

SUNDHED PÅ MÆND'S PRÆMISSER

Sundhedsinterventioner i et borgerrettet perspektiv

Speciale skrevet af:

Anne Kristensen & Helle Bunk Bisgaard

Læring og forandringsprocesser, Institut for Læring og Filosofi

Aalborg Universitet

Specialevejleder: Annie Aarup Jensen

Antal anslag: 301.902

INDHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	1
FORORD	3
1. PROBLEMFELT	4
SUNDHEDSMÆSSIGE ADFÆRDSÆNDRINGER.....	6
HVAD VED VI FORSKNINGSMÆSSIGT OM ÆNDRING AF SUNDHEDSADFÆRD?	9
AALBORG KOMMUNE SOM PRAKSISUDSNIT.....	12
SPECIALET'S LÆRINGSPERSPEKTIV	15
2. PROJEKTOPBYGNING	17
3. METODE	18
FORSKNINGSTILGANG	18
FORSKNINGSDESIGN	19
METODOLOGISK- OG VIDENSKABSTEORETISK RETNING	20
INTERVIEW SOM METODE	21
INTERVIEWS MED MÅLGRUPPEN.....	22
FELTROLLER UNDER INTERVIEWS MED MÅLGRUPPEN.....	23
INTERVIEWGUIDE TIL MÅLGRUPPE.....	23
INTERVIEW MED PROJEKTLEDER OG PROJEKTKOORDINATOR.....	25
OBSERVATION SOM METODE.....	26
FELTROLLER UNDER OBSERVATION	27
ETISKE OVERVEJELSER	28
SAMTYKKEEKKLÆRING	29
ANALYTISK METODE	29
4. TEORI	31
OPLEVELSE AF SAMMENHÆNG - AARON ANTONOVSKY	31
THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR - ICEK AJZEN	33
BEHAVIORAL INITIATION AND MAINTENANCE - ALEXANDER J. ROTHMAN.....	35
VOKSENLÆRING - PETER JARVIS	37
MENING OG REFLEKSION - JACK MEZIROW	39
ANDRAGOGIK - MALCOLM SHEPHERD KNOWLES.....	42
LÆRINGENS TRE DIMENSIONER - KNUD ILLERIS.....	43

5. CASEBESKRIVELSER.....	47
INFORMANT A, ELEKTRIKER	47
INFORMANT B, MASKINMESTER.....	47
INFORMANT C, LASTVOGNSMEKANIKER	47
INFORMANT D, LASTVOGNSMEKANIKER.....	48
INFORMANT E, LASTVOGNSMEKANIKER	48
INFORMANT F, LOGISTIKMEDARBEJDER	48
INFORMANT G, TØMRER	48
INFORMANT H, CHAUFFØR	48
6. ANALYSE	49
ANALYSETEMA 1: INTENTIONEN OM SUNDHEDSMÆSSIG ADFÆRDSÆNDRING.....	49
MENINGSFULDE MÅL.....	49
REFLEKSION OVER TIDLIGERE ERFARINGER	54
BETYDNINGSFORBINDELSER OG INDSTILLING.....	57
ANALYSETEMA 2: FRA INTENTION TIL HANDLING	62
INDIVIDUEL ANSVARSTAGEN I EN SOCIAL ÆNDRINGSPROCES.....	62
OPFØLGNINGSSAMTALENS SOCIALE ASPEKTER.....	63
SOCIAL STØTTE	66
SOCIALT SAMVÆR	67
YDRE OMSTÆNDIGHEDER	70
ANALYSETEMA 3: SUNDHEDSSAMTALENS MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER	74
SUNDHEDSSAMTALEN SOM OPLYSENDE SUNDHEDSINTERVENTION?	74
SAMFUNDSSKABT BEVIDSTHED.....	76
SUNDHEDSSAMTALENS FORUDSÆTNINGER.....	79
7. DIDAKTISK DESIGN.....	85
PRINCIPPER FOR SUNDHEDSMÆSSIG ADFÆRDSÆNDRING	87
PRINCIPPERNES DIDAKTISKE PERSPEKTIV	88
REDSKABER TIL DEN SUNDHEDSFAGLIGE PRAKSIS	92
AT FREMKALDE FORSVARSNEDBRYDENDE UDSAGN	93
AT FREMKALDE REFLEKTEREDE BETYDNINGSFORBINDELSER	96
AT RETTE FOKUS MOD DET SOCIALE	98
AT FREMKALDE INDIVIDUELLE BEHOV	101
8. METODEKRITIK	107

9. KONKLUSION	110
10. LITTERATURLISTE	112
11. BILAGSOVERSIGT	118

ABSTRACT

This Master's thesis deals with the health problem that includes an increasing number of citizens with lifestyle diseases in contemporary society. In this regard, it is considered necessary to take action in order to optimize the health of the citizen and thus to reduce the risk of developing lifestyle diseases among the population - an act that will be based on changes in health behavior. Such behavioral changes can be regarded as a complex and individual undertaking which seems particularly challenging for the male target group as they generally do not want to deal with health. In recent years, the interest in men's approaches to health has grown, and related to this, it can be argued that there is a lack of knowledge about the understandings and meanings given by men in relation to health behavioral changes. This lack of knowledge will form the basis of the field of interest of this Master's thesis which will pose the following research question: What does the male citizen attach significance to regarding health behavioral changes in health promotion and disease prevention interventions, and how can health behavioral changes be supported based on knowledge of the citizen's attached significance?

This research question has been investigated based on Aalborg Municipality and their ongoing health intervention called 'Health dialogue'. These dialogues are practical examples of the meta-problem the Master's thesis is intended to investigate. Furthermore, we interviewed the project leader and project coordinator about their approaches to the health intervention and understanding of the citizens' change process. In addition, we have followed eight male citizens from the transport-, storage- and craft industry through their process in the health intervention by using qualitative interviews about their understandings towards changes in health behavior. These interviews have been gathered respectively before, immediately after and a month after the health dialogue. We have also followed the male citizens through observation during their health dialogue with a health counselor. Based on a phenomenologically-inspired meaning condensation and interpretation process of the empirical material, we have elucidated the male citizen's attached significance in change of health behavior. Based on behavioral, - and learning theory, we have focused on understanding how the male citizen's attached significance and experiences can form the basis for their intentions and actions regarding to a change of health behavior.

Based on the empirical-theoretical analysis, six principles have been deduced which describe the male citizen's attached significance and understandings in relation to change in health behavior. These principles describe the analytical findings that the citizen when confronted with change of health behavior draws on defense mechanisms that establish dissociation from change and

learning. By these defense mechanisms the citizens blame external circumstances, such as the weather, for the lack of intentions or action towards changes in health behavior. These defense mechanisms, which consist of non-related and societal expectations, has an inhibitory effect on the health dialogue as a learning space. However, the analysis also identifies several important elements for the citizen's formation of intentions and action on health behavioral change. Among important elements, we find that both affective and rationally determined goals, reflection on previous attempts on change and attitude towards change in health behavior, have an impact on the citizen's formation of intentions of change. We also find that social support and social communities are significant in relation to the citizen's intentions of change. Thus, several individual attached significances can be identified in the process prior to the health counselor and the citizen's planning of his health behavioral change - a process by which the analysis shows the health counselor neglects in favor of a planning orientation in the health dialogue. The health counselor can with advantage integrate the male citizen's attached significance to support his behavioral change in the health dialogue. This Master's thesis presents didactic tools for the health counselor to support behavioral change in the final design chapter. With these didactic tools, we recommend the health counselor to create space for defense-breaking statements, to promote reflexiveness, to focus on the social aspect of behavioral change, as well as to induce the male citizen's individual needs for health behavioral change.

FORORD

Indeværende speciale er udarbejdet af Anne Kristensen og Helle Bunk Bisgaard fra kandidaten Læring og Forandringsprocesser på Aalborg Universitet. Anne har forinden kandidaten en bachelorgrad i Sociologi ved Aalborg Universitet og har særligt interesse for, hvordan mennesker i interaktion kan præge hinanden. Helle har forinden kandidaten en professionsbachelor i Ernæring og Sundhed ved VIA University College Aarhus, og har en særlig interesse for sundhedsfremme og forebyggelse, og herunder sundhedsmæssige ændringsprocesser på det individuelle plan. Således udspringer specialets problemområde af en fælles interesse, da sundhed og sundhedsmæssig adfærdsændring kan ansues som værende en kompleks kobling af sundhedsmæssige og kognitive elementer såvel som sociale og sundhedspædagogiske elementer.

Specialegruppen vil i forbindelse med udformningen af nærværende speciale rette en stor tak mod medarbejderne i Aalborg Kommunes Sundhedsstrategiske Team for deres lyst til at medvirke samt deres engagement i specialet. I forlængelse heraf vil vi gerne sige tak til de virksomheder og herunder særligt de informanter, som har deltaget som cases i specialets empiriske dataindsamling. Slutteligt vil vi sige stort tak til vores vejleder Annie Aarup Jensen for en professionel og givende vejledning, som har bidraget med kritiske vinkler og gode overvejelser til stor brug i arbejdsprocessen.

Anne Kristensen & Helle Bunk Bisgaard

1. PROBLEMFELT

Når dagens Danmark betragtes, er sundhed et af de områder, der sættes stor opmærksomhed på. Sundhed er et element som alle i større eller mindre grad ikke kan undgå at forholde sig til, men er også et af de elementer, som skaber den største differentiering borgerne imellem. Dette kommer i Danmark til syne gennem udtrykket ulighed i sundhed. Betegnelsen ulighed i sundhed omfatter synet på den rolle som sociale, økonomiske og uddannelsesmæssige kår spiller i forhold borgernes sundhedsmæssige adfærd og helbredsmæssige tilstand. Der kan eksempelvis være borgere, hvis uddannelsesmæssige baggrund gør det svært for dem at forstå offentlige sundhedsanbefalinger grundet svære teoretiske begreber og sundhedsfaglige beskrivelser. Der kan således være tale om ulighed i den forstand, at alle borgere reelt set ikke har lige adgang til at forstå indholdet i offentlig sundhedsforskning (Hyldig 2008: 13). Når uligheden betragtes, sættes der særligt fokus på de livsstilssygdomme, som kan opstå som følge af en helbredstruende adfærd. Netop helbredstruende adfærd samt livsstilssygdomme sætter den for nyligt udkomne rapport *Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017* fokus på. De nye undersøgelser viser eksempelvis, at der er sket en stigning i antallet af den voksne befolkning, som enten er moderat eller svært overvægtige (Body Mass Index (BMI) ≤ 25) fra 47,4 % til 51 %. Altså er over halvdelen af den voksne befolkning overvægtige, hvoraf mænd udgør en større procentdel end kvinder. Overvægt anses som værende et alvorligt folkesundhedsproblem og der sættes særligt stort fokus herpå, da det kan have forskellige livsstilssygdomme som følge - herunder type 2-diabetes, forhøjet blodtryk og hjertekar-sygdomme (Christensen et al. 2014: 91-93; Jensen et al. 2018).

Med afsæt i denne stigende sundhedsmæssige problematik kan der argumenteres for en nødvendighed i at skride til handling i forhold til at optimere sundhedstilstanden og for at mindske risikoen for udvikling af livsstilssygdomme blandt befolkningen. Ansvar for at skabe rammer som kan optimere borgernes sundhedstilstand samt for at udvikle sundhedsfremmende- og forebyggende tilbud og interventioner, ligger ifølge Sundhedsloven, på det kommunale plan. Ansvar placeres hos landets kommuner med den begrundelse, at der her findes de bedste muligheder for at komme helt tæt på borgerne grundet deres bopæl i kommunen, hvilket kan anses som værende et oplagt standpunkt i forhold til udviklingen af tilbud, som er specifikt rettet mod de miljøer, hvori borgerne har deres daglige gang. Der kan på den måde skabes en nærhed til borgerne, som kan give en unik mulighed for at følge deres sundhedsmæssige udvikling (Hanak et al. 2007: 8). Sundhedsfremmende- og forebyggende tiltag i kommunalt regi, har ifølge Lars Oberländer forskellige hensigter. Stilles der skarpt på definitionen af forebyggelse, er der her tale om tilgange og tiltag, som søger at nedbringe de risikofaktorer der må være, når borgernes

sundhedsmæssige adfærd betragtes. Der er her fokus på at forhindre sygdommes opståen og der kan dermed lægges et risikoperspektiv ned over forebyggelse som metode. Bevæges blikket herefter over på sundhedsfremme, er det udvikling af det enkelte individs handlekompetencer og handlemuligheder som er det primære fokus - altså dét at sætte individet i stand til at tage vare på egen sundhedstilstand. Det kan eksempelvis være gennem udvikling af kommunale indsatser eller tilbud som livsstilshold, hvor borgere opnår viden om kost og motion og får redskaber til at planlægge hverdagen ud fra denne viden (Öberlander 2012: 175, 180-181). Sundhedsfremme og forebyggelse er tilgange, som kommunalt set anvendes i samspil i interventioner, for at kunne sænke den samfundsmæssige belastning samt for at ruste den enkelte borger til at tage vare på egen sundhed.

Med øje herfor og med et ønske om at udbedre de sundhedsmæssige vilkår for de borgere, som af økonomiske, jobmæssige og sociale grunde befinder sig i særlig risiko for udvikling af livsstilssygdomme, blev der i 2015 blandt partierne indenfor sundhedsområdet besluttet at afsætte en satspulje til den sociale indsats på 874,3 millioner kroner. Dette i en aftaleperiode fra 2016-2019 (Sundhedsstyrelsen 2017). Satspuljen har til formål at bidrage til udarbejdelsen af virksomme metoder til forebyggelse og nedbringelse af borgernes risiko for udvikling af livsstilssygdomme. Med afsæt i et fokus på forebyggelse og risikonedsettelse blev der gennem Sundhedsstyrelsen udbudt en ansøgningspulje på 27 millioner kroner til sundhedsinterventionen *Projekt styrket rekruttering til kommunale tilbud*, som på kommunalt plan kunne søges hjem med det formål, at anvende midlerne til at gennemføre sundhedstjek eller sundhedssamtaler samt at udvikle metoder til at opnå øget rekruttering til kommunale sundhedstilbud. Disse sundhedstjek- eller samtaler er tiltænkt målgruppen 40-60 årige med lav eller ingen kompetencegivende uddannelse, da denne befolkningsgruppe vurderes til at udgøre en risikogruppe, der er særligt disponeret for udvikling af livsstilssygdomme. Med denne sundhedsintervention muliggøres det for kommunerne allerede i et tidligere stadie, at opspore risikofaktorer og tegn på sygdom hos borgerne i målgruppen og dermed at sætte ind med forebyggende indsatser, som kan nedbringe disse risikofaktorer samt på sigt medvirke til en mindsket belastning på sundhedssystemet (Bilag 1). Endvidere muliggøres det via individuelle samtaler med borgerne at styrke deres handlekompetencer i forhold til egen sundhedsadfærd og således kommer et sundhedsfremmende perspektiv til udtryk i kommunernes sundhedsinterventioner.

SUNDHEDSMÆSSIGE ADFÆRDSÆNDRINGER

Behovet for at sætte fokus på ændring af sundhedsadfærd gennem sundhedsfremmende og forebyggende interventioner, kan forklares med afsæt i en dybere forståelse af, hvilke udfordringer der kan foreligge i forbindelse sådanne ændringer. Vi lever i dag i et individualiseret samfund, hvor ansvaret for at tilegne sig sunde vaner samt for at leve et sundt liv primært anses for at ligge hos den enkelte. Personlige, sociale, psykologiske samt samfundsmæssige faktorer er medbestemmende for, hvilke valg vi som individer træffer og dermed for, hvilken livsstil vi vælger at udleve. Vi er dog i nærværende speciale opmærksomme på, at sundhedsadfærd ikke altid er et udtryk for bevidste valg (Hyldig 2008: 71). Individuelle psykiske og fysiske faktorer kan præge den enkelte borgers sundhedstilstand - dårlig mental trivsel eller fysiske mén kan resultere i overvægt, såfremt pågældende borgers helbred eksempelvis afhænger af medicin, som påvirker vægten eller har en psykisk diagnose eller dårligt fysisk helbred, hvor det for vedkommende er svært at løfte opgaven om eksempelvis daglig motion. Der kan også være situationer, for hvem overvægt er decideret arveligt grundet specifikke genvarianter (Madsen 2016). Dette vil nærværende speciale ikke gå i dybden med, men det bør alligevel understreges, at vi i specialet er opmærksomme på, at sundhedsadfærd ikke kan reduceres til udelukkende bevidste valg, der træffes ud fra vurderingen af, om noget er sundt eller usundt. Sundhedsadfærd er bundet til det enkelte individ og dennes sociale omgivelser, hvorfor en ændring af sundhedsadfærd er mere komplekst end som så (Kjøller & Rasmussen 2002: 310).

Sundhedsadfærd som begreb dækker således over bevidste såvel som ubevidste handlinger, herunder sundhedsvaner (Kjøller & Rasmussen 2002: 308). Vaner defineres som automatiserede handlinger, som aktiveres i konkrete situationer. I modsætning til bevidst intentionel adfærd er vaner reguleret og igangsat af impulser og er karakteriseret ved minimal kognitiv aktivitet (Gardner 2016). Ifølge Pernille Due og Bjørn Holstein kan sundhedsadfærd defineres som '*de handlinger, mennesker udfører for sig selv eller for andre, som på længere sigt fører til sundhed*' (Due & Holstein 2009: 210). I denne definition ligger der således også implicit en antagelse om, at sundhedsadfærd både er et resultat af egne handlinger, men at sundhedsadfærd også er et punkt, hvor vi præger hinanden. I nærværende speciale forstår vi således sundhedsadfærd som et mix af det dialektiske forhold mellem aktør og struktur. Sundhedsadfærd er ikke alene et udtryk for aktørens selvstændige handlinger, men kan ligeledes være et udtryk for kulturel påvirkning, hvor sundhed i øvrigt kan opfattes forskelligt alt efter, hvor man befinder sig i verden. Den enkeltes sundhedsadfærd kan altså også være påvirket af omgivende miljø, såsom lovgivning, arbejdsplads, social omgangskreds og normative retningslinjer dikteret af eksempelvis Sundhedsstyrelsen og medierne i forhold til

hvad man bør veje og spise. Således kan sundhedsadfærd også anses som værende et offentligt ansvarsområde (Hyldig 2008: 71; Hanak et al. 2007: 8).

Når det offentliges ansvar i forhold til befolkningens helbredstilstand beskues, ses det ofte i relation til det faktum, at en mindsket sygdomsbyrde blandt befolkningen fører til et fald i de omkostningsmæssige konsekvenser, som en helbredstruende adfærd kan føre med sig. Undersøgelsen *Sygdomsbyrden i Danmark* er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, og omhandler de omkostningsmæssige konsekvenser, der kan opstå i forlængelse af en helbredstruende sundhedsadfærd, hvilket Sundhedsstyrelsen beskriver som vaner eller handlinger som fx rygning, alkohol, fysisk inaktivitet samt u hensigtsmæssige kostvaner (Eriksen et al. 2016: 11). Det er dokumenteret, at netop alle disse sundhedsmæssige faktorer udgør en trussel for borgernes helbred og at de dermed er risikofaktorer i forhold til udvikling af overvægt og livsstilssygdomme. Trækkes der et par eksempler ud, viser nævnte undersøgelses fund, at fysisk inaktivitet blandt borgere i år 2013 medvirkede til ekstra indlæggelser og højere sygefravær set i forhold til aktive borgere. I forlængelse heraf medvirkede fysisk inaktivitet til ekstra omkostninger på 5,3 milliarder kroner årligt til behandling og pleje som følge af sygdom, samt ekstra omkostninger på 12 milliarder kroner årligt i forbindelse med tabt arbejdsfortjeneste (Eriksen et al. 2016: 15). Det samme billede viser sig, når kategorien 'svær overvægt' betragtes og holdes op imod borgere, som ligger indenfor normalkategorien på BMI kurven, som strækker sig fra en BMI på 18 til 25. Her forefindes ekstra omkostninger på 1,8 milliarder kroner årligt til behandling og pleje, mens der ved tabt arbejdsfortjeneste tillægges ekstra omkostninger på 10 milliarder kroner årligt. Dette er blot få eksempler af mange, hvor en helbredstruende sundhedsadfærd både har en konsekvens i forhold til den enkeltes helbredstilstand, men også i forhold til de samfundsmæssige omkostninger, der er forbundet hermed. Hvis antallet af borgere som hører indenfor de forskellige kategorier af helbredstruende sundhedsadfærd falder, så vil sygdomsbyrden også falde på sigt og dermed medvirke til et fald i de samfundsøkonomiske ekstraomkostninger (Eriksen et al. 2016: 16). I et mikroperspektiv kan det endvidere antages, at borgere der har en sundhedsadfærd som indbefatter én eller flere af ovenstående helbredstruende faktorer med fordel kan gennemgå en sundhedsmæssig adfærdsændring for at opnå et bedre helbred og muligvis en højere livskvalitet.

Dét at gennemgå en adfærdsændring kan dog være lettere sagt end gjort. Ifølge Chris MacDonald hersker der blandt den danske befolkning en tro om, at det tager 21 dage – altså kun tre uger – at forme en vane. Netop denne tro er der god grund til at stille sig kritisk overfor, da der ifølge ham ikke findes et eneste videnskabeligt studie, som har vist at dette er tilfældet (MacDonald 2010). Stilles der skarpt på definitionen af en vane jævnfør side 6, er det et element som har en stor betydning i vores daglige handlinger. Som førnævnt kræver vanehandling ofte ikke nogen form

for nærmere overvejelser, og så længe at vores handlinger kører på en form for rutine, stiller det ikke krav til en bevidsthed i forhold til de tanker vi gør os. Når et individ skal foretage en vaneændring, vil det pludselig stille krav til den enkeltes tankevirksomhed, hvilket er energimæssigt krævende (Hyldig 2008: 72). Ifølge Jette Hyldig er særligt de indgroede livsstilsvaner svære at ændre og det vil kræve, at der rettes en opmærksomhed mod flere af dagligdagens handlinger samt en opmærksomhed mod de normer og forståelser, som knytter sig til adfærden (Hyldig 2008: 75). Ydermere påpeger Peter Prescott og Tore Børtveit, at ændring af adfærd er et komplekst foretagende. Det er individuelt, i hvilken grad den enkelte borger er motiveret for ændring heraf og endvidere er det også individuelt, hvorvidt der forefindes en parathed for forandringer og vaneændring (Prescott & Børtveit 2005: 63-64).

Det engelske studie *How are habits formed: modelling habit formation in the real world*, som er udført af Phillippa Lally m.fl. (2010), underbygger det faktum, at vaner er svære og energikrævende at ændre, samt at individer befinder sig forskellige steder i forhold til deres parathed for forandringer. Studiet undersøger vaneændring i en virkelighedssammenhæng med det formål at dykke dybere ned i, hvordan vaner skabes samt indenfor hvilket tidsperspektiv, en adfærdsændring kan kaldes for en vane. Ifølge studiet vil alle handlinger der udføres første gang være bevidste og dermed kræve energi i form af tanker og planlægning. Disse handlinger kan over tid bevæge sig mod at blive automatiserede, og netop her kan handlingen anskues som værende blevet omdannet til en vane. I undersøgelsen som forløb over tre måneder, fik de motiverede deltagere til opgave dagligt at gentage én sundhedsfremmende adfærd efter eget valg – dog indenfor kost, drikke eller motion – samt dagligt at svare på et spørgeskema om hvorvidt adfærden føles fjern, naturlig eller mere automatisk at udføre. Studiets fund indikerer tre væsentlige aspekter indenfor vaneændringer: 1) At de deltagere som udførte adfærden mest konsekvent, hvilket udgør omtrent halvdelen, i løbet af de tre måneder oplevede at automatiseringen i forhold til den pågældende handling steg, 2) at den gennemsnitlige tid for formningen af en vane var 66 dage, baseret på et interval fra 18-254 dage og 3) at på trods af, at deltagerne fra undersøgelsens start var motiverede til at foretage en adfærdsændring, var det kun halvdelen af deltagerne, som udførte ændringerne konsekvent nok til at opnå automatik.

Disse tre fund underbygger vigtigheden i et fokus på at understøtte borgere i de adfærdsændringer de gennemgår, fordi ovenstående undersøgelser viser, at sundhedsmæssig adfærdsændring er en længere og mere kompleks proces end som så (Lally et al. 2010). I relation hertil kan der imidlertid stilles spørgsmålstejn ved, hvordan ændringsprocessen som fænomen ser ud fra borgerens perspektiv, men også hvorledes denne ændringsproces kan understøttes. Ovenstående forskning kan siges at have et behavioristisk perspektiv, fordi adfærdsændring, som ellers i litteraturen

beskrives som et individuelt fænomen, heri undersøges ud fra observerbar adfærd som eksempelvis at udføre en handling, der skal automatiseres. Dernæst forsøger ovenstående forskning at indkapsle adfærdsændring i en form for lovmæssighed, hvor resultaterne udlægges som bud på, hvornår og under hvilke omstændigheder adfærdsændringen har de bedste vilkår for at lykkes med at blive en vane. Ud fra ovenstående stiller vi os således undrende overfor, om forskning på området også har belyst det individuelle fænomen, som adfærdsændring beskrives som, ud fra et kvalitativt og kognitivt perspektiv, som kan bidrage med en beskrivelse af, hvordan adfærdsændring opleves og tilskrives betydning af borgeren selv? I forbindelse hermed finder vi det relevant at granske dansk såvel som international forskning for en beskrivelse af, hvordan fænomenet adfærdsændring ser ud fra et indre perspektiv.

HVAD VED VI FORSKNINGSMÆSSIGT OM ÆNDRING AF SUNDHEDSADFÆRD?

Indenfor dansk forskning vedrørende sundhedsmæssige adfærdsændringer ligger fokus hovedsageligt på specifikke adfærdsændringer via interventioner som rygestop eller afholdelse fra alkohol. Indenfor rygestop kan der imidlertid findes brugbar kvalitativ viden om målgruppen kortuddannede, herunder også faglærte, i en undersøgelse af sundhed og rygestop i et hverdagslivsperspektiv, som er finansieret af Sundhedsstyrelsen via puljen for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse (2007). Undersøgelsen er forankret i Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspolitik på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet, og undersøger hovedsageligt de processer, der har betydning for beslutningen om rygestop samt fastholdelsen heraf på et individuelt og kvalitativt plan. Undersøgelsen konkluderer blandt andet, at indre mestringsressourcer og det sociale miljø har betydning for målgruppens succes med rygestop, hvor et anerkendende miljø fungerer som 'hjælper' i ændringsprocessen, mens det at have mange rygere i sit omgivende sociale miljø fungerer som 'modstander' i ændringsprocessen (Jensen et al. 2007: 7).

Samme konklusion vedrørende et opmuntrende socialt miljø findes i en undersøgelse udgivet af Diabetesforeningen, som har foretaget en kombineret kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af, hvad der fremmer og hæmmer livsstilsændringer ved Diabetesforeningens medlemmer. Her spørges der ind til, hvilke trigger-points der har betydning for en succesfuld livsstilsændring (Dømgaard et al. 2015). Foruden det sociale miljøes betydning, vurderes det at have fået diabetes samt frygten for følgesygdomme som den største motivationsfremmer i forhold til medlemmernes gennemførelse af en adfærdsændring (Dømgaard et al. 2015: 16). På samme vis som i førnævnte rygestops-undersøgelse er der altså fokus på en målgruppe, som enten allerede er ramt af sygdom som diabetes, eller som har én specifik afhængighed, der skal afvænnens. Der kan således udpeges

et behov for viden om adfærdsændringer ved raske borgere på et mere generelt plan. Det kan fx være mindre adfærdsændringer i borgeres kostvaner, fysisk aktivitet eller søvnrytme. Efterspørgslen på viden om hvilke forståelser og betydninger raske borgere trækker på i forhold til adfærdsændringer bunder hovedsageligt i, at man i sundhedsregi allerede besidder viden om, hvor meget forestående helbredstrusler kan motivere målgruppen til adfærdsændringer (Dømggaard et al. 2015; Bilag 18).

Når international forskning betragtes kan der generelt findes et bredere perspektiv på adfærdsændring end hvad tilfældet er i dansk forskning, som synes afgrænset til enten specifikke afhængigheder eller undersøgelser på en målgruppe, der i forvejen har fået konstateret helbredsproblemer. Richard M. Ryan m.fl. (2008) står bag én blandt flere publikationer, der beskæftiger sig med adfærdsændring i forhold til et bredere udsnit af vaner. I publikationen *Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory* tages der afsæt i Ryan og Edward L. Decis teori Self-determination Theory og herunder begreberne autonomi, kompetence og tilhørsforhold, hvor det konstateres, at disse tre begreber effektiviserer og fremmer motivationen for adfærdsændring. Ryan m.fl. argumenterer dermed for, at adfærdsændring har bedre vilkår for at lykkes i sundhedsinterventioner, når borgeren oplever en følelse af autonomi, kompetence og tilhørsforhold. (Ryan et al. 2008: 1). Denne publikation er imidlertid én af flere, som afgrænser borgernes proces igennem forløbet til at omhandle konkrete begreber, der på forhånd er udvalgt til at beskrive fænomenet adfærdsændring, men som imidlertid ikke er funderet i en undersøgelse af selve fænomenet i dets kontekst. Den internationale forskning rummer altså, modsat den danske forskning, beskrivelser af adfærdsændring i et mere generelt perspektiv, men dette hviler oftest på foruddefinerede begreber som beskriver, hvad der for borgeren synes betydningsfuldt under adfærdsændringen, på trods af at disse begreber ikke er opstået på den baggrund og funderet i den kontekst.

Det tyske studie *Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors* er endnu et eksempel på, hvorledes adfærdsændringer søges at forklares med afsæt i en konkret teori (Schwarzer 2008). I studiet indtages det standpunkt, at der indenfor de social-kognitive teorier mangler et fokus, som kan forklare den optimale facilitering af vejen fra borgerens intention til handling, når sundhedsmæssige adfærdsændringer betragtes. I forlængelse af dette handlingsorienterede fokus har Schwarzer udviklet teorien Health Action Process Approach (HAPA), som beskriver de psykologiske konstruktioner, der kan forklare, hvad der skal til for at individer handler på de intentioner, de måtte have om en adfærdsændring. I modsætning til Ryan m.fl. (2008) er dele af dette studies begrebsapparat i højere grad forankret i en sundhedsmæssig kontekst. Der kan imidlertid stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt HAPA med sit

handlingsorienterede fokus afgrænser sig fra kunne sige noget om, hvordan mennesker overhovedet danner intentioner om sundhedsmæssige adfærdsændringer.

Hvor der i dansk forskning kan siges at mangle en viden om sundhedsmæssig adfærdsændring i forhold til et bredere udsnit af sundhedsvaner, synes international forskning altså at have den akilleshæl, at det i høj grad undersøger fænomenet adfærdsændring med afsæt i foruddefineret teoretiske begreber - begreber der ikke nødvendigvis er udviklet i direkte relation til sundhedsmæssige adfærdsændringer, men i en anden kontekst. Derved kan det diskuteres, hvorledes beskrivelsen af fænomenet som den fremgår i den internationale forskning, bygger på teoretiske forudantagelser om borgernes egne betydningstilskrivelser, oplevelser og tanker i forhold til adfærdsændring i en sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, frem for en empirisk forankring i den kontekst, de sundhedsmæssige ændringer og interventionen er indrammet i. I relation hertil kan der, ud fra ovenstående forskning samt definitionen af sundhedsadfærd og adfærdsændringer som værende et individuelt præget fænomen, udpeges en mangel på viden om, hvordan ændringsprocessen ser ud fra borgerens eget perspektiv - fra overvejelsen og intentionen om at foretage en adfærdsændring eller ej, som HAPA synes at negligere, til en eventuel handling og/eller fastholdelse af adfærdsændringen.

Set fra et andet perspektiv, kan der i et bredt udsnit af sundhedsforskning endvidere anskues en mangel på en skelnen mellem kvinder og mænds tilgang til sygdom og sundhed. En mangel som ligeledes underbygges af forskeren Svend Aage Madsen, som argumenterer for, at kønsperspektivet indenfor sundhedsforskning hidtil særligt har lagt på specifikke kønsrettede sygdomme, og dermed ikke på kønnenes forskellige tilgange til sygdom og sundhed. Dog er der ifølge Madsen i de seneste år sat et øget fokus på mænd og kvinders tilgang til sundhed som værende forskellig, hvorfor forskningen i dag i højere grad rettes mod det specifikke køn. Som følge heraf er interessen for mænds sundhed steget, og der forefindes imidlertid en interesse for at undersøge mænds sundhed ud fra en række forskellige aspekter, som synes at have indflydelse på, hvordan det rent helbredsmæssigt står til - herunder biologiske, sociale, psykologiske og samfundsmæssige aspekter (Madsen 2014: 10). Netop som følge af dette forholdsvis nye fokustagen på viden omkring mænd og sundhed, fremkommer relevansen i at opnå en dybere indsigt i, hvad der er på spil, når mænd og sundhed kobles sammen - det tyder nemlig ifølge Madsen på, at mænd generelt ikke ønsker at beskæftige sig i særlig grad med egen sundhed, hvilket kan udpeges som en udfordring for sundhedsinterventioner som inkluderer mænd (Madsen 2014: 77). Dette understreger dermed relevansen for at undersøge, hvad der ligger bag mænds forhold til sundhed og herunder sundhedsmæssig adfærdsændring samt at undersøge hvordan den sundhedsfaglige praksis kan rettes mod- og inkludere det mandlige køn på en måde i sundhedsinterventioner, som vækker

mænds interesse og lyst til at beskæftige sig med egen sundhed, hvilket nærværende speciale har fokus på.

En sådan viden om den mandlige borgers egne perspektiver på- og betydningstilskrivelser i forhold til generelle sundhedsmæssige adfærdsændringer tilstræber nærværende speciale at opnå og anvende til at udpege handlingsinitiativer i forbindelse med at understøtte adfærdsændringer. I relation hertil tager vi afsæt i Knud Illeris' definition af læring som en varig kapacitets- eller adfærdsændring, der ikke skyldes biologisk modning eller glemsel (Illeris 2015: 20). Således skal undersøgelsesformålet forstås i lyset af et læringsperspektiv - et undersøgelsesformål som med afsæt i problemfeltets argumentation udformes i følgende problemformulering for specialet:

Hvad tilskriver den mandlige borger betydning i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer i en sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, og hvorledes kan sundhedsmæssige adfærdsændringer understøttes med afsæt i viden om borgernes betydningstilskrivelser herom?

AALBORG KOMMUNE SOM PRAKSISUDSNIT

Til undersøgelse af ovenstående problemformulering, tager indeværende speciale sit afsæt i Aalborg Kommune. Aalborg Kommune er nemlig et praksisudsnit på den metaproblematik, som problemformuleringen sætter fokus på, fordi de i kraft af deres deltagelse i Sundhedsstyrelsens satspuljeprosjekt *Projekt styrket rekruttering til kommunale tilbud*, på nuværende tidspunkt arbejder med at skabe sundhedsmæssige adfærdsændringer hos en udvalgt målgruppe - borgere med kort eller ingen kompetencegivende uddannelse samt borgere som befinder sig indenfor et aldersspænd på 40-60 år. Dette gennem sundhedssamtalen som en sundhedsfremmende- og forebyggende intervention. Sundhedssamtalen som den udføres i Aalborg Kommune har typisk en varighed på 30 minutter og foregår på borgerens arbejdsplads i arbejdstiden. Under sundhedssamtalen tages der afsæt i et skema *Tanker om min sundhed* som borgeren udfylder på forhånd. I skemaet skal borgeren vurdere egen sundhedstilstand og sætte kryds ved spørgsmål vedrørende helbred, fysisk aktivitet, madvaner, alkoholvaner, rygevaner, søvn og trivsel (Bilag 4). Slutteligt rummer skemaet en tom skitse for en handleplan, som borgeren udfylder sammen med sundhedsvejlederen under sundhedssamtalen. Sundhedsvejlederen anvender skemaet til at skabe overblik over borgerens sundhedstilstand og sundhedsvejlederen kan herudfra afgøre, hvilke sundhedsmæssige anbefalinger der er relevante i forhold til borgerens sundhedstilstand. I relation til skemaet og sundhedsvejlederens fokus på handleplanen som et redskab til at anskueliggøre ændringsmål for borgerne, kan der i sundhedssamtalen siges at ligge en implicit antagelse om, at alle borgere besidder vaner eller adfærd, som skal ændres ud fra et sundhedsfremmende perspektiv. Antagelsen

om at disse borgere med fordel kan foretage ændringer i egen sundhedsadfærd kan begrundes i Sundhedsstyrelsens data vedrørende målgruppen, som værende i risiko for udvikling af livsstilssygdomme (Bilag 1).

Aalborg Kommunes projekt er med en støtte på i alt 4 millioner kroner fra satspuljen, den kommune, som har modtaget den største bevilling (Sundhedsstyrelsen 2017). Aalborg Kommune tilføjer endvidere projektet en stor andel egenfinansiering, hvilket gør deres projekt til det mest omfangsrige af alle deltagende kommuner i satspuljeprojektet. Heraf følger dog også større forventninger til antal sundhedssamtaler afholdt i løbet af den tre-årige projektperiode, hvor Aalborg Kommune har sat det som et mål at afholde 6000 sundhedssamtaler (Bilag 1).

Projektet udføres i Sundhedsstrategisk Team i Sundheds- og Kulturforvaltningen, hvor vi som studerende har været med på sidelinjen siden projektet startede i efteråret 2017. I opstartsfasen var det særligt spørgsmålet om rekruttering til sundhedssamtalerne, som var relevant at stille og netop denne udfordring arbejdede vi med i løbet af 9. semester. Her blev resultatet en rapport, som omhandler rekrutteringsprocessen og som præsenterer didaktiske handleanvisninger til sundhedsvejledere, som i deres daglige virke har til opgave at rekruttere og motivere målgruppen til deltagelse i sundhedssamtalen (Bilag 18). I forbindelse med at Aalborg Kommunes projekt skrider frem oplever de imidlertid andre udfordringer, end dem som opstartsfasen bød på, og netop her bliver Aalborg Kommune som et praksisudsnit relevant i belysningen af indeværende speciales problemformulering. Spørgsmålet om hvordan der kan arbejdes effektivt med understøttelse af borgernes eventuelle adfærdsændringer, er et fokuspunkt for Aalborg Kommune, da de ikke kun fokuserer på at visitere eller sende målgruppen videre til kommunale tilbud. Aalborg Kommune ønsker også at fokusere på de borgere, der ikke nødvendigvis har et behov for kommunale tilbud, men som i stedet kan nøjes med at foretage individuelle ændringer i sine sundhedsvaner på egen hånd (Bilag 3). Når der tales om sundhedsmæssige adfærdsændringer i Aalborg Kommunes projekt, er der således både tale om adfærdsændringer i forbindelse med et kommunalt tilbud samt målgruppens eventuelle individuelle adfærdsændringer, som sundhedssamtalen kan bringe med sig. Foruden dette udvider Aalborg Kommune i øvrigt også projektet til at omfatte en bredere målgruppe end satspuljeprojektets fokus på 40-60 årige med ingen eller kort kompetencegivende uddannelse. Aalborg Kommune har nemlig også fokus på en målgruppe, der placerer sig i en bestemt risikogruppe for udvikling af muskel-skelet lidelser, KOL, diabetes og hjertekarsygdomme (Bilag 1). Denne risikogruppe relaterer sig typisk til bestemte brancher, hvis arbejdsrytme og arbejdsforhold resulterer i bestemte sundhedsmæssige risici. Dette kan fx være transport-, lager- og håndværkerbranchen, hvis arbejdsdag er præget af tunge løft. Med afsæt heri har Aalborg Kommune altså med en udvidet målgruppe at gøre, som qua de nævnte

brancher rummer et overtal af mænd. Således er det, grundet vores specialesamarbejde med Aalborg Kommunes Sundhedsstrategiske Team, også denne målgruppe vi har fået adgang til og som vi i nærværende speciale vil besvare problemformuleringen med afsæt i. Hvorvidt vi med afsæt i denne målgruppe kan udbrede specialets fund til at kunne sige noget om den mandlige målgruppe generelt, forholder vi os kritisk til i specialets metodekritiske kapitel, der udgør et af specialets sidste kapitler.

Med afsæt i Sundhedsstyrelsen samt Aalborg Kommunes fokus på sundhedsmæssige adfærdsændringer via sundhedssamtalen som sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, er ovenstående satspuljeprojekt og Aalborg Kommunes deltagelse heri således et praksisudsnit på, hvor man helt konkret arbejder på at udvikle borgerrettede tilgange, der har til formål understøtte en given borger i dennes eventuelle sundhedsmæssige adfærdsændringer. Således kan vi med afsæt i Aalborg Kommunes målgruppe undersøge specialets problemformulering via en direkte kontakt med borgerne før, under og efter sundhedssamtalen, for at få indsigt i de forståelser og betydningstilskrivelser borgeren gør sig i det forløb det kan siges at være, at deltage i Aalborg Kommunes sundhedsfremmende- og forebyggende intervention i form af sundhedssamtalen. I forlængelse heraf kan kontakten med borgeren før, under og efter sundhedssamtalen endvidere skabe mulighed for en indsigt i den virkning eller manglen herpå, sundhedssamtalen har i forhold til borgerens forståelser og betydningstilskrivelser om sundhedsmæssig adfærdsændring. Den teoretiske begrundelse for at følge borgerne i forløbet omkring sundhedssamtalen finder sit belæg i Prochaska og DiClementes model over forandringsstadier, som udpeger forskellige stadier i adfærdsændringsprocessen fra den første spirende overvejelse til en eventuel handlen og/eller fastholdelse af adfærdsændringen (Prescott & Børtveit 2005: 71). Ifølge Prochaska og DiClemente kan borgeren således ændre synspunkter, intentioner og vilje undervejs i ændringsprocessen, hvorfor det i specialet vurderes relevant med disse tidsmæssige nedslag for at få et retmæssigt billede af borgerens forståelser og betydningstilskrivelser under hele processen. En mere metodisk gennemgang heraf følger dog først i næstkommende metodekapitel. Således kan borgernes deltagelse i denne intervention altså anskues som et processuelt forløb, da det kan siges at indebære 1) valget om at deltage i sundhedssamtalen, 2) selve deltagelsen i sundhedssamtalen og 3) deltagelse i et opfølgende telefonisk interview én, tre eller seks måneder efter sundhedssamtalen, hvilket Sundhedsstyrelsen har påkrævet kommunen at udføre (Bilag 4) - for ikke at tale om den proces det kan siges at være, når borgeren før, under og efter sundhedssamtalen skal forholde sig til det at ændre sundhedsadfærd. Hvad enten borgerne, herunder specialets informanter, gennemgår sundhedsmæssige adfærdsændringer eller afviser dette, kan det at de indgår i Aalborg kommunes

sundhedsfremmende og -forebyggende intervention i sig selv anskues som værende en læreproces, som borgerne gennemgår.

SPECIALETS LÆRINGSPERSPEKTIV

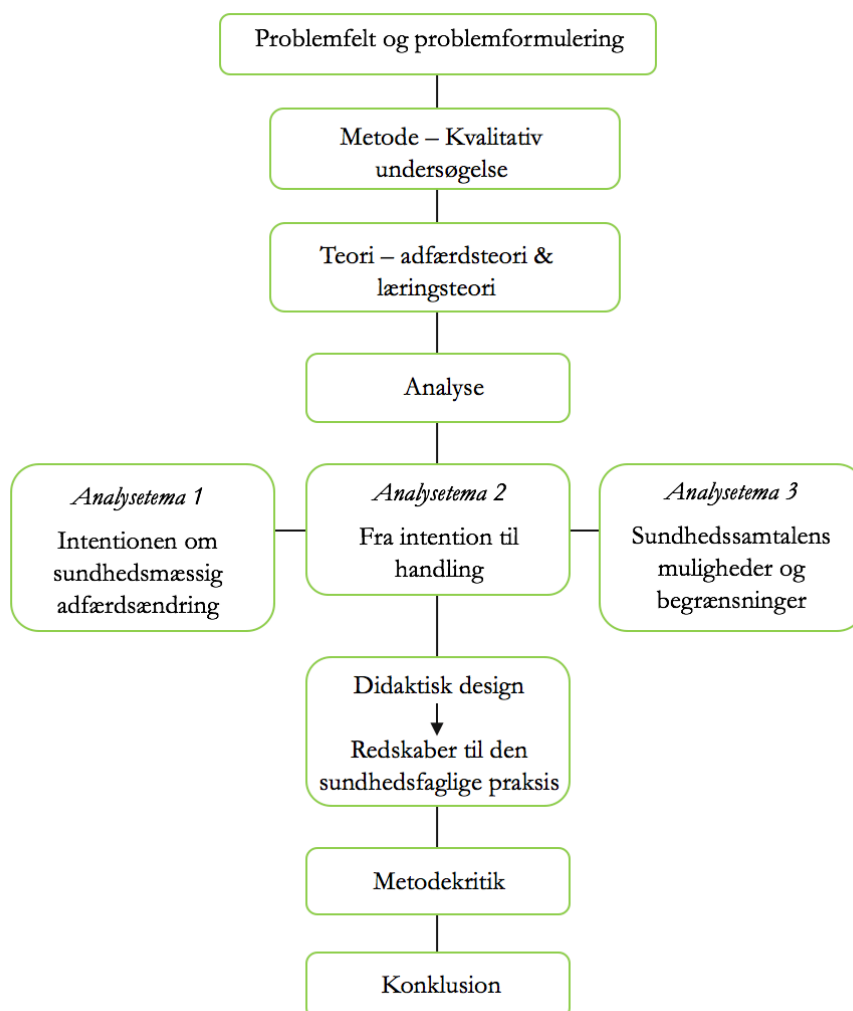
Nærværende speciales læringssyn kan siges at være bygget op omkring flere elementer. Først og fremmest, og som førnævnt, forstår vi i indeværende speciale læring som en varig ændring, jf. Illeris (Illeris 2015: 20). Det betyder således også, at vi i specialet forstår sundhedsmæssig adfærdsændring som en læreproces, hvilket leder op til den forståelse, at en understøttelse af adfærdsændring således også er en understøttelse af en læreproces. En læreproces der ifølge Illeris rummer flere dimensioner af vigtige samspillende faktorer. Med afsæt i Illeris' læringsforståelse tillægger vi både individets relation til den sociale omverden, indholdet af det der skal læres samt drivkraften - herunder motivation og vilje for læringen, betydning (Illeris 2015: 47). Disse dimensioner vil analysen således behandle, dog med inputs fra andre begrebslige betegnelser. Hvad der mere konkret igangsætter og har betydning i læring, forstås i nærværende speciale ud fra et konstruktivistisk perspektiv, hvor menneskelige forståelser og betydningstilskrivelser anskues som betydningsbærende for menneskets fremadrettet handling. Med afsæt heri forstår vi således også, at det er ændringer i disse forståelser og betydningstilskrivelser som skaber forandringer i adfærd - eller skaber læring, hvorfor en understøttelse af sundhedsmæssige adfærdsændringer således også må tage udgangspunkt i disse. Nærværende speciale kan siges at læne sig op ad Peter Jarvis læringsforståelse, da disse ændringer i menneskelige tankemønstre forstås tilvejebragt i mødet med det sociale (Jarvis 1992: 149). I undersøgelsen af menneskelig læring i sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner, må vi således, jævnfør ovenstående læringsperspektiv, tage afsæt i de forståelser og betydningstilskrivelser der kommer til udtryk af de lærende selv, som i dette tilfælde er mandlige borgere, og anskue hvorledes disse forståelser og betydningstilskrivelser kommer til udtryk i mødet med den sociale interaktion og intervention, som sundhedssamtalen eksempelvis udgør.

Et andet og sidste element i specialets læringsperspektiv tager afsæt i andragogikkens fokus på voksnes læring som værende særskilt fra børns læring, der i nærværende speciale kan siges at nuancere og specificere læringens 'hvem'. Som nævnt beskæftiger vi os nemlig i specialet med en voksen målgruppe, hvilket ifølge andragogikken fordrer nogle anderledes forståelser for blandt andet motivation og parathed til læring. Med dette in mente har vi således ikke fokus på læring i den forstand, at specialets informanter har pligt til at modtage læring, ligesom børns læring i uddannelsesregi kan siges at omfatte (Knowles 2005: 59). I specialets læringsfokus har vi derimod fokus på, at den voksne målgruppe orienterer sig ud fra nogle andre parametre og agerer anderledes

i læringssituationer, hvor individuelle behov og en selvstyrende selvforståelse i andragogikken eksempelvis forstås som værende betydningsfulde for voksnes læringsparathed og tilgang til læring (Knowles 2005: 61). Dette vil imidlertid uddybes nærmere i et senere teori-kapitel, da dette perspektiv på læring medtages eksplicit i analysens teoretiske forståelsesapparat. Denne nuance af specialets læringsperspektiv er endvidere af væsentlig betydning i relation til de didaktiske overvejelser som inddrages i specialets design-kapitel, hvor det undersøges og diskuteres, hvordan de mandlige borgeres forståelser og betydningstilskrivelser kan anvendes til understøttelse af borgerens sundhedsmæssige adfærdsændring.

2. PROJEKTOPBYGNING

Med afsæt i specialets problemformulering vil vi i det følgende kapitel argumentere for metoden, hvorunder besvarelsen af problemformuleringen er frembragt, hvorefter der følger en gennemgang af specialets teoretiske forståelsesapparat. Disse metodiske tilgange og teoretiske forståelser knyttes i analysen sammen med specialets empiriske materiale, hvori der foretages en analyse og fortolkning af, hvad den mandlige borger tilskriver betydning i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring samt hvordan Aalborg Kommune tilgår borgerens ændringsproces. Som følge af analytiske fund udledes der i specialets design-kapitel fire didaktiske redskaber, som kan anvendes til at understøtte borgerens sundhedsmæssige adfærdsændring. Slutteligt diskuteres gyldigheden og overførbareheden af disse fund, hvorefter besvarelsen af problemformuleringen udmønter sig i specialets konklusion. For at illustrere projektets opbygning, har vi udformet en visuel model over projektets kapitler, som vil fremgå nedenfor.



3. METODE

I nærværende kapitel præsenteres specialets metodiske overvejelser for indsamling af det empiriske materiale. I undersøgelsen af specialets empiriske felt er der gjort brug af en metodisk triangulering, hvor interviews og observationer i samspil anvendes som empirigrundlag. Med afsæt i interview som metode er der indsamlet empiri fra to vinkler; fra henholdsvis Aalborg Kommunes målgruppe, som er repræsenteret ved specialets otte informanter, og fra projektlederens samt projektkoordinatorens vinkel i et fælles interview. Empirien fra disse interviews skal bidrage med to ting - for det første skal interviews med målgruppen før, lige efter og en måned efter sundhedssamtalen bringe os tættere på en forståelse af borgernes betydningstilskrivelser og tilgange til sundhedsmæssige adfærdsændringer i den proces, som den sundhedsfremmende- og forebyggende intervention i form af sundhedssamtalen kan siges at være. Borgerens forståelser og perspektiver undersøger vi med tanke på, om disse med fordel kan anvendes til at understøtte borgerens sundhedsmæssige adfærdsændring. Dernæst og for det andet skal empirien fra interviewet med projektlederen og projektkoordinatoren bidrage med en praktisk vinkel på, hvordan de sundhedsfaglige medarbejdere hos Aalborg Kommune forstår og arbejder med sundhedsmæssig adfærdsændring hos en målgruppe som denne. Specialets metodiske fremgangsmåde består endvidere af observationer, som er foretaget under hver informants sundhedssamtale. Observationerne anvendes i forlængelse af interviewene og har i indeværende speciale til formål at bibringe viden om, hvad der sker under sundhedssamtalen som intervention. Det empiriske materiale om målgruppen giver os således i alt otte cases, der hver består af tre korte interviews med målgruppen samt observation af deres sundhedssamtale. De videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser som ligger bag indsamlingen og fortolkningen af dette empiriske materiale vil fremgå i indeværende kapitel.

FORSKNINGSTILGANG

I nærværende speciale trækkes der, i forholdet mellem empiri og teori, på Derek Layders dualitetstilgang, hvor det metodologisk set erkendes, at mennesket er omgivet af en objektiv verden, som eksisterer uafhængigt af vores erkendelse heraf. Dog er vi i undersøgelsesarbejdet altid til et vist punkt vejledt af teoretiske forestillinger om virkelighedens beskaffenhed (Jacobsen 2012: 252). Specialets forskningstilgang er således udformet af en vekselvirkning mellem induktion og deduktion, hvor empiriindsamlingen rummer en åbenhed i forhold til nye empiriske fund, men samtidig er inspireret af orienterende begreber i forhold til, hvad der kunne være relevant at undersøge i relation til den mandlige borgers perspektiver. Denne adaptive tilgang er rent praktisk

kommet til udtryk i udformningen af interviewguiderne, hvor teoretisk inspiration har vejledt til relevante spørgsmål. Samtidig hermed har empirien i sig selv også ledt an til opfølgende og sonderende spørgsmål, der blev relevante i interviewsituationerne (Kvale & Brinkmann 2009: 155). Observationsnotaterne er i højere grad præget af en åben undersøgelsestilgang, men rummer dog også relevante foruddefinerede interessepunkter. Således tilvejebringer observationer og interviews begge en zigzaggende metodisk manøvre, som både rummer inspiration fra teoretiske forståelseskilder og rene empiriske fund (Jacobsen 2012: 252). Den teoretiske inspiration i interviewguiderne har dog kun til formål at spore os ind på fænomenets interessante aspekter, og er imidlertid ikke styrende for empiriindsamlingen grundet problemformuleringens fokus på borgerens egne forståelser, betydningsforbindelser og tilgange til sundhedsmæssig adfærdsændring. Det er således også her, at nærværende specialet tager afstand til førnævnte forskning i forhold til at trække foruddefinerede begreber ned over et individuelt fænomen som adfærdsændring (jf. s. 10). Denne adaptive tilgang i kraft af dens vekselvirkning mellem induktion og deduktion vurderes relevant som forskningstilgang i nærværende speciale, da adfærdsændringer er et forholdsvis bredt og individuelt fænomen (Presscott & Børtveit 2005: 63-64). Menneskelig adfærd har mange nuancer, hvorfor det er relevant at have en vis åbenhed i forhold til, hvad der rent faktisk er på spil – hvilke faktorer tillægger informanterne betydning, hvilke forståelser gør informanterne sig samt andre relevante spørgsmål, som altså må besvares med afsæt i empirien og dermed gennem informanterne selv.

FORSKNINGSDESIGN

Specialets forskningsdesign er udformet ud fra et longitudinelt design, hvor empirien er præget af flere indsamlinger ved hver informant, hvilket giver os en mulighed for at undersøge forandringer over tid (De Vaus 2001: 115). Dette vurderes relevant i henhold til specialets problemformulering, hvor der er fokus på, hvad der tilskrives betydning for borgeren i forløbet omkring sundhedsmæssig adfærdsændring. De tidsmæssige nedslag for empiriindsamlingen er endvidere med til at tilvejebringe en viden om, hvorvidt sundhedsvejlederen via sundhedssamtalen på nuværende tidspunkt understøtter borgerens sundhedsmæssige adfærdsændring eller ej. Slutteligt kan de tidsmæssige nedslag tilvejebringe viden om, hvordan borgerens forståelser og betydningstilskrivelser har indvirkning på, hvorvidt borgeren formår at danne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring samt indvirkning på, hvorvidt borgeren fører disse intentioner til handling efter sundhedssamtalen. Foruden specialets longitudinelle forskningsdesign, kan der også i indeværende speciale findes elementer fra casedesignet, da specialet anskuer hver informant som en case på den mandlige borger, hvorigennem det komplekse fænomen sundhedsmæssig

adfærdsændring undersøges. Disse cases udgør altså metodiske indgangsvinkler til at undersøge fænomenet i dybden, hvilket det longitudinelle forskningsdesign også medvirker til i kraft af dets tidsmæssige nedslag i borgerens forløb omkring sundhedssamtalen som intervention (De Vaus 2001: 220-220).

Specialets forskningsdesign kan mere præcist beskrives som et longitudinelt panelstudie, da der i det longitudinelle undersøgelsesforløb er fokus på de samme cases og dermed de samme informanter over en tidsperiode - nemlig de informanter, der repræsenterer Aalborg Kommunes målgruppe i nærværende speciale, som således kan siges at være panelet (De Vaus 2001: 113). Dette tidsaspekt kan karakteriseres som værende prospektivt, fordi informanterne følges på flere fremadrettede tidspunkter. De bliver altså ikke bedt om at huske tilbage til før sundhedssamtalen, men følges i forløbet inden, lige efter og én måned efter sundhedssamtalen. Dette mindsker det bias, at informanternes hukommelse kommer til at påvirke kvaliteten af den empiriske data. Samtidigt hermed er fordelen ved et prospektivt panelstudie, at vi får adgang til de tanker informanterne er præget af på lige nøjagtigt de tidspunkter, vi er interesseret i. Såfremt det undersøges i et retroperspektiv, hvor man beder informanterne om at huske tilbage til før sundhedssamtalen, kan der være risiko for, at dette tilbageblik er præget af den situation informanterne befinder sig i på tidspunktet for interviewets afholdelse. Dette kan skævvride billedet af de mulige kognitive ændringer, der sker fra før sundhedssamtalen til en måned efter. Det er således et spørgsmål om validitet, når valget af et prospektivt panelstudie betragtes sammenlignet med at foretage et retrospektivt interview.

METODOLOGISK- OG VIDENSKABSTEORETISK RETNING

Som ovenstående indikerer, er genstanden for undersøgelse i nærværende speciale menneskelig tankevirksomhed og adfærd. Dette bevirker også et behov for en metodologisk værktøjskasse, som rummer metoder til få indsigt i informanternes egne perspektiver på sundhedsmæssige adfærdsændringer (Antoft et al. 2012: 13). Af denne grund er indeværende speciale et kvalitativt studie, som med afsæt i den kvalitative metodes forcer er interesseret i det unikke eller ideografiske og i de forståelser, som informanterne i specialet gør sig i forløbet omkring sundhedssamtalen som intervention. Dette er således også hovedformålet med anvendelsen af interview- og observationsmetodikken og udgør endvidere grundstenen i specialets videnskabsteoretiske ståsted. Formålet med at undersøge informanternes adfærd og udtalelser for at få indblik i den måde hvorpå informanterne fortolker og forstår situationen, kan siges at være en central fænomenologisk pointe. Jævnfør den sociologiske teori 'Thomas' theoremet er en stor del af menneskelig adfærd et produkt af den fortolkningsproces, vedkommende foretager i dagligt virke (Kristiansen &

Kroghstrup 1999: 16). Vi antager således ud fra dette fænomenologiske standpunkt, at vi kan få adgang til informanternes betydningstilskrivelser og forståelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring ved at tage udgangspunkt i informanternes udtalelser om- og handlinger i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Alligevel tager vi afstand fra en rendyrket fænomenologisk forståelse, da specialet som førnævnt gør brug af orienterende begreber jævnfør den adaptive forskningstilgang. Vi har således ikke fulgt fænomenologiens tradition for epoché (Andersen & Koch 2015: 245), men låner i stedet Gadamer og hermeneutikkens pointe om, at vi altid vil have en forforståelse med os i det analytiske arbejde (Andersen & Koch 2015: 224). I dette tilfælde kan de orienterende begreber siges at være en forforståelse, som vi fortolker den menneskelige adfærd ud fra for at forstå de betydningstilskrivelser og forståelser, der ligger bag disse.

INTERVIEW SOM METODE

I tråd med specialets fænomenologiske træk vurderes interviewmetoden relevant i besvarelsen af problemformuleringen, da interviewet blandt andet kan tilvejebringe forståelse og indsigt i de centrale temaer, som den mandlige borger i sin dagligdag trækker på i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer (Kvale & Brinkmann 2009: 47). Interviewet som metode bliver dermed en indgangsvinkel til borgernes eller informanternes fortællinger og udtalelser, der informerer os om deres betydningsverden. Dette indbefatter den hermeneutiske antagelse om, at sproget er et middel og en direkte autentisk artikulation af individets indre tankemønstre og mentale tilstand (Andersen & Koch 2015: 207). For at få adgang til informanternes meninger må vi imidlertid være åbne for eksplicitte meninger, som de udtrykkes sprogligt af informanten såvel som implicitte meninger, som vi som interviewere må læse 'mellem linjerne', da mening bor i tekst og tale ifølge den generelle hermeneutiks foregangsmand Friedrich Schleiermacher (Andersen & Koch 2015: 206). Da vi i specialet søger viden om informanternes betydningstilskrivelser og forståelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, som de kommer til udtryk af informanterne selv, er vi altså på udkig efter nuanceret og dybdegående viden om borgernes tankemønstre i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer. Af denne grund er det kvalitative interview oplagt som metode, da vi ikke forsøger at kvantificere holdninger og meninger i overfladiske konturer, men i stedet sigter mod de nuancerede beskrivelser, som informanten gør sig om emnet (Kvale & Brinkmann 2009: 48). Det er imidlertid også her, at interviewmetoden rummer muligheder, som observationsmetodikken ikke nødvendigvis kan tilvejebringe, da observation som metode har et større fokus på informanternes handling, snarere end deres sproglige udtalelser og meningsudtryk bag disse.

INTERVIEWS MED MÅLGRUPPEN

Som førnævnt består interviewempirien af henholdsvis interviews med målgruppen og ét interview med projektlederen og projektkoordinatoren fra Aalborg Kommune. Der er i alt repræsenteret otte informanter fra målgruppen, som således udgør specialets cases, hvorpå besvarelsen af problemformuleringen hviler. Disse informanter er en blanding af mænd indenfor transport-, lager- og håndværksbranchen: en logistikmedarbejder, en chauffør, tre lastvogsmekanikere, en tømrer, en maskinmester og en elektriker, hvis uddannelsesniveau eller arbejdsmiljø placerer målgruppen i en risikogruppe for udvikling af livsstilssygdomme (Bilag 2).

Med hver af disse informanter er der foretaget tre korte interviews med en varighed på cirka mellem fem og femten minutter hver. De tre interviews er opdelt således, at ét interview blev udført kort tid forinden sundhedssamtalen og ét interview blev udført umiddelbart efter sundhedssamtalen - begge samme dag som sundhedssamtalens afholdelse, mens det sidste interview blev udført én måned efter sundhedssamtalen. I forbindelse med valget om at placere det opfølgende interview en måned efter den afholdte sundhedssamtale, kan der stilles spørgsmål ved, hvorfor netop dette tidsaspekt er valgt. Flere elementer indgår i valget herom og et af disse elementer er Sundhedsstyrelsens krav om at Aalborg Kommune, som en del af deres deltagelse i satspuljeprojektet, skal lave en opfølgning på de borgere, som har deltaget i sundhedssamtalen, enten én, to eller tre måneder efter sundhedssamtalen er afholdt (Bilag 9: 9). Ydermere er tidsperspektivet valgt ud fra et ressourcespørgsmål, da vi vurderer, at vi ved at afsætte et interval på en måned, realistisk set kan nå at indsamle den sidste empiri til brug i opgavens empiriske analyse.

Dog kan der med afsæt i det førnævnte engelske studie udført af Lally m.fl. (2010) (jf. s. 8), som understreger at adfærdsændringer er et individuelt fænomen, anlægges et kritisk perspektiv i forhold til hvorvidt borgerne i en tidsperiode på én måned overhovedet kan nå at påbegynde en adfærdsændring, såfremt borgeren har intentioner om dette. I indeværende speciales behandling af den indsamlede empiri forholder vi os således til det faktum, at borgerne kan befinde sig på forskellige stadier i forhold til parathed til den mulige ændringsproces.

Med otte informanter og tre interviews med hver informant, rummer specialet i alt 24 korte interviews. Disse interviews er afholdt ude på informanternes arbejdsplads - enten i et mødelokale, på et kontor eller i et kantineområde. Vi har besøgt i alt fire virksomheder, som danner rammerne for informanternes arbejdsliv og nogle af informanterne deler således også kontekstuelle rammer i forhold til arbejdsplads. På disse virksomheder har projektkoordinatoren fungeret som gatekeeper i forhold til at skaffe os adgang til felten, da projektkoordinatoren i forvejen har en etableret

kontakt som følge af aftalen om at afholde sundhedssamtaler på pågældende virksomheder. Dernæst er vi blevet sat i kontakt med en medarbejderansvarlig på virksomheden, oftest en chef eller afdelingsleder, der efterfølgende har fungeret som gatekeeper og som har formidlet kontakten mellem os og informanterne.

FELTROLLER UNDER INTERVIEWS MED MÅLGRUPPEN

Under interviews i felten er vi, som følge af projektkoordinatorens kontakt til de medarbejderansvarlige på virksomhederne i forbindelse med sundhedssamtalerne og satspuljeprojektet, blevet præsenteret som værende praktikanter eller specialestuderende. Dette kan have medvirket, at de medarbejderansvarlige har videreformidlet vores rolle som værende en del af teamet i Aalborg Kommune, hvorfor nogle af informanterne refererede til os som 'jer fra kommunen' eller 'I sundhedsvejledere'. Derfor er der indikationer på, at vi blev tilskrevet en rolle som sundhedsvejledere fra kommunen, da vi interviewede informanterne. Dette kan umiddelbart påvirke vores empirikvalitet på to måder. For det første kan informanterne have ladet sig påvirke af social desirability-bias. Et begreb der oftest anvendes i forbindelse med surveys, men som alligevel kan have en vis betydning i et emne som sundhed. Social desirability-bias dækker over det fænomen, at informanterne svarer, hvad de tror, at interviewerens gerne vil høre, eller hvad der er mest socialt acceptabelt at svare. I relation til rollen som sundhedsvejleder kan man således forestille sig, at informanterne svarer i mere positiv retning end hvad tilfældet er, når vi spørger ind til informanternes motivation og syn på, hvilke vaner der kan ændres (Groves et al. 2009: 168).

Omvendt og for det andet kan man også forestille sig, at de tilskrevne roller som sundhedsvejledere fra kommunen, kan have været medvirkende til at etablere et samtalemiljø for informanterne under interviewet, hvor de kan være åbne om egen sundhedsadfærd og hvor de ved, at deres udtalelser bliver håndteret fortroligt, som sundhedsfaglige er forpligtet til - og som vi i øvrigt også er. Dette kan have givet os adgang til en dybere indsigt i informanternes sundhedsadfærd. Informanterne kan dermed i begge tilfælde være påvirket af den faglige autoritet, som følger rollen som sundhedsvejleder – en rolle vi blev tilskrevet under de afholdte interviews og som i virkeligheden er ude af vores kontrol som forskere i felten, fordi det er et resultat af sociale processer blandt feltets aktører (Kristiansen & Kroghstrup 1999: 125).

INTERVIEWGUIDE TIL MÅLGRUPPE

Der er udarbejdet tre forskellige interviewguides til informanterne for henholdsvis interviewet før, lige efter og en måned efter sundhedssamtalen, der alle er tilrettelagt som semistrukturerede livsverdensinterviews, som det karakteriseres af Kvale og Brinkmann (2009: 45). I interviewene er

der lagt vægt på spørgsmål, som kan være med til at indramme eller udpege, hvor informanten befinder sig i forhold til en mulig sundhedsmæssig adfærdsændring. Her har vi ladet os inspirere af Prochaska og DiClementes forandringsstadier (Prochaska et al. 1992: 1104). Med inspiration fra deres beskrivelse af forskellige forandringsstadier har vi udarbejdet interviewguiden til informanterne ud fra ønsket om at kunne udpege, hvor de hver især befinder sig i den mulige sundhedsmæssige ændringsproces - om informanterne eksempelvis er på et stadie, hvor de har eller ikke har dannet intentioner om adfærdsændring eller på et stadie, hvor de handler eller ikke handler på disse intentioner. Dette kommer særligt til udtryk i interviewguiden til interviewene før sundhedssamtalen, hvor der spørges ind til informanternes egen vished om mulige ændringer der kan foretages samt et tidsperspektiv herfor. Dette har blandt andet afledt direkte spørgsmål som 'Har du planer om at ændre på dine sundhedsvaner indenfor de næste seks måneder?' og 'Har du allerede nu foretaget nogle små ændringer til en sundere hverdag?' (Kvale & Brinkmann 2009: 156).

Ligeledes er der i interviewguiden til interviewene før sundhedssamtalen hentet inspiration fra Icek Ajzen, der med sit begreb selvkontrol i teorien Theory of Planned Behavior (jf. s. 31) henviser til den betydning, tidligere mestringsoplevelser har for fremadrettet handling (Ajzen 1991: 188). I den forbindelse spørges der ind til informanternes tidligere erfaringer med adfærdsændringer. Dette med det formål at undersøge om informanternes intention eller mangel herpå i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring hænger sammen med tidligere succeser eller fiaskoer hermed (Bilag 6).

I interviewene lige efter sundhedssamtalen spørges der mere direkte ind til sundhedssamtalens virkning på informanternes parathed for- og vished omkring adfærdsændringer, de kan foretage sig. I denne interviewguide spørges der blandt andet 'Har sundhedssamtalen gjort dig klogere på, hvilke adfærdsændringer du kan lave?' og 'Hvor motiveret er du lige nu for at lave om på dine sundhedsadfærd?'. Sidstnævnte spørgsmål fremgår også i interviewguiden før sundhedssamtalen, og giver via en sammenligning af informantens svar herpå, mulighed for at sige noget om den påvirkning, sundhedssamtalen som intervention har haft på informantens betydningstilskrivelser og forståelser vedrørende sundhedsmæssig adfærdsændring, herunder eksempelvis parathed i forhold til adfærdsændring. Derfor spørges der blandt andet ind til 'Hvor vigtigt er det for dig, at lave disse ændringer?', efterfulgt af opfølgende spørgsmål som 'Hvorfor eller hvorfor ikke?' og 'Hvordan vurderer du muligheden for, at du kan komme i mål med de her adfærdsændringer?' (Bilag 7).

I interviewene en måned efter sundhedssamtalen er der lagt vægt på spørgsmål, som kan indramme, hvor langt informanten er nået i sin adfærdsændring. I denne interviewguide fremgår spørgsmål som 'Har du foretaget nogle ændringer i din sundhedsadfærd siden sundhedssamtalen og hvis ja, hvilke?' og 'Kan du prøve at beskrive, hvad der er sket med dine sundhedsadfærd og tanker herom i perioden fra efter sundhedssamtalen til nu?' (Bilag 8). Spørgsmål som disse og formålet med de opfølgende interviews en måned efter sundhedssamtalen er, at undersøge hvorvidt informanten, med de forståelser og betydningstilskrivelser han gør sig i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, har formået at danne intentioner herom eller handle herpå.

INTERVIEW MED PROJEKTLEDER OG PROJEKTKOORDINATOR

Foruden interviews med målgruppen, er der som førnævnt også afholdt et fælles semistruktureret ekspertinterview med projektlederen og projektkoordinatoren på satspuljeprojektet. Her er formålet at få adgang til fakta om Aalborg Kommunes nuværende tiltag og intentioner i forhold til igangsættelse og facilitering af sundhedsmæssig adfærdsændring, samt de retningslinjer kommunen har fået givet fra Sundhedsstyrelsen, som er udbyder af satspuljeprojektet (Kvale & Brinkmann 2009: 167). Dette interview er således en praksisnær vinkel på projektlederen og projektkoordinatorens egne vurderinger af muligheder og begrænsninger i forbindelse med dét at arbejde understøttende med målgruppens sundhedsmæssige adfærdsændringer. Interviewet er foretaget på projektlederen og projektkoordinatorens kontor i Sundheds- og Kulturforvaltningen og har en varighed på cirka 50 minutter.

Interviewguiden består af indledende og specificerende spørgsmål om borgerens ændring af sundhedsadfærd og rummer blandt andet spørgsmål som 'Har I en fornemmelse af, at mange af de borgere I møder, har et behov for adfærdsændring for at opnå en sundere hverdag?' og 'Du (projektkoordinator, red.) møder borgerne til informationsmøderne og til sundhedssamtalerne - kan du prøve at sætte ord på din oplevelse af den proces, borgeren gennemgår fra før sundhedssamtalen til efter sundhedssamtalen?'. Formålet med dette interview er altså at få indsigt i de praktiske rammer som kommunen på nuværende tidspunkt arbejder under samt indsigt i de forståelser for borgerens forløb omkring sundhedssamtalerne, som projektlederen og projektkoordinatoren strukturerer sundhedssamtalerne ud fra, og som sundhedsvejlederne dermed kan siges at være underlagt i den sundhedsfaglige praksis.

Under interviewet med projektleder og projektkoordinator, og ved øvrige besøg på Aalborg Kommune i forbindelse med projektet, er det tydeligt, at vi er positioneret som værende studerende. Samtaler med de sundhedsfaglige ansatte i projektet bærer tydeligt præg af forklarende og uddybende karakter, hvor vi som studerende spørger undersøgende ind til processer og

fremgangsmåder i projektet. Der kan imidlertid anskues en udvikling i vores sociale position hos kommunen, da vi som studerende har fulgt projektet siden primo efterår 2017. Fra at være nyankommere hos kommunen, hvor vi stadig skulle præsentere os selv for projektets medarbejdere, til at være medtænkt i teammøder og informationsudveksling angående projektet (Kristiansen & Kroghstrup 1999: 113). I relation hertil er vi imidlertid opmærksomme på, at vi i vores arbejdsproces under specialet ikke bliver for nære i relationen til feltet, således at selvfølgeligheder og trivialiteter bliver implicit viden (Kristiansen & Kroghstrup 1999: 122). I kraft af et længerevarende ophold i Aalborg Kommune kan specialet siges at være underlagt en risiko for indgroethed i praksis. Med dette in mente er en objektivt forholden sig til udsagn i interviewet med projektkoordinator og projektleder essentielt i analysen, for at kunne balancere mellem nærhed og distance i det undersøgende arbejde (Kristiansen & Kroghstrup 1999: 122). Denne objektive forholden har vi eksempelvis forsøgt at imødekomme i kraft af, at begge specialets forfattere fungerer som fortolkere af det samlede interviewmateriale uafhængigt af hinanden. Det er således ikke op til den enkelte at fortolke interviewmaterialet, men fortolkningerne foretages individuelt af begge fortolkere, hvorefter disse fortolkninger sammenholdes og diskuteres. Dette kan ifølge Kvale og Brinkmann være med til at sikre den form for objektivitet, man typisk arbejder med i samfunds- og socialvidenskab - nemlig intersubjektivitet, hvor det objektive element beror på en konsensus mellem fortolkere, der fortolker samme fænomen (Kvale & Brinkmann 2009: 269).

OBSERVATION SOM METODE

Observationer som metode i indeværende speciale har til formål at tilvejebringe viden om, hvad der sker under sundhedssamtalen som igangsættende og ændringsfaciliterende intervention, samt om hvorledes sundhedsvejlederen griber dét at understøtte borgerens sundhedsmæssige adfærdsændringer an. I og med at sundhedssamtalen er en metode til at facilitere og igangsætte informantens mulige ændringsproces, anser vi det som værende relevant at undersøge nærmere, hvad der sker under samtalen. Denne viden er nyttig for at få et dybdegående indblik i informantens forløb som helhed. Observationen kan altså opveje for, at vi gennem interviewene ikke får et indblik i og en viden om, hvad der sker inde til selve sundhedssamtalen. Viden om dette kan være med til at sætte interviewene med informanterne i perspektiv og dermed skabe en sammenhæng i processen. Det er således heri, den metodiske triangulering har sin fordel.

Observationerne udføres på samme vis som interviewene på de fire forskellige virksomheder og udføres derfor i informanternes naturlige rammer i kraft af arbejdspladsen (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 47). Ved både interviews og observationer er der kun én af specialets forfattere

til stede ad gangen af metodiske årsager, som vil uddybes senere (jf. s. 28). Observation anvendes som et beskrivende metodisk værktøj i forhold til at få indblik i interaktionen mellem informanten og sundhedsvejlederen - herunder hvorvidt informanten giver udtryk for en parathed i forhold til at gennemgå en sundhedsmæssig adfærdsændring, samt hvordan sundhedsvejlederen gennem sundhedssamtalen søger at understøtte en eventuel adfærdsændring. Det har været vigtigt for os at notere det sagte; hvem der italesætter de sundhedsmæssige problematikker, hvilke sundhedsproblematikker der bliver italesat, samt hvordan sundhedsvejlederen og informanten interagerer under sundhedssamtalen. I samspil med ovenstående interessepunkter har vi forsøgt at tilgå feltet på en eksplorativ måde ved at forholde os nysgerrige til øvrige relevante problematikker, som løbende kom til syne under sundhedssamtalerne (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 150).

FELTROLLER UNDER OBSERVATION

Grundet dét faktum at ændring af sundhedsadfærd kan være et personfølsomt område, har vi særligt under observationerne gjort os tanker om vores roller i felten. Herunder har det været af væsentlig betydning for empiriindsamlingen at overveje, hvordan vi skulle præsentere os selv, hvilken adfærd vi skulle udvise under sundhedssamtalerne, samt hvilken placering vi skulle indtage i lokalet under sundhedssamtalen. Dette for at indtænke den forskningseffekt vi med vores tilstedeværelse under sundhedssamtalen kan have på aktørerne i felten (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 118). Med dette menes der, at vi under observationerne har haft fokus på at intervenere så lidt som muligt i den naturlige interaktion, der under sundhedssamtalen er mellem borger og sundhedsvejleder.

Under det første interview med informanterne, som er placeret umiddelbart inden sundhedssamtalen, havde vi muligheden for at forklare vores tilstedeværelse, samt forklare til hvilket formål observationerne skal anvendes. Vi har derfor lagt vægt på at præsentere os som specialestuderende fra Aalborg Universitet for at trække klare linjer op mellem os og de sundhedsvejledere, som informanterne møder under sundhedssamtalerne. Dette for at understrege at vi er interesserede i at undersøge de forståelser og betydningsstilskrivelser informanterne gør sig i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, uanset om de foretager ændringer eller ej. Med afsæt i Raymond Golds klassificering af forskellige feltroller placerer vi os i overvejende grad indenfor kategorien *total observatør* under observationerne, da vi som studerende ikke er en del af interaktionen i sundhedssamtalen mellem borgeren og sundhedsvejlederen. Ifølge Gold indbefatter rollen som total observatør imidlertid, at aktørerne ikke ved at de bliver observeret (Kristiansen & Kroghstrup 1999: 111). Dette er dog ikke tilfældet i nærværende empiriindsamling, da vi som nævnt har indgået i en kortvarig interaktion med informanten i form af et interview,

hvor informanten selv har givet tilladelse til vores tilstedeværelse som observatører. Med feltrollen som total observatør, som kan være distancerende i forhold til felten, er der imidlertid risiko for, at der kan opstå misforståelser. Der kan forekomme situationer, hvor vi som forskere kan opleve vanskeligheder i forhold til at tolke de meninger og betydninger, som informanten forsøger at få frem. Dette bevirker, at vi udelukkende kan forholde os til det sagte og til den interaktion, der finder sted mellem informanten og sundhedsvejlederen (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 111). Vi har altså ikke mulighed for at stille uddybende spørgsmål undervejs i forhold til de observationer vi gør os under sundhedssamtalen, men det er imidlertid i denne problematik, at den metodiske triangulering gør sig nyttig, da vi således kan få afdækket denne mangel på uddybende spørgsmål via interviews efter sundhedssamtalen.

Med feltrollen total observatør forsøgte vi at agere som 'en flue på væggen' (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 111). Som følge heraf valgte vi, at kun én af os skulle være til stede under hver sundhedssamtale samt at vores placering skulle være strategisk i forhold til, hvor vi ville tiltrække mindst opmærksomhed fra både informant og sundhedsvejleder. Ofte blev placeringen bagerst i lokalet, så vi på den måde undgik at være et blikfang. Disse overvejelser blev gjort med den begrundelse, at vores tilstedeværelse ikke skulle virke påtrængende og overvældende for informanten, da dette kunne tænkes at have den betydning, at informanten muligvis ville udelade personlige og følelsesmæssige fortællinger om egen sundhed. På den måde forsøgte vi at skabe muligheden for på tæt hold at opleve den interaktion, der finder sted mellem informanten og sundhedsvejlederen samt at skabe rum for at situationen skulle virke så naturlig og uforstyrret som muligt for alle parter. Det har imidlertid været svært at undgå vores tilstedeværelse som et forstyrrende element for sundhedsvejlederne grundet deres udtalelser om, at det er nyt for dem at have studerende med på sidelinjen. De fortæller i denne forbindelse, at det er en udfordring at agere på normal vis som følge af vores tilstedeværelse. Dette skaber en opmærksomhed på den forskningseffekt, vi som forskere har haft på aktørerne i felten (Kristiansen og Kroghstrup 1999: 118).

ETISKE OVERVEJELSER

Indeværende speciale tager som nu beskrevet sit udspring i empirisk materiale, som er indhentet via de kvalitative metoder interview og observation. Dette bevirker, at vi som forskere interagerer tæt med de mennesker som medvirker, og det er derfor af vigtig betydning at have øje for personlige såvel som metodiske etiske problemstillinger (Kristiansen 2012: 226). De personlige etiske problematikker kommer til syne, idet at vi i vores undersøgelse griber ind i informanternes liv, i forsøget på at opnå en forståelse af individuelle forståelser i forhold til sundhedsmæssige

adfærdsændringer. Vi forsøger gennem observation og interviews at grave dybere ned i, hvad der er på spil hos den enkelte, på trods af at sundhed kan anses som værende et personfølsomt emne (Öberlander 2012: 191-192).

SAMTYKKEERKLÆRING

Som følge af vores tanker om de etiske vinkler i projektet valgte vi forinden hvert interview at bede informanten om at underskrive en samtykkeerklæring (Bilag 19). Denne erklæring har fungeret som en form for informeret samtykke, hvor informanten er blevet oplyst om de problemstillinger der arbejdes med i projektet, om hvad det indebærer at deltage som informant samt om, at det til enhver tid er muligt for informanten at afbryde samarbejdet. Informanterne blev gjort opmærksomme på, at de ved at underskrive samtykkeerklæringen gav tilsagn til at medvirke i tre korte interviews. Endvidere oplyste vi også informanterne om, at de ved at underskrive erklæringen ville give tilsagn til, at empirien fra interviews og observation måtte anvendes i undersøgelsen og dermed i det endelige speciale (Kristiansen 2012: 238). Ud over at informere informanterne om, hvad det vil sige at deltage i undersøgelsen, er det ifølge Søren Kristiansen også af vigtig betydning at understrege et princip om fortrolighed via samtykkeerklæringen. I forlængelse heraf informerede vi informanterne om, at deres personlige oplysninger samt alt det empiriske materiale behandles fortroligt, således at navne og andre genkendeligheder sløres. På den måde sikres informanternes identitet (Kristiansen 2012: 238). Med disse etiske retningslinjer in mente har vi gennem vores empiriske metoder været særligt opmærksomme på- samt taget et hensyn til, at sundhed kan være et ømtåleligt og personligt emne for informanterne.

ANALYTISK METODE

Som afslutning på indeværende metodekapitel vil der i følgende afsnit fremgå en metodisk beskrivelse og gennemgang af vores analytiske fremgangsmåde. I analysen er specialets kvalitativt indsamlede empiri organiseret og koncentreret, så meningene og hovedessensen af udsagnene fremkommer struktureret og relativt kortfattede (Kvale & Brinkmann 2009: 223). Til at organisere, koncentrere og strukturere den indsamlede empiri til meningsfulde essenser og hovedpointer, har vi anvendt den fænomenologisk inspirerede metode meningskondensering. Meningskondensering er anvendt som analysemetode, da det her er muligt at beskæftige sig med data på en sådan måde, at det bevarer sit kvalitative udtryk og dermed bevarer sine meninger samtidig med, at det omfattende empiriske materiale indsnævres til overskuelige sætninger (Kvale & Brinkmann 2009: 227-228).

Den fænomenologisk inspirerede analysemetode meningskondensering er udviklet af Giorgi og præsenteres af Steiner Kvale og Svend Brinkmann som en metode bestående af fem trin - disse fem trin har vi rent metodisk anvendt på følgende måde:

- 1) Vi har gennemlæst interview- og observationsmaterialet for herigennem at opnå en forståelse for helheden.
- 2) Som følge af gennemlæsningen af interviewene har vi på post-its udtrukket og nedskrevet fremtrædende meningsenheder, som de kommer til udtryk af informanterne eller af projektleder/projektkoordinatoren. På baggrund af disse meningsenheder har vi udvalgt og udtrukket relevante meningsenheder i observationsnoterne.
- 3) I dette trin har vi omformuleret og tematiseret meninger, så projektleder og projektkoordinators samt informanternes synspunkter og meninger kommer til udtryk, som vi forstår det.
- 4) Disse meningsenheder i form af analytiske temaer har vi relateret til problemformuleringen og temaerne indgår således som grundlag for besvarelsen heraf.
- 5) Sidst har vi knyttet de fremtrædende temaer fra empirien sammen, hvilket bidrager til en forståelse af specialets samlede empiriske grundlag og ligeledes danner grundlag for strukturen af det indholdsmæssige i analysen (Kvale & Brinkmann 2009: 228).

Efter en gennemgang af disse fem trin er temaerne i den kvalitative empiri gjort til genstand for teoretisk analyse. Gennem analysen har vi således undersøgt de meningskondenserede temaer med afsæt i teoretiske forståelseskilder, hvilket betyder, at vi som forskere overskrider vores common-sense-forståelse, hvilket tilvejebringer specialet forskervalidering (Kvale & Brinkmann 2009: 238-239). Teorien anvendes derfor i indeværende speciale som forståelsesramme i fortolkningen af den kvalitative empiri.

4. TEORI

I indeværende kapitel præsenteres specialets teoretiske forståelsesapparat, som anvendes i analysen af det empiriske materiale i næstkommende kapitel. Specialets teoretiske forståelsesapparat består af et mix af adfærdsteorier og læringsteorier. Adfærdsteoriene stiller spørgsmålet om, hvorfor informanterne handler som de gør. Her er der fokus på, hvad der ligger bag menneskelig adfærd og hvordan specifik adfærd kan fremmes. Læringsteoriene beskæftiger sig med, hvordan viden skabes gennem omdannelse af oplevelser og erfaring. Her er der fokus på de betydningstilskrivelser og den viden informanterne har tilegnet sig, og hvordan dette kan ændres eller udbygges. Læringsteoriene anvendes dermed i analysen til at forstå betydningen af de oplevelser og erfaringer, som informanterne har med sig i bagagen og som ud fra et læringsteoretisk perspektiv er udgangspunktet for informantens betydningstilskrivelser, viden og forståelser. I samspil bringer specialets teoretiske fundament således et perspektiv på både menneskelig handling og menneskelig tænkning eller vidensgrundlag i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring.

ADFÆRDSTEORI

OPLEVELSE AF SAMMENHÆNG - AARON ANTONOVSKY

Indenfor sundhedsforskning i dag ses der en stigende interesse for spørgsmålet om, hvorfor mennesker holder sig sunde og raske frem for spørgsmålet om, hvorfor mennesker bliver syge. Fokus i sundhedsforskningen har således i de seneste årtier bevæget sig fra et patogenetisk perspektiv i form af sygdomsforebyggelse til et salutogenetisk perspektiv i form af sundhedsfremme, hvor der i højere grad er fokus på at understøtte de faktorer, der holder mennesker raske (Lund et al. 2010: 399). Aaron Antonovsky betragtes som forfader til begrebet *salutogenese* og arbejder netop ud fra det standpunkt, at der i højere grad bør lægges et fokus på sundhed frem for sygdom. I henhold hertil finder Antonovsky det interessant at beskæftige sig med, hvad der gør, at mennesker bevæger sig mod den positive- og dermed sunde ende af dét kontinuum, som strækker sig fra dårligt helbred til godt helbred. Netop denne teoretiske vinkel betegnes af Antonovsky som Den salutogenetiske model (Antonovsky 2000: 11-12).

En grundantagelse i Antonovskys salutogenetiske orientering er, at mennesker gennem livet udsættes for forskellige former for stressfaktorer, eksempelvis sygdom eller dét at skulle ændre adfærd, hvilket kan føre til en stressfremkaldende spændingstilstand, som vi som individer håndterer på forskellige måder. Nogle formår at overvinde disse, mens andre bukker under for

dem, og det er netop måden at bekæmpe stressfaktorerne på, som er afgørende for, hvorvidt et individ forbliver i den positive ende af helbredskontinuummet (Antonovsky 2000: 12). Som svar på det salutogenetiske spørgsmål om, hvorfor mennesker befinder sig i den positive ende af dette helbredskontinuum, udviklede Antonovsky teorien Sense of Coherence, som på dansk betegnes Oplevelse af sammenhæng (OAS). Teorien består af de tre kernekompetencer begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, som i samspil skaber en oplevelse af sammenhæng hos individet. En oplevelse af sammenhæng som ifølge Antonovsky styrker individets evne til at mestre stressede situationer som eksempelvis adfærdsændringer (Antonovsky 2000: 34, 40).

Begribelighed beror på et kognitivt aspekt og indebærer dét, at man som individ kan opfatte de stimuli, som enten kommer fra sit eget indre eller fra omgivelserne, som værende forståelige og sammenhængende frem for kaotiske og tilfældige. *Håndterbarhed* refererer til, at man som individ oplever at være i besiddelse af de rette ressourcer eller oplever at få stillet de rette ressourcer til rådighed, i forhold til at kunne udføre en given handling, eksempelvis en adfærdsændring. Det handler om, at man som individ føler en kontrol over situationen og dermed ikke føler sig som et offer. *Meningsfuldhed* omhandler dét at være involveret og engageret i de udfordringer, som man som individ finder meningsfulde. Med denne kompetence refereres der således til dét, at kunne investere energi i de situationer, som man som individ finder værdifuldt og at tage udfordringer op med det formål at finde meningen heri. I denne kompetence kan der således også anskues et affektivt aspekt, der udvider sundhedsadfærd til at omhandle mere end et ressourcespørgsmål og et kognitivt foretagende (Antonovsky 2000: 34-37).

Gennem hele livet gennemgår individer forskellige læreprocesser, som fører erfaringer med sig og netop disse erfaringer danner grundlaget for hvert enkelte individs styrke af OAS og dermed for hvert enkelt individs mestringssevne. De tre nævnte kernekompetencer hænger ifølge Antonovsky uløseligt sammen og mestrings af en given situation afhænger derfor af, at alle komponenter i en vis grad er opfyldt. Uden en oplevelse af meningsfuldhed, kan individet have svært ved at finde engagementet for en given situation samt have følelsen af, at mangle ressourcer i forhold til at kunne handle. Kan individet ikke finde meningen og sammenhængen i en given situation, vil det ligeledes begrænse dets ressourcer, og på den måde spiller begribelighed en væsentlig rolle i forhold til individets mestringssevne. Sidst vil en oplevelse af manglende ressourcer og dermed en lav håndterbarhed påvirke individets evne til at se det meningsfulde og dermed påvirke forsøget på at mestre en given situation negativt (Antonovsky 2000: 38, 40).

Sundhedsmæssig adfærdsændring kan som beskrevet i specialets problemfelt anskues som værende et komplekst og individuelt foretagende. Ligeledes er Antonovsky af den overbevisning at adfærd

er et individuelt anliggende og fremfører derfor ikke konkrete tiltag, som kan anvendes til at skabe meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed hos individer. Dette skaber mulighed for at lade empirien tale og netop her kan Antonovskys tre kernekompetencer i stedet være med til at skabe en teoretisk forståelse for de tendenser der kan forefindes i empirien i forhold til at overkomme den stress eller besværlighed, der kan være forbundet med dét at ændre sundhedsadfærd. Antonovskys begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed kan i denne sammenhæng anvendes til at forstå, hvorfor nogle informanter formår at tage skridtet mod sundhedsmæssig adfærdsændring og hvorfor andre ikke gør.

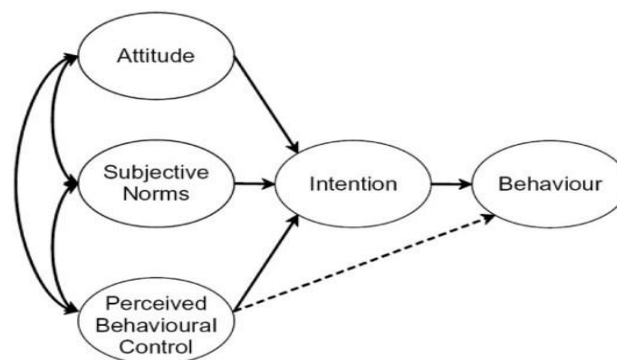
THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR - ICEK AJZEN

Theory of Planned Behavior (TPB) blev udviklet sidst i 1970'erne i en tid, hvor det sundhedsfremmende- og forebyggende arbejde tog en drejning mod en sundhedspædagogisk tilgang. Her blev der sat øget fokus på brugeraktivering og målgruppetænkning - herunder hvorledes forskellige befolkningsgrupper tænker og agerer forskelligt i sundhedsregi, og hvorledes målgrupper kan tilgås forskelligt (Toft et al. 2009: 18). TPB er psykologisk kognitiv teori, der har til formål at forudse og forklare menneskelig adfærd i specifikke kontekster, og har således fokus på de individuelle aspekter af menneskelig adfærd (Ajzen 1991: 181). Teorien er udmøntet i en model, der viser tre de forskellige faktorer - indstilling, oplevet pres og selvkontrol, som ifølge Ajzen determinerer menneskers intentioner om at forsøge at udføre en bestemt adfærd. Teorien kan altså ikke anvendes til at forudsige, hvorvidt individet når i mål med den givne adfærd eller adfærdsændring, for hvorvidt handlingen eller adfærden rent faktisk føres til ende afhænger ifølge Ajzen af individets kontrol over interne og eksterne faktorer, som kan påvirke eksekveringen af selve adfærden (Ajzen 1985: 29).

Teorien beskæftiger sig med adfærdsændring som værende en individuel intentionel og viljemæssig handling og således tilbyder denne teori et perspektiv, hvor der er fokus på adfærdsændringens bevidste handlinger og kognitiv selv-regulering (Christensen & Albertsen 2004: 222; Ajzen 1991: 180). Teorien er fremsat ud fra kvantitativ statistik, der viste en korrelation mellem indstilling, oplevet pres og selvkontrol som faktorer, der kan forklare intentionen samt udførelsen af en given adfærd (Ajzen 1991: 182). De tre faktorer der således har betydning for om mennesker danner intentioner om en given adfærd er som nævnt 1) en positiv holdning og indstilling til de forestående adfærdsændringer, eksempelvis motion. I relation hertil advokerer Ajzen for, at vi mennesker linker enten positive eller negative associationer til den adfærd vi bevidst til- eller fravælger ved at forbinde adfærden med bestemte kendetegn (Ajzen 1991: 191). 16 empiriske studier har vist, at denne førstnævnte faktor overskygger den næstkommende faktor (Ajzen 1991: 189), som er 2) et

oplevet pres fra omgivelserne, herunder fra samfundsbase­rede normer og værdier om eksempelvis at være aktiv i hverdagen, som en væsentlig faktor for intentionen om en given adfærd eller adfærdsændring sammen med 3) en oplevelse af at have selvkontrol samt troen på at kunne udføre den givne adfærd eller adfærdsændring (Ajzen 1991: 188). Sidstnævnte faktor kan ifølge Ajzen både være påvirket af erfaringer fra tidligere forsøg på den givne adfærd eller information om adfærden som kan give individet et præg om sværhedsgraden af den givne adfærd (Ajzen 1991: 196).

De tre faktorer kan i samspil bruges til at forudse og forklare menneskers intentioner om at foretage adfærdsændringer (Ajzen 1991: 179). Disse intentioner sidestiller eller sammenligner Ajzen med menneskers motivation eller motiver til at udføre en given handling (Ajzen 1991: 181). Ajzen anskuer altså intentioner til en given handling som indikationer på, hvor villige mennesker er til at forsøge at foretage denne givne handling og hvor meget energi de vælger at lægge heri. Dette følger således også den generelle antagelse i TPB om, at jo stærkere en intention om en given handling er, desto større sandsynlighed er det også for, at handlingen foretages. Dog med det in mente at det skal være muligt for individet selv at beslutte, hvorvidt handlingen skal udføres eller ej - beslutningen skal eksempelvis ikke være op til spørgsmålet om ressourcer til at foretage eller ikke foretage handlingen (Ajzen 1991: 181). Denne afstandstagen til intention og handling som værende et ressourcespørgsmål kan imidlertid udpeges som én af teoriens svagheder, idet den ikke tager højde for ydre omstændigheder, som influerer på individets handlemuligheder, herunder eksempelvis indkomst og fysiske eller mentale udfordringer. Udover individets intention om en given handling, ser Ajzen også troen på at kunne mestre handlingen som et væsentligt aspekt i forhold til at forudse menneskelig adfærd. Her henter han særligt inspiration fra Albert Banduras self-efficacy begreb (Ajzen 1991: 184). Netop intentionen om en handling og troen på at kunne mestre denne, kan ifølge Ajzen anvendes som direkte indikatorer på selve udførelsen af en given handling, hvor faktorer som en positiv holdning til handling og et oplevet pres fra omgivelserne påvirker intentionen om en handling. Således skal Ajzens model for individers bevidste valg af adfærd eller handling forstås.



(Ajzen 1991: 182)

Det skal imidlertid nævnes, at intentionen om en given handling samt troen på at kunne mestre denne handling kun kan siges at være determinerende for om der handles på den givne intention, såfremt handlingen er specifikt rettet mod den samme kontekst, som handlingens intention beror på. Hvis det eksempelvis ønskes forudset, hvad chancen er for, at en borger deltager i et holdforløb med spinning hver onsdag fremover, må vi kigge på intentioner i relation til at deltage i et holdforløb med spinning hver onsdag og ikke generelle intentioner om at dyrke mere motion. Intentionen skal altså være direkte rettet mod den konkrete handling eller adfærd i dens konkrete kontekst og udførelse, før intentionen kan siges at være en indikator på den givne handling faktiske udførelse. Ikke desto mindre kan Ajzens teoretiske perspektiv på menneskelig intentionel adfærd anvendes i analysen til at forstå, hvordan informanternes forståelser og betydningstilskrivelser kan have indflydelse på informanternes intentioner og handling i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring - eller manglen på samme.

BEHAVIORAL INITIATION AND MAINTENANCE - ALEXANDER J. ROTHMAN

Nærværende teoretiske afsæt bidrager med et særskilt perspektiv på igangsættelse og fastholdelse af en adfærdsændring, idét Rothmans tanker om adfærdsændring og fastholdelse heraf er funderet i en særlig kritik mod de adfærdsteorier, som ikke formår at skelne mellem igangsættelse og fastholdelse af en adfærdsændring. Her påpeger han det som en mangelfuldhed, at teorier om adfærd sidestiller faktorer som styrer og igangsætter en adfærdsændring med faktorer som vedligeholder og fastholder en adfærdsændring (Rothman 2000: 65). Han fremhæver endvidere, at adfærdsændrende interventioner ofte har fokus på at igangsætte adfærdsændring, men at de sjældent har et særskilt fokus på, hvordan denne adfærd vedligeholdes eller fastholdes (Rothman 2000: 64). Rothman formulerede herudfra to typer motiver til henholdsvis adfærdsændring og fastholdelse heraf. Dette er formuleret med afsæt i en systematisk gennemgang af 80 adfærdsteorier, der berører fastholdelse af adfærdsændring og en gennemgang af disse resulterede i Rothmans teoretiske perspektiv på, hvad der henholdsvis initierer en adfærdsændring og en fastholdelse heraf. Vi afgrænser os imidlertid fra at anvende Rothmans teoretiske perspektiv på, hvorledes mennesker fastholder en adfærdsændring, da vi i specialets analyse er blevet opmærksomme på, at spørgsmålet om hvorledes informanterne igangsætter en adfærdsændring, synes at fylde mest, i det forløb vi har fulgt informanterne i fra før sundhedssamtalen til én måned efter.

Ifølge Rothman indvilliger mennesker i adfærdsændring, når deres forventninger til resultatet vurderes signifikant mere favorable end resultatet af deres nuværende adfærd. Således tolker vi Rothmans teoretiske perspektiv på, hvad der igangsætter adfærdsændring, som værende et rationelt

syn på menneskelig tanke og adfærd. Forventningen om en mere favorabel situation som igangsættende for adfærdsændring kan nemlig siges at rumme den antagelse, at mennesker handler ud fra nyttemaksimering (Becker 1978: 14). Jo mere optimistiske mennesker er i forhold til resultatet af adfærdsændringen og muligheden for at vedligeholde denne, desto mere villige er mennesker til at tage affære og påbegynde adfærdsændringen, mener Rothman. I forlængelse heraf påpeger han, at adfærdsændrende interventioner som fokuserer på og fremhæver de ønskværdige resultater ved ændringen, har haft overvejende succes med at generere adfærdsændring.

Rothmans teoretiske synspunkt på igangsættelse af adfærdsændring kan imidlertid også gøres til genstand for en række kritiske punkter. Det bør nævnes, at der i Rothmans gennemgang af skelen mellem igangsættelse af adfærdsændringer og fastholdelse af adfærdsændringer, ikke udpeges værktøjer til at skelne mellem, hvor og hvornår individet overgår til forsøget på at fastholde adfærdsændringen (Rothman 2000: 68). Dernæst kan Rothmans tanker om adfærdsændringer siges at være afskåret fra et dybere nedslag i øvrige faktorer, der kan påvirke individets reelle mulighed for overhovedet at føre adfærdsændringen ud i livet på trods af forventninger til et favorabelt mål. Det være sig hindringer i form af ressourcer og mentalitet til at tage det sidste skridt. I relation hertil kan Rothmans teoretiske synspunkt altså synes at være begrænset til at beskue adfærdsændring som noget, der udelukkende er op til individets eget bevidste valg og underkender derfor udefrakommende faktorer, som kan gøre individet ude af stand til at handle på baggrund af forventninger alene.

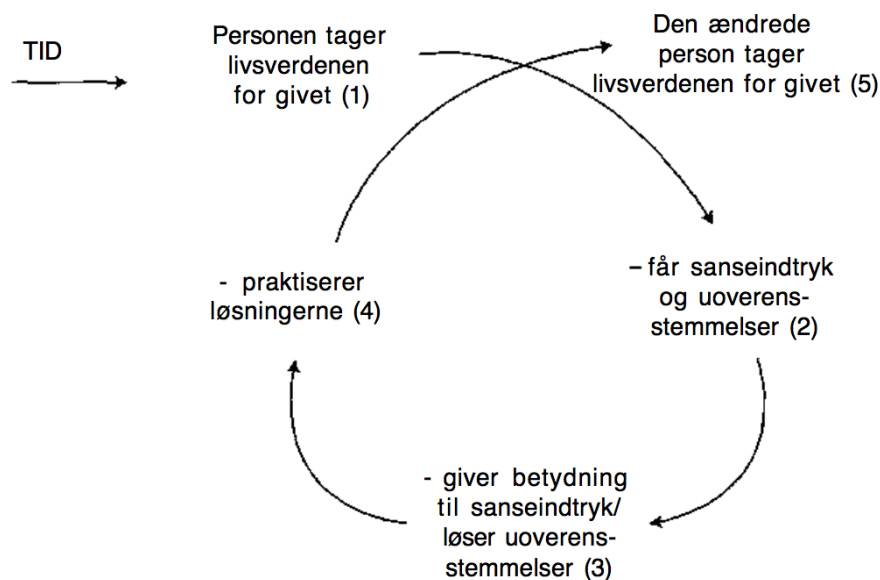
Således leverer Rothmans teoretiske syn på igangsættelse af adfærdsændring et rationelt rettet perspektiv på, hvordan vi kan forstå specialets informanter og deres eventuelle ændringsproces eller manglen på initiativet hertil. I samspil med de øvrige adfærdsteorier, Antonovskys teori om Oplevelse af sammenhæng og Ajzens Theory of Planned Behavior, udgør disse adfærdsteorier således et teoretisk fundament, som bidrager med et nuanceret blik på de aspekter, der i empirien viser sig betydningsfulde i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Med afsæt i specialets adfærdsteoretiske forståelsesapparat kan vi således anskue sundhedsmæssig adfærdsændring ud fra et kognitivt, ressourcemæssigt, affektivt og rationelt perspektiv.

LÆRINGSTEORI

VOKSENLÆRING - PETER JARVIS

Peter Jarvis er en velkendt læringsforsker, som beskæftiger sig med menneskets livslange læring. Med begrebet livslang læring henviser Jarvis til den opfattelse, at læring er en vedvarende proces, som opstår når vi gennem livet fortsat får nye erfaringer og oplevelser, der gør, at vi må forholde os bevidst til vores tidligere meninger, holdninger, værdier og forudantagelser grundet uoverensstemmelser mellem disse og de nye erfaringer og oplevelser (Jarvis 2012a: 46). Ifølge Jarvis er læring en proces, hvor vi danner meningstilskrivelser og betydning om specifikke situationer (Jarvis 1992: 145) - ud fra enten primære erfaringer, som finder sted gennem handling og erfares sanseligt eller ud fra sekundære erfaringer som er den medierede erfaring, vi har opnået gennem kommunikativ handlen, eksempelvis via en lærer eller en sundhedsvejleder (Jarvis 1992: 147). Disse meningstilskrivelser er dannet ud fra en omformning af sanseindtryk, som vi i kraft af vores tidligere oplevelser eller erfaringer er stødt på. Meningstilskrivelserne tager vi med os i vores fremadrettede adfærd og de bliver dermed en del af vores biografi. De kropslige sansninger eller meningstilskrivelser er således blevet indlejret som hjernens og psykens sprog, hvorigennem vi forstår verden fremover. Med disse indlejrede forståelser og meningstilskrivelser har vi udviklet kategorier og klassifikationer til forståelse af de sociale situationer, vi møder i livet og dette muliggør ifølge Jarvis, at vi i voksenlivet gennemlever mange situationer, som vi tager for givet, fordi vi antager, at omverdenen til stadighed forholder sig, som vi tidligere har erfaret den gøre (Jarvis 2012a: 44). I relation hertil nævner Jarvis, at vi mennesker ubevidst kan siges at være spærret inde bag tremmerne i vores egen bevidsthed (Jarvis 2012a: 47).

Ifølge Jarvis vil vi imidlertid altid møde nye oplevelser, sanseindtryk og situationer i voksenlivet, som vi ikke kan genkende fra tidligere eller som vi ikke på forhånd kender svaret eller løsningen på. Dette fordi at vi ikke har erfaringer eller oplevelser med os fra tidligere, som har suppleret os med meningstilskrivelser, holdninger og værdier, hvorigennem vi kan forstå den nye situation eller oplevelse (Jarvis 1992: 146). Det er i sådanne situationer, hvor vi bevidstgøres om vores egen utilstrækkelighed, at læreprocessen har vilkår for at træde i kraft (Jarvis 1992: 148). Der opstår således, hvad Jarvis kalder for 'disjuncture', som betegner en uoverensstemmelse mellem hvad individet oplever og hvad individet tidligere har oplevet. I situationer som disse fremkaldes bevidste handlinger, da individet her møder en ukendt situation, hvor det som førnævnt ikke har tidligere erfaringer at trække på (Jarvis 2012a: 44; Jarvis 2012b: 240).



(Jarvis 2012a: 45).

Omformning af sanseindtryk eller den proces hvor erfaring omdannes til mening og betydning for os, er ifølge Jarvis selve læreprocessen (Jarvis 1992: 145), hvor resultatet af læringen er forandring af individet i kraft af forandrede meningstilskrivelser og forståelser at trække på i mødet med situationer i livet fremadrettet (Jarvis 2012a: 44). Disse nye forandrede meningstilskrivelser og forståelser angående den specifikke situation bliver således indlejret i vores biografi og herigennem tager vi igen omverdenen for givet, blot ud fra vores nye forståelser jævnfør ovenstående figur. Det kan imidlertid også være tilfældet, at individet ikke formår at løse uoverensstemmelsen med nye meningstilskrivelser og betydninger til at forstå den nye situation ud fra, hvorfor individet i stedet enten lever med uoverensstemmelsen eller blot er blevet opmærksom på, at skulle finde løsninger på denne uoverensstemmelse på et andet tidspunkt. Her vil Jarvis imidlertid stadig argumentere for en form for forandring i individet, fordi den nye oplevelse alligevel har påvirket individets selv, selvom der ikke er tale om decideret læring i dette tilfælde (Jarvis 2012d: 22).

I relation til spørgsmålet om manglende læring bruger Jarvis begrebet ikke-læring. Som førnævnt er drivkraften bag læring ifølge Jarvis en erfaret uoverensstemmelse mellem individets forventning om en situation og individets faktiske oplevelse af situationen. Såfremt individet ikke oplever denne uoverensstemmelse, tager individet fortsat situationen for givet og handler uforandret. Ifølge Jarvis er der større sandsynlighed for at opleve uoverensstemmelsen, såfremt individets opmærksomhed og involvering i højere grad rettes mod den uoverensstemmelse, som kan blive en potentiel læringssituation for vedkommende (Jarvis 2012c: 598). Jarvis skelner i forbindelse med ikke-læring mellem de tre kategorier: antagelse, ikke-overvejelse og afvisning, hvoraf indeværende speciale

udelukkende vil beskæftige sig med de to sidstnævnte. Kategorien *ikke-overvejelse* definerer hvorledes individer på trods af deres opmærksomhed på forestående ændringsmuligheder, vælger ikke at tage stilling hertil grundet eksempelvis travlhed, mens kategorien *afvisning* definerer, hvorledes individet som står overfor nye læringsmuligheder, træffer et bevidst valg om at afvise og dermed ikke at forholde sig til- samt investere energi i disse (Sørensen 2010: 113-114). I Jarvis' forståelse for ikke-læring skelner han endvidere mellem indre og ydre hæmninger for læringen. Ved indre hæmninger er individet opmærksom på den potentielle læringsmulighed og oplever uoverensstemmelsen, men afviser imidlertid at lære noget af denne uoverensstemmelse af forskellige grunde, eksempelvis modstand mod forandring, uvilje eller manglende lyst (Jarvis 2012c: 599). Ved ydre hæmninger anerkender individet behovet for forandring eller nye perspektiver i kraft af oplevelsen af uoverensstemmelsen, men har omvendt også accepteret, at vedkommende eksempelvis ikke har tiden eller ressourcerne til denne forandring eller læring (Jarvis 2012c: 600).

Med afsæt i ovenstående kan Jarvis' syn på læring, således bringes i spil i nærværende speciale til at forstå, hvordan informanterne forholder sig til sundhedsmæssig adfærdsændring med afsæt informanternes meningstilskrivelser og sproglige udsagn, samt om disse meningstilskrivelser eventuelt kan ændres for at fremme en forandring i adfærd hos informanten. Vi får med dette teoretiske bidrag en indsigt i, hvilken betydning informanternes måder at tænke, forstå og tale om sundhedsmæssig adfærd på, kan være et resultat af tidligere erfaringer, men også hvordan de kan blive et medie for forandring.

MENING OG REFLEKSION - JACK MEZIOROW

Den amerikanske professor Jack Mezirow er forsker i voksenlæring ved Columbia University og har udviklet Transformationsteorien, som omhandler, hvorledes vi mennesker fortolker og tilskriver oplevelser meninger gennem etablerede grundlæggende antagelser også kaldet vores referencerammer eller meningsperspektiver. Særligt voksne har nemlig ifølge Mezirow et behov for at opnå mening i egne erfaringer og forsøge at undgå kaos ved at koble disse meninger sammen med den allerede eksisterende viden (Mezirow 2005: 89). Denne meningsskabelse kan være med til at forme vores forståelser og beslutninger samt måden, hvorpå vi handler fremadrettet og netop her er der ifølge Mezirow tale om læring. For at vi som mennesker kan finde mening med erfaringer gennem en fortolkningsproces og efterfølgende kan korrigere måden, hvorpå vi handler, skal vi være i stand til at reflektere (Mezirow 1990: 67). Refleksion er ifølge Mezirow en måde, hvorpå vi som mennesker kan gøre vores referencerammer mere åbne og fordomsfri i forhold til forandringer. Mezirows transformationsteori er således også et teoretisk perspektiv på, hvordan

voksne mennesker kan ændre perspektiver. Dette kan i nærværende speciale anses som en vigtig teoretisk forståelseskilde i situationer, hvor borgerens lave grad af forandringsparathed i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer synes at være præget af bestemte faste overbevisninger. Med Mezirows transformationsteori rettes blikket altså mod de forventnings- og antagelsesstrukturer, som udgør grundlaget for vores tanker, følelser og handlinger, og i nærværende speciale antager vi i tråd med Mezirow, at viden om menneskelige meningstilskrivelser, kan anvendes til at korrigere fremadrettede handlinger ud fra (Mezirow 2014: 115).

Når der dykkes nærmere ned i måden, hvorpå vi som mennesker fortolker betydningen af vores erfaringer, hviler det i høj grad på de referencerammer, som ligger til grund for, hvordan vi handler og håndterer begivenheder gennem livet. En referenceramme er et meningsperspektiv, som er tilegnet under socialiseringsprocessen tilbage i barndommen (Mezirow 2005: 94). Referencerammer er kulturelle samt sproglige strukturer, hvorudfra vi skaber mening ved at klassificere, sammenkæde og betydningstilskrive vores erfaringer. Disse referencerammer kan siges at foruddisponere vores hensigter, forventninger, overbevisninger og målsætninger, og er således en form for forhåndsindstilling vi automatisk retter fremadrettet handling ud fra. Dette betyder imidlertid også, at vi mennesker har en tendens til at afvise eller ignorere de situationer, der ikke stemmer overens med vores forhåndsindstillinger. Referencerammen er sammensat af to dimensioner eller niveauer; mentale vaner og derudfra synsvinkler, som udspringer af vores mentale vaner (Mezirow 2014: 115). Mentale vaner beskriver eksempelvis måden, hvorpå vi kategoriserer vores erfaringer og er derfor brede og generaliserende. De omfatter endvidere de kriterier, regler, værdier og standarder som er grundlag for vores tanker, følelser og handlinger. Disse mentale vaner kommer til udtryk i synsvinkler, som er et sæt af værdier, holdninger, følelser i forhold til et givent fænomen og som resulterer i bestemte fortolkninger rettet mod dette fænomen. Menneskers synsvinkler er direkte observerbare for os selv og for andre, hvorimod det er vanskeligt direkte at observere menneskers mentale vaner (Mezirow 2014: 116).

Ovennævnte mentale referencerammer kan ifølge Mezirow gøres til genstand for forandringer og dette er refleksion et redskab til. Refleksion sætter os nemlig i stand til at korrigere problematiske synsvinkler, som ikke kan forklare den aktuelle situation. Refleksion defineres ifølge Mezirow som værende '*... en proces med kritisk vurdering af indhold, proces og præmis(ser) for vores bestræbelser på at fortolke og give mening til en oplevelse*' (Høyrup & Pedersen 2010: 143). Med afsæt heri udgør refleksion et vigtigt element i forhold til at opnå læring, da det er gennem refleksion, at vi mennesker bliver i stand til at skabe en forbindelse mellem handling og konsekvens samt at udforske tidligere erfaringer for at søge at opnå nye forståelser og handlemuligheder. Disse nye forståelser og

handlemuligheder kan være medvirkende til at styrke- eller skabe nye synspunkter og holdninger og kan dermed påvirke fremtidige handlinger - som følge heraf, kan refleksion både foregå bevidst og ubevidst alt afhængig af den specifikke kontekst. Ofte vil de læringssituationer som mennesker indgår i være et forsøg på at finde en løsning på et problem og her skelnes der mellem tre refleksionsniveauer - dét at forstå refleksion i forhold til 1) problemløsningens indhold, 2) selve processen og 3) præmisserne herfor (Høyrup & Pedersen 2010: 143; Rasmussen 2014: 55). De tre refleksionsniveauer beskrives i følgende:

Indholdsrefleksion som det laveste niveau af refleksion omfatter, at man som menneske reflekterer over, hvad indholdet er i en given problemstilling. Her reflekteres der over de tanker, følelser, opfattelser samt handlinger vi trækker på i specifikke situationer (Rasmussen 2014: 56; Høyrup & Pedersen 2010: 143).

Procesrefleksion som det midterste niveau af refleksion definerer refleksionen over og vurderingen af, hvordan vi på baggrund af valg af metoder og problemløsningsstrategier (jf. indholdsrefleksionen) udfører handlingen og efterfølgende hvordan den specifikke handling blev udført og udformede sig (Rasmussen 2014: 56; Høyrup & Pedersen 2010: 143).

Præmisrefleksion som det højeste niveau af refleksion, hvorunder kritisk refleksion tilkøbes, definerer det niveau, som indbefatter refleksion over, hvorfor man som individ handler som man gør, hvorunder der tages kritisk stilling til de referencerammer, som danner grundlag for egen handling. På dette refleksionsniveau bliver individet bevidst om, hvordan det kan ændre og forbedre indgroede tankesæt (Rasmussen 2014: 57).

Refleksion kan således udføres ved at kigge tilbage på tidligere erfaringer eller tidligere læring, og sætter altså fokus på problemets indhold, processer eller de præmisser, som har lagt til grund for problemets opståen. Sidstnævnte form for refleksivitet, præmisrefleksionen, rummer ifølge Mezirow kritisk refleksion (Rasmussen 2014: 57). Kritisk refleksion indebærer som nævnt dét at kritisk udforske de meningsperspektiver, som bygger på grundlæggende værdier og som man som menneske har taget for givet. Når kritisk refleksion anskues, kan det både være i forhold til omverdenens antagelser og værdier, men også i forhold til kritisk selvrefleksion om ens egne antagelser og værdier (Mezirow 2005: 98). Et sådant kritisk perspektiv kan hos individer medføre en modstand samt føre stærke følelser og usikkerhed med sig. Det handler om at reflektere ved at udfordre ens gængse forestillinger, for at finde nye og mere effektive løsninger og dermed søge at genoverveje sin egen position i forhold til at opleve, erkende og handle. For at igangsætte en sådan kritisk refleksion, kræver det en udløsende begivenhed, som kan gøre behovet for at opnå mening stort nok (Mezirow 1990: 76-77). Det kan eksempelvis være behovet for en ny forståelse og tilgang

til sundhedsmæssig adfærd som følge af alvorlige helbredstrusler eller dårlig livsstil, der kræver nye sundhedsvaner.

Med afsæt i ovenstående vil Mezirows begreber om meningsskabelse og refleksion være anvendelige som forståelseskilder i undersøgelsen af målgruppens refleksivitet i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer. I forlængelse heraf bliver Mezirows forståelse af menneskelig handling som værende forankret i dybereliggende meningsperspektiver relevant i spørgsmålet, om hvilke betydningstilskrivelser og forståelser borgerne gør sig i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer. Et teoretisk blik herpå kan være med til at skabe forståelse om, hvordan dybereliggende meninger i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændringer kan være betydningsfulde for borgernes handlinger i forhold hertil. Mezirow som teoretisk forståelseskilde i forhold til menings- og betydningsskabelse rummer en række ligheder med Jarvis' teoretiske bidrag i nærværende speciale. Både Jarvis og Mezirow henviser til den proces, hvor menneskelige perspektiver og forståelser udvides og tilpasses nye erfaringer. Dermed udgør de også begge en konstruktivistisk læringsforståelse i den forstand, at mennesket aktivt konstruerer de briller, de ser verden igennem så at sige. Mezirow kan imidlertid tilbyde et mere indgående blik på, hvorledes vores meninger er forankret i en indre struktur, hvor Jarvis forholder sig mere til meninger udformet med afsæt i kropslige sanseindtryk. Således bringer de sammen en ydre og indre forståelse for, hvordan mening tilvejebringes og hvorledes de påvirker vores handlinger fremadrettet.

ANDRAGOGIK - MALCOLM SHEPHERD KNOWLES

Den læringsteoretiske retning andragogik er udviklet af den amerikanske forsker indenfor voksenlæring Malcolm S. Knowles og definerer en voksenpædagogisk vinkel på det kendte begreb pædagogik. Begrundelsen for udviklingen af denne voksenpædagogiske vinkel bygger på en antagelse om, at børn og voksne besidder vidt forskellige måder at lære på, hvilket understreger det faktum, at det dermed ikke er hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i samme læringsmetoder (Knowles 2005: 59). Ifølge andragogiske antagelser vil mennesket i takt med at det vokser op ændre sin selvforståelse fra at være afhængig af andre til at være et uafhængigt og dermed et selvstændigt og selvstyrende individ. Ifølge Knowles anses den voksnes parathed for læring i højere grad end barnets som værende drevet af en udviklingsorienteret og social interesse samtidig med, at den voksne ydermere synes at have en større tendens til at indgå i læringssituationer, som har fokus på det problemorienterede og som indbefatter opnåelse af en viden, som synes relevant og relaterbar i den voksnes nutidige situation (Knowles 2005: 61-62). Knowles udleder heraf en række

implikationer, som understøtter den voksnes læring, hvoraf vi har selekteret og udvalgt implikationen behovsbestemmelse, da dette har vist sig relevant i specialets analyse.

- ❖ *Behovsbestemmelse:* Indenfor begrebet behovsbestemmelse ligger en forståelse af at voksne, som følge af behovet for at være selvstyrende, ikke bør påtvinges en forståelse af, hvad der skal læres, for eksempel gennem en sundhedsfaglig medarbejder eller gennem samfundets fremstilling af sundhedsmæssige anbefalinger. Voksne besidder nemlig en større parathed for at lære, hvad de selv finder behov for (Knowles 2005: 64).

Ifølge Knowles er det i læringssituationer med voksne endvidere afgørende, hvorvidt de voksne lærende selv indgår i planlægningen af det, der skal læres. Dette begrundet i det faktum, at den voksne i højere grad føler sig forpligtet af en beslutning, som denne selv har indgået i planlægningen af. En manglende oplevelse af inddragelse i planlægningsprocessen kan resultere i, at den voksne oplever en undertrykkelse af egen selvstændighed og selvstyring (Knowles 2005: 65).

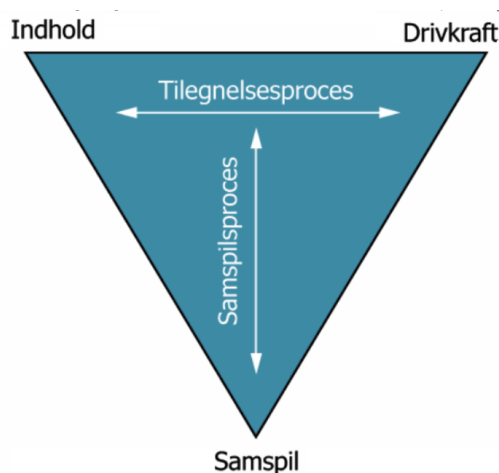
Med afsæt i Knowles argumentation om, at voksne ønsker at opfattes som værende selvstændige og selvstyrende individer, der handler ud fra egne oplevede behov, er andragogikken som teoretisk fundament anvendeligt i specialets analyse i forståelsen af, hvordan informanterne forholder sig til sundhedsmæssig adfærdsændring i henhold til egen livssituation. Ydermere vil andragogikkens perspektiv på betydningen af voksnes medbestemmelse og inddragelse i læreprocessen i forhold til deres følelse af forpligtelse til at indgå i en situation, udgøre en grundlæggende forståelse, som specialets design kan siges at bygge på.

LÆRINGENS TRE DIMENSIONER - KNUD ILLERIS

Med indeværende teoretiske bidrag til specialets næstkommende analyse søges fænomenet sundhedsmæssige adfærdsændringer belyst ud fra forskellige perspektiver. Som det fremgår i problemfeltet anskuer specialet sundhedsmæssige adfærdsændringer som en læreproces, hvor der ifølge Illeris er flere dimensioner på spil, herunder samspilsdimensionen, indholdsdimensionen og drivkraftsdimensionen, som alle bør være aktive, for at læringen kan finde sted. I nærværende teoretiske afsnit vil vi kort uddybe denne forståelse til at omhandle et socialt aspekt af læring, et mentalt, kognitivt fornuftsaseret og affektivt aspekt af læring og et mere praktisk aspekt af læring. Disse aspekter, som Illeris påpeger i læring, bliver således analytisk brugbart i den forstand, at empiriens tendenser bliver forståelige på flere niveauer - der kan altså teoretisk set siges at være flere perspektiver af samme fænomen. Under det affektive aspekt vil vi, foruden Illeris, fremhæve

et par teoretiske begreber, som kan være med til at skabe forståelse omkring, hvordan følelser har betydning for menneskelig læring.

Jævnfør Illeris er forudsætningen for læring, at vi mennesker for det første er rettet mod noget samt at vi skal interagere med noget eller nogen for at kunne lære, hvilket så at sige er lærings samspilsdimension. Dernæst og af mindst lige så væsentlig betydning skal der foregå en form for tilegnelsesproces, hvor vi individuelt set skal 'modtage' og bearbejde de indtryk, påvirkninger og impulser som samspillet med omverdenen tilbyder os, hvilket vil uddybes efter nedenstående model. Som Antonovsky, Ajzen, Mezirow og Jarvis også tilskriver betydning i forhold til menneskelig adfærd, har tidligere erfaringer betydning for vores tilegnelsesproces i kraft af den måde vi sammenknytter nye impulser og påvirkninger med resultaterne af tidligere erfaring, ifølge Illeris (Illeris 2015: 41). Således er Illeris som teoretisk bidrag i specialet, lige såvel som Jarvis og Mezirow, med til at nuancere forståelsen for læring til både at anskues som en social og mental proces.



(Illeris 2015: 42)

Læringens samspilsdimension som udgør den nederste spids i modellen, kan siges at udgøre det sociale aspekt af læring. Denne dimension omfatter betydningen af nære relationer såvel som overordnede sociale og samfundsmæssige rammer, hvorunder læringen foregår i. Baggrunden for denne samspilsdimension finder Illeris i det faktum, at al læring er situeret, det vil sige at læring altid foregår i en kontekst eller situation, som både påvirker selve læringen, men som også er en del af læringen (Illeris 2015: 119). I relation hertil kan begrebet fællesskab (Illeris 2015: 135) altså anvendes analytisk til at forstå, hvordan det sociale aspekt i sundhedsmæssige adfærdsændringer også kan ses indlejret i, påvirkende på og igangsættende for læring.

Den førnævnte tilegnelsesproces, som udgør den vandrette akse i ovenstående model, kan ifølge Illeris nuanceres. Her opdeler han nemlig denne psykologiske og individuelle proces til at omfatte

to dimensioner på samme tilegnelses-akse, herunder en indholdsdimension og en drivkraftsdimension, som således skaber en forståelse for tre betydningsfulde dimensioner i læring sammen med samspilsdimensionen. Indholdsdimension som en del af den mentale individuelle proces i læring omhandler det, der skal læres. Al læring omfatter nemlig et indhold, som kan være alt fra holdninger til adfærdsmønstre (Illeris 2015: 73). Læringens indholdsdimension kan derfor også omfatte læring om sig selv og egne holdninger, hvorigennem Illeris fremhæver teoretiske indgangsvinkler hertil som eksempelvis Mezirow med sit refleksionsbegreb (Illeris 2015: 88). Læringens drivkraftsdimension udgør et mere affektivt aspekt af læring, der både har fokus på følelser indblandet i læringen, men som også har fokus på motivation og vilje. Denne dimension omfatter således de parametre som ifølge Illeris er med til, at individet mobiliserer den nødvendige energi og engagement, som er drivkraft for læringen (Illeris 2015: 47). Således uddyber Illeris den individuelle tilegnelsesproces til at omfatte mere end blot indholdsmæssige strukturer og skemaer for læringen, da han med drivkraftsdimensionen også sætter fokus på de følelsesmæssige, viljemæssige og motivationelle mønstre som læringen omfatter og påvirkes af (Illeris 2015: 104). I analysen af specialets empiri vil der i forståelsen af det affektive aspekt af fænomenet sundhedsmæssige adfærdsændringer trækkes på følgende teoretiske kilder, som netop belyser den følelsesmæssige vinkel herpå.

Daniel Goleman har med sit velkendte fokus på følelsernes intelligens pointeret, at mennesket består af to bevidsthedsformer, den rationelle og den følelsesmæssige. Goleman argumenterer for, at den følelsesmæssige bevidsthedsform bør fylde mindst lige så meget som den rationelle i forståelsen af læring, da det ifølge Goleman er følelserne som supplerer den rationelle bevidsthed med information. Også Ute Holzkamp-Osterkamp beskriver følelserne som handlingsanvisende i den forstand, at følelser anskues som vurderingsmekanismer, der træder i kraft i nye ukendte situationer, hvor de er med til at udpege, hvad der for subjektet vurderes betydningsfuld nu og her (Illeris 2015: 104). Dette bringer således også et analytisk skel mellem rationalitet og affektivitet, som kan bidrage med en nuancering af den menneskelige bevidsthed, samtidigt med at vi analytisk og teoretisk set får greb om følelsernes betydning for menneskelig adfærd.

Også Arlie R. Hochschild har med sit begreb *følelsesarbejde* fokus på, hvordan følelser indgår i menneskelige adfærdsprocesser. Ifølge Hochschild er den sociale interaktion nemlig præget af retningslinjer og normer, en form for følelsesmæssig orden, som betegner, hvad vi bør føle og hvornår vi bør føle det. Udtrykkelsen af følelser som en form for følelsesarbejde for individet, kan både kan være ubevidst, hvor vi ikke er direkte opmærksomme på at vi udfører følelsesarbejdet, men kan omvendt også være bevidst udført. Analytisk set bidrager Hochschild med begrebet *surface-acting*, som i denne sammenhæng synes betydningsfuldt i forhold til at undersøge, hvordan

informanterne i nærværende speciale udtrykker følelser i forhold sundhedsmæssige adfærdsændringer - eller hvordan de netop ikke udtrykker følelser. Surface-acting som begreb refererer til en affektiv strategi, hvormed individet forsøger at skjule sin oprigtige følelsesmæssige reaktion med en facade, som individet trækker på i den sociale interaktion (Bloch 2013: 483).

Illeris' læringsteoretiske forståelse, hvori han anskuer indholdet i læringen samt drivkraften for at indgå i læringssituation som værende elementer, der i samspil har betydning for individets tilegnelsesproces, vil i indeværende speciale anvendes til at forstå, hvorledes både indholdet i den sundhedsmæssige interaktion og indholdet i borgerens liv, samt de betydningstilskrivelser borgeren gør sig, har betydning for informantens vilje og parathed til sundhedsmæssig adfærdsændring. Ydermere vil den sidste dimension, samspilsdimensionen, anvendes til at opnå en forståelse for, hvorledes informanternes betydningstilskrivelser i forhold til sociale aspekter knyttes til læringens indhold. Således tilvejebringer Illeris et fundament til forståelsen af samspillet mellem forskellige elementer i forhold til informanternes forståelse af- og indstilling til sundhedsmæssig adfærdsændring. I forlængelse heraf bidrager Goleman, Holzkamp-Osterkamp og Hochschild med mere teoretisk følelsesfokuserede teorier, som både Illeris og nogle af specialets adfærdsteorier er med til at understrege behovet for.

5. CASEBESKRIVELSER

I følgende vil de informanter, som udgør indeværende speciales empiriske grundlag præsenteres med det formål, at optegne et billede af hvem de er, samt hvilke udfordringer de hver især står overfor i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Således vil hver enkelt informant repræsentere en enkeltstående case og danne grundlag for specialets empiriske og teoretiske analyse-kapitel. I analyse-kapitlet vil begrebet 'informanter' dække over vores otte cases og dermed de mandlige borgere, som vi har interviewet og fulgt gennem adfærdsændringsprocessen. Begrebet vil således ikke dække over interviewene med projektleder og projektkoordinator, da disse informanter i analysen vil benævnes med deres titler.

INFORMANT A, ELEKTRIKER

Elektriker A er 34 år gammel og er uddannet og ansat som elektriker. Han bruger størstedelen af sin fritid sammen med sin familie og han tillægger det familiære stor betydning. Elektriker A har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og ønske at opnå en bedre kondition samt sundere spisevaner - han formår at handle herpå (Bilag 10).

INFORMANT B, MASKINMESTER

Maskinmester B er 55 år gammel og er uddannet maskinmester. Han arbejder som driftskoordinator, på den virksomhed han er ansat på. Maskinmester B tillægger dét at hygge sig og have det sjovt stor betydning og har erfaring med, at han ofte kun finder det betydningsfuldt at ændre adfærd, når han bliver stillet overfor et ultimatum. Maskinmester B har ingen intentioner om en sundhedsmæssig adfærdsændring (Bilag 11).

INFORMANT C, LASTVOGNSMEKANIKER

Lastvogsmekaniker C er 61 år gammel og er uddannet og ansat som lastvogsmekaniker. Han nyder at cykle på sin mountainbike, men har de seneste år haft svært ved at komme afsted. Lastvogsmekaniker C har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og ønsker at komme i bedre form samt at afhjælpe de smerter han har i kroppen, der er opstået som følge af hans arbejde - han formår ikke at handle herpå (Bilag 12).

INFORMANT D, LASTVOGNSMEKANIKER

Lastvogsmekaniker D er 33 år gammel og er uddannet og ansat som lastvogsmekaniker. Han tillægger ikke sundhed den helt store betydning, i og med at han føler sig sund og rask på trods af, at en stor del af hans sundhedsmæssige vaner ikke følger anbefalingerne. Lastvogsmekaniker D har ingen intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring (Bilag 13).

INFORMANT E, LASTVOGNSMEKANIKER

Lastvogsmekaniker E er 56 år gammel og er uddannet smed og lastvogsmekaniker. Han arbejder som lagerchef, på den virksomhed han er ansat på. Han tillægger dét at dyrke motion med andre stor værdi og har ellers svært ved at finde lysten til at ændre adfærd. Lastvogsmekaniker E har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og ønsker at skære ned på de søde sager - han formår at handle herpå (Bilag 14).

INFORMANT F, LOGISTIKMEDARBEJDER

Logistikmedarbejder F er 30 år gammel og er uddannet og ansat indenfor kørsel og logistik. Hans største last er fristelser i hverdagen og derudover kæmper han med en kronisk sygdom, som medfører smerter. Logistikmedarbejder F har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og ønsker at blive bedre til at modstå fristelser samt at mindske smerter - han formår at handle herpå (Bilag 15).

INFORMANT G, TØMRER

Tømrer G er 60 år gammel og er uddannet tømrer. Han arbejder som ufaglært lagermedarbejder, på den virksomhed han er ansat på. Han nyder at være aktiv i naturen – at løbe og cykle, men har de seneste år haft svært ved at komme afsted og ydermere overskrider han på flere punkter de sundhedsmæssige anbefalinger. Tømrer G har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og ønsker at opnå mere velvære gennem motion - han formår ikke at handle herpå (Bilag 16).

INFORMANT H, CHAUFFØR

Chauffør H er 51 år gammel og er uddannet chauffør. Dette har hidtil været hans arbejdsfunktion på den virksomhed han er ansat på, men han har gennem de sidste måneder også ageret som logistik/kontomedarbejder. Han nyder at cykle lange ture og lægger stor værdi i at være en del af et socialt hold. Chauffør H har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og han ønsker at tilegne sig sundere spisevaner samt at dyrke mere motion - han formår at handle herpå (Bilag 17).

6. ANALYSE

Specialets analyse er bygget op i henhold til den analytiske meningskondensering, hvorudfra der er fremkommet en række analytiske temaer, som kan struktureres ud fra de overordnede tendenser, vi under gennemlæsningen af empirien fik øje på. I henhold til informanternes forståelser og adfærd rettet mod sundhedsmæssige ændringer ser vi en tendens til et skel mellem informanter, der forinden sundhedssamtalen har intentioner om at ændre sundhedsadfærd og informanter, som ikke har intentioner om at foretage nogle ændringer. Dernæst ser vi en tendens til et skel mellem informanter der formår at handle på disse intentioner og informanter, som lader intentionen blive ved tanken. Der kan således anskues flere niveauer af parathed til ændring af sundhedsadfærd blandt informanterne samt flere underliggende grunde herfor. Hvilke grunde der er hertil og hvilke elementer informanterne i disse forskellige niveauer af parathed tillægger betydning, vil analysen jævnfør specialets problemformulering undersøge i indeværende kapitel.

Analysen er struktureret efter nævnte empiriske opdeling af informanterne, således at analysetema 1 behandler spørgsmålet om, på forhånd at have intentioner om ændring af sundhedsadfærd eller ej, mens analysetema 2 behandler spørgsmålet om at handle på disse intentioner eller ej. Slutteligt vil analysetema 3 behandle Sundhedsstyrelsens- og Aalborg Kommunes syn på og tilgang til sundhedssamtalen sammenlignet med de forståelser, som analysetema 1 og 2 argumenterer for, at informanterne besidder i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, og som det sidste analysetema 3 også vil bidrage til at belyse.

ANALYSETEMA 1: INTENTIONEN OM SUNDHEDSMÆSSIG ADFÆRDSÆNDRING

I indeværende analysetema behandles spørgsmålet om at have intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring eller ej. Temaet er struktureret med afsæt i kategorierne 'Meningsfulde mål', 'Refleksion over tidligere erfaringer' og 'Betydningsforbindelser og indstilling', som tilsammen bibringer en analyse og en belysning af en række elementer eller faktorer, som de mandlige borgere tilskriver betydning i relation til intentionen om ændring af sundhedsadfærd.

MENINGSFULDE MÅL

I den analytiske meningskondensering fremgår det, at informanterne elektriker A, lastvognsmekaniker C, lastvognsmekaniker E, logistikmedarbejder F, tømrer G og chauffør H har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring allerede forinden sundhedssamtalen, hvor informanterne maskinmester B og lastvognsmekaniker D ikke har. I spørgsmålet om hvad der adskiller de seks informanter med intentioner om ændring fra de to informanter uden intentioner,

finder vi blandt andet den tendens, at de seks informanter med intentioner alle har et overordnet mål forude for adfærdsændringen og dermed en situation de stræber efter at opnå. I nedenstående observationsnote fremgår det, at lastvognsmekaniker D ikke har opstillet et overordnet mål for en eventuel adfærdsændring.

Observationsnote: Sundhedsvejlederen spørger lastvognsmekaniker D, om han har lyst til at ændre på sine motionsvaner og forklarer fordelene ved at gøre det, hvortil lastvognsmekaniker D svarer, at han egentlig ikke har planer om at ændre – 'Jeg har det egentlig fint, som det er nu' siger han (Bilag 13: 1-2).

Med afsæt i udtrykket 'jeg har det egentlig fint, som det er nu' kan der tolkes en tilfredshed med nuværende situation. Dette kan først og fremmest indikere en forståelse for sundhedsmæssige adfærdsændringer som noget, der først er aktuelt, når man ikke længere har det godt.

Interviewer: Ja okay. Har du planer om at ændre på dine sundhedsvaner indenfor de næste seks måneder?

Lastvognsmekaniker D: Ikke sådan lige umiddelbart.

Interviewer: Nej og hvordan kan det være?

Lastvognsmekaniker D: Det [...] det er der ikke rigtig nogen grund til.

Interviewer: Nej, du ser ikke behovet for det?

Lastvognsmekaniker D: Ikke sådan akut, det er nok først når man ligger med en blodprop engang - så der skal et eller andet drastisk til, før man kan se det gode ved det (Bilag 13: 5).

Lastvognsmekaniker D forstår altså sundhedsmæssig adfærdsændring som en problemløsning, og ikke som et forebyggende foretagende, og der kan dermed argumenteres, for at lastvognsmekaniker D først vil finde sundhedsmæssig adfærdsændring meningsfuldt, når han ikke længere vurderer sit helbred tilfredsstillende. Dette kan eventuelt være grundet sygdom, hvilket understreges i ovenstående citat, hvor han nævner en blodprop som igangsættende for, at han kan se det gode eller det meningsfulde i en sundhedsmæssig adfærdsændring. Med afsæt i denne forståelse kan lastvognsmekaniker D anskues som værende nærmest udelukkende rationelt orienteret i sin forståelse for meningen med sundhedsmæssige adfærdsændringer, hvor ændringerne ikke synes at tilskrives en personlig værdi, men i stedet synes at være den fornuftige løsning på et helbredsproblem. Disse meninger eller forventninger kan med en spejling i grundantagelsen bag rational choice teorien siges at tage afsæt i en nytteopfattelse, hvor informanten udelukkende forholder sig til spørgsmålet, om en given adfærd vil medføre nyttemaksimering i forhold til egen livssituation (Becker 1978: 14). Særligt i udtrykket 'jeg har det

egentlig fint, som det er nu' jævnfør lastvognsmekaniker D, tegner der sig et billede af, at intentionen om at ændre adfærd eller i dette tilfælde manglen herpå afhænger af en individuel cost-benefit-analyse i forhold til om fordelene ved en sundhedsmæssig adfærdsændring overgår vurderingen af fordele ved situationen, som den er nu. Denne vinkel kan forstås i lyset af Rothmanns teoretiske tanker om, hvad der igangsætter en adfærdsændrende proces, for ifølge Rothmann er en sådan stræben efter en mere favorabel situation igangsættende for adfærdsændringen. Således kan Rothmann altså også siges at repræsentere en rationel bevidsthedsform, der ifølge ham er betydningsfuld for individets adfærd. Med afsæt i indeværende speciales empiriske materiale synes denne rationelle tankegang dog at udfordres, da flere af de informanter som har intentioner, tillægger disse intentioner om sundhedsmæssige adfærdsændringer en dybere form for mening, hvilket kommer til syne i nedenstående citat fra elektriker A.

Interviewer: [...] Hvor vigtigt er det for dig, at ændre sundhedsvaner?

Elektriker A: [...] jeg har to 'knejter' og vi spiller noget fodbold, og man kan jo godt mærke at de gerne vil spille mere fodbold og så må man nogle gange lige ud og trække vejret. Så på det punkt kan man sige ift. det, så er det vigtigt som sådan. [...] Det er primært ift. hvis jeg skulle være aktiv med 'knejterne'. I takt med at de selvfølgelig bliver ældre, så er der også flere ting man kan tage ud og lave med dem. [...] når de bliver en 12-13 år, så er det nok et andet aktivitetsniveau. Og det er nu den skal fanges, hvis det endelig er (Bilag 10: 6).

Med afsæt i ovenstående citat kan der advokeres for, at det for elektriker A giver mening at ændre sundhedsadfærd, fordi han har en forventning til og et mål om at opnå en bedre kondition samt fortsat at kunne være aktiv med sine sønner fremadrettet. Elektriker A's forventninger og mål med en sundhedsmæssig adfærdsændring kan siges at tage afsæt i et rationelt aspekt – i dette tilfælde som følge af ønsket om en bedre kondition, men kan i samspil hermed også siges at tage afsæt i et affektivt aspekt, hvori det familiære samvær tilskrives betydning i forhold til hans intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. På samme vis tilskriver logistikmedarbejder F, som endnu ét eksempel af flere, intentionen om sundhedsmæssig adfærdsændring en mening eller forventning for fremtiden, som kan forklares med afsæt et samspil mellem en rationel og affektiv drivkraft.

Interviewer: [...] hvor vigtigt er det for dig, at lave de her ændringer?

Logistikmedarbejder F: Meget, for det kan også gøre, at jeg forhåbentligt kan blive smertefri, med de sygdomme jeg har haft (Bilag 15: 8).

For logistikmedarbejder F tilskrives de sundhedsmæssige adfærdsændringer betydning i relation til ønsket om at blive smertefri i fremtiden, hvorfor ændringen tillægges det formål at have en lindrende effekt på logistikmedarbejder F's sygdomssymptomer. Dette konkrete mål om smertefrihed, som kan siges at ligge til grund for intentionen om sundhedsmæssig adfærdsændring, er delt blandt mange af specialets informanter, herunder lastvognsmekaniker C som er generet af smerter i kroppen (Bilag 12: 5), lastvognsmekaniker E som er generet af hovedpine (Bilag 14: 2) og chauffør H som er generet af smerter i arme og knæ (Bilag 17: 5). Tømrer G adskiller sig imidlertid lidt fra det smertelindrende perspektiv som grundlag for intentionen om sundhedsmæssig adfærdsændring, da han blot har intentioner om at begynde at løbe som følge af en forventning om, at det kan give ham følelsen af velvære (Bilag 16: 6).

Med afsæt i disse analytiske fund kan der på samme vis som hos elektriker A både anskues et affektivt og rationelt perspektiv. Affektivt i den forstand at der kan siges at være følelser forbundet med dét at skulle leve med smerter eller en stræben efter velvære, hvor det affektive aspekt kommer til syne i og med, at informanterne handler i et forsøg på at optimere egen livskvalitet gennem en adfærdsændring. I samspil hermed kan denne forventning om smertefrihed også anskues ud fra et rationelt perspektiv, hvor intentionen om den sundhedsmæssige adfærdsændring således er et resultat af en form for indre og personlig cost-benefit analyse, hvor individet finder det rationelt fornuftigt at ændre sundhedsadfærd grundet mængden eller betydningen af de ulemper i form af smerter, som ændringen kan eliminere på trods af den energi, ændringen vil kræve. Samspillet mellem det rationelle og affektive aspekt bliver dermed udtrykt i måden, hvorpå informanterne via intentioner om sundhedsmæssige adfærdsændringer forsøger at skabe grundlag for at maksimere nytte i livet samt egen livskvalitet.

Her synes det rationelle perspektiv, der som nævnt danner grundlag for tænkningen bag den teoretiske retning rational choice samt Rothmanns rationelt prægede teori om adfærdsændring, imidlertid at udfordres af Daniel Golemans teoretiske syn på følelsernes betydning for læring. Goleman argumenterer for, at den følelsesmæssige dimension bør fylde mindst lige så meget som den rationelle i forståelsen af læring, da det ifølge Goleman er følelserne som supplerer den rationelle bevidsthed med informationer (Illeris 2015: 108). Med afsæt i Goleman kan lastvognsmekaniker D's manglende intention om sundhedsmæssig adfærdsændring sammenlignet med elektriker A, lastvognsmekaniker C, lastvognsmekaniker E, logistikmedarbejder F, tømrer G og chauffør H's intentioner anskues som et udtryk for, at der for lastvognsmekaniker D ikke kan forefindes en affektiv dimension, der leverer information, som den rationelle bevidsthed først herefter kan forholde sig til. Der er altså ikke et følelsesmæssigt aspekt som får plads til at 'tale sin sag' for lastvognsmekaniker D's behov for sundhedsmæssig adfærdsændring, i samme grad som

det ses hos de seks nævnte informanter. De empiriske fund vedrørende skellet mellem at have intentioner om ændring eller ikke have intentioner, kan i dette perspektiv forstås som et udtryk for en sammenhæng mellem følelser og vilje. Denne forståelse bakkes op af læringsteoretikeren Knud Illeris, som understreger, at tilegnelsesprocessen i læring opstår i et samspil mellem indholdet af det der skal læres, som udgør indholdsdimensionen og drivkraftsdimensionen i læring og inkluderer følelser, motivation og vilje i et affektivt perspektiv, og som er med til at mobilisere den nødvendige energi for læringen (Illeris 2015: 47).

Tendensen til at elektriker A og logistikmedarbejder F samt de øvrige informanter med sundhedsmæssige intentioner om ændring (C, E, G, H) alle har en forventning for fremtiden eller et overordnet mål med ændringen, kan sidst belyses og forstås med udgangspunkt Antonovskys begreb meningsfuldhed. Ifølge Antonovsky omfatter oplevelsen af meningsfuldhed dét at finde noget værdifuldt - både værdifuldt i forhold til hvad der giver mening for det enkelte individ at investere energi i, men også værdifuldt i en følelsesmæssig og dermed affektiv forstand (Antonovsky 2000: 38, 40). Her er elektriker A et eksempel, hvor det tilskrives værdi og mening, at kunne deltage fuldt ud i aktiviteter med sine sønner og logistikmedarbejder F et eksempel, hvor det tilskrives værdi og mening at kunne leve smertefrit. Denne oplevelse af meningsfuldhed er, ifølge Antonovsky, bidragende til menneskers engagement i- og mestring af en given situation, som i dette tilfælde er engagement i en sundhedsmæssig adfærdsændring. Med afsæt heri synes Antonovskys begreb meningsfuldhed altså at underbygge dét analytiske fund, at det affektive aspekt har en indflydelse i forhold til at rette informanterne mod intention om sundhedsmæssig adfærdsændring og i dette teoretiske lys kan vi dermed ane en skelnen mellem affektiv meningsfuldhed og rationel meningsfuldhed.

Det er således ikke blot en pointe, at informanterne kan siges at skabe intentioner om adfærdsændring på baggrund af et overordnet mål eller ønske for fremtiden, målet skal også være meningsfuldt i forhold til informanternes individuelle værdier og livssituation. Dette analytiske fund kan forstås med afsæt i andragogikkens antagelse om, at voksne er mere motiverede for at indgå i en læringssituation, såfremt dette er til gavn for egen livssituation (Knowles 2005: 61-62). Specialets empiri kan foruden betydningen af samspillet mellem et rationelt og affektivt funderet mål i forhold til intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring, endvidere være med til at understrege både den individualitet, men også den generalitet sundhedsadfærd kan afspejle. Individuelt i den forstand at hvad der for informanterne tilskrives meningsfuldt i forhold til at indgå i sundhedsmæssig adfærdsændring, kan variere fra informant til informant og generelt i den forstand, at et meningsfuldt mål eller en meningsfuld forventning præget af et samspil mellem det

rationelle og det affektive, synes at være en fælles motivator til sundhedsmæssig adfærdsændring informanterne imellem.

REFLEKSION OVER TIDLIGERE ERFARINGER

I relation til undersøgelsen af de forståelser der ligger bag skellet mellem at have intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring eller ej, er det endvidere interessant at kaste et analytisk blik på de erfaringer, som informanterne har med sig fra tidligere forsøg på ændring af sundhedsmæssig adfærd. Den empiriske begrundelse herfor er, at der for både informanterne med intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og for informanterne uden disse intentioner findes den lighed, at de alle har nogle forfejlede ændringsforsøg med i bagagen. I lyset heraf er det således interessant at analysere disse forfejlede ændringsforsøg for at forstå, hvordan denne lighed mellem informanterne alligevel kan udmønte sig i den forskel, at nogle informanter har intentioner om adfærdsændring, mens andre ikke har. Det teoretiske forståelsesapparat der ligger til grund for dette analytiske fokus, tager udgangspunkt i både Jarvis' og Mezirows forståelser for tidligere erfaringer og oplevelser og disses betydning for handling fremadrettet (Jarvis 2012a: 44; Mezirow 1990: 67). Ifølge Jarvis og Mezirow er vores oplevelser og erfaringer i mødet med omverdenen med til at forme vores meningstilskrivelser og derigennem også vores fremadrettede handling i mødet med omverdenen.

Med afsæt i lastvognsmekaniker D som et eksempel på den ene af de to informanter der ikke har en intention om ændring, fremgår det i citatet nedenfor, at han tidligere har forsøgt sig med sundhedsmæssig adfærdsændring uden succes.

Interviewer: [...] Har du før forsøgt at lave om på dine sundhedsvaner?

Lastvognsmekaniker D: Nej, ikke i den positive retning. Jeg er startet ud sådan rimelig godt og så er det så bare kørt ned ad bække derfra, så det...

Interviewer: Hvordan kan det være? Kan du huske hvad der gik galt?

Lastvognsmekaniker D: Jamen det ved jeg ikke, det ved jeg ikke (Bilag 13: 5-6).

Dette tidligere forfejlede forsøg på sundhedsmæssig adfærdsændring, kan med afsæt i Ajzens TPB påvirke lastvognsmekaniker D's oplevelse af selvkontrol eller mestring i negativ retning i forhold til adfærdsændring, hvilket ifølge Ajzen har betydning for, om lastvognsmekaniker D overhovedet danner intentioner om at forsøge igen (Ajzen 1991: 196). Det tidligere forfejlede forsøg kan således anskues som en mulig forklaring på, hvorfor vi blandt andet ikke ser nogle individuelt funderede intentioner hos lastvognsmekaniker D. Der er imidlertid et empirisk fund, som udfordrer denne antagelse, hvorfor den må nuanceres. Ved logistikmedarbejder F og elektriker A, som eksempler

på informanter med individuelt funderede intentioner, finder vi nemlig også tidligere forfejlede forsøg i bagagen, hvilket modsiger ideen om, at tidligere forfejlede forsøg påvirker selvkontrollen og mestringsen, og som følge heraf intentionen i nok grad til, at intentionen udebliver grundet tidligere fiaskoer. Det er således interessant at analysere, hvorledes disse tidligere forfejlede forsøg adskiller sig fra hinanden.

Vendes blikket dermed atter mod citatet ovenfor, fremgår det at lastvognsmekaniker D ikke har en forståelse for, hvorfor ændringsforsøget gik galt, da han i spørgsmålet herom svarer 'Jamen det ved jeg ikke, det ved jeg ikke'. Sammenholdes dette med elektriker A's beskrivelse af tidligere ændringsforsøg, kan der imidlertid udpeges en forskel.

Interviewer: Har du forsøgt tidligere at lave om på dine sundhedsvaner?

Elektriker A: Ja og nej forstået på den måde at tidligere har det været sådan, at der ligesom her har været et motionsrum, og det benyttede jeg mig rigtig meget af. Og jeg tror at det, som det så kommer af – jeg har fortsat med at spise lige store mængder og lidt det samme, men er til gengæld så stoppet træning grundet mere familieaktivitet og sådan, så jeg vil ikke sige, at det er fordi jeg ikke har friheden til det, men jeg er træt på en anden måde om aftenen nu og tager derfor ikke afsted, som jeg gjorde før. [...] (Bilag 10: 6).

I dette citat ses der en mere reflekteret forståelse for, hvad der ligger til grund for fiaskoen ved den tidligere ændring. Elektriker A tilskriver blandt andet det familiære, travlhed og træthed en betydning i forhold til at forstå, hvorfor han stoppede med at dyrke motion. Her synes han at give udtryk for en prioritering i kraft af tid med familien, hvilket også kan siges at harmonere med elektriker A's overordnede mål med en ny sundhedsmæssig adfærdsændring, i form af forventningen om bedre at kunne holde til fysisk aktivitet med sine sønner uden at blive forpustet. Samme billede af en mere reflekteret forståelse fremkommer i følgende citat af logistikmedarbejder F, som fremhæver fristelser som en mulig årsag til, hvorfor et tidligere ændringsforsøg endte i en fiasko.

Interviewer: [...] har du før forsøgt at lave om på de her sundhedsvaner?

Logistikmedarbejder F: Ja lidt nok... men det er ikke gået så godt, så...

Interviewer: Nej, hvad har du forsøgt at gøre?

Logistikmedarbejder F: Jamen prøvet at lade være med at spise det usunde, men det holder ikke så lang tid.

Interviewer: Ja, hvorfor tror du ikke, at det gør det?

Logistikmedarbejder F: Ja... det ved jeg ikke. Det frister nok for meget.

Interviewer: Okay, så det er svært at sige nej til?

Logistikmedarbejder F: Ja, det smager jo godt (Bilag 15: 6).

Den refleksive forståelse som forefindes hos elektriker A og logistikmedarbejder F i forhold til tidligere erfaringer samt betydningen af denne refleksivitet, kan forstås med afsæt i Mezirows to første niveauer af refleksionsbegrebet, nemlig indholdsrefleksion og procesrefleksion. Indholdsrefleksion, som det laveste niveau på Mezirows refleksionsskala, henleder til dét at reflektere over, hvad man som individ handler, tænker eller føler på grundlag af i specifikke situationer. Dernæst på det midterste niveau på refleksionsskalaen er der tale om procesrefleksion, som definerer dét at reflektere over og vurdere, hvordan den specifikke handling udføres eller blev udført samt refleksion over den anvendte problemløsningsstrategi (Rasmussen 2014: 56; Høyrup & Pedersen 2010: 143).

Med afsæt i førnævnte citat fra logistikmedarbejder F, kan der med Mezirow in mente argumenteres for, at han befinder sig på et indholdsmæssigt refleksionsniveau, i og med at han gennem sprogbrugen 'det frister nok for meget' og 'det smager jo godt' udviser en bevidst refleksivitet om, hvad der indholdsmæssigt førte hans tidligere handlen til en fiasko og herigennem kommer frem til, at fristelser har en betydning herfor. Ifølge Mezirow kan et sådant tilbageblik føre til nye tanker og overvejelser om måder, hvorpå der kan handles fremadrettet for at opnå læring og det kan dermed anses som værende et aspekt, der kan komme logistikmedarbejder F til gavn i hans fremtidige handlinger (Rasmussen 2014: 56; Mezirow 1990: 67). Rettes blikket mod elektriker A's tidligere fremførte citat (jf. s. 55), kan der advokeres for, at hans refleksivitetsniveau nærmere placerer sig indenfor procesrefleksionen. Elektriker A giver udtryk for, at det familiære har sat en stopper for hans træning gennem udsagnet 'tager derfor ikke afsted, som jeg gjorde før', hvilket kan anses som værende en indikator for, hvordan familien har gjort hans tidligere træningsmetode, som indebar at han trænede i motionscenter umiddelbart efter arbejde, besværlig. Med afsæt i elektriker A's rolle som familiefar udviser han en refleksivitet omkring, at den metode han tidligere har ageret ud fra i forbindelse med træning, ikke er hensigtsmæssig mere. Der kan med Mezirow in mente argumenteres for, at elektriker A gennem denne form for refleksion får mulighed for at revurdere og tilpasse træningsmetoden, for at opnå det ønskede mål om bedre kondition (Rasmussen 2014: 56-57).

Med denne spejling i Mezirow tyder det altså på, at logistikmedarbejder F og elektriker A kobler tidligere handlinger og konsekvenser sammen, og herigennem opnår en viden om de erfaringer, de har gjort sig, hvilket kan siges at danne grundlag for, at der hos dem kan opstå læring og dermed opstå nye synspunkter og holdninger. Nye synspunkter og holdninger som kan have en påvirkning

på deres fremtidige handlen og danne grundlag for deres nu tilstedeværende intentioner (Rasmussen 2014: 55).

Set fra et kritisk perspektiv kan det dog diskuteres, hvorvidt elektriker A og logistikmedarbejder F's refleksionsniveauer er dybe nok, til at kunne skabe en vedvarende sundhedsmæssig adfærdsændring, i og med at deres refleksionsniveauer synes at stoppe på det mellemste niveau ved procesrefleksionen. Ifølge Mezirow er det nemlig gennem det sidste og dybeste refleksionsniveau kritisk refleksion - et niveau som indbefatter refleksion omkring, hvorfor man som individ handler som man gør, hvorunder der tages kritisk stilling til de meningsperspektiver som danner grundlag for egen handling - at individer kan ændre og forbedre indgroede tankesæt (Rasmussen 2014: 57). Der kan derfor med en spejling i Mezirow stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt elektriker A og logistikmedarbejder F's refleksionsniveau har sine begrænsninger på sigt i forhold til at ændre informanternes mentale perspektiver på sundhedsmæssig adfærdsændring. Dog kan der som følge af de præsenterede analytiske vinkler ses en tendens til, at tilstedeværelsen af en vis grad af refleksivitet imidlertid spiller en vigtig rolle i forhold til, hvorvidt informanterne formår at tage ved lære af tidligere ændringsforsøg og herudfra opsætter nye intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring.

Empirien har nu, som ovenstående indikerer, vist at det at danne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring ikke blot handler om tidligere erfaringer, men ydermere handler om, hvorvidt borgeren gennem refleksion finder svar på, hvordan eller hvorfor de tidligere erfaringer endte ud som de gjorde. Således viser analysens fund, at Ajzens teoretiske antagelser om at intentioner om en given adfærd er påvirket af tidligere erfaringer, i dette tilfælde har et stærkere empirisk grundlag, såfremt Mezirows refleksionsbegreb kobles på ideen om tidligere erfaringers betydning for fremadrettede intentioner.

BETYDNINGSFORBINDELSER OG INDSTILLING

En tredje og sidste tendens, som vi vil fremhæve i forsøget på at forstå, hvad der adskiller informanterne med intentioner om adfærdsændring fra informanterne, der ingen intentioner har herom, omhandler de mentale betydningsdannelser, som informanterne synes at gøre sig i forhold til dét at ændre sundhedsadfærd. I nedenstående citat fra interviewet med maskinmester B kan der udpeges en bestemt betydningsforbindelse, som er interessant i relation til maskinmester B's manglende intention om ændring.

Interviewer: Ja. Kan du sådan prøve at sætte ord på, hvad det er der stopper dig alligevel, selvom du godt kan se fornuften i det? Hvad er det, som står i vejen?

Maskinmester B: Jamen det er jo... mange gange er det jo hyggegenet ikke, man hygger sig med sine uvaner på en eller anden måde (Bilag 11: 4).

I citatet udtrykker maskinmester B en form for forbindelse mellem 'uvaner' og 'noget man hygger sig med'. Han kobler altså hyggen og den gode oplevelse sammen med de uvaner han har, som må formodes at relatere sig til usunde vaner, fordi samtaleemnet under interviewet omhandler sundhedsadfærd. Denne betydningsforbindelse, hvor han tillægger uvaner en positiv konnotation, kan være et udtryk for hans mentale vaner, som af Mezirow kaldes den mentale struktur, hvorudfra vi blandt andet kategoriserer oplevelser og erfaringer. Det er med afsæt i disse mentale vaner, at maskinmester B udtrykker sine synspunkter og handler ud fra, ifølge Mezirow (Mezirow 2014: 115), og det er i dette lys, at maskinmester B's positive konnotationer knyttet til uvaner kan siges at hæmme hans intention om at ændre sundhedsadfærd. Intentionen og handlingen herpå vil nemlig kræve et afsavn eller brud med nogle af de uvaner, som for maskinmester B opleves som noget hyggeligt og godt. I relation hertil kan der imidlertid siges at fremtræde en dimension, som afdækker de følelsesmæssige aspekter som tænkning også kan siges at være forbundet med (Illeris 2015: 110). Med afsæt i Holzkamp-Osterkamp kan følelser betragtes som grundlaget for al tænkning (Holzkamp-Osterkamp 1979: 243). Ud fra dette perspektiv kan maskinmester B's mentale vaner siges at knytte følelser til betydningsforbindelsen mellem hygge og uvaner, hvor informantens uvaner således får en affektiv værdi i hans tænkning. På denne måde kan maskinmester B's følelser siges at komme til udtryk som en diskursiv konstruktion i måden, hvorpå han tillægger uvaner betydning (Bloch 2013: 481).

Man kan imidlertid stille spørgsmålstejn ved det paradoks, der synes at opstå i forholdet mellem noget positivt og en uvane. I ordet uvane kan der siges at ligge en kulturel forståelse for noget, der opfattes som en dårlig vane (Den danske ordbog). I maskinmester B's sprogbrug synes han altså opmærksom på, at disse såkaldte uvaner er dårlige vaner, men hans positive oplevelse af dem overskygger imidlertid den negative betydning, der kulturelt set kan siges at ligge i ordet uvane. Indstillingen til en given adfærd er ifølge Ajzen betydningsbærende i forhold til om individet har intentioner om en given adfærd eller ej. Den betydning som maskinmester B tilskriver sine uvaner eller som han ligeså tilskriver sunde vaner jævnfør citatet '*Altså sunde vaner, ja det er mere en pligt*' (Bilag 11: 12), kan således være medvirkende til at forklare, hvorfor vi ikke oplever, at maskinmester B har personlige intentioner om at ændre sundhedsadfærd. Dette underbygger Illeris, der i forbindelse med sit fokus på drivkraftdimensionen som betydningsbærende for læring giver udtryk for, at holdninger kan være motiverende eller demotiverende (Illeris 2015: 110).

Endvidere kan der både i maskinmester B's og i lastvognsmekaniker D's sproglige udtryk, anskues en form for rutinetænkning i forhold til vaner knyttet til sundhedsadfærd.

Interviewer: Er der så nogle bestemte ting, hvor du tænker at 'det her skal jeg blive bedre til' eller 'det her skal jeg lave om på'?

Maskinmester B: Jamen ja, det er lidt ligesom nytårsaftnen. Vi har alle sammen nogle krav og fortsat, sådan noget med at holde op med at ryge, lade være at med at bide negle, hvad ved jeg...

Sådan nogle ting og sager ikke, men vi ender jo ved de samme hvert år (Bilag 11: 4-5).

Med afsæt i dette citat kan der argumenteres for, at maskinmester B på forhånd tilskrives adfærdsændringer den betydning, at det ofte fejler og må opgives. Dette kan anskues i hans sammenligning af ændringsforsøg og nytårsforsæt, hvor han ikke eksplicit udtrykker, at 'vi ender jo ved det samme hvert år' betyder et forfejlet forsøg, men denne betydning kan siges at ligge implicit i hans forståelse for nytårsforsæt som værende noget, som ikke fuldføres og derfor gentages året efter. I dette syn på sundhedsmæssige adfærdsændringer, som maskinmester B synes at være præget af, kan der argumenteres for, at han besidder en negativ indstilling til dét at påbegynde en adfærdsændring, hvilket som fornævnt kan være udslagsgivende i forhold til at have intentioner om en given adfærd eller ej, som Ajzen udtrykker det. Denne negative indstilling kan med en kobling til Jarvis begreb ikke-læring, som definerer en situation, der ikke fremmer individets læring, udgøre en række meningstilskrivelser, hvorudfra maskinmester B tager fremtidige situationer og handlemuligheder for givet. Nærmere bestemt indikerer dette, at maskinmester B befinder sig indenfor den fase i ikke-læring, som af Jarvis betegnes som afvisning. Afvisning er en fase, hvor man som individ står over for nye læringsmuligheder, men træffer et bevidst valg om, at man ikke vil investere energi i disse og dermed ikke ønsker at lære noget nyt (Sørensen 2010: 113-114). Med afsæt i denne forståelse af ikke-læring kan disse prædefinerede situationer, der synes at udspringe fra maskinmester B's meningstilskrivelser omkring dét at ændre sundhedsadfærd, udmønte sig i en afvisning af den nye mulighed for at opnå læring om sundhedsmæssig adfærdsændring, fordi maskinmester B i sin udtalelse antager, at adfærdsændring stadig forholder sig som han tidligere har erfaret den gøre – nemlig som en ændring der ender forfejlet (Jarvis 2012a: 44). Denne antagelse som han således bygger sin tilgang til adfærdsændring på fremadrettet, kan groft sagt siges at spærre ham inde bag tremmerne i egen bevidsthed, som Jarvis udtrykker det (Jarvis 2012a: 47).

En lignende rutinetænkning ser vi også hos lastvognsmekaniker D, som ligeledes ikke har intentioner om adfærdsændring.

Lastvogsmekaniker D: [...] Når man har haft det samme arbejde her - jeg tror det er ved at være 10 år siden at jeg uddannede mig det samme sted - så er det den samme hverdag, og så kører det hele på rutinen. Så det med madvaner og sådan, så spiser man det samme med rundstykker om morgenen, det er jo lige det man plejer at gøre, og hvad der er nemmest (Bilag 13: 6).

Interviewer: [...] hvordan har du det så med at skulle ændre sådan nogle ting?

Lastvogsmekaniker D: Det bliver nok lidt svært.

Interviewer: Ja, hvordan kan det være?

Lastvogsmekaniker D: Nu gør man det af den grund, så jeg vil sige at ... [pause]

Interviewer: Det er en vane simpelthen?

Lastvogsmekaniker D: Det er en vane (Bilag 13: 4).

Med afsæt i citatet fra lastvogsmekaniker D kan der også udpeges en tendens til at inddrage rutinetænkning i sin forståelse for og indstilling til sundhedsmæssig adfærdsændring med ordene 'det er jo lige det man plejer at gøre og hvad der er nemmest' og 'det bliver nok svært [...] Det er en vane'. I dette tilfælde tilkendegiver lastvogsmekaniker D altså, at det er mindre krævende at fortsætte sine gamle vaner end at ændre på disse. Han synes således at tilskrive adfærdsændring den betydning, at det er en proces, der kræver energi eller som kan være svær. Dette kan, som i tråd med maskinmester B, være et udtryk for en betydningsdannelse i forhold til sundhedsadfærd som værende noget negativt, hvilket ifølge Ajzen, Mezirow og Jarvis er medvirkende til hvordan maskinmester B og lastvogsmekaniker D vil handle fremadrettet i forhold til valget om at ændre sundhedsadfærd. Sammenlignes dette med de synspunkter, som tømrer G og chauffør H som eksempler på informanter med egne intentioner udtrykker, kan der udpeges en forskel i forhold til deres forståelser og indstillinger til sundhedsmæssig adfærdsændring. I nedenstående citater fra henholdsvis tømrer G og chauffør H synes indstillingen til eksempelvis sunde vaner som det at dyrke motion at have mere positiv konnotation.

Tømrer G: Altså jeg nyder at løbe, når jeg kommer igang og når formen er der, så synes jeg at det er en rigtig dejlig form for motion (Bilag 16: 6).

Chauffør H: Ja jeg har faktisk lige været med i sådan et 'Rigtige mænd'-hold, hvor vi tabte os lidt.

Jeg var på 110 og kom ned på 105. Nu er jeg så på 107.

Interviewer: Okay, hvordan kan det være at du meldte dig til det?

Chauffør H: Det var for hyggens skyld. Sådan lidt mandebørm, komme ud og have det lidt sjovt (Bilag 17: 6).

Det fremgår her, som to eksempler af flere, at tømrer G sammenkobler løb med noget nydelsesværdigt og at chauffør H kobler et motionshold sammen med noget sjovt og noget socialt, som man hygger sig med. På denne vis kan der altså antydes en mere positiv betydningsdannelse og tydeligere følelsesmæssig og social kobling i forhold til sunde vaner. Mere konkret synes det imidlertid at være, når de positive og negative konnotationer anskues som værende diskursive konstruktioner, hvorigennem følelser kommer til udtryk. På denne led kan man uddybe pointen om de mentale vaners betydning for informanternes intentioner om adfærdsændring, til at forstå meningstilskrivelser og betydningsdannelser som værende affektivt ladet. Via disse meningstilskrivelser og betydningsdannelser kan vi altså få et indblik i de følelser og den vilje til sundhedsmæssig adfærdsændring eller manglen på samme, som ifølge Illeris kan siges at udgøre drivkraften bag læring eller varig ændring.

Det nu fremanalyserede tilvejebringer en forståelse for det empiriske fund, som viser, at holdninger og værdier til sunde kontra usunde vaner samt til det at ændre sundhedsadfærd kan siges at påvirke initiativet eller manglen herpå i forhold til at prioritere sunde vaner eller en sundhedsmæssig adfærdsændring. Har vi først tilskrevet en oplevelse eller erfaring en mening, er det imidlertid også denne mening vi handler ud fra fremadrettet, så længe vi ikke opfatter en uoverensstemmelse mellem denne og virkeligheden (Jarvis 2012a: 44). Dette kan muligvis også forklare, hvordan den rutinetænkning som maskinmester B og lastvogsmekaniker D er præget af i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer, kan spænde ben for fremtidige handlemuligheder, fordi de anvender tidligere meningstilskrivelser om, hvordan tingene eller sundhedsmæssig adfærdsændring førhen har fungeret til at forstå, hvordan sundhedsmæssig adfærdsændring også fremtidigt vil fungere – eller rettere sagt ikke fungere.

Opsamlingsvis er denne analytiske pointe med til at udpege, hvad der for borgeren fremkommer af mening og værdi i relation til sundhedsmæssige adfærdsændringer eller manglen på samme, i samspil med pointen om, informanterne kan siges at skabe intentioner om adfærdsændring på baggrund af et overordnet mål eller ønske for fremtiden. Et mål som skal være meningsfuldt i forhold til informanternes individuelle tilværelse og livssituation, og hvor en affektiv dimension, foruden en rationel dimension netop er med til at rette målet mod noget meningsfuldt i informanternes liv. Således kan sammenhængen mellem følelser og vilje synes markant betydningsfuldt i forhold til, hvorvidt informanterne har intentioner om ændring af sundhedsadfærd eller ej. Analysetemaet udpeger endvidere, at tidligere erfaringer i form af forfejlede ændringsforsøg ikke alene spiller en rolle i forhold til, hvorvidt informanterne danner sig intentioner om ændring af sundhedsadfærd. I analysen synes tilstedeværelsen af en vis grad af refleksivitet nemlig at spille en afgørende rolle for, hvorvidt informanterne formår at tage ved lære

af disse tidligere forfejlede ændringsforsøg og herudfra opsætter nye intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring.

ANALYSETEMA 2: FRA INTENTION TIL HANDLING

I nærværende analysetema behandles en række forskellige elementer og dimensioner, der synes at have betydning for informanternes bevægelse fra intention til handling - altså hvorvidt informanterne med intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring formår at føre disse til handling. I dette tema analyseres der blandt andet med afsæt i kategorien 'Individuel ansvarstagen i en social ændringsproces', som i underkategorierne 'Opfølgningssamtalens sociale aspekter', 'Social støtte' og 'Socialt samvær' belyser den sociale dimension, som synes at præge billedet i forhold til om informanterne handler på deres intentioner eller ej. Analysetemaet tager slutteligt udgangspunkt i analysekategorien 'Ydre omstændigheder', som belyser informanternes forsvar mod sundhedsmæssig adfærdsændring.

INDIVIDUEL ANSVARSTAGEN I EN SOCIAL ÆNDRINGSPROCES

I indeværende analysedel stilles der skarpt på det individuelle kontra det sociale aspekt i forhold til at forstå, hvorfor nogle informanter når til handling (A, E, F og H), mens andre informanter (C, G) bliver ved intentionen om sundhedsmæssige adfærdsændringer. I empirien fremgår der tendenser, som berører en social dimension, men omvendt ser vi også en generel udpræget holdning blandt informanterne om, at sundhedsmæssig adfærdsændring er et individuelt ansvar. Holdningen til sundhedsmæssig adfærdsændring som værende et individuelt ansvar tydeliggøres blandt andet i følgende udpluk af citater fra tømrer G og chauffør H.

Interviewer: [...] kunne du så forestille dig, at du har brug for en eller anden form for hjælp eller støtte, for at komme igang eller er det noget du bare selv kan gøre?

Tømrer G: Det er noget jeg bare selv gør. Jeg har aldrig haft hjælp eller støtte af nogen art til sådan noget. Så det er som sagt, at når jeg først sætter mig det i hovedet, så kan jeg som regel gennemføre det. Så det håber jeg også at jeg kan den her gang – jeg tror på det (Bilag 16: 7).

Chauffør H: ... Jeg tror også det er vigtigt, at man ikke lægger ansvaret fra sig. Det er vigtigt at man husker på, at det er en selv der... det skal ikke være sådan at man hele tiden siger 'jamen det var dig der sagde'. Jeg tror det er vigtigt, at man husker på, at det er en selv der er chef i eget liv (Bilag 17: 8).

Disse citater bakkes af elektriker A, lastvognsmekaniker C, logistikmedarbejder F og sidst lastvognsmekaniker E, som udtrykker, at '[...] *det er op til mig selv* [...]' (Bilag 14: 6), og indikerer således, hvorledes en stor del af informanterne tilskriver dét at holde sig selv ansvarlig i forhold til at gennemgå en adfærdsændring en bestemt mening og betydning. Gennem tømrer G og chauffør H's sprogbrug 'sætter mig det i hovedet' og 'chef i eget liv' bliver det klart, at der forefindes en stærk holdning til, at enhver selv er ansvarlig for egen adfærd og eget liv. Dette med den begrundelse at 'dét at sætte sig noget i hovedet' defineres som værende et tegn på, at informanten tillægger det mening at træffe en selvstændig og klar beslutning, samt at ordet 'chef' defineres som en, der er højest rangerende og som den der har ansvaret (Den danske ordbog). Dette syn på sundhedsmæssige adfærdsændringer kan således også anskues som informanternes behov for autonomi. Behovet for autonomi kan forstås og forklares med afsæt i andragogikken, som beskriver voksnes selvforståelse som værende kendetegnet ved et behov for en følelse af selvstyring og selvstændighed (Knowles 2005: 62). Med afsæt i denne selvforståelse samt det empiriske fund, at alle informanter med intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring har opstillet overordnede meningsfulde mål med intentionen (jf. s. 61), vil informanterne med stor sandsynlighed også være tilbøjelige til at handle herpå, da voksne ifølge andragogikken har tendens til at udføre de opgaver, som de selv har formuleret (Knowles 2005: 65).

Denne antagelse synes dog imidlertid udfordret i empirien. Med afsæt i specialets empiri synes det individuelle aspekt nemlig ikke at være nok til at igangsætte en handling ud fra egne intentioner, da det i empirien tydeliggøres, at kun fire ud af de seks nævnte informanter, som gennem hele processen har haft en intention om at handle og dermed om at ændre adfærd, i sidste ende lykkes med at føre intention til handling. Der kan herudfra advokeres for, at selve handlingen må udspringe af og/eller udløses af nogle andre elementer. Disse andre elementer kan endvidere siges at må række ud over informanternes individuelle opfattelser og ansvarstagen i forhold til sundhedsadfærd, hvorfor en social dimension med fordel, og en smule paradoksalt i henhold til informanternes individuelle orientering i forhold til ansvar for egen sundhed, kan supplere eller tilbyde et anderledes syn på, hvad der ydermere kan anskues som værende betydningsfuldt i forhold til at føre borgere fra intention til handling.

OPFØLGNINGSSAMTALENS SOCIALE ASPEKTER

I det empiriske materiale synes betydningen af en opfølgningssamtale med sundhedsvejlederen at optræde som en gennemgående tendens for de informanter, hvis intentioner føres til handling – det er netop de fire informanter (A, E, F og H) som alle formår at tage skridtet fra intention til handling, som også har valgt tilbuddet om en opfølgningssamtale til, hvor de to andre informanter

(C, G) har valgt den fra og samtidig også udgør de to informanter, som ikke når videre end til intentionen om ændring. I citaterne af chauffør H og logistikmedarbejder F fremgår det, hvorledes dét at blive kontaktet igen på et senere tidspunkt af en sundhedsvejleder, i form af en opfølgende samtale, tillægges mening i forhold til at fremkalde og fastholde en motivation for at handle.

Interviewer: Så du har planer om at det her bare skal vedligeholdes?

Chauffør H: Ja, og så har jeg aftalt med hende der sundhedsvejlederen, at hun skal ringe midt i oktober, så følger vi op på det. Det tror jeg er sådan noget som lige er med til, 'Nå nu husker vi lige at holde fast' (Bilag 17: 11).

Observationsnote: Han (logistikmedarbejder F, red.) vil gerne kontaktes efter 3 måneder og siger:

'Så er der nogen der holder øje og så er der jo noget der holder mig igang' (Bilag 15: 4).

Citaterne tegner et billede af, at aftalen om den opfølgende samtale, som den opfattes af informanterne, understreger alvoren i at holde fast samt at holde sig igang. I forlængelse heraf underbygger følgende citat fra elektriker A tendensen om, at dét at stå til ansvar over for en sundhedsvejleder kan igangsætte en motivation og kan medvirke til at føre intentionen til handling:

Interviewer: Okay, og hvad kan motivere dig til det (at foretage ændringer, red.)?

Elektriker A: Hm, jeg tror det er det der med at jeg skal kunne sætte mig et mål. Det er også derfor jeg synes, at sådan noget her er en fin ting at komme ind til, for et eller andet sted i baghovedet – hvis vi skal ses igen om x antal måneder – jamen så vil man også gerne kunne levere et eller andet. Så er der ligesom også en idé i det. Det er ikke noget ved at komme ind og se at tallene er gået den anden vej, så har man selvfølgelig også leveret noget, men ikke noget jeg finder tilfredsstillende [...] (Bilag 10: 7).

Der kan som følge af de fremførte citater advokeres for, at opfølgningssamtalens effekt på informanternes intention om sundhedsmæssig adfærdsændring, kan forstås med afsæt i den betydning, som informanterne tilskriver selve opfølgningssamtalen. Dette kan for eksempel antydes i sprogbrugen 'Så er der nogen der holder øje', 'noget man skal nå' og 'at kunne levere'. Denne betydning kan imidlertid forstås ud fra to vidt forskellige synspunkter, som begge er med til at nuancere forståelsen af opfølgningssamtalens betydning for informanterne.

Opfølgningssamtalen er ligesom sundhedssamtalen en social interaktion, hvor der følges op på den handleplan, som sundhedssamtalen har til formål at munde ud i for borgerne (Bilag 4). I kraft af denne handleplan, kan der argumenteres for at opfølgningssamtalen og sundhedssamtalen rummer nogle forventninger til borgerne om, at de skal handle på en bestemt måde eller ændre

adfærd med afsæt i de aftaler, der laves til sundhedssamtalen. I et kritisk perspektiv kan man altså anskue handleplanen som en måde, hvorpå man på kommunalt plan forsøger at styre borgernes sundhedsmæssige handlinger. Dette kan blandt andet anskues i følgende uddrag af observationsnoterne fra chauffør H's sundhedssamtale: '*Sundhedsvejlederen spørger om chauffør H er klar til at lave en lille handleplan. Hun siger, at han kan vælge en enkelt ting ud [...] Sundhedsvejlederen spørger ind til første skridt i forhold til at motionere*' (Bilag 17: 3). Det samme synes at gøre sig gældende i observationerne fra lastvogsmekaniker E's sundhedssamtale: '*Sundhedsvejlederen opsummerer de konkrete ting han (lastvogsmekaniker E, red.) kan gøre anderledes*' (Bilag 14: 3).

Med dette syn på sundheds- og opfølgningssamtalerne kan betydningen af disse samtaler forstås i lyset af Ajzens TPB og herunder begrebet *Oplevet pres fra omgivelserne*. Herudfra kan opfølgningssamtalen fra Aalborg Kommune nemlig anskues som værende et element, som pålægger informanterne et pres i forhold til at gennemgå en adfærdsændring (Ajzen 1991: 188), i og med at ovenstående sprogbrug kan indikere, at elektriker A, logistikmedarbejder F og chauffør H oplever følelsen af at skulle præstere noget, at skulle levere noget samt at skulle leve op til noget for ikke at fejle eller skuffe. Der kan dermed, ud fra Ajzens teoretiske syn på intentioner til en given adfærd, advokeres for, at dette pres fra omgivelserne kan være medvirkende til at skubbe informanternes intention til handling, gennem en forstærkelse af selve intentionen. Et samspil af flere påvirkende faktorer, som eksempelvis pres fra omgivelserne og en positiv indstilling til det at ændre sundhedsadfærd, som analysetema 1 påviste, kan nemlig ifølge Ajzen være med til at styrke intentionen om en given adfærd. Dette kan være forklarende for, hvorfor nogle intentioner bliver ført til handling, hvor andre ikke gør, da en stærkere intention også øger sandsynligheden for, at der handles på baggrund af intentionen (Ajzen 1991: 181).

Anderledes kan man også anskue opfølgningssamtalens betydning for informanternes handling på egne intentioner, som et udtryk for en omsorg og en opmærksomhed, som opfølgningssamtalen kan siges at tilvejebringe. I lyset af dette perspektiv forstår vi altså '*Så er der nogen der holder øje og så er der jo noget der holder mig igang*' (Bilag 15: 4) som et udtryk for, at logistikmedarbejder F som udtaler dette, føler at nogen skænker ham en opmærksomhed, der kan støtte ham i sin sundhedsmæssige adfærdsændring. Til at forstå hvilken betydning følelsen af omsorg og opmærksomhed kan have for informanternes tilbøjelighed til at handle på egne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring, vil vi henvise til et ældre socialt eksperiment, kendt som Hawthorne-eksperimentet. Her blev der i et forsøg reguleret på lysforholdene i en fabrikshal for at undersøge, om dette kunne øge produktiviteten i blandt medarbejderstaben. På trods af øget produktivitet måtte man erkende, at lysforholdene ikke var årsagen hertil, hvorfor Elton Mayo på daværende tidspunkt tilskrev den opmærksomhed og interesse, der blev vist til medarbejderne en betydning i

forhold til produktiviteten. På trods af dets ældre dato har resultaterne fra eksperimentet stadig grundlæggende betydning for måden, hvorpå den generelle medarbejdertrivsel indarbejdes i arbejdslivet. Hawthorne-eksperimentet er nemlig med til at eksemplificere, at blot dét at få opmærksomhed og dét at nogen interesserer sig for ens behov, kan være betydningsbærende for menneskers handlinger (Aggerholm et al. 2010: 133). Med afsæt heri kan vi altså, foruden at anskue opfølgningssamtalen som et socialt pres der motiverer informanterne, også anskue opfølgningssamtalen som en social interaktion, der for informanterne tilvejebringer en følelse af at blive set og hørt, hvilket i dette tilfælde kan medføre en handling på egne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring.

SOCIAL STØTTE

Foruden den sociale og følelsesmæssige betydning, som opfølgningssamtalen kan siges at have, hvad enten der er tale om socialt pres eller omsorg, synes også social støtte at være en betydningsbærende social dimension i den sundhedsmæssige adfærdsændring, for særligt logistikmedarbejder F. I nedenstående citat kommer det til syne, hvorledes han tilskriver dét at opleve støtte fra sit sociale netværk stor betydning i forhold til at realisere de sundhedsmæssige adfærdsændringer.

Interviewer: Tænker du så, at det har en effekt at hun hjælper dig eller støtter dig så meget i det?

Logistikmedarbejder F: Det har det, det har det helt sikkert!

Interviewer: Hvad tænker du, at det betyder?

Logistikmedarbejder F: Det betyder i hvert fald, at det rent faktisk bliver en realitet – altså at man også gør det. I stedet for bare at lade det blive ved ord (Bilag 15: 11).

Med afsæt i dette citat kan der advokeres for, at social støtte fra nære relationer tilskrives betydning i forbindelse med dét at gennemgå en sundhedsmæssig adfærdsændring. Med en tilbagevenden til problemfeltets granskning af dansk forskning vedrørende adfærdsændring, er dette analytiske fund med til at underbygge resultatet fra en undersøgelse af Forskningsprogram for Miljø- og Sundhedspolitik på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, der konkluderer at et anerkendende og støttende socialt miljø fungerer som 'hjælper' i den adfærdsændring, som rygestop kan siges at være og som denne undersøgelse havde fokus på (Jensen et al. 2007: 7).

Denne sociale støtte som for logistikmedarbejder F synes betydningsfuld, kan siges at tilvejebringe, hvad Antonovsky kalder en oplevelse af sammenhæng. Sprogbrug som 'at det rent faktisk bliver en realitet' kan indikere, at dét at gennemgå en adfærdsændring synes mere begribeligt for informanterne, når de oplever støtte fra deres familiemedlemmer. Endvidere kan der advokeres

for, at informantens følelse af håndterbarhed ligeledes styrkes, i og med at der gennem det familiære bliver stillet ressourcer i form af hjælp og støtte til rådighed, hvilket synes at være et element, som tillægges betydning. Med afsæt i Antonovsky kan de to kernekompetencer begribelighed og håndterbarhed, altså for logistikmedarbejder F siges at opfyldes gennem social støtte. Vendes blikket tilbage til analyseafsnit 1, hvor analysens fund viser at logistikmedarbejder F ydermere synes at finde meningsfuldhed i sundhedsmæssig adfærdsændring, gennem hans ønske om at kunne leve et smertefrit liv, kan Antonovskys de tre kernekomponenter begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed således siges at være opfyldt. I forlængelse heraf kan der med Antonovsky in mente argumenteres for, at netop opfyldelsen af disse tre kernekompetencer kan danne grundlag for det faktum, at logistikmedarbejder F's mestrer at handle på sine intentioner om at ændre sundhedsmæssig adfærd, da kernekompetencerne ifølge Antonovsky hænger uløseligt sammen, når mestring af en given situation betragtes (Antonovsky 2000: 34-37).

I næstkommende underkategori behandles socialt samvær som endnu en social dimension af betydningsfulde faktorer i forhold til at føre intentionerne om adfærdsændring til handling. Socialt samvær synes tilsyneladende at adskille sig fra social støtte i dets betydning for informanternes adfærdsændring. Hvorledes denne adskillelse kommer til syne og hvordan disse sociale dimensioner af sundhedsmæssig adfærdsændring kan forstås, belyses i følgende.

SOCIALT SAMVÆR

Det fremgår i specialets empiri, at det ikke blot er social støtte, men også socialt samvær som gentagende gange dukker op i informanternes fortællinger i forhold til deres handling rettet mod sundhedsmæssige adfærdsændringer. I nedenstående citat fremgår det, hvorledes elektriker A bringer det sociale samvær i spil som en betydningsfuld faktor i forhold til det at motionere.

Interviewer: [...] Hvordan har du så tænkt dig at vedligeholde det her med løb og motion?

Elektriker A: Det er et spørgsmål om bare at fortsætte. Og måske at tage det lidt med, som jeg siger, at tage det med i fodbolden til 'knejderne' og at tage en af dem med ud og løbe en søndag, et eller andet. I stedet for at man gør det hele alene (Bilag 10: 17).

I relation til sprogbrugen 'tage det med i fodbolden' kan der i overført betydning siges at være tale om et fokusskifte, hvor fokus bevæger sig fra at være på selve motionen eller træningen til at dreje sig om socialt samvær. Altså kan der advokeres for, at det er med afsæt i dette fokusskifte, at det sociale samvær synes at adskille sig fra den sociale støttes betydning for informanternes handling på egne intentioner om ændring. Dette fokusskifte er nedenstående citater fra chauffør H og lastvognsmekaniker E yderligere eksempler på.

Interviewer: Okay, hvordan kan det være at du meldte dig til det (rigtige-mænd hold, red.)?

Chauffør H: Det var for hyggens skyld. Sådan lidt mandebørn, komme ud og have det lidt sjovt [...] Og det var sådan noget jeg tror, der skal til. Man skal foretage sig noget sammen med andre og forpligte sig lidt sammen med andre (Bilag 17: 6).

Dette citat indikerer, at chauffør H forholder sig til hyggen og det sjove ved at foretage sig noget med andre i spørgsmålet om, hvorfor han tidligere meldte sig til et motionshold som 'rigtige-mænd holdet'. I hans fortælling om tidligere erfaringer med motion i hverdagen lægger han altså ikke vægt på selve motionen, men de sociale rammer omkring motionen. Samme tendens findes i nedenstående citat med lastvognsmekaniker E, som fremhæver dét at være to der træner sammen som en motiverende faktor. Ydermere synes dét at forpligte sig til nogen at gå igen i informanternes forståelser af det sociale samvær omkring eksempelvis motion.

Interviewer: [...] Er der noget du kunne forestille dig kunne hjælpe med at motivere dig? [...].

Lastvognsmekaniker E: Ja måske hvis vi var to der gik til træning sammen, og vi mødtes hver gang. [...] Det skal være om morgenen inden jeg møder. Det skal det. Jeg kommer ikke derned om eftermiddagen og aften, det kan jeg godt glemme alt om. Men måske hvis man var to der tog afsted.

[...]

Interviewer: Okay, det vurderer du realistisk nok?

Lastvognsmekaniker E: Ja, for så ville man jo ikke svigte den anden. Men det tror jeg ikke at jeg kan finde. Men det vil måske være en ide (Bilag 14: 6).

Her ligger lastvognsmekaniker E vægt på ønsket om ikke at svigte en eventuel træningspartner. Det sociale aspekt hvor læringens samspilsdimension synes at fylde i forhold til at træne eller motionere, kan således i henhold til chauffør H og lastvognsmekaniker E anskues som en form for indgået medlemskab eller fællesskab, hvori der kan siges at etableres nogle forventninger til gruppens medlemmer i form af forpligtelse til eksempelvis at møde op til træning. Med afsæt i socialpsykologiens klassiske fokus på gruppeforskning, kan vi anvende gruppetænkningen og gruppers betydning for individer, til at forstå det sociale samværs betydning for informanternes handlen på egne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. I et socialt identitetsteoretisk perspektiv kan det sociale samværs betydning forstås som et gruppetilhørsforhold, hvorigennem individerne handler i overensstemmelse med de principper gruppen er bygget op omkring (Graakjær & Tanggaard 2013: 169) – i dette tilfælde kan gruppen for chauffør H, men særligt for lastvognsmekaniker E, siges at udgøre et fælles mål om at være aktive sammen. Således kan forpligtelser ikke bare siges at udgøre dét at være aktiv, men også det at være sammen eller at møde op. Med afsæt i dette gruppeperspektiv, hvor individet synes at handle i overensstemmelse med

gruppen frem for at handle ud fra et individuelt perspektiv, kan den sociale forpligtelse i kraft af at være sammen, siges at udgøre midlet og rammen for det fælles overordnede mål i gruppen, som motionen eller træningen kan udpeges til at udgøre. Med afsæt i en fortolkning heraf kan vi således anskue det sociale fællesskab som en måde, hvorpå informanterne iværksætter eller udfører de sundhedsmæssige tiltag igennem, men ligeledes synes det sociale fællesskab at bringe mening til det at motionere eller træne, hvor man forpligter sig til hinanden og har det sjovt.

Således argumenteres der for, at fællesskab kan anskues som et væsentligt begreb i forståelsen af det sociale samværs betydning for dét at føre intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring, eller sundere vaner i form af motion i hverdagen, til handling. På denne måde kan læringens samspilsdimension siges at være direkte knyttet til læringens indholdsdimension, hvor det sociale aspekt netop kommer til at påvirke indholdet af læringen og omvendt (Illeris 2015: 45). I dette henseende bør fællesskab forstås i relation til Illeris' teoretiske præsentation af Wengers sociale læringsteori, hvori fællesskab forstås som en betegnelse for de sociale konfigurationer, hvor vores handlinger defineres som værd at udføre. Værd at udføre i relation til forpligtelser, hvor det sociale fællesskab både kobler en følelse af tilhørsforhold i et affektivt aspekt, men også en følelse af forpligtelse i forhold til det meningsgivende praksisfællesskab, informanterne kan siges at indgå i (Illeris 2015: 135). I lyset af dette perspektiv kan læringens drivkraftsmæssige dimension jævnfør Illeris, også siges at være afspejlet i det sociale aspekts betydning for informanternes handling på egne intentioner, fordi dette betydningstilskrevne fællesskab også kan anskues som et fællesskab, hvormed den mentale energi, lysten og motivationen til disse ændringer mobiliseres via dette tilhørsforhold. Et tilhørsforhold som ikke nødvendigvis har noget med selve adfærdsændringen at gøre, men som flytter et fokus fra disse ændringer over på noget så fundamentalt, som det at organisere sig i sociale grupper (Graakjær 2013: 269).

Med afsæt i nærværende analysekategori, hvorigennem betydningen af sociale relationer i forhold til at handle på intentionen om sundhedsmæssige adfærdsændringer nu er belyst, forekommer det imidlertid paradoksalt, at vi i kraft af analysen udpeger opfølgningssamtalen, social støtte og sociale fællesskaber som betydningsfulde for eksempelvis elektriker A, lastvogsmekaniker E, logistikmedarbejder F og chauffør H, når empirien ligeledes viser en tendens i forhold til at selv samme informanter er præget af en form for individuel ansvarstagen, når det kommer til sundhedsmæssige adfærdsændringer. Dette efterlader spørgsmålet om, om informanternes individuelle ansvarsfølelser omkring egen sundhedsadfærd mest af alt bunder i et kulturelt og samfundsmæssigt menneskesyn, hvor enhver er sin egen lykkes smed – et kulturelt menneskesyn som kan siges at have rod i den individualisering, hvor individuelle valg og ansvar bliver mere og

mere fremherskende (Rasborg 2013: 10). Et kritisk perspektiv på denne individuelle ansvarstagen vil belyses yderligere i analysedel 3 (jf. s. 74).

YDRE OMSTÆNDIGHEDER

I meningskondenseringen af indeværende speciales kvalitative empiri fremgår det, at nogle af specialets informanter tillægger ydre omstændigheder som vejret betydning i forhold til, hvorvidt de formår at handle på egne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. Denne analysekategori vil fokusere på de to informanter, lastvognsmekaniker C og tømrer G, som begge ikke formår at føre deres intentioner til handling. Hos disse to informanter fremkommer en tendens til, at ydre omstændigheder tilskrives mening, som værende en barriere for at kunne dyrke mere motion - dette kommer til syne i nedenstående citater.

Interviewer: Okay. Har du før forsøgt at lave om på det her med mere motion?

Lastvognsmekaniker C: Nej det har jeg ikke. Men når det bliver godt vejr og sådan noget, så cykler jeg på mountainbike og sådan noget. Men det har det jo ikke været vejr til og det var det næsten heller ikke vejr til sidste år (Bilag 12: 5).

Interviewer: Har du allerede nu foretaget nogle ændringer eller er det først noget der kommer herefter? Du siger det med, at når vejret bliver bedre?

Tømrer G: Ja det gør det, jeg står fast ved de uvaner jeg har indtil foråret (Bilag 16: 7).

I lastvognsmekaniker C og tømrer G's referencer '[...] når det bliver godt vejr [...]' (Bilag 12: 5) og '[...] indtil foråret' (Bilag 16: 7) kan de siges at holde fast i en forståelse for vejret som værende dårligt eller en forståelse af, at foråret endnu ikke er kommet, på trods af at interviewet blev gennemført i marts måned, som ifølge kalenderåret er en forårsmåned. Der kan som følge heraf tages udgangspunkt i Jarvis' begreb ikke-læring, som definerer en situation, der ikke fremmer individets læring, eksempelvis grundet en ydre hæmning som medfører at individet ikke oplever nogen grund til at ændre adfærd og dermed handler uforandret. Dette begreb anvendes i argumentationen for, at vejret og det tidsmæssige aspekt er en måde, hvorpå informanterne kan undgå at forholde sig til at skulle foretage adfærdsændringer og dermed fortsat kan handle, som de har gjort hidtil (Jarvis 2012c: 598). Som følge heraf tyder det på, at lastvognsmekaniker C og tømrer G befinder sig indenfor den fase i ikke-læring, der af Jarvis betegnes som ikke-overvejelse, og defineres som en fase, hvor individer er opmærksomme på forestående muligheder, men vælger ikke at tage stilling til disse (Sørensen 2010: 113). Informanterne synes nemlig at være opmærksomme på, at de bør handle anderledes i forhold til deres sundhedsmæssige adfærd, hvilket tydeliggøres gennem

sprogbrug som eksempelvis ‘Ja det gør det, jeg står fast ved de uvaner jeg har indtil foråret’ (Bilag 16: 7) og ‘Men det har det jo ikke været vejret til og det var det næsten heller ikke vejret til sidste år’ (Bilag 12: 5). Dette synes de imidlertid ikke at forholde sig yderligere til. Der kan derfor advokeres for, at informanternes måde at tillægge vejret betydning hæmmer nye læringsmuligheder, fordi disse holdninger dermed genbruges i mødet med nye oplevelser, som i denne situation er sundhedssamtalen (Jarvis 2012c: 598).

Der kan imidlertid stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt vejret i sin simpelhed, er den egentlige barriere for informanterne i forhold til at handle på deres intentioner, eller om dette i virkeligheden kan forstås på anden vis. Vendes blikket mod sundhedssamtalen som intervention og social interaktion, kan der argumenteres for, at der hos sundhedsvejlederen foreligger nogle implicitte forventninger om, at borgeren bør leve op til Sundhedsstyrelsens opstillede sundhedsanbefalinger, hvilket kommer til syne i følgende observationsnoter fra lastvognsmekaniker C og tømrer G:

Observationsnote: lastvognsmekaniker C plejer at være en aktiv mand, men vejret har de sidste år sat en stopper for hans lyst til at dyrke motion. Han giver udtryk for, at han kan mærke, at hans kondition er blevet dårligere. Sundhedsvejlederen fortæller at sundhedsstyrelsen anbefaler at man er fysisk aktiv 30 minutter om dagen i moderat tempo – hvortil lastvognsmekaniker C svarer ‘Vi går jo nok 100 km om dagen hernede’ (Bilag 12: 2).

Observationsnote: Sundhedsvejlederen springer videre til spørgsmålet omkring fysisk aktivitet og fortæller om sundhedsstyrelsens anbefalinger herfor. Sundhedsvejlederen spørger tømrer G, hvor mange gange han opfylder det at være aktiv 30 minutter om dagen, hvortil tømrer G svarer, at han er aktiv hver dag. Dog siger han også, at han ikke er så aktiv at pulsen kommer op og at han selv har et mål om at komme igang med at motionere, når vejret bliver bedre og foråret titter frem. [...]

Tømrer G snakker videre om sin kost (Bilag 16: 2).

I interaktionen mellem sundhedsvejleder og lastvognsmekaniker C og tømrer G, bliver det tydeligt, hvorledes sundhedsvejlederens forsøg på at fremsætte sundhedsmæssige anbefalinger kolliderer med informanternes beskrivelse af vejret som en barriere i forhold til at kunne leve op til disse anbefalinger. Der kan med afsæt heri samt i de fremførte observationsnoter anskues en vis lukkethed hos informanterne, i og med at de ikke forsøger at forklare deres manglende motivation for at dyrke motion nærmere - tømrer G forsøger i stedet blot at skifte emne, mens lastvognsmekaniker C forsøger at skabe en humoristisk vinkel på sundhedsmæssige anbefalinger gennem sprogbugen ‘Vi går jo nok 100 km om dagen hernede’, efter han har ytret hans holdninger omkring, at vejret skal blive bedre, førend at de vil foretage en ændring.

Disse udsagn kan anskues som et udtryk for en depersonalisering, hvor informanterne forsøger at forholde sig med en vis afstand til sundhedsmæssig adfærdsændring. En afstand der muligvis beskytter dem mod følelsen af skyld eller måske skam over, at de ikke har overholdt de intentioner, som de gav udtryk for i interviewet inden sundhedssamtalen eller som de udtrykker under sundhedssamtalen. Et sådant affektivt forsvar kan således anskues som en måde, hvorpå informanterne overfører ansvaret for de manglende sundhedsmæssige adfærdsændringer til ydre omstændigheder som vejret. Dette stiller således sundhedsvejlederen i skakmat forstået på den måde, at selve vejret kan siges at være en barriere eller udfordring, som hverken sundhedsvejlederen eller informanten umiddelbart kan ændre på - sundhedssamtalen kan i denne situation altså ende i en blindgyde, hvor sundhedsvejlederen må skifte emne. Det er i denne optik, at informanterne kan siges at anvende vejret som en måde, hvorpå snakken om deres manglende ændringer kan lukkes eller afspores fra at handle om deres egen manglende parathed eller lyst.

I relation til tolkningen af informanternes depersonaliserende forsvarsmekanisme, er det imidlertid relevant at forholde sig til den læringsmæssige forskel, der ifølge Illeris er mellem forsvar mod læring og modstand mod læring. I indeværende fortolkning af informanternes brug af vejret som hindring for læring er der nemlig ikke tale om modstand mod læring, på trods af at både modstand mod læring og forsvar mod læring skaber afvisning af læring. Modstand etableres i situationer hvor individet finder forholdene i læringen uacceptable eller urimelige (Illeris 2015: 201). Dette synes ikke at være tilfældet her, da informanterne med intentioner om adfærdsændring tilsyneladende godt kan se meningen i at skulle ændre sundhedsadfærd. I stedet er der med Illeris in mente tale om et forsvar mod læring, hvor overvejende ubevidste psykiske mekanismer beskytter individet mod den læring, der af individet opfattes uoverskueligt eller belastende (Illeris 2015: 184). Dette kan sidestilles med Jarvis' begreb for ikke-læring 'indre hæmning', som betegner den situation, hvor individet er opmærksom på den potentielle læringsmulighed, men afviser at lære noget, eksempelvis grundet afvisning af forandring, uvilje eller manglende lyst (Jarvis 2012c: 599). I henhold hertil kan informanternes depersonaliserende forsvarsstrategi, hvor vejret eller tid pålægges ansvaret for informanternes manglende handling på egne intentioner, altså anskues som et udtryk for informanternes indre hæmninger og altså et psykisk betinget forsvar mod læring. Det kan i dette teoretiske perspektiv synes paradoksalt, da faktorer som tid, vejr eller eksempelvis ressourcer oftest kan forstås som en række ydre omstændigheder, der kan påvirke informanternes mulighed for læring og adfærdsændring. Ikke desto mindre argumenterer vi i nærværende analyse for, at disse ydre omstændigheder som vejret eksempelvis, i virkeligheden kan være et udtryk for informanternes indre forsvar mod forandring.

Ovenstående tolkning kan spejles i følelseteoretikeren Arlie R. Hochschild's begreb *surface-acting* – et begreb som refererer til strategier, hvormed vi bevidst ændrer vores facade eller udtryk for at skjule vores følelser i interaktionen (Bloch 2013: 483). Ifølge Hochschild findes der i den sociale interaktion normer og regler for, hvad vi bør føle i bestemte situationer og derfor kan den sociale interaktion bestå af et følelsesarbejde, hvor der eksempelvis arbejdes på at lægge skjul på følelser. Vejret kan med en spejling i dette begreb anses som værende en undskyldning eller en form for facade informanterne påfører sig i samtalen, for at skjule deres reelle forhold til dét at skulle ændre adfærd og for at undgå at skulle forklare sine følelser omkring de manglende sundhedsmæssige adfærdsændringer, som interaktionen som nævnt kan siges at rumme nogle forventninger til (jf. s. 71). Som følge heraf kan informanterne, med afsæt i en affektiv forståelsesramme, anskues som værende påvirket af deres følelsesmæssige side, når interaktionen mellem informanterne og sundhedsvejlederen, og herunder forventningen om sundhedsmæssige adfærdsændringer betragtes. For at undgå følelsen af at fejle eller følelsen af skyld kan en tolkning være, at informanterne dermed søger at påtage sig en facade under sundhedssamtalen.

Således kan der med udgangspunkt i de nu fremførte analytiske fund argumenteres for, at vejret og det tidsmæssige aspekt både kan anskues som værende en ydre omstændighed, som kan fungere som en barriere for nogle af informanterne, når skridtet fra intention til handling betragtes, men også kan anskues som værende en måde, hvorpå informanterne forsøger at tage afstand til sundhedsmæssig adfærdsændring gennem en depersonalisering. Ikke desto mindre synes det sociale aspekt at spille en betydningsfuld rolle for de borgere, der formår at handle på egne intentioner om ændring, da borgerne iværksætter eller udfører de sundhedsmæssige ændringer gennem et etableret fællesskab med andre. Her synes det sociale fællesskab at bringe mening til dét at motionere eller træne, hvor man forpligter sig til hinanden og har det sjovt. Således kan fællesskab anskues som et væsentligt begreb i forståelsen af det sociale samværs betydning for det at føre intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring til handling, fordi dette fællesskab som nogle af informanterne tilskriver betydning i relation til sundhedsmæssige adfærdsændringer, kan anskues som et fællesskab, hvormed den mentale energi, lysten og motivationen til disse ændringer mobiliseres gennem en oplevelse af tilhørsforhold.

ANALYSETEMA 3: SUNDHEDSSAMTALENS MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER

I dette tredje og sidste analysetema sættes der fokus på sundhedssamtalen som en sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, hvor der analyseres på de intentioner og mål, som ligger bag sundhedssamtalen fra Sundhedsstyrelsens perspektiv i analysekategorien ‘Sundhedssamtalen som oplysende sundhedsintervention?’. Dette vil i denne analysekategori sammenlignes og diskuteres med afsæt i informanternes bevidsthed om og forventninger til sundhedssamtalen og egen sundhedstilstand, hvorefter analysekategorien ‘Samfundsskabte forventninger’ forsøger at skabe forståelse omkring denne bevidsthed. Således vil dette analysetema zoome ud og i modsætning til analysetema 2 inkludere alle specialets otte informanter. Foruden dette vil nærværende analysetema i analysekategorien ‘Sundhedssamtalens forudsætninger’ slutteligt beskæftige sig med de kommunale forståelser, som synes at præge tilgangen til borgerne i sundhedssamtalen – en tilgang som i et kritisk perspektiv kan diskuteres med afsæt i specialets analytiske fund.

SUNDHEDSSAMTALEN SOM OPLYSENDE SUNDHEDSINTERVENTION?

Stilles der skarpt på Aalborg Kommunes dialogbaserede sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, sundhedssamtalen, har denne som en del af satspuljeprojektet udbudt af Sundhedsstyrelsen til formål at skabe rum for en vurdering af borgerens sundhedsmæssige tilstand. Gennem sundhedssamtalen kan sundhedsvejlederen i samspil med den enkelte borger nemlig vurdere behovet for en sundhedsmæssig adfærdsændring med afsæt i borgerens sundhedstilstand. Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer skal borgeren rådgives om sundhed samt sundhedsmæssige adfærdsændringer og tilbydes deltagelse i kommunale sundhedstilbud, såfremt der vurderes et behov herfor (Bilag 2). Sundhedsstyrelsen benævner samtalen som ‘den afklarende samtale’, hvor ordet afklaring henviser til dét, at der bliver klarhed over en sag, et problem eller lignende (Den danske ordbog). Der kan således argumenteres for, at samtalen som intervention er tiltænkt en oplysende eller afklarende effekt på borgeren, såfremt der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af samtalens sigte. I dette henseende er det interessant, at Sundhedsstyrelsen som rådgivende instans for kommuner og regioners sundhedsinterventioner fremhæver det afklarende aspekt i samtalen som det vigtigste fokus, da dette således også bliver et perspektiv på samtalen, som Sundhedsstyrelsen kan siges at videregive til kommunernes forvaltning af sundhedsinterventioner som disse. Som følge af Sundhedsstyrelsens rådgivende og retningssættende funktion kan Aalborg Kommune altså siges at være underlagt dette afklarende perspektiv på samtalen.

Med afsæt i specialets empiriske materiale, bliver det imidlertid interessant at forholde sig analytisk til, hvor afklarende sundhedssamtalen i virkeligheden er, samt hvem sundhedssamtalen egentlig er afklarende for. Gennem en meningskondensering af specialets empiri fremkommer der nemlig en klar tendens til, at informanterne allerede godt ved i forvejen, hvilke sundhedsmæssige adfærdsændringer de bør foretage. Denne tendens kommer til syne i følgende udsagn fra interviews med lastvognsmekaniker E og tømrer G umiddelbart efter sundhedssamtalen.

Interviewer: [...] Er der noget andet du har fået ud af sundhedssamtalen, noget du er overrasket over at du kunne bruge den til?

Lastvognsmekaniker E: Nej ikke andet end at det som jeg selv gik og troede, er rigtigt nok. Så nej.

Interviewer: Føler du at du har fået nogle konkrete ideer til hvad du kan arbejde med?

Lastvognsmekaniker E: Ja det ved jeg ikke, jeg vidste det jo godt selv, så det kommer ikke så meget bag på mig (Bilag 14: 8).

Interviewer: [...] Blev du mere klar over nogle vanæendringer, som du kan lave? (red. gennem sundhedssamtalen).

Tømrer G: Ikke mere end jeg var i forvejen, det må jeg nok sige. Som jeg også sagde til dig tidligere, så ved jeg jo udmærket godt, hvad man skal gøre for at ændre nogle ting, så (Bilag 16: 9).

Disse citater bakkes ydermere op af elektriker A, maskinmester B, lastvognsmekaniker C, lastvognsmekaniker D og sidst chauffør H som udtaler, at ‘jeg ved jo i bund og grund godt, hvad der skal ændres på [...]’ (Bilag 17: 8) og er derfor få ud af mange som indikerer, at sundhedssamtalen blot bekræfter informanterne i det, de allerede ved i forvejen. Der kan argumenteres for, at informanterne dermed ikke oplever sundhedssamtalen som værende en intervention, som har gjort dem klogere eller mere afklarede i forhold til egen sundhed og eget behov for sundhedsmæssig adfærdsændring.

Som følge af de nu præsenterede citater stiller vi os nysgerrige overfor, hvilken betydning det kan have for informanterne, at de ikke tilskriver sundhedssamtalen mening som værende betydningsfuld i forhold til at bibringe en form for afklaring eller oplysning om egen sundhedstilstand samt behovet for sundhedsmæssig adfærdsændring. Med afsæt i informanternes sprogbrug ‘jeg vidste det jo godt selv’ og ‘jeg ved jo i bund og grund godt, hvad der skal ændres på’, kan der med Jarvis in mente argumenteres for, at informanterne ikke får nye erfaringer og dermed ikke oplever en uoverensstemmelse mellem den viden og de forventninger, som de har forinden sundhedssamtalen og dét de får oplyst under sundhedssamtalen (Jarvis 2012a: 46). Der ses dermed i høj grad et sammenfald mellem informanternes forventninger om egen

sundhedstilstand og de oplysninger sundhedsvejlederen giver informanterne herom, hvilket kan anskues som værende en hæmsko i forhold til at fremme den læringssituation, som det ud fra Jarvis' synspunkt er, når oplevelsen af uoverensstemmelse igangsætter nye meningstilskrivelser og forståelser af en given situation (Jarvis 2012a: 44). Som følge heraf og med afsæt i ovenstående citater kan der dermed argumenteres for, at sundhedssamtalen ikke, som tilsigtet, lægger op til en læring hos informanterne, da de ikke opnår nye forståelser for eget helbred og sundhedsmæssige adfærdsændringer. Der opstår dermed en risiko for, at informanterne blot vil tage situationen for givet og fremadrettet vil fortsætte med at leve efter den adfærd, som de har haft hidtil (Jarvis 2012c: 598). Ud fra et kritisk perspektiv kan der i relation hertil advokeres for, at det afklarende perspektiv sundhedssamtalen som sundhedsfremmende- og forebyggende intervention er underlagt, egentlig betegner den afklarende effekt som sundhedssamtalen har for sundhedsvejlederen og dermed kommunerne i forhold til, hvordan det står til med borgernes sundhedstilstand, snarere end den er afklarende for borgerne i forhold til, hvad de bør ændre på.

SAMFUNDSSKABT BEVIDSTHED

I nærværende analysekategori tages der afsæt i det analytiske fund, at informanterne i forvejen er bevidste om, hvad der skal eller bør ændres i deres sundhedsadfærd. Dette forholder vi os undrende overfor, hvorfor vi i den efterfølgende analyse vil forsøge at uddybe og forstå, hvordan alle informanterne allerede forinden sundhedssamtalen kan være bevidste om egen sundhedstilstand. Er dette et udtryk for en sundhedsmæssigt velinformeret målgruppe eller hvordan kan denne bevidsthed forstås?

I nedenstående citater fra interviewet med henholdsvis lastvognsmekaniker D og tømrer G før sundhedssamtalen, fremgår det, hvorledes de forholder sig til spørgsmålet omkring, om de tror at de har nogle sundhedsvaner, der skal ændres.

Interviewer: Yes, har du nogle sundhedsvaner som du måske tror allerede nu, skal ændres for at du får en sundere hverdag?

Lastvognsmekaniker D: Jamen det ved man jo godt, det er jo ikke fordi at man er dum. Og så krydser man af (i 'Tanker om min sundhed' red.) hvor meget man drikker, og det ved man jo godt – der har jo kørt så mange kampagner, at det ved man jo godt, at det er for meget. Og så er der madvaner og sådan noget altså, man er jo ikke fuldstændig uvidende om det man laver, så man ved jo godt lidt om, hvad de vil sige inde til tjekket der, med det hele (Bilag 13: 4).

I dette citatet med lastvognsmekaniker D synes kampagner at indramme, hvad der for ham forstås som for meget i forhold til, hvor meget man må drikke. Hans opmærksomhed herpå synes

endvidere at være afledt af markeringen af krydser i skemaet 'Tanker om min sundhed' (Bilag 4). I relation hertil kan nogle udefrakommende artefakter altså siges at være med til at indramme lastvogsmekaniker D's bevidsthed om, hvad der bør ændres - så som sundhedskampagner og skemaet 'Tanker om min sundhed', som rummer information og kategorier, der tager afsæt i sundhedsmæssige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. På samme vis ses det i citatet nedenfor fra tømrer G, at han ligeledes er bevidst om nogle samfundsgældende normer, som for ham synes at definere, hvornår man eksempelvis drikker for meget.

Interviewer: Yes, har du nogle sundhedsvaner som du tror, at du skal have ændret på?

Tømrer G: Det har jeg nok, måske dyrke lidt mere motion og ja, måske skære lidt ned på forbruget af alkohol engang imellem. Så det er det, som jeg kan forestille mig, at samtalen hovedsageligt vil komme til at dreje sig om.

Interviewer: Okay, er det noget du selv går og tænker over i hverdagen eller?

Tømrer G: Nej overhovedet ikke, jeg tror bare at det er det som jeg vil få besked på – at jeg måske drikker for meget. Selvom jeg ikke synes at det er overvældende, men der er jo nogle normer man kører efter, så... (Bilag 16: 5-6).

Med afsæt heri kan det således diskuteres, om bevidstheden omkring hvad de kan eller bør ændre i deres sundhedsadfærd i virkeligheden, kommer fra dem selv, eller om denne bevidsthed snarere er et udtryk for omgivelsernes påvirkning på informanternes betydningstilskrivelser og forståelser om sundhed. At det netop er omgivelserne der i virkeligheden taler ud fra informanternes bevidsthed, kan nemlig forklare det faktum, at lastvogsmekaniker D ikke på forhånd har intentioner om ændring af adfærd og ej heller ændrer sin sundhedsadfærd samt det faktum, at tømrer G ikke formår at føre sin intention om adfærdsændring til handling. Som tidligere nævnt er lastvogsmekaniker D tilfreds egen sundhed, som det fremgår i observationsnoterne fra hans sundhedssamtale: *Lastvogsmekaniker D svarer, at det har han egentlig ikke planer om at ændre – 'Jeg har det egentlig fint, som det er nu' siger han* (Bilag 13: 2). Dette på trods af hans kendskab til de gældende normer, der tilsyneladende fortæller ham, at han drikker for meget. Lige såvel er tømrer G heller ikke af den personlige holdning, at han drikker for meget, på trods af denne bevidsthed omkring gældende normer herfor. Dette kan ansues som problematisk, såfremt det i den sundhedsfremmende intervention ønskes, at borgerne handler på det sundhedsmæssige behov for ændring af adfærd, som sundhedsvejlederne forsøger at oplyse dem om i sundhedssamtalen. Ifølge andragogikkens perspektiv på voksnes læring, kan lastvogsmekaniker D og tømrer G's manglende formåen i forhold til at igangsætte sundhedsmæssige adfærdsændringer for sig selv, på trods af et kendskab til behovet herfor, forstås på den måde, at voksne er mere motiveret for at indgå i en

læringssituation, hvis de selv vurderer et behov herfor, da læringsindholdet således bliver nyttigt og relaterbart for de voksne lærende (Knowles 2005: 62-61, 64). Her skal ordene 'selv vurderer' understreges, da det netop er denne detalje, der kan siges at mangle i lastvognsmekaniker D og tømrer G's bevidsthed omkring sundhedsmæssige behov for adfærdsændring, da bevidstheden omkring behovet ikke synes at komme fra informanternes egen personlige forståelse for egen sundhed, men i stedet synes at være et udtryk for en bevidsthed omkring sundhedsmæssige normer, der kan siges at være samfundsskabte.

Ikke desto mindre synes denne iboende samfundsskabte bevidsthed om, hvad de bør ændre, at udgøre en form for personligt og affektivt skjold, der kan være med til at forberede informanterne på, hvad de vil blive oplyst om til sundhedssamtalen samt de følelser dette kan medføre. Dette kan ses afspejlet i nedenstående citater med lastvognsmekaniker D og tømrer G.

Tømrer G: 'Jeg tror bare, at det er det som jeg vil få besked på [...] Så det er det, som jeg kan forestille mig, at samtalen hovedsageligt vil komme til at dreje sig om' (Bilag 16: 5-6).

Lastvognsmekaniker D: 'Så man ved jo godt lidt om hvad de vil sige inde til tjekket der, med det hele' (Bilag 13: 4).

Med afsæt i denne bevidsthed om ændringerne samt forventningen til sundhedssamtalen kan der argumenteres for, at informanterne garderer sig med nogle forventninger inden sundhedssamtalen, som de synes at have tilpasset, hvad de tror samtalen vil omhandle. Disse foruddefinerede forventninger som informanterne kan siges at stille op med afsæt i samfundsmæssige krav til, hvad der bør ændres i deres sundhedsadfærd, synes altså at være rettet mod et forsøg på at kontrollere på forhånd, hvad de vil få at vide inde til sundhedssamtalen. Det behøver imidlertid ikke at være et udtryk for et udtalt behov for kontrol og autonomi, men kan ligeså vel ansues fra et affektivt perspektiv, hvor disse foruddefinerede forventninger kan tolkes som værende et forsøg på at undgå følelsen af overraskelse, måske endda skyld eller skam i forhold til egen sundhedsmæssige situation. Vender vi tilbage til Jarvis og hans syn på oplevelsen af uoverensstemmelse som indgangsvinklen til læring, er det således ikke mærkværdigt, at informanterne ikke oplever en uoverensstemmelse mellem deres forventninger til situationen og deres oplevelse af situationen. I stedet kan denne tendens til, at informanterne på forhånd forsøger at kontrollere mulige følelsesmæssige overraskelser og som synes at tage pusten af den læringsmulighed, som oplysningen i sundhedssamtalen ellers kunne bringe, siges at være et grundvilkår for sundhedssamtalen - lige såvel som at det kan siges at være et grundvilkår for sundhedssamtalen, at nogle borgere synes at bringe vejret op som en depersonificerende strategi til at forholde sig mindre til det faktum, at de

måske slet ikke er parate til en sundhedsmæssig adfærdsændring (jf. s. 72). Sundhedssamtalen som sundhedsfremmende- og forebyggende intervention berører under alle omstændigheder et personfølsomt emne i dets fokus på borgernes individuelle sundhedstilstand, hvilket langt hen af vejen kan forklare, at sundhedssamtalen kan anses som værende præget af sådanne affektive forsvar, som borgeren kan bringe i spil, når sundhedsinterventionen intervenserer for meget i borgerens liv og som også synes at bringe sundhedsvejlederen og sundhedssamtalen i en situation, hvor dens virkning er begrænset eller mangelfuld.

SUNDHEDSSAMTALENS FORUDSÆTNINGER

Som det fremgår af foregående analysekategori, behøver informanternes viden om mulige sundhedsmæssige adfærdsændringer ikke at være et udtryk for deres eget ønske og vilje om at ændre herpå. Samtidig viser analysedel 1 og 2, at der hos specialets informanter forefindes en række sociale, mentale såvel som affektive betydningstilskrivelser i processen fra ingen intention om sundhedsmæssig adfærdsændring til intention om sundhedsmæssig adfærdsændring og slutteligt til handling på disse intentioner. Med afsæt i specialets analyse, kan der nemlig udpeges en proces, hvor borgeren individuelt set foretager sig en række betydningstilskrivelser, herunder rationel-affektiv målsætning, der bringer en meningsfuldhed for borgeren - en rationel-affektiv meningsfuldhed som i analysen synes af væsentlig betydning for, om borgeren har intentioner om ændring af sundhedsadfærd eller ej. Ligeledes synes attituden eller indstillingen til sunde kontra usunde vaner eller sundhedsmæssig adfærdsændring, samt tilstedeværelsen af refleksion over tidligere ændringsforsøg eller manglen på samme, at have betydning for hvorvidt borgeren danner intentioner om ændringsforsøg (jf. s. 61). Dernæst kan socialt fællesskab udpeges som et væsentligt aspekt for borgernes tendens til at føre intentioner om adfærdsændring til handling, fordi det sociale fællesskab kan være med til at mobilisere den mentale energi, lyst og motivationen til disse ændringer via et tilhørsforhold til fællesskabet. Sidst synes en række affektive forsvarsmekanismer at præge borgeren i spørgsmålet om, at skulle ændre på egen sundhedsadfærd eller handle på egne intentioner herom. Med disse forsvarsmekanismer forholder borgeren sig mere distanceret til eget ansvar for adfærdsændringerne via eksempelvis ydre omstændigheder som vejret (jf. s. 73). Ligeledes kan borgerens foruddefinerede og samfundsskabte forventninger til sundhedssamtalens indhold, som borgeren kan siges at opstille for at undgå følelsen af skam eller skyld under sundhedssamtalen, være et udtryk for en forsvarsmekanisme som tager pusten ud af den lærende overraskelse, som sundhedssamtalen ellers kunne bringe (jf. s. 78).

Disse betydningstilskrivelser som specialets informanter gør sig i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer har fyldt i spørgsmålet om dét overhovedet at have en intention om ændring og

derefter om overhovedet at handle på denne intention. Ligeledes viser specialets empiri, at fire ud af otte informanter slet ikke når til handling, hvoraf to af dem ikke engang har intentioner om ændring. Vi kan dermed af disse analytiske fund konkludere, at processen forud for selve handlingen synes betydningsfuld for sundhedssamtalens virke i forhold til at igangsætte sundhedsmæssige adfærdsændringer hos den mandlige borger.

I relation til sundhedssamtalens virke forekommer det imidlertid relevant og interessant at analysere dybere ned i de forståelser af sundhedssamtalens fokus og formål, som projektlederen og projektkoordinatoren udtrykker i interviewet med dem begge.

Projektkoordinator: [...] så man ved hvor folk er henne i det - er de i forovervejelsesfasen? Altså man kan sige, at allerede dét at de kommer ind til en samtale, så har de gjort sig en overvejelse, og det vil sige, at så er man jo sådan set lige inde på det der tov, ikke også. Så har man taget første skridt og så kan man begynde at snakke planlægning her - så hvad er det nu lige man gerne vil? Og det er jo egentlig det vi gør, som det første skridt i handleplanen. Så kan man begynde at sætte handling på og så følger vi op - for der vil vi jo gerne se om der er sket noget handling. Så kan det jo godt ske, at de er snublet et eller andet sted jo. Men op på hesten igen jo (Bilag 9: 17).

I ovenstående uddrag af interviewet giver projektkoordinatoren, som til daglig leder teamet af sundhedsvejledere og som også selv har fungeret som sundhedsvejleder, udtryk for fremgangsmåden eller processen i sundhedssamtalen. I citatet findes det imidlertid interessant, at dét at borgeren deltager i sundhedssamtalen, synes at forstås som et tegn på vilje og parathed for adfærdsændring, eller som projektkoordinatoren fremhæver 'så er man jo sådan set lige inde på det der tov'. Projektkoordinatoren giver altså udtryk for, at hun anser informantens deltagelse som værende starten på planlægningen af ændringsforløbet. Der kan således argumenteres for, at projektkoordinatoren laver en direkte kobling mellem valget om at deltage i sundhedssamtalen og vilje til sundhedsmæssig adfærdsændring. I forlængelse heraf kan der med afsæt i et kritisk perspektiv stilles spørgsmålstejn ved dette spring, som vi tolker, at projektkoordinatoren giver udtryk for at sundhedssamtalen rummer. Spørgsmålet er mere præcist, om der i virkeligheden ikke findes en proces midt imellem selve deltagelsen i samtalen og det at skulle planlægge ændringer?

Med afsæt i informanternes betydningstilskrivelser i forløbet omkring sundhedsmæssig adfærdsændring og med afsæt i analysen af Aalborg kommunes forståelser for og tilgange til borgernes ændringsforløb jävnfør ovenstående citat, synes sundhedsvejlederen i sundhedssamtalen altså i virkeligheden at springe et led over. Dette ved blot at antage at deltagelsen er forudsat af en vilje og lyst til sundhedsmæssig adfærdsændring fra borgerens side. Der kan med afsæt i specialets analytiske fund argumenteres for, at blot dét at danne intentioner rummer en

række betydningstilskrivelser for borgeren, som den sundhedsfaglige må tage alvorligt i arbejdet med at igangsætte sundhedsmæssige ændringer hos borgeren. Behovet for at tage afsæt i borgerens betydningstilskrivelser kan finde belæg i andragogikkens syn på voksnes engagement i læring, hvor der argumenteres for at voksne er mere tilbøjelige til at indgå i læring som er relevant og relaterbart for deres egen livssituation, og hvor deres selvforståelse som selvstyrende individer respekteres og imødekommes i læringssituationen (Knowles 2005: 61-62).

I relation hertil kan det således forekomme paradoksalt, at sundhedsvejlederen i sundhedssamtalen tager udgangspunkt i Stephen Rollnick m.fl.'s metode *Den motiverende samtale* (Bilag 9: 6), da denne metode er tiltænkt at kunne anvendes i borgernes overvejselsesfase, hvor sundhedsfaglige vejledere netop har til opgave at opmuntre og opfordre borgeren til sundhedsmæssig adfærdsændring (Rollnick et al. 2009: 9). I nedenstående citat af projektkoordinatoren tyder det imidlertid på, at sundhedsvejlederne med den motiverende samtale som metode i sundhedssamtalen, i højere grad sætter fokus på at opfordre borgerne til adfærdsændringer i form af selve planlægningen af ændringen, frem for at gribe dem hvor de befinder sig på det givne tidspunkt.

Projektkoordinatoren: [...] Men hele tiden den der motiverende samtale, så det er folk selv der kommer med budene på hvad de skal gøre. Vi skal jo helst ikke ud og sige 'nu skal du gå tre gange i ugen', det kommer ikke til at ske. Men vi kommer jo med nogle forslag til hvad det kunne være (Bilag 9: 14).

I et kritisk perspektiv kan der også her stilles spørgsmålstejn ved, om motivationsarbejdet for sundhedsvejlederen først starter ved snakken om, hvilke ændringer der kan være realistiske og fordelagtige for borgeren at foretage. Med afsæt i specialets analyse kan der som førnævnt udpeges en række betydningsfulde faktorer, som kan være væsentlige at tage udgangspunkt i for at nå til det punkt i den sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, hvor der kan tales om at planlægge en handling for den mandlige borger - eller fastholde denne. Blikket må derfor vendes mod viljen til intention og handling, før man kan tale om selve handlingens planlægning. Dette viljeaspekt synes kun at være berørt på overfladisk vis, hvilket kommer til syne i følgende citat af projektkoordinatoren.

Projektkoordinator: Der er sådan en selvvurdering der, hvor folk de siger at 'på en skala fra 1-10 så vil jeg gerne ændre på'. Og så fx omkring fysisk aktivitet 'hvor realistisk tror jeg det er?' Og så har man jo som sundhedsvejleder den her, som de har siddet og lavet hjemme, og så kan man sige, hvor meget vil de egentlig det her? For hvis det er på 5 eller derunder, jamen så har de skudt for højt og så er de ikke motiverede nok - man skal altså helst over 7 for man faktisk er motiveret for at

lave en ændring. Og så er det her noget de udfylder under samtalen og får med. Herovre laver man så en lille handleplan 'jeg vil indenfor den næste måned arbejde på at...' og 'det vil jeg gøre ved at...' konkret handling. Og jeg vil sige at man skal maks have 2 handlinger skrevet på, fordi at folk kan ikke nå mere. Man skal være virkelig entusiastisk for at nå tre (Bilag 9: 12-13).

Med afsæt i dette citat forholder sundhedsvejlederen i sundhedssamtalerne sig altså til borgerens motivation i forhold til ændring af adfærd ud fra et selv vurderet skema, men dette synes imidlertid ikke at komme i første række, så at sige. Denne forholden til motivation for ændringen kommer altså først i spil, efter borgeren er blevet bedt om at nedfælde forslag til ændringer, hvorfor planlægningsprocessen synes at komme forud for selve spørgsmålet om, hvorvidt borgeren overhovedet er parat, motiveret eller kan se det meningsfuldt for eget liv at igangsætte en ændring. Dette kommer ligeledes til udtryk i nedenstående citat af projektkoordinatoren, hvor hun omtaler opfølgningssamtalen.

Projektkoordinator: Så er der måske nogen, som ikke helt er kommet igang og så kan man lige få snakket med dem om, om der skal noget andet til? 'Var det ikke det rigtige vi fik snakket om?' eller 'Var det for besværligt for dig?' eller... Og så kan man i den snak få skiftet retning og komme til noget andet jo (Bilag 9: 7-8).

Her giver projektkoordinatoren udtryk for at tilgangen til de borgere, som ikke formår at nå til handling, er rettet mod, om det var det rigtige der blev aftalt og om det var for besværligt at udføre handlingen, hvor fokus altså er på at 'komme til noget andet', hvilket i vores optik tolkes som værende et forsøg på at flytte borgeren over i en anden handling eller sundhedsmæssig adfærdsændring. Der er i disse situationer altså fokus på, at problemet med den manglende handling må skyldes en uhensigtsmæssig handleplan frem for et fokus på, at der kan ligge andre mentale, sociale eller affektive perspektiver til grund for manglen på handling. Med afsæt heri og i projektkoordinatorens fortællinger om sundhedssamtalen, kan der således udpeges en planlægningsorienteret i sundhedssamtalen, som kan siges at negligere selve spørgsmålet om parathed til planlægning og handling. Med udgangspunkt i Illeris' tre dimensioner i læring, kan der i et teoretisk øjemed siges, at man i sundhedssamtalen har mere fokus på læringens indholdsmæssige dimension end drivkraftdimensionen. På denne måde afgrænses læringen omkring de sundhedsmæssige adfærdsændringer til at omfatte et spørgsmål om, hvad der skal læres, hvormed spørgsmålet om hvordan den mentale energi til læringen skal underbygges, synes at udeblive.

Dette kan imidlertid lige såvel være et udtryk for en mangel på viden om, hvordan dette viljemæssige aspekt gribes an i sundhedssamtalen, hvilket kan anskues i nedenstående citat.

Interviewer: Men nu hvor I har arbejdet så meget med det, har I så en ide om, hvad det er der gør at det er så svært for folk at komme igang?

Projektkoordinator: Jamen... Jeg vil sige, at på enkeltmandsniveau, det tror jeg ikke at jeg kan svare på, men jeg kan sige, at generelt så er det at ændre vaner jo noget af det værste og sværeste man kan blive udsat for, uanset hvem vi er. Fordi det ligger så dybt i os at, ja man skal virkelig ind og have fat. Og det er jo nogle helt andre mekanismer og så er vi helt ovre i noget meget psykologisk også. Og den der del, altså den mere psykologiske del og de kognitive adfærdsændringer der skal til også, dem har vi ikke sådan mulighed for at kunne gå ned i, på den korte tid jo (Bilag 9: 14).

Med afsæt i dette citat og i specialets analytiske fund kan der dermed findes anledning til at udarbejde en række forståelser eller tilgange, som netop kan rette sundhedssamtalen som sundhedsfremmende- og forebyggende intervention mod borgerens parathed til forandring førend der kan arbejdes med planlægningen af forandringen. Til dette synes projektkoordinatoren altså at give udtryk for en mangel på viden om, hvordan dette aspekt, som projektkoordinatoren refererer til som det psykologiske, men som vi i specialet vil påpege at være et blandet mentalt, socialt og affektivt aspekt, kan indarbejdes i sundhedssamtalens varighed. Til brug i sundhedsfaglig praksis, kan vi udlede en række principper som netop tager udgangspunkt i de elementer, som analysen har belyst som værende betydningsfulde for borgeren i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Specialets analyse fremkommer med i alt seks væsentlige pointer, som omsættes i seks principper for sundhedsfagligt arbejde med at fremkalde en forandringsparathed hos borgeren. Disse principper vil fremgå af følgende model.



Disse seks principper er centrale for sundhedsvejlederen at fokusere på og arbejde med, såfremt borgeren skal være parat til at følge den aftalte handleplan, som udformes gennem sundhedssamtalen. En uddybning af principperne vil følge i specialets næstkommende designkapitel, hvor princippernes didaktiske og praktiske anvendelighed endvidere belyses.

7. DIDAKTISK DESIGN

I specialets analyse er der som nævnt udledt seks principper, som alle knytter sig til den mandlige borgers forståelse for, hvad der er på spil eller hvad der synes vigtigt i forhold til spørgsmålet om sundhedsmæssige adfærdsændringer. Disse analytisk funderede principper rummer både sociale, mentale og affektive aspekter af sundhedsmæssig adfærdsændring, som den fremtræder for borgeren og hviler derfor på de betydningstilskrivelser, forståelser og tilgange som den enkelte borger trækker på i overvejelsen om sundhedsmæssige adfærdsændringer i sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner. Interventioner hvor der sigtes mod at igangsætte og facilitere sundhedsmæssige adfærdsændringer hos mandlige borgere.

Disse principper rummer således, qua den empiriske analyse af borgernes egne perspektiver på- og forståelse af sundhedsmæssig adfærdsændring, et potentiale for sundhedsvejlederen i forhold til beskæftige sig med borgerens forandringsparathed og beslutningsproces forinden planlægningen af selve ændringsforløbet. Vigtigheden i at udforme disse principper til brug i sundhedssamtalen, finder belæg i det analytiske fund som viser, at sundhedsvejlederen i sundhedssamtalen synes at negligere den proces som indtræffer forinden selve planlægningen af den sundhedsmæssige adfærdsændring, til fordel for et markant fokus på sundhedsanbefalinger og handlingsplanlægning af adfærdsændringer. Som følge af denne negligering synes sundhedsvejlederen nemlig at antage, at borgeren gennem valget om deltagelse i sundhedssamtalen, udviser en parathed for sundhedsmæssig adfærdsændring. Nedenstående citat vidner om, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet.

Interviewer: Og hvorfor har du meldt dig til sundhedssamtalen?

Lastvognsmekaniker D: Hmm, for lige at få et afbræk i hverdagen, så det er da fint nok lige at komme til [...] (Bilag 13: 4).

Interviewer: [...] Har du planer om at ændre på dine sundhedsvaner indenfor de næste seks måneder?

Lastvognsmekaniker D: Ikke sådan lige umiddelbart.

Interviewer: Nej og hvordan kan det være?

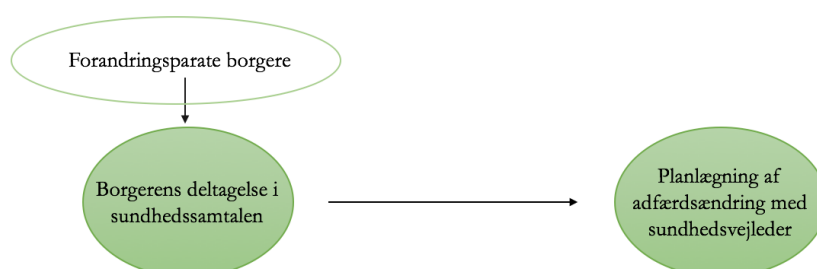
Lastvognsmekaniker D: Det [...] det er der ikke rigtig nogen grund til (Bilag 13: 5).

Sundhedsvejlederen overser således borgerens individuelle betydningstilskrivelser og forståelser, der kan siges at ligge til grund for at overhovedet danne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring og dernæst at handle på disse intentioner. Derfor ser vi en relevans i at sætte fokus på, hvorledes sundhedsvejlederen i sundhedssamtalen kan opnå viden om de

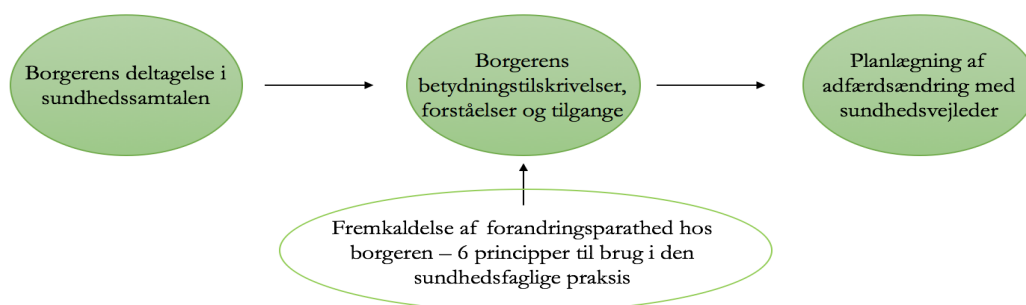
betydningstilskrivelser og forståelser borgeren tillægger dét at ændre adfærd samt hvordan denne viden om den enkelte borger kan integreres i sundhedssamtalen. Dermed argumenterer vi for, at fokus i sundhedssamtalen skal bevæge sig sig fra et handlings- og planlægningsorienteret perspektiv til et perspektiv, hvor borgerens udgangspunkt udgør grundlaget.

Vi har nedenstående illustreret to modeller, hvoraf model 1 anskueliggør kommunens forståelse for borgerens proces under forløbet omkring sundhedssamtalen, hvor det antages at borgerens deltagelse i sundhedssamtalen er et udtryk for forandringsparathed - her tages borgerens betydningstilskrivelser, forståelser og tilgange til sundhedsmæssig adfærdsændring altså forgiven. Model 2 illustrerer en udvidet og mere kompleks forståelse for borgerens proces i forløbet omkring sundhedssamtalen, som indeværende speciale i kraft af dets analyse bidrager med - herunder hvorledes borgerens forståelser, tilgange og betydningstilskrivelser i relation til beslutningsprocessen vedrørende sundhedsmæssig adfærdsændring kan indarbejdes i sundhedssamtalen for at skabe en solid grobund og parathed for sundhedsmæssig forandring via praktisk brug af specialets seks analytisk udledte principper.

MODEL 1: AALBORG KOMMUNES FORSTÅELSE FOR BORGERENS PROCES



MODEL 2: SPECIALET'S FORSTÅELSE FOR BORGERENS PROCES



Principperne vil i følgende afsnit præsenteres og vil senere i kapitlet operationaliseres og omsættes til konkrete redskaber til brug af sundhedsvejlederen i den sundhedsfaglige praksis.

PRINCIPPER FOR SUNDHEDSMÆSSIG ADFÆRDSÆNDRING

Specialets seks principper er som nævnt udledt af analytiske fund, der udpeger de forståelser og betydninger borgerne tilskriver sundhedsmæssig adfærdsændring. Principperne markerer således også hvilke temaer, der for sundhedsvejledere kan være relevante at arbejde med i sundhedsinterventioner, som eksempelvis Aalborg Kommunes sundhedssamtale. Disse principper og indholdsmæssige temaer præsenteres i følgende.

Princip 1 omhandler affektive forsvarsmekanismer eller strategier, som den mandlige borger synes at sætte op i visse situationer, hvor adfærdsændringen måske kommer for tæt på, eller hvor borgeren måske ikke ønsker at give udtryk for en manglende parathed til ændringerne. For at undgå følelsen af at fejle eller følelsen af skyld i forhold til en manglende parathed eller handling, kan borgernes fremhævelse af vejret eller manglende tid tolkes som værende et udtryk for, at borgerne påtager sig en facade, ved at overføre ansvaret for de sundhedsmæssige adfærdsændringer til depersonaliserede elementer som vejret - elementer som hverken de selv eller sundhedsvejlederen kan ændre på. Således sættes sundhedsvejlederen skakmat i samtalen, hvorfor sundhedsvejlederen må skifte emne. Ligeledes anskues borgernes foruddefinerede forventninger til sundhedssamtalen som en affektiv forsvarsstrategi, hvor borgerne forsøger at undgå følelsen af overraskelse eller skyld ved på forhånd at bevidstliggøre sig selv om, hvad sundhedsvejlederen vil fortælle vedkommende. Konsekvensen herved er, at det fratager læringssituationen dens overraskende element, hvilket ifølge Jarvis er hæmmende for læring (Jarvis 2012a: 46).

Princip 2 omhandler meningsfulde mål i et rationelt-affektivt spændingsfelt og tager udgangspunkt i analysens fund, som viser, at de borgere som forinden sundhedssamtalen har opsat meningsfulde mål, der både er rationelt og affektivt funderet, ligeledes er de borgere, som har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. Altså tegnes en tendens til, at den sammenhæng der kan anskues at være mellem borgerens egen oplevelse af vilje samt oplevelse af følelsesmæssige aspekter i forbindelse med sundhedsmæssig adfærdsændring, har betydning for, i hvilken grad borgeren er motiveret for sundhedsmæssig adfærdsændring. I forlængelse heraf synes det familiære aspekt, dét at føle velvære samt dét at opnå en smertefri tilværelse at være tre generelle temaer, som ligger til grund for specialets informanternes rationelle og affektive ønsker om sundhedsmæssig adfærdsændring.

Princip 3 omhandler refleksion over tidligere ændringsforsøg og refererer til det analytiske fund, at tilstedeværelsen af en vis grad af refleksivitet hos borgeren spiller en vigtig rolle i forhold til, hvorvidt de formår at tage ved lære af tidligere forfejlede ændringsforsøg. I relation hertil kan det udledes, at borgerne gennem refleksion kan udforme nye intentioner i kraft af nye forståelser for, hvordan de kan handle fremadrettet for at undgå endnu et forfejlet forsøg.

Princip 4 omhandler betydningen af de indstillinger og holdninger, borgeren har til sunde kontra usunde vaner samt det at ændre sundhedsadfærd. Princippet refererer til det analytiske fund, at den indstilling borgeren har i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, er af betydning for, hvorvidt borgeren formår at opsætte intentioner eller ej om sundhedsmæssig adfærdsændring samt for, hvordan borgeren vælger at handle fremadrettet. Når først borgeren har tilskrevet en oplevelse eller erfaring en bestemt mening, er det dermed imidlertid også denne mening og indstilling, der handles ud fra i fremadrettede lignende situationer - medmindre borgeren oplever en uoverensstemmelse mellem de opfattelser, som borgerens indstilling til sundhedsmæssig adfærdsændring udspringer fra og den situation borgeren indgår i.

Princip 5 omhandler meningsgivende socialitet i ændringsprocessen, og refererer til det analytiske fund, at socialt fællesskab og samvær synes at være en måde, hvorpå borgerne iværksætter eller/og udfører sundhedsmæssige tiltag gennem. Ligeledes synes det sociale fællesskab at bringe mening til det at motionere eller træne, hvor man forpligter sig til hinanden og har det sjovt. Dette sociale samvær, som nogle af borgerne tilskriver betydning i relation til sundhedsmæssige adfærdsændringer, kan endvidere anskues som værende et fællesskab, hvori den mentale energi, lysten og paratheden til disse ændringer mobiliseres via et tilhørsforhold. I forbindelse med den meningsgivende socialitet i ændringsprocessen synes elementer som forpligtigelse, tilhørsforhold og fællesskab dermed at være de grundlæggende temaer, som borgerne tillægger betydning.

Princip 6 omhandler det analytiske fund, at borgernes bevidsthed om ændringsbehov synes at afspejle en samfundsskabt forståelse for, hvordan man bør gebærde sig i forhold til sundhedsadfærd og vaner. I relation hertil kan der udledes, at borgerne med denne samfundsskabte bevidsthed om ændringsbehov ikke synes at kunne relatere behovene til egen livssituation. Netop dette viser sig hæmmende for, hvorvidt borgerne handler på de behov for sundhedsmæssig adfærdsændring, som de ellers er bevidste om.

PRINCIPPERNES DIDAKTISKE PERSPEKTIV

Disse seks principper er tiltænkt for sundhedsvejlederen at inddrage i det motiverende arbejde, hvor borgeren skal opmuntres til- og vejledes i sundhedsmæssig adfærdsændring. En praktisk

udlægning af hvorledes sundhedsvejlederen kan inddrage principperne i sundhedssamtalen og dermed en operationalisering af de analytisk funderede principper, vil følge i næstkommende afsnit (jf. s. 92). Principperne skal imidlertid ikke anskues som direkte bindeled mellem sundhedsvejledningen og den intenderede læring eller adfærdsændring, men skal i stedet forstås som en række principper, som med disses fokus på den enkelte borgers forståelse af- samt tilgange til sundhedsmæssige adfærdsændringer, sandsynliggør læringen eller adfærdsændringen (Keiding & Qvortrup 2014: 32). I nærværende speciale tolker vi nemlig borgernes tilgange og forståelser for sundhedsmæssig adfærdsændring som en mere kompleks størrelse, der imidlertid ikke synes at lade sig indfange i enslignende systematiske samtaleforløb. Dette grundet, at der med afsæt i den empiriske analyse må forventes, at borgerne har forskellige indgangsvinkler til sundhedssamtalen, i kraft af de individuelle forståelser og tilgange til sundhedsmæssig adfærdsændring som analysen har påvist.

Pointen om disse individuelle forståelser, betydningstilskrivelser og tilgange fremkommer blandt andet i følgende citater af elektriker A og logistikmedarbejder F, som tilgår sundhedsmæssig adfærdsændring på vidt forskellige grundlag - grundlag som bygger på henholdsvis noget familiært og sygdomsmæssigt.

Interviewer: [...] Hvor vigtigt er det for dig, at ændre sundhedsvaner?

Elektriker A: [...] jeg har to 'knejer' og vi spiller noget fodbold, og man kan jo godt mærke at de gerne vil spille mere fodbold og så må man nogle gange lige ud og trække vejret. Så på det punkt kan man sige ift. det, så er det vigtigt som sådan. [...] Det er primært ift. hvis jeg skulle være aktiv med 'knejerne' (Bilag 10: 6).

Interviewer: [...] hvor vigtigt er det for dig, at lave de her ændringer?

Logistikmedarbejder F: Meget, for det kan også gøre, at jeg forhåbentligt kan blive smertefri, med de sygdomme jeg har haft (Bilag 15: 8).

Med afsæt i perspektivet på forholdet mellem vejledning og den enkeltes borgers læring, læner vi os i nærværende didaktiske design op ad Rolf Arnolds muliggørelsesdidaktik. Arnolds didaktiske tænkning tager udgangspunkt i moderne konstruktivistisk systemteori, hvor den lærende opfattes som et system, der konstruerer egen viden med referencer til tidligere erfaringer og vidensgrundlag (Keiding & Qvortrup 2014: 38). Med afsæt i muliggørelsesdidaktikken og de seks udledte principper argumenterer vi for, at sundhedssamtalen som et rum for vejledning eller undervisning skal skabe muligheder for, at borgeren kan finde parathed, vilje og lyst til sundhedsmæssige

adfærdsændringer via et fokus på de temaer, som den empiriske analyse viser er væsentlige for borgeren i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring.

I denne konstruktivistisk-systemteoretiske didaktik, som Arnolds muliggørelsesdidaktik klassificerer sig indenfor, er et centralt didaktisk fokuseringspunkt deltagerorientering (Keiding & Qvortrup 2013: 414). Med deltagerorientering som didaktisk fokuseringspunkt er det altså didaktikkens 'hvem' (Jank & Meyer 2012: 19) eller læringsforudsætninger jævnfør Hiim & HIPPES didaktiske relationsmodel, der arbejdes med (Keiding & Qvortrup 2013: 368). I forbindelse med muliggørelsesdidaktikken, har Arnold udformet en række læringsmæssige tolkninger af forskellige konstruktivistiske begreber, som afdækker de forståelser af undervisning, som muliggørelsesdidaktikken bygger på. Heraf vælger vi at sætte fokus på begrebet strukturdeterminering, som omhandler, at vores måde at tænke, føle og handle på følger vores erfaringer, hvorfor disse er et produkt af inkorporerede oplevelses- og fortolkningsmønstre (Keiding & Qvortrup 2014: 37). Denne forståelse kan blandt andet også anskues i specialets teoretiske fundament i form af Mezirow og Jarvis' læringsteori og udgør specialets perspektiv på, hvordan sundhedsadfærd og ændring heraf kan forstås som et komplekst og individuelt fænomen. Strukturdetermineringsbegrebet er således et teoretisk udgangspunkt, sammen med Arnolds muliggørelsesdidaktik i argumentationen for, at sundhedsvejledning indholdsmæssigt skal kobles på borgerens bevidsthed, forståelser og oplevelser, hvilket specialets seks analytisk udledte principper har til formål at muliggøre. Dette kan nemlig, jævnfør Arnolds læringsmæssige tolkning af endnu et konstruktivistisk begreb tilkoblingsevne, være med til at begrænse udløsningen af forsvar mod læringen, som princip 1 vidner om (jf. s. 87). En sådan kobling mellem sundhedssamtalens indhold og borgerens eksisterende struktur, erfaringer og forståelser synes udelukkende, på nuværende tidspunkt hos Aalborg Kommune, at foretages i forbindelse med udformningen af en handlingsrettet plan for sundhedsmæssig adfærdsændring, hvor borgerens egne ønsker inddrages. Borgeren får dermed handlemuligheder i kraft af, hvad denne vil ændre, men imidlertid ikke i kraft af det spørgsmål, som egentlig bør komme forud herfor - om borgeren overhovedet er parat og har lyst til at ændre noget. Dette fordi at sundhedsvejlederen som tidligere nævnt antager, at borgeren gennem deltagelse i sundhedssamtalen udviser en parathed for sundhedsmæssig adfærdsændring. Som følge af denne antagelse forholder sundhedsvejlederen sig dermed ikke eksplicit til de betydningstilskrivelser og forståelser som borgeren lægger vægt i forhold til parathed for sundhedsmæssig adfærdsændring, hvilket blandt andet kommer til udtryk i følgende situation fra sundhedssamtalen med lastvognsmekaniker D.

Observationsnoter: Sundhedsvejlederen dykker nu nærmere ned i lastvognsmekaniker D's alkoholforbrug og snakker om, at det ligger i den høje ende. Lastvognsmekaniker D siger at han godt er klar over, at det ligger i den høje ende af skalaen, men er umiddelbart fint tilfreds med det og tænker ikke at ændre på det. Han siger, at der ikke er nogen i familien der lider af hjerte-kar-sygdomme, hvortil sundhedsvejlederen svarer, at så er han i hvert fald ikke disponeret for det den vej. Sundhedsvejlederen oplyser lastvognsmekaniker D om, at der på Aalborg Kommune udbydes anonyme samtaler med særligt fokus på at nedbringe alkoholforbruget, da hun vurderer at lastvognsmekaniker D har et for højt og uhensigtsmæssigt forbrug. Lastvognsmekaniker D bliver lidt stille og giver hverken udtryk for at han er interesseret eller ikke interesseret i tilbuddet. Sundhedsvejlederen springer hurtigt videre til madvaner og konkluderer at lastvognsmekaniker D umiddelbart spiser sundt – ud fra hvad han har skrevet i skemaet (Bilag 13: 2).

Det fremgår af disse observationsnoter, hvorledes sundhedsvejlederen ikke formår at respondere på de personlige informationer som lastvognsmekaniker D fremlægger i samtalen, men blot påtager sig en oplysende rolle og hurtigt springer videre til næste punkt på dagsordenen. Dette er imidlertid en indikation på, hvorledes det oplysende- og handlingsorienterede perspektiv bliver omdrejningspunktet i sundhedssamtalen og dermed kommer til at overskygge sundhedsvejlederens mulighed for at gå på opdagelse i de betydningstilskrivelser, forståelser og tilgange som den enkelte borgeren giver udtryk for i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. I forlængelse heraf og med afsæt i Svend Aage Madsens syn på mænds forhold til sundhed, har mænd et udtalt behov for selvbestemmelse. Netop dette behov synes at nedmanes i de samtalsituationer, hvor sundhedsvejlederen blot forholder sig til skemaet 'Tanker om min sundhed' (Bilag 4), hvorudfra samtalen på nuværende tidspunkt er struktureret, og dermed tager borgerens udsagn forgivet. Et sådant tab af selvbestemmelse og handlemuligheder kan ifølge Madsen føre til en oplevelse af ubehag og en oplevelse af trussel, som kan være med til at fremsætte et psykisk beredskab hos manden og med andre ord fremsætte et forsvar mod sundhedsmæssig adfærdsændring (Madsen 2014: 114). Således kan sundhedsvejlederens skemastrukturerede planlægningsorientering under sundhedssamtalen i sig selv siges at være hæmmende for borgerens sundhedsmæssige adfærdsændring.

Principperne kan altså anvendes som redskaber, der kan være med til at åbne op for borgerens egne perspektiver og ønsker vedrørende det at ændre adfærd, hvilket kan understøtte borgerens følelse af selvbestemmelse og være med til at fremkalde en forandringsparathed for sundhedsmæssig adfærdsændring. Dette kan indholdsmæssigt være med til at begrænse de forsvarsstrategier som analysen viste og som det første princip vidner om, fordi at

sundhedssamtalen med brug af analysens seks principper kobler indholdet i samtalen til borgerens eksisterende meningsstruktur. I praksis gøres ændringen af sundhedsadfærd således mere spiselig for borgeren, fordi det relaterer sig til dennes individuelle forståelser og tilgang hertil.

REDSKABER TIL DEN SUNDHEDSFAGLIGE PRAKSIS

I dette afsnit vil vi operationalisere- og omsætte specialets analytisk udledte principper til redskaber, som kan anvendes og efterleves i sundhedsinterventioner, som eksempelvis i Aalborg Kommunes sundhedssamtaler. Der vil i disse redskaber hentes inspiration fra Stephen Rollnick m.fl.'s metode motivationssamtalen, da netop denne metode er henvendt til den sundhedsfaglige profession og har til hensigt at give et praktisk bud på, hvorledes borgere kan opfordres og opmuntres til at gøre sig overvejelser om sundhedsmæssig adfærdsændring (Rollnick et al. 2009: 9).

Aalborg Kommune er allerede bekendt med motivationssamtalen som metode og anvender den i deres daglige virke – ud fra analysens fund lader det dog til, at metoden i størst grad anvendes i planlægnings- og handlingsprocessen, hvor sundhedsvejlederen netop inddrager borgerens livssituation. Med afsæt heri sættes denne nuværende anvendelse i perspektiv i forhold til analysens fund, som understreger vigtigheden i at udforme en metode til brug i processen som indtræffer før beslutningen om en sundhedsmæssig adfærdsændring og planlægningen heraf. På den måde er anvendelsen af motivationssamtalens teknikker ikke nye for sundhedsvejledere tilknyttet Aalborg Kommunes projekt, men anvendelsen heraf synes relevant at omtænke og ikke mindst nytænke i relation til specialets empiriske principper for sundhedsmæssig adfærdsændring. En relevans og en vigtighed som ligeledes underbygges af Madsen, som gennem sin forskning indenfor mænd og sundhed understreger det faktum, at mænd, som specialets principper er funderet med afsæt i viden om, er en gruppe for sig når det kommer til sundhed. Med denne påstand fremsætter han en argumentation for, at der i planlægningen og gennemførelsen af sundhedsmæssige interventioner hvor mænd er inkluderet, bør sættes fokus på hvorledes disse interventioner skal udformes samt, hvordan fokus i kommunikationen mellem den sundhedsfaglige vejleder og den mandlige borger kan tilpasses den enkelte – dette for at skabe den bedst mulige grobund for sundhedsmæssig adfærdsændring og i sidste ende sunde borgere (Madsen 2014: 94-95). Madsens perspektiver på mænds ageren i sundhedsregi vil udfoldes i hver af de nedenstående afsnit, og vil i forlængelse af hvert didaktiske redskab gøres til genstand for en kritisk diskussion af redskabernes- og herunder princippernes virkning i praksis.

De didaktiske redskaber vil i nedenstående præsenteres i afsnittene 'At fremkalde forsvarsnedbrydende udsagn', 'At skabe reflekterede betydningsforbindelser', 'At rette fokus mod det sociale' og 'At fremkalde individuelle behov', hvor hvert afsnit operationaliserer ét eller

sammentænker flere principper i et konkret praksis-anvendeligt redskab. Med det samlede design anbefaler vi, at alle specialets fire didaktiske redskaber som udgangspunkt inddrages i sundhedssamtalen til indholdsmæssigt at sætte fokus på borgerens perspektiver.

AT FREMKALDE FORSVARSNEDBRYDENDE UDSAGN

Det første redskab omhandler dét at søge at bryde det affektive forsvar, som nogle borgere opstiller i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, og tager således udgangspunkt i princip 1. Endvidere beror dette redskab på den analytiske tendens, qua princip 2, at de borgere som forinden sundhedssamtalen har opsat forventninger og mål, som bunder i et samspil mellem en rationel og affektiv tankegang, ligeledes har intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. Dermed kan en sammenhæng mellem borgerens oplevelse af vilje og følelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring anskues som værende af betydning for borgerne, i processen som indtræffer før beslutningen om sundhedsmæssig adfærdsændring. Omvendt set kan mangel på samme føre til at borgerne opstiller forskellige former for affektivt forsvar: 1) de overfører ansvaret for manglende lyst og vilje til sundhedsmæssig adfærdsændring til depersonaliserede elementer som vejret, hvilket kan eksemplificeres i citatet med lastvognsmekaniker C *‘Nej det har jeg ikke (dyrket mere motion, red.). Men når det bliver godt vejr og sådan noget, så cykler jeg på mountainbike og sådan noget. Men det har det jo ikke været vejr til og det var det næsten heller ikke vejr til sidste år* (Bilag 12: 5). Og dernæst 2) de at forsøger at kontrollere på forhånd, hvad de vil få at vide til sundhedssamtalen, hvilket kan tolkes som værende et forsøg på at undgå følelsen af overraskelse og eventuelt skyld og skam i forhold til den sundhedsmæssige situation, de befinder sig i. Dette eksemplificeres med citatet nedenfor.

Tømmer G: ‘Det har jeg nok (sundhedsvaner som bør ændres, red.), måske dyrke lidt mere motion og ja, måske skære lidt ned på forbruget af alkohol engang imellem. Så det er det, som jeg kan forestille mig, at samtalen hovedsageligt vil komme til at dreje sig om. [...] jeg tror bare at det er det, som jeg vil få besked på – at jeg måske drikker for meget [...]’ (Bilag 16: 5-6).

Disse affektive forsvarsmekanismer er forskellige, men kan med afsæt i motivationssamtalen som metode begge anskues som værende et tegn på, at der forefindes en ambivalens i forhold til dét at være tilfreds med nuværende sundhedstilstand samt dét at skulle ændre sundhedsadfærd. Altså kan borgeren ofte godt se muligheder i en sundhedsmæssig adfærdsændring, men nyder også tilværelsen som den er nu og er dermed fanget i motivationsaspekter, som modstrider hinanden (Rollnick et al. 2009: 54). Der udledes herudfra et behov for et redskab, som for sundhedsvejlederen kan bidrage med en metode for, hvordan borgeren hjælpes ud af ambivalensen og dermed formår at bryde det affektive forsvar.

Sundhedsvejlederen kan i sundhedsfremmende og forebyggende interventioner sætte fokus på, at det er borgeren som skal overtale sig selv til at gennemgå en forandring. Her er det som sundhedsvejleder vigtigt at træde et skridt tilbage og undgå en alt for styrende vejledningsstil. Med afsæt i motivationssamtalen vil borgere, som oplever en ambivalens i forbindelse med sundhedsmæssig adfærdsændring, ofte udtrykke negativitet (Rollnick 2009: 55, 106). Hvorledes dette kan komme til udtryk hos borgeren, er specialets analyse med til at belyse, da vi eksempelvis her kunne anskue vejret og foruddefinerede forventninger til sundhedssamtalens indhold, som forsvarsmekanismer eller strategier der sættes op for at spore samtalen i anden retning eller undgå følelsen af skyld, overraskelse eller skam

Omvendt set vil borgeren grundet ambivalensen dog også have tendens til at se sundhedsmæssig adfærdsændring fra den positive side, hvor vi i nærværende speciale eksempelvis så udsagn om intentioner for adfærdsændring hos borgere med forsvarsmekanismer, på trods af en manglende handling herpå - dette er lastvognsmekaniker C et eksempel på gennem udsagnet *‘Men når det bliver godt vejr og sådan noget, så cykler jeg på mountainbike og sådan noget’* (Bilag 12: 5). Som følge heraf, vil borgeren altså også, på trods af forsvaret, komme med udsagn, som bakker op om forandringen eller som vidner om en intention om forandringen. Netop her kan sundhedsvejlederen gribe de positive forandringsudsagn og forholde sig reflekterende hertil, ved at respondere på det sagte, med en kort opsummering af vigtige og relevante udsagn, som eksempelvis *‘du cykler på mountainbike’* (Rollnick et al. 2009: 96-97, 107). Dette for at gøre borgerne opmærksom på de positive elementer de tillægger sundhedsmæssig adfærdsændring og derigennem søge at få borgerne til at fremføre argumenter for, hvordan de kan overkomme det forsvar, der synes at spænde ben for dem på vejen mod ændringerne. Dette kunne foruden nævnte eksempel med cykling som positivt element ved adfærdsændringen, også være positive elementer i kraft af de meningsfulde mål, borgerne synes at opstille i deres intentioner om sundhedsmæssige adfærdsændringer (jf. s. 61). Analysen viser nemlig at elektriker A fremhæver fysisk aktivitet med sine sønner, som et positivt element ved at forbedre egen kondition (Bilag 10: 6), hvor det for logistikmedarbejder F er ideen om at leve smertefrit (Bilag 15: 8), som kan siges at udgøre det positive element ved adfærdsændringen.

- ❖ Vi anbefaler således, at sundhedsvejlederen griber borgerens positive udsagn om den sundhedsmæssige adfærdsændring og skaber et samtalerum, hvor borgeren taler i positive forandringsudsagn, eksempelvis ved at dykke ned i de temaer, som synes betydningsfulde for borgerens forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring.

Med afsæt i dette redskab muliggøres det endvidere for sundhedsvejlederen at skabe et rum, hvor borgeren får mulighed for at udforske sine egne affektive forsvarsmekanismer. Gennem denne metode kan depersonaliseringen af eget ansvar samt behovet for at kontrollere situationen med foruddefinerede forventninger for at undgå ubehagelige overraskelser sættes i perspektiv og medvirke til, at borgeren gennem et nyt syn på dét at ændre sundhedsadfærd, kan nedbryde det forsvar, der står i vejen herfor.

I henhold til redskabets virkning i praksis, er det imidlertid relevant at forholde sig til det mandlige køn, som specialets informanter udgør, og som specialets principper derfor også er analytisk udledt på baggrund af. Ifølge Madsen har mænd en tendens til at generelt vurdere og opfatte deres helbred til at være markant bedre, end kvinder opfatter og vurderer deres helbred (Madsen 2014: 69). I relation hertil ser vi blandt andet også at mænd sjældnere går til læge sammenlignet med kvinder (Madsen 2014: 72). Ifølge Madsen socialiseres mænd til at være drenge ved at lægge afstand til de feminine aspekter, der for dette køn kan opfattes som svaghed, ved at blokere for svaghedsfølelser som eksempelvis skyld og sorg (Madsen 2014: 84). Mænd er således ikke socialiseret til at forholde sig til følelser i samme grad som kvinder, hvorfor mænd også ifølge Madsen kan siges at have en generel ulyst til at fokusere på eget helbred (Madsen 2014: 85). De er i mindre grad optaget af egen sundhedstilstand sammenlignet med kvinder (Madsen 2014: 86).

Med afsæt i denne viden om mænds forhold til sundhed, har vi altså med en målgruppe at gøre, som ikke er meget for at beskæftige sig med følelser i sundheds- og sygdomsrelateret problemstillinger, hvorfor det kan være relevant at spørge, om det didaktiske redskab der skal give plads til flere positive udsagn fra borgeren i sundhedssamtalen, kan være behjælpelig til at udforske andet end borgerens forsvarsmekanismer i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer. I relation til den problematik at borgeren måske ikke evner eller har lyst til at forholde sig til de affektive forsvarsmekanismer vedkommende opstiller i forhold til ændringen, kan det være relevant for sundhedsvejlederen at overveje, om de positive udsagn som det didaktiske redskab skal fremme i borgeren, også kan bruges til at udforske de praktiske handlemuligheder, som forefindes på trods af de ydre barrierer som målgruppen giver udtryk for i form af dårligt vejr eksempelvis. På denne måde kan det for sundhedsvejlederen være relevant at kredse om de mere praktisk orienterede temaer i situationer, hvor der kan tydes en vis lukkethed ved borgeren i forhold til at tale om følelser. Et praktisk orienteret tema i borgerens udforskning af praktiske handlemuligheder kan eksempelvis være borgerens mulighed for gode lokale- eller arbejdsrelaterede træningstilbud, måske endda indendørs tilbud, hvor vejret ikke kan være en forhindring for borgeren. Det kan eksempelvis også være borgerens mulighed for at indgå i

træningstilbud, der involverer familiært samvær - et element som elektriker A tilskriver betydning i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring (jf. s. 51).

Med afsæt i ovenstående kritiske diskussion af det didaktiske redskabs virkning på en mandlig målgruppe, er det imidlertid også relevant at nævne, at der på trods af Madsens karakteristik af mænds forhold til sundhed, i dag ses en stigning i antallet af mænd der får lavet forebyggende helbredstjek og som forholder sig mere engageret til eget helbred. Baggrunden herfor er der ikke forsket yderligere i, men det er værd at have in mente at sundhedstilbuddene samtidig med denne stigning, også er blevet mere rettet mod de arbejdspladser, hvor mændene har deres daglige gang (Madsen 2014: 91).

AT FREMKALDE REFLEKTEREDE BETYDNINGSFORBINDELSER

Det andet redskab omhandler dét at reflektere over egne opfattelser af og værdier i forhold til sundhed og sundhedsmæssig adfærdsændring samt tidligere ændringsforsøg. Belægget for dette redskab skal findes i henholdsvis princip 3 som omhandler holdninger og indstilling til sundhed, samt princip 4 som omhandler refleksion over tidligere ændringsforsøg. I analysens fund fremgår det nemlig, hvorledes holdninger og indstilling til sunde kontra usunde vaner samt til dét at ændre sundhedsadfærd har en betydning for, hvorvidt borgere formår at opsætte intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring eller ej (jf. s. 88). Det bliver tydeligt, at de meninger som borgerne tilskriver oplevelser eller erfaringer er afgørende for, hvordan de handler fremadrettet. Endvidere står det klart, at borgernes tidligere ændringsforsøg kan have betydning for deres nuværende og fremadrettede handlinger alt afhængigt af, hvor refleksive borgerne er omkring disse tidligere ændringsforsøg.

Med afsæt i disse analytiske fund anser vi refleksion som værende et vigtigt redskab for sundhedsvejlederen, at benytte i processen som indtræffer før planlægningen af en sundhedsmæssig adfærdsændring. I udformningen af et praksisorienteret redskab til at igangsætte refleksion hos borgeren, hentes inspiration fra den forskeren David Boud, som betragter refleksion ud fra et voksen- og uddannelsesmæssigt perspektiv. Ifølge Boud er refleksion et element, som aktivt skal igangsættes i interaktionen mellem læreren og den lærende for at støtte selve læringsprocessen (Høyrup & Pedersen 2010: 132-133). Refleksion kan opdeles i tre processer, hvoraf vi har udvalgt to, som kan synes afgørende for, at understøtte den læring der finder sted hos borgerne i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, hvilke i samspil med elementer fra motivationssamtalen vil danne grundlag for udformningen af følgende redskaber til brug i sundhedsinterventioner:

- ❖ Sundhedsvejlederen bør ved hjælp af reflekterende lytning forholde sig undersøgende til borgerens tidligere erfaringer og forsøge at fremkalde en lyst og interesse hos borgeren i forhold til at gå på opdagelse heri – dette ved at respondere på det sagte, med en kort opsummering af vigtige og relevante udsagn (Høyrup & Pedersen 2010: 132; Rollnick et al. 2009: 96-97).

Når eksempelvis lastvognsmekaniker D svarer *'Jamen det ved jeg ikke, det ved jeg ikke'* (Bilag 13: 6) på spørgsmålet om, hvad der gik galt i tidligere ændringsforsøg, kan sundhedsvejlederen respondere med følgende 'Du ved ikke, hvad der gik galt i dit tidligere ændringsforsøg'. På den måde skaber sundhedsvejlederen et rum, hvor borgeren får mulighed for at reflektere over og uddybe, hvad der eksempelvis ligger til grund for de værdier og betydninger, der tillægges sundhedsmæssige adfærdsændringer samt tidligere ændringsforsøg. Det bliver herigennem muligt for både borgeren og sundhedsvejlederen at udforske eventuelle misforståelser samt at åbne øjnene for, hvordan disse iboende betydningsforbindelser kan korrigeres (Høyrup & Pedersen 2010: 132).

- ❖ Sidst og som følge af ovenstående kan samtalen nu føres over på, hvordan borgeren kan anvende sin nye viden om, hvad der ligger til grund for egne holdninger og indstilling til sundhedsmæssig adfærdsændring eller tidligere ændringsforsøg. Herigennem åbner sundhedsvejlederen op for, at borgeren tilegner sig nye holdninger via en refleksion over og revurdering af tidligere erfaringer og herigennem kan sundhedsvejlederen søge at fremkalde en overvejelse omkring nye handlemuligheder (Høyrup & Pedersen 2010: 133).

Med afsæt i disse redskaber muliggøres det for sundhedsvejlederen at udfordre borgernes tidligere erfaringer og indstilling til sundhedsmæssige vaner og uvaner gennem proaktiv refleksion. Det bliver dermed, ved at fremkalde en grad af refleksion hos borgeren over tidligere erfaringer muligt at undersøge borgerens tankemønstre omkring sundhed og sundhedsadfærd samt at bevidstgøre borgeren herom. Dette kan ifølge Boud føre til et revurderet syn på sundhedsmæssig adfærdsændring og dermed give borgeren mulighed for at korrigere måden, hvorpå der handles fremadrettet (Høyrup & Pedersen 2010: 134). Et revurderet syn, som med afsæt i Arnolds begreb tilkoblingsevne kan siges at koble borgerens eksisterende erfaringer og forståelser til nye forståelser, og herigennem være medvirkende til at nedmane og begrænse borgerens affektive forsvarsmekanismer. På samme tid får sundhedsvejlederen adgang til viden om borgerens betydningsstilskrivelser og værdier rettet mod ændring af sundhedsadfærd, hvilket det førstnævnte redskab angående positive forandringsudsagn også åbner op for. Denne viden kan for sundhedsvejlederen være relevant at anvende i forhold til, hvad der for borgeren vil give mening at tale om i sundhedssamtalen efterfølgende.

I henhold til dette didaktiske redskabs virkning, altså redskabet til at fremme borgerens refleksivitet i forhold til borgerens egne perspektiver på sundhedsmæssig adfærdsændring, er det igen væsentligt at forholde sig til den målgruppe, hvortil og hvorudfra princippet og det konkrete redskab til brug i praksis, er tiltænkt. Som Madsen fremhæver, kan den mandlige målgruppe nemlig karakteriseres således i deres forhold til sundhed, at de er mindre reflekterede herom, sammenlignet med kvinder (Madsen 2014: 86). Med afsæt heri kan det derfor først og fremmest være en udfordring for sundhedsvejlederen at søge at fremkalde en refleksivitet hos borgeren, såfremt borgeren ikke ønsker at forholde sig refleksivt til egen sundhed. Dernæst er det endvidere relevant at påpege, at der forekomme begrænsninger i, hvor refleksiv man som sundhedsvejleder kan forvente, at borgeren bliver eller forholder sig. I specialets analyse fremgår det nemlig, at informanternes refleksion over tidligere ændringsforsøg begrænser sig til højst at nå det mellemste refleksionsniveau, procesrefleksion (jf. s. 56). Således kan det, i henhold til dette didaktiske redskab som har til formål at fremme refleksivitet i forhold til tidligere erfaringer, betydningstilskrivelser og forståelser for sundhedsmæssig adfærdsændring, være relevant at forholde sig kritisk til, at der muligvis ikke altid er tale om en adgang til dybe og kritiske præmisrefleksioner fra den mandlige borgeres side. Dog kan der med afsæt i motivationssamtalen samt Madsens syn på sundhedsdialog med mænd, anvendes samtaleteknikker der kan fremme borgerens åbenhed og personlige fortællinger i samtalen. Her argumenterer Madsen for, at sundhedsvejlederen må være tilbageholdende, men stå til rådighed for spørgsmål samt at sundhedsvejlederen skal holde pauser efter borgerens udsagn for at vente på de tilføjelser, som borgeren kunne udfolde sine udsagn med (Madsen 2014: 116). Dette er således med til at understrege, at reflekterende lytning som det anbefales den sundhedsfaglige vejleder at anvende i nærværende didaktiske redskab, ikke desto mindre kan være med til at fremme det højst mulige refleksivitetsniveau hos borgeren.

AT RETTE FOKUS MOD DET SOCIALE

Det tredje redskab omhandler dét at finde lyst til sundhedsmæssig adfærdsændring gennem socialt samvær, jævnfør princip 5. Analysens fund udpeger nemlig sociale fællesskaber til at være en måde, hvorpå borgerne motiveres til at iværksætte eller udføre sundhedsmæssige tiltag. Ligeledes synes sociale fællesskaber at bibringe borgerne en mening med at motionere eller træne, da de herigennem forpligter sig til hinanden og gør sundhed sjovt. Dette afspejles eksempelvis i nedenstående citat med chauffør H.

Chauffør H: Ja jeg har faktisk lige været med i sådan et 'Rigtige mænd' hold, hvor vi tabte os lidt.

Jeg var på 110 og kom ned på 105. Nu er jeg så på 107.

Interviewer: Okay, hvordan kan det være at du meldte dig til det?

Chauffør H: Det var for byggens skyld. Sådan lidt mandebørn, komme ud og have det lidt sjovt

(Bilag 17: 6).

Dette fund underbygges teoretisk af Madsen som påpeger, at mænd trives godt i grupper og ofte søger sammen med andre, for at udføre specifikke handlinger eller udforske forskellige ting, eksempelvis for at være sammen om et sundhedsmæssigt tiltag som fysisk aktivitet. Det er ifølge Madsen gennem dette samvær, at mænd fremkalder deres relationelle og følelsesmæssige side (Madsen 2014: 85-86). Gribes tendensen til, at mænd anser samvær i forhold til specifikke handlinger som værende betydningsfulde, kan der heraf udformes følgende redskab til brug i sundhedsinterventioner, som kan være medvirkende til at fremkalde en interesse samt en forandringsparathed for sundhedsmæssig adfærdsændring hos borgeren:

- ❖ Sundhedsvejlederen skal skabe rum for at flytte fokus fra fakta som eksempelvis sundhedsmæssige anbefalinger til at fokusere på det sociale aspekt, der kan opbygges omkring fysisk aktivitet og sundhed generelt.

I nedenstående samtalepassage fra interviewet med lastvognsmekaniker E, tales der om hans motivation for at påbegynde og inddrage motion i hverdagen. Denne samtalepassage er netop et eksempel på, hvordan borgerens indstilling til- og udtalelser om sundhedsmæssig adfærdsændring kan ændre sig fra at være begrænsningsorienteret og præget af en vis negativitet, til i højere grad at omfatte muligheder for adfærdsændring. Dette synes afledt af det fokusskifte, som lastvognsmekanikeren i dette tilfælde selv foretager ved at spore samtalen ind på det sociale aspekt, som kan opbygges omkring fysisk aktivitet, og som i dette tilfælde synes at fremkalde en øget motivation undervejs i samtalepassagen.

Lastvognsmekaniker E: [...] da jeg kom igang med at gå gik det fint, men så fik jeg ondt i knæet og der købte jeg så det løbebånd og begyndte derhjemme, og det gik egentlig også okay, men så fik jeg ondt i knæet igen og lysken, og så var det at jeg holdte pause, og så kom jeg aldrig igang igen. Jeg ved det ikke. Inderst inde så siger jeg tit til mig selv, at det også skal til at være nu og nu skal jeg også til at stoppe, så det er svært.

Interviewer: Ja. Hvad hjælp kunne du forestille dig, at du måske skulle bruge for at hjælpe på de her ting. Er der noget du kunne forestille dig kunne hjælpe med at motivere dig? Noget i familien?

Lastvognsmekaniker E: Ja måske hvis vi var to der gik til træning sammen, og vi mødtes hver gang. Jeg kan ikke gøre det når jeg kommer hjem, det er jeg simpelthen for træt til. Det skal være om morgenen inden jeg møder. Det skal det. Jeg kommer ikke derned om eftermiddagen og aften, det kan jeg godt glemme alt om. Men måske hvis man var to der tog afsted.

Interviewer: Så er der ligesom noget der holder én oppe imod det (træningen, red.)?

Lastvogsmekaniker E: Ja for så skal man mødes de tre gange om ugen, der kl halv seks, det kunne godt...

Interviewer: Okay, det vurderer du realistisk nok?

Lastvogsmekaniker E: Ja, for så ville man jo ikke svigte den anden (Bilag 14: 6).

Sundhedsvejlederen kan som følge heraf være med til at skabe rum for et fokusskift ved at understøtte de positive elementer, som borgeren giver udtryk for, at fysisk aktivitet og sundhed kan rumme i form af socialt samvær med en gruppe, som har lignende forventninger og mål i sigte som den pågældende borger. Dette kan udføres i praksis ved at reflektere de positive udsagn om det sociale aspekts betydning tilbage til borgeren, som i eksemplet ovenfor 'Så er der ligesom noget der holder én oppe imod det (træningen, red.)?'. Med afsæt i ideen om reflekterende lytning (jf. s. 96) skaber sundhedsvejlederen herigennem mulighed for, at borgeren kan tilføje flere positive elementer til hans udsagn eller konkretisere disse, som ovenstående samtalepassage viser i citatet 'Ja for så skal man mødes de tre gange om ugen, der kl halv seks, det kunne godt...'.

I forlængelse af det sociale samværs betydning for borgernes forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, kan det for sundhedsvejlederen være relevant at besidde og videregive information om, hvilke tilbud der udbydes indenfor eksempelvis madlavningshold for mænd eller om sociale aktivitetshold som eksempelvis 'Rigtige mænd', som er meget relevant i denne tid (<https://www.rigtigemaend.dk>). Denne information kan være nyttig i situationer, hvor borgeren ikke selv har sådanne sociale relationer at trække på.

Med afsæt i dette praktiske redskab kan der åbnes en mulighed for, at sundhedsvejlederen kan fremkalde en forandringsparathed hos borgeren i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, som ifølge specialets analyse og Madsen bygger på en relationel fællesskabsfølelse, hvilket kan fjerne fokus fra motion og sundhed som værende en pligt. Dette kan imidlertid også diskuteres i et kritisk perspektiv, da der kan stilles spørgsmålstegn ved, om alle mænd er lige interesserede i socialt samvær. Spørgsmålet bliver dermed - hvad hvis man som sundhedsvejleder har med en mandlig borger at gøre, som er mere introvert og ikke trives i sociale grupper?

Det sociale aspekts betydning for borgeren i forhold til at motivere til- og igangsætte sundhedsmæssig adfærdsændring kan med afsæt i ovenstående spørgsmål siges at rumme nogle begrænsninger, alt efter hvilken borger sundhedsvejlederen samtaler med. Her kan specialets øvrige didaktiske redskaber tilsammen være behjælpelige med at tilvejebringe sundhedsvejlederen den nødvendige personlige information om den givne borger, hun/han samtaler med. Det førstnævnte redskab hvor sundhedsvejlederen skal skabe rum for borgerens positive

forandringsudsagn - eksempelvis via meningsfulde temaer for borgeren og positive udsagn som knytter sig til disse meningsfulde temaer og sundhedsmæssig adfærdsændring, kan nemlig være med til at oplyse sundhedsvejlederen om, hvem den pågældende borger er som person. Hvad er betydningsfuldt for ham og hvad motiverer ham? I borgerens fortællinger herom kan det altså være nyttigt for sundhedsvejlederen at forholde sig til, om hun/han har med en borger at gøre, som er mere ekstrovert eller måske mere introvert. Nævner han sociale relationer i hans positive forandringsudsagn eller synes han at koble bedst af, når han er alene? Denne viden om borgeren kan anvendes til at afgøre, hvorvidt dette didaktiske redskab giver mening at anvende i samtalsituationen.

AT FREMKALDE INDIVIDUELLE BEHOV

Det fjerde redskab omhandler dét at fremkalde borgernes individuelle behov for sundhedsmæssig adfærdsændring. Jævnfør princip 6 ses der en tendens til, at der hos borgerne forefindes en bevidsthed omkring egen sundhed, som synes at bygge på samfundsmæssige normer og dermed synes at være samfundsskabte. Dette bevirker, at sundhedsmæssige adfærdsændringer for mændene kan virke fjerne for deres egen livssituation og opfattelse af egen sundhedstilstand, hvilket med afsæt i andragogikken kan betyde, at de sundhedsmæssige adfærdsændringer ikke synes relaterbare for borgeren. Med udgangspunkt i, at borgerne allerede besidder en samfundsskabt bevidsthed om egen sundhedstilstand forinden sundhedssamtalen, oplever borgerne ikke en uoverensstemmelse mellem det de allerede er bevidste om og det, de bliver oplyst om til sundhedssamtalen. Dette kan anses som værende problematisk, i og med at det ifølge Jarvis vil hæmme læringssituationen, da borgerne ikke igangsætter nye meningstilskrivelser og forståelser, og dermed ikke får prikket til forandringsparathed i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring (Jarvis 2012a: 44).

Sundhedsvejlederen kommer gennem en sundhedssamtale hurtigt til at gentage de sundhedsmæssige elementer, eksempelvis anbefalinger samt fordele ved at motionere eller spise sundt, som borgeren allerede er stødt på i samfundet. Netop dette kan anses som værende en måde, hvorpå borgerens egne ønsker og individuelle behov bliver overset, til fordel for hvad man i samfundet bør gøre. I specialets analyse fremgår det endvidere, at borgerne har en holdning til, at sundhedsmæssig adfærdsændring er et individuelt ansvar, hvilket blandt andet kommer til syne i citatet med chauffør H.

Chauffør H: ... Jeg tror også det er vigtigt, at man ikke lægger ansvaret fra sig. Det er vigtigt at man husker på, at det er en selv der... det skal ikke være sådan at man hele tiden siger 'jamen det

var dig der sagde'. Jeg tror det er vigtigt, at man husker på, at det er en selv der er chef i eget liv

(Bilag 17: 8).

Ligeledes underbygger Madsen, at mænd har et udtalt behov for selvbestemmelse og dermed et behov for at føle, at de selv er med til at træffe valgene. Der kan dermed anskues en vigtighed i, at man som sundhedsfaglig vejleder ikke overser og overskygger disse behov (Madsen 2014: 114). Med afsæt heri argumenterer vi for relevansen i at sætte fokus på det enkelte individs ønsker, behov og forventninger til sundhedsmæssig adfærdsændring, for at fremkalde en parathed herfor. Sundhedsvejlederen kan i den sundhedsfremmende- og forebyggende intervention med fordel søge at fremkalde den mandlige borgers individuelle perspektiver på sundhedsmæssig adfærdsændring ved at trække de samfundsskabte behov ned på et individuelt plan, som den enkelte borger kan relatere til. Det er af vigtig betydning, at få borgeren til at fortælle om egne grunde til- og ønsker om forandring, da det er her den største mulighed for sundhedsmæssig adfærdsændring opstår (Rollnick et al. 2009: 21, 24). Som følge heraf kan der udledes følgende redskab til brug i sundhedsinterventioner:

- ❖ Vær nysgerrig og interesseret i borgerens egne betydningstilskrivelser og stil åbne spørgsmål som eksempelvis 'hvorfor ønsker du en forandring i din sundhed?', 'hvordan tænker du, at en forandring vil kunne gavne dig i din hverdag?' og 'hvordan tror du at det vil kunne lykkes for dig?'.

Dermed lægges behovet for ændringer over på den enkelte borger og det bliver som følge heraf selve borgeren og ikke sundhedsvejlederen, som fremfører argumenterne herfor – dermed tilgodeses borgerens behov for selvbestemmelse samt behovet for selv at træffe valgene. Gennem dette redskab kan sundhedsvejlederen ligeledes gøre borgeren opmærksom på egne tanker, behov og ønsker omkring sundhedsmæssig adfærdsændring og dermed søge at skabe en uoverensstemmelse mellem de sundhedsfakta som borgeren allerede er klar over og de nye tanker og argumenter, som kan komme frem gennem nævnte åbne spørgsmål. Dette kan, med Jarvis in mente, bringe borgeren nye forståelser og bidrage til, at borgeren kan opnå et forandret syn på sundhedsmæssig adfærdsændring.

Med afsæt i ovenstående didaktiske redskab er det imidlertid relevant at forholde sig kritisk til dét, at ikke alle borgere nødvendigvis har reflekteret over og er bevidst om, hvordan sundhedsmæssige adfærdsændringer vil gavne egen livssituation, især ikke hvis borgerne eksempelvis i forvejen er tilfredse med egen sundhedstilstand og ikke kan se behovet for sundhedsmæssig adfærdsændring, som tilfældet er med lastvognsmekaniker D.

Interviewer: [...] Har du planer om at ændre på dine sundhedsvaner indenfor de næste seks måneder?

Lastvogsmekaniker D: Ikke sådan lige umiddelbart

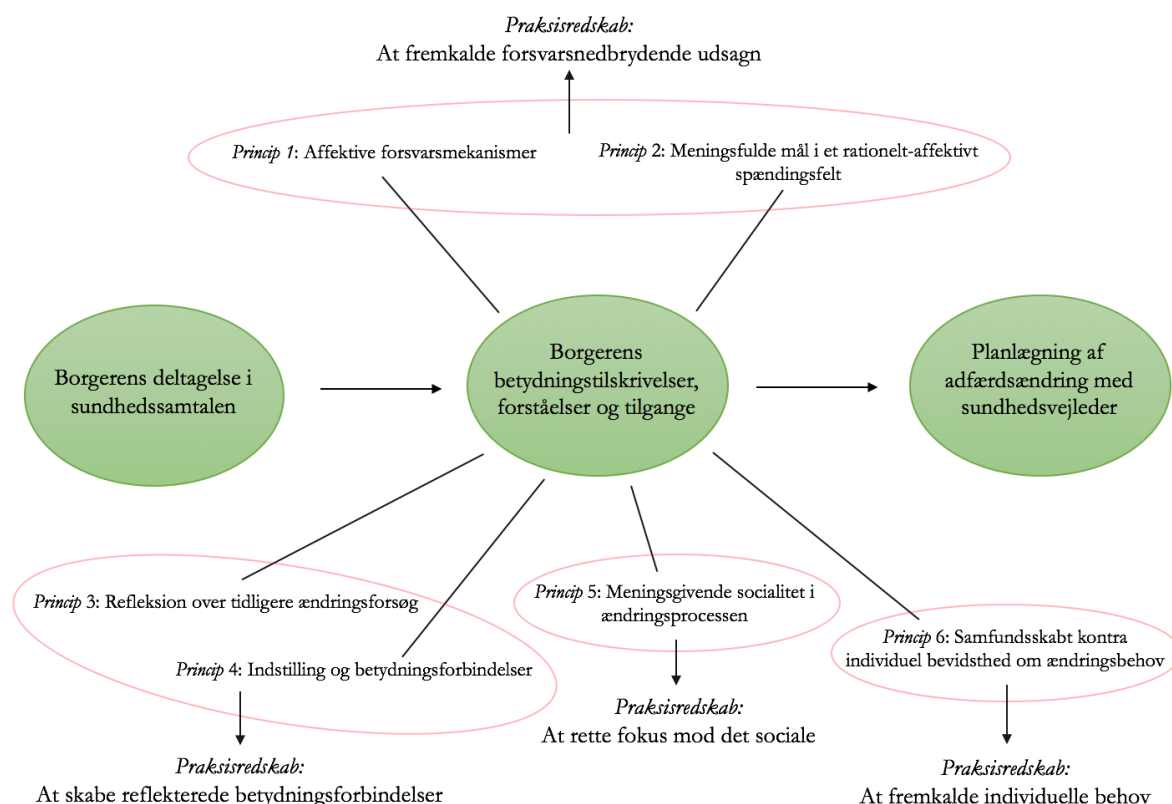
Interviewer: Nej og hvordan kan det være?

Lastvogsmekaniker D: Det (...) det er der ikke rigtig nogen grund til (Bilag 13: 5).

I relation til denne problematik synes det imidlertid relevant som modspil at nævne, at der under sundhedssamtalen også gøres brug af måleredskaber i form af blandt andet vægt, fedtprocentmåler og lungefunktionstest, hvor borgeren således får præsenteret en række tal på egen sundhedstilstand. Netop disse tal har i tidligere undersøgelse af en lignende målgruppes motivation for at deltage i sundhedssamtalen vist sig at have en effekt på målgruppen, da tallene synes at vække en nysgerrighed, parathed og handlingsfremmende frygt for at fejle noget helbredstruende. Dette grundet at målgruppen bedre kan relatere sig til tal og statistikker frem for blot beskeden om, at de bør tabe sig (Bilag 18: 48). Derfor kan sundhedssamtalens indhold i form af disse måleredskaber, være med til at gøre borgeren bevidst om eget helbred og behovet for sundhedsmæssig adfærdsændring, i de tilfælde hvor borgeren har tendens til at vurdere eget helbred bedre end tilfældet måske er og dermed ikke ser et individuelt behov for ændringer. I situationer hvor målingerne omvendt bekræfter borgerens positive helbredsvurdering, kan det dog diskuteres om opmuntringen til sundhedsmæssige adfærdsændringer blot bliver vanskeligere. I denne situation må sundhedsvejlederen koncentrere sig om de sundhedsfremmende aspekter ved sundhedsmæssige adfærdsændringer for borgeren. I nogle tilfælde kan det imidlertid også være nødvendigt at acceptere, at borgeren ikke på det specifikke tidspunkt og i den konkrete kontekst er parat til- eller har behov for sundhedsmæssig adfærdsændring.

Opsamlingsvis kan der om specialets didaktiske design af en mere borgerrettet sundhedsintervention siges, at der fremfor et fokus på selve planlægningen af ændringsforløbet, i højere grad er fokus på de betydningstilskrivelser, forståelser og tilgange borgeren trækker på i forhold til at danne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring, og dernæst i forhold til at handle på disse intentioner. Dette udvidede blik på borgerens proces under forløbet er illustreret i modellen på næstkommende side.

MODEL 3: DEN BORGERRETTEDE SUNDHEDSSAMTALE



Disse redskaber skal i samspil bringe de perspektiver og temaer ind i samtalen, som specialets analytiske principper viser har betydning for borgeres intentioner om adfærdsændring og deres formåen i forhold til at handle herpå. Med afsæt i princip 1 og 2 skal det første didaktiske redskab hjælpe sundhedsvejlederen med at bryde borgerens affektive forsvar ved at gribe borgerens positive udsagn om den sundhedsmæssige adfærdsændring og sætte fokus på de temaer, der synes betydningsfulde for borgeren. Det andet didaktiske redskab beror på ideen om, at sundhedsvejlederen skal åbne op for, at borgeren kan tilegne sig nye holdninger via refleksion over sine tidligere erfaringer og indstilling - og herigennem søge at fremkalde en overvejelse hos borgeren omkring nye handlemuligheder. Dette redskab bygger på princip 3 som belyser at holdninger og indstilling til sundhed, har betydning for borgerens dannelse af intentioner om adfærdsændring, samt princip 4 som belyser, at refleksion over tidligere ændringsforsøg ligeledes har betydning herfor. Det tredje redskab omhandler dét at finde lyst til sundhedsmæssig adfærdsændring gennem socialt samvær, og udgør således princip 5 i operationaliseret form, som belyser, at borgernes handling på egne intentioner blandt andet iværksættes via sociale fællesskaber. Med dette didaktiske redskab skal sundhedsvejlederen skabe rum for et fokusskift fra fakta som eksempelvis sundhedsmæssige anbefalinger til at fokusere på det sociale aspekt, der kan opbygges

omkring fysisk aktivitet og sundhed generelt. I sidste og fjerde didaktiske redskab skal sundhedsvejlederen søge at trække borgerens samfundsskabte forventninger til de sundhedsmæssige ændringer han bør foretage sig, qua princip 6, ned på et individuelt plan, hvor det er mere relaterbart for borgerens egen livssituation.

I henhold til en inddragelse af disse didaktiske redskaber i sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner som eksempelvis sundhedssamtalen, er der slutteligt to generelle perspektiver som er væsentlige at forholde sig i spørgsmålet om, hvorvidt denne inddragelse overhovedet er realistisk. Det ene perspektiv omhandler det forhold, at specialets didaktiske redskaber kan siges at tilføre et krav til sundhedsvejlederen om, at hun/han i højere grad skal beskæftige sig med kognitive processer i form af eksempelvis borgerens refleksion og betydningstilskrivelser. I henhold hertil kan specialets didaktiske design således siges at stille et vis krav til kommunikative og sociale kompetencer hos sundhedsvejlederen, hvorfor det ved indførelsen heraf kan være nødvendigt at sikre sig på kommunalt plan, at de ansatte sundhedsvejledere besidder de fornødne kompetencer.

Det andet og sidste perspektiv i spørgsmålet om, hvorvidt det er relevant at inddrage specialets didaktiske redskaber til brug i sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner, omhandler de tidsmæssige ressourcer som interventionerne kan siges at være underlagt. Med en inddragelse af specialets didaktiske redskaber i eksempelvis sundhedssamtalen kan der siges at tilføres flere indholdsmæssige elementer til samtalen, hvilket model 3 også illustrerer. Med en brug af specialets didaktiske redskaber kan det forventes, at sundhedssamtalen enten vil strække sig over længere tid eller at sundhedsvejlederen, kommunen eller Sundhedsstyrelsen må udelade andre elementer i samtalen, såfremt det ønskes at holde sundhedsinterventioner som disse på en varighed af 30 minutter, som tilfældet er i Aalborg Kommune på nuværende tidspunkt. Det kan være ønskværdigt at holde sundhedsinterventioner som disse på et minimum i forhold til varighed i henhold til den rekrutteringsstrategi Aalborg Kommune eksempelvis anvender, hvor sundhedssamtalerne afholdes på arbejdspladsen og i arbejdstiden. Såfremt disse dialogbaserede interventioner afholdes i arbejdstiden kan det være en ulempe i forhold til at få virksomhedernes accept og indvilgelse i at betale borgernes tid til sundhedssamtalen, hvis samtalerne varighed bliver for lang. Derfor kan specialets didaktiske redskaber siges at kræve en stillingtagen til, om man på kommunalt plan vil udvide sundhedssamtalerne til at strække sig over længere tid, med den risiko at nogle arbejdsgivere kan afslå tilbuddet om sundhedssamtaler til sine ansatte grundet den tidsmæssige- og økonomiske omkostning forbundet hermed, eller om man vil undlade andre tidskrævende elementer i samtalen. Som førnævnt bruges der i samtalen tid på en række sundhedsmæssige anbefalinger, som i relation til analysens fund vedrørende borgernes allerede etablerede samfundsskabte kendskab hertil (jf. s.

77), kan synes mindre relevant at bruge tid på, såfremt sundhedsinterventioner som disse fremover i højere grad skal rettes mod de elementer, der tilskrives betydning for borgeren - hvilket vi i nærværende speciale argumenterer for.

Med afsæt i ovenstående diskussion fremhæves en række punkter, der er relevante at overveje i forbindelse med inddragelsen af specialets analytiske fund og didaktiske design i praksis. I næstkommende kapitel diskuteres disse frembragte analytiske fund, som designet bygger på, i et mere metodisk øjemed, som endvidere kan være med til at konkretisere i hvilket omfang designet, og ikke mindst specialets konklusion, kan siges at være gyldigt og overførbart.

8. METODEKRITIK

I nærværende kapitel foretages der en diskussion af kvaliteten af specialets fund. Diskussionen forholder sig til spørgsmålet om specialets interne og eksterne validitet, eller som i kvalitativ forskning oftest refererer til specialets troværdighed og overførbarehed (Riis 2012: 358).

I vurderingen af specialets troværdighed anvendes Elliot W. Eisners troværdighedskriterier structural corroboration og consensual validation. Med structural corroboration henvises der til den mulighed, at forskellige empirityper kan støtte eller modsige fortolkninger (Riis 2012: 360). I henhold til nærværende speciale har vi i fortolkningen af informanternes interviewudsagn forholdt os til observationsnotaterne og omvendt, således at de gældende fortolkninger af informantens udsagn ikke modsiges i observationen af samme informant og omvendt. Lastvognsmekaniker D giver eksempelvis både udtryk for i interviewet og i observationen af hans sundhedssamtale med sundhedsvejlederen, at han ikke ser et behov for at ændre sundhedsmæssig adfærd på trods af sit kendskab til de sundhedsmæssige anbefalinger, som kolliderer med hans egen sundhedsadfærd (Bilag 13: 2, 5). Således er dette udsagn kommet til udtryk i to forskellige kontekster, hvilket også er med til at sikre, at udsagnet ikke er fremtvunget af os som interviewere, men at udsagnet afspejler informantens egentlige forståelse eller holdning. Således er vores metodiske triangulering altså med til at validere vores fortolkninger af informanternes betydningstilskrivelser og forståelser i kraft af, at vi således har flere vinkler at betragte og få viden om informanternes forståelser fra – og netop dét at disse vinkler beskriver eller gengiver informantens betydningstilskrivelser og forståelser konsistent, kan i vores kvalitative speciale være med til at validere eller skabe troværdighed omkring de fortolkninger, der er foretaget.

I henhold til Eisners andet troværdighedskriterie consensual validation har vi mulighed for at validere vores fortolkninger via en enighed blandt de kompetente fortolkere (Riis 2012: 360). I specialets kvalitative tilgang til fænomenet sundhedsmæssig adfærdsændring er vi interesseret i den mandlige borgers betydningstilskrivelser og forståelser herom – derfor har vores genstandsfelt en subjektiv og intersubjektiv karakter. Vi er således ikke interesseret i en objektiv sandhed, men en subjektiv eller intersubjektiv sandhed, der ikke nødvendigvis findes klare sandhedskriterier for. Dog har vi i specialet forholdt os til, om vi som fortolkere forstår og fortolker informanternes udsagn på samme vis, hvilket med afsæt i consensual validation har været et kriterium for, om fortolkningerne vurderes troværdige i henhold til specialets problemformulering. Sammenlagt er fortolkningerne således vurderet troværdige med afsæt i kriterierne: 1) Informantens udsagn, forståelser, holdninger og værdier i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring skal være konsistente, således at de fremtræder på samme måde for os som fortolkere i observationen af

informantens sundhedssamtale, som de fremtræder for os i interviewene med informanten. Med en problemformulering der søger viden om menneskers betydningstilskrivelser, er det endvidere væsentligt at påpege, at vi i fortolkningen af hvad borgeren tilskriver betydning, har støttet os op af borgerens fortællinger i interviewene generelt. I spørgsmålet om, hvornår vi med rette kan fortolke noget som værende betydningsfuldt for informanten, har vi nemlig forholdt os til, hvad informanten lægger vægt på i hans fortællinger – hvad kredser hans udsagn om sundhedsmæssig adfærdsændring om, og hvad synes han at understrege i hans fortællinger herom? Disse spørgsmål har vi endvidere forholdt os til, for at vi som fortolkere har kunnet sikre en vis systematik i form af kriterier for udvælgelse af udsagn til fortolkning. Denne systematik er netop med til at afbalancere det fleksible og åbne aspekt i vores kvalitative tilgang, og bidrager dermed til at sikre, at analysen ikke bygger på tilfældige udsagn (Riis 2012: 347). Disse nøje udvalgte udsagns tilknyttede fortolkninger er slutteligt vurderet troværdige med afsæt i 2) en enighed i fortolkningerne iblandt specialets fortolkere.

Zoomer vi en smule ud i vores kritiske diskussion af specialets troværdighed, kan vi med validitetsbegrebets mere brede betydning spørge (Kvale & Brinkmann 2009: 272), hvorvidt vi i kraft specialets undersøgelse og de valgte metoder hertil, formår at besvare problemformuleringen – altså specialets undersøgelsesformål. I problemformuleringen søges det belyst, hvad den mandlige borger tilskriver betydning i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring og netop interessen i den mandlige borger generelt kan gøres til genstand for kritisk diskussion i henhold til både specialets interne validitet og altså vurderingen af konklusionens troværdighed, men også specialets generaliserbarhed og altså konklusionens overførbarhed. Det kan nemlig diskuteres, hvorvidt specialets informanter udgør et repræsentativt udsnit af 'den mandlige borger'. På trods af at ønsket for nærværende kvalitativt funderede speciale ikke er en statistisk generalisering, finder vi det af væsentlig betydning at forholde os til de informanter, der i specialet udgør cases på eller udsnit af den mandlige borger, som vi i kraft af problemformuleringen, ønsker at udtale os om. Specialets informanter er udvalgt på den baggrund, at det på tidspunktet for specialets empiriindsamling, var disse mænd som Aalborg Kommune havde planlagt sundhedssamtaler med. Informanterne er således de konkrete cases fra Aalborg Kommune, som vi havde adgang til og som vi udtaler os om den mandlige borger på baggrund af.

I et metodisk øjemed er det imidlertid væsentligt at påpege, at disse mandlige informanter kan siges at tilhøre en bestemt erhvervsbranche, nemlig transport-, lager- og håndværksbranchen, hvorfor vurderingen af specialets interne validitet til dels hviler på vurderingen af, om disse mandlige informanter kan siges at repræsentere den mandlige borger generelt. Et oplagt punkt at diskutere dette ud fra er uddannelsesniveau, men specialets informanter kan ikke sammenlagt siges at udgøre

lavt uddannede, da der blandt specialets informanter blandt andet forefindes en maskinmester, hvis uddannelsesniveau svarer til en professionsbachelor. Dog kan specialets informanter alligevel siges at bestå af et overtal af erhvervsuddannede mænd, hvilket kan give anledning til spørgsmålet om, hvorvidt eksempelvis akademisk uddannede mænd gør sig samme forståelser og betydningstilskrivelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. I forlængelse heraf er det imidlertid relevant at forholde sig til, at alderen lige såvel kan have indflydelse på, hvilke forståelser og betydningstilskrivelser den mandlige borger trækker på. Her repræsenterer specialets informanter et bredt udsnit af aldre – lige fra 30 år til 61 år. Der kan argumenteres for, at specifikke perioder i mandens liv kan være med til at påvirke, i hvilken grad det familiære eksempelvis tilskrives betydning i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Elektriker A er 34 år gammel og er på nuværende tidspunkt i en periode i sit liv, hvor hans 'knejer' stadig er børn (jf. s. 47). Samtidig hermed er han også den af informanterne, som synes at tilskrive det familiære størst betydning. Med afsæt heri kan der altså argumenteres for, at informanternes erhvervsbranche ikke nødvendigvis gør deres betydningstilskrivelser og forståelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring til enkeltstående tilfælde, der ikke gælder øvrige mandlige borgere. Informanterne rummer nemlig også andre karakteristika, som eksempelvis alder samt civil- og familiestatus, der ligeledes kan have indflydelse på de forståelser og betydningselementer, de fremhæver i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring.

Derfor vil vi med afsæt i ovenstående diskussion argumentere for, at specialets informanter er kvalitative eksempler på mænds tilgange og forståelser i sundhedsinterventioner med fokus på adfærdsændring, snarere end at de statistisk repræsenterer den mandlige borger generelt. Når vi således udtaler os om den mandlige borger, er det derfor ikke et forsøg på at sige noget om den typiske mandlige borger, da vi af gode grunde ikke har talt med alle mænd og må forholde os til den usikkerhed der forefindes i forbindelse med mænd i andre erhvervsbrancher, men i stedet et forsøg på at sige noget om, hvordan nogle mandlige borgere kan agere i sundhedsinterventioner med adfærdsædrende formål - med det in mente, at sundhedsadfærd er et individuelt og komplekst fænomen, som er svært at afdække præcist til at gælde alle mænd generelt. Ovenstående diskussion er således også en diskussion af rækkevidden på specialets fund, hvor der argumenteres for et fokus på specialets analytiske generalisering i kraft af de ligheder i form af eksempelvis alder og civil- og familiestatus, der trods alt forefindes mellem specialets informanter og øvrige mandlige borgere på nationalt plan. Ligheder som altså kan udgøre nogle fælles karakteristika for mandlige borgere generelt i forhold til, hvordan de i kraft af deres alder eller civilstatus, forholder sig til sundhedsmæssig adfærdsændring (Kvale & Brinkmann 2009: 289).

9. KONKLUSION

Hvad tilskriver den mandlige borger betydning i forhold til sundhedsmæssige adfærdsændringer i en sundhedsfremmende- og forebyggende intervention, og hvorledes kan sundhedsmæssige adfærdsændringer understøttes med afsæt i viden om borgerens betydningstilskrivelser herom?

I specialet finder vi, at der for den mandlige borger udspiller sig en proces mellem selve valget om at deltage i sundhedsinterventionen til interventionens planlægning af et ændringsmæssigt handleforløb. I denne proces trækker borgeren på en række forskellige forståelser og betydningstilskrivelser, der både involverer sociale, mentale såvel som affektive faktorer, som synes at være betydningsfulde for borgerens dannelse af intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring samt borgerens formåen i forhold til at handle på disse intentioner. Det fremgår imidlertid i specialet, at sundhedsvejlederen i kraft af en planlægningsorientering i interventionen, på forhånd antager, at borgerens deltagelse i interventionen er forudsat af en vilje og parathed til sundhedsmæssig adfærdsændring. Dermed overser sundhedsvejlederen borgerens individuelle betydningstilskrivelser og forståelser, som udgør et grundlag for overhovedet at danne intentioner om ændring og dernæst at handle på disse intentioner. Dermed argumenterer vi i specialet for, at fokus i sundhedsinterventionen skal bevæge sig fra et planlægningsorienteret perspektiv til et perspektiv, hvor borgerens udgangspunkt udgør grundlaget. Specialets analyse af borgerens betydningstilskrivelser og forståelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, udmunder i seks principper som, qua den empiriske analyse af borgernes betydningstilskrivelser i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring, rummer et potentiale for sundhedsvejlederen i forhold til beskæftige sig med borgerens forandringsparathed og beslutningsproces forinden planlægningen af selve det sundhedsmæssige ændringsforløb.

Som analytisk pointe og princip 1 finder vi, at den mandlige borger i sundhedsinterventionen gør brug af en affektiv forsvarsmekanisme som muliggør en mere distanceret forholden sig til eget ansvar for adfærdsændring, og som dermed også udgør et forsvar mod ændring. Som analytisk pointe og princip 2 finder vi endvidere, at en både rationelt- og affektivt funderet målsætning bringer en meningsfuldhed for borgeren i forhold til sundhedsmæssig adfærdsændring. Dette mix af rationalitet og affektivitet omkring formålet med adfærdsændringen har betydning for, om borgeren har intentioner om ændring eller ej. Med afsæt i disse betydningstilskrivelser kan sundhedsvejlederen understøtte en sundhedsmæssig adfærdsændring ved at bryde borgerens affektive forsvar. Dette ved at gribe borgerens positive udsagn om adfærdsændring og sætte fokus på de temaer, der synes betydningsfulde for borgeren i forhold hertil. Endvidere viser analysens

fund, og dermed princip 3, at den mandlige borgers tilstedeværelse af refleksion over tidligere ændringsforsøg eller mangel på samme, er af betydning for, hvorvidt den mandlige borger danner intentioner om nye sundhedsmæssige ændringsforsøg. Specialets analyse viser ydermere, qua princip 4, at attituden eller indstillingen som den mandlige borger har til sundhedsmæssig adfærdsændring ligeledes er af betydning for, hvorvidt den mandlige borger formår at danne intentioner herom. Med afsæt i disse to principper, kan sundhedsvejlederen understøtte en sundhedsmæssig adfærdsændring, ved at få den mandlige borger til at tilegne sig nye holdninger via refleksion over sine tidligere erfaringer samt indstilling, og som følge heraf hjælpe den mandlige borger på vej i adfærdsændringen ved at fremkalde overvejelser om fremadrettede handlemuligheder.

Det 5. princip beror på det analytiske fund, at den mandlige borger tilskriver det sociale fællesskab betydning i forhold til dét at handle på egne intentioner om sundhedsmæssig adfærdsændring. Det sociale fællesskab kan mobilisere en mental energi, lyst samt motivation til disse ændringer gennem et socialt tilhørsforhold. Med afsæt heri kan sundhedsvejlederen understøtte sundhedsmæssig adfærdsændring via et didaktisk redskab, hvor der skabes rum for at flytte fokus fra fakta som eksempelvis sundhedsmæssige anbefalinger til at fokusere på det sociale aspekt, der kan opbygges omkring fysisk aktivitet og sundhed generelt. Sidst finder vi, qua princip 6, at den mandlige borger forinden sundhedsinterventionen opstiller forventninger til interventionens indhold med afsæt i samfundsmæssige krav til, hvordan ens sundhedsadfærd bør være. Dette betyder, at borgeren i virkeligheden ikke altid selv kan relatere sig til disse krav. Sundhedsvejlederen kan anvende dette princip til at understøtte borgerens adfærdsændring via et didaktisk redskab, hvor borgerens samfundsskabte forventninger til de sundhedsmæssige ændringer, han bør foretage sig, trækkes ned på et individuelt plan, hvor det er mere relaterbart for borgerens egen livssituation.

Samlet set udgør specialet et vidensgrundlag i forhold til at arbejde mere borgerrettet i dialogbaserede sundhedsfremmende- og forebyggende interventioner, som inkluderer en mandlig målgruppe. Ligeledes bidrager specialet også mere generelt med en viden om mænds betydningstilskrivelser og tilgang til sundhedsmæssig adfærdsændring - en viden som ikke nødvendigvis kun er relevant i kommunale sundhedsinterventioner, men som også kan være nyttig viden til brug på virksomheder, der har en interesse for de ansattes helbred.

10. LITTERATURLISTE

- Aggerholm, Helle Kryger et al. (2010): *Intern kommunikation under forandring*. Samfundslitteratur.
- Ajzen, Icek (1985): 'From Intentions to Action: A Theory of Planned Behavior' i Kuhl, Julius & Beckmann, Jürgen (red.): *Action Control – From cognition to Behavior*. Berlin.
- Ajzen, Icek (1991): 'The Theory of Planned Behavior'. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211.
- Andersen, Heine & Koch, Lene (2015): 'Hermeneutik og fænomenologi' i Jacobsen, Michael Hviid et al. (red.): *Videnskabsteori - I statskundskab, sociologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag.
- Antoft, Rasmus et al. (2012): 'Kvalitativ sociologi: Renæssance, særegenhed, mangfoldighed' i Antoft, Rasmus et al. (red.): *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag: Odense.
- Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Becker, Gary S. (1978): *The Economic Approach to Human Behavior*. The University of Chicago Press.
- Bloch, Charlotte (2013): 'Følelser – skam, skyld, solidaritet og medfølelse i interaktion og organisation' i Jacobsen, Michael Hviid et al. (red.): *Socialpsykologi - En grundbog til et fag*. Hans Reitzels Forlag.
- Christensen, Anne I. et al. (2014): *Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2013*. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, Ulla & Albertsen, Karen (2004): 'Teorier om dannelse og forandring af livsstil' i Iversen, Lars et al. (red.): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom*. Munksgaard Danmark.
- Den danske ordbog: 'Sætte sig i hovedet', 'Uvaner', 'Chef' og 'Afklaring'. Det Danske Sprog- og Litteraturselskab. Lokaliseret den 17. april på:
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=hoved&tab=rel>,
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=uvane>, <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=chef>
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=afklaring>

De Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. SAGE.

Due, Pernille & Holstein, Bjørn (2009): 'Sundhedsadfærd' i Kamper-Jørgensen, Finn et al. (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark: København.

Dømgaard, Mikala et al. (2015): *Livsstilsændringer – En undersøgelse af hvad der fremmer og hæmmer livsstilsændringer blandt Diabetesforeningens medlemmer*. Diabetesforeningen – Forskning & Viden: København K. Lokaliseret den 8. marts 2018 på:

<https://diabetes.dk/media/11246829/Livsstilsændringer.pdf>

Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K., (2016): *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*. København: Statens institut for folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret d. 22. februar 2018 på:

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/C3ACA2467BEE41B49726532872563FFA.ashx>

Gardner, Benjamin (2016): 'Habit Formation and Behavior Change', *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press, USA.

Graakjær, Nicolai Jørgensgaard & Tangaard, Lene (2013): 'Kognitionstilgange' i Jacobsen, Michael Hviid et al. (red.): *Socialpsykologi - En grundbog til et fag*. Hans Reitzels Forlag.

Groves, Robert M. et al. 2009: *Survey Methodology*. John Wiley & Sons, Inc.

Graakjær, Nicolai Jørgensgaard (2013): 'Grupper' i Jacobsen, Michael Hviid et al. (red.): *Socialpsykologi - En grundbog til et fag*. Hans Reitzels Forlag.

Hanak, Mette L., Falk, Jørgen, Størup, Malene og Bruun, Jette J. (2007): *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2*. København S: Sundhedsstyrelsen.

Holzkamp-Osterkamp, Ute (1979): 'Erkendelse, emotionalitet, handleevne' i Dreier, Ole (red.): *Den kritiske psykologi*. København.

Hyldig, Jette (2008): *Sundhedsfremme og forebyggelse – en teoretisk bog til det praktiske arbejde*. København: Munksgaard Danmark.

Høyrup, Steen & Pedersen, Kim (2010): 'Refleksion og læring i praksis' i Brøbecher, Helle & Mulbjerg, Ulla (red.): *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser*. Munksgaard Danmark.

Illeris, Knud (2015): *Læring*. Samfundslitteratur

Jacobsen, Michael Hviid (2012): 'Adaptiv teori - Den tredje vej til viden' i Antoft, Rasmus et al. (red.): *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag: Odense.

Jank, Werner & Meyer, Hilbert (2012): *Didaktiske Modeller - Grundbog i didaktik*. Gyldendals Lærerbibliotek.

Jarvis, Peter (2012a): 'At blive en person i samfundet - hvordan bliver man sig selv?' i Illeris, Knud (red.): *49 tekster om læring*. Samfundslitteratur: Frederiksberg C.

Jarvis, Peter (2012b): 'Livslang læring - et flertydigt begreb' i Illeris, Knud (red.): *49 tekster om læring*. Samfundslitteratur: Frederiksberg C.

Jarvis, Peter (2012c): 'Ikke-læring' i Illeris, Knud (red.): *49 tekster om læring*. Samfundslitteratur: Frederiksberg C.

Jarvis, Peter (2012d): *Paradoxes of Learning*. Routledge.

Jarvis, Peter (1992): 'Den menneskelige lærings natur' i Illeris, Knud (red.): *Tekster om læring*. Roskilde Universitetsforlag, 2000.

Jensen, Heidi A. R. et al. (2018). *Danskerne sundhed - den nationale sundhedsprofil 2017*. København S: Sundhedsstyrelsen.

Jensen, Jeanette Magne et al. (2007): *Sundhed og rygestop i et hverdagslivsperspektiv – en kvalitativ interviewundersøgelse blandt kortuddannede*. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet. Lokaliseret den 3. marts 2018 på:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2007/~media/0C0E7ECDFEAB498498035685FAE8A471.ashx>

Keiding, Tina Bering & Qvortrup, Ane (2013): 'Systemteoretisk didaktik', i Qvortrup, Ane & Wiberg, Merete (red.): *Læringsteori og didaktik*. Hans Reitzels Forlag.

Keiding, Tina Bering & Qvortrup, Ane (2014): *Systemteori & Didaktik*. Hans Reitzels Forlag.

Knowles, Malcom Shepherd (2005): 'Andragogik: En kommende praksis for voksenlæring' i Illeris, Knud & Berri, Signe (red.): *Tekster om Voksenlæring*. Roskilde Universitetsforlag.

Kristiansen, Søren & Kroghstrup, Hanne Kathrine (1999): *Deltagende Observation*. Hans Reitzels Forlag.

Kristiansen, Søren (2012): 'Etik og feltarbejde – udfordringer og dilemmaer i sociologisk praksis' i Antoft, Rasmus et al. (red.): *Håndværk & Horisoner - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag: Odense.

Kjøller, Mette & Rasmussen, Niels Kr. (2002): Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000. Statens Institut for Folkesundhed: København. Lokaliseret den 14. marts 2018 på:
<http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy-kap9.pdf>

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009): *Interview - introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels forlag.

Lally, Phillippa et al. (2010): *How are habits formed: modelling habit formation in the real world*. London UK: European Journal of Social Psychology.

Lund, Hans et al. (2010): *Basisbog i fysioterapi*. Munksgaard.

MacDonald, Chris (2010): Selvhjælpens mærkeligste myte. Berlingske. Lokaliseret den 2. marts 2018 på:
<https://www.b.dk/personlig-udvikling/chris-macdonald-selvhjaelpens-maerkeligste-myte>

Madsen, Karina Søby (2016): 'Svær overvægt hos børn skyldes primært ændringer i generne'. Videnskab.dk, 29. august 2016. Lokaliseret den 16. marts 2018 på:
<https://videnskab.dk/krop-sundhed/svaer-overvaegt-hos-boern-skyldes-primaert-aendringer-i-generne>

Madsen, Svend Aage (2014): *Mænds sundhed og sygdomme*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Mezirow, Jack (1990): 'Hvordan kritisk refleksion fører til transformativ læring' i red. Illeris, Knud (2000): *Tekster om læring*. Roskilde Universitetsforlag.

Mezirow, Jack (2005): 'At lære at tænke som en voksen' i Illeris, Knud (red.): *Tekster om voksenlæring*. Roskilde Universitetsforlag.

Mezirow, Jack (2014): 'Transformativ læring - Overblik, svar på kritik, nye perspektiver' i Illeris, Knud (red.): *Læringsteorier - 6 aktuelle læringsforståelser*. Roskilde Universitetsforlag.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme*. København K. Lokaliseret den 22. februar 2018 på:
http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ulighed-i-sundhed-marts-2014/Ulighed-i-sundhed-kroniske%20sygdomme.pdf

Öberlander, Lars (2012): 'Sundhedsfremme og forebyggelse' i Niklasson, Grit: *Samfund og kultur i sundhedsarbejdet*. Frederiksberg C: Forfatterne og Frydenlund.

Prescott, Peter & Børtveit, Tore (2005): *Sundhed og ændring af adfærd*. Psykologisk Forlag A/S.

Prochaska, James O. et al (1992): *In Search of How People Change - Applications to Addictive Behaviors*. American Psychologist, vol. 47, No. 9, 1102-1114.

Rasborg, Klaus 2013: 'Individualisering og social differentiering i den reflektive modernitet' i *Dansk Sociologi*, nr. 4/24. årg.

Rasmussen, Mine Susanne (2014): *Læring og vejledning i praksis*. København; Akademisk forlag.

Riis, Ole (2012): 'Kvalitet i kvalitative studier', i Jacobsen, Michael Hviid & Jensen, Sune Qvortrup (red.): *Kvalitative udfordringer*. Hans Reitzels Forlag.

Rigtige mænd (2016), lokaliseret den 10. maj 2018 på:
<https://www.rigtigemaend.dk>

Rollnick, Stephen et al. (2009). *Motivationssamtalen i sundhedssektoren*. Hans Reitzels Forlag.

Rothman, Alexander J. (2000): 'Toward a Theory-Based Analysis of Behavioral Maintenance'. *Health Psychology*, vol. 19.

Ryan, Richard M. et al. (2008): 'Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory'. *The European Health Psychologist*. vol 10.

Schwarzer, Ralf (2008): *Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors*. *Applied Psychology: An international review*: 57 (1), 1-29.

Sundhedsstyrelsen (2017) *Pulje vedrørende sundhedstjek: styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud*.

Lokaliseret den 16. marts 2018 på:

<https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2017/pulje-vedroerende-sundhedstjek-styrket-rekruttering-til-kommunale-sundhedstilbud>

Sørensen, Ingrid, M. (2010): 'Læringsmiljø, læringsrum og læringsstile' i Brøbecher, Helle & Mulbjerg, Ulla (red.): *Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser*. Munksgaard Danmark.

Toft, Ulla et al. (2009): *Sund livsstil – Hvad skaber forandring?* Udgivet af: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. Lokaliseret den 27. februar 2018 på:

<https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/Documents/Sund%20livsstil%20-%20hvad%20skaber%20forandring.pdf>

11. BILAGSOVERSIGT

- Bilag 1: Satspuljecopslag og ansøgning herom
- Bilag 2: 'Den afklarende samtale'
- Bilag 3: Rekrutteringsstrategier, COWI
- Bilag 4: 'Tanker om min sundhed'
- Bilag 5: Interviewguide, Interview med projektleder og projektkoordinator
- Bilag 6: Interviewguide, Interview med målgruppen før sundhedssamtalen
- Bilag 7: Interviewguide, Interview med målgruppen lige efter sundhedssamtalen
- Bilag 8: Interviewguide, Interview med målgruppen én måned efter sundhedssamtalen
- Bilag 9: Transskribering af interview, Projektleder og projektkoordinator
- Bilag 10: Observationsnoter og transskribering af interviews, Elektriker A
- Bilag 11: Observationsnoter og transskribering af interviews, Maskinmester B
- Bilag 12: Observationsnoter og transskribering af interviews, Lastvogsmekaniker C
- Bilag 13: Observationsnoter og transskribering af interviews, Lastvogsmekaniker D
- Bilag 14: Observationsnoter og transskribering af interviews, Lastvogsmekaniker E
- Bilag 15: Observationsnoter og transskribering af interviews, Logistikmedarbejder F
- Bilag 16: Observationsnoter og transskribering af interviews, Tømrer G
- Bilag 17: Observationsnoter og transskribering af interviews, Chauffør H
- Bilag 18: Bisgaard & Kristensen (2017): 'Sundhedssamtaler i en mandsdomineret verden'
- Bilag 19: Samtykkeerklæring til målgruppen