SYDDANSK UNIVERSITET
INSTITUT FOR IDRÆT OG BIOMEKANIK

SLUTEVALUERING AF PROJEKTET "SUND REKRUT"

Thomas Gjelstrup Bredahl

2013:10

MOVEMENTS

Slutevaluering af projektet

“Sund Rekrut”

Thomas Gjelstrup Bredahl

Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund

Slutevaluering af projektet ”Sund Rekrut”

Udarbejdet af Thomas Gjelstrup Bredahl
Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Udgivet oktober 2013
ISBN 978-87-92646-87-3

Serie: Movements, 2013:10
Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Colourbox
Forsidelayout: UniSats
Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

I projektet har følgende personer deltaget:

Projektgruppe
Projektleder Adam Holst
Projektmedarbejder Jeppe Munk Hansen

Evalueringsansvarlige
Den videnskabelige evaluering af ”Sund Rekrut” gennemføres af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund (CISC), Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet i Odense for ”Ung Nu”.

Institut for Idræt og Biomekanik v/ Syddansk Universitet har bidraget til evalueringen af projektet med følgende personer:

- Studielektor, Studieleder. Ph.d. Thomas G. Bredahl, evaluator. Forskningsenheden for Active Living. E-mail: tbredahl@health.sdu.dk
- Professor Bjarne Ibsen, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund. E-mail: bibsen@health.sdu.dk
- Masterstuderende, Mikkel Soelberg, Master i Fitness og Træning.

Indholdsfortegnelse

Introduktion og baggrund **5**
Formål og nøglespørgsmål 8
Interventionen 8
Beskrivelse af projektet 8
Målgruppe 9
Tilmelding 9
Kostvejledning 10
Fysisk aktivitet 10
Andet 11

Teori **12**
Et Bio-Psyko-Socialt udgangspunkt 12
Motivation og adfærdsændring 13
Psykologiske adfærdsmodeller 13

Metode **17**
Undersøgelsesdesign 18
Materiale og inklusionskriterier 19
Kvantitative data 19
Referencegruppe 20
Kvalitative data 21
Etik 21

Resultater **22**
Baggrundsdata 22
Antropometriske data 24
Vægt, BMI, fedt- og muskelmasse 24
Fysisk kapacitet 26
Opsummering af fysisk kapacitet 28
Selvrapporterede parametre 29
Samlet fysisk aktivitetsniveau 29
Hvilke aktiviteter er deltagerne engageret i? 31
Hvordan er de fysiske aktiviteter organiseret 32
Selvvurderet helbred 34
Vurdering af egen indflydelse på vægttab 35
Kost- og væskeindtag 37
Rygning og alkohol 38
Re-session 39
Kvalitative Interviews 40
Stages of change 40
Self-efficacy 43
Decisional balance 46
Sociale relationer 48
Opsummering på kvalitative resultater 50

Diskussion **51**
Kvantitative data 51
Antropometriske data 51
Fysisk kapacitet 51
Selvrapporterede data 52
Samlet fysisk aktivitetsniveau 52
Fysiske aktiviteter 52
Selvvurderet helbred, kost, væske, rygning og alkohol 53
Kvalitative data 53
Stages of change 53
Self-efficacy 54
Decisional balance 55
Sociale relationer 55
Overordnet sammenfatning 56
Projekt “Sund Rekrut” som livsstilsintervention 57
Metodiske problemstillinger 58

Konklusion **59**

Referencer **60**

Bilag **63**
Spørgeskema til deltagere i projekt ‘Sund Rekrut’ (før, midt og slut) 63

Introduktion og baggrund

Forekomsten af overvægt i Danmark er steget markant de seneste årtier. De seneste tal indikerer, at tæt på halvdelen af Danmarks befolkning er moderat til svært overvægtige (RockwoolFonden, 2010).

Center for Folkesundhed gennemførte i 2006 en folkesundhedsundersøgelse med det formål at kortlægge Region Midtjyllands helbreds-, trivsels- og sundhedsvaner. 1,25 millioner borgere indgik i målgruppen, og resultaterne viste, at 54,5 % af mændene og 39,1 % af kvinderne havde et BMI på 25, svarende til moderat overvægt eller derover. 13,8 % af mændene og 13,3 % af kvinderne havde et BMI på 30 svarende til svær overvægt eller derover. Tendensen har ifølge rapporten været stigende frem til 2010 (Larsen, 2011).

Udviklingen af overvægt blandt børn og unge kan helt konkret vurderes ud fra data indhentet fra skolehelbredsundersøgelser og sessioner. Resultater fra en undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner som blev gennemført i 2008 viste blandt andet, at 14 % af 11-15-årige drenge var overvægtige, mens tallet for piger var 10 % (Sundhedsstyrelsen, 2010). Næsten hver andet overvægtigt barn havde mindst én sygedag inden for de seneste 30 dage. I en tilsvarende andel blandt dem, der ikke var overvægtige, havde kun hver tredje barn én sygedag indenfor de seneste 30 dage. Samtidig viste resultaterne, at de overvægtige børn og unge oftere havde pjækket i løbet af de seneste 30 dage og var mindre glade for at gå i skole sammenlignet med de under- og normalvægtige børn. Der ses desuden en række sammenhænge mellem de 11-15-åriges BMI og deres livsstil – for eksempel:

- Jo lavere fysisk aktivitetsniveau, des højere BMI.
- Jo højere BMI, des mindre sandsynlighed for, at de unge spiste morgenmad hver dag.
- Jo højere BMI, des oftere drak de unge sodavand i løbet af en uge.
- Jo højere BMI, des større var sandsynligheden for, at de unge brugte mindst 3 timer foran TV og/eller computer.

Denne tendens lader til at gå igen i den lidt ældre årgang. Danskernes sports og motionsvaner blev i 2007 analyseret, og i den undersøgelse fandt man frem til, at den hyppigste årsag til at, 16-19-årige ikke dyrker sport eller motion var, at disse bruger tiden på venner eller andre fritidsinteresser. Derudover viser resultaterne, at lysten til og interessen for fysisk aktivitet heller ikke lader til at være til stede. De væsentlige argumenter fra denne målgruppe er blandt andet, at ”de mangler nogen at følges med”, eller at ”de er i dårlig form” (Pilgaard, 2008). Dette bidrager således med et eksempel på, at flere og flere unge har en mindre fysisk betonet livstil.

Stigende overvægt i befolkningen har konsekvenser for samfundet, hvor udgifterne til behandling af overvægtrelaterede livsstilssygdomme stiger. Set ud fra et sundhedsmæssigt og bio-psyko-socialt perspektiv kan konsekvenserne af overvægt, inaktivitet og ringe trivsel være problematiske for det enkelte unge menneske (Biddle, Mutrie, 2007). Særligt blandt unge mænd med lavere uddannelse er der en markant stigning i overvægt (Larsen, 2011).

Disse unge mænd er netop på dette tidspunkt i deres liv ofte i en brudfase. De har typisk afsluttet en grunduddannelse, de vil måske gerne fortsætte på en anden uddannelse, have et arbejde så de kan tjene deres egne penge, eller måske ønsker de at aftjene værnepligt. Disse

overgange kan være store udfordringer, selvom de kan være forventede, forudsigelige og frivillige og derved overvejede beslutninger og valg, afhængigt af den enkeltes motivation og ønske for fremtiden (Wylleman, 2004). Er den unge i forvejen belastet af en usund livsstil med eksempelvis overvægt og dårlig fysisk form til følge, synes udfordringen endnu større. En usund livsstil med nedsat fysisk og psykisk kapacitet kan i yderste konsekvens sætte en stopper for en ambition om at nå disse mål.

Netop denne unge målgruppe kan være vanskelig for sundhedsvæsenet at kontakte, da de f.eks. meget sjældent er i kontakt med almen praksis eller andre sundhedsprofessionelle. Tilgangen til skolehelbredsundersøgelser stopper ved folkeskolens afslutning, og efterfølgende er det principielt kun sessionslægen ved "Forsvarets Dag", der har mulighed for at konsultere de unge (Sundhedsstyrelsen, 2011). En del af disse unge, som er belastet på deres helbred pga. en fysisk inaktiv livsstil, og som ikke kommer igennem nåleøjet til Forsvarets Dag, vil dog fortsat gerne aftjene deres værnepligt.

Dette kan dog være vanskeligt, idet Forsvaret siden efteråret 2010 har været en populær arbejdsplads. Op imod 90 % af alle ansøgninger er frivillige, og der kan være helt op til 18 måneders ventetid på at komme ind og aftjene værnepligt. Dette kan der være flere årsager til. Blandt andet har Forsvaret optimeret sin markedsføring, og lavkonjunkturen i samfundet medfører, at flere og flere unge ikke kan få job og derfor søger ind. Tilmed har den internationale mission i Afghanistan haft en positiv indvirkning på antallet af ansøgere. Dertil kan nævnes, at også flere og flere kvinder ønsker at prøve kræfter med Forsvaret (Forsvaret, 2011). Forsvaret kan således udvælge de bedst egnede til uddannelsen (Forsvaret, 2011). Det kan således være vanskeligt at argumentere for, hvorfor Forsvaret har interesse i at involvere sig i et projekt som "Sund Rekrut". Svaret skal findes i, at Forsvaret igennem sundhedsrelaterede interventionsprojekter ønsker at bidrage til at forbedre folkesundheden i Danmark.

I 2. halvdel af 2010 blev 48 procent af alle unge erklæret *uegnet* til at gøre militær tjeneste blandt andet på grund af overvægt. Så selv om de unge i dag står i kø for at blive soldat, er de unge mænd og kvinder mere overvægtige end før i tiden. Unge mænd har i dag i gennemsnit en BMI på 23-25 i en alder af 20 år, når de bliver målt ved Forsvarets Dag. Udfaldet ved Forsvarets Dag har således ændret sig radikalt de sidste 15 år. Den procentvise fordeling på bedømmelserne *egnet*, *begrænset egnet* og *uegnet* har på landsplan, set ud fra et sundhedsmæssigt perspektiv, udviklet sig i en uhensigtsmæssig retning. Ikke tidligere er der blevet erklæret så stort et antal unge mænd *uegnet* til egentlig militær tjeneste. Eksempelvis er det gennemsnitlige BMI steget. I 2002 lå det gennemsnitlige BMI for 20-årige unge mænd på 23,9. I 2010 var tallet steget til 24,31, uden at gennemsnitshøjden havde ændret sig. Dette afspejler sig i antallet af unge mænd, der erklæres *uegnet* til militær tjeneste. I 1995 blev godt 30 % af ansøgerne erklæret *uegnet* til militær tjeneste – i 2010 var tallet 40 % (Forsvaret, 2011).

Blandt andet derfor er der behov for udvikling af målrettede indsatser, der kan påvirke de unge til at blive mere bevidste om deres livsstil samt måder til at ændre og bevare et sundt liv på. En vigtig forudsætning for at kunne foretage livsstilsændringer er konkrete anledninger, hvor problemer påpeges og løsninger påkræves.

At komme til Forsvarets Dag udgør en konkret anledning for disse unge mennesker. De bliver både vejet og målt samt præsenteret for en lang række helbredsmæssige spørgsmål. Forsvarets Dag er således en oplagt ramme til at komme i kontakt med unge mennesker med

livsstilsmæssige problemstillinger.

Sundhedsstyrelsen og Trygfonden har siden 2006 støttet forskningsprojektet Sund Rekrut, som afvikles i et samarbejde med Forsvarets Rekruttering, foreningen Ung-Nu og med Gerlev Idrætshøjskole som sparringspartner og facilitetsudbyder. Formålet med projektet er at få unge mænd og kvinder, som er blevet erklæret *begrænset egnet eller uegnet* ved Forsvarets Dag pga. for dårlig form eller overvægt, til at ændre livsstil over en 6 måneders periode. Efterfølgende vil de få mulighed for en re-session, hvor målet er at blive erklæret egnet til at aftjene værnepligt og således få opfyldt drømmen om en fremtid i Forsvaret (Forsvaret, 2011). Udbyttet af interventionen kan for det unge individ således medvirke til en adfærdsændring ”fra usundt til sundt liv” og derved en forbedret fysisk kapacitet, således at det er muligt at opnå den karriere hos forsvaret, som de virkelig brænder for.

En indledende og ikke publiceret evaluering af pilotprojektet til “Sund Rekrut” pegede på, at forløbet havde hjulpet deltagerne med at ændre livsstil, og viste positive udviklingsresultater på fysiologiske parametre såvel som fysisk kapacitet. Det giver derfor grundlag til at lave en mere grundig analyse for at kunne beskrive en eventuel effekt af det egentlige projekt “Sund Rekrut”.

Da det generelt har vist sig at være en udfordring for en del af deltagerne at opretholde det fysiske aktivitetsniveau efter at have været en del af en intervention (Mihalik, O’Leary et al., 1989), er udfordringen ved at benytte fysisk aktivitet i behandlende og forebyggende øjemed derfor ikke kun at hæve deltagernes midlertidige aktivitetsniveau, men i højere grad at udvikle nogle kompetencer og værktøjer, så deltagerne efter interventionen fortsat er fysisk aktive, og forbedringerne derved bevares (Biddle, Mutrie, 2007). Det er således nødvendigt, at belyse flere forhold.

Deltagelse i træning har vist sig at give effekt og dermed succes. Eksempelvis viste resultaterne i den indledende evaluering vægttab, nedgang i fedtmasse og BMI samt forbedringer på løbe- og styrketest. Resultater som tilsammen understreger, at målsætningen med “Sund Rekrut” om at sænke vægt, fedtmasse og BMI samt øge deltagernes fysiske kapacitet kan opnås (Bredahl, 2009). Men det er også nødvendigt at belyse de psykologiske og sociale forhold, netop fordi indsigt i disse forhold kan medvirke til en udvidet forståelse af, hvad der får deltagerne til at deltage og fastholde en hensigtsmæssig livsstil.

Formål og nøglespørgsmål

Formålet med denne evaluering er derfor at analysere, hvilke forhold i projekt "Sund Rekrut" der har haft en indvirkning på deltagernes mulige adfærdsændring, samt yderligere at analysere, hvordan disse forhold hænger sammen med de psykologiske, sociale/relationelle og livsstilsmæssige aspekter hos deltagerne.

Følgende nøglespørgsmål har styret analysen:

Hvilke primære faktorer i projekt "Sund Rekrut" er betydningsfulde for deltagernes motivation for livsstilsændring?

Analysen er foretaget med udgangspunkt i den Transteoretiske Model (TTM) samt sociale relationer.

Evalueringen er gennemført efter følgende retningslinjer:

- For det første skal evalueringen give valide svar på, om succeskriterierne opnås. Det vil sige, om den anvendte metode får målgruppen til at ændre livsstil, opnå vægttab og opnå en øget fysisk kapacitet.
- For det andet skal evalueringen belyse, hvilke sider af det forløb, som deltagerne i projektet følger, der har en positiv eller negativ indvirkning på ændringerne i deltagernes livsstil, og hvordan dette hænger sammen med psykiske, sociale og livsstilsmæssige aspekter ved personernes liv.

Evalueringen vil således kunne vise, om tilsvarende forløb i tilknytning til konkrete anledninger, der har betydning for den unges liv, kan anvendes for at få unge overvægtige mænd og kvinder til at ændre livsstil.

Interventionen

Beskrivelse af projektet

Projekt "Sund Rekrut" er et sundhedsfremmende projekt for unge overvægtige med et BMI mellem 30 og 35, der ønsker at blive optaget i Forsvaret. Ved Forsvarets Dag er de unge blevet erklæret begrænset egnet eller uegnet blandt andet på grund af deres overvægt. Projektets mål er at rykke ved denne status fra uegnet til begrænset egnet eller egnet.

Ligeledes er ambitionen efter de 6 måneder, som projektet varer, at minimum 50 % af deltagerne ændrer optagelsesstatus ved re-session. Målet er dog ikke kun, at deltagerne skal tabe sig med henblik på at blive erklæret egnet. Bevægelsesglæde, udvikling af samarbejde og viljestyrke til at gennemføre forløbet er kompetencer, der også lægges stor vægt på. Fra april til september 2006 gennemførte foreningen Ung-Nu et pilotprojekt i samarbejde med

Forsvarets Rekruttering, der var finansieret af Sundhedsstyrelsen og Forsvarets Rekruttering. Foreningen Ung-Nu indgik derefter et samarbejde med Trygfonden om at finansiere projektet indtil udgangen af 2011.

Deltagerne bliver tilmeldt projektet i seks måneder og skal sætte seks weekender af til at møde op på Gerlev Idrætshøjskole, hvor der vil være fokus på samarbejde, kostvejledning og nye former for fysisk aktivitet. Deltagelsen i projektet er gratis men kræver, at deltagerne møder op til alle samlinger.

Målgruppe

Deltagerne udvælges tilfældigt mellem et vist antal ansøgere, og der kan søges om optagelse to gange om året. Deltagerne er bredt repræsenteret fra hele Danmark og er både hjemme- og udeboende. Kendetegnende for de fleste af deltagerne er, at de har svært ved at omsætte deres viden om sunde kostvaner til reelle handlinger og dyrker kun lidt eller næsten ingen motion. Deltagerne repræsenterer primært socialgruppe 4 og 5, der uddannelsesmæssigt består af faglærte og ufaglærte såsom studerende i gymnasiet eller på grundforløb, landmænd, håndværkere og arbejdsløse.

Litteraturen viser, at socialgruppe 4 og 5 er dårligere stillet i forhold til uddannelse, boligforhold og sundhedstilstand i forhold til socialgruppe 1, der består af højtuddannede med indflydelse på egen indkomst og karakteriseres som værende i besiddelse af en god sundhedstilstand (Olsen, 1998). Deltagerne i projekt ”Sund Rekrut” befinder sig således i en socialgruppe, hvor risikoen for at udvikle overvægt og fedme er stærkt stigende. I henhold til en rapport udarbejdet af Ernæringsrådet i 2003 viser undersøgelser, at fedme især forekommer hos personer med en kort uddannelse, et ufaglært job og en lav indkomst. Ydermere fremgår det af rapporten, at fedme er *”3-4 gange hyppigere hos personer med kort skolegang (7 år eller derunder) end hos personer med mere end 12 års skolegang”*. Ligeledes kan der ses en forskel på socialgruppernes fysiske aktivitetsniveau. Litteraturen viser desuden, at 80 % af de højtuddannede regelmæssigt dyrker idræt, mens det modsat kun er 45 % af de ufaglærte, der dyrker idræt (Sundhedsstyrelsen, 2006).

Tilmelding

Den tidligere session er i dag afløst af Forsvarets Dag. Der er 5 rekrutteringscentre i landet, der ca. 200 dage om året har de unge igennem en intelligenstest, en lægeundersøgelse og endeligt en personlig samtale, hvor resultaterne og deres betydning for den unges muligheder bliver forelagt. For at rekruttere deltagere til projektet var det ved denne personlige samtale, at Forsvarets personale skulle introducere “Sund Rekrut”. For at komme i betragtning til projektet skulle deltageren opfylde kravet om at være erklæret uegnet eller begrænset egnet og have et BMI mellem 30 og 35, være villig til anonymt at bidrage med nødvendige data og være indstillet på at data omhandlende vægt, løbetest og rygtest skulle offentliggøres i et evalueringsmateriale. Derudover skulle deltagerne begrunde, hvorfor de godt kunne tænke sig at blive en “Sund Rekrut”, og redegøre for, hvorfor projektet skulle udvælge netop dem. I tæt samarbejde med Forsvarets rekruttering udvalgte projektlederen de 20 (hvis muligt) rekrutter, der var plads til på hvert hold, og deltagerne fik besked kort før projektet startede.

Kostvejledning

Kostvejledning fra kliniske diætister indgik som en fast del af programmet på hvert weekendophold under projekt "Sund Rekrut", og køkkenet på Gerlev Idrætshøjskole efterlevede Ernæringsrådets anbefalinger og praktiserede de 8 kostråd i deres udbud af økologiske fødevarer af høj kvalitet.

Kostvejledningen foregik som en dialog imellem deltager og diætist, hvor diætisten gennemgik data fra vægtmålingen, beskrev deltagernes BMI og sammenlignede med det anbefalede. Efterfølgende gennemgik diætisten deltagernes spisevaner og lagde især mærke til spisetider, indhold, mængde og næringsindhold. Derefter blev der udarbejdet en kostplan ud fra deltagerens ønsker i henhold til de 8 kostråd. Deltageren blev desuden vejledt i portionsstørrelse med henblik på Y-tallerken, sundere alternativer til morgenmadsprodukter, betydningen af fedt, kulhydrat, kostfibre og protein samt konsekvensen af deres eventuelle forbrug af alkohol. Der blev ligeledes forsøgt taget hånd om deltagernes indtagelse af 6 stykker frugt og grønt om dagen. Diætisten lagde vægt på, at deltageren kunne spise to til tre stykker frugt, hvis de inkluderede cirka 300 g grove grøntsager i løbet af dagen. Et andet problem der blev taget op, var deltagerens forbrug af sukker fra sødede drikke. Hvis deltageren var interesseret, kunne diverse opskrifter og pjecer om sunde kostvaner tages med hjem til inspiration i hverdagen. Diætisten fokuserede på, om der var ting ved kostplanen, der skulle ændres eller optimeres ud fra deltagerens erfaringer. Ved 3. samling blev der afholdt en fælles madaften, hvor begge diætister, samtlige deltagere og projektmedarbejdere deltog. Formålet med denne aften var at introducere deltagerne for gode og sunde råvarer, da det kom frem under første kostvejledning, at deltagerne havde problemer med at identificere de grove grøntsager. Aftenen var på den måde med til at skabe inspiration til hverdagens måltider. Ydermere deltog deltagerne i en ekskursion til indkøbscentret Bilka i Slagelse med det formål at give deltagerne et praktisk fødevarekendskab.

Fysisk aktivitet

Den fysiske aktivitet på "Sund Rekrut" foregik i samarbejde med idrætsundervisere, der er tilknyttet Gerlev Idrætshøjskole og fitness.dk. På denne måde fik deltagerne mulighed for at prøve kræfter med helt nye former for fysisk aktivitet blandt andet i form af kampsport, fodbold, spinning, street-movement, svømning og samarbejdsøvelser. Projektet lagde meget stor vægt på fysisk aktivitet, og hver weekend blev deltagerne præsenteret for nye idrætter. Dette blev gjort for at fremme deltagernes bevægelsesglæde, da flere af deltagerne oplevede fysisk aktivitet som direkte ubehageligt på baggrund af dårlige erfaringer. De forskellige idrætter havde til formål at fremme både deres kondition og muskelmasse, men lagde også stor vægt på sociale relationer, da det at dyrke idræt i samspil med andre i samme situation blev antaget at være en stor motivationsfaktor med henblik på at implementere mere fysisk aktivitet i hverdagen.

Den fysiske aktivitet foregik i hallerne samt på de udendørs arealer, der er tilknyttet Gerlev Idrætshøjskole, og i spinninglokalet hos Fitness.dk. Spinning var et gennemgående element i 3 af 6 weekender. Grunden til at projektet benyttede spinning var, at det er en skånsom bevægelsesform sammenlignet med løb. Flere af deltagerne var så overvægtige, at løb ville være for belastende en træningsform at starte ud med. Ved at spinne ville deltagerne potentielt kunne undgå eventuelle overbelastningsskader. Street-movement blev blandt andet anvendt

for at imitere flere af de bevægelsesformer, der også er gældende i forbindelse med Forsvaret forhindringsbaner.

Målet med de forskellige former for fysisk aktivitet var med til at udfordre deltagerne og give dem mulighed for at få indsigt i andre måder at være fysisk aktive på og på den måde skabe en bevægelsesglæde ved at være fysisk aktiv og inspirere til øget fysisk aktivitet i hverdagen.

Udover de fysiske aktiviteter, som deltagerne blev præsenteret for i deres weekender på Gerlev Idrætshøjskole, fik deltagerne derudover besked på at planlægge en rute på 5 km, der skulle gennemføres 3 gange om ugen derhjemme. For mange ville ruten starte som en gå-rute og siden udvikle sig til løb. Ruten kunne bestå af intervaller af gang og løb, således at overbelastningsskader blev undgået. Det var dog vigtigt for projektet, at deltageren ville blive ved med at presse sig selv tempomæssigt.

Teoretisk gennemgik deltagerne en række foredrag omhandlende træning og træningsplanlægning, og den enkelte deltager fik ligeledes lagt en individuel træningsplan for kredsløbs- og styrketræning.

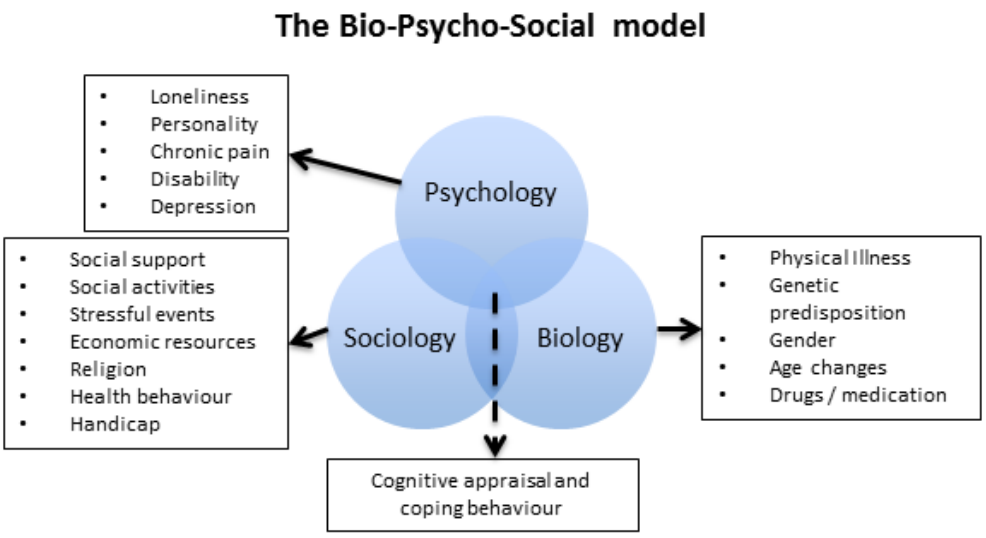
Andet

Alle aktiviteter indeholdt et socialt element, hvor deltagerne interagerede med hinanden. ”Sund hygge” var et alment anvendt begreb, som indeholdt et sundt mellemmåltid og et socialt frikvarter. Inden- og udendørs teambuildingsøvelser samt en mindre døgnfeltøvelse i Antvorskovs øvelsesterræn var tænkt til at bidrage til at gøre målgruppen mere homogen og fungerede samtidigt som en smagsprøve på, hvad der ventede forude, såfremt re-sessionen kunne bestås.

Teori

Et Bio-Psyko-Socialt udgangspunkt

Forud for beskrivelsen af denne evaluerings teoretiske tilgang er det centralt at få indblik i en overordnet tilgang og forståelse af motivation og adfærd set ud fra et bio-psyko-socialt synspunkt. Den bio-psyko-sociale model (figur 1) er funderet i den social-kognitive teori og er en betragtningsmåde, som forudsætter, at biologiske, psykologiske (tanker, følelser og adfærd) og sociale faktorer alle spiller en signifikant rolle i menneskers funktionalitet og dermed adfærd - set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. Dermed antages det, at sundhed og motivationen bag en specifik adfærd bedst forstås, når disse tre faktorer kombineres snarere end blot at anskue sundhed og adfærd alene ud fra et biologisk synspunkt (Iversen, 2002; Santrock, 2010).



Figur 1: Den Bio-Psyko-Sociale model viser, hvordan et individs adfærd afhænger af mange samvirkende faktorer (Santrock, 2010).

Modellen er bl.a. ofte anvendt i sundhedspsykologi og sociologi til at skabe forståelse for, at der også er andre og mindst ligeså væsentlige faktorer som medicinske at tage hensyn til, når der reflekteres og analyseres over sundhed og sundhedsfremme. Og at der dermed kan sættes ind på flere parametre end blot at anskue årsagen til en kritisk sundhedstilstand ud fra et isoleret biologisk perspektiv. Således er interaktionen mellem individets biologiske, psykologiske og sociale faktorer vigtige og vil påvirke individets adfærd. Derfor er et anerkendt perspektiv ikke blot at betragte individet isoleret, men at betragte adfærd som et interagerende begreb, hvor bl.a. miljø og sociale relationer spiller en væsentlig rolle i at definere adfærd og motivation (Iversen, 2002).

Motivation er et centralt begreb for at kunne forstå menneskers adfærd, og det antages, at motivation er en fundamental forudsætning for at få succes med at ændre adfærd (Biddle, Mutrie, 2007). For at forstå sammenhængen er det essentielt at kaste et teoretisk lys over begreberne motivation og adfærdsændring.

Motivation og adfærdsændring

Motivation har inden for adfærdspsykologien været et centralt begreb og har, gennem årene, udviklet sig ud i forskellige perspektiver. Eksempelvis anerkendes det, at motiveret adfærd kan bidrage til et individs sundere livsstil, men samtidigt omfatter motiveret adfærd også en række udfordringer, når folk forsøger at påbegynde, vedligeholde og om nødvendigt, genoptage skridt imod en sundere levemåde (Biddle, Mutrie, 2007).

Motivation forstås som *engagement*, *tilskyndelse* og/eller *interesse* og dermed som bevægegrundene bag et individs handlinger, hvor adfærd generelt forstås som den *måde, hvorpå et individ agerer.* Set ud fra et adfærdsteoretisk perspektiv som beskæftiger sig med fysisk aktivitet, indbefatter motivation, hvilken adfærd individet tilegner sig. Altså et bevist eller ubevidst *valg* om at være fysisk aktiv eller ej, og hvor fysisk aktiv individet vælger at være i dagligdagens almene aktiviteter. Motivation indbefatter også, hvor *vedholdende* man er – dvs. graden af det vedvarende fokus man har på den enkelte gerning. Derudover, om man *fortsætter* den kontinuerlige motivation, eller om man eksempelvis er i stand til genoptage den fysiske aktivitet efter en kortere eller længere pause. En sidste indikator på motivation er, hvor *intenst* man ønsker ens adfærd skal være - eksempelvis i spørgsmålet om, hvor meget fysisk aktivitet der er tilstrækkeligt for at opnå et forbedret sundhedsniveau (Maehr, 1986).

Der synes altså at være sammenhæng mellem graden af motivation og resultatet af den adfærdsændring, man ønsker at foretage, eller med andre ord – graden af individets motivation for en given handling bidrager til kvaliteten af den opnåede adfærdsændring.

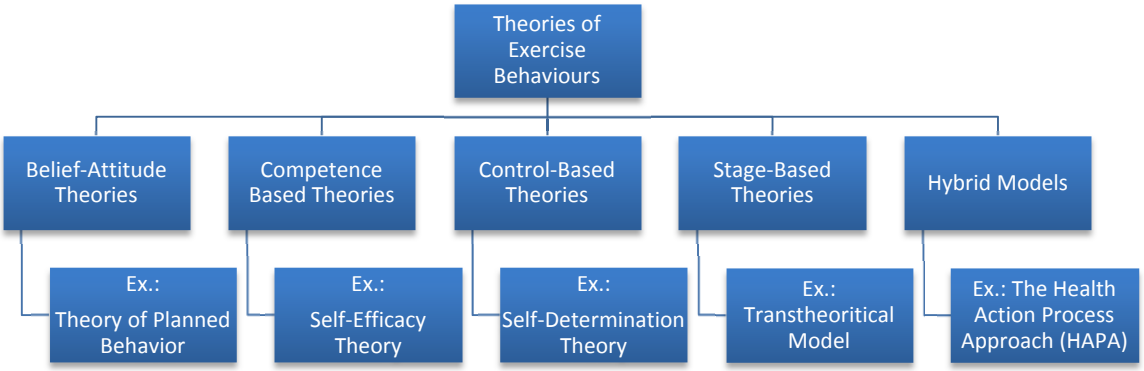
Motivationen bag en adfærd eller den enkeltes motiv for at være fysisk aktiv kan være forskellig for individ, køn, alder og etniske baggrund. I en spørgeundersøgelse fra England i 1992, hvor 4000 mænd og kvinder i alderen 16-74 år deltog, undersøgte man hvilke overvejede motiver, der lå bag forskellige målgruppers behov for at være mere fysisk aktiv. Særligt blandt mænd var ønsket om ”at forbedre og fastholde sin sundhedstilstand”, ”at være i bedre fysisk form” og ”at føle at man opnår noget” klare motiver for motivationen bag behovet (SportsCouncil, 1992). Disse resultater blev ligeledes bekræftet i en større undersøgelse i EU i samme periode.

Psykologiske adfærdsmodeller

At finde svar på evalueringens nøglespørgsmål kræver en inddragelse af en adfærdspsykologisk indsigt i, hvorledes menneskers adfærd kommer til udtryk i forhold til fysisk aktivitet, sundere kost osv. Formålet med de efterfølgende afsnit er derfor, at argumentere for valget af de teoretiske parametre der ligger til grund for analysen af de kvalitative data fra projekt “Sund Rekrut”.

I sundhedspsykologien beskrives en række anerkendte teorier, der beskæftiger sig med

adfærd og adfærdsændringer i forhold til eksempelvis fysisk aktivitet og sund livsstil (Biddle, Mutrie, 2007). Disse kan inddeles i 5 overordnede kategorier, hvor de tre førstnævnte er teorier, der betragter adfærdsændringer som kontinuerlige udviklende processer (figur 2). De to efterfølgende antager, at adfærdsændringer foregår i forskellige stadier/faser.



Figur 2: Et overblik over kvalificerede teorier som beskæftiger sig med adfærd og fysisk aktivitet (Biddle, Nigg, 2000).

Stadiebaserede teorier

På baggrund af evalueringens teoretiske grundlag beskrives i dette afsnit udelukkende den Transteoretiske Model, som har dannet grundlag for den kvalitative analyse.

De stadiebaserede teorier antager, at adfærdsændringer er en proces, hvor udviklingen af en sundhedsrelateret adfærd sker i forskellige stadier. En af de mest anvendte og anerkendte er den Transteoretiske Model (DiClemente, Prochaska, 1982; Prochaska, Velicer, 1997). I forskningen er den Transteoretiske Model blevet anvendt i vid udstrækning i forbindelse med analyse af sundhedsadfærdsændring – oprindeligt som værktøj mod rygeafvænning. Modellen har også tidligere succesfuldt været anvendt i vægttabsrelateret forskning og studier omhandlende fysisk aktivitet blandt voksne og unge (Sarkin, Johnson et al., 2001; Ma, Betts et al., 2002). Ligeledes har modellen været anvendt i adskillige studier møntet på at undersøge adfærd i teenagere (Hollis, Polen et al., 2005). I Danmark er modellen bl.a. blevet anvendt i et forskningsprojekt omhandlende motion på recept (Bredahl, 2010). Forskningsresultater viser blandt andet, at det er hensigtsmæssigt at inkludere forskellige faser som udtryk for parathed til at gennemføre en adfærdsændring og som ramme for sundhedsfaglige specialister til at kunne forstå adfærd og adfærdsændringer (Biddle, Mutrie, 2007).

Modellen inkorporerer procesorienterede variabler til at forklare og forudsige, *hvordan* og *hvornår* individer ændrer adfærd i forhold til eksempelvis sundhed (Prochaska, Diclemente, 1983). Den Transteoretiske Model er opbygget af fire elementer, som er centrale i forhold til adfærdsændring – *stages of change, decisional balance (ændringsparathed), processes of change (forandringsprocesser) og self-efficacy*. Disse beskrives i de efterfølgende afsnit.

Stages of change

Det centrale element i den Transteoretiske Model beskriver personens parathed til eksempelvis at engagere sig i en sundere adfærd. *Stages of change* (forandringsfaserne) defineres som: *Før-overvejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse* (figur 3) (Biddle, Mutrie, 2007). I relation til fysisk aktivitet skal der typisk flere adfærdsændringsforsøg til, før et individ ender i *vedligeholdelsesfasen* (Marcus, Simkin, 1994). Særligt i forskning, der anvender modellen i forbindelse med afhængighedsadfærd og adfærd i forbindelse med fysisk aktivitet, antager man, at ændringer sker i et mere dynamisk forløb, som langsigtet forstærker adfærdsændringen, idet man lærer fra tidligere fejl og dermed styrker den fortløbende proces (Prochaska, Diclemente et al., 1992). *Stages of change* kan altså sige noget om, hvordan et individ flytter sig i sin ændringsparathed imod en given adfærd. Modellen er som nævnt dynamisk, hvilket vil sige, at individet kan bevæge sig frem og tilbage mellem de enkelte faser. Tilbagefald til tidligere faser er sandsynligt og realistisk, ligesom individet kan blive fastlåst i en bestemt fase (DiClemente, Prochaska, 1982).

Stages of change (faser)	Definition
Før-overvejelsesfasen (Pre-contemplation)	Individet har ingen intentioner om at engagere sig i en adfærdsændring inden for de næste 6 måneder.
Overvejelsesfasen (Contemplation)	Individet overvejer seriøst at komme i gang med en adfærdsændring inden for de næste 6 måneder, men har ikke forpligtet sig endeligt. Fordele og ulemper overvejes.
Forberedelsesfasen (Preparation)	Individet har besluttet sig for at foretage en adfærdsændring og har intention om at påbegynde processen inden for de næste 30 dage.
Handlingsfasen (Action)	Individet har succesfuldt gennemført en adfærdsændring og fastholdt denne i mindre end 6 måneder.
Vedligeholdelsesfasen (Maintenance)	Individet har foretaget en adfærdsændring og fastholdt denne i over 6 måneder.

Figur 3: Beskrivelse af de 5 forandringsfaser individet kan befinde sig i (Prochaska, Diclemente, 1983).

Decisional balance

Decisional balance udgør individets relative afvejning af fordele og ulemper ved eksempelvis at skulle foretage en adfærdsændring. Tidligere undersøgelser har vist, at ulemperne er styrende i de tidlige faser af *stages of change,* hvorimod fordelene overstiger ulemper i de midterste faser. Befinder individet sig i de senere faser af *stages of change,* er fordelene styrende, og der er dermed større sandsynlighed for en succesfuld adfærdsændring (Prochaska, Diclemente et al., 1992). En påvirkning af opfattelsen af fordele og ulemper kan således bidrage til en adfærdsændring ved, at fordelene opvejer ulemperne (Marshall, Biddle, 2001).

Processes of change

Processes of change dækker over kognitive/tankemæssige processer eller aktiviteter, som forskere har defineret som almene strategier, som mennesket initierer, når der gennemføres en adfærdsændring. Disse kan være erfarings- eller adfærdsmæssigt baseret (Marcus, Banspach et al., 1992; Marcus, Selby et al., 1992).

Et eksempel på en kognitiv proces kunne være, at individet har forståelse for risikofaktorerne ved inaktivitet. Et eksempel på en adfærdsmæssig proces kunne være, at individet laver planer for fysisk aktivitet. Studier har vist, at processerne inkluderes, når individet forsøger at modificere deres adfærd overfor fysisk aktivitet, og de kognitive processer når deres højdepunkt i *handlingsfasen*. De adfærdsmæssige strategier topper i *vedligeholdelsesfasen* af *stages of change*, da de kognitive processer er mere undersøgende og handlingsorienteret, hvor de adfærdsmæssige mere er rettet mod at fastholde de nye tilegnede vaner (Biddle, Mutrie, 2007).

Self-efficacy

Teorien om *self-efficacy* er med succes tidligere blevet anvendt i undersøgelser, hvor formålet har været at studere individets grad af motivation, eksempelvis i forhold til sundhedspsykologi (Bandura, 1997). *Self-efficacy* er af Bandura defineret som:

> *Peoples´ judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required attaining designated types of performances. It is concerned not with the skills one possesses, but rather with judgements of what one can do with whatever skills one possesses* (Bandura, 1986).

Self-efficacy repræsenterer altså graden af, hvorvidt individet har troen på at kunne foretage en adfærdsændring i diverse, til tider, fristende situationer. *Self-efficacy* refererer også til individets overbevisning om at kunne overkomme eventuelle forhindringer eller barrierer på sin vej mod en ændret adfærd (Bandura, 1997). Teorien beskriver ligeså, at et individ i et tidligt stadie af *stages of change* har tendens til at berette om en lavere grad af *self-efficacy* end et individ, som befinder sig i et senere stadie, der typisk vil rapportere om en højere grad af *self-efficacy* (DiClemente, Prochaska et al., 1991).

Den Transteoretiske Model er relevant at inddrage i analysen af projekt "Sund Rekrut", da *stages of change* kan undersøge, i hvilken fase den enkelte deltager befinder sig, og om deltageren bevæger sig frem, tilbage eller er fastlåst i en bestemt fase under interventionen. Teorien kan ligeledes undersøge, i hvilken grad interventionen har påvirket deltagernes langsigtede adfærd i forhold til fysisk aktivitet. Endvidere undersøges deltagernes afvejning af positive og negative sidder ved fysisk aktivitet og sundere kost. Dermed fokuseres der også på deltagernes *decisional balance* og, hvorvidt dette parameter har haft indflydelse på fastholdelsen af blandt andet fysisk aktivitet over tid. Den Transteoretiske Model kan således give argumentation for, i hvilken udstrækning projekt "Sund Rekrut", som intervention, har kunnet tilskynde deltageren i retning af en adfærdsændring. I denne evaluering fokuseres der ikke på *processes of change.*

I relation til projekt "Sund Rekrut" er det relevant at inddrage *self-efficacy.* Teorien bruges som analyseredskab til at analysere, hvorvidt interventionen har påvirket deltagernes *self-efficacy,* da en øget self-efficacy vil medføre en øget ændring og motivation målrettet på en mere fysisk aktiv og sundere livsstil. Derudover kan den bidrage til at skabe opmærksomhed om, hvilke muligheder og begrænsninger den enkelte ser på sin vej mod en adfærdsændring, som i et senere perspektiv er målrettet mod at kunne aftjene værnepligt.

Metode

Den overordnede evaluering er blevet tilstræbt gennemført på følgende måde.

1) På 'Forsvarets Dag' vil de unge, som ønsker at blive optaget i Forsvaret, men erklæres 'begrænset egnede' på grund af overvægt, få et tilbud om at blive optaget i Forsvaret, hvis de gennem en periode på et halvt år formår at tabe sig og komme i bedre fysisk form. Rekrutteringen til projektet fandt sted i henholdsvis september til og med december 2008 og april til og med august 2009. De efterfølgende to hold blev rekrutteret fra august til og med december 2010 samt fra januar til og med august 2011.

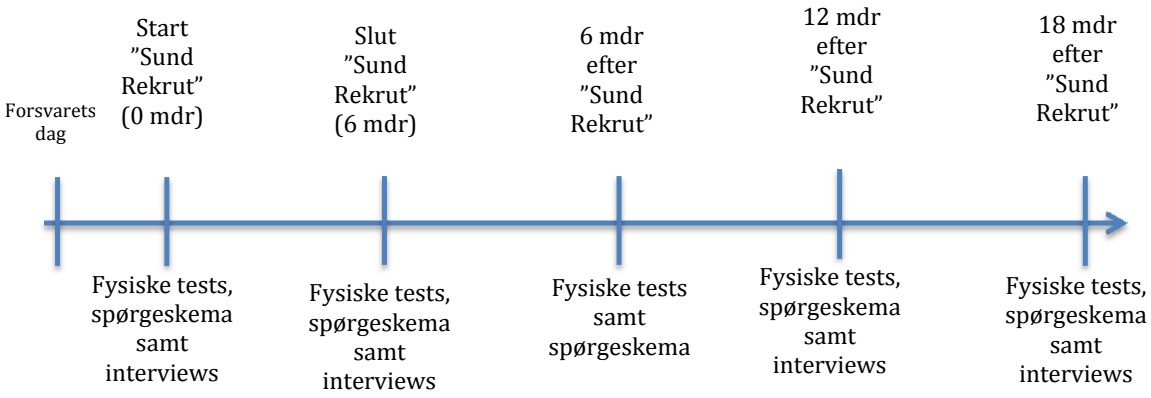
2) Det var generelt hensigten at inkludere 40 unge ved hvert hold, der derefter via randomisering blev delt i to grupper. Den ene gruppe skulle følge det planlagte kursusforløb i 'Sund Rekrut' over seks weekender på Gerlev Idrætshøjskole. Den anden gruppe skulle udelukkende modtage et skriftligt materiale, der på en let forståelig måde fortalte om helbredsrisiciene ved overvægt og lav fysisk aktivitet og gav anvisninger på, hvordan man kunne tabe sig og komme i bedre form (dvs. et skriftligt motiverende materiale). Denne gruppe skulle fungere som en "reference-gruppe". Som forudsætning for at deltage skulle de unge give deres samtykke (skriftligt) til at ville deltage i undersøgelsen og, at personlige data vedr. helbred mv. måtte anvendes i undersøgelsen.

3) Hvis det ikke var muligt at rekruttere nok deltagere, blev inklusion til interventionsgruppen prioriteret.

4) Ved opstarten til forløbene blev holdene samlet på Gerlev Idrætshøjskole. Her blev der redegjort for projektets forløb, og de unge blev motiveret til at deltage. Endvidere besvarede alle de unge et spørgeskema (bilag 1), blev vejet og gennemgik fysiske tests.

5) Under tre ud af de seks weekendophold på Gerlev Idrætshøjskole blev de unge gentestet via de samme tests, som blev gennemført ved introduktionen. Endvidere blev der gennemført interviews af ca. 30-45 minutters varighed med udvalgte deltagere ved start samt ved slutningen af interventionen (6 mdr.). Interviewene havde til formål at belyse, hvorvidt og i hvilken grad de unge var motiverede for at ændre livsstil, på hvilken måde kurserne og samtalerne havde haft indvirkning på deres holdninger og adfærd, samt hvilke psykiske og sociale forhold der enten havde understøttet eller været en barriere i forhold til en livsstilsændring.

6) 3-5 måneder efter afslutningen af de afholdte weekendophold blev gruppen samlet på ny. Ved disse samlinger blev spørgeskemaet besvaret igen og deltagerne gentestet. 6 og 12 måneder efter endt intervention blev der igen gennemført interviews med de udvalgte deltagere (figur 4).



Figur 4: Tidsmæssig oversigt over testning og dataindsamling i "Sund Rekrut".

Undersøgelsesdesign

For at kunne belyse projekt "Sund Rekrut" fra flere vinkler og dermed give grundlag til at forklare, hvorfor de beskrivende og kvantitative data har udviklet sig, som de har, og forklare hvilke elementer, der har stimuleret til eventuelle adfærdsændringer, er evalueringen designet som en kombination af kvantitativ og kvalitativ metode.

Evalueringen omfatter derfor:

1. En kvantitativ analyse der både involverer testmateriale og målinger samt spørgeskemadata.
2. En kvalitativ analyse, hvor kvalitative interviews er anvendt som den primære informationskilde og metode. Formålet er, at lade disse nuancere, forklare og uddybe/kvalificere de kvantitative og empiriske data – det vil sige, anvende de psykologiske og sociale data til at forklare og uddybe elementer i relation til interventionens potentiale effekt (Olsen, 2002; Kvale, 2003).

Evalueringen er blandt andet designet med afsæt i den beskrivende og forklarende forskningstype. Den beskrivende forskningstype har til formål at beskrive deltagernes fysiologiske udvikling over tid samt effekten af interventionen.

Den forklarende forskningstype har til formål at forklare årsag-virkningsforholdet. For eksempel at analysere på data der forklarer, hvorfor deltagerne har udviklet sig, som de har. Til den forklarende forskningstype er anvendt kvalitative forskningsinterviews med et udvalg af de involverede deltagere (Launsø, 2011). Det er relevant at arbejde på denne måde, da denne metode netop indhenter nuancerede beskrivelser af deltagerens livsverden med det formål at fortolke på de motivationsfaktorer, der kan ligge bag deltagerens eventuelle livstilsændringer, og som samtidigt afspejler deltagerens betydning af disse (Kvale, 2003).

Tilgangen til de kvalitative data er hermeneutisk med det formål at nå frem til en gyldig og almen forståelse og betydning af deltagernes udtalelser (Kvale, 2003).

Materiale og inklusionskriterier

Rekrutteringen til projektet er foretaget på landsplan og i forbindelse med indkaldelse af unge til Forsvarets Dag. Alle unge mænd bliver det år de fylder 18 år indkaldt til Forsvarets Dag for at blive afklaret om, hvorvidt de kan og vil aftjene værnepligt. Data indeholdt i denne evaluering stammer fra deltagerne fra projekt "Sund Rekrut". Deltagerne er alle blevet erklæret begrænset egnet eller uegnet til værnepligt på grund af overvægt og/eller dårlig fysisk form og har derefter meldt sig frivilligt til at indgå i projektet. Disse to parametre var inklusionskriteriet. Fuld databeholdning fra samtlige hold bliver anvendt i den kvantitative analyse, hvor kun kvalitative data fra udvalgte respondenter danner grundlag for den kvalitative analyse.

Kvantitative data

De kvantitative datas primære formål er at beskrive udvikling og effekt ved at sammenligne svar og resultater før, under og efter intervention. Målet med de kvantitative data er således at analysere ændringer i antropometriske mål, fysisk aktivitet og udvalgte variabler fra spørgeskemaundersøgelsen. Disse data vil bidrage til at give fundamentet for den dybdegående kvalitative analyse. Som værktøj til at analysere de kvantitative data anvendes statistikprogrammet SPSS version 19.

Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaet indeholder deltagernes selvrapporterede besvarelser omhandlende KRAM-faktorer samt deltagernes egen opfattelse af deres generelle trivsel, selvvurderede helbred og *self-efficacy*. (Bjørner, 1997; Olsen, 2002). Besvarelserne er gennemført ved deltagernes fysiske tilstedeværelse ved starten og slutningen af interventionen samt 6, 12 og 18 måneder efter interventionens slutning.

Antropometriske mål

Da projekt "Sund Rekruts" overordnede målsætning er at få deltagerne til at tabe overskydende vægt, tabe fedtmasse, opbygge muskelmasse og dermed skabe forudsætning for en forbedret fysisk form, er det relevant at inddrage målinger på antropometriske parametre. De kvantitative data er derfor indhentet ved hjælp af målinger og test.

De antropometriske måledata er tilvejebragt under anvendelse af bioimpedansmåling med Tanita SC-331SW. Følgende mål er udvalgt til at præsentere data og beskrive en fysiologisk udvikling over tid:

- Vægt i kg.
- Muskelmasse i kg.
- Fedtmasse i kg.
- Body Mass Index (BMI).

Fysiske tests

Løbetest

Til vurdering af ”Sund Rekrut” deltagernes fysiske kapacitet er der anvendt en løbetest kaldet ”Andersen testen” (Andersen, 2008). Løbetesten er en anerkendt testmetode til at vurdere deltagernes iltoptagelse (VO_2-max) ud fra submaksimalt løbearbejde. Fordelen ved ”Andersen testen” er, at det er en simpel test, som kan teste mange deltagere på en gang på relativ kort tid. Der skal kun bruges få redskaber, og testen er forholdsvis nem at forstå. Testen udføres ved at afmærke en bane på 20 meter fx i en indendørs hal. Rekrutterne skal løbe 15 sekunder ad gangen, hvorefter testlederen råber: ” Stop!”, og rekrutterne stopper så hurtigt som muligt. Efter 15 sekunders pause sætter testlederen rekrutterne til at løbe igen. Denne procedure fortsættes i 10 minutter. Rekrutterne skal ved hver ende af banen ned og røre gulvet, før de må vende og løbe tilbage. Testen udføres ved at rekrutterne er sammen to og to, hvor den ene løber, og den anden registrerer, hvor mange baner der løbes.

Efterfølgende beregnes der, hvor mange meter der er løbet. Ud fra dette udregnes Vo_2-max ud fra følgende formel: Vo_2-max = 18,38 + (0,033 x antal løbne meter) - (5,92 x køn) Køn: Drenge = 0, piger = 1.

Rygtest

”Biering-Sørensen-testen” er anvendt til måling af rygudholdenhed. Denne test er associeret til mindre rygproblemer og vurderet valid i forhold til måling af rygudholdenhed (Latimer, 1999). Det er en hurtig og simpel test, som ligeledes er reproducerbar. Deltageren ligger med hofteben på kanten af eventuelt en plint. Overkrop og hoved løftes til og holdes i vandret position. Arme ligger afslappet langs kroppen. Stillingen holdes så længe som muligt og stopper ved udmattelse eller, hvis deltageren ikke er i stand til at holde den vandrette stilling.

Testens primære formål er at måle rygudholdenhed, men der indgår også andre parametre som forskellige musklers arbejde, herunder core-muskulaturen, samt viljen til at holde ved. Deltagerens resultat vil typisk være ligefrem proportional med vægttab og muskelopbygning (Demoulin, 2006).

Referencegruppe

Idet det fra start af projektet ikke var muligt at inkludere nok deltagere til “Sund Rekrut” til både en interventions og en referencegruppe, blev inklusion af en referencegruppe først realiseret sideløbende med inklusionen af hold 4 i ”Sund Rekrut”. Referencegruppen skulle på samme måde som ved interventionsgruppen bestå af overvægtige unge mænd og kvinder med et BMI mellem 30 og 35, og deltagerne er udvalgt på baggrund af samme ansøgning. Referencegruppens forløb kører undervejs med selve projektet, og deltagerne testes 3 gange i løbet af de seks måneder ved 1., 3. og 6. måned. Testene består af samme løbe- og rygtest udført på præcis samme måde samt måling af vægt. Ved referencegruppens første møde modtager deltagerne ½ times foredrag om sund kost, motion og motivation. Foruden dette modtager de et kortfattet skriftligt materiale om kost og fysisk aktivitet.

Kvalitative data

Der er gennemført kvalitative interviews af 6 projektdeltagere på "Sund Rekrut" hold 2. Disse er gennemført ved starten, ved afslutningen samt 12 og 18 måneder efter interventionens start. Ved starten og afslutningen af interventionen er interviews gennemført på Gerlev Idrætshøjskole. Øvrige er gennemført som telefoninterviews. Varigheden på det enkelte interview var gennemsnitligt ca. 30 min.

Formålet med analysen af de kvalitative data er at begrunde, uddybe og kvalificere de kvantitative data med det mål at kunne belyse yderligere og signifikant viden (Kvale, 2003). Udgangspunktet har været en semistruktureret interviewguide. Denne har primært haft det formål at undersøge og vurdere deltagernes umiddelbare niveau og udvikling i *stages of change*, *self-efficacy* i relation til barrierer, *decisional balance* i forhold til en afvejning af fordele og ulemper ved en adfærdsændring og samtidigt vurdere hvilke af deltagernes sociale relationer, der har haft indvirkning på det fysiske aktivitetsniveau og betydningen af denne. Desuden spørges der til, hvilken betydning selve interventionen har haft på deltagerne (Olsen, 2002).

Projektdeltagernes subjektive udtalelser fra de kvalitative interviews blev indledningsvis optaget og derefter transskriberet, kategoriset, kodet og meningskondenseret (Kvale, 2003). Transskriberingen foregik ud fra nedenstående generelle principper (Gubrium, Holstein, 2001):

- Interviews er nedfældet ordret.
- "Small talk" er ikke medtaget.
- Strukturen er låst, således at det tydeligt fremgår hvem udtalelserne stammer fra.
- Der er linjeskift mellem interviewer og den interviewede.

Etik

Deltagerne var forud for projektets igangsættelse blevet anmodet om en samtykkeerklæring på, at personlige data vedrørende helbred osv. måtte anvendes i undersøgelsen, samt tilladelse til, at Syddansk Universitet senere måtte opsøge personen igen for at indhente oplysninger om personens selvvurderede helbred, fysiske form samt vægt. Deltagelse var baseret på frivillighed, og deltagerne var informeret om projektets forløb - mundtligt og skriftligt. Deltagerens autonomi blev sikret ved, at deltageren til en hver tid frivilligt kunne træde ud af projektet. Anonymitet blev sikret ved, at det kun var de forskningsansvarlige, der havde adgang til og indsigt i registrerede data. Datatilsynet var informeret, og projektet var godkendt. Grundet projektets karakter var det ikke nødvendigt at anmelde det til Videnskabsetisk Komité.

Resultater

Resultaterne i evalueringsrapporten er opdelt således, at de kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen præsenteres indledningsvist. Herefter præsenteres resultaterne fra den kvalitative interviewundersøgelse. Resultaterne kommenteres undervejs i afsnittene, men diskuteres og sammenstilles først i diskussionsafsnittet.

Først i afsnittet beskrives deltagernes baggrund og grundlæggende baselineværdier. Herefter beskrives udviklingen i vægtdata, fysisk aktivitet og bevidsthed omkring kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. I det kvalitative afsnit vil der blive fokuseret på deltagernes ændringsparathed, self-efficacy, oplevelse af barrierer og sociale forhold som forudsætning for deres adfærdsændring.

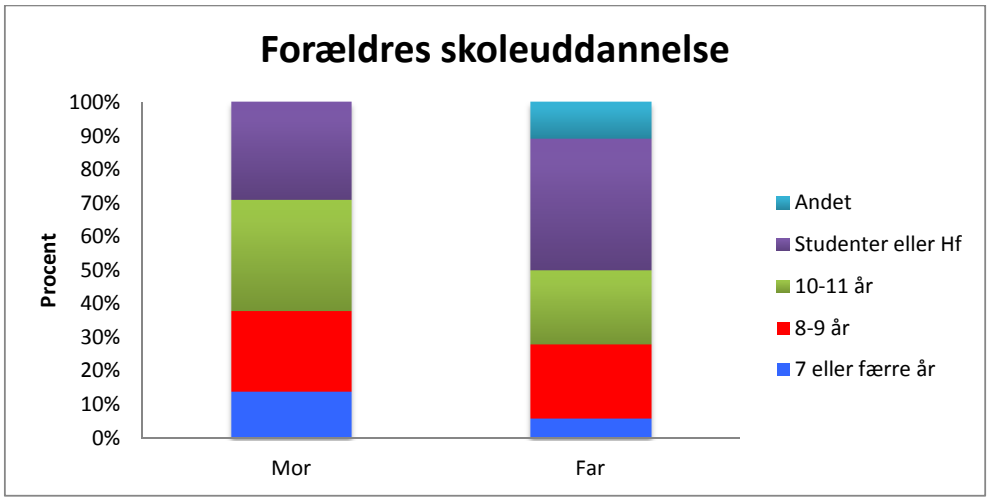
Baggrundsdata

Deltagerne i projekt "Sund Rekrut" var primært unge mænd i alderen 18 – 21 år. Gennemsnitsalderen var 20 år. Størsteparten af deltagerne i projekt "Sund Rekrut" havde et grunduddannelsesforløb til og med 10. klasse. Efter 10. klasse havde flere påbegyndt en ungdomsuddannelse som eksempelvis HTX, HF eller lignende. Flere var dog sprunget fra, havde søgt andre veje som lærling eller midlertidige jobs, og andre var jobsøgende. Nogle boede stadig hjemme hos forældrene, andre var flyttet hjemmefra. Et fåtal var skilsmissebørn. De fleste havde 1-2 søskende. Dem hvis forældre var fraskilt havde ligeså halvsøskende. Af fritidsinteresser blev typisk nævnt boldspil og fitness på et let til moderat og ustruktureret plan. Flere nævner, at en del tid går med computerspil, tv, lektielæsning og samvær med venner. Typisk gives der udtryk for en manglende struktur i hverdagen ud over skole og eventuelt job.

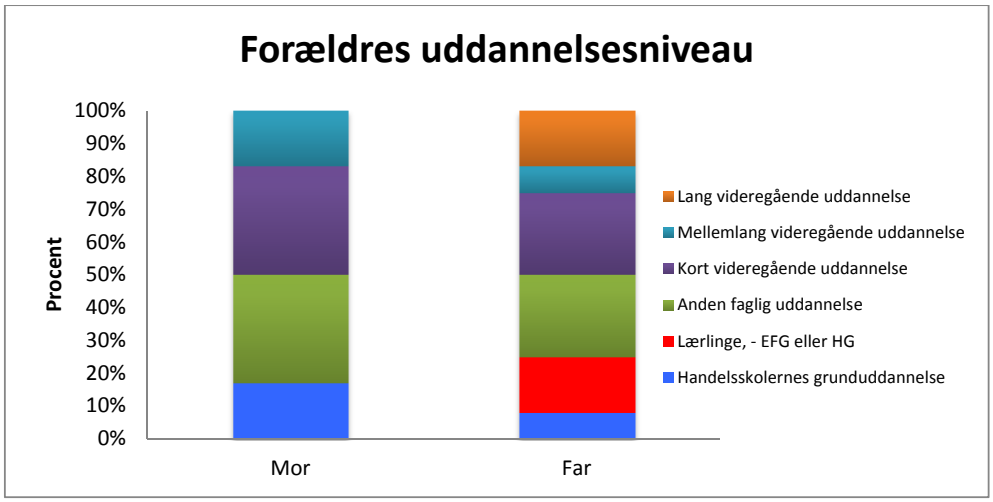
For at give et mere generelt indtryk af deltagerne i "Sund Rekrut" er der lavet en analyse af uddannelses- samt indkomstniveauet hos deres forældre. Resultaterne viser, at uddannelsesniveauet hos moren til de deltagende i gennemsnit fordeler sig ved, at 14 % har gået 7 eller færre år i skole. 24 % har 8-9 års skolegang, 33 % har 10-11 års skolegang og 29 % har studenter eller HF eksamen. For fædrene fordeler uddannelsesniveauet sig med 6 % med 7 eller færre års skolegang, 22 % med 8-9 års skolegang, 22 % med 10-11 års skolegang, 29 % med studenter eller HF eksamen og 11 %, som har anden uddannelse (figur 5).

Resultaterne viser desuden, at 81 % af mødrene og 88 % af fædrene har fuldført en erhvervsuddannelse. Figur 6 viser fordelingen af forældrene på forskellige uddannelsesniveauer, hvor de største procentandele er fordelt på henholdsvis "Anden faglig uddannelse" med 33 og 25 % og "Kort videregående uddannelse" på 33 og 25% (figur 6).

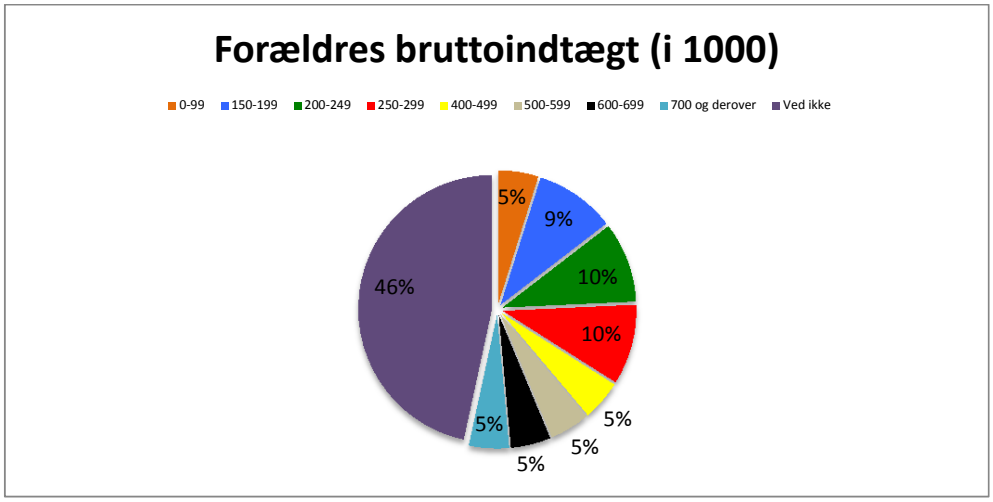
Resultaterne viser desuden, at forældrenes bruttoindtægt for familien det forrige år er jævn fordelt med et gennemsnit på cirka 500-599.000 kr. (figur 7).



Figur 5. Skoleuddannelsesniveau for forældrene til deltagerne i "Sund Rekrut"



Figur 6. Erhvervsuddannelsesniveau for forældrene til deltagerne i "Sund Rekrut".



Figur 7. Forældrenes bruttoindtægt for deltagerne i "Sund Rekrut".

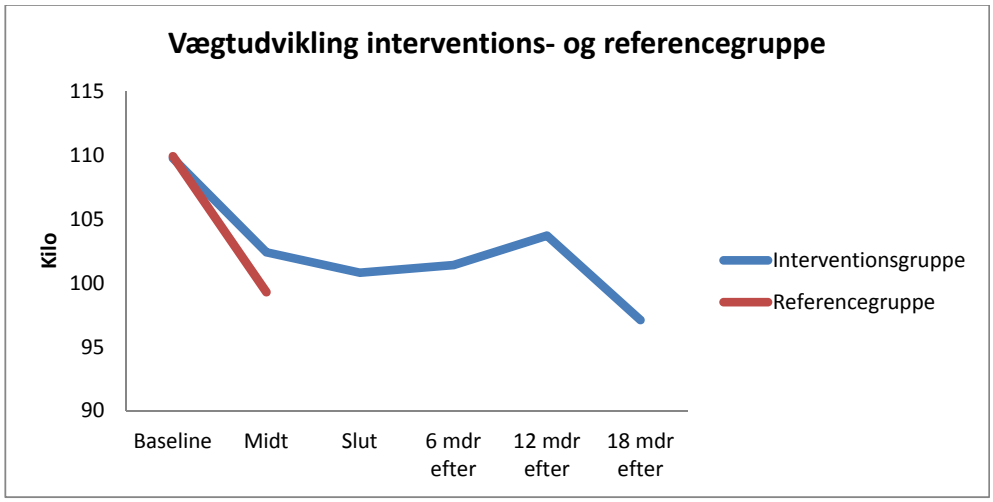
Antropometriske data

Vægt, BMI, fedt- og muskelmasse

Idet et af hovedkriterierne for at blive erklæret ”begrænset egnet” til Forsvarets Dag er overvægt, er en af de primære målsætninger for ”Sund Rekrut”, at deltagerne under interventionen taber sig.

Vægt

Resultaterne viser, at deltagerne i ”Sund Rekrut” ved baseline af “Sund Rekrut” har en gennemsnitlig vægt på 110 kg (80 - 135 kg). Midtvejs i ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige vægt 102 kg (76-128 kg). Det svarer til et gennemsnitligt vægttab på 8 kg. Ved afslutningen af ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige vægt 101 kg (74-122 kg), hvilket svarer til et gennemsnitligt vægttab fra start til slut på 9 kg. Betragtes deltagernes vægttab fra slut af interventionen til opfølgningsperioderne på 6 og 12 måneder, er værdierne henholdsvis 101 kg og 104 kg. Det svarer til et gennemsnitligt vægttab fra baseline til et år efter interventionsophør på 6 kg. Vægttabet er statistisk signifikant til alle tidspunkter (tabel 1). Dog begrænses validiteten af resultaterne ved 6, 12 og 18 mdr. efter interventionsophør af et lille antal besvarelser. Referencegruppen, hvis værdier udelukkende er registreret ved baseline og ved midten af interventionen oplever et vægttab på 11 kg fra 110 kg til 99 kg. Troværdigheden af referencegruppens værdier indskrænkes dog af et begrænset antal besvarelser. Gruppernes vægttab er illustreret i figur 8 og tabel 1.



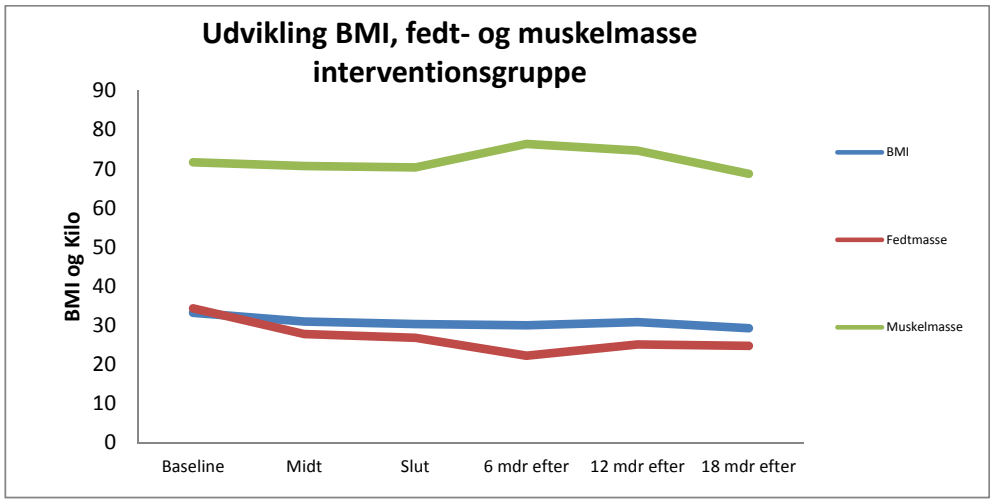
Figur 8. Udvikling af vægt for alle deltagere i ”Sund Rekrut” fra start til slut

Gruppe	Tid	Vægt	CI	P<	n=
Intervention	Baseline - Midt	109,75 vs. 102,36	3,21-11,56	0,001	67,65
Intervention	Baseline – Slut	109,75 vs. 100,83	4,93-12,89	0,000	67,65
Intervention	Baseline – 6 mdr.	109,75 vs. 101,35	2,27-14,52	0,008	67,22
Intervention	Baseline – 12 mdr.	109,75 vs. 103,66	-0,49-12,66	0,069	67,16
Intervention	Baseline – 18 mdr.	109,75 vs. 97,1	6,09-19,19	0,000	67,19
Reference	Baseline - Midt	109,90 vs. 99,28	0,51-20,80	0,04	23,8

Tabel 1. Sammenligning af vægtudvikling for interventionsgruppen i "Sund Rekrut".

BMI

Resultaterne viser, at deltagerne i "Sund Rekrut" ved opstarten af "Sund Rekrut" har et gennemsnitlig BMI på 33,2. Midtvejs i "Sund Rekrut" var det gennemsnitlige BMI 31,0. Det svarer til en gennemsnitlig nedgang i BMI på 2,2. Ved afslutningen af "Sund Rekrut" var det gennemsnitlige BMI 30,4, hvilket svarer til en gennemsnitlig nedgang i BMI fra start til slut på 2,8. Henholdsvis 6 og 12 måneder efter er BMI 30,8 og 29,3. Resultaterne viser en statistisk signifikant forskel i udviklingen i BMI fra baseline til slut på interventionen, p<0,001. Den gennemsnitlige udvikling i BMI er illustreret i figur 9 og tabel 2.



Figur 9. Udvikling i gennemsnitlig BMI, Fedt- og muskelmasse for interventionsgruppen i "Sund Rekrut" fra baseline til 18 mdr. Efter interventionsstart.

Parameter	Gruppe	Tid	Vægt	CI	P<	n=
BMI	Intervention	Baseline - Slut	33,24 vs. 30,4	1,95-3,84	0,001	67,65
Muskelmasse	Intervention	Baseline – Slut	71,69 vs. 70,39	-1,93-4,54	0,425	67,65
Fedtmasse	Intervention	Baseline – Slut	34,35 vs. 26,82	4,81-10,25	0,000	67,22

Tabel 2. Sammenligning af udvikling i BMI, muskel- og fedtmasse for interventionsgruppen i "Sund Rekrut".

Muskelmasse

Resultaterne viser, at deltagerne i ”Sund Rekrut” ved baseline af “Sund Rekrut” har en gennemsnitlig muskelmasse på 71,7 kg. Midtvejs i ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige muskelmasse 70,8 kg. Det svarer til et gennemsnitligt tab af muskelmasse på 0,9 kg. Ved afslutningen af ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige muskelmasse på 70,4 kg, hvilket svarer til et gennemsnitligt tab af muskelmasse fra start til slut på 1,3 kg. Henholdsvis 6 og 12 måneder efter var muskelmassen 74,7 og 68,8. Resultaterne viser, at der ikke er statistisk forskel på muskelmassen ved baseline og ved slut intervention. Dette illustrerer, at deltagerne i ”Sund Rekrut” på trods af signifikant vægttab formår at bibeholde deres muskelmasse og derved udelukkende opnår vægttab på grund af tab af fedtmasse. Den gennemsnitlige udvikling i muskelmasse er illustreret i figur 9 og tabel 2.

Fedtmasse

Resultaterne viser, at deltagerne i ”Sund Rekrut” ved baseline af “Sund Rekrut” har en gennemsnitlig fedtmasse på 34,4 kg. Midtvejs i ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige fedtmasse 27,8 kg. Det svarer til et gennemsnitligt tab af fedtmasse på 6,6 kg. Ved afslutningen af ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige fedtmasse på 26,8 kg, hvilket svarer til et gennemsnitligt tab af fedtmasse fra start til slut på 7,6 kg. Henholdsvis 6 og 12 måneder efter var fedtmassen 25,1 og 24,8. Resultaterne viser en statistisk signifikant forskel i udviklingen i fedtmasse fra baseline til slut på interventionen, $p<0,000$. Det gennemsnitlige tab af fedtmasse er illustreret i figur 9 og tabel 2.

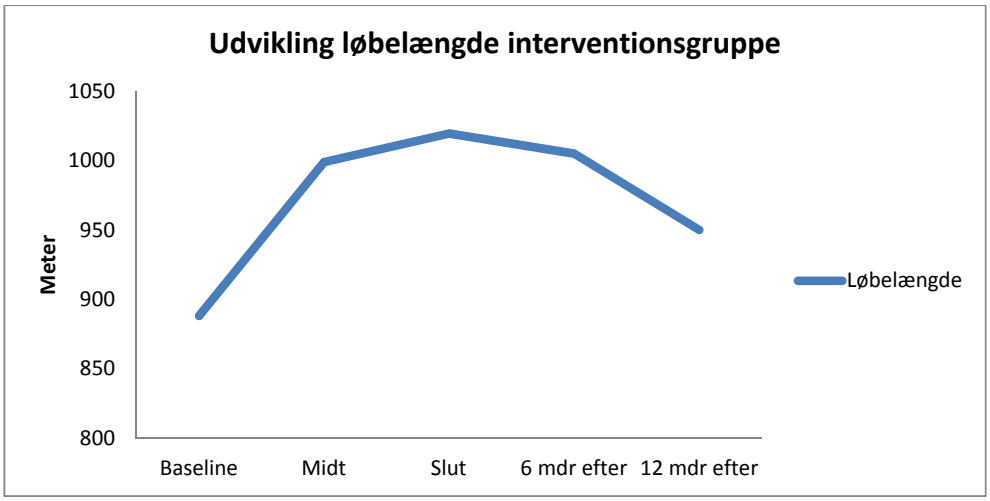
Opsummering vægt og BMI

Generelt viser resultaterne en positiv udvikling i ”Sund Rekrut” deltagernes vægt. Deltagerne reducerer deres BMI ved et statistisk signifikant tab af fedtmasse. Desuden viser resultaterne, at deltagerne vedligeholder deres muskelmasse. Disse resultater til sammen understreger, at målsætningen for ”Sund Rekrut om at sænke deltagernes vægt, fedtmasse og dermed BMI er opnået.

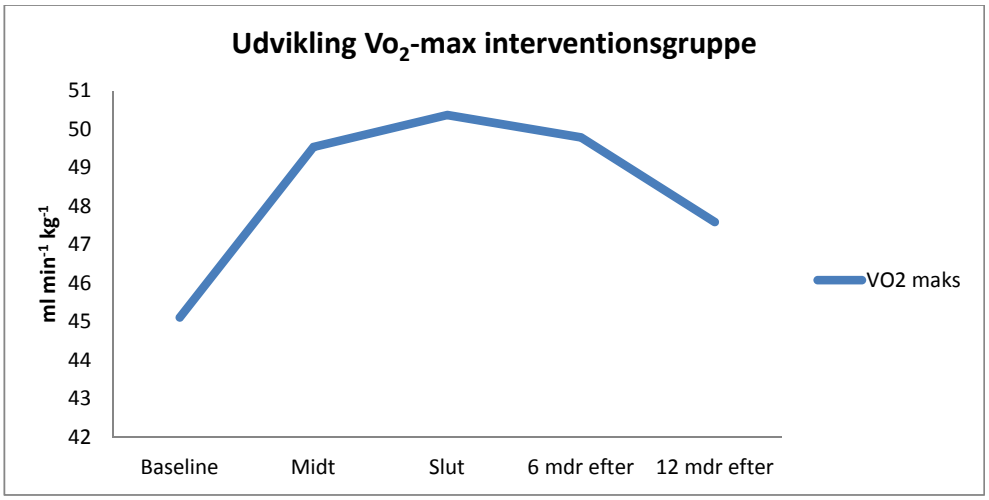
Fysisk kapacitet

Andersen-test

Resultaterne viser, at deltagerne i ”Sund Rekrut” ved opstarten af “Sund Rekrut” har en gennemsnitlig løbedistance på 888 meter, hvilket svarer til en gennemsnitlig VO_2-max på 45,1. Midtvejs i ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige løbedistance 999 meter. Det svarer til en gennemsnitlig VO_2-max på 49,5. Dette illustrerer en gennemsnitlig forbedring i løbedistance på 111 meter og en gennemsnitlig forbedring af VO_2-max på 4,4 ml min^{-1} kg^{-1}. Ved afslutningen af ”Sund Rekrut” var den gennemsnitlige løbedistance på 1019 meter. Det svarer til en gennemsnitlig VO_2-max på 50,4. Resultaterne illustrerer en gennemsnitlig forbedring i løbedistance fra start til slut på 131 meter og en gennemsnitlig forbedring af VO_2-max på 5,3 ml min^{-1} kg^{-1}. Henholdsvis 6 og 12 måneder efter interventionsstart var løbelængden 1005 og 950 (figur 10 og 11). Resultaterne viser, at der er statistisk signifikant forskel på deltagernes løbelængde og VO_2-max fra baseline til midt, slut og 6 mdr. efter interventionen (tabel 3).



Figur 10. Udvikling af gennemsnitlig løbedistance for alle deltagere i "Sund Rekrut" fra start til slut



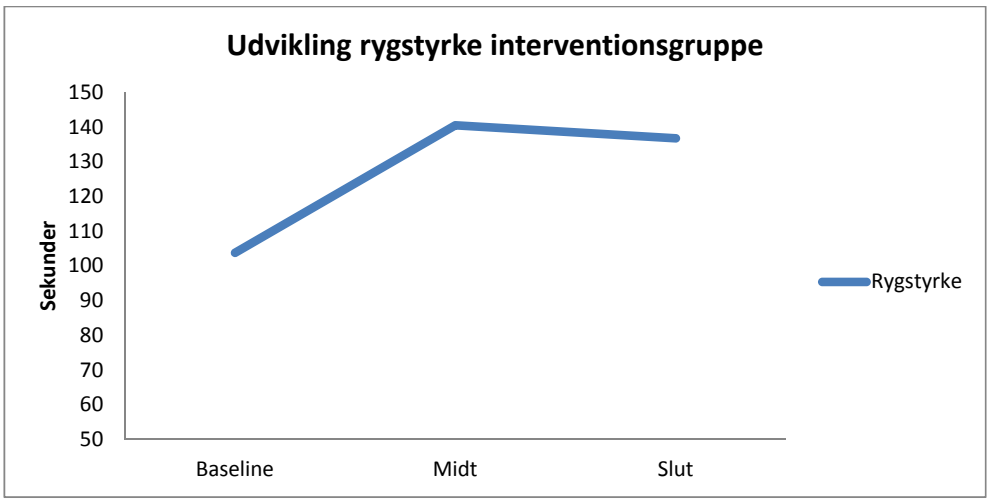
Figur 11. Udvikling af gennemsnitlig Vo_2-max for alle deltagere i "Sund Rekrut" fra start til 12 mdr. efter interventionsstart.

Parameter	Tid	Meter / Vo2-max	CI	P<	n=
Løbelængde	Baseline - Midt	888 vs. 999	-148-72,74	0,001	63,59
Løbelængde	Baseline – Slut	888 vs. 1019	-171,1 - - 91,63	0,000	63,46
Løbelængde	Baseline – 6 mdr.	888 vs. 1005	-206,1 - - 27,77	0,01	63,6
VO_2-max	Baseline - Midt	45,11 vs. 49,54	-5,95 - - 2,90	0,000	63,59
VO_2-max	Baseline – Slut	45,11 vs. 50,37	-6,84 - - 3,66	0,000	63,46
VO_2-max	Baseline – 6 mdr.	45,11 vs. 49,79	-8,24 - - 1,11	0,011	63,6

Tabel 3. Udvikling af gennemsnitlig løbelængde og VO_2-max for interventionsgruppen i "Sund Rekrut" fra start til 6 mdr. efter.

Biering-Sørensen test

Resultaterne viser, at deltagerne i ”Sund Rekrut” ved baseline af “Sund Rekrut” gennemsnitligt kan arbejde statisk med ryggen i 104 sekunder. Midtvejs i ”Sund Rekrut” kunne deltagerne gennemsnitligt arbejde i 140 sekunder, hvilket svarer til en forbedring i statisk arbejdstid på 36 sekunder. Ved afslutningen af ”Sund Rekrut” kunne deltagerne gennemsnitligt arbejde statisk med ryggen i 137 sekunder, hvilket svarer til en gennemsnitlig forbedring fra start til slut på 33 sekunder. Ved 6, 12 og 18 måneder efter interventionen er der kun meget få testresultater, og de er derfor ikke medtaget. Resultaterne viser, at der er statistisk forskel fra baseline til midt (103,7 vs. 140,5 p<0,001) og fra baseline til slut (103,7 vs. 136,8 p<0,000) af interventionen (figur 12 og tabel 4).



Figur 12. Udvikling af gennemsnitlig rygstyrke for deltagere i interventionen i ”Sund Rekrut” fra baseline til slut.

Parameter	Tid	Vægt	CI	P<	n=
Rygstyrke	Baseline - Midt	103,74 vs. 140,48	-53,81 - - 19,65	0,001	63,58
Rygstyrke	Baseline – Slut	103,74 vs. 136,75	-50,44 - - 15,57	0,000	63,49

Tabel 4. Udvikling af gennemsnitlig rygstyrke for interventionsgruppen i ”Sund Rekrut” fra start til slut.

Opsummering af fysisk kapacitet

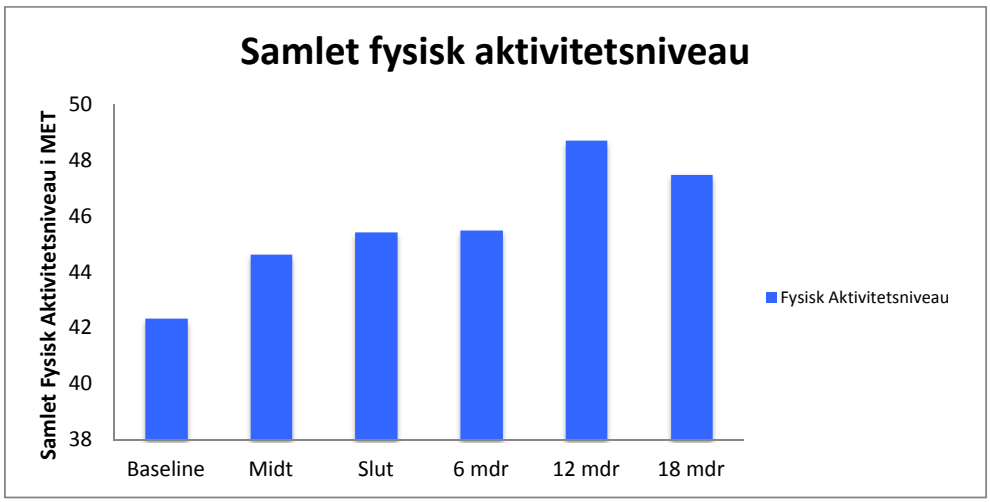
Generelt viser resultaterne en positiv udvikling i ”Sund Rekrut” deltagernes løbedistance, VO_2-max og statiske rygstyrke. Disse resultater til sammen understreger, at målsætningen for ”Sund Rekrut” om at øge deltagernes fysiske kapacitet under interventionen er opnået. Desværre giver resultaterne ikke mulighed for at fastslå, hvorvidt forbedringer fastholdes efter endt intervention.

Selvrapporterede parametre

Nedenstående resultater stammer fra de spørgeskemaer, som deltagerne løbende før, under og efter interventionen har udfyldt.

Samlet fysisk aktivitetsniveau

Generelt er det af stor betydning for deltagerne i ”Sund Rekrut”, at deres samlede daglige fysiske aktivitetsniveau øges. I den forbindelse har deltagerne udfyldt et spørgeskema, der registrerer den fysiske aktivitet og de forbrugte MET (Norman, Bellocco et al., 2001). 1 MET er det energiforbrug, der kræves for at være i hvile, hvilket svarer til 3,5 ml O_2/(kg*min). Resultaterne viser, at deltagerne signifikant øger deres mængde af fysisk aktivitet fra baseline til midt (42,34 vs. 44,64 p<0.037), fra baseline til slut (42,34 vs. 45,41 p<0.013), fra baseline til 12 mdr. efter (42,34 vs. 48,69 p<0,000) og fra baseline til 18 mdr. efter (42,34 vs. 47,47 p<0,007). Desuden er der en tendentiel stigning fra baseline til 6 mdr. efter interventionen (42,34 vs. 45,49 p<0,061) (figur 13 og tabel 5). Ved sammenligning imellem interventionsgruppe og referencegruppe ses ingen statistisk signifikant forskel imellem grupperne hverken ved baseline eller slut intervention (42,34 vs. 40,88 p=0,408) og (45,41 vs. 47,64 p=0,259) (tabel 5).

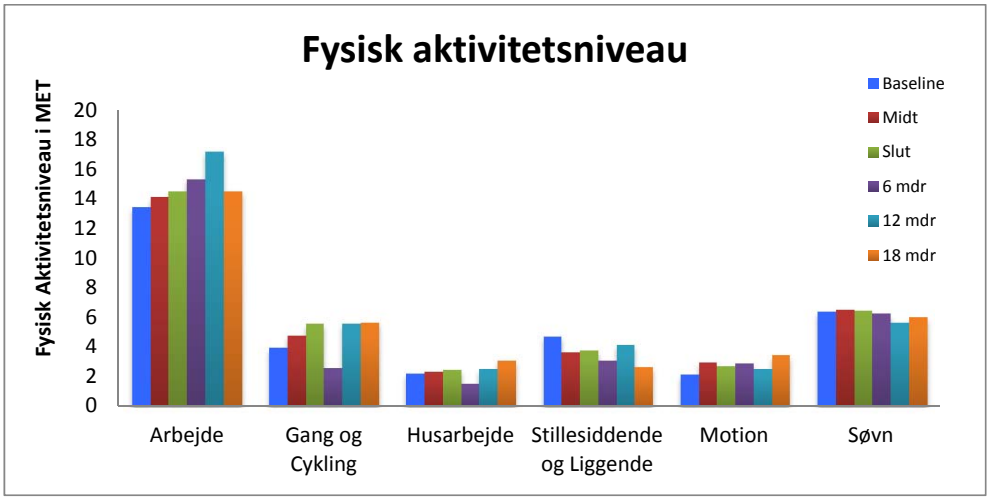


Figur 13. Udviklingen af samlet fysisk aktivitetsniveau (MET) for deltagerne i ”Sund ”Rekrut” ved baseline, midt, slut,6 mdr., 12 mdr. Og 18 mdr. efter interventionsophør.

Parameter	Gruppe	Tid	Fysisk aktivitetsniveau	CI	P<	n=
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention	Baseline - Midt	42,34 vs. 44,64	-4,45 - -0,15	0,037	70,65
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention	Baseline – Slut	42,34 vs. 45,41	- 5,45 - - 0,67	0,013	70,41
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention	Baseline – 6 mdr.	42,34 vs. 45,49	- 6, 44 – 0,14	0,061	70,18
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention	Baseline – 12 mdr.	42,34 vs. 48,69	-9,78 - - 2,89	0,000	70,21
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention	Baseline – 18 mdr.	42,34 vs. 47,47	-8,8 - - 1,45	0,007	70,17
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention vs. reference	Baseline	42,34 vs. 40,88	- 2,03 – 4,95	0,408	70,17
Fysisk aktivitetsniveau	Intervention vs. reference	Slut	45,41 vs. 47,64	- 6,16 – 1,69	0,259	41,10

Tabel 5. Udvikling af samlet fysisk aktivitetsniveau for interventionsgruppen i "Sund Rekrut" fra start til 18 mdr. efter interventionsstart.

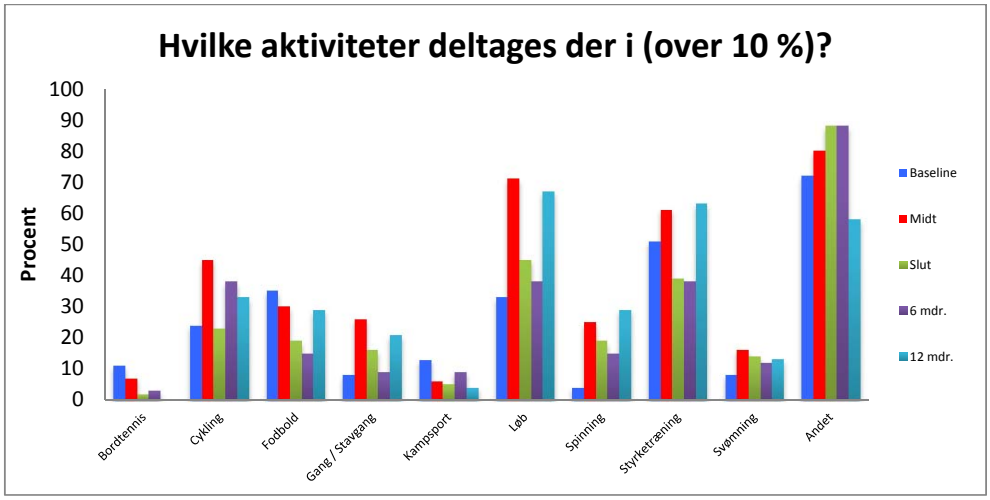
Resultaterne viser desuden, at det primært er en øgning af fysiske aktiviteter relateret til arbejde, gang og cykling samt motion, der er årsagen til den positive udvikling. Der ses desuden en hensigtsmæssig reduktion af det energiforbrug, der opstår på baggrund af stillesiddende eller liggende aktiviteter (figur 14).



Figur 14. Udviklingen af fysisk aktivitetsniveau (MET) fordelt på arbejde, gang og cykling, husarbejde, stillesiddende og liggende aktiviteter, motion og søvn for deltagerne i "Sund "Rekrut" ved baseline, midt, slut, 6 mdr., 12 og 18 mdr. efter interventionsophør.

Hvilke aktiviteter er deltagerne engageret i?

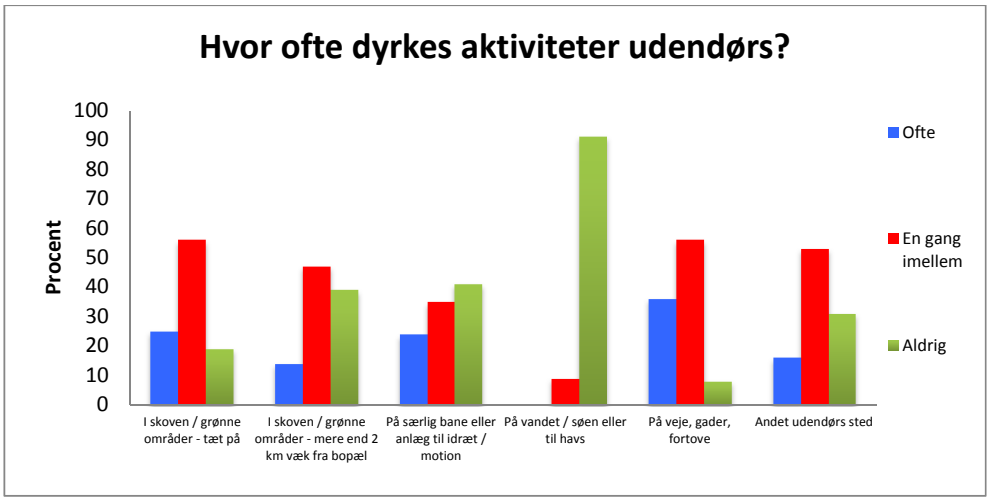
Deltagerne blev i spørgeskemaundersøgelsen ligeledes spurgt til, hvilke aktiviteter de deltog i, om det foregik udendørs, og på hvilken måde aktiviteterne var organiseret. I relation til de mest benyttede aktiviteter viser figur 15 og tabel 6 de aktiviteter, som over 10 procent af deltagerne i interventionen har angivet, at de er aktive i forbindelse med. Resultaterne viser at de aktiviteter, der har den højeste procentandel, er løb, styrketræning, cykling, fodbold og ”andet” (figur 15 og tabel 6). I forhold til udendørsaktiviteter viser figur 16 at de udendørsområder, der oftest anvendes af deltagerne ved slut intervention i ”Sund Rekrut”, er veje, gade og fortove, skoven (i nærområdet) samt særlige baner og anlæg. Havet og søer samt udearealer mere end 2 km fra bopælen bliver ikke ret ofte anvendt (figur 16).



Figur 15. De aktiviteter, som min. 10 procent af deltagerne i ”Sund Rekrut” er fysisk aktive i forbindelse med ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.

Disciplin	Baseline %	Midt %	Slut %	6 mdr. %	12 mdr. %
Bordtennis	11	7	2	3	0
Cykling	24	45	23	38	33
Fodbold	35	30	19	15	29
Gang / Stavgang	8	26	16	9	21
Kampsport	13	6	5	9	4
Løb	33	71	45	38	67
Spinning	4	25	19	15	29
Styrketræning	51	61	39	38	63
Svømning	8	16	14	12	13
Andet	72	80	88	88	58

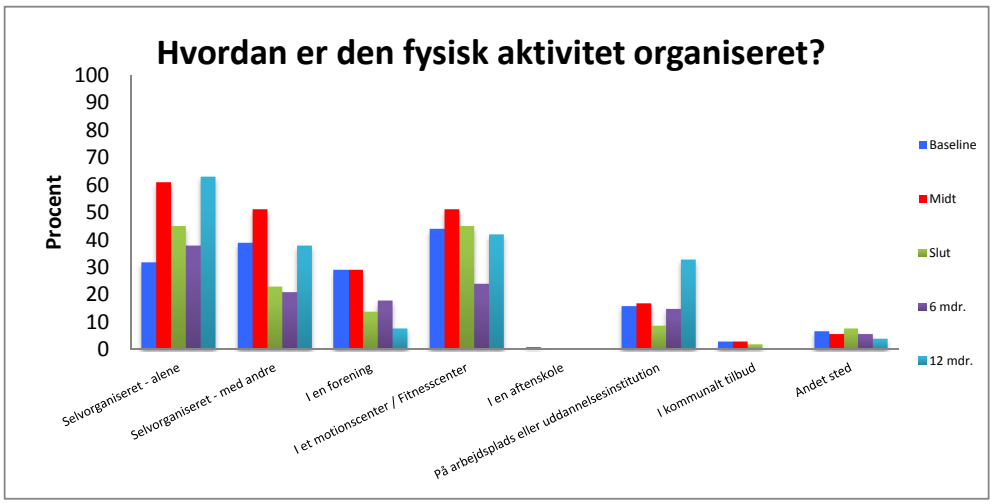
Tabel 6. De aktiviteter, som min. 10 procent af deltagerne i ”Sund Rekrut” er fysisk aktive i forbindelse med ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.



Figur 16. Hvor ofte forskellige udendørsarealer benyttes af deltagerne i "Sund Rekrut" til fysisk aktiviteter ved slut intervention.

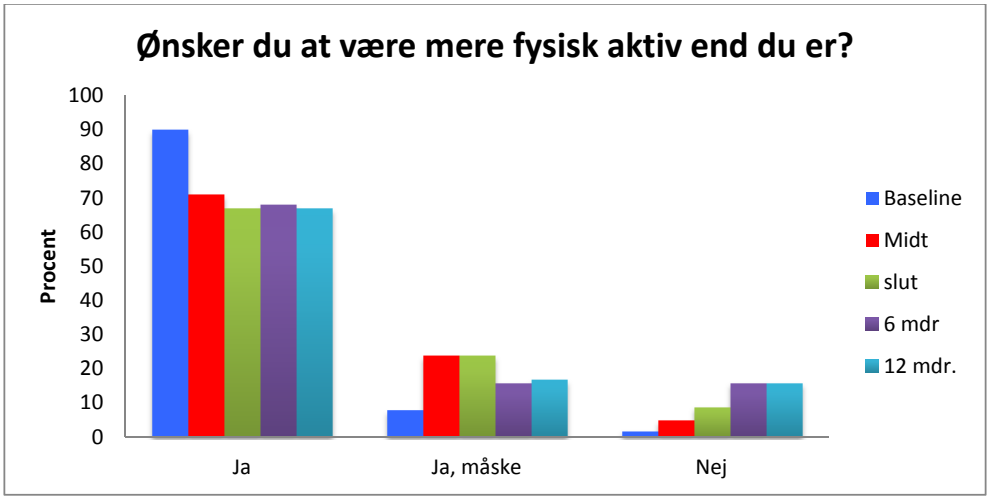
Hvordan er de fysiske aktiviteter organiseret

Deltagerne blev i spørgeskemaet ligeledes spurgt til, på hvilken måde de aktiviteter, som de var engageret i, var organiseret. Som det ses af figur 17, er aktiviteterne primært selvorganiseret (alene) eller selvorganiseret (sammen med andre). Ligeledes er der en stor procentandel, hvis aktiviteter er organiseret via et motions- eller fitnesscenter. Færre har deres aktiviteter organiseret via foreninger og arbejdsplads / uddannelsesinstitution. Betragtes udviklingen over tid fra baseline til 12 mdr. efter interventionens ophør, ses der en øget tendens til, at deltagerene gør brug af aktiviteter, der er selvorganiseret (alene) samt brug af arbejdspladsens / uddannelsesinstitutionens faciliteter (figur 17).



Figur 17. På hvilken måde er de aktiviteter, som deltagerne i "Sund Rekrut" er en del af, organiseret ved baseline, midt, slut, 6 mdr. og 12 mdr. efter interventionen.

Resultaterne viser desuden, at deltagerne generelt ønsker at være mere fysisk aktive, end de er. Ved baseline ønsker 90 % af være mere aktiv. Dette falder til 67 % ved afslutningen af interventionen og fastholdes indtil 12 mdr. efter interventionsophør (figur 18). Desuden viser resultaterne, at deltagerne på en skala fra 0-10 gennemsnitligt vurderer fysisk aktivitet til at være meget vigtigt. Resultaterne viser en statistisk signifikant positiv udvikling i opfattelsen af fysisk aktivitet som vigtigt fra baseline til afslutningen af interventionen (7,22 vs. 8,48 p <0.001) (figur 19).



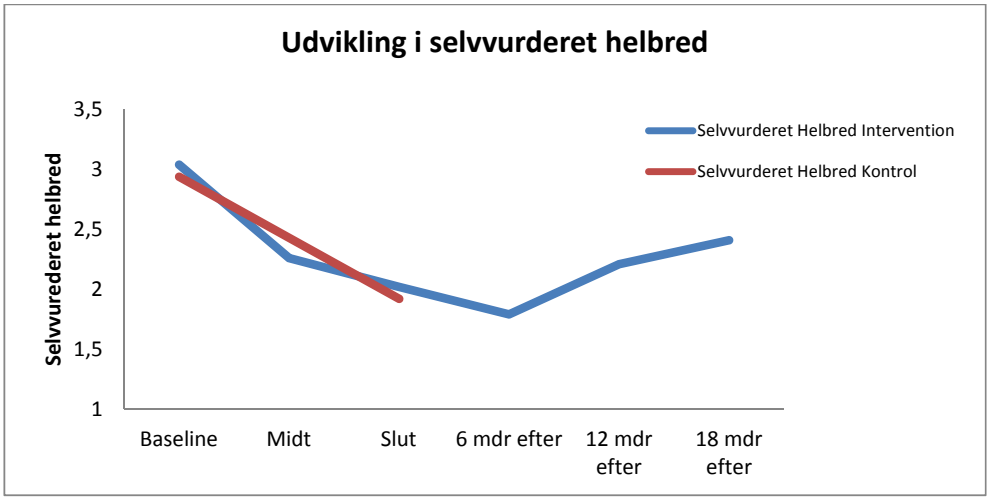
Figur 18. Illustrerer procentandelen af deltagerne i "Sund Rekrut", der ønsker at være mere fysisk aktive, end de er.

Figur 19. Vigtigheden af at være fysisk aktiv for deltagerne i "Sund Rekrut" ved baseline, midt, slut, 6 mr. efter og 12 mdr. efter interventionen.

Selvvurderet helbred

I forhold til selvvurderet helbred svarer deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen på, hvordan de opfatter deres selvvurderede helbred alt i alt. Jo lavere værdien er i de enkelte kategorier, jo bedre vurderer deltagerne deres selvvurderede helbred.

Resultaterne for selvvurderet helbred ”alt i alt” viser, at værdierne for henholdsvis baseline, midt, slut, 6 mdr., 12 mdr. og 18 mdr. ser således ud: 3,04; 2,26; 2,02; 1,79; 2,21 og 2,41. Resultaterne viser et fald på 0,78 fra baseline til midt, hvilket er statistisk signifikant (3,04 vs. 2,26 p<0,000) og et fald fra baseline til slut på 1,02, hvilket også er statistisk signifikant (3,04 vs. 2,02 p<0,000). Desuden viser resultaterne, at den positive udvikling fra baseline fortsætter med at være statistisk signifikant ved 6, 12 og 18 mdr. efter interventionen (figur 20 og tabel 7). Referencegruppen i ”Sund Rekrut” oplever ligeledes en ændring i deres selvvurderede helbred fra baseline til slutningen af interventionen. Ved baseline var værdien 2,94 og ved slut 1,92. Dette svarer til et statistisk signifikant fald på 1,02 p<0.000 (figur 20 og tabel 7). Der er ingen statistisk signifikant forskel imellem interventionsgruppen og referencegruppen hverken ved baseline eller slut intervention (tabel 7).



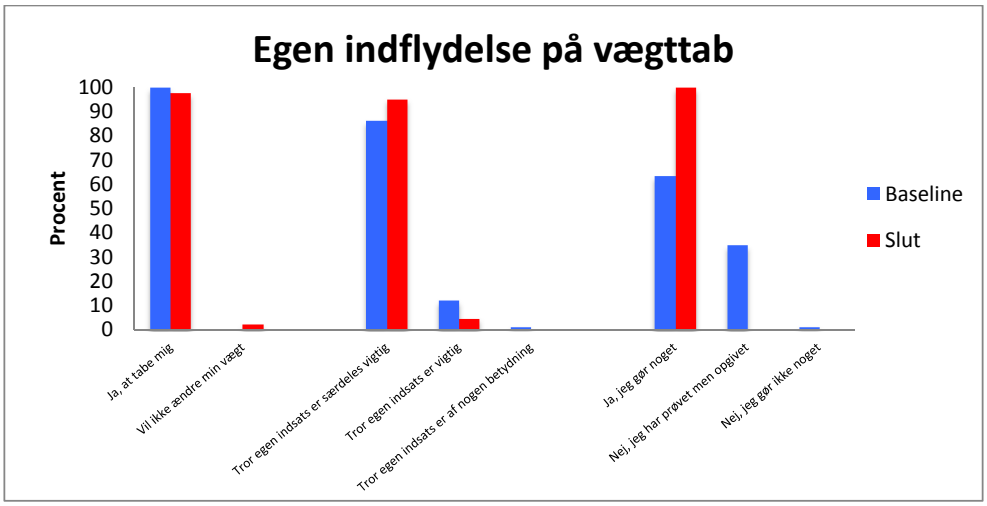
Figur 20. Udvikling af gennemsnitlig selvvurderet helbred for deltagere i interventionen samt referencegruppen i ”Sund Rekrut” fra baseline til 18 mdr. efter interventionsophør.

Parameter	Gruppe	Tid	Selvvurderet helbred	CI	P<	n=
Selvvurderet helbred	Intervention	Baseline - Midt	3,04 vs. 2,26	0,52-1,06	0,000	74,66
Selvvurderet helbred	Intervention	Baseline – Slut	3.04 vs. 2,02	0,69 – 1,34	0,000	74,42
Selvvurderet helbred	Intervention	Baseline – 6 mdr.	3,04 vs. 1,79	0,79 - 1,71	0,000	74,19
Selvvurderet helbred	Intervention	Baseline – 12 mdr.	3,04 vs. 2,21	0,40 – 1,26	0,000	74,24
Selvvurderet helbred	Intervention	Baseline – 18 mdr.	3,04 vs. 2,21	0,29 – 1,26	0,002	74,19
Selvvurderet helbred	Reference	Baseline - Slut	2,94 vs. 1,92	-0,31 – 0,51	0.000	18,13
Selvvurderet helbred	Intervention vs. Reference	Baseline	3,04 vs. 2,94	-0,37 – 0,56	0,683	74,18
Selvvurderet helbred	Intervention vs. Reference	Slut	2,02 vs. 1,92	-0,31-0,51	0,624	42,13

Tabel 7. Udvikling af selvvurderet helbred for interventionsgruppen i "Sund Rekrut" fra start til 18 mdr. efter interventionsstart. Udvikling af selvvurderet helbred for Referencegruppen fra start til slut samt forskellen på interventionsgruppe og Referencegruppe ved baseline samt ved slut intervention.

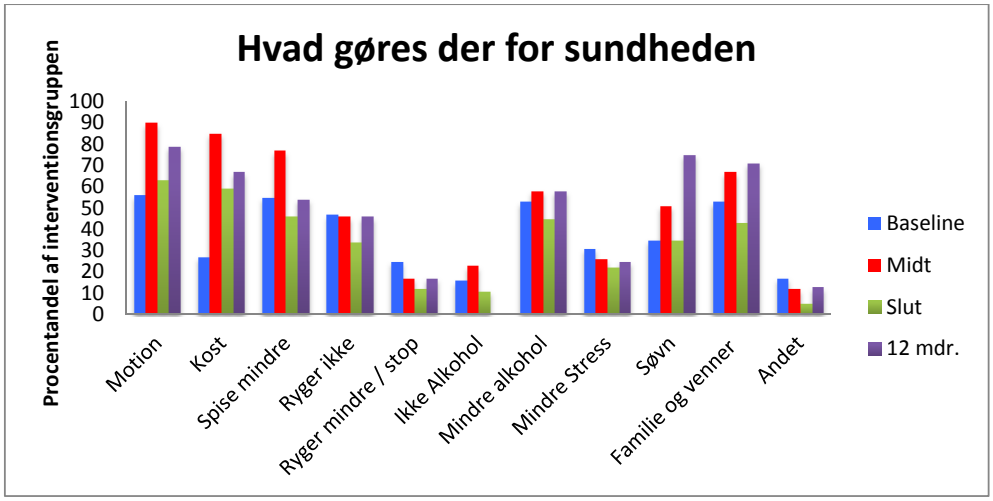
Vurdering af egen indflydelse på vægttab

Deltagerne blev ved start og slut af interventionen spurgt om, hvorvidt de ønsker at ændre deres vægt, om de tror, deres egen indsats er vigtig, samt hvorvidt de er aktive i denne proces. Resultaterne viste, at næsten alle (100 og 98%) ved baseline og slut af interventionen ønsker at tabe sig i vægt. En tilsvarende høj procentandel (86 og 95%) vurderer, at deres egen indsats er vigtig i forhold til dette. Afslutningsvis vurderer henholdsvis 64 % ved baseline, at de gør noget for deres vægt, imens 100% ved slut vurderer, at de gør noget for deres vægttab (figur 21).



Figur 21. Udvikling af "Egen indflydelse på vægttab" for deltagere i interventionen i "Sund Rekrut" fra baseline til slut.

Ud over deltagernes opfattelse af deres egen indflydelse på deres vægt blev de adspurgt direkte til deres handlinger i forhold til konkrete sundhedsforbedrende tiltag som eksempelvis motion, kost, rygning og alkohol. Resultaterne viser, at der generelt er en større procentandel af deltagerne ved midt af interventionen, der har taget aktive sundhedsfremmende valg overfor mange forskellige faktorer. Herefter sker der på generelt niveau et fald i procentandelen, der aktivt arbejder med en sundhedsfremmende indsats til slutningen af interventionen. Dette sker dog til et niveau, der fortsat er højere end ved baseline. Resultaterne viser også, at andelen af interventionsdeltagerne, der fortsat er aktive i forhold til en sundhedsfremmende indsats 12 mdr. efter intervention, er højere end ved baseline. De indsatsområder, der har størst tilslutning, er motion, kost, alkohol, søvn samt familie og venner. Resultaterne er illustreret i figur 22 og tabel 8.



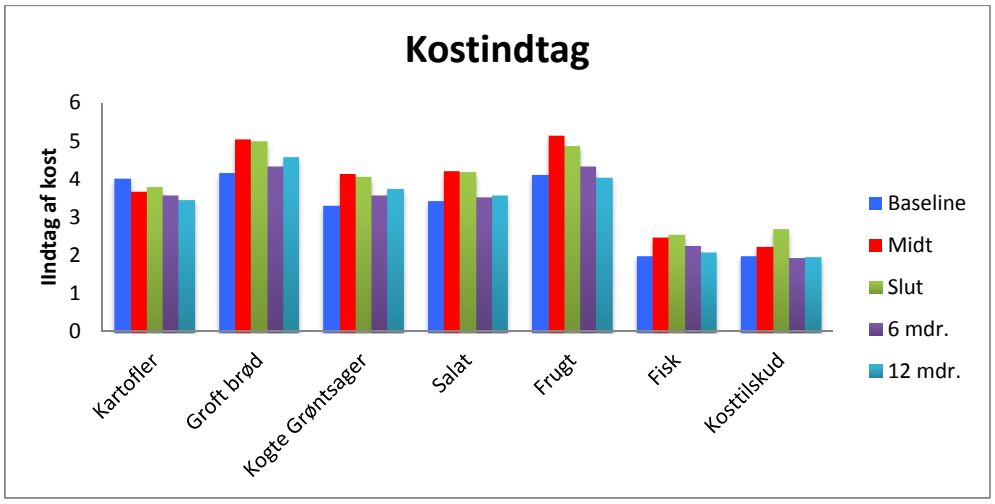
Figur 22. Hvad gøres der for sundheden i interventionsgruppen ved baseline, midt, slut og 12 mdr. efter interventionen.

	Baseline	Midt	Slut	12 mdr.
Motion	56	90	63	79
Kost	27	85	59	67
Spise mindre	55	77	46	54
Ryger ikke	47	46	34	46
Ryger mindre / stop	25	17	12	17
Ikke Alkohol	16	23	11	0
Mindre alkohol	53	58	45	58
Mindre Stress	31	26	22	25
Søvn	35	51	35	75
Familie og venner	53	67	43	71
Andet	17	12	5	13

Tabel 8. Hvad der gøres for sundheden i interventionsgruppen ved baseline, midt, slut og 12 mdr. efter interventionen.

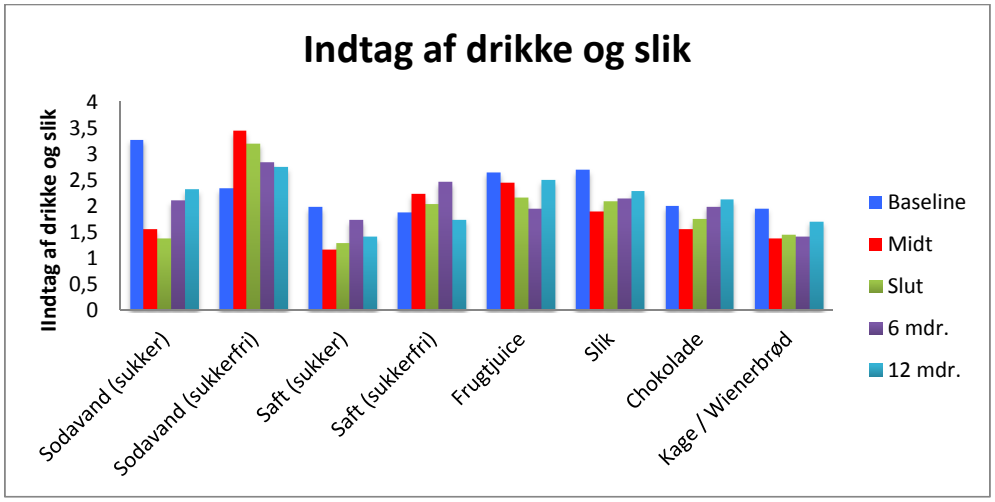
Kost- og væskeindtag

I forhold til deltagernes kost og væskeindtag blev deltagerne spurgt til, hvor ofte de spiste og drak en hel række af fødevarer. Svarkategorierne var følgende: 1 = Aldrig, 2 = Mindre end én gang om ugen, 3 = Én gang om ugen, 4 = Ét par gange om ugen, 5 = Næsten hver dag og 6 = Hver dag. Ud fra resultaterne beregnet på sunde og hensigtsmæssige fødevarer kan ses, at næsten alle kategorier af madvarer (groft brød, grøntsager, salat, frugt, fisk) ændres i en positiv retning undervejs i interventionen (midt og slut). Herefter ses et fald (6 og 12 mdr.), der næsten vender tilbage til udgangspunktet (figur 23).



Figur 23. Kostindtag for interventionsgruppen ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.

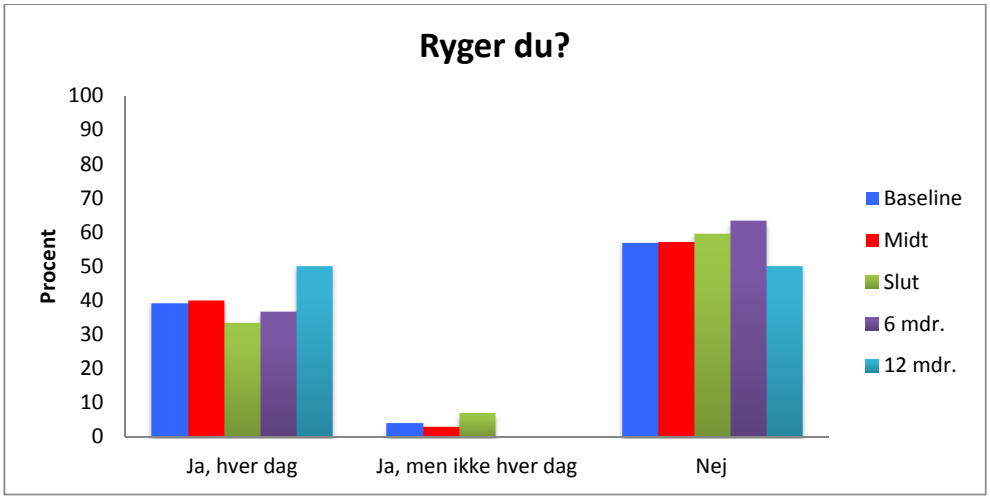
Betragtes forbruget af drikkevarer samt slik, ses et lidt andet billede. Resultaterne viser, at forbruget af sødede drikke (sodavand, saft, juice) lader til at blive mindre. Dette såvel midtvejs og ved slutningen samt til 6 og 12 mdr. efter interventionen. Forbruget af slik og wienerbrød lader også til at være påvirket i en hensigtsmæssig retning (figur 24).



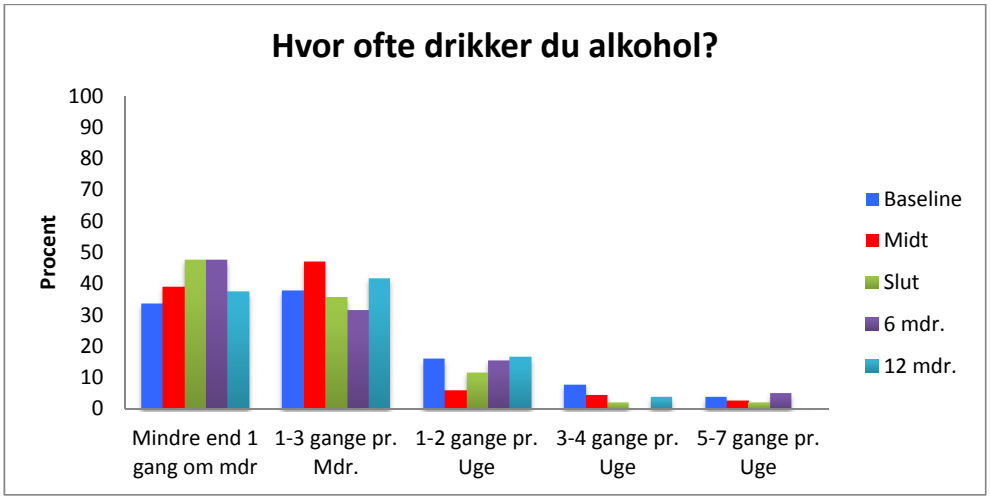
Figur 24. Indtag af drikke og slik for interventionsgruppen ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.

Rygning og alkohol

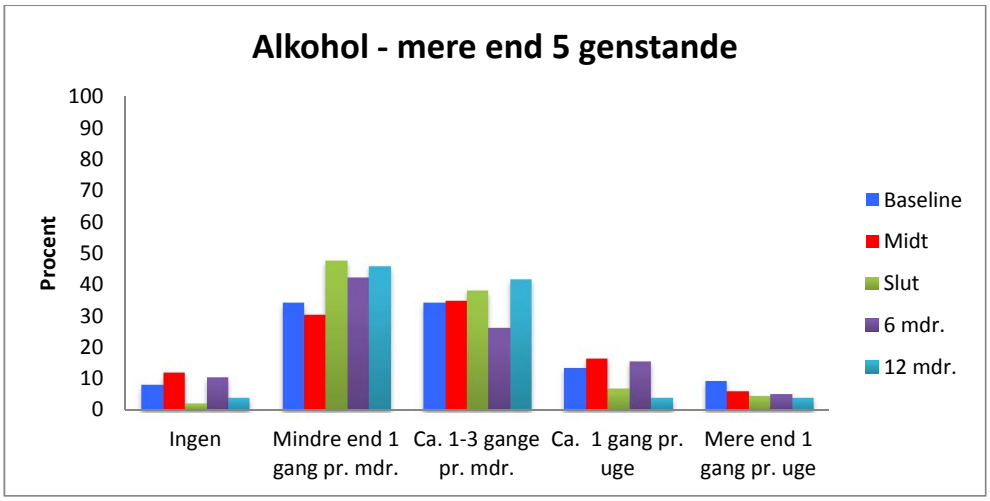
I forhold til rygning ses det af resultaterne, at procentandelen af daglige og lejlighedsrygere ikke ændrer sig undervejs og efter interventionen (figur 25). I relation til alkohol viser resultaterne en tendens til, at procentandelen, der drikker alkohol 1-2 gange om ugen eller mere, formindskes. Effekten er stærkest midt i samt ved slutningen af interventionen. Det samme billede er gældende for den procentandel af deltagerne, der indtager mere end 5 genstande, når der drikkes alkohol (figur 26). Der er en tendens til en stigning i procentandelen af de deltagere, der indtager 5 genstande mindre end 1 eller 1-3 gange om måneden til fordel for et fald i den procentandel af deltagere, der indtager 5 genstande 1 eller flere gange om ugen (figur 27).



Figur 25. Deltagernes rygevaner ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.



Figur 26. Deltagernes alkoholforbrug ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.



Figur 27. Deltagernes alkoholforbrug ved baseline, midt, slut samt 6 og 12 mdr. efter interventionen.

Re-session

At deltagerne opnår betegnelsen ”egnet” til optagelse på session hos forsvaret er et centralt succeskriterium for interventionen. Oplysninger vedrørende deltagernes resultat ved re-session er indhentet ved kontakt til forsvaret (Sessionsleder RC-Slagelse).

Ud af 73 deltagere i ”Sund Rekrut” viser data, at 44 deltagere har aftjent deres værnepligt. 12 af disse har aftjent deres værnepligt i livgarden, hvor én er ansat som konstabel. 16 har ikke udnyttet deres mulighed for at aftjene værnepligt. Ud af 73 startende deltagere er der således 13 deltagere, som er blevet erklæret begrænset egnet eller uegnet til værnepligt ved re-session. Generelt kan det konkluderes, at ”Sund Rekruts” målsætning om at gøre deltagerne ”egnet” til optagelse på session hos forsvaret bliver opfyldt for 60 af 73 deltagere (82 %), hvor 44 af 73 (60 %) benytter sig af tilbuddet. 13 af 73 (18 %) bliver ikke erklæret egnet til værnepligt (tabel 9).

	Indledende session	Re-session		
Deltagere	**Uegnet eller begrænset egnet**	**Uegnet eller begrænset egnet**	**Egnet (ikke udnyttet)**	**Egnet (udnyttet)**
44	X →	→	→	X
16	X →	→	X	
13	X →	X		

Tabel 9. Ændring i sessionsbedømmelse samt udnyttelse af værnepligtstilbud for deltagerne i ”Sund Rekrut”

Kvalitative Interviews

Formålet med den kvalitative analyse var at supplere, uddybe og nuancere de kvantitative og teoretiske perspektiver. I de følgende afsnit behandles interviewene efter en opdeling af de udvalgte variabler, der findes relevante for at kunne besvare formålet med evalueringen. For at kunne følge en udvikling beskrives resultaterne over tid, idet der er gennemført interviews ved starten og slutningen af interventionen samt 12 og 18 måneder efter interventionens afslutning.

Stages of change

Som udgangspunkt har hovedparten af deltagerne nævnt, at deres primære formål med deltagelse i projekt "Sund Rekrut" var ønsket om at aftjene værnepligt og derigennem få et skub i retning af en sundere livsstil. Disse deltagere havde en forestilling om, at værnepligten var den overordnede målsætning eller som minimum et middel mod en sundere livsstil som mål. Et gennemgående argument har typisk været:

> *"Det er både og. Fordi det giver mig et ordentligt spark bagi til at komme i gang med det hele og fordi jeg altid har drømt om at aftjene min værnepligt i Søværnet"*

Idet første interview blev gennemført på første mødedag for holdets opstart, og at deltagerne alle havde meldt sig frivilligt til projektet, må det antages, at samtlige deltagere kan placeres i *forberedelsesstadiet* i *stages of change*. Dette betyder, at deltagerne forud for mødedagen havde gjort sig overvejelser og besluttet sig for at foretage en adfærdsændring og havde intention om at påbegynde denne proces inden for de kommende 30 dage (Prochaska, Diclemente, 1983).

Interviewpersonerne relaterede typisk overvejelser til et ønske om at fralægge sig dårlige vaner, at tilegne sig sundere kostvaner, og at få mere struktur på deres fysiske træning, trods det faktum at flere tidligere i livet havde dyrket forskelligartet motion. Enkelte gav ligeså udtryk for, at tidligere forsøg på en sundere livsstil var mislykkedes og var endt i tilbagefald. Særligt forsøg på at ændre kostvaner var for mange en udfordring og havde tidligere slået fejl. Argumenterne herfor var blandt andet dovenskab, manglende vilje og viden, skiftende arbejdstider, ferier mm. Særligt refererede flere til en manglende indsigt i, hvad sund kost er, og hvorledes sunde kostvaner kan implementeres i en dagligdag.

Ved afslutningen af interventionen var størstedelen af interviewpersonerne i *handlingsstadiet* i *stages of change*. De havde på flere områder gennemført succesfulde adfærdsændringer og havde været i stand til at fastholde disse i mindre end 6 måneder. Særligt interviewpersonernes livsvilkår havde ændret sig. Livsvilkår som forbedret økonomi, kæreste, familieforøgelse osv. Flere beskriver, at disse ændringer også havde været nogle af årsagerne til, at de var kommet godt fra start med deres ambitioner om at ændre på kostvaner, være mere fysisk aktiv og dermed blive erklæret egnet til Forsvarets Dag. Alle gav på dette tidspunkt stadig udtryk for at ville værnepligten. Nye eller flere jobs, ny eller anden uddannelse og kærester havde tydeligvis hjulpet deltagerne til at fastholde den proces, som projektet havde sat fokus på.

Særligt én interviewperson skilte sig ud. Respondenten havde på dette tidspunkt store so-

ciale problemer: var arbejdsløs, havde sygdom i familien og store økonomiske udfordringer. For respondentens vedkommende var ressourcerne absolut begrænsede, hvilket resulterede i en begrænset ændringsparathed og medførte status quo og på nogle områder tilbagefald til *overvejelsesstadiet*. Trods dette enkelte eksempel havde alle andre respondenter opnået et vægttab. På grund af job og uddannelse havde flere fået mere struktur i hverdagen, hvor fysisk træning og kost var blevet en integreret del af deres hverdag. Struktur i form af et studie eller jobaktiviteter som satte en ramme for hverdagen, og som kunne fylde dagen ud og bidrage til, at deltageren havde et formål at stå op til. Dog havde enkelte interviewpersoner fortsat udfordringer med at arbejde målrettet mod sundere kostvaner. Typisk var indkøb af de rigtige fødevarer, sammensætning og tilberedning af sundere retter de forhold, der blev nævnt som udfordringer.

Vægttab havde generelt ansporet til større grad af selvtillid og livsglæde, og næsten alle gav udtryk for at have positive holdninger til at være fysisk aktiv og fortsætte arbejdet mod sundere kostvaner. Flere havde lagt gamle vaner som rygning, alkohol og computerspil bag sig, men gav samtidigt udtryk for, at de en gang imellem værdsatte det sociale element, disse forhold gav dem. Uden undtagelser havde alle interviewpersoner haft et konkret og positivt udbytte af interventionen ”Sund Rekrut”. Deltagerne nævner specielt håndterbare værktøjer til brug for trænings- og kostplanlægning og motivation til at realisere denne planlægning som et særligt positivt udbytte. Særligt gav deltagerne udtryk for, at det var det, der skulle til for, at de kunne komme videre med deres liv.

> *”Jeg har fået utrolig meget, som jeg ikke ville kunne opnå alene. Jeg har fået et skub. De startede det hele. Da jeg skulle starte i ”Sund Rekrut” tænkte jeg, at jeg ikke ville få noget ud af det, og det var direkte spild af min tid. Men det viste sig så, at jeg fik motivationen og det jeg skulle bruge for at komme videre.”*

Hovedparten af de interviewede har fastholdt struktureret målrettet træning og/eller fysisk aktivitet efter ”Sund Rekrut”. Flere giver dog udtryk for overtræning, hvilket bl.a. i flere tilfælde resulterede i skader. Andre måtte drosle ned på træningen på grund af den store mængde fysiske aktivitet, som ved aftjening af deres værnepligt i Forsvaret var blevet en del af deres hverdag. Flere af interviewpersonerne gav udtryk for at have taget på i vægt, specifikt muskelmasse grundet tung styrketræning flere gange om ugen. Hovedparten af respondenterne gav ligeledes udtryk for, at træningen og den sundere kost var blevet et fast element af deres hverdag, og på dette tidspunkt var en integreret del af deres daglige struktur. En interviewperson udtaler følgende:q

> *”Da jeg startede på ”Sund Rekrut”, der kunne jeg virkelig ”køre i hovedet”. Jeg kan ikke en gang tage en tallerken nu, synes jeg. Den der mæthedsfornemmelse, den rammer bare, sådan der (knipser). Det er en helt vildt underlig følelse, og det skal man også lige vænne sig til.”*

Hvis interviewpersonernes adfærd relateres til *stages of change,* præsenterer resultaterne, at størstedelen af deltagerne befinder sig i en tidlig *vedligeholdelsesfase,* hvor målsætningen og udfordringen er at fastholde den gennemførte adfærdsændring i over 6 måneder. Kun én af

respondenterne adskiller sig markant ud fra mængden. Denne interviewperson har, trods sin periode i forsvaret, fortsat knappe ressourcer og dermed manglende overskud til selv at holde sin træning og kostplan. Han kan defineres til at have fået et tilbagefald og igen, at befinde sig i *overvejelsesfasen*. Han udtaler blandt andet:

> *"Som vi har snakket om før, så er udbuddet i supermarkederne uinteressant og meget ensformigt. Man kan få alt på frost, men det koster, og når min kæreste og jeg ikke har en indtægt, så er pengene rimelig begrænsede. Det er en del af det. Men træningen, den koster ingenting, og det er måske en meget god idé lige at få tingene lidt på afstand. Men overskuddet det mangler."*

Alle respondenter giver udtryk for, at projekt "Sund Rekrut" har været udbytterigt – særligt de håndterbare værktøjer i relation til trænings- og kostplanlægning, det sociale kammeratskab og de individuelle resultater har bevirket, at der fastholdes en fortsat motivation for at arbejde videre mod mål eller sætte nogle nye, hvor end respondenterne befinder sig i forandringsfaserne.

18 måneder efter opstarten på projekt "Sund Rekrut" viser resultaterne, at flere har haft større eller mindre tilbagefald i forandringsfaserne. For nogle af interviewpersonernes har "meget arbejde, ferie og skader" været årsag til kortere eller længere perioder, hvor kost- og træningsrutiner ikke kunne fastholdes. Men der bliver samtidig også givet udtryk for irritation og frustration, da respondenterne kan mærke, at det har en umiddelbar konsekvens på vægtregnskabet. En interviewperson udtaler følgende, når han forklarer, hvorledes han håndterede sin periode med en fysisk skade:

> *"...det var med ryggen, hvor der var et eller andet. Og så begyndte jeg stille og roligt at arbejde mig op igen, men så fik jeg en skade til. Så blev jeg enig med mig selv om, at jeg skulle holde kosten rigtig god, mens jeg var skadet, fordi det ellers går meget den forkerte vej, hvis man ikke får sin motion. Så regnede jeg også ud, at så kom man ikke til at tabe sig vildt, men jeg ville prøve at holde den der.*

Ovenstående er et udtryk for den bevidsthed omkring ny og anderledes adfærd i relation til træning og kost, som de fleste interviewpersoner har fået opbygget under deres deltagelse i projekt "Sund Rekrut". Størstedelen af respondenterne giver udtryk for, at træning og kost er integreret i dagligdagen – blot ikke med så stort et fokus som tidligere. Eksempelvis holder en respondent forsat fast i strukturerede, men varierede kostplaner. En anden bruger træningsprogrammer til at fastholde struktur i sin træning. Netop strukturen i form af uddannelse eller job synes fortsat at være vigtig for at kunne holde fast i, eller komme tilbage til, de gode kost- og træningsvaner. Respondenterne peger entydigt på "Sund Rekrut" som afgørende for deres ændring af sundhedsfremmende adfærd.

Self-efficacy

Dette afsnit beskriver graden af *self-efficacy* – interviewpersonernes specifikke tro på deres kompetencer til at kunne foretage en adfærdsændring eller fastholde en udviklingsproces. Ligeledes beskriver afsnittet deltagernes oplevelser af barrierer, der kan opstå på vejen mod en adfærdsændring.

Ved opstarten af projekt "Sund Rekrut" giver hovedparten af deltagere udtryk for at være overbevist eller næsten overbevist om at kunne dyrke regelmæssig motion og holde en streng kostplan de efterfølgende 6 måneder. De typiske barrierer, som deltagerne giver udtryk for, er manglende tid, en begrænset økonomi samt en manglende viden og erfaring - særligt hvad angår kost. Sidstnævnte skal ses i relation til, at flere af de interviewede ikke boede hjemme hos forældrene, som typisk havde varetaget den hjemlige madlavning. Flere af interviewpersonerne peger på, at dovenskab også var en konkret barriere.

> *"Nu når jeg ikke bor hjemme, så kan jeg ikke sige til min mor, at jeg gerne vil have det, det og det. Det betyder, at jeg skal selv købe ind, jeg skal selv lave maden og jeg skal selv rydde op efter det. Så det kræver noget mere, at holde sig selv mere i nakken. Fordi nogle gange så er det nemmere at sige, at vi køber lige det der, og så varmer vi det. Det betyder selvfølgelig, at jeg skal afsætte noget mere tid til det, og tænke lidt mere over det, og studere lidt mere hvad jeg vil gøre."*

Samtlige deltagere påpeger, at muligheden for at kunne trække på fagligt kompetente trænere/diætister og forpligtelsen af at være en del af et projekt, hvor der stilles krav, og hvor man jævnligt bliver målt, vejet og testet, er en hjælpende faktor til at få troen på at kunne komme i gang samt troen på at kunne fastholde en trænings-/kostplan.

> *" fordi jeg har en coach, der fortæller mig hvad jeg skal. Hvis jeg er i tvivl, kan jeg altid ringe til ham"*

Familiens og vennernes opbakning nævnes også som et parameter til at skabe troen på at kunne lykkes – ikke i form af praktisk rådgivning eller vejledning, men som opbakning, accept og forståelse for deltagerens situation.

Ved afslutningen af projekt "Sund Rekrut" bliver interviewpersonerne spurgt om, hvor overbeviste de er om, at de kan gennemføre værnepligten, under den forudsætning at de bliver optaget, samt hvor overbeviste de er om at kunne fortsætte med at dyrke regelmæssig motion og holde en kostplan. Alle, uden undtagelser, giver udtryk for at have troen på at kunne gennemføre værnepligtstiden og at fortsætte de positive ændringer, som deltagerne har opnået under den aktive interventionsperiode. En af interviewpersonerne udtaler nedenstående om at have taget stilling til sin udvikling:

> *"Jeg har sådan set taget højde for det hele. Hvis der nu kommer en dag, hvor jeg ikke kan nogle af delene, så kan jeg altid fortsætte dagen efter. Problemet med alle de mennesker, der prøver på at tabe sig er, at de kører en uge, og siger "Hold da op, det er svært, det gider jeg ikke mere", og så stopper de dagen efter, og fortsætter i banen med at tage på og spise en masse usunde ting. Der ser jeg, at der er plads til, at jeg kan*

smække en weekend ind, hvor jeg hygger mig, og spiser noget usundt, så kan jeg altid løbe det af bagefter. Det er bare sådan, at man aldrig skal stoppe. Det er noget jeg har lært i "Sund Rekrut", at det godt kan være man mister en dag, men det skal ikke demotivere en til at holde fuldstændig op."

Der er store individuelle forskelle på, hvilke barrierer der kan forhindre respondenterne i at fortsætte deres udvikling i retning mod en mere permanent adfærdsændring. Mangel på kortsigtede og realistiske målsætninger, fysiske skader og generel dovenskab bliver nævnt som mulige barrierer. At blive skubbet ud af den daglige rytme og struktur eksempelvis i forbindelse med ferie nævnes som den mest udfordrende barriere for mange. Hovedparten af respondenterne peger på vigtigheden i at have hjælpende relationer til at støtte op om deres fortsatte proces og som incitament for at bevare troen på succes. Respondenterne nævner, at dette kan være familiemedlemmer, venner og arbejdsgivere. Desuden nævnes den fortsatte kontakt til de øvrige deltagere fra projekt "Sund Rekrut" som meget vigtig.

"Kontakten til de andre "Sunde rekrutter". Den fortsatte støtte fra venner og familie, det har været guld værd."

12 måneder efter interventionens start har størsteparten fortsat troen på. at de vil fastholde de gode vaner med sund og varieret kost og regelmæssig motion. En interviewperson skiller sig fortsat ud og har endnu ikke fundet ressourcer til at fastholde adfærden. Interviewpersonerne ser generelt lyst på fremtiden, men har også overvejet, hvorledes mulige udfordringer håndteres. Særligt den faste struktur i dagligdagen fremhæves som et støttende element, men også en barriere såfremt den bortfalder. Pludselige langtidsskader, sygdom eller arbejdsløshed er eksempler på barrierer, der nævnes, overvejes og tages forbehold for. Tidligere blev ferie nævnt som en mulig barriere, men her godt et år efter anser flere ferier, eller snarere rejser med et fysisk indhold, som en god motivation og målsætning for at målrette sin træning og kost mod en konkret og praktisk aktivitet.

"Så må jeg sætte mine egne mål med nogle halvmaratons og maraton, hvis det kan blive til det en dag. Jeg har meldt mig ind i en havkajakklub, for at komme ud og ro noget havkajak. Der er også nogle ture, hvor man kan ro til Norge eller, hvad det nu er. Jeg skal nok lige vente lidt med det, fordi jeg tror ikke at jeg er så god endnu. Men det kan også være et mål, at komme til at ro til Norge i en kajak."

Derudover nævner interviewpersonerne, at fortsatte udfordringer i forbindelse med madtilberedning og ønsket om progression i et træningsforløb kan være et hjælpende element i troen på succes:

"Jeg har på det seneste også tænkt på, hvad der kan hjælpe mig til at køre videre med den livsstil jeg har kørende fra "Sund Rekrut". Der tænker jeg på nye udfordringer, gøre mad mere interessant, f.eks. ved at gøre de der gulerødder om til råkost, eller prøve og lave en salat, og ellers prøve at tage den derfra. Som sagt i min træning så prøve at smække en ekstra 5 kg på, og hvis det er man går igennem med de 15 træk, jeg plejer at køre, så får jeg jo den glæde ud af det, og så er jeg villig til at prøve at fortsætte."

18 måneder efter er der fortsat stor tiltro til, at de opnåede vægttab, kostændringer og den næsten daglige fysiske aktivitet nok skal holde ved. Specifikt bliver en interviewperson spurgt om, hvorvidt han troede, han ville lykkedes med at blive udsendt til Afghanistan og dermed også implicit, om han troede på, at han fysisk vil kunne honorere kravene til international tjeneste.

> *"Jeg ser mine chancer, som lige så store, som for alle de andre, for kravet er også fysisk, men det er også hvilken person man er, og den måde man skal være leder på for en gruppe. Der står jeg rimelig godt i forhold til det, så jeg skal bare have det fysiske med. Jeg har alligevel god tid til at opnå det, så jeg er faktisk rimelig sikker på, at hvis jeg fortsætter med at træne, så har jeg samme mulighed som alle de andre."*

Siden projekt "Sund Rekrut" startede, havde denne interviewperson vist gode effekter af sin adfærdsændring, hvor ovenstående udtalelse blandt andet udtrykker selvsikkerhed, selvindsigt og troen på at kunne opnå det, der for 18 måneder siden måske blot var en illusion.
Der er generelt sket en udvikling i respondenternes refleksioner over deres mulige barrierer. 18 måneder efter interventionen synes det, at de barrierer, som respondenter stadig oplever, i højere grad er forbundet med mulige løsningsforslag, refleksion og erfaring.
De barrierer, som deltagerne primært nævner, er ofte umiddelbare, tidsmæssigt tæt på og umiddelbart håndterbare som eksempelvis at finde ny inspiration til madlavning. Andre barrierer er mere diffuse og mere langsigtede som eksempelvis hvordan studier, familiestiftelse, tid og økonomi kan påvirke deres fastholdelse af adfærdsændringen.

> *"...hvis jeg stifter familie og hele balladen, så bliver træningen tilsidesat, fordi min interesse ligger 100% på familiens velbefindende, og så arbejdet derefter."*

> *"Skal jeg nu til at studere i fem år, så skal jeg også tage stilling til, hvor jeg godt vil hen, og hvilke muligheder har det for mig? Hvis man nu skal til at leve på SU igen, så skal jeg til at regne ud, hvad jeg har råd til..."*

Grundlæggende anvendes de indlærte metoder, værktøjer og oplevelser fra projekt "Sund Rekrut" fortsat. De ved på dette tidspunkt, med baggrund i erfaring, efterhånden hvad der hjælper dem. Målsætninger, planlægning, fokus og forpligtelser beskrives som hjælpemidler. Eksempelvis udtaler en af de interviewede følgende:

> *"Det er helt sikkert det med at planlægge. Man skal realisere sine mål. Man skal ikke lave nogle mål, der er alt for store, tage de små mål. Hvis man har en plan, måske et halvt år frem, så skal jeg have gjort sådan og sådan - f.eks. at jeg skal ud og løbe et ½ maraton. Så har man et eller andet mål at træne op til, i stedet for bare at sige, at man skal holde sig i god form. Fordi, så er det ikke noget fast, du kan få fat i, så bliver det bare op til dig selv om, hvor god form du skal være i. Så f.eks. nogle ting, du skal gøre eller prøve."*

Decisional balance

Decisional balance udgør som nævnt individets relative afvejning af fordele og ulemper ved eksempelvis at foretage en adfærdsændring . I dette afsnit beskrives interviewpersonernes oplevelse af positive og negative sider ved at være fysisk aktiv og have en sund kost.

Ved interventionens start beskriver interviewpersonerne enslydende effekter ved at være fysisk aktiv og have sunde kostvaner. Et gennemgående tema er, at interviewpersonerne har en forestilling om / en oplevelse af, at fysisk aktivitet og sund kost giver mere energi og overskud i hverdagen. Selvsikkerhed og selvtilfredshed beskrives ligeledes som en afledt positiv effekt af at være fysisk aktiv. Mere livsglæde, et mere positivt syn på livet og et bedre humør anses også som værende yderligere fordele.

> *"Jeg tror det medfører selvsikkerhed. Der er mange folk der er usikre, som er overvægtige. Jeg kan også godt selv mærke, den der usikkerhed. Så vil jeg indrømme, at jeg nok vil tage mig sammen til eventuelt at tage i svømmehal, hvis jeg nu har lyst til det, i stedet for at være genert over for min krop."*

Ulemperne i forbindelse med fysisk aktivitet tilskriver respondenterne den tid, man skal afsætte til eksempelvis træning, indkøb, madtilberedning og i relation hertil nødvendigheden af, at skulle tilsidesætte andre interesser som eksempelvis at spille computer, se film eller lignende. Derudover har interviewpersonerne generelt en opfattelse af, at sund og varieret kost har en økonomisk bagside.

Hos størstedelen af interviewpersonerne ved baseline vejer fordelene tungere end ulemperne. Kun én mener at ligge i en gråzone, hvor de positive vejer ligeså meget som de negative.

Ved interventionens afslutning beskriver interviewpersonerne, at de er blevet bekræftet i de forestillinger, de havde, da projektet gik i gang. Særligt de positive sider af de ændringer, de har foretaget sig de seneste 6 måneder, træder frem. Større selvtillid og selvrespekt, forbedret selvværd, livsglæde og meget mere energi i hverdagen er beskrivelser, der anerkendes af flere. Interesser som at spille computerspil og se tv, som tidligere fyldte flere interviewpersoners hverdag, hænger fortsat ved, men i et knap så stort omfang. Dog giver enkelte udtryk for, at nedprioriteten har medført en større nydelse, når der så endelig afsættes tid til at dyrke sin gamle interesse/vane. En interviewperson udtaler:

> *"...jeg er blevet nødt til at prioritere anderledes. Nu hedder det arbejde, motion og så spille computer. Nogle ting, som man altid har haft en passion for, dem har man været nødt til at lægge lidt om. Man har det selvfølgelig stadigvæk, men mængden er bare blevet mindre. Den er så også blevet mere intens..."*

Ulemperne ved fysisk aktivitet for respondenterne begrænser sig ved slutningen af interventionen til et absolut minimum. Nogle få nævner, at det til tider kan være "lidt surt", og at man nogen gange ønskede, at man kunne se sig fri for hele tiden at være opmærksom på, om man spiser rigtigt og får trænet tilstrækkeligt. Således udtrykker størstedelen af respondenterne sig fortsat overvejende positivt i forhold til de adfærdsændringer, de har gennemført. Én enkelt giver stadig udtryk for fortsat at være i status quo i forhold til hans adfærd.

12 og 18 måneder efter rapporteres der stadig om flest positive effekter fra den proces, deltagerne har været igennem. De fleste positive faktorer gentages, men her efter afslutningen på interventionen reflekterer respondenterne generelt yderligere over den udvikling, som de gennemlever. Særligt selvsikkerhed, bliver af respondenterne fremhævet. Ud over den forbedrede fysiske form, mere energi og overskud, udtrykkes der også begejstring for, at den optimerede dosering af træning og sundere kost har haft en indvirkning på respondenternes selvsikkerhed. På spørgsmålet om, hvorvidt en interviewperson kan bruge sin genvundne selvsikkerhed til noget, svares der:

> *"Ja, helt klart. Jeg bruger den meget i mine eksamener. Jeg går til eksamen lige for tiden. Der er det rigtig godt at have selvsikkerhed. Jeg siger bare til mig selv: "Du kan jo sagtens". Det siger alle mine eksaminatorer, at det er godt, at man har selvsikkerhed, og tror på hvad man laver."*

Selvsikkerhed over for det modsatte køn nævnes også som en positiv effekt. Før vægttabet har respondenterne ikke følt sig godt tilpas i deres krop, men som et resultat af vægttabet under interventionen beskriver deltagerne en øget selvsikkerhed overfor det andet køn. Som et resultat af det, rapporterer to af respondenterne at have fået kærester efter at de har tabt sig og kommet i bedre fysisk form.

Tiden der bruges på træning, indkøb og madtilberedelse, de øgede udgifter i forbindelse med medlemsskaber i fitnesscentre, kost og skader er fortsat de argumenter, respondenterne anvender til at beskrive de ulemper, en ændret livsstil har medført.

Som et nyt perspektiv fremlægger en respondent, at vedkommendes sociale liv kan være en barriere for en fortsat adfærdsændring. Vedkommende oplever, at det kan være frustrerende at skulle melde fra til sociale arrangementer for at holde fast i adfærdsændringen ved at undgå fest, usund kost og alkohol. En respondent udtrykker det således:

> *"Der er selvfølgelig nogle ting, hvor man skal bide i det sure æble. Hvor man bliver nødt til at sige: "Det går ikke lige at jeg kommer ud og drikker, fordi jeg skal være klar til i morgen". Så man mister måske noget socialt på nogen punkter, at det så er nogle sociale ting der involverer at man drikker øl, det er selvfølgelig både godt og skidt."*

Opsummerende viser resultaterne fra *decisional balance*, at deltagerne primært udtrykker flest positive forhold ved den konkrete livsstilsændring. En enkel interviewperson synes ikke at have kunnet rykke rundt på fordelingen og er på dette tidspunkt stadig splittet mellem de positive og negative sider ved fysisk aktivitet og sundere kost. Ressourcerne er hos denne respondent fortsat knappe.

Sociale relationer

Modsat de øvrige afsnit, hvor udviklingen i de teoretiske variabler blev beskrevet over tid, vil dette afsnit indeholde en generel beskrivelse af, hvilken betydning interviewpersonernes sociale relationer har haft. Der er ingen tvivl om, at interviewpersonernes sociale relationer generelt har haft en afgørende betydning, men der er individuelle forskelle.

Først og fremmest bemærkes det, at de sociale relationer kan påvirke i flere retninger. Familie, venner, kollegaer og ikke mindst fællesskabet og instruktørerne i projekt "Sund Rekrut" påvirker deltagerne positivt i form af opbakning og støtte. Men eksempelvis familie, venner eller kollegaer kan også påvirke negativt, i form af eksempelvis manglende forståelse, accept eller respekt for den proces den enkelte deltager har involveret sig i. Omvendt har det også i flere tilfælde vist sig, at interviewpersonen har haft en positiv afsmittende effekt på sine omgivelser og dermed i flere tilfælde har figureret som rollemodel. Eksempelvis beskriver en interviewperson, hvorledes en forælder qua sønnens proces, selv blev inspireret til at forsøge en adfærdsændring.

> *"På det tidspunkt, der besluttede min mor også at være med på den. Nu har hun så tabt 65 kg i alt. Hun var rimelig stor. Hendes engagement og resultat har i hvert fald skubbet mig med på vejen."*

Et andet eksempel på en rollemodel er interviewpersonen, der arbejder i et motionscenter og som aflønnes med gratis træning. Hans arbejdsgiver ser ham, qua hans deltagelse i projekt "Sund Rekrut" og hans synlige vægttabsresultater, som et forbillede for mulige kunder i motionscenteret. Arbejdsgiveren anvender ham i sin markedsføring af virksomheden ved at bruge vedkommende som et positiv eksempel på, hvad træning og sund kost kan have af effekt.

> *"Ja, og så også fra motionscenterchefens side, fordi han har fortalt mig, at han ser mig som et forbillede, også fordi hans motionscenter ikke er særlig stort, så der er mange af hans kunder, han bruger mig som eksempel for. Det har han også ret til, fordi han har tilbudt mig træning. Ja, jeg er den gode historie, så det har han i hvert fald kunnet bruge til noget."*

Alle respondenter tilskriver desuden kammerat- og fællesskabet blandt deltagerne på "Sund Rekrut" som af afgørende betydning. Tilhørsforholdet og det at være sammen med ligeværdige synes at have styrket den enkeltes selvtillid. Korpsånd er et begreb, som ofte er blevet nævnt, når dialogen i interviewet har handlet om forholdet til de andre "sunde rekrutter". Ansvars- og fællesskabsfølelsen er særligt kommet til udtryk i interviewpersonernes forventninger til hinanden og dermed også et implicit krav til dem selv om at bidrage til, at udbyttet af opholdet på Gerlev Idrætshøjskole bliver så stort som muligt. Kammeratskabet tilskrives oftest at have haft en stor positiv effekt, men forventningerne til de andre deltagere kunne til tider også resultere i konflikter:

> *"Jeg gik også over stregen her sidste gang, og havde nogle kontroverser med en som jeg synes har gjort sig dumt bemærket et par gange. Hans holdning gjorde, at det blev træls for os andre at høre på. Jeg synes, det er i orden, man ikke kan lide det, men så skal*

man gå hen til lederen og sige, at man ikke har det så godt med det her, og ikke synes det er sjovt. Men han skal ikke gå ind og smitte af på de andre, så han bliver træls og tvær over noget, eller hvis det bliver træls og svært for ham selv. Der var en masse ting der, hvor jeg synes, at nu er vi her, og vi får det hele stillet frem for os. Vi skal sådan set bare tage imod og nyde det, og så synes jeg det er træls, at der skal være nogen der kommer og laver sådan noget fis."

Familiens opbakning og støtte har for nogens vedkommende været tillagt en stor værdi – særligt for de interviewpersoner, der var hjemmeboende. Ofte tilpassede familierne solidarisk kostplaner. I nogle tilfælde deltog familiemedlemmer endog i træning eller som minimum tilskyndede til træning eller fysisk aktivitet. Andre gange har støtten ikke været udslagsgivende. Følgende citat medvirker til at illustrere dette:

"Min storebror har den største indflydelse, idet at det er ham jeg skal spise sammen med, og det har selvfølgelig betydet noget. Jeg prøver stadigvæk at presse noget af det ned over ham, og sige: "Hold nu op med at spise det der". Det har lykkedes nogle dage, og andre dage så har han lavet et eller andet knap så sundt, og så må man spise det. Men min mor og hendes kæreste er sprunget lidt med på vognen, og er også begyndt at tabe sig, og få motionsvaner, og jeg kommer lidt ud og cykler med dem. De har også været der med moralsk opbakning. Vi har taget ud og spise, og fundet nogle retter via vægtvogterne, så det har også været fint. De har også været en god hjælp."

Der er generelt også individuelle forskelle på, i hvilken udstrækning vennerne har haft indflydelse på den måde, respondenterne lever deres liv i forhold til fysisk aktivitet og kost. Alle har orienteret deres venner om deres målsætninger omkring deltagelsen i projekt "Sund Rekrut", og generelt har der været stor forståelse og opbakning til deltagernes nye prioriteringer og rutiner. Nogle venner er blevet inspireret, andre har blot accepteret de nye vilkår. Særligt det sociale i at drikke øl og hygge sig med vennerne samt weekendens byture har for nogen været en udfordring. Efter 6 måneders intervention udtaler en interviewperson sig om udfordringerne ved det sociale samvær med vennerne:

"Jeg tror, der er risiko for, at man vil falde tilbage, at når man er sammen med kammeraterne, så går det måske lidt i øl, og det er jo ikke så smart. Men det er bare sådan min sociale omgangskreds er på nogle områder. At der sidder man lige og hygger og snakker lidt, får en enkelt, måske to øl. Sådan vil det nok altid være. Når man skal se Champions League i fjernsynet, så får man lige en enkelt øl, men sådan er det. Det er kutymen. Kosten kan nok også gå tilbage på nogle punkter, men hele vejen igennem har den ændret sig meget. At man tænker over, hvad man smider i munden hver dag. Mere frugt og mere grønt. Det er blevet en fast del af os, så det frygter jeg ikke så meget."

Men der er også ganske mange eksempler på, at interviewpersonerne har været sociale med deres venner uden alkohol som en del af samværet. Flere giver udtryk for at have gået i byen uden at drikke alkohol. I relation til kosten beskriver interviewpersonerne lignende situationer. Derudover er der også enkelte, som giver udtryk for, at deres kammeratskaber har

udviklet sig igennem fysisk aktivitet i den tid, hvor de har haft fokus på træning og sundere kost. Dette anses for en positiv sidegevinst:

> *"Det er jo, at man trækker nogle flere folk med i det. Jeg har også fået flere træningsmakkere nede i motionscentret, og der er rigtig mange positive ting. Også det med, at jeg får ham den anden "Sunde rekrut" med over, så man kan fortsætte. Altså kammeratskabet i projektet har været så stort. Så det har været rent optur."*

Afslutningsvis peger samtlige interviewpersoner på deres kontaktperson i "Sund Rekrut" som ekstraordinær afgørende. Flere udtaler eksempelvis nedenstående om vedkommendes rolle:

> *"Han har været der allermest for os. Han er jo nærmest en storebror for os på en eller anden måde. Han har taget os i nakken og sådan noget...han har været med i det. Det er mere følelsesmæssigt... hvis man havde nogle problemer, så kunne man komme til n.n. og sige det. Det var helt klart en god person til det her projekt."*

Der er generelt meget få eksempler på, at interviewpersonernes sociale relationer har haft negativ indvirkning på den enkeltes indsats med at foretage en livsstilsændring. På samme måde som ved de tidligere præsenterede emner har respondenten med de mere begrænsede ressourcer problemer i forhold til de sociale relationer. Vedkommende har svært ved at starte og fastholde en positiv sundhedsfremmende proces. Vedkommende giver udtryk for, at have haft flere kontroverser med de øvrige projektdeltagere, "*ikke have venner*", ikke haft kontakt til sin nære familie og giver ligeledes udtryk for, at forholdet til samleveren ikke altid fungerede optimalt.

Opsummering på kvalitative resultater

Overordnet viser resultaterne, at projekt "Sund Rekrut" som intervention har haft en positiv udvikling på interviewpersonernes placering i *stages of change*, en høj grad af *self-efficacy* i forhold til at gennemføre en livsstilsændring i relation til kost og fysisk aktivitet. Desuden viser resultatet respondenternes afvejning af fordele og ulemper ved adfærdsændringen, hvor de positive gevinster ved en sundere livstil i sidste ende vejer tungest på vægtskålen. Generelt beskriver respondenterne, at deres sociale relationer i høj grad har haft en indflydelse på deres respektive successer, men også at processen har haft en afsmittende positiv effekt på deres omgivelser. Resultaterne præsenterer dog også, at en forudsætning for at igangsætte og fastholde en adfærdsændring kræver såvel individuelle som sociale ressourcer. Er der ikke rimelig stabilitet i forhold til eksempelvis økonomi, job/uddannelse, positive sociale relationer for individet, synes det vanskeligt for individet at igangsætte og fastholde en sundhedsfremmende adfærdsændring.

Diskussion

I de efterfølgende afsnit diskuteres resultaterne i relation til den udvalgte teori samt målsætningerne i projektet. Indledningsvis diskuteres de kvantitative data.

Kvantitative data

Antropometriske data

Generelt viser resultaterne en positiv udvikling i deltagernes vægt, fedtmasse og BMI i den aktive interventionsproces. Deltagerne har gennemsnitligt tabt 9 kg, hvoraf kun et mindre fald kan relateres til tab af muskelmasse. Det tyder på, at deltagerne i projektet har doseret deres træning korrekt. Styrketræningen har således bidraget til at fastholde muskelmasse, hvor kredsløbstræning og kostsammensætning, spisevaner osv. har bidraget til tabet af fedtmasse. Idet muskelmasse ønskes bibeholdt, synes et ikke signifikant tab af muskelmasse på 1,3 kg at være tegn på, at doseringen af styrketræning har været tilstrækkelig. En større eller vedligeholdt muskelmasse giver blandt andet en bedre forbrænding og desuden en øget styrke til at håndtere øget træning (Pedersen, Saltin, 2004). Derved skabes også bedre forudsætninger for at indfri de optagelseskrav, som Forsvarets Rekruttering og senere operative enheder stiller til soldaten.

Idet deltagernes vægttab og tab af fedtmasse fastholdes 6, 12 og 18 måneder efter interventionen, viser resultaterne, at deltagerne har fortsat deres livsstilsændringer efter interventionens afslutning. Et begrænset og ikke statistisk signifikant tab af muskelmasse tyder på, at deltagerne fortsat har fokuseret på styrketræning i den periode, der ligger efter interventionens afslutning. Det kan altså tale for en omfordeling af kropsvægt fra fedtmasse til muskelmasse (Pedersen, Saltin, 2004). Dog har deltagerantallet til de efterfølgende fysiologiske tests været lavt, hvilket medvirker til at problematisere fortolkningen og sikkerheden af resultaterne efter interventionsophør.

Fysisk kapacitet

Generelt viser resultaterne en positiv udvikling i deltagernes løbedistance og rygstyrkeudholdenhed i den aktive interventionsproces. Resultaterne fra start til slut på interventionen viste en gennemsnitlig forbedring i deltagernes løbedistance på 131 m og en gennemsnitlig forbedring af deres Vo_2-max på 5,3 ml min^{-1} kg^{-1}. Der ses desuden gennemsnitlig forbedring i deltagernes statiske rygstyrkeudholdenhed på 33 sekunder. Sammenholdt med det opnåede vægttab, den forbedrede struktur og intensivering i deltagernes fysiske træning, viser tallene en positiv effekt i forhold til projektets primære målsætning om at forbedre deltagernes fysiske kapacitet.

Dog viser resultaterne en negativ udvikling på deltagernes løbelængde 6 og 12 måneder efter interventionsstart. Løbedistancen faldt med henholdsvis 14 og 69 meter og rygstyrkeudholdenheden faldt med henholdsvis 23 og 19 sekunder. Det lave deltagerantal ved de sene testgange kan eventuelt bidrage med en forklaring på, at deltagernes positive udvikling ikke fortsættes. Supplerende er det muligt, at det fald i løbelængde og rygstyrke der ses, er un-

derestimeret. Det kunne antages, at de, der fortsat kommer til test, er de, som har haft størst udbytte af interventionen og at de, der ikke har haft så stor succes, er udeblevet. Hvis alle var blevet gentestet, er det således muligt, at der ville kunne observeres en anderledes udvikling af resultaterne. Udviklingen kan eventuelt også forklares i, at deltagernes fokus i træning har været på styrketræning fremfor kredsløbstræning. Et begrænset vægttab og en øget muskelmasse kunne som nævnt tyde på en prioritering i styrketræningen fremfor kredsløbstræning. Dette kan understøtte den begrænsede udvikling i løbedistance.

Trods den negative udvikling i perioden efter interventionens afslutning har deltagerne fastholdt et højere niveau end ved baseline. Dette kan være et udtryk for, at deltagerne har været i stand til at opretholde en fast struktur i deres træning.

Selvrapporterede data

Samlet fysisk aktivitetsniveau

Generelt understøtter resultaterne fra deltagernes fysisk aktivitetsniveau resultaterne fra testene af fysisk kapacitet. Det er interessant, at det lader til, at deltagerne har foretaget ændringer i deres fysiske aktivitet relateret til dagligdagsaktiviteter og ikke udelukkende aktiviteter relateret til motions- og idræts aktiviteter. At deltagernes aktivitet i forbindelse med arbejde, gang og cykling øges, samt at deres energiforbrug i forbindelse med stillesiddende aktiviteter mindskes viser, at interventionsdeltagerne har kunnet anvende interventionen "Sund Rekrut" til at implementere mere vedvarende dagligdagsrutiner, der understøtter en fysisk aktiv livsstil. At der ikke kan ses en forskel fra interventionsgruppe til referencegruppe, kan muligvis begrundes i det begrænsede antal af deltagere i referencegruppen.

Generelt bærer besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen præg af, at deltagernes holdning til motion har ændret sig i en positiv retning. Både i forhold til mængden af den selvrapporterede fysiske aktivitet, men også i forhold til vurderingen af, om de ønsker at være mere fysisk aktive, hvor over 60 % af deltagerne rapporterer, at de gerne vil være mere fysisk aktive.

Fysiske aktiviteter

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at de fysiske aktiviteter, som deltagerne i "Sund Rekrut" primært har taget til sig, er aktiviteter, der er selvorganiserede eller i forbindelse med transport. De aktiviteter som har haft det primære fokus i "Sund Rekrut", lader til at blive overført til deltagernes handlemønster. Det er aktiviteter som løb, styrketræning og cykling, som deltagerne primært anvender som bevægelsesformer. En forklaring herpå kan være, at de gennem "Sund Rekrut", har opnået gode erfaringer, men også at disse aktiviteter er simple og nemme at indpasse i et travlt dagligdagsprogram. Fodbold nævnes også som aktivitet, og antagelsen kan være, at de, der angiver fodbold som aktivitet, også er de, som ved baseline på forhånd har været engageret i denne sport. Disse resultater sammenholdt med de resultater der viser, at de aktiviteter, som deltagerne er aktive indenfor, primært foregår som selvorganiserede aktiviteter alene eller sammen med andre og i motionscentre, tyder på at "Sund Rekrut" primært stimulerer til selvorganiserede aktiviteter. Umiddelbart kan det

betragtes som en ulempe, at der ikke også stimuleres til fysiske aktiviteter indenfor foreninger, idet sociale relationer i studier har vist at have stor betydning for fastholdelse i fysisk aktivitet (Ajzen, Fishbein, 1980; Ajzen, 1991; Bredahl, Roessler, 2011; Bredahl, 2011). Idet over 60 % ved slutningen af interventionen samt 6 og 12 måneder efter stadig ønsker at være mere fysisk aktive og at deltagerne i gennemsnit på en skala fra 1-10 vurderer, at det er 8,48 vigtigt at være fysisk aktiv, så vil det for fremtidige interventioner som "Sund Rekrut" kunne være relevant foruden at stimulere til individuelle og selvorganiserede aktiviteter så ligeledes at stimulere til aktiviteter, der foregår i foreninger, aftenskole mm. for at hjælpe til at skabe det sociale fællesskab, der kan medvirke til fastholdelse i aktivitet (Bredahl, Roessler, 2011).

Selvvurderet helbred, kost, væske, rygning og alkohol

Resultaterne viser, at deltagernes selvvurderede helbred har en signifikant positiv udvikling. Dette stemmer godt overens med deltagernes vægttab, øgede fysiske aktivitetsniveau samt øgede fysiske kapacitet. Denne udvikling understøttes af studier, der viser sammenhæng imellem fysisk aktivitetsniveau og positivt selvvurderet helbred (Iversen, 2002; Jones, Harris et al., 2005; Biddle, Mutrie, 2007; Wee, Davis et al., 2008; Bredahl, Gårn et al., 2010). Set i relation til deltagernes eventuelle ønske om at kunne aftjene deres værnepligt og indgå i aktiviteter på et fysisk krævende job er det hensigtsmæssigt, at de har et øget selvvurderet helbred. En øget positiv opfattelse af egne kropslige funktioner og hensigtsmæssige erfaringer med fysisk aktivitet og bevægelse vil øge troen på, at det er muligt at opstarte og gennemføre andre og lignende aktiviteter som eksempelvis andre fysiske aktiviteter eller værnepligt (Bandura, 1997; Prochaska, Velicer, 1997; Cardinal, Kosma, 2004). Disse resultater understøttes af, at deltagerne generelt opnår en øget tro på, at de selv har indflydelse på deres vægttab og skal agere aktivt i forbindelse hermed. Dette billede vises også i de resultater der illustrerer, at procentandelen, der ændrer på motion, kost, rygning og alkohol, stiger fra baseline til slut og rimeligvis fastholdes indtil 12 mdr. efter interventionsophør.

Helt generelt har deltagerne oplevet en forbedring af deres helbred over den lange periode, hvor de har forpligtet sig til projekt "Sund Rekrut". Dette hænger sammen med de øvrige resultater som vægttab, opbygning af muskelmasse, forbedret løbedistance osv. Så selvom den progressive og positive udvikling er stagneret efter den aktive interventionsproces, oplever deltagerne fortsat, at deres helbred er blevet forbedret. De kvantitative resultater peger således tilsammen på, at en af de primære målsætninger med projekt "Sund Rekrut" om at sænke deltagernes vægt, fedtmasse og dermed BMI samt forbedre deres fysiske kapacitet er opnået.

Kvalitative data

Stages of change

Alle respondenter var fra start i *forberedelsesstadiet* af *stages of change*. Ved afslutningen på interventionens aktive proces viste resultaterne, at 5 ud af 6 interviewpersoner befandt sig i *handlingsstadiet,* hvilket taler for, at interventionen har skabt grundlag for en relativ dynamisk adfærdsændringsproces. Særligt ved interventionens afslutning præsenterer resultaterne, at flertallet synes at have succes med at være fysisk aktive og fastholde sunde kostvaner,

og hvor en langsigtet fastholdelse, et år efter, ligeledes synes indlysende trods mindre tilbagefald undervejs. Tilbagefaldene er dog særligt relateret til eksempelvis skader og overtræning. Det lader således til, at interventionen i sin helhed har haft kapacitet til at flytte deltagerne fra et *forberedelsesstadie* til et *handlingsstadie* og over i et *fastholdelsesstadie* i *stages of change*. Som litteraturen foreskriver, kan det dog være forbundet med en vis usikkerhed at vurdere, i hvilket stadie respondenterne befinder sig, da det kræver præcise definerede kriterier for, hvilken adfærd der kan opnås (Marshall, Biddle, 2001).

En respondent udskiller sig dog fra mængden. Denne har fra første til sidste spørgegang givet udtryk for at befinde sig i en livssituation med knappe ressourcer og begrænset struktur i sin hverdag. Efter interventionens afslutning opnåede vedkommende at aftjene sin værnepligt, men efter gennemførelsen af sine 4 måneders militærtjeneste fik han tilbagefald og endte igen i *overvejelsesstadiet* i *stages of change*. Værnepligtstjenesten havde assisteret ham med at holde fast i sine nye vaner med træning og kost. Den fysiske aktivitet lå implicit i idrætsuddannelsen, og kostvanerne blev fastholdt via tjenestestedets kantine, hvor han således ikke var forpligtet til selv at varetage de praktiske gøremål i forbindelse med madlavning. I denne situation havde interventionen ikke bidraget tilstrækkeligt til, at vedkommende kunne fastholde en langsigtet adfærdsændring. Dette understøttes af resultater fra tidligere studier, der blandt andet beskriver, at udviklingen i *stages of change* kan være cyklisk, og at flere forsøg på adfærdsændringer er sandsynlig før fastholdelsesstadiet opnås (Marcus, Simkin, 1994).

Self-efficacy

Alle, undtagen en, giver udtryk for at have troen på og er overbevist om, at en adfærdsændring i forhold til fysisk aktivitet og sundere kost kan realiseres og/eller fastholdes. Graden af *self-efficacy* synes at være progressiv over tid, da der er en tendens til, at deltagerne generelt opnår en større selvsikkerhed og selvtillid, jo længere i processen de kommer, og jo flere successer de opnår. Dette understøttes af forskningslitteratur, der understreger, at en større selvsikkerhed og en forstærket selvtillid kan være et udtryk for en højere grad af *self-efficacy* (Marcus, Selby et al., 1992; Bandura, 1997). Tidligere studier understreger desuden, at jo længere fremme et individ er på *stages of change* des højere grad af *self-efficacy* og dermed en større overbevisning om, at en adfærdsændring kan lykkedes (Marshall, Biddle, 2001).

En lavere grad af *self-efficacy* kommer dog til udtryk hos den respondent, som i hele interventionsperioden giver udtryk for at være i en livssituation, hvor begrænset økonomi, manglende social opbakning og manglende struktur i hverdagen har en afgørende betydning for motivation og troen på at kunne lykkes. Umiddelbart giver respondenten udtryk for at have troen, men viser ingen positiv langsigtet udvikling i retning af en adfærdsændring. Grundlæggende sociale og økonomiske forudsætninger kan således være styrende for graden af *self-efficacy*.

Barrierer defineres generelt forskelligt fra individ til individ, dog med enkelte sammenfald. Ved starten af interventionen har barriererne karakter af forestillinger om, hvad der muligvis kan hæmme deres proces. Barriererne kan defineres som håndterbare faktorer som eksempelvis begrænset økonomi til at betale for sundere kost, medlemsskaber i fitnesscentre osv. Tid og ikke mindst viden og erfaring, særligt hvad angår kost, antages generelt som værende en mulig barriere. Og derudover nævnes generel dovenskab som en mulig barriere.

Dette er i tråd med forskningslitteratur, som beskriver, at motivation og interesse er et vigtigt incitament for at være fysisk aktiv (Biddle, Mutrie, 2007).

Senere i forløbet, hvor deltagerne har opnået resultater og erfaring med fysisk aktivitet, har mulige barrierer mere karakter af at være mere langsigtede. Deltagernes daglige struktur, hvor job eller uddannelse skaber rammen og sætter dagsordenen for at være beskæftiget, forekommer at være afgørende for, om de kan holde struktur i deres fysiske træning og kostplanlægning. På længere sigt reflekteres der blandt andet over, at strukturændringer som ægteskab og familiestiftelse kan være en barriere for at fastholde nye vaner. Netop strukturen i projekt "Sund Rekrut" ændres radikalt efter det sidste weekendophold på Gerlev Idrætshøjskole. Overgangen fra interventionsprogrammet, hvor månedlige samlinger med tests, målinger, træning og motiverende rådgivning har skabt grundlag for udvikling, til selvstændig træning og kostplanlægning, synes at have skabt nye barrierer.

Decisional balance

Interviewpersonerne er i de kvalitative interviews blevet bedt om at reflektere over, hvorledes vægtningen af deres fordele og ulemper har udviklet sig over tid. Respondenterne har i hele perioden, fra start af interventionen til 18 måneder efter, haft en overvejende vægtning af fordele. I den indledende fase af projektet definerede respondenterne tiden og økonomien, der skulle investeres i at nå sine mål som værende de største barrierer, samt at de ville være nødsaget til at tilsidesætte de interesser og vaner, som de havde haft hidtil. Disse barrierer blev ikke omtalt i de efterfølgende interviews, og må derfor antages at være bearbejdet tilstrækkeligt igennem interventionen.

I forhold til denne variabel skiller interviewpersonen med den noget sværere livssituation sig ligeledes ud. Trods det faktum at han har gennemført projekt "Sund Rekrut" og aftjent sin værnepligt, giver respondenten i størstedelen af interventionsperioden udtryk for, at afvejningen mellem fordele og ulemper er udlignet eller, at han i længere perioder ser flere ulemper end fordele.

Resultaterne understøttes således af forskningslitteratur, der viser, at man ved at påvirke opfattelsen af fordele og ulemper kan assistere processen mod en adfærdsændring, og at forudsætningen for at nå handlingsstadiet i *stages of change* er afhængig af, at fordelene opvejer ulemperne (Marshall, Biddle, 2001). Derudover beskriver litteraturen, at individet typisk oplever flere ulemper end fordele i de tidligere stadier af *stages of change*, hvilket som minimum er tilfældet hos én af de seks interviewpersoner.

Sociale relationer

Resultaterne omhandlende betydningen af at have og udnytte positive sociale relationer er generelt i tråd med litteraturen, som indikerer, at interaktion med positive relationer kan tilskynde til en ønsket adfærd, såfremt de sociale relationer anerkender individets følelser, holdninger og prioriteringer (Deci, Ryan, 1991; Ryan, Deci, 2000).

Samtlige respondenter pegede på, at fællesskabet i projekt "Sund Rekrut" var afgørende for deres udvikling og opnåelse af succes – særligt i den aktive interventionsperiode. Konstruktionen af et essentielt netværk hvor respondenterne var blandt ligeværdige med et fælles formål, synes at have bidraget til et trygt miljø og dermed at have skabt en homogen støttende gruppe. Mange af respondenterne udtrykte generelt høje forventninger til hinanden, hvilket

lader til at have medført en gensidig forpligtelse overfor de andre projektdeltagere. Dette peger på, at en vigtig faktor i forhold til at forblive fysisk aktiv kan være løbende at opnå støtte, men også at vise forbedringer til de andre deltagere i projektet. Resultaterne viser også, at hvis de sociale relationer ikke agerer hensigtsmæssigt i forhold til den ønskede ændring, kan det fastholde individet i en uønsket adfærd og dermed ikke anspore til yderligere involvering, optimering af præstationer eller psykologisk velvære.

Selvom samtlige deltagere beskrev interventionsgruppen som betydningsfuld i den aktive interventionsproces, synes denne at have mindre betydning i de efterfølgende måneder, hvor kontakten til de øvrige projektdeltagere bliver markant mindre. Efterfølgende er det snarere indflydelsen fra deltagernes etablerede sociale relationer, familie samt venner, som virker til at have den vigtigste betydning i fastholdelsen af de tilegnede nye vaner.

For de deltagere, der fortsat er hjemmeboende, lader støtten fra familien til at være af større betydning end hos de, der er flyttet hjemmefra. Respondenterne beskriver, at vennerne typisk indtager en anerkendende og forstående holdning overfor deres ændringsforsøg, og nogle inspireres selv til at forsøge sig med mere fysisk aktivitet og sundere kostvaner. Dette understøttes af studier, der fremhæver, at de sociale relationer kan medvirke til en yderligere involvering, præstationsfremgang og større psykologisk velvære hos deltageren (Ryan, Deci, 2000).

Et andet centralt punkt er den dedikerede instruktørs rolle. Resultaterne viser, at projektdeltagerne enstemmigt vurderer, at kontaktpersonen i ”Sund Rekrut” har haft en afgørende betydning for deltagernes ændringsproces og eventuelle succesfulde adfærdsændring. Resultaterne indikerer, at en social kompetent kontaktperson med en faglig baggrund inden for fysisk træning og kostvejledning, som samtidigt fungerer som motivationsrådgiver, kan bidrage til at højne deltagernes motivation og fastholdelse. Dette bekræftes af tidligere studier (Bredahl, 2010).

Som nævnt ved flere lejligheder er der specifikt en deltager, som skiller sig ud. Grunden til dette kan muligvis være, at personens baggrund har fundamental indflydelse på graden af succes. Set ud fra et socialt perspektiv synes vedkommende at have en begrænset social opbakning fra familie, venner og samlever. Han deltager ikke i sociale aktiviteter blandt andet på grund af hans manglende vennekreds. Hans økonomiske ressourcer er begrænsede, og hans adfærd resulterer i inaktivitet og usund kost. Fællesmængden af ovenstående faktorer kan bidrage med en forklaring på, hvorfor vedkommende har begrænsede muligheder for at gennemføre en succesfuld adfærdsændring (Iversen, 2002).

Overordnet sammenfatning

De kvantitative resultater viser, at interventionen har haft en positiv effekt på vægttab, fysisk kapacitet, selvvurderet helbred og en generel holdningsændring til KRAM-faktorer. Effekten har været klart større i den aktive interventionsperiode end i den efterfølgende follow-up-periode. Udgangspunktet i *stages of change* har været højt, hvilket kan forklare årsagen til den umiddelbare store effekt særligt fra midtvejs til slutningen af den aktive interventionsperiode. Dette har muligvis bidraget til hurtige og gode effekter. Efterfølgende viser de kvanti-

tative resultater en mindre nedgang i effekterne, hvor sammenhængen med niveauet i *stages of change* kan forklares ud fra, at deltagerne har haft eller har mindre tilbagefald og/eller, at deltagerne er ved at finde sig til rette i et fastholdelsesstadie og en ny dagligdagsstruktur.

Selvom deltagerne har et højt udgangspunkt i graden af *self-efficacy* i forhold til at være mere fysisk aktiv og leve efter sundere kostvaner, synes der ikke at have været nogen markant langsigtet effekt på de kvantitative resultater. En forklaring kunne være, at deltagerne, qua deres opnåede ændringer på kortere sigt og med større selvsikkerhed og selvtillid til følge, har større fokus på fastholdelsesfasen og stabilisering af adfærd frem for en fortsat fremadrettet udvikling.

De kvantitative resultater synes på samme måde at blive bekræftet af deltagernes *decisional balance* over tid. Bekræftelsen af, at fysisk træning og kostændringer giver deltagerne mærkbare resultater, har tilsyneladende ændret størrelsesforholdet mellem fordelene og ulemperne ved deltagernes adfærdsændring således, at fordelene ved den aktuelle adfærd vægter klart tungest. Set over tid lader det til, at udviklingen i *decisional balance* er fortsat på trods af den begrænsede udvikling i de fysiologiske parametre.

Det fællesskab, der etableres i projekt "Sund Rekrut", muligheden for at trække på en idræts- og ernæringsfaglig kompetent motivationsrådgiver og den samtidige støtte fra deltagernes etablerede sociale relationer bidrager væsentligt til at påvirke deltagernes motivation til at opnå en specifik adfærdsændring (Biddle, Mutrie, 2007). Den homogene gruppe opløses dog efter den aktive interventionsproces, og dette kan eventuelt være en af årsagerne til, at den fremadrettede udvikling efterfølgende er mere begrænset.

Projekt "Sund Rekrut" som livsstilsintervention

Projekt "Sund Rekrut" kan tydeligvis bidrage til at skabe bedre forudsætninger for at hjælpe unge til at kunne aftjene deres værnepligt. Men i lige så høj grad kan projektet medvirke til, at give den unge ressourcerne til at tabe sig, at opnå sundere spisevaner og muligvis bidrage til et andet syn på fremtiden afhængig af den enkeltes ambitionsniveau og karriereønsker. Resultaterne viser, at projektet assisterer deltagerne med nogle håndterbare værktøjer, som de kan anvende i forbindelse med fysisk træning og kostplanlægning. Dette kan eksempelvis være viden om træningsprincipper, træningsplaner, fødevarekendskab, kostregistrering osv. I forbindelse med brugen af værktøjer og introduktionen af alternative trænings- og kostmetoder opbygges erfaring og dermed på sigt resultater. Resultaterne og succeserne giver efterfølgende grobund for motivation. Derudover kan projekt "Sund Rekrut" skabe et trygt miljø, hvor deltagerne kan udnytte synergien, der opstår i at være sammen med ligestillede med tilsvarende målsætninger. Desuden viser det sig afgørende med et støttende netværk af eksperter, i form af diætister, træningsspecialister og motivationsrådgivere, som deltagerne kan få råd fra. Særligt hvis disse påtager sig en omsorgsfuld rolle, kan det medvirke til forstærket motivation og samtidig forpligtelse fra deltagerne til at gøre en indsats.

Metodiske problemstillinger

For, på et kvalificeret grundlag, at kunne bedømme resultaterne i forhold til de opsatte interventionsmål indeholder dette kapitel ligeledes en diskussion af metodiske problemstillinger.

En problematik er, at undersøgelsen ikke indeholder en kontrolgruppe. Dermed udebliver muligheden for at understøtte gyldigheden af resultaterne. Der er dog blevet introduceret en referencegruppe til interventionen, men det har kun været muligt usystematisk at indsamle data fra denne gruppe. Derfor kan resultaterne og effekten fra interventionsgruppen i "Sund Rekrut" udelukkende betragtes som beskrivende og vejledende. Referencegruppen kan dog medvirke til, at udviklingen i enkelte parametre sættes i perspektiv. Resultatet af den manglende kontrolgruppe kan betyde, at udviklingen hos deltagerne og effekten af "Sund Rekrut" fremstår mere positivt. Desuden har der heller ikke været mulighed for at blinde tilknyttede diætister, trænere og motivationsrådgivere i forhold til de respektive grupper og interventionens målsætning. Dette kan muligvis have tilført resultaterne en bevidsthedsbias og som konsekvens heraf en tendens hos deltagerne til at overestimere selv-rapporterede resultater.

En anden mulig bias kan være Hawthorne-effekten. En generel begejstring for projektet hos deltagerne kan således medføre, at respondenterne overrapporterer og svarer mere positivt. En tredje forklaring kan eventuelt være den generelle støtte fra projektet i sin helhed, et løbende bedre kendskab til spørgsmålene i interviews og et forbedret kendskab til forholdet mellem sundhed og fysisk aktivitet og sundere kostvaner (O' Sullivan, 2004).

Overrapportering kan ligeledes være en begrænsning for gyldigheden af data, da gyldigheden afhænger af respondenternes evne til præcist at afgøre og vurdere kvaliteten af den fysiske træning. Eksempelvis er der flere af respondenterne, der efter interventionens afslutning svarer, at de dyrker mere end 5 timer motion om ugen. En estimering, der er væsentlig højere end hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler. Selvrapporterede data kan således være mindre præcise data end administrerede og strukturerede målemetoder som skridttællere, accelerometre osv. (Conway, Irwin et al., 2002). Slutteligt kan det mangelfulde antal deltagere til testgangene 12 og 18 måneder efter interventionens start, potentielt have påvirket resultaterne.

Konklusion

Formålet med denne evaluering var at analysere, hvilke primære faktorer i projekt "Sund Rekrut" der var betydningsfulde for deltagernes motivation for livsstilsændring. Med udgangspunkt i den Transteoretiske Model som analyseredskab samt et fokus på deltagernes sociale relationer og med et metodevalg, der kombinerer kvantitative data og kvalitative data, sammenfattes nedenstående konklusionerne fra projektet.

Projekt "Sund Rekrut" indfrier generelt sine målsætninger om, at projektdeltagerne taber kropsvægt, mindsker BMI og rimeligvis fastholder muskelmasse. Desuden forbedrer deltagerne generelt den fysiske kapacitet (Løbelængde, iltoptagelse og rygstyrke) med det formål, at deltagerne til re-session kan blive erklæret *egnet* til værnepligt. Projektets målsætning om værnepligt for deltagerne bliver i den forbindelse opfyldt, hvor 82% bliver erklæret egnet til værnepligt, og 60% af denne andel benytter sig af tilbuddet.

Konklusionen er også, at den kraftige udvikling i vægt, BMI og fysisk kapacitet primært sker under det aktive interventionsforløb. Efter interventionen er resultaterne enten stagnerende, stabile eller viser et mindre tilbagefald. Dog skal det nævnes, at det lave antal besvarelser i opfølgningsperioderne introducerer usikkerhed omkring disse resultater.

På det praktiske plan viser det sig, at projektet bidrager med håndterbare værktøjer som introduktion til og inspiration af nye og anderledes træningsformer, viden om og brugen af træning, træningsplanlægning samt kost og kostplanlægning. Værktøjer, som projektdeltagerne under og lang tid efter interventionen udtrykker, at de løbende anvender.

I forhold til de adfærdspsykologiske parametre kan det ligeledes konkluderes, at deltagerne generelt bevæger sig i en hensigtsmæssig retning i forhold til elementerne i den Transteoretiske Model.

Dette skyldes for det første ,at graden af *self-efficacy* i interventionsperioden er blevet forstærket som resultat af de opnåede successer med vægttab og forbedret fysisk kapacitet.

For det andet skyldes dette, at deltagerne oplever en større selvtillid og selvsikkerhed ved at få deres fysiske ydeevne og kompetencer bekræftet igennem de udfordringer og oplevelser, som projektdeltagerne har gennemgået.

For det tredje er et af nøgleparametrene, at deltagernes oplevelser med mulige hindringer og ulemper ved en adfærdsændring overskygges af successer og bekræftelse af sundhedsrelaterede fordele.

På det sociale/relationelle plan kan det konkluderes, at positive relationer i og uden for projekt "Sund Rekrut" har en afgørende betydning for deltagernes motivation for en livsstilsændring. Såvel øvrige projektdeltagere med ligeværdige og ensartede målsætninger som etablerede relationer som familie og venner har vist sig at være vigtige potentielle støtter. Derudover kan det konkluderes, at muligheden for sparring med rollemodeler, som dem træningsspecialisterne og motivationsrådgiverne i "Sund Rekrut" har været, har potentiale til at spille en markant adfærdsfremmende rolle.

Yderligere konkluderes, at fundamentale bio-psyko-sociale forudsætninger (eks. sårbarhed, sociale relationer, økonomi, uddannelse) for deltagerne i "Sund Rekrut" kan have afgørende betydning for en langsigtet adfærdsændring.

Afslutningsvis kan det konkluderes, at interventionen "Sund Rekrut" i sin helhed har indfriet målsætningen. Det ville dog være fordelagtigt for dokumentationen og evidens, at der i fremtidige og lignende interventioner sikres stabile opfølgningsdata og en reel kontrolgruppe.

Referencer

Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior." Organizational Behavior and Human Decision Processes **50**: 179-211.

Ajzen, I. and M. Fishbein (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Andersen, L. B. A., T. E.; Andersen, E.; Anderssen, S. A. (2008). "An intermittent running test to estimate maximal oxygen uptake: the Andersen test." Journal of Sports Medicine and Physical Fitness **48**(4): 434-437.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J, Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy, The Exercise of Control. New York, W.H. Freeman and Company.

Biddle, S. J. and N. Mutrie (2007). Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions. London, Routledge.

Biddle, S. J. H. and C. R. Nigg (2000). "Theories of exercise behavior." International Journal of Sport Psychology **31**(2): 290-304.

Bjørner, J. B. (1997). Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København, Lægemiddelindustriforeningen.

Bredahl, T. (2009). Midtvejsevaluering af projektet Sund Rekrut. Odense, Syddansk Universitet.

Bredahl, T. V. (2010). Adherence to physical activity - Psychological aspects in "Prescribed Exercise" and "Motivational counselling", University of Southern Denmark.

Bredahl, T. V. and K. K. Roessler (2011). "Prescribed Exercise and Behavioural Change - the Influence of Self-efficacy, Stages of Change, and Social relations." Idrottsforum.org.

Bredahl, T. V. G. (2011). Adherence to physical activity - Psychological aspects in Prescribed Exercise and Motivational counselling. Saarbrücken, Germany, Lambert Academic Publishing.

Bredahl, T. V. G., A. Gårn, et al. (2010). Resultatopsamling af Motion På Recept i Danmark. København, Sundhedsstyrelsen.

Cardinal, B. J. and M. Kosma (2004). "Self-efficacy and the stages and processes of change associated with adopting and maintaining muscular fitness-promoting behaviors." Res.Q.Exerc.Sport **75**(2): 186-196.

Conway, J. M., M. L. Irwin, et al. (2002). "Estimating energy expenditure from the Minnesota Leisure Time Physical Activity and Tecumseh Occupational Activity questionnaires - a doubly labeled water validation." J.Clin.Epidemiol. **55**(4): 392-399.

Deci, E. L. and R. M. Ryan (1991). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation. R. Dienstbier. Lincoln, NE, University of Nebraska Press. **38:** 237-288.

Demoulin, C. V., M.; Duysens, C.; Crielaard, J. M. (2006). "Spinal muscle evaluation using the Sorensen test: a critical appraisal of the literature." Joint Bone Spine **73**(1): 43-50.

DiClemente, C. C. and J. O. Prochaska (1982). "Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance." Addict Behav **7**(2): 133-142.

DiClemente, C. C., J. O. Prochaska, et al. (1991). "The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change." J Consult Clin Psychol **59**(2): 295-304.

Forsvaret. (2011). Retrieved 1. februar, 2011, from http://www.forsvaretsuddannelser.dk.

Forsvaret. (2011). Retrieved 9. februar, 2011, from http://www.forsvaret.dk.

Gubrium, J. F. and J. A. Holstein (2001). Handbook of interview research: context and method. London, Sage Publications.

Hollis, J. F., M. R. Polen, et al. (2005). "Teen reach: outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care." Pediatrics **115**(4): 981-989.

Iversen, L. (2002). Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. København, Munksgaard.

Jones, F., P. Harris, et al. (2005). "Adherence to an exercise prescription scheme: the role of expectations, self-efficacy, stage of change and psychological well-being." Br.J Health Psychol. **10**(Pt 3): 359-378.

Kvale, S. (2003). En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København, Hans Reitzels Forlag.

Larsen, F. A., P.; Poulsen, S.; Søe, D.; Christensen, S. (2011). Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner, 2010.

Latimer, J. M., C. G.; Refshauge, K., Colaco, I. (1999). "The reliability and validity of the Biering-Sorensen test in asymptomatic subjects and subjects reporting current or previous nonspecific low back pain." Spine (Phila Pa 1976) **24**(20): 2085-2089; discussion 2090.

Launsø, L. R., O.; Olsen, L. (2011). Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. Kbh., Nyt Nordisk Forlag.

Ma, J., N. M. Betts, et al. (2002). "The importance of decisional balance and self-efficacy in relation to stages of change for fruit and vegetable intakes by young adults." Am J Health Promot **16**(3): 157-166.

Maehr, M. B., L. (1986). The motivation factor: a theory of personal investment. Lexington, Mass., Lexington Books.

Marcus, B. H., S. W. Banspach, et al. (1992). "Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants." Am.J.Health Promot. **6**(6): 424-429.

Marcus, B. H., V. C. Selby, et al. (1992). "Self-efficacy and the stages of exercise behavior change." Res Q Exerc Sport **63**(1): 60-66.

Marcus, B. H. and L. R. Simkin (1994). "The transtheoretical model: applications to exercise behavior." Med.Sci.Sports Exerc. **26**(11): 1400-1404.

Marshall, S. J. and S. J. Biddle (2001). "The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise." Ann.Behav.Med. **23**(4): 229-246.

Mihalik, B. J., J. T. O'Leary, et al. (1989). "Sports involvement across the life span: expansion and contraction of sports activities." Res Q Exerc Sport **60**(4): 396-398.

Norman, A., R. Bellocco, et al. (2001). "Validity and reproducibility of self-reported total physical activity--differences by relative weight." Int J Obes Relat Metab Disord **25**(5): 682-688.

O' Sullivan, I. O., S.; Rakow, T.; Parker, R. (2004). "Prospective research in health service settings: Health psychology, science and the 'Hawthorne' effect." Journal of Health Psychology **9**(3): 355-359.

Olsen, H. (2002). Kvalitative Kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelsers kvalitet. København, Akademisk Forlag A/S.

Olsen, H. O., K.; Juul, S. (1998). Analytisk epidemiologi - en introduktion. København, Munksgaard.

Pedersen, B. K. and B. Saltin (2004). Fysisk Aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling. København, Center for Forebyggelse.

Pilgaard, M. (2008). Danskernes motions- og sportsvaner. Tal og tendenser.

Prochaska, J. O. and C. C. Diclemente (1983). "Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change." J Consult Clin.Psychol. **51**(3): 390-395.

Prochaska, J. O., C. C. Diclemente, et al. (1992). "In search of how people change. Applications to addictive behaviors." Am.Psychol. **47**(9): 1102-1114.

Prochaska, J. O. and W. F. Velicer (1997). "The transtheoretical model of health behavior change." Am.J.Health Promot. **12**(1): 38-48.

RockwoolFonden (2010) "Den svære overvægt fortsætter med at stige. Nyhedsbrev.".

Ryan, R. M. and E. L. Deci (2000). "Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions." Contemp Educ Psychol **25**(1): 54-67.

Santrock, J. (2010). A topical approach to life-span development. Boston, McGraw-Hill Higher Education.

Sarkin, J. A., S. S. Johnson, et al. (2001). "Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure." Prev.Med. **33**(5): 462-469.

SportsCouncil (1992). Allied Dunbar National Fitness Survey: Main Findings. London.

Sundhedsstyrelsen (2006). Fysisk Aktivitet og Evidens - Livsstilssygdomme, folkesygdomme og risikofaktorer mv. Et opslagsværk til rådgivning og pressedækning. Kõbenhavn, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010). Temarapport om børn og overvægt.

Sundhedsstyrelsen. (2011). Retrieved 27 Juni, 2011, from http://www.sst.dk.

Wee, C. C., R. B. Davis, et al. (2008). "Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity." Health Qual.Life Outcomes. **6**(1): 11.

Wylleman, P. L. (2004). "A Developmental Perspective on Transitions Faced by Athletes: Developmental Sport and Exercise Psychology – A Lifespan Perspective." Fitness Information Technology.

Bilag

Spørgeskema til deltagere i projekt 'Sund Rekrut' (før, midt og slut)

De første spørgsmål handler om dit helbred og trivsel.

1. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

(Kun ét kryds)

- Virkelig god ☐ 1
- God ☐ 2
- Nogenlunde ☐ 3
- Dårlig ☐ 4
- Meget dårlig ☐ 5

2. Ønsker du at tabe dig eller tage på i vægt?

(Kun ét kryds)

- Ja, at tabe mig ☐ 1
- Ja, at tage på i vægt ☐ 2
- Vil ikke ændre min vægt ☐ 3

3. Tror du, man kan gøre noget for selv at bevare et godt helbred?

(Kun ét kryds)

- Tror egen indsats er særdeles vigtig ☐ 1
- Tror egen indsats er vigtig ☐ 2
- Tror egen indsats er af nogen betydning ☐ 3
- Tror ikke på egen indsats ☐ 4

4. Gør du selv noget for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Kun ét kryds)

- Nej, jeg gør ikke noget ☐ 1
- Nej, jeg har prøvet, men opgivet ☐ 2
- Ja, jeg gør noget ☐ 3

5. Hvad gør du for at bevare eller forbedre dit helbred?

(Gerne flere kryds)

a. Jeg dyrker motion, er fysisk aktiv ☐ 1
b. Jeg spiser sund kost ☐ 1
c. Jeg sørger for at spise mindre ☐ 1
d. Jeg ryger ikke ☐ 1
e. Jeg prøver at holde op med at ryge, ryge mindre ☐ 1
f. Jeg drikker ikke alkohol ☐ 1
g. Jeg sørger for at begrænse mit alkoholforbrug ☐ 1
h. Jeg sørger for at leve mindre stresset ☐ 1
i. Jeg sørger for at få tilstrækkeligt med søvn ☐ 1
j. Jeg holder kontakt til familie og venner ☐ 1
k. Jeg gør noget andet ☐ 1

6. Hvor ofte plejer du at spise:

	Aldrig / meget sjældent	Mindre end en gang om ugen	En gang om ugen	Et par gange om ugen	Næsten hver dag	Hver dag / flere gange om dagen
1. Kartofler	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Groft/ fiberrigt brød og gryn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kogte grøntsager *(Kogte grøntsager omfatter også svitsede grøntsager og grøntsager tilberedt i mikroovn)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Salat / råkost	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Frugt, fx æble, banan, appelsin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Fisk til aftensmad	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kosttilskud (fx vitaminer, mineraler, fiberprodukter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Hvor ofte plejer du at drikke eller spise:

	Aldrig / meget sjældent	Mindre end en gang om ugen	En gang om ugen	Et par gange om ugen	Næsten hver dag	Hver dag / flere gange om dagen
1. Sodavand (sukkersødet)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sodavand (sukkerfri)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sødet saft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sukkerfri saft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Frugt juice	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Slik (fx lakrids, bolcher, vingummi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Chokolade	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kage og wienerbrød	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Ryger du dagligt?

(Kun ét kryds)

Ja, hver dag ..... ☐ 1
Ja, men ikke hver dag ..... ☐ 2
Nej ..... ☐ 3

9. Hvor ofte drikker du alkohol?

(Øl, vin, hedvin eller spiritus)

Mindre end 1 gang om måneden ..... ☐ 1
1-3 gange om måneden ..... ☐ 2
1-2 gange om ugen ..... ☐ 3
3-4 gange om ugen ..... ☐ 4
5-7 gange om ugen ..... ☐ 5

10. Hvor ofte har du inden for det seneste år, ved en enkelt lejlighed drukket mere end 5 genstande?

- Ingen..... ☐ 1
- Mindre end én gang om måneden ..... ☐ 2
- Cirka 1-3 gange om måneden ..... ☐ 3
- Cirka én gang om ugen..... ☐ 4
- Mere end én gang om ugen..... ☐ 5

De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er på såvel arbejde som i fritiden. Med fysisk aktivitet menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter. Der tænkes altså ikke kun på fysisk aktivitet i forbindelse med motion/idræt eller lignende.

11. Ved din daglige <u>beskæftigelse</u> og/eller på dit <u>arbejde,</u> hvilket udsagn passer da bedst på dig? (sæt kun ét kryds)

- Jeg sidder mest ……..…… ☐
- Jeg sidder ned halvdelen af tiden…… ☐
- Jeg står mest…… ☐
- Jeg går mest, løfter, bærer lidt…… ☐
- Jeg går mest, løfter, bærer meget…… ☐
- Jeg har hårdt fysisk arbejde…… ☐

12. I løbet af en <u>dag</u> hvor meget tid bruger du i gennemsnit på gang og cykling (dette gælder både det du går til og fra arbejde, på arbejde og i fritiden)**?**

- Jeg går og cykler næsten aldrig……..…… ☐
- Jeg går og cykler mindre end 20 min. pr. dag……..….. ☐
- Jeg går og cykler 20-39 min. pr. dag……..……..…… ☐
- Jeg går og cykler 40-59 min. pr. dag…..……..…… ☐
- Jeg går og cykler 1-1½ time pr. dag…… ☐
- Jeg går og cykler 1½- 2 timer pr. dag……..... ☐
- Jeg går og cykler mere end 2 timer pr. dag……. ☐

13. I løbet af en <u>dag</u> hvor meget tid bruger du i gennemsnit på husarbejde? (eksempelvis rengøring og havearbejde)

- Jeg bruger mindre end 1 time pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 1-2 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 2-3 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 3-4 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 4-5 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 5-6 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger mere end 6 timer pr. dag…… ☐

14. I din fritid hvor meget tid bruger du i gennemsnit på stillesiddende /liggende aktiviteter (eksempelvis at se TV, læse, strikke eller sidde ved computeren)**?**

- Jeg bruger mindre end 1 time pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 1-2 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 2-3 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 3-4 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 4-5 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger 5-6 timer pr. dag…… ☐
- Jeg bruger mere end 6 timer pr. dag…… ☐

Motion

Med motion menes her alle aktiviteter, hvor du får rørt dine muskler og bruger dine kræfter i forbindelse med idræt eller lignende og hvor du som minimum bliver let forpustet og får sved på panden. Dette kan være organiseret motion som eksempelvis badminton, svømning og gymnastik, men også uorganiserede aktiviteter på egen hånd eller i grupper (eksempelvis løbeture og stavgang).

15. Hvor meget motion får du på en gennemsnitlig uge?

(Udover det du har angivet som gang og cykling i spørgsmål 16)

- Jeg får motion mindre end 1 time pr. uge…… ☐
- Jeg får motion 1-2 timer pr. uge…… ☐
- Jeg får motion 2-3 timer pr. uge…… ☐
- Jeg får motion 3-4 timer pr. uge…… ☐
- Jeg får motion 4-5 timer pr. uge…… ☐
- Jeg får motion mere end 5 timer pr. uge…… ☐

16. Hvilke former for træning eller idræt har du inden for det seneste år dyrket regelmæssigt?

(gerne flere svar)

- aerobic …… ☐
- badminton …… ☐
- basketball …… ☐
- bordtennis …… ☐
- bowling …… ☐
- cykling …… ☐
- dans …… ☐
- fodbold …… ☐
- gang, stavgang …… ☐
- golf …… ☐
- gymnastik …… ☐
- håndbold …… ☐
- is(hockey) …… ☐
- kampsport (fx boksning, karate) …… ☐
- løb (jogging) …… ☐
- ridning …… ☐
- roning …… ☐
- sejlads …… ☐
- spinding …… ☐
- squash …… ☐
- styrketræning …… ☐
- svømning …… ☐
- tennis …… ☐
- volleyball …… ☐
- yoga/pilates …… ☐
- Andet …… ☐

Skriv hvad: _____

17. Hvor dyrker du idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet? (sæt gerne flere kryds)

- Selvorganiseret (på egen hånd) - alene ☐ 1
- Selvorganiseret (på egen hånd) – sammen med andre ☐ 2
- I en forening (idrætsforening eller anden forening) ☐ 3
- I et motionscenter / fitnesscenter, danseinstitut ol. ☐ 4
- I en aftenskole ☐ 5
- På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution ☐ 6
- I et kommunalt tilbud ☐ 7
- Andet sted ☐ 8

18. Hvor dyrker du idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet <u>udendørs</u>?

(Kun ét kryds i hver linje)

	Ofte	En gang imellem	Aldrig
I skoven, på grønne områder ol. tæt på hvor jeg bor	☐	☐	☐
I skoven, på grønne områder ol. – mere end 2 km. fra hvor jeg bor	☐	☐	☐
På særlig bane eller anlæg til idræt eller motion (fx golf, tennis, boldspil)	☐	☐	☐
På vandet / søen eller til havs	☐	☐	☐
På veje, gader, fortove og lignende	☐	☐	☐
Andet udendørs sted	☐	☐	☐

19. Hvor vigtigt er det for dig at være fysisk aktiv? Du bedes markere dit svar på skalaen nedenfor, hvor 0 svarer til "Slet ikke vigtigt" og 10 svarer til "Meget vigtigt".

(kun ét svar)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke vigtigt — Meget vigtigt

20. Ønsker du at være mere fysisk aktiv end du er?

- Ja ☐
- Ja, måske ☐
- Nej ☐

Søvn

21. Hvor mange timers søvn får du på et gennemsnitligt døgn?

Antal..... __ __ timer

Serien MOVEMENTS

Se de tidligere udgivelser i rapportserien på CISC's hjemmeside: www.sdu.dk/cisc

2013:9 Peter Mindegaard, Bjarne Ibsen, Anne-Merete Kissow og Jan Sau Johansen: Brugerundersøgelse af undervisning i varmtvandsbassin.

2013:8 Sigrid Alison Rytz, Lars Elbæk og Bjarne Ibsen: Matematik- og læsetræning i en fodboldklub: evaluering af Projekt Helhed i B 1909.

2013:7 Jens Høyer-Kruse og Bjarne Ibsen: Undersøgelse af 'DM i foreningsudvikling'

2013:6 Michael Fehsenfeld, Peter Mindegaard og Bjarne Ibsen: YOUR GAM3: Gadeidræt i udsatte boligområder.

2013:5 Jan Toftegaard Støckel: Fysisk aktivitet i skolefritidsordninger: En analyse af institutionsstrukturer og kulturer under forandring.

2013:4 Kurt Lüders og Ejgil Jespersen: Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser.

2013:3 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ – Bevægelse i lokalområdet: Samlet evaluering af otte kommunale anlægsprojekter til fremme af rekreativ fysisk aktivitet.

2013:2 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering af Anbragte Børn i Bevægelse.

2013:1 Bjarne Ibsen, Malene Thøgersen og Lau Tofft-Jørgensen: Fritidsfaciliteterne i Fredensborg Kommune.

2012:17 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Naturparken Mellem Bakkedrag og Dalstrøg - Evaluering af en omdannet græsmark ved boligbebyggelse i Sønderborg.

2012:16 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: En Voldsom Omvej - Evaluering af en omdannet støjvold i Solrød.

2012:15 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Pixlpark - En Digital Legeplads - Evaluering af en omdannet plads i en ny bydel i Roskilde.

2012:14 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Et bevægelseseksperimentarium - Evaluering af en omdannet park ved Sundhedscentret i Nykøbing Sjælland.

2012:13 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Sidesporet - Evaluering af en omdannet asfaltplads ved Nørre Aaby station.

2012:12 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Opfordring til udfordring - Evaluering af omdannede restarealer i Kolding Bycentrum.

2012:11 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Byens Arena - Evaluering af en omdannet parkeringsplads ved boligbebyggelse i Høje Gladsaxe.

2012:10 Charlotte Skau Pawlowski, Lars Breum Christiansen, Jasper Schipperijn og Jens Troelsen: Dronningens Bastion - Evaluering af en omdannet bastion på et historisk voldanlæg i Fredericia.

2012:9 Thomas Skovgaard, Kurt Lüders, Jesper von Seelen, Mette Munk Jensen, Bjarne Ibsen, Casper Due Nielsen og Tobias Marling: Svømning i den danske folkeskole.

2012:8 Bjarne Ibsen, Venka Simovska og Henrik M. Larsen: Tilgængelighed til og deltagelse i idræt blandt børn og unge på Vesterbro: Evaluering af DGI-byens børne- og ungeprojekt Go-Active.

2012:7 Bjarne Ibsen ... et al.: Idrættens outsidere - Inklusion eller eksklusion af vanskeligt stillede børn og unge i idræt: Evaluering af puljen til idræt for vanskeligt stillede børn og unge.

2012:6 Jan Arvidsen, Karen Dalgaard Pedersen og Søren Andkjær: Rum og rammer for Aktivt Udeliv: Et litteraturstudie om naturlige omgivelsers betydning for Aktivt Udeliv.

2012:5 Bjarne Ibsen: Human Resource Management for Volunteers in Sports Organisations in Europe.

2012:4 Charlotte Skau Pawlowski og Jens Troelsen: EN GOD OMVEJ - Bevægelse i lokalområdet: Kvalitativ analyse af den kommunale planlægnings- og implementeringsproces forbundet med projektet.

2012:3 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af projekt Grib Chancen.

2012:2 Louise Bæk Nielsen og Bjarne Ibsen: Idrætsdeltagelse og idrætsfaciliteter i Vordingborg Kommune.

2012:1 Thomas Gjelstrup Bredahl: Slutevaluering af Greve Kommunes metodeudviklingsprojekt "MultiMinen" - For 6-8 årige børn med overvægt.

2011:6 Peter Lund Kristensen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben': Den kvantitative del - Vejle Kommune.

2011:5 Louise Kamuk Storm, Simon Madsen og Bjarne Ibsen: Evaluering af 'Bevæg dig sund og glad: Et projekt i Esbjerg Kommune for overvægtige børn og deres familier.

2011:4 Jan Toftegaard Støckel: Evaluering vedrørende projekt Idrætszen.

2011:3 Bjarne Ibsen og Louise Bæk Nielsen: Idræt og idrætsfaciliteter på Bornholm.

2011:2 Jakob Haahr og Søren Andkjær (red.): Muligheder og begrænsninger for friluftsliv: Konferencerapport - artikler og abstracts.

2011:1 Ejgil Jespersen: Evaluering af Krop og Kontor forsøgsprojekter.

2010:7 Pernille Andreassen: Evaluering af 'Sunde vaner fra barnsben' - Vejle Kommune.

2010:6 Forskningsenheden for 'Bevægelse, Idræt og Samfund' (BIS): Forskningsprofil og udviklingsplaner for 2010-2014.

2010:5 Bjarne Ibsen, Anne Mette Walmar Hansen og Eva Vennekilde: Ændringer i kommunal idætspolitik efter kommunalreformen.

2010:4 Karsten Østerlund: Gå i Gang: Slutevaluering.

2010:3 Lise Specht Petersen: Rum for idræt og leg på Vesterbro.

2010:2 Bjarne Ibsen og Carsten Hvid Larsen: Aktivitet eller idrætspolitisk arbejde? Frivilligt arbejde i DGI Vestsjælland og DGI Nordsjælland.

2010:1 Bjarne Ibsen, Jan Toftegaard Støckel og Charlotte Klinker: Børn og fysisk aktivitet på Vesterbro.

2009:7 Lise Specht Petersen og Bjarne Ibsen: København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi.

2009:6 Ole Lund: Evaluering af projekt 'Sund Cirkel'.

2009:5 Carsten Hvid Larsen og Bjarne Ibsen: Frivilligt arbejde i Gigtforeningen.

2009:4 Ole Lund: Sund indskoling – evaluering af sundhedsfremmende indsatser i SFO og indskoling i Frederikshavn Kommune.

2009:3 Kirsten Kaya Roessler: Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter: erfaringer fra projektet "Tilbage til arbejdet".

2009:2 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Kolding By 2008.

2009:1 Ole Lund: Rend og Hop – Vi si'r stop: et sundhedsprojekts bestræbelser på at skabe bedre betingelser for det sunde liv i Varde Kommune.

2008:10 Lars Breum Christiansen og Jens Troelsen: Bevægelsesmuligheder i Roskilde By.

2008:9 Per Jørgensen: Idrætspolitik i Gentofte Kommune gennem 100 år.

2008:8 Jens Høyer-Kruse, Malene Thøgersen, Jan Toftegaard Støckel og Bjarne Ibsen: Offentlige-frivillige partnerskaber omkring børn og fysisk aktivitet.

2008:7 Pernille Vibe Rasmussen: Foreninger og integration: Undersøgelse af foreningers vilkår for integrationsarbejde i Københavns Kommune.

2008:6 Thomas Gjelstrup Bredahl: Ekstern evaluering af Motion på Recept i Frederiksberg Kommune: September 2007.

2008:5 Thomas Gjelstrup Bredahl: Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007.

2008:4 Jens Troelsen, Kirsten Kaya Roessler, Gert Nielsen og Mette Toftager: De bolignære områders betydning for sundhed: hvordan indvirker bolignære områder på sundheden? – og hvordan kan udformningen gøres bedre?

2008:3 Ole Lund og Pernille Andreassen: Gå i gang: evalueringsrapport.

2008:2 Jan Toftegaard Støckel (red.): Parallel leg eller integreret leg? – partnerskaber om børn, leg og bevægelse.

2008:1 Pernille Vibe Rasmussen og Kirsten Kaya Roessler: Stofmisbrug og fysisk aktivitet: Evaluering af "Krop og læring – Mere styr på eget liv".

2007:1 Bjarne Ibsen: Børns idrætsdeltagelse i Københavns Kommune 2007.