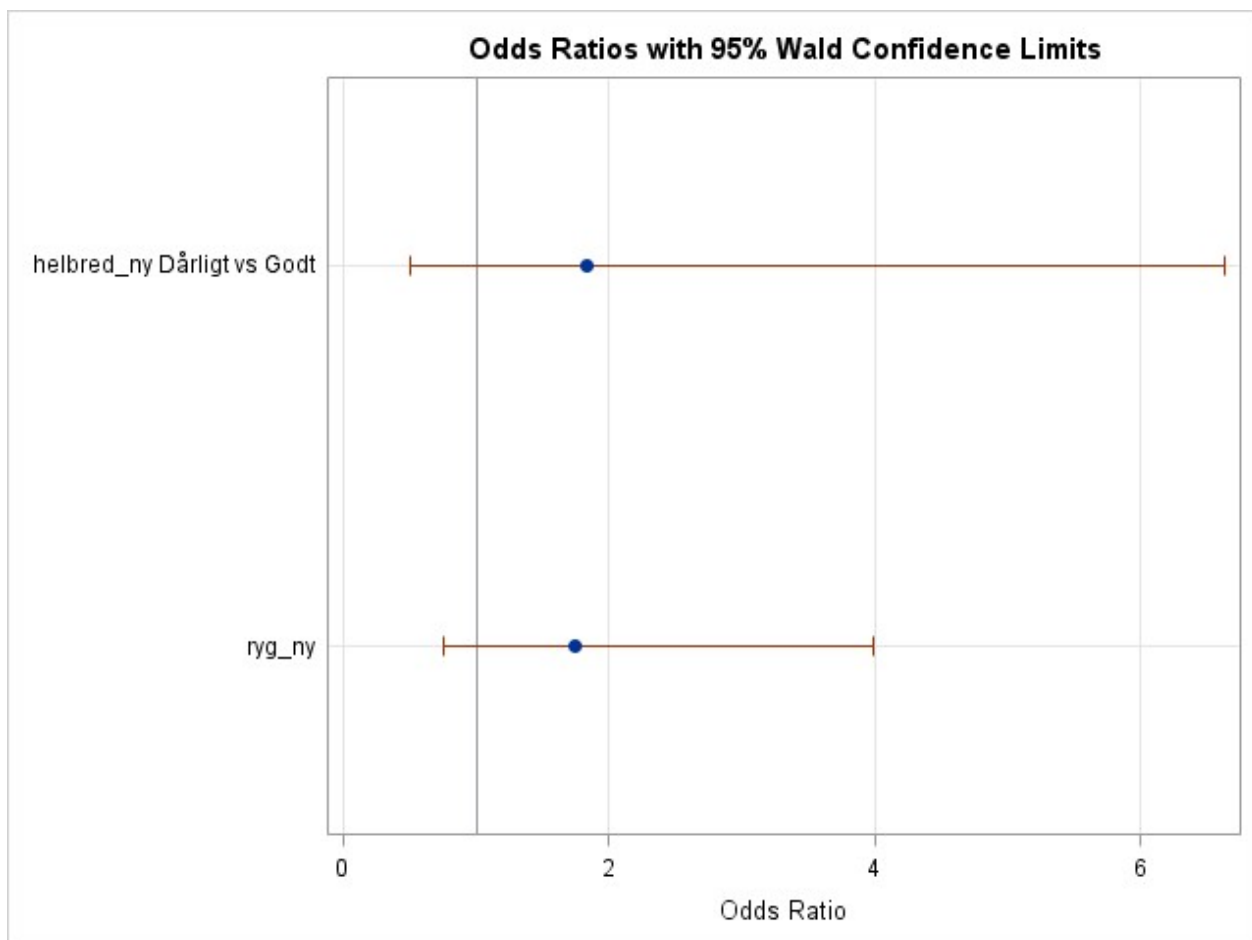
Likelihood Ratio	2.6836	2	0.2614
Score	2.6858	2	0.2611
Wald	2.5487	2	0.2796

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.8704	0.3508
ryg_ny	1	1.7393	0.1872

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.0465	0.6408	0.0053	0.9421
helbred_ny	Dårligt	1	0.3050	0.3269	0.8704	0.3508
ryg_ny		1	0.5571	0.4225	1.7393	0.1872

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	52.7	Somers' D	0.248
Percent Discordant	27.8	Gamma	0.308
Percent Tied	19.5	Tau-a	0.111
Pairs	528	c	0.624

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	1.840	0.511	6.630	0.3508
ryg_ny	1.0000	1.746	0.763	3.995	0.1872



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	36

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	24
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is **fysakt_d='Fysisk inaktiv'**.

Note: 572 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	47.829	48.324
SC	49.413	53.074
-2 Log L	45.829	42.324

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

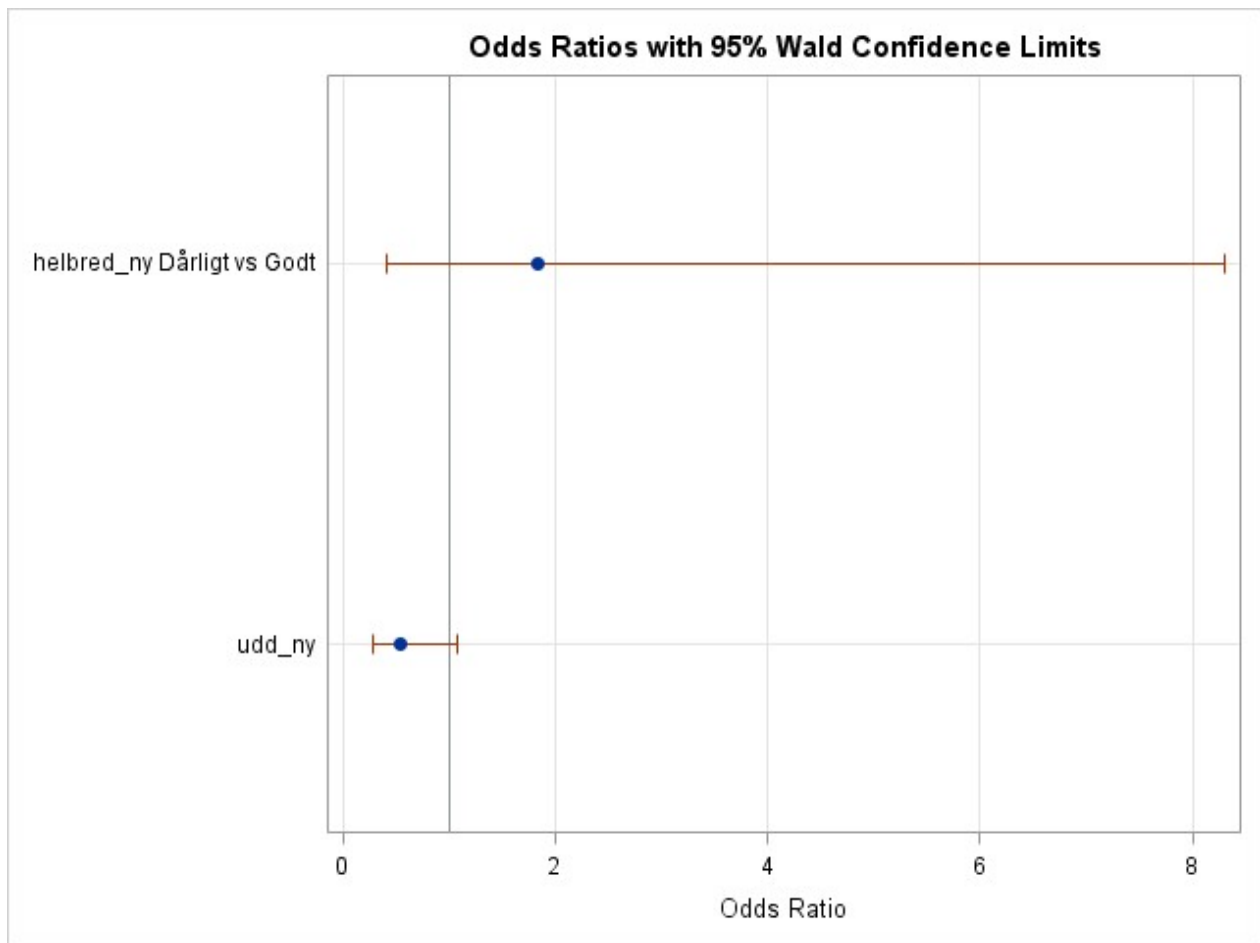
Likelihood Ratio	3.5054	2	0.1733
Score	3.4680	2	0.1766
Wald	3.2004	2	0.2019

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.6111	0.4344
udd_ny	1	3.0632	0.0801

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	1.5104	0.6166	5.9996	0.0143
helbred_ny	Dårligt	1	0.3017	0.3860	0.6111	0.4344
udd_ny		1	-0.5994	0.3425	3.0632	0.0801

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	59.0	Somers' D	0.271
Percent Discordant	31.9	Gamma	0.298
Percent Tied	9.0	Tau-a	0.124
Pairs	288	c	0.635

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	1.828	0.403	8.301	0.4344
udd_ny	1.0000	0.549	0.281	1.074	0.0801



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	36

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	24
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 572 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
helbred_ny	Dårligt	1
	Godt	-1

Model Convergence Status
Quasi-complete separation of data points detected.

Warning: The maximum likelihood estimate may not exist.

Warning: The LOGISTIC procedure continues in spite of the above warning. Results shown are based on the last maximum likelihood iteration. Validity of the model fit is questionable.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates

AIC	47.829	44.277
SC	49.413	53.778
-2 Log L	45.829	32.277

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	13.5524	5	0.0187
Score	10.5280	5	0.0616
Wald	6.3409	5	0.2744

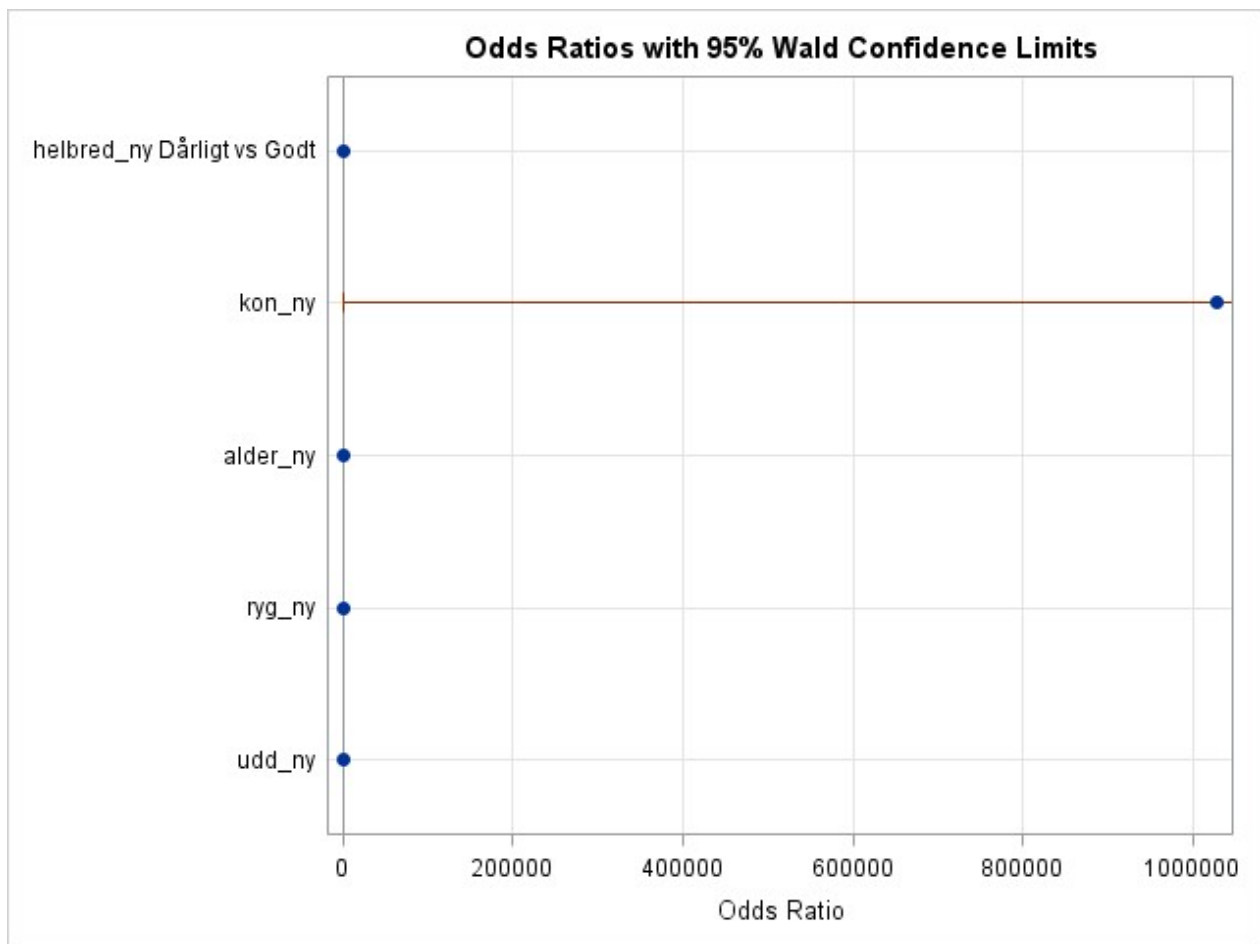
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
helbred_ny	1	0.1768	0.6741
kon_ny	1	0.0019	0.9653
alder_ny	1	2.4827	0.1151
ryg_ny	1	3.0408	0.0812
udd_ny	1	3.5302	0.0603

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-1.0852	1.2081	0.8069	0.3690
helbred_ny	Dårligt	1	-0.2029	0.4825	0.1768	0.6741
kon_ny		1	13.8430	318.1	0.0019	0.9653
alder_ny		1	0.7770	0.4931	2.4827	0.1151
ryg_ny		1	1.0506	0.6025	3.0408	0.0812
udd_ny		1	-0.8308	0.4422	3.5302	0.0603

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	84.7	Somers' D	0.708
Percent Discordant	13.9	Gamma	0.718
Percent Tied	1.4	Tau-a	0.324
Pairs	288	c	0.854

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
helbred_ny Dårligt vs Godt	1.0000	0.666	0.101	4.418	0.6741
kon_ny	1.0000	>999.999	<0.001	>999.999	0.9653
alder_ny	1.0000	2.175	0.827	5.718	0.1151

ryg_ny	1.0000	2.859	0.878	9.313	0.0812
udd_ny	1.0000	0.436	0.183	1.037	0.0603



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	44

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	29
2	Fysisk aktiv	15

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 564 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	58.464	60.454
SC	60.248	64.022
-2 Log L	56.464	56.454

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

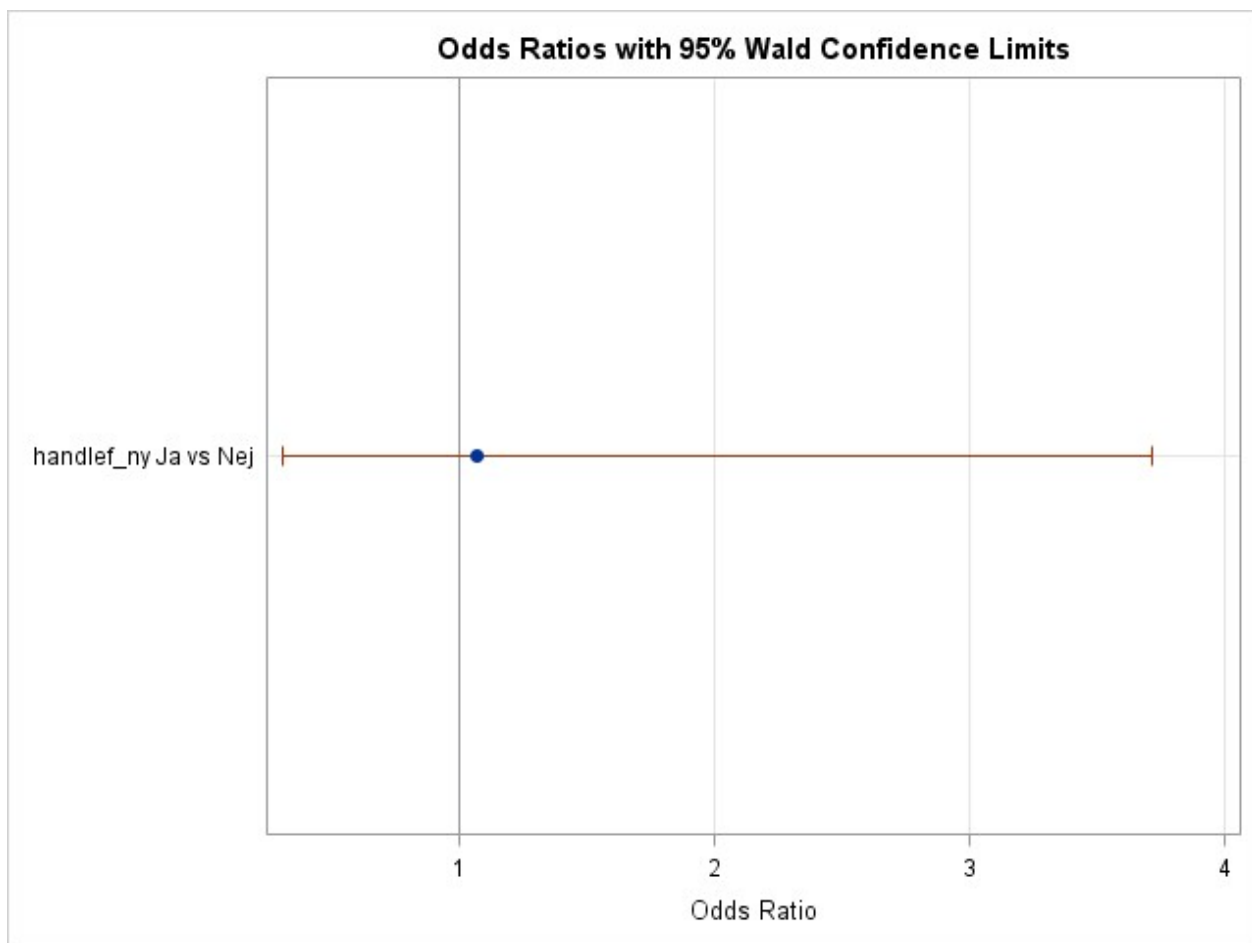
Likelihood Ratio	0.0103	1	0.9193
Score	0.0103	1	0.9193
Wald	0.0102	1	0.9194

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.0102	0.9194

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.6607	0.3186	4.3016	0.0381
handlef_ny	Ja	1	0.0323	0.3186	0.0102	0.9194

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	25.7	Somers' D	0.016
Percent Discordant	24.1	Gamma	0.032
Percent Tied	50.1	Tau-a	0.007
Pairs	435	c	0.508

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	1.067	0.306	3.718	0.9194



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	44

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	29
2	Fysisk aktiv	15

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 564 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	58.464	60.727
SC	60.248	66.080
-2 Log L	56.464	54.727

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

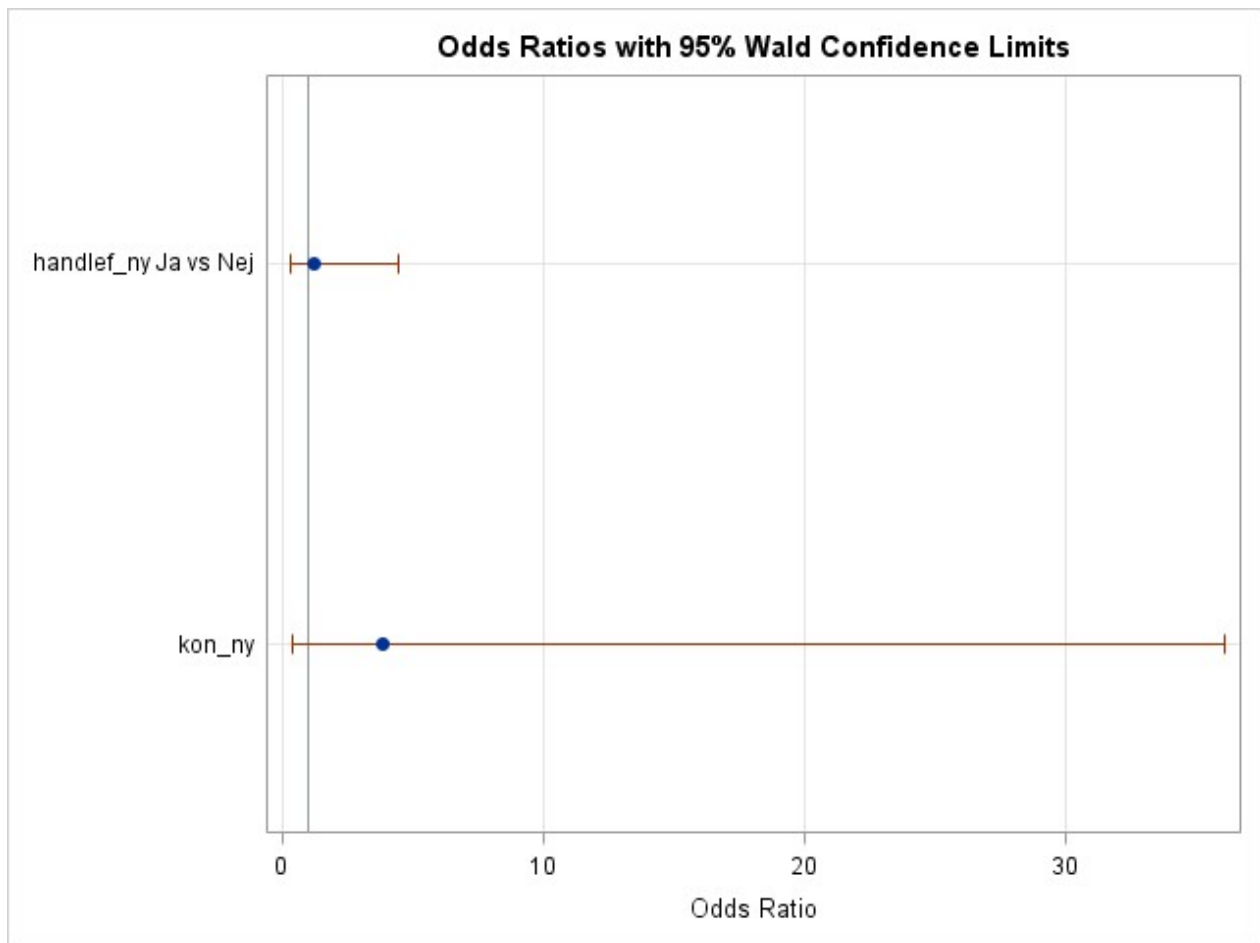
Likelihood Ratio	1.7370	2	0.4196
Score	1.5472	2	0.4613
Wald	1.4001	2	0.4966

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.0959	0.7568
kon_ny	1	1.3786	0.2403

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.4949	0.3394	2.1267	0.1447
handlef_ny	Ja	1	0.1014	0.3273	0.0959	0.7568
kon_ny		1	1.3431	1.1439	1.3786	0.2403

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	39.1	Somers' D	0.161
Percent Discordant	23.0	Gamma	0.259
Percent Tied	37.9	Tau-a	0.074
Pairs	435	c	0.580

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	1.225	0.340	4.418	0.7568
kon_ny	1.0000	3.831	0.407	36.055	0.2403



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	44

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	29
2	Fysisk aktiv	15

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 564 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	58.464	62.421
SC	60.248	67.774
-2 Log L	56.464	56.421

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

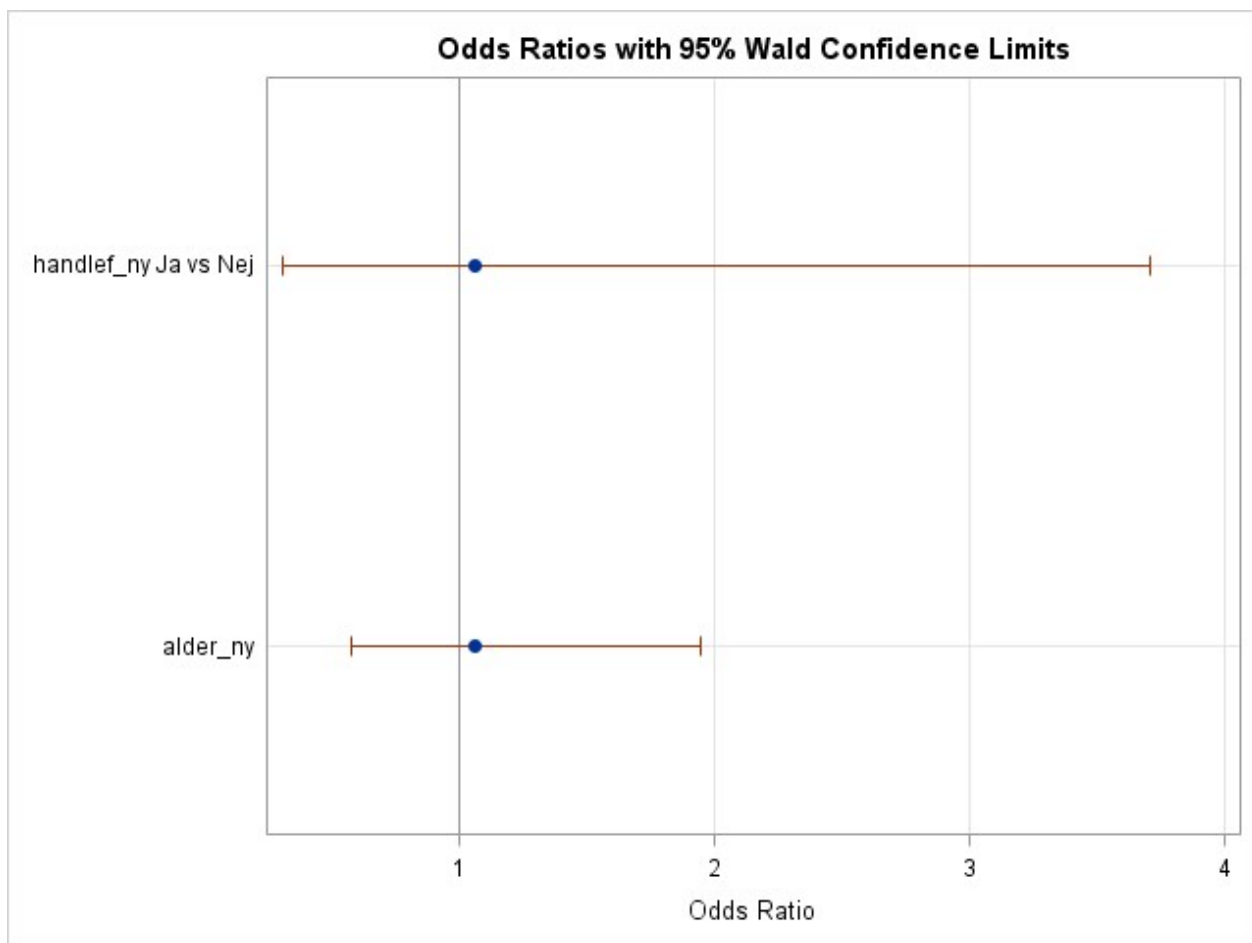
Likelihood Ratio	0.0429	2	0.9788
Score	0.0430	2	0.9787
Wald	0.0430	2	0.9787

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.0090	0.9244
alder_ny	1	0.0327	0.8565

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	0.5616	0.6325	0.7884	0.3746
handlef_ny	Ja	1	0.0303	0.3189	0.0090	0.9244
alder_ny		1	0.0563	0.3111	0.0327	0.8565

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	44.4	Somers' D	0.028
Percent Discordant	41.6	Gamma	0.032
Percent Tied	14.0	Tau-a	0.013
Pairs	435	c	0.514

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	1.062	0.304	3.708	0.9244
alder_ny	1.0000	1.058	0.575	1.946	0.8565



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	44

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	29
2	Fysisk aktiv	15

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 564 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	58.464	60.532
SC	60.248	65.885
-2 Log L	56.464	54.532

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

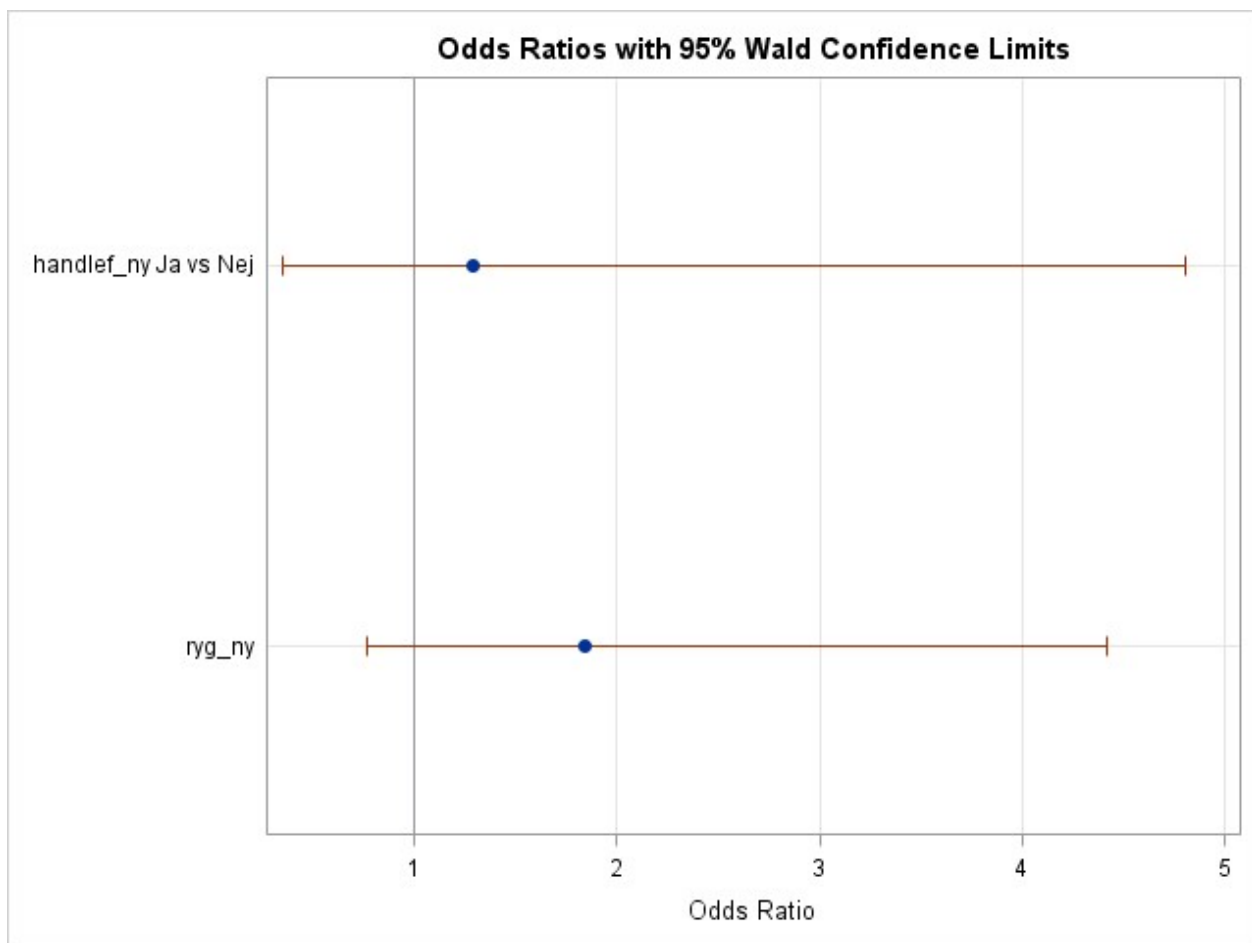
Likelihood Ratio	1.9321	2	0.3806
Score	1.9437	2	0.3784
Wald	1.8759	2	0.3914

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.1468	0.7016
ryg_ny	1	1.8708	0.1714

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-0.1260	0.6452	0.0381	0.8452
handlef_ny	Ja	1	0.1283	0.3349	0.1468	0.7016
ryg_ny		1	0.6110	0.4467	1.8708	0.1714

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	52.0	Somers' D	0.223
Percent Discordant	29.7	Gamma	0.273
Percent Tied	18.4	Tau-a	0.103
Pairs	435	c	0.611

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	1.293	0.348	4.804	0.7016
ryg_ny	1.0000	1.842	0.768	4.421	0.1714



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	32

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	20
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 576 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates
AIC	44.340	46.702
SC	45.806	51.099
-2 Log L	42.340	40.702

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq

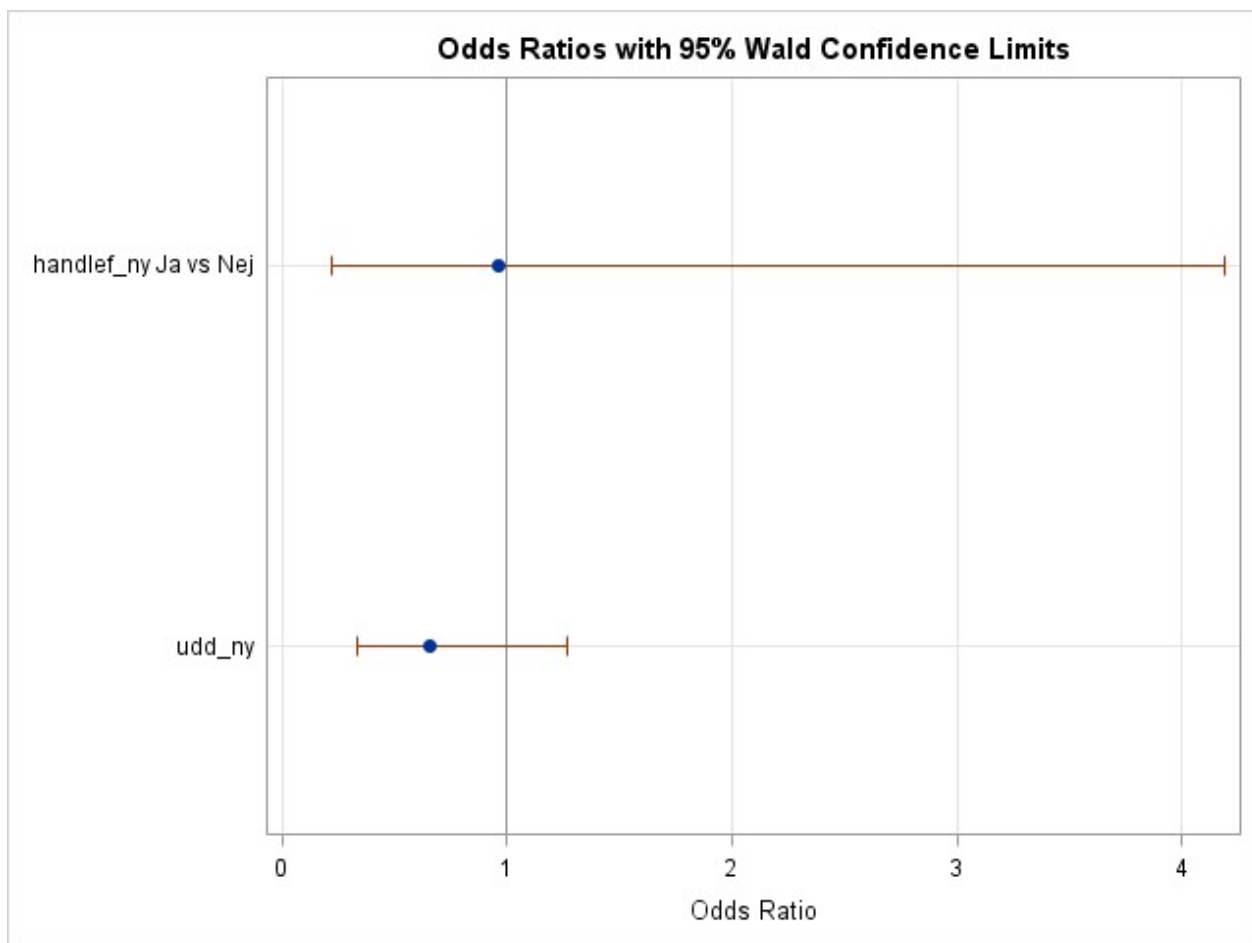
Likelihood Ratio	1.6382	2	0.4408
Score	1.6349	2	0.4416
Wald	1.5815	2	0.4535

Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.0026	0.9590
udd_ny	1	1.5812	0.2086

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	1.1090	0.6194	3.2050	0.0734
handlef_ny	Ja	1	-0.0193	0.3754	0.0026	0.9590
udd_ny		1	-0.4266	0.3393	1.5812	0.2086

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	56.7	Somers' D	0.275
Percent Discordant	29.2	Gamma	0.320
Percent Tied	14.2	Tau-a	0.133
Pairs	240	c	0.638

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	0.962	0.221	4.191	0.9590
udd_ny	1.0000	0.653	0.336	1.269	0.2086



The SAS System

The LOGISTIC Procedure

Model Information	
Data Set	WORK.SL
Response Variable	fysakt_d
Number of Response Levels	2
Model	binary logit
Optimization Technique	Fisher's scoring

Number of Observations Read	608
Number of Observations Used	32

Response Profile		
Ordered Value	fysakt_d	Total Frequency
1	Fysisk inaktiv	20
2	Fysisk aktiv	12

Probability modeled is `fysakt_d='Fysisk inaktiv'`.

Note: 576 observations were deleted due to missing values for the response or explanatory variables.

Class Level Information		
Class	Value	Design Variables
handlef_ny	Ja	1
	Nej	-1

Model Convergence Status
Quasi-complete separation of data points detected.

Warning: The maximum likelihood estimate may not exist.

Warning: The LOGISTIC procedure continues in spite of the above warning. Results shown are based on the last maximum likelihood iteration. Validity of the model fit is questionable.

Model Fit Statistics		
Criterion	Intercept Only	Intercept and Covariates

AIC	44.340	42.801
SC	45.806	51.596
-2 Log L	42.340	30.801

Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	11.5386	5	0.0417
Score	8.9366	5	0.1116
Wald	5.3553	5	0.3741

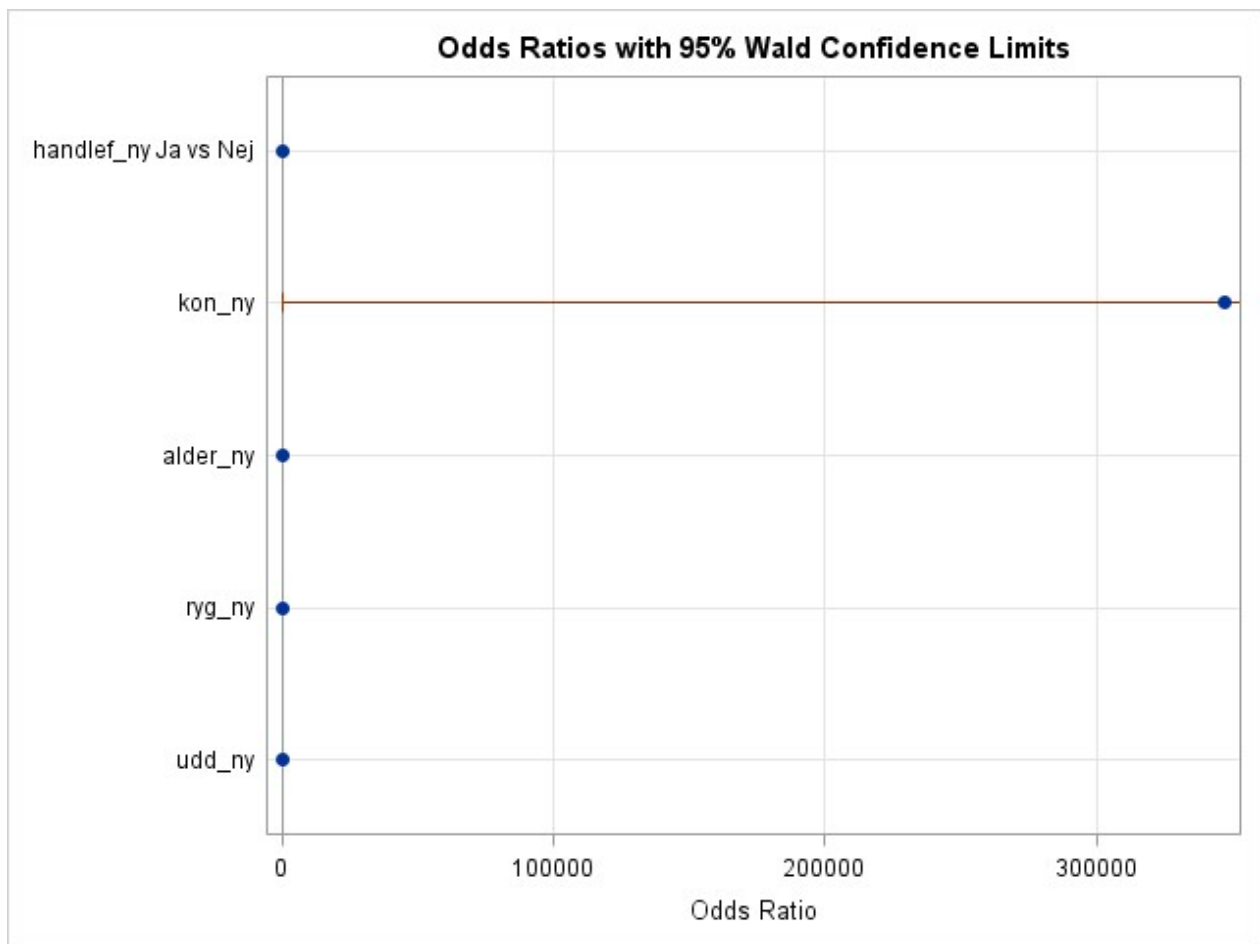
Type 3 Analysis of Effects			
Effect	DF	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
handlef_ny	1	0.0724	0.7878
kon_ny	1	0.0037	0.9518
alder_ny	1	2.6596	0.1029
ryg_ny	1	2.2000	0.1380
udd_ny	1	2.5545	0.1100

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept		1	-1.1483	1.1760	0.9536	0.3288
handlef_ny	Ja	1	0.1196	0.4445	0.0724	0.7878
kon_ny		1	12.7578	211.1	0.0037	0.9518
alder_ny		1	0.7608	0.4665	2.6596	0.1029
ryg_ny		1	0.9060	0.6108	2.2000	0.1380
udd_ny		1	-0.7203	0.4507	2.5545	0.1100

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	83.3	Somers' D	0.688
Percent Discordant	14.6	Gamma	0.702
Percent Tied	2.1	Tau-a	0.333
Pairs	240	c	0.844

Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Intervals					
Effect	Unit	Estimate	95% Confidence Limits		p-Value
handlef_ny Ja vs Nej	1.0000	1.270	0.222	7.255	0.7878
kon_ny	1.0000	>999.999	<0.001	>999.999	0.9518
alder_ny	1.0000	2.140	0.858	5.339	0.1029

ryg_ny	1.0000	2.474	0.747	8.193	0.1380
udd_ny	1.0000	0.487	0.201	1.177	0.1100



Referenceliste til bilag

- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis – Begreber, strategier og modeller. *Fagbladet Sygeplejersken*, 10, pp.2–8.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A., 2012. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), pp.1435–43.
- Eriksen, M.B., Christensen, J.B. & Frandsen, T.F., 2016. Embase er et centralt værktøj til medicinsk litteratursøgning. *Ugeskriftet.dk*, (august 2016), pp.2–6.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* 3. udgave., København: Hans Reitzel.
- Odense Universitetshospital, 2014. Tjeklister. Available at: <http://www.ouh.dk/wm440061> [Accessed April 15, 2018].
- Aalborg Universitetsbibliotek, Databaser og udbydere. Available at: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/> [Accessed April 4, 2018].