

Vad hjälpte dig?

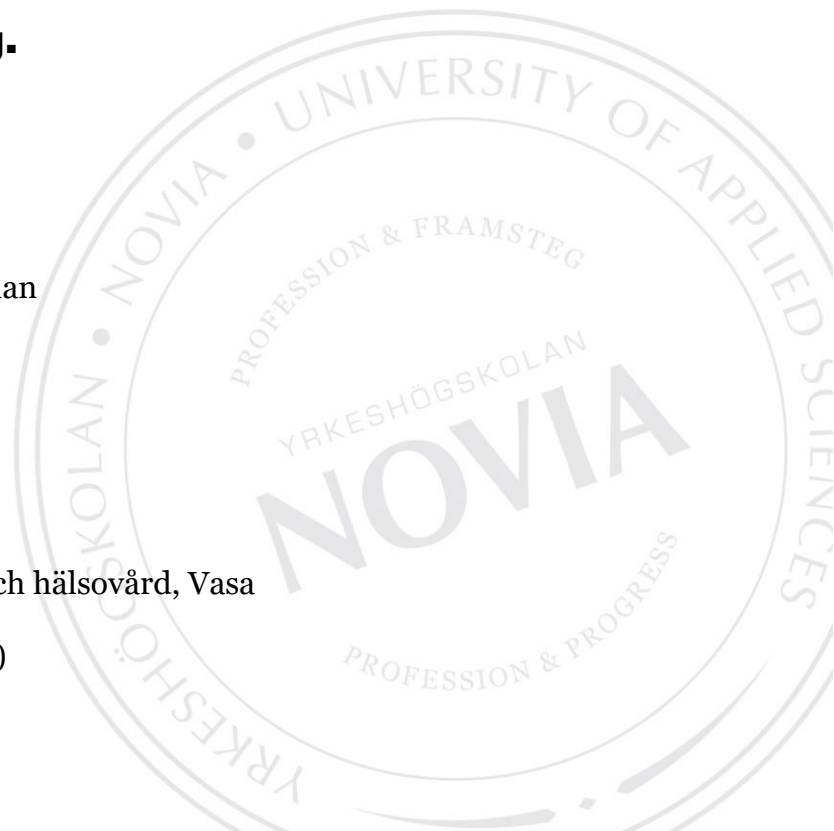
- **En kvalitativ intervjustudie om vad som motiverat svensktalande arbetsföra Österbottningar att lyckas med en livsstilsförändring.**

Josefin Aurén, Daniela Hjortman

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa November / 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Josefin Aurén och Daniela Hjortman

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Vad hjälpte dig? En kvalitativ intervjustudie om vad som motiverat svensktalande arbetsföra Österbottningar att lyckas med en livsstilsförändring.

Datum: November 2016

Sidantal: 76

Bilagor: 8

Abstrakt

Syftet med detta arbete är att öka hälsovårdarens förståelse för hur klienten upplever en livsstilsförändring, samt vad som kan öka dennes motivation till en livsstilsförändring. Frågeställningarna är: Vad kan motivera klienten till en hälsosam livsstilsförändring? Hur kan hälsovårdaren stöda personer som vill göra en hälsosam livsstilsförändring? Vilka råd skulle den som lyckats ge åt en annan som skall ta itu med sin livsstil? Vilka fördelar med en hälsosam livsstilsförändring kan den som lyckats se?

Som teoretisk referensram har Aaron Antonovskys teori om KASAM samt James Prochaskas transteoretiska modell, TTM använts. I den teoretiska bakgrunden beskrivs hälsosamma kost- och motionsvanor, viktkontroll, missbruk, stresshantering, sömn och fritidssysselsättningar som bas för en hälsosam livsstil. Där beskrivs även fördelarna med en livsstilsförändring, motivation, passion, hälsovårdarens roll i främjandet av hälsosamma levnadsvanor samt hur denne kan ta upp frågan om livsstil. I arbetet relateras till tidigare forskning som tangerar ämnet från två håll: med studier som tar upp faktorer som främjar förmåga till livsstilsförändring och med teorier som behandlar möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar.

Studien har genomförts med kvalitativ metod. Respondenterna till arbetet har intervjuat sju inbördes olika personer som lyckats genomföra en hälsosam livsstilsförändring. I resultatet beskrivs informanternas upplevelse av förändringsprocessen: hur den fått sin början, vilka individuella målsättningar de haft, vilka fördelar förändringen fört med sig och hur de ser på framtiden med den nya livsstilen. I resultatet beskrivs även de motivationsfaktorer som hjälpt informanterna under processens gång, varifrån de fått stöd och vilka råd de har att ge utifrån sina egna erfarenheter – både till andra som står inför en förändring men även till hälsovårdare och övrig vårdpersonal.

Språk: Svenska.

Nyckelord: Livsstilsförändring, Livsstil, Motivation, Förändring, Framgång, Vallerand, Hängivenhet, Prochaska, TTM, Hälsa, KASAM, Hälsosam livsstil, Kvalitativ.

BACHELOR'S THESIS

Author: Josefin Aurén and Daniela Hjortman

Education and place: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: What helped you? A qualitative interview study about what have motivated Swedish-speaking Ostrobothnians at working age to succeed transacting a lifestyle change.

Date: November 2016.

Number of pages: 76.

Appendices: 8.

Summary

The purpose of this thesis is to increase the public health nurse's understanding of how the client experience a lifestyle change and what can increase his motivation towards a lifestyle change. The questions of this thesis are: What can motivate the client to a healthy lifestyle change? How can the public health nurse support persons who want to do a healthy lifestyle change? What advice would a person who has succeeded give a person who is about to deal with his lifestyle? What advantages with a healthy lifestyle change can a person who has succeeded see?

As theoretical frame of reference we have used Aaron Antonovsky's theory of KASAM and James Prochaska's transtheoretical model, TTM. In the theoretical background is described healthy diet- and exercise habits, weight control, abuse, stress management, sleep and pastimes as a base in a healthy lifestyle. It is also described the advantages of a healthy lifestyle, motivation, passion, the public health nurse's part in the promotion of healthy lifestyle habits and how the public health nurse can bring the question of lifestyle up. Previous research that is used in this thesis connects to the subject from two point of views: With studies about factors that improves the ability to do a lifestyle change and with theories about the ability to do a lifestyle change.

The study has been done using qualitative method. The respondents to this thesis have interview seven mutually different persons, who have succeeded to change their lifestyle. The result describes the informants' experience of the process of change: how it has started, what individual goals they've had, what advantages the change have brought and how they look at the future with the new lifestyle. The result also describes factors of motivation, which have helped the informants during the process, from where they've gotten support and what advice they would give – to others who have a lifestyle change ahead of them and also to public health nurse's and other health professionals.

Language: Swedish.

Key words: Lifestyle changes, Lifestyle, Motivation, Change, Success, Vallerand, Engagement, Prochaska, TTM, Health, Sense of coherence, Healthy lifestyle, Qualitative.

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Problemformulering, syfte och frågeställning	2
3	Teoretisk referensram	3
3.1	KASAM – känsla av sammanhang	3
3.2	TTM – transteoretisk modell.....	5
4	Teoretisk bakgrund	8
4.1	Hälsosamma kostvanor.....	8
4.2	Hälsosamma motionsvanor	14
4.3	Viktkontroll	15
4.4	Missbruk.....	16
4.5	Stresshantering, sömn och fritidssysselsättningar	20
4.6	Fördelar med en livsstilsförändring.....	24
4.7	Motivation	26
4.8	Passion – harmonisk eller tvångsmässig?	27
4.9	Hälsovårdarens roll i främjandet av hälsosamma levnadsvanor	29
4.10	Att ta upp frågan om livsstil	31
5	Tidigare forskning.....	35
5.1	Studier som tar upp faktorer som främjar förmåga till livsstilsförändring.....	35
5.2	Teorier kring möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar	38
5.3	Sammanfattning.....	40
6	Undersökningens genomförande.....	40
6.1	Intervju som datainsamlingsmetod.....	40
6.2	Urval av informanter	41
6.3	Etiska överväganden vid intervju som datainsamlingsmetod	42
6.4	Innehållsanalys som dataanalysmetod.....	43
6.5	Undersökningens praktiska genomförande	44

7	Resultat.....	46
7.1	Förändringsprocessen.....	47
7.2	Motivationsfaktorer.....	53
7.3	Stöd.....	56
7.4	Råd.....	59
8	Resultatdiskussion.....	66
8.1	Spegling mot tidigare forskning.....	67
8.2	Spegling mot teoretisk referensram.....	69
9	Kritisk granskning.....	71
9.1	Perspektivmedvetenhet.....	72
9.2	Intern logik.....	73
9.3	Etiskt värde.....	74
9.4	Innebördsriktighet och Struktur.....	75
9.5	Det pragmatiska kriteriet.....	76
10	Sammanfattande diskussion.....	77
	Källförteckning.....	79
	Finlands författningssamling	84
	1

1 Introduktion

Ohälsosamma levnadsvanor är i dag den största dödsorsaken i världen. De bidrar till det vi kallar välfärdssjukdomar; hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, kroniska luftvägssjukdomar och diabetes typ 2. Förutom att dessa sjukdomar orsakar en för tidig död orsakar de också mycket onödigt lidande. Välfärdssjukdomar kan förebyggas genom att välja en hälsofrämjande livsstil. Undersökningar visar dessutom att många människor vill förbättra sina levnadsvanor och de flesta vill ha stöd och hjälp för att lyckas (Holm Ivarsson, 2014, s. 26-27, 45-46) Här är hälsovårdarens arbete mycket viktigt. Som hälsovårdare kommer man ofta i kontakt med människor som vill eller behöver ändra på sin livsstil. Livsstilsförändringar kräver en stark vilja och mycket tålamod. Hälsovårdare ska stöda och uppmuntra till en hälsosam livsstil och handleda sina klienter mot realistiska mål som främjar hälsa.

Respondenterna till det här arbetet studerar båda till hälsovårdare och är intresserade av hälsosamma levnadsvanor. Vi har en passion för mat och motion, samt för hur sömnen och stresshantering kan påverka vår prestationsförmåga och vårt välmående. Under kursen "Hälsofrämjande i alla åldrar" gjorde vi ett arbete om "Att göra livsstilsförändringar", vilket senare gett idén till vårt examensarbete. Vi var först intresserade av att göra en litteraturstudie, men kom under processens gång fram till att det inte finns så många kvalitativa studier gjorda kring ämnet hälsosamma levnadsvanor i Finland, därför har vi valt att själva göra en empirisk studie. Studien är kvalitativ, för att vi skall få en ökad förståelse för hur klienternas situation kan se ut.

För att kort definiera de begrepp som genomsyrar arbetet menar vi att *befolkning i arbetsför ålder* är alla personer i åldern 16-74 år (Statistikcentralen, u.å.). Vi har valt arbetsföra, eftersom vi är intresserade av att eventuellt arbeta med vuxna människors hälsa i framtiden. Även om grunden till en hälsosam livsstil läggs i ungdomen, vill vi ta reda på hur människor lyckas förändra sin livsstil till att bli mera hälsosam i vuxen ålder.

Med *svenskfinland* avser vi människor som bor i Finland och pratar svenska. Vi har valt att begränsa studien till Österbotten. Orsaken till att vi har valt svenskfinland är för att vi själva är finlandssvenskar och studerar på en finlandssvensk ort.

2 Problemformulering, syfte och frågeställning

Hälsovården i Finland har alltid fokuserat på att uppmuntra en hälsosam livsstil. Ökningen av förekomsten av diabetes typ 2 och fetma har fått hälsovården att fokusera ännu mera på att hjälpa klienten att göra hälsosamma livsstilsförändringar. (Jallinoja, m.fl., 2009)

Varför fortsätter då svårigheterna med att motivera till hälsosamma livsstilsförändringar? Så länge hälsovården försökt ingripa i klienters livsstil har man förstått uppgiftens utmaningar. Hälsovårdare anser enligt en undersökning i form av frågeformulär framförallt att klientens vilja och förmåga till livsstilsförändring är avgörande för att genomföra livsstilsförändringar. Personliga faktorer och sökande efter njutning hos klienten samt avsaknad av professionellt stöd upplevs också sätta käppar i hjulet. (Jallinoja, m.fl., 2009)

När det gäller beslut rörande hälsa gör människan ofta beslut baserat på känslor och inte på vad som är förståndigt. Människan lever för dagen och många riskfaktorer ger en omedelbar njutning. Dessa riskfaktorer kan ha mycket allvarliga biverkningar på hälsan som, om biverkningarna alls uppkommer, visar sig först efter en mycket lång tid av missbruk. Därför kan också de positiva följderna av att hålla sig ifrån riskfaktorer verka mycket avlägsna. Myllykangas (2006) har beskrivit ett bra exempel på hur det är att leva i nuet i ett påstående från en reporter: ”Fastän ni skulle garantera mig evigt liv, skulle jag avstå, ifall choklad inte fanns i den världen” (egen översättning).

Undersökningar har påvisat att vårdare inte alltid vill ta tag i livsstilsförändringar hos klienter. Bland annat nämns rädsla för att försämra vårdare-patient relationen, tidsbrist, brist på förtroende för den egna förmågan att övertyga till livsstilsförändringar och för effektiviteten med rådgivning om livsstilsförändringar som hinder för att ta itu med livsstilsrådgivning. Dessutom ser inte alla vårdare livsstilshandledning som sin uppgift. (Allen, 2014)

Sjukskötarstudierna upplever vi fokuserar alltför litet på hur man kan hjälpa klienter att hitta motivation till att göra en hälsofrämjande livsstilsförändring, vilket är en av orsakerna till att detta arbete handlar om livsstilsförändringar.

Enligt Miller i boken *Preparing People to Change* (2008) är motivation den kraft som får missbrukaren att göra livsstilsförändringar och styr förändringsprocessen (Kivistö, Logren,

Kujasalo & Luurila, 2014). Därför vill vi bland annat fokusera på vad våra informationer upplever att de hade som motivation till livsstilsförändringen.

Syftet med studien är att öka hälsovårdarens förståelse för hur klienten upplever en livsstilsförändring, samt vad som kan öka dennes motivation till en livsstilsförändring. Detta genom att intervjua personer som har erfarenhet av att ha genomgått en hälsofrämjande livsstilsförändring. Frågeställningarna är: Vad kan motivera klienten till en hälsosam livsstilsförändring? Hur kan hälsovårdaren stöda personer som vill göra en hälsosam livsstilsförändring? Vilka råd skulle den som lyckats ge åt en annan som skall ta itu med sin livsstil? Vilka fördelar med en hälsosam livsstilsförändring kan den som lyckats se?

3 Teoretisk referensram

Två teorier, vilka berör salutogenes och förändringsprocessen fungerar som teoretisk referensram i denna studie. KASAM ger en sammanfattning av de faktorer som gör att individen upplever hälsa. Den transteoretiska modellen (TTM) beskriver förändringsprocessen. I studiens resultatdiskussion kommer vi att relatera materialet som fåtts av informanterna till den teoretiska referensramen.

3.1 KASAM – känsla av sammanhang

Aaron Antonovskys sociologiska teori om känsla av sammanhang har använts mycket inom vårdforskningen, eftersom de centrala begreppen i teorin är egenvård och hälsa. KASAM baserar sig på Antonovskys frågeställningar om varför vissa människor överlever påfrestande händelser i livet och lyckas hålla sig relativt friska. Den fick sin början när han gjorde en studie på hur kvinnor i olika etniska grupper i Israel anpassat sig till klimakteriet. I studien visade det sig att 29 % av de kvinnor som överlevt koncentrationsläger hade relativt god psykisk och kroppslig hälsa, trots att de förutom att ha genomlidit koncentrationsläger dessutom har levt som flyktingar och därtill genomlidit tre krig i Israel. Detta tyckte Antonovsky var anmärkningsvärt och han lade härmed grunden till den salutogena modellen. (Antonovsky, 2005, s. 15; Langius-Eklöf, 2008, s. 57)

Forskning visar att en tredjedel av befolkningen befinner sig någon gång i livet i ett patologiskt tillstånd och när Antonovsky grundade sin teori på 70-talet hade samhället ett

väldigt patologiskt synsätt - man fokuserade på sjukdomens orsaker. Antonovsky var i stället intresserad av vad som gör att en människa håller sig på "den positiva polen i dimensionen hälsa-ohälsa" och detta kallas ett salutogent synsätt. Han konstaterade att det inte kan vara en liten mängd stressorer som gör att människan håller sig frisk och började studera vilka faktorer som gör att människan kan hantera stressorer. Dessa valde han att kalla generella motståndsresurser, vilket kan innebära jagstyrka, pengar, socialt stöd med mera. Stressorer valde han senare att kalla generella motståndsbrister. Det som är gemensamt för dessa är att de ger en känsla av begriplighet och en känsla av sammanhang - KASAM. (Antonovsky, 2005, s. 15-17)

De centrala komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att människan upplever händelser i livet som gripbara och förståeliga - istället för ett resultat av kaos och slumpmässiga oväntade händelser. Hanterbarhet innebär att man har resurser till sitt förfogande som gör att man kan hantera stressorer. Resurserna kan vara en själv, en partner, socialt stöd, Gud eller en läkare. Med hanterbarhet känner man sig inte som ett offer, utan kan gå vidare i livet efter svåra händelser. Meningsfullhet är den komponent som påverkar KASAM mest. Meningsfullhet är det som ger människan motivation och den innebär att man upplever att livet har en mening och att man har områden i livet som man är engagerad i och som har en känslomässig betydelse. (Antonovsky, 2005, s. 43-48)

Antonovsky har utvecklat ett KASAM-formulär för självbedömning, vilken består av 29 påståenden, som är systematiskt utvalda för att beskriva hur hög KASAM en människa har. Av dessa handlar 11 om begriplighet, 10 om hanterbarhet och 8 om meningsfullhet. (Se bilaga 1 – "Livsfrågeformulär") En kortare version finns också, som består av 13 frågor. KASAM ändras inte nämnvärt mellan åldern 30-70 år. Det kan höjas tillfälligt vid en speciell händelse, men höjningen har ingen specifik klinisk betydelse. (Langius-Eklöf, 2008, s. 63-65)

Så, vad är det då som gör att en person med stark KASAM upplever bättre hälsa? De bedömer ofta stressorer som mera positiva och inte lika farliga. De har en klarare bild av situationen och de kan hitta mening i den. En person med hög KASAM har också beredskap att möta svåra situationer och väljer ofta automatiskt den copingstrategi som passar bäst för just den situation de är i. (Antonovsky, 2005, s.186-190). Det har gjorts många studier om KASAM och de visar att det finns samband mellan en persons KASAM-poäng och deras upplevda livskvalitet och välbefinnande. (Langius-Eklöf, 2008, s. 65)

Enligt forskning kan KASAM ha en positiv inverkan på att lyckas med en livsstilsförändring, se kapitel 5 – ”Tidigare forskning”.

3.2 TTM – transteoretisk modell

Två professorer i psykologi vid namn Carlo DiClemente och James Prochaska har utformat en modell som ska beskriva förändringsprocessen (Lundbeck H AB, u.å.). Den transteoretiska modellen (TTM) heter modellen ifråga och beskriver förändringsprocessen: förändringstrappan och beslutbalans. (Josefsson & Lindwall, 2010; Stoltz, Reysen, Wolff & Kern, 2009, s. 71)

Stegen baserar sig på forskarnas personliga erfarenheter om hur människor med någon typ av problematisk beteende, t.ex. alkoholmissbruk, överdrivet ätande eller rökning kan utvecklas i sex steg för att bli kvitt sitt problembeteende (Gold, 2006). Beslutsbalans innebär individens motivation till att ta itu med förändring och att se både för- och nackdelar med förändringen ifråga. (Stoltz m.fl. 2009)

Förändringstrappan består av sex steg: förnekelse, begrundande, förberedelse, handling, underhåll och slutförande. Förnekelse är trappans första steg. Denna fas innebär att individen förnekar att hen har problem eller också är hen inte ens medveten om att hen borde förändra sitt beteende. Individen har ingen vilja att förändra sitt beteende och tror att allt är under kontroll: ”Det finns nog andra som röker mycket mer än jag”. Individen har inte ännu tänkt på att en förändring i beteende kunde vara nyttigt för henne. (Josefsson & Lindwall, 2010; Lundbeck H AB, u.å.)

Begrundande är fas nummer två i förändringsprocessen. Här har individen börjat tänka på sitt beteende, och insett att beteendet är ett problem. Ännu är individen inte mogen för en förändring, och steget till nästa trappa är att fundera igenom fördelar och nackdelar- om fördelarna är fler än nackdelarna är motivationen att stiga ett steg högre upp i förändringstrappan drivkraften som tar individen vidare. (Lundbeck H AB, u.å.)

Faskunger har, enligt Kostenius och Lindqvist (2006, s. 153-154) beskrivit hur man som handledare kan använda sig av TTM i klientkontakten. Mellan förnekelsestadiet och begrundandestadiet skall man hjälpa klienten att uppskatta de fördelar som en beteendeförändring kan ge. Man kan tillsammans fundera över vilka direkta resultat förändringen kan ge och vilka långsiktiga resultat man kan uppnå. Man kan reda ut

missförstånd som kan finnas och man kan hjälpa klienten att se sig i den nya rollen som t.ex. en ex-rökare.

Förberedelse är nästa steg i förändringstrappan. Nu har individen insett fördelarna med förändring och planerar att ta itu med problemet inom ungefär en månad. Individen börjar med att erkänna behovet av förändring till sig själv och berättar kanske också om viljan att göra en förändring i sitt beteende till sina närstående. Steg nummer tre kännetecknas också av en rädsla av att misslyckas med förändringen. Ju mera förberedd individen är att förändra sitt beteende, desto större är möjligheterna att påbörja och hålla fast i förändringen. (Lundbeck H AB, u.å.)

I övergången till förberedelsestadiet kan man tillsammans med klienten reda ut eventuella hinder för förändringen, för att kunna förutse och förebygga att de får en för stor hindrande inverkan. Man kan tillsammans fundera över rädslor, för- och nackdelar med den kommande förändringen samt sätta upp realistiska mål. (Kostenius & Lindqvist, 2006, s. 153-154)

Handling är följande steg och innebär att individen tar itu med förändringen. Detta steg är mycket tids- och energikrävande och kan gås igen själv eller med hjälp av andra. Individen arbetar nu för att undvika återfall och ersätter kanske problembeteendet med något annat: t.ex. kan den alkoholberoende börja dricka mycket kaffe istället för alkohol. Individen undviker sammanhang som lockar till återfall och belönar sig kanske med något annat. Efter att förändringen varat tre till sex månader kan individen ofta ta ett steg vidare till steg nummer fem. (Josefsson & Lindwall, 2010; Lundbeck H AB, u.å.)

I övergången till handlingsstadiet kan det vara bra att göra upp en konkret handlingsplan och att vägledaren ger ett positivt stöd till klienten. Man ger konkreta råd och kan också tipsa klienten att ta kontakt med andra i samma situation eller om stödgrupper. (Kostenius & Lindqvist, 2006, s. 153-154)

Underhåll handlar om att fortsätta utan problembeteendet och förebygga återfall. Individen är positiv till att hen kan fortsätta på samma sätt och är inte lika frestad att falla tillbaka i gamla mönster. Det är vanligt att växla fram och tillbaka från dessa olika trappsteg innan förändringen har fått en stadig grund att stå på. (Lundbeck H AB, u.å.)

Vid övergången till underhållsstadiet kan man tillsammans utarbeta en strategi för att undvika återfall, man ger positiv feedback och går tillsammans igenom de fördelar som förändringen har fört med sig (Kostenius & Lindqvist, 2006, s. 153-154).

Slutförande är det slutgiltiga steget som tagit individen till en förändring som är bestående. I detta skede är det inte längre lockande att återgå till problembeteendet. En del som försökt göra en förändring når aldrig denna fas, utan hålls kvar i antingen upprätthållande eller får återfall. (Lundbeck H AB, u.å.) Vid återfall påminner man klienten om att det inte är ett misslyckande, utan en helt naturlig del av processen vid en förändring (Kostenius & Lindqvist, 2006, s. 153-154). I figur 1 illustreras förändringsstegen såsom de beskrivits ovan.

THE TRANS THEORETICAL MODEL (TTM) OF BEHAVIOUR CHANGE



Figur 1 Den transteoretiska modellen (Lundbeck H AB, u.å.)

4 Teoretisk bakgrund

I bakgrunden till denna studie tas upp vad som enligt forskning är en hälsosam livsstil. Enligt Svenska Akademiens ordbok är livsstil sättet att leva sitt liv (Svenska akademiens ordlista, 1991) och hälsa är enligt WHO (2003): ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp. Kostenius och Lindqvist (2006, s.34) har utgående från flera definitioner sammanfattat hälsa som:

”Ett jämviktstillstånd av fysiskt, psykiskt, emotionellt, socialt och andligt välmående, vilket är både en resurs och en förutsättning för mänskligt liv”

En hälsosam livsstil är enligt Pertti Mustajoki (2009a, 2009b) fysiska faktorer såsom nyttiga kost- och motionsvanor, viktkontroll, frånvaro av tobaksprodukter och begränsat alkoholbruk, men även psykiska faktorer såsom stresshantering, tillräcklig sömn och givande fritidssysselsättningar. Missbruk av narkotika hör inte heller till en hälsosam livsstil och kan föra med sig beroende och psykiska biverkningar (Huttunen, 2014c).

Livsstil baseras på de dagliga val individen gör, vilket påverkas av en hel rad olika faktorer: socioekonomisk status, kön, sexualitet, folkslag, påverkan av gruppsytryck, självkänsla, förebilder, riskbedömning och på hur individen tror sig klara av olika situationer. Hurdan barndom individen haft påverkar också på hur hen lever sitt liv, men livsstilsförändringar senare i livet är möjliga om tillräcklig motivation finns (Allen, 2014). Individens livsstil ger också en hänvisning om hennes självidentitet och om vem hen vill vara. Relationen mellan livsstil och hälsa är komplex, exempelvis kan en tobak lugna ner och lindra ångest, medan det är ett välkänt faktum att rökning i sig är en mycket ohälsosam vana och att en ohälsosam livsstil kan leda till så kallade livsstilssjukdomar. (Svensson & Hallberg, 2010)

4.1 Hälsosamma kostvanor

Som hälsovårdare kommer man ofta i kontakt med kostfrågor i sitt arbete. För att kunna ge adekvata råd är det viktigt att man är påläst inom nutritionslära, och att man uppdaterar sina kunskaper när det kommer nya rekommendationer. Hälsovårdare skall utgå ifrån de finska näringsrekommendationerna, vilka är baserade på de nordiska näringsrekommendationerna. De nordiska näringsrekommendationerna har reviderats av en

stor grupp vetenskapliga experter och de finns till för att säkerställa optimal nutritionsstatus och för att förebygga folksjukdomar, därför kan vi lita på att de är utvecklade för den nordiska befolkningens bästa. De finska näringsrekommendationerna är därefter utvecklade utgående från undersökningar om hur kosten påverkar den finska befolkningens hälsa, samt den matkultur som finns i Finland. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 5)

De finska näringsrekommendationerna är utarbetade för att förbättra helhetshälsan hos befolkningen i allmänhet. Rekommendationerna riktar sig till friska människor som idkar måttlig motion. För de enskilda näringsämnen har man fastställt säkerhetsmarginaler som ser till att befolkningen långsiktigt skall få i sig ett lämpligt intag av de olika näringsämnen. Rekommendationerna utgör grunden för forskning, berikande av livsmedel (t.ex. tillsatt jod i salt) samt för planering av måltider för t.ex. daghem och sjukhus, men de är också menade att användas av befolkningen för att förbättra den egna hälsan och av yrkespersoner inom hälso- och sjukvården för att ge kostråd åt den som vill förbättra den egna hälsan. I kostrekommendationerna finns även rekommendationer för veganer och skiftesarbetare. Det som inte beaktas i näringsrekommendationerna är behovet av specifika näringsämnen vid sjukdomar där behovet förändrats och inte heller att intaget av energi bör begränsas vid bantning. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 8-9)

I de senaste allmänna näringsrekommendationerna från 2014 har man höjt det rekommenderade intaget av D-vitamin och selen samt folat för gravida och ammande. Rekommendationerna för salt har sänkts, nedre gränsen för intaget av kolhydrater har sänkts, övre gränsen för intaget av fett har höjts och man har satsat mer på att betona vikten av kvaliteten hos kolhydraterna och fetterna. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 10)

Baserat på undersökningar om finländarnas kostvanor har staten utvecklat rekommendationer för hur vi som helhet vidare kan förbättra våra kostvanor, vi bör öka andelen grönsaker, baljväxter, bär, frukt, fisk, skaldjur, nötter och frön i vår kost. Vi bör byta ut siktat mjöl mot fullkornsprodukter, smör mot vegetabiliska fetter och feta mjölkprodukter mot magrare sådana. Vi bör även minska på köttprodukter, speciellt rött kött, livsmedel med tillsatt socker, salt och alkohol. Detta på basis av undersökningar om våra kostvanor jämfört med rekommendationerna. (Statens näringsdelegation, 2014, s.18)

Tabell 1 Rekommenderade ändringar i kosten som främjar energibalansen och hälsan

Öka	Byt ut	Minska
Grönsaker (särskilt rotfrukter) Baljväxter (ärter, bönor och linser)	Spannmålsprodukter av vitt/siktat mjöl → spannmålsprodukter av fullkorn	Köttprodukter Rött kött
Bär, frukt	Smör, smörbaserade matfetter → vegetabiliska oljor, oljebaserade matvetter	Drycker och livsmedel med tillsatt socker
Fisk och skaldjur	Feta mjölkprodukter → magra/fettfria mjölkprodukter	Salt
Nötter och frön		Alkoholdrycker

(Statens näringsdelegation, 2014, s. 18)

Energibehovet varierar från människa till människa, beroende på ålder, vikt, aktivitet m.m. och det finns många, men ingen exakt, mätmetod för att beräkna energibehovet för en individ. Basalmetabolismen (det man förbränner i vila) för en kvinna i 31–60-års ålder som väger 63,7 kg är beräknad till 5,5 MJ/dygn eller 1313 kcal/dygn. Motsvarande dygnsförbrukning för en man är 6,9 MJ/dygn eller 1648 kcal/dygn. Dessa tal är beräknade på gruppnivå. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 46) Man kan också räkna ut hur mycket olika aktiviteter ökar ämnesomsättningen, t.ex. ett stillasittande arbete förbränner 1,3 gånger och ett fysiskt krävande arbete förbränner 2,8 gånger basalmetabolismen. Man kan alltså räkna ut via olika tabeller hur mycket man bör äta beroende på hur mycket man väger, hur gammal man är och hur mycket man rör på sig. Men eftersom detta är så grova uppskattningar är den bästa metoden för att veta om man är i energibalans att väga sig och mäta bukutfånget. (Brunnberg, 2006, s. 23). Läs mera under rubrik 4.3 - ”Viktkontroll”.

Våra främsta energikällor är fetter, kolhydrater och proteiner. Man får också i sig energi från alkohol och organiska syror i frukter och grönsaker, men dessa mängder är relativt små (Brunnberg, 2006, s. 18-19). Man brukar rekommendera intaget av de tre näringsämnen kolhydrater, fett och proteiner i enheten energiprocent. Den visar på hur stor andel energin från dessa skall vara av den totala dagliga energimängden. Fett har den största energitätheten, det ger 37 kJ/g, vilket är mer än dubbelt så mycket som protein och kolhydrater. (Brunnberg, 2006, s. 42). Rekommenderat intag av de olika energikällorna för vuxna är att fett skall utgöra 25-40 E%, kolhydrater skall utgöra 45-60 E% och protein skall utgöra 10-20 E%. Det viktigaste att tänka på när det gäller energikällorna är dock att

de skall vara av god kvalitet; fettets skall vara mestadels omättat och innehålla essentiella fettsyror, såsom Omega-3 och Omega-6 samt DHA. Transfettsyror bör vi undvika. Kolhydraterna skall vara långsamma och innehålla mycket fibrer men så litet socker som möjligt. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 47)

Rekommendationerna för vitaminer och mineraler uppnås genom att man äter mångsidigt, enligt kostrekommendationerna. Kosttillskott kan rekommenderas för gravida och ammande samt veganer. D-vitamintillskott rekommenderas att inta 10 µg/dygn året om för gravida och ammande, samt under vinterhalvåret för personer som inte äter D-vitaminberikade mjölkprodukter. D-vitamintillståndet har dock blivit bättre sedan man började berika mjölkprodukter. Det finns ingen risk att få i sig en överdos vid måttlig konsumtion av berikade livsmedel. Däremot finns det vetenskapliga bevis på att vissa kosttillskott kan ge hälsoskador och ökad dödlighet vid rikligt intag – därför rekommenderas inte kosttillskott utan anledning. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 36-37, 49)

Rotfrukter, grönsaker, bär, frukt och svamp är en viktig del av en hälsosam kost. Dels innehåller de fetter och kolhydrater av bra kvalitet, dels innehåller de kostfibrer, vitaminer, mineraler och antioxidanter, som skyddar kroppen mot kroniska sjukdomar. Intaget skall vara 500 g per dag. För att göra detta enklare för den enskilda människan rekommenderar man 5-6 portioner (en portion kan vara en medelstor frukt, 1 dl bär eller 1,5 dl sallad). (Statens näringsdelegation, 2014, s. 21)

Spannmål skall vara fullkorn och kvinnor kan äta 6 portioner och män 9 portioner. (en portion är en skiva bröd, en halv tallrik gröt och 1 dl kokt ris, pasta m.m.) Potatis rekommenderar man som en skild grupp, eftersom den är en så stor del av den finska människans föda. Potatis har inga särskilda främjande eller försämrande effekter på hälsan, men är ett bra tillbehör till maten. Den skall helst kokas. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 21-22)

Mjölksprodukter är bra källor till bl.a. protein, D-vitamin och kalcium. Alla mjölksprodukter innehåller kalcium, men för att inte få i sig för mycket fett, salt och socker kan man tänka på vilken sorts yoghurt och ost man använder genom att läsa innehållsförteckningen. Salmängden bör begränsas till 5g/dygn. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 30). Den bästa yoghurten är naturell osötad yoghurt som man själv smaksätter med bär eller frukt t.ex. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 22)

Fisk rekommenderar man tills vidare 2-3 ggr i veckan. Man skall begränsa mängden rött kött till 500 g i veckan. Ägg 2-3 st. i veckan. Fisk innehåller goda fetter och D-vitamin, fjäderfä rekommenderas framom rött kött, eftersom det är mera fettsnålt och innehåller mycket järn. Det finns inga rekommendationer för vilt, eftersom det inte är tillräckligt undersökt. Bränns kött vid kan det bildas skadliga ämnen, därför kan man t.ex. koka köttet till vardags och endast grilla och steka vid speciella tillfällen. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 22)

Som smörgåsfett rekommenderas tills vidare växtoljebaserat och man kan gärna använda flytande oljor som salladsdressing. Nötter kan man äta 200-250g av i veckan, naturella nötter är då att rekommendera. Vätskebehovet varierar men man kan gärna dricka 1-1,5 liter utöver vätskan i maten. Då helst vatten. Juice kan man dricka ett glas om dagen och man skall undvika saft och sockrade drycker. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 22-23)

För att blodsockret skall hållas stabilt är det bra att äta regelbundet: frukost, lunch, middag och 1-2 mellanmål vid behov. Det är lättare att kontrollera sitt energiintag, bättre för tandhälsan och det förebygger småätande under dagen om man äter regelbundet. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 24)

Kosttriangeln och tallriksmodellen, på följande sida, är utarbetade för att fungera som stöd för den enskilda individen och de utgår alltså ifrån de finländska mattraditionerna, men principen för tallriksmodellen är den samma även om man kommer ifrån en annan kultur, man kan då fylla tallriken med livsmedel med motsvarande näringsinnehåll. Enskilda livsmedel har ingen betydelse för hälsan – utan det är kosten i sin helhet som räknas! (Statens näringsdelegation, 2014, s. 8-9). De senaste rönen om nutrition finns tillgängliga på adressen www.nordisknutrition.se.



Figur 2 Tallriksmodellen: sätt upp halva tallriken med sallad, kokta grönsaker eller andra frukter och grönsaker. En fjärdedel av tallriken skall bestå av potatis, eller fullkornsspannmåls-produkter och en fjärdedel av något proteinrikt; kött, eller fisk, fågel, ägg, baljväxter. Som måltidsdryck används mjölk eller vatten. Bröd ger fiber och mättnad och en efterrätt; av t.ex. bär eller frukt kompletterar. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 20, hämtat 20.11.2015)



Figur 3 Kosttriangeln visar på ett övergripligt sätt rekommendationerna för vad en hälsosam kost bör innehålla litet respektive mycket av. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 19, hämtat 20.11.2015)

4.2 Hälsosamma motionsvanor

Vår kanske största hälsofara i dagens läge gällande livsstil är stillasittandet. Man har konstaterat att långvarigt oavbrutet stillasittande har negativa effekter på hälsan oavsett övriga livsstilsvanor, såsom hälsosam kost och träning. Dagens samhälle där allting sköts via teknologi har gjort att vi inte längre behöver vara fysiskt aktiva och att vi gärna sitter ner också på vår fritid. Man har konstaterat att stillasittande kan orsaka förhöjd risk för dödsfall, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, depression, cancer, astma och problem i rörelseapparaten. (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å., s. 13-14) Undersökningar visar att vuxna sitter stilla 80 procent av sin vakna tid och enligt WHO är ”fysisk inaktivitet den fjärde största riskfaktorn när det gäller dödsfall orsakade av livsstilssjukdomar”. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013, s. 10)

Man kan minska på stillasittandet genom små knep. Det är framförallt långvarigt oavbrutet stillasittande i samma ställning som ger mest hälsokonsekvenser och därför är det bra att byta ställning regelbundet och att ta små pauser med jämna mellanrum, t.ex. att placera skrivaren på jobbet så att personalen måste stiga upp och röra på sig när de skall hämta sina papper. Man kan införa korta motionspass dagligen genom att gå eller cykla till jobbet, parkera bilen en bit ifrån jobbet eller stiga av en hållplats tidigare och gå den sista biten. Man kan också gå i trapporna i stället för att ta hissen. Många saker kan man göra stående, som att läsa tidningen, titta på tv, dricka kaffe och på en föreläsning kan arrangören ha åhörarna att ställa sig upp med jämna mellanrum. Många företag i dag satsar också på pausgymnastik. Arbetsbordet kan gå att höja så att man får jobba stående med jämna mellanrum. Å andra sidan, den som har ett fysiskt tungt arbete skall också komma ihåg att vila på pauserna – måtta med allt. (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å., s. 24-29)

Staten har gjort upp en plan för 2020 där målet är att de människor som i dag rör på sig för litet skall bli mer fysiskt aktiva och att så många som möjligt skall uppfylla motionsrekommendationerna. Organisationer och arbetsplatser skall stöda fysisk aktivitet ännu mera än i dag, miljön omkring oss skall anpassas så att den stöder fysisk aktivitet – både inomhus och utomhus, folket tar cykel och går i stället för att ta bussen och man vill också minska på de socioekonomiska skillnaderna. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013, s. 30)

De nationella rekommendationerna är att en vuxen skall motionera 150 min måttlig fysisk aktivitet per vecka (vilket motsvarar 30 min/dag) eller 75 min tung fysisk aktivitet per

vecka (se bilaga 2 – ”Motionskakan”). Man kan också kombinera dem båda. En gång i veckan skall aktiviteten räcka 10 min i sträck. Minst två dagar per vecka borde man styrketräna. Rör man på sig mer än detta ger det extra nytta. Vid det hälsofrämjande samtalet är det bra att inte prata om vad man borde göra – utan vad man redan gör, vad man ytterligare skulle vara intresserad av att göra för att öka den fysiska aktiviteten och vad som ännu skulle vara bra att tillföra. Dock skall man inte överdriva, då finns istället risk för skador och utmattning. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 44). Se även bilaga 3 – ”Trappsteg för god hälsokondition”.

Förutom att man skall motionera regelbundet är det också bra att på samhälls nivå minska på brådska, hård arbetstakt och stor arbetsbörda. Dessa faktorer kan nämligen försämra uppmärksamheten och öka risken för olyckor. Olycksfall orsakar över 80 procent av sjukfrånvaron i arbetet och kan också orsaka förtidspensioneringar. Detta ger stora kostnader för sjukvård och då det dessutom ger inkomstbortfall både för arbetsgivaren och staten i form av skattebortfall förstår man att detta är något man vill uppmärksamma. Man räknar att cirka 2500 personer dör årligen i olyckor. I bakgrunden finns ofta ett mänskligt misstag. För att förebygga olyckor skall man reservera tid, identifiera och eliminera farliga ställen och se till att man har god belysning, samt se till att det inte ligger mycket saker på golvet. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2015)

4.3 Viktkontroll

Det är bra för hälsan att vara normalviktig. Ju längre ifrån normal vikt man befinner sig, desto större är hälsoriskerna. En normal vikt för en vuxen är ungefär längden – 100. Är man alltså 160 cm lång med normal kroppsbyggnad bör man väga 60 kg. Väger man för mycket ökar riskerna för störningar i metabolismen, bukfetma, diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar, sömnapné, gikt, knäartros, cancer och nedsatt fertilitet. Dessa sjukdomar kan man förhindra och också lindra genom att gå ner i vikt, redan ett par kilon kan göra skillnad. (Mustajoki, 2014)

Man kan gå ner i vikt genom att minska på energiintaget med små medel. Till exempel genom att öka på intaget av vegetabilier, använda sig av tallriksmodellen, undvika stora portioner, undvika sockerhaltiga drycker och alkohol, av vilka man snabbt får i sig mycket kalorier. De nationella kostrekommendationerna är bra att följa och man kan också väga maten för att ta reda på hur stora portioner man äter och kunna minska på dem. Det brukar vara lämpligt att gå ner 250-500 gram i veckan. Motion gör viktnedgången effektivare och

hjälp också till att hålla vikten stabil efter viktnedgången - lämpligt är att följa motionsrekommendationerna. Man kan också använda sig av en stegmätare. Man bör gå minst 6000-8000 steg per dag. Går man mera än 10000 steg är det extra bra för hälsan. (Mustajoki, 2014)

Förutom att vikten är normal är det också viktigt för hälsan att bukomkretsen hålls inom rekommenderade mått. En person med bukfetma kan vara normalviktig, men hälsoriskerna är samma som vid övervikt. Man kan mäta sin bukomkrets genom att klä av sig runt midjan, sätta måttbanden runt den mjuka delen av midjan – mellan höftbenen och revbenen och mäta under en normal utandning. Gränsen för bukfetma går vid ca 90 cm för kvinnor och ca 100 cm för män. Midjemåttet kan man minska med vanliga metoder för viktning, motion är den viktigaste faktorn. (Mustajoki, 2015)

4.4 Missbruk

Människan har ett naturligt behov av att få uppleva njutning och välmående och kan falla in i missbruk av i princip vad som helst som ger njutning, t.ex. nikotinprodukter, narkotika, alkohol, tabletter, spel, internet, sex, idrott, sociala medier och socker. (Päihdelinkki.fi) Under denna rubrik tas relevanta ämnen såsom beroende, alkoholism, riskbruk av alkohol och narkotika upp. Missbruk är relevant eftersom frånvaro av tobaksprodukter och begränsat alkoholbruk hör till en hälsosam livsstil (Mustajoki, 2009a, 2009b). Missbruk av narkotika kan leda till beroende och ett flertal psykiska biverkningar (Huttunen, 2014c), och hör därmed inte heller till en hälsosam livsstil.

Beroende kan indelas i kemiskt och fysiskt beroende: fysiologisk beroende, psykiskt och socialt beroende (Huttunen, 2014c; Päihderiippuvuus, u.å.). Fysiologiskt beroende innebär att hjärnan vant sig med ett ämne, och njutningscentra kräver fortsatt intag av ämnet eftersom hjärnan tror att ämnet är nödvändigt för överlevnad, kroppen är beroende av ämnet och människan får abstinensbesvär utan det (Huttunen, 2014b, 2014c). Abstinensbesvär kan innebära irritabilitet, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, rastlöshet, pulsstegring, sömnlöshet och ökad aptit (Huttunen, 2014b). Psykiskt beroende kännetecknas av en tvångskänsla att få ämnet i fråga. Vid socialt beroende hänger beroende ihop med den sociala situationen runt t.ex. alkoholmissbruk, och individen är beroende av umgänget och situationen snarare än rusämnet. (Päihderiippuvuus, u.å.) Dessa olika beroenden hänger ofta samman med varandra.

Riskanvändning är ett diskussionsämne som hör till hälsovårdare att ta upp när hen inser att ämnet kan vara aktuellt för klienten ifråga. Riskbruk påverkas ofta positivt när vårdpersonal upptäckt problemet och klienten därigenom får rådgivning. Klienter som börjar närma sig riskbruk eller inte bara reflekterat över sitt förhållande till rusmedlet lämpar sig bra för kortare upprepade rådgivningsmöten på hälsovårdsmottagning. Klienter som redan lider av beroende får bäst hjälp inom en enhet som specialiserat sig på missbruk. Klienter som missbrukar nikotin eller droger kan erbjudas substitutpreparat ifall klienterna är villiga att övergå från missbruket och behöver ersätta det med något. Klienter som är berusade är sällan mottagliga för vård, dessa kan erbjudas ny mottagningstid. (Kaarne, 2013)

Alkoholism är en sjukdom där kroppen blir beroende av alkohol. Sjukdomen innebär en känsla av besatthet av att få tillgång till rusmedlet och leder till att individens liv kretsar runt alkohol på ett eller annat sätt, och oavsett vilja är individen inte kapabel till att sluta dricka. Den överdrivna alkoholkonsumtionen gör att kroppen utvecklar en tolerans mot alkohol och därför bara ökar mängden alkohol som krävs för att uppnå berusning. (Huttunen, 2014a)

Ett fortgående och överdrivet missbruk av alkohol har skadliga effekter för hälsan. Alkohol ökar risken för olyckor, övervikt, cancersjukdomar, förhöjt blodtryck och för pankreasinflammation. (Huttunen, 2014a; Mustajoki, 2009b). Dessutom har ett överdrivet alkoholbruk skadliga effekter för inte bara den fysiska hälsan utan också den sociala hälsan och kan ge ekonomiska besvär och förhindra deltagande i förvärvsarbete (Fors, m.fl., 2013). Följderna av ett överdrivet alkoholbruk kan på arbetsplatsen visa sig som en varierande kvalitet på arbetsprestationen, osaklig beteende, konflikter i personalen, farosituationer och olyckor, frånvaro från arbetet, extra kostnader för företagshälsovården, extra kostnader för vikarierande personal, kostnader för förtidspension och försämrad kvalitet i betjäning (Kujasalo, Hirvonen, Kivistö, Luurila & Puustinen, 2013).

De finska näringsrekommendationerna från år 2014 begränsar den dagliga alkoholkonsumtionen till högst en portion för vuxna kvinnor och högst två för vuxna män. En portion innebär 10 gram- vilket exempelvis en 33 centiliters flaska mellanöl innehåller. Dessutom borde alkoholens andel av energiintaget vara högst 5 E%. Intag på över fem till sex portioner alkohol på en gång bör undvikas samt också en daglig användning av alkohol. Underåriga (<18 år), gravida och ammande kvinnor bör enligt rekommendationerna helt avstå från alkoholbruk. (Statens näringsdelegation, 2014, s. 23)

Även om intag av alkohol ska begränsas är det inte skadligt att hålla upp en måttlig konsumtion. En sådan konsumtion är enligt undersökningar hälsosammare än total nykterhet i och med att alkoholen i små mängder förebygger sjukdom och förlänger livslängden. Hur alkoholen förbrukas och i vilka mängder inverkar på hur den påverkar hälsan. (Poikolainen, 2009)

Inom arbetshälsovården finns ett frågeformulär vid namn AUDIT (Alcohol use disorders identification test), Det kan användas för att beräkna individens alkoholkonsumtion och dess risker. Stöd för att begränsa ett överdrivet alkoholbruk fås från t.ex. arbetshälsovården, hälsovårdscentralen, socialvården och från A-kliniker. Dessutom finns hemsidor såsom paihdelinkki.fi (Droglänken) där anonym rådgivning lätt kan fås och där också tester såsom AUDIT kan fyllas i anonymt. (Poikolainen, 2009; Tester och mätarn-Alkohol, u.å.)

Nikotinprodukter och rökning av dessa är skadligt för hela kroppen. Rökning kan i lungorna orsaka lungcancer, COPD (Kronisk obstruktiv lungsjukdom) och kronisk inflammation i luftrören. Det finns också ett samband mellan tobaksprodukter och andra cancersjukdomar: Cancer i urinblåsan, strupcancer, cancer i matstrupen, bukspottkörtelcancer, magcancer, levercancer, livscancer och muncancer. Till och med vart tredje cancerrelaterade dödsfall är orsakat av rökning, och det är också nittio procent av alla lungcancerfall. (Patja, 2014)

Insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar såsom kranskärlssjukdomar, hjärtinfarkt, hjärtorsakad plötslig död, hypertoni och fönstertittarsjuka har också samband med rökning. Ett av fem sjukdomsfall i hjärt- och kärlsjukdomar bland den vuxna befolkningen i Finland orsakas av rökning. (Patja, 2014)

Nikotin skadar tandkött och kan orsaka sjukdomar i tändernas stödjevävnad. Rökning kan vara mycket skadligt under graviditet och efter förlossning: Fostrets tillväxt påverkas negativt, det finns ökad risk för missfall, förtidig förlossning, plötslig spädbarnsdöd, problem med amning och mjölkutsöndring och långsam tillväxt hos barnet. Rökning påverkar också fertiliteten negativt och kan ge impotens. (Patja, 2014)

För tidig åldrande av huden, längre läkningsprocess för sår, komplikationer i samband med operation, åldersförändringar i gula fläcken, osteoporos, ytterligare försämring av nedsatt funktion i sköldkörteln, förekomst av sår i magens och duodenumens slemhinna, dystrofi i

ryggradens mellankotsskivor och för tidig menopaus är andra hälsoproblem som förknippas med rökning. (Patja, 2014)

Vart femte dödsfall bland vuxna finländare har rökning som (indirekt) dödsorsak. Tobak förvärrar också redan konstaterade sjukdomar och beräknas sänka livslängden med i medeltal åtta år. (Patja, 2014)

Varför slutar inte då riskbruket även fastän det hittas så många orsaker till att sluta? De främsta orsakerna till fortsatt konsumtion av nikotinprodukter är nikotinberoende och abstinensbesvär. Rökning orsakar såväl psykisk som fysiologisk beroende. Det fysiologiska beroendet beror på att tolerans mot nikotin utvecklats. (Huttunen, 2014b)

Det är svårt att slippa nikotinberoende och det finns många rökare som vill slippa beroendet, ändå lyckas bara en bråkdel av dem som självständigt tar tag i saken. Hjälpmedel som kan hjälpa nikotinberoende att sluta röka tobaksprodukter är nikotinsubstitutspreparat såsom nikotinplåster, -tuggummi, -inhalator, -tabletter, och eltobak, men dessa åtgärder inte själva nikotinberoendet i sig i och med att de innehåller en del nikotin. (Huttunen, 2014b)

Ofta kan medverkande i olika självhjälpsgrupper vara det bästa sättet att bli kvitt nikotinberoende (Huttunen, 2014b). Ifall självhjälp inte lyckas kan den nikotinberoende ta kontakt med hälsovården för att få uppmuntran, rådgivning, broschyrer och stöd för att lindra abstinens. T.ex. receptbelagda läkemedlen Bupropion och Varenikli kan lindra abstinensbesvär (Huttunen, 2014b). På en del arbetsplatser finns avvänjningsgrupper där man tillsammans försöker sluta med exempelvis rökning och snus (Tarnanen, Winell, & Finska läkaresällskapet, 2012). Dessutom finns fakta och rådgivning om missbruk att tillgå på internet: www.paihdelinkki.fi och www.slutarokalinjen.org.

Narkotikamissbruk innebär en ofta förekommande, tvångsmässig känsla att behöva använda narkotika utan hänsyn till riskerna. I Finland används främst cannabis (marijuana & hasch), heroin och andra opioider, amfetamin och andra centralstimulerande droger, hallucinogener, kokain, syntetiska droger (gamma) samt inandningsbara droger såsom ex. rengöringsmedel och spraymålfärg. Ett fortgående missbruk av dessa narkotiska preparat har olika effekter både på psyket och på vilken slags beroende och tolerans de utvecklar. Narkotikaberoende är förknippat med ett fysiologiskt beroende. När narkotikamissbrukare lider av ett fysiologiskt beroende har hen förhöjd tolerans mot det narkotiska ämnet

och/eller abstinensbesvär vid avslut- och dessa faktorer får missbrukare att fortsätta med sin droganvändning. Missbruket kan också ha lett till ett psykiskt beroende där individen i missbruket söker humörhöjning, eufori, vanföreställningar eller andra psykiska biverkningar som narkotiska preparat kan ha. (Huttunen, 2014c)

En fortgående användning av narkotika och andra droger kan orsaka förändringar i hjärnans funktion, vilket leder till att det blir nästan omöjligt att avsluta missbruket på egen hand. Drogmissbrukare kan vända sig till hälsovårdscentralen, A: kliniken eller annan enhet som tar hand om missbruksproblem för att få professionell hjälp att sluta missbruka. (Huttunen, 2014c)

4.5 Stresshantering, sömn och fritidssysselsättningar

Nationella undersökningar visar att förutom kost, motion och njutningsmedel påverkar också andra saker hälsan och livslängden: saker som gör vi att vi känner gemenskap och vi-anda, såsom trossamfund och föreningsverksamhet, kulturella intressen, att lyssna på musik och att läsa påverkar positivt, medan långvarig stress och dåliga relationer påverkar hälsan negativt. Forskning har visat att människor som inte upplever mycket stress lever ett år längre än de som ofta upplever sin tillvaro stressig och att människor som sover 7 timmar per natt lever ett år längre än de som sover 5 timmar per natt. Man vet inte desto mera hur vårdpersonal kan stöda dessa faktorer, men att det kan löna sig att uppmuntra till intressen och samvaro. (Mustajoki, 2009b)

Stress är en förkortning av det engelska ordet distress och började användas ca 1935 av fysiologen H. Selye. Stress är enligt ordboken det ”fysiska och mentala tryck som inre och yttre faktorer i form av ställda krav utövar mot en eller flera personer” (Svenska akademiens ordlista, 1991).”Stress är en metafor som betyder olika saker för olika individer i olika sammanhang” och vissa människor klarar av mera stressfaktorer än andra förrän de upplever en situation stressig. (Hasson, 2008, s. 14-15)

Enligt arbetshälsoinstitutet har personer i arbetsför ålder upplevt mindre stressrelaterade symtom sedan 1997. Stressymtom kan vara spänningar, orolighet, irritation och sömnsvårigheter. En person som själv kan påverka sin arbetstid upplever arbetet minst stressande. Det är viktigt att man har ett bra klimat på arbetsplatsen, eftersom en arbetsplats där man retas och har ett osakligt beteende är en social stressfaktor. Man har jämfört undersökningar från år 1997-2009 och konstaterat att långtidssjukskrivningar har

hållits på samma nivå, men att stressymptomen har minskat. (Arbetshälsoinstitutet, 2009, s. 68, 75, 139-140)

I dagens samhälle vet vi oftast vad vi borde göra och vad som är bra för hälsan, men ändå gör vi inte alltid som man borde. Man vet att människan har en benägenhet att skjuta upp jobbiga saker för att det ger en kortsiktig lättnad – men i längden ger det ännu större press. Man har också många teorier om varför människan skjuter upp förändringar i levnadsvanor, men ingen vet egentligen varför. Dock vet man att ens upplevelser och ens sociala sammanhang spelar en stor roll när det gäller välmående och vilja att leva hälsosamt och ta hand om sig själv. Vår sociala miljö är något som vi inte kan påverka och inte våra klienters heller, men vi kan alla påverka någon annans sociala miljö genom att vara medmänskliga och vi kan påverka våra upplevelser av saker och ting och också sporra våra klienter att göra det. (Hasson, 2008, s. 62-65)

Stresshantering skall inte få ta mera tid och energi än själva stressen och många metoder för stresshantering fokuserar mycket på själva problemet. Man har bevisat att goda relationer har en skyddande effekt på stress och påverkar ännu mer än en bra metod. Det kan vara bra att regelbundet följa upp stressen genom t.ex. dagbok för att motverka skadliga effekter. Det finns också många övningar man kan använda sig av för att för en stund slappna av och få ny energi, bland annat andningsövningar – när man fokuserar på sin andning och får den att lugna ner sig lugnar också kroppen automatiskt ner sig. Allt hör ihop och även kost, motion och återhämtning är viktiga delar vid stresshantering. Bland annat ger motion utlopp för vår överskottsenergi och kosten kan påverka genom att man äter långsamt och får i sig tillräckligt med bland annat B-, C- och E-vitamin, kalcium, magnesium, selen och zink. Sömnkvaliteten spelar också en stor roll. (Hasson, 2008, s. 71-79)

De viktigaste sakerna och det som hälsovårdare också kan hjälpa till med när det gäller stresshantering är att se behovet av hjälp och att sätta upp mål för stresshanteringen. Vissa kan behöva någon att prata med medan andra kan behöva städhjälp hemma för att hantera stressen. Något man kan ha i bakhuvudet är att man långsiktigt skall spara sin energi och öka den genom att kanske trappa ner i arbetstid och arbeta mera effektivt i stället. Då får man också mera energi hemma. Eller att man kanske byter arbete och börjar göra något man trivs med om man inte trivs med sitt arbete och det bara suger energi. (Hasson, 2008, s. 78-85) Självhjälp kan man hitta på webbsidorna: www.healthwatch.se och www.psykporten.fi. Healthwatch är grundat av Dan Hasson och 2004 fick det ett

hedersomnämmande i EU-kommissionens eHealth awards. Psykporten tillhandahålls av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS).

I vardagen kan man försöka tänka på att följa kroppens signaler och ta en paus när kroppen säger till. Det finns någonting som kallas ultraradianska rytmer, som innebär att hjärnan är aktiv i cirka 90-120 minuter i sträck och går sedan in i en återhämtningsfas. Detta märker man genom att man får lägre energi, man blir lättare på dåligt humör, man gaspar, blir kissnödig, får koncentrationssvårigheter och prestationsförmågan försämras. Då kan det vara bra att byta aktivitet, hämta ett glas vatten, gå på toaletten eller sträcka på sig. Kommer man ihåg att lyssna på sin kropp och återhämta sig när man behöver behåller man sin prestationsförmåga och hälsa. Det är viktigt att komma ihåg att alla har olika sätt att återhämta sig på. Vissa måste lägga sig ner i ett tyst rum, medan andra mår bättre av att gå på en skogs promenad eller lyssna på musik. (Hasson, 2008, s. 167-170)

I genomsnitt sover människan 8 timmar per natt, vilket är en tredjedel av hennes livstid. Sömnbehovet är individuellt, 10 % klarar sig på under 6 timmar per natt och 10-15% behöver sova mera än 9,5 timmar per natt. Det viktigaste är dock att man sover djupsömn, för att hjärnan skall kunna vila och återhämta sig. Då bildas laktat, som ger neuronerna i hjärnan energi. Risker med att sova för litet kan vara bukfetma och högre risk för att som vuxen insjukna i diabetes och metabolt syndrom och depression. Tv:n är en stor orsak till varför finländarna går och sover allt senare i dag – många program sänds sent om kvällarna och ljuset ifrån skärmen gör oss mindre trötta. (Partinen, 2009)

Man kan dela in sömnen i 4 olika stadier. I stadium 1 somnar man in, här vaknar man lätt och man börjar synkronisera nervcellerna i hjärnan. I stadium 2 avstannar ögonrörelserna och hjärnvågorna blir långsammare, hälften av sömnen består av detta stadium. I stadium 3 och 4 sover man djupsömn, här återhämtar man sig som bäst och hjärnvågorna är mycket långsamma. REM-stadiet kallas det när man drömmer, då rör sig ögonen snabbt, man andas snabbare och pulsen och blodtrycket ökar, arm- och benmusklerna paralyseras och man drömmer. Sömnstadierna upprepar sig medan man sover i cykler på 90-120 minuter. De första timmarna på natten är de viktigaste för återhämtningen. (Hasson, 2008, s. 179-183)

Vetenskapliga egenvårdstips för att förbättra sömnen är:

Att du fokuserar på din sömnmålbild. Istället för att måla upp en bild av hur dåligt du kommer att sova bygger du upp en bild för dig själv av hur djupt du kommer att sova, hur

mjuk din säng är, hur behagligt det är och att se dig själv sova hela natten tills du vaknar utvilad. På så sätt lurar man hjärnan att ställa in sig på en god sömn. Efter många gånger kan man faktiskt börja sova bättre. (Hasson, 2008, s. 196-197)

Att ha det mörkt, svalt och tyst i sovrummet. Det är också viktigt med en bra säng. Detta är personligt och man får pröva sig fram vad som är skönt och bekvämt. Kroppstemperaturen sänks när man sover och därför rekommenderar många forskare 14-18 grader i sovrummet. Då är det skönt med ett varmt och tungt täcke. (Hasson, 2008, s. 197-198)

Att undvika koffeinhaltiga drycker, energidrycker och choklad 6-8 timmar före sänggåendet. Det kan också hjälpa att minska på kaffe drickandet om det är det som ger problem. Att äta något lätt innan sänggåendet för att inte vara hungrig – men undvika en tung måltid. Att sova regelbundet, vistas i dagsljus på dagen och att motionera regelbundet. (Hasson, 2008, s. 198-202)

Man skall också anpassa tupplurarna efter nattsömnen, de kan ge bra återhämtning efter en dålig natt men också försämra nästa nattsömn. Varva ner före sänggåendet, ha ritualer och regelbundenhet kring sänggåendet som lär hjärnan att varva ner, ta ett varmt bad och göra en att-göra-lista för att kunna lägga undan de tankar du har före sänggåendet. Man skall också undvika att använda sömnmedel under en lång tid, eftersom de kan vara beroendeframkallande och kan påverka sömnkvaliteten negativt. Man skall inte heller gå till sängs om man inte är sömning och att inte oro sig om man sover dåligt någon natt – sömnen hinner alltid ikapp en. Vid behandling av sömnproblem brukar man ha personen att sova kortare nätter för att öka sömnigheten och sömnkvaliteten och sedan successivt öka tiden. (Hasson, 2008, s. 202-207)

En orsak till stress kan vara konflikter, som uppstår vid britstfällig kommunikation. För att undvika detta kan det vara bra att göra upp spelregler för konflikthantering. Uppstår en konflikt kan det vara bra att veta vad problemet egentligen är och för vem detta är ett problem. Det är den personens ansvar att hantera sina känslor och den andra personen kan fungera som stöd. Man skall inte kräva något av den andra personen – utan ställa fram sina önskemål och behov. Det är viktigt att visa ömsesidig respekt och hänsyn. Man behöver inte alltid låtsas vara glad men man kan vara ärlig på ett så vänligt sätt som möjligt. Istället för att argumentera kan man ställa frågor som visar att man vill förstå den andra parten, man skall lyssna på kritik och ha överseende med misstag. Till slut är det viktigt att ha gemensamma mål och att stöda den andras mål, samt att man har gränser för vad som är

tillåtet (till exempel en lista på en arbetsplats) och att man inte gräver ner sig i det förflutna utan blickar framåt. (Hasson, 2008, s. 218-223)

För att förebygga missförstånd är det bra att ha ögonkontakt med den man pratar med för att kunna se hur han reagerar. Då kan man anpassa det man säger efter motpartens reaktioner. Det kan också vara bra att fråga hur motparten tolkar det man sagt eftersom alla tolkar utifrån sina egna förutsättningar. Man kan också själv sammanfatta det någon annan sagt med egna ord för att hjälpa henne att förklara. (Hasson, 2008, s. 215-216)

4.6 Fördelar med en livsstilsförändring

Tabell 4 nedan ger en sammanfattning av de mest centrala livsstilsförändringars inverkan på allmänna sjukdomar. ++ innebär betydande inverkan, + positiv inverkan, ± liten inverkan, 0 ingen inverkan. (Mustajoki, 2009b)

Tabell 2 Sjukdomar som man kan förebygga med livsstilsförändringar

Elämäntapojen muutos	Sairaudet, joita voidaan muutoksilla ehkäistä						
	Ateroskleroosi	Diabetes	Kohonnut verenpaine	Lihavuus	Syöpä	Osteoporooosi	Tapaturmat
Liikunnan lisääminen	+	+	+	+	+	+	+
Laihduttaminen ¹⁾	+	++	+	++	+	0	+
Tupakoinnin lopettaminen ¹⁾	+	±	+	0	++	+	0
Runsaan alkoholinkäytön vähentäminen ¹⁾	0	0	+	+	+	0	++
Kovan rasvan vähentäminen ja pehmeän lisääminen	++	±	0	+	±	0	0
Kasvisten ja hedelmien lisääminen	+	+	+	+	+	+	0
Kuidun lisääminen	+	+	±	+	±	?	0
Suolan vähentäminen	0	0	+	0	±	0	0

¹⁾Vähentää myös muiden sairauksien vaaraa (rasvamaksa, keuhkohtaumatauti, maksakirroosi, jne.)

(Mustajoki, 2009b)

Tabellen visar på att en ökning av motion har en förebyggande inverkan på uppkomsten av ateroskleros, diabetes, förhöjt blodtryck, övervikt, cancer, osteoporos och olyckor. Viktnedgång är förebyggande för uppkomsten av ateroskleros, diabetes, förhöjt blodtryck, övervikt, cancer och olyckor. Rökstopp förebygger ateroskleros, förhöjt blodtryck, cancer och osteoporos. Minskning av riklig alkoholkonsumtion förebygger förhöjt blodtryck, övervikt, cancer och olycksfall. Minskning av hårt fett och ökning av mjukt fett minskar uppkomsten av ateroskleros, diabetes, övervikt och cancer. En ökning av grönsaker och frukter förebygger ateroskleros, diabetes, förhöjt blodtryck, övervikt, cancer, osteoporos och olycksfall. En ökning av fiberhalten i kosten minskar uppkomsten av ateroskleros, diabetes, övervikt och cancer. Minskning av salt i kosten har en sänker ett förhöjt blodtryck. (Mustajoki, 2009b)

Förutom att förebygga sjukdomar har en hälsosam livsstil många andra fördelar. Genom att man börjar motionera kommer blodcirkulationen i gång och man känner sig piggare och starkare. Stresshormonerna kortisol och adrenalin minskar och signalsubstanserna dopamin och serotonin ökar. Dessa motverkar depression och smärta. Endorfinerna som frigörs gör så att individen känner sig tillfreds. Nervcellerna i hjärnan nybildas snabbare av motion och detta kan förbättra koncentrationsförmågan, minnet, inlärningsförmågan och problemlösningsförmågan. Eftersom motionen har stor betydelse gällande blodsockerbalansen, nybildandet av blodkärl, vikthållningen och motverkandet av benskörhet kan det i vissa fall även komplettera eller ersätta läkemedelsbehandling. (Stjernström-Roos, 2015b). Se bilaga 4 – ”Effekter av hälsotion”.

Fördelar av en hälsosam kost kan vara att blodsockret stiger långsammare när man äter fullkornsprodukter, vilket ger ett jämnare humör. Fullkornsprodukter underlättar även matsmältningen, vilket minskar problem från tarmarna. En mångsidig kost, där vi får i oss alla essentiella vitaminer minskar trötthet, förbättrar immunförsvaret, upprätthåller mörkersynen, förbättrar upptaget av mineraler med mera. Mineralerna stöder nervernas och musklernas funktion, reglerar vätskemängden i kroppen, vilket motverkar svullnader. Järn behövs för syretransporten i blodet och kalcium behövs för bland annat en stark benstomme. En tillräcklig mängd vatten hjälper till att reglera kroppstemperaturen och transporterar näring och slaggämnen till och från cellerna. (Stjernström-Roos, 2015a)

Fördelar med att sluta röka är att blodtryck och puls återgår till normala nivåer, syrehalten i blodet ökar, smak- och luktsinnet förbättras, andningen förbättras och energin ökar, lungkapaciteten ökar, förbättrad ekonomi, personer i omgivningen slipper

passiv rökning och att huden åldras långsammare och ser friskare ut. (Fördelar med att sluta röka, 2015).

4.7 Motivation

Motivation är enligt svenska akademins ordbok ”sammanfattningen av de motiv som bestämmer en viljeakt” (Svenska akademiens ordlista, 1991)

Motivation styr vårt beteende inom precis allt genom att avgöra hur vi bestämmer oss för att leva, hur mycket vi ska göra på ett visst sätt, hur ofta och hur länge. Motivation kan också ändra karaktär till att handla om något helt annat än det gjorde från början. Individen kanske hade viktnedgång som motiv till motion till en början, för att sedan finna att exempelvis det ökade välbefinnande hen känner under motionerandets gång har tagit över som motiv. "Människor upplever en rad olika motiv till att börja motionera, eller för att fortsätta, det finns alltså inte en enskild faktor som förklarar all variation gällande fysisk aktivitet". (Josefsson & Lindwall, 2010)

Vallerand Robert J. har utarbetat en hierarkisk modell för inre och yttre motivation (1997), som har visat sig kunna tillämpas inom sport och träning. Den hierarkiska modellen om inre och yttre motivation används för att beskriva motivation med olika härkomst. I Vallerand (2001, s. 263-264) får läsaren en inblick i hur modellen kan användas för att förstå mekanismen bakom inre och yttre motivation. Den inre motivationen påverkas av inre tillfredsställelse och njutning som fås av ett beteende, och styr därmed också beteendet. Yttre motivation kommer utifrån och inte från individen själv, såsom till exempel popularitet, men styr också beteendet. Amotivation, egen översättning: "avsaknad av motivation" är en faktor som teoretiker och forskare har satt till modellen. (Vallerand, 2001, s. 263-264)

En del av modellen visar på att olika typer av motivation har olika slags konsekvenser. Motivation är resultatet av omgivningens och individens interaktion. Inre motivation kopplas samman med flest positiva konsekvenser, medan amotivation och en del typer av yttre motivation är sammankopplade med negativa effekter. (Vallerand, 2001, s. 268-269)

4.8 Passion – harmonisk eller tvångsmässig?

Passion definieras som en stark lust gentemot en aktivitet som människor tycker om, som de anser viktig och i vilken de investerar tid och energi. (Vallerand, m.fl., 2003) När det gäller en livsstilsförändring behöver man oftast avsluta en skadlig aktivitet och/eller börja på med en ny. Därför kan det vara värt att som hälsovårdare lära sig litet om psykologin bakom harmonisk och tvångsmässig passion.

Tidigare forskning har fokuserat mycket på sjukdomar, både fysiska och psykiska, men i dag riktar man sig allt mera in på vad som gör att människan har hälsa och vad som kan göra människans liv mera meningsfullt. Passion är någonting som kan ge mera motivation, höja välbefinnandet och ge en mening i vardagen, men den kan även ge negativa känslor, leda till tvångsmässiga handlingar och konkurrera ut en balanserad livsstil. För att en aktivitet skall kunna räknas som en passion måste den vara viktig i livet, någonting man tycker om och någonting som man gör regelbundet. (Vallerand, m.fl., 2003)

Enligt Deci & Ryan kan vissa aktiviteter vara så viktiga att de representerar en stor del av personen själv, till exempel en som tycker om löpning väldigt mycket blir en ”löpare”. Aktiviteter är viktiga för människan, eftersom de ger en känsla av autonomi, kompetens och en känsla av samhörighet med andra människor. (Vallerand, m.fl., 2003)

En harmonisk passion uppstår när en människa frivilligt har valt en aktivitet, den tar upp en stor del av deras identitet, men tar inte så stor plats att den konkurrerar ut andra viktiga saker. En tvångsmässig passion däremot är någonting som personen tvingats på, av sig själv eller andra. Den kan vara starkt förknippad med en människas självförtroende och engagemanget i aktiviteten är okontrollerbart. Passionen tar kontroll över människan, den tar upp mycket tid och energi och konkurrerar ut andra viktiga saker i människans liv. (Vallerand, m.fl., 2003)

En människa med en harmonisk passion för sin aktivitet kan delta i/utföra den på ett mycket mera flexibelt sätt än en med en tvångsmässig passion. Man kan bestämma hur och när man deltar i aktiviteten. Man skall inte känna skuld-känslor över att ha deltagit i aktiviteten. Man skall inte heller få negativa känslor när man blir förhindrad att delta i aktiviteten. Fördelen med en harmonisk passion är att den också överförs till andra saker i livet och ger en positiv känsla. En människa med en harmonisk passion till sin aktivitet deltar i den under en längre tid – till och med under en livstid. De kan också avsluta aktiviteter när de inser att de blivit skadliga för hälsan. En tvångsmässig passion, å andra

sidan, kan leda till att man deltar i aktiviteten utan att få någonting positivt ut av den, vilket kan leda till stora kostnader och förlorade förhållanden. (Vallerand, m.fl., 2003)

Vid utvecklandet av denna teori har flera forskningar gjorts med hjälp av 900 deltagare av olika nationaliteter. Forskningen visar att den positiva effekten av en harmonisk passion överförs till hur människan mår överlag, även när hen inte deltar i aktiviteten. Tvångsmässig passion däremot, leder till nedstämdhet. Detta visar att det inte behöver vara särskilda aktiviteter som ger positiva fördelar, utan att man har en harmonisk passion till dem. En harmonisk passion är också starkt kopplad till människans självkänsla och tvärtom. Man kan anta att många elitidrottare har en tvångsmässig passion, vilket gör att de fortsätter att delta, även om de får skador av att träna för hårt. (Vallerand, m.fl., 2003) Tyvärr finns inte ännu kunskap om hur man kan höja sin harmoniska passion, om det går. Men även detta kunde vara ett hjälpmedel när en människa vill börja leva en mera hälsosam livsstil.

Passionen kan mätas med passionsskalan, där man tänker på en aktivitet som är en kär och svarar på 14 påståenden. De första 7 frågorna tangerar en harmonisk passion och de sista 7 tangerar en tvångsmässig passion. Påståendena är följande:

1. *Denna aktivitet låter mig uppleva en variation av erfarenheter*
2. *De nya saker jag upptäcker med denna aktivitet tillåter mig att uppskatta den ännu mera*
3. *Denna aktivitet låter mig uppleva minnesvärda erfarenheter*
4. *Denna aktivitet reflekterar de kvaliteter jag uppskattar med mig själv*
5. *Denna aktivitet är i harmoni med andra aktiviteter i mitt liv*
6. *För mig är det en passion, som jag ännu kan kontrollera*
7. *Jag är helt tagen av denna aktivitet*
8. *Jag kan inte leva utan den*
9. *Behovet är så starkt. Jag kan inte hindra mig själv ifrån att göra denna aktivitet*
10. *Jag har svårt att föreställa mitt liv utan denna aktivitet*
11. *Jag är känslomässigt beroende av denna aktivitet*
12. *Jag har svårt att kontrollera mitt behov av att göra denna aktivitet*
13. *Jag har nästan en tvångsmässig känsla gentemot denna aktivitet*
14. *Mitt humör beror på om jag kan göra denna aktivitet*

4.9 Hälsovårdarens roll i främjandet av hälsosamma levnadsvanor

Den finska befolkningens hälsa har varit under ständig förändring. Från det att andra världskriget slutade tills år 2002 har den beräknade livslängden för nyfödda ökat med 20 år. Efter andra världskriget var infektionssjukdomar, såsom tuberkulos och difteri, det stora folkhälsoproblemet som orsakade en tredjedel av alla dödsfall. Tack vare bättre levnadsförhållanden, hygienstatus, näringsstatus, läkemedel och vaccinationer har man kunnat minska dödligheten i infektionssjukdomarna och därmed öka livslängden hos befolkningen. (Teperi & Vuorenkoski, 2005)

Denna positiva utveckling avtog dock när hjärt- och kärlsjukdomar och tobaksrelaterade sjukdomar blev vanligt hos arbetsföra under 1960-talet. Man började forska mera kring levnadsvanornas betydelse för hälsan och man gav rekommendationer för kostval och för att minska på rökningen. Cancer, psykiska sjukdomar och självmord har också varit en stigande hälsofara. År 1990 begick ungefär 1500 finländare självmord. Tack vare effektiva förebyggande åtgärder har man minskat på självmorden med en fjärdedel. Den finska hälsan har förbättrats avsevärt under de senaste årtiondena. Fortfarande finns dock mycket att göra för att ännu förbättra folkhälsan. Bland annat bör man i Finland ännu jobba med den stora skillnaden i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. (Teperi & Vuorenkoski, 2005)

Riktlinjerna för främjandet av befolkningens hälsa är bestämda på statsnivå. Kvalitetsrekommendationerna för främjande av hälsa är utvecklade för att stöda programmet Hälsa 2015 och att hjälpa till i utvecklingen, planeringen, uppföljningen och utvärderingen av hälsofrämjande i kommunerna. Alla de beslut som tas inom kommunen skall vara sådana att de tar folkhälsan i beaktande. Det är människan själv som har ansvaret för sin egen hälsa, men faktorer såsom kunskap, resurser, livsomständigheter och miljön påverkar de levnadsval hen gör. Därför skall kommunen ge möjlighet till utbildning, bra levnadsförhållanden, en god arbetssituation och god service. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2007:16, s. 9-12)

Hälsovårdsservice skall öka hälsa, förebygga sjukdomar och minska hälsoskillnader mellan invånarna. Hälsovårdsservicen utgörs av ett professionellt samarbete och skall ha tillräckligt med resurser. De sakkunniga inom hälsovården utvecklar de mätmetoder som används för att följa upp hälsan och upprätthåller kunskapen om hälsa i kommunerna, gällande vilka faktorer som inverkar på hälsan, vilka hälsoeffekter som olika faktorer har,

vilka ändringar som medför den största hälsofördelen och vilka metoder man kan använda sig av när man vill främja hälsa. Hälsovårdspersonalen behöver få regelbunden fortbildning och möjlighet att ge feedback för att kunna utveckla hälsovårdsverksamheten. De sakkunniga inom hälsooservicen bör få möjlighet att påverka beslutsfattandet och inom hälsovården skall man satsa på en vårdkultur som främjar hälsan hos alla inblandade. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2007:16, s. 24-25)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) är kommunerna skyldiga att ordna hälsorådgivning och hälsoundersökningar och den syftar till att främja hälsa och välfärd, arbets- och funktionsförmågan, psykisk hälsa och livskompetens samt att förebygga sjukdomar hos invånarna. (§13). Till främjande av hälsa och välfärd hör rådgivningsbyråer för familjer som väntar barn och barn under skolåldern (§15), skolhälsovård (§16), studerandehälsovård (§17) och företagshälsovård (§18). Kommunen skall också se till att unga och personer i arbetsför ålder som är arbetslösa och inte studerar får hälsovård (§13).

Hälsovårdarstudierna består av 240 studiepoäng och tar i allmänhet 4 år att avlägga. Efter studierna har man behörighet att jobba både som sjukskötare och hälsovårdare. Som hälsovårdare arbetar man med frågor som rör vård, folkhälsa och hälsofrämjande och ställen där en hälsovårdare kan arbeta är på mödra- och barnrådgivning, vid familjeplaneringen, i skolor, på företagshälsovården, inom hemsjukvården och på olika hälsovårds- och sjukvårdsmottagningar. (Terveidenhoitajaliitto, u.å.) Bland annat hör rådgivning om hälsosamma levnadsvanor till hälsovårdarens arbetsuppgift. Klienten själv har alltid huvudansvaret för sin livsstil, men vårdare har ansvaret för att ge klienten möjlighet att göra de rätta valen genom att ge dem information om vad som är hälsosamt (Allen, 2014).

Arbetsgivare är skyldiga att förse sina arbetstagare med företagshälsovård. Företagshälsovården är enligt L om företagshälsovård (1383/2001) skyldig att arbeta förebyggande för att bekämpa hälsorisker som har ett samband med arbetsförhållandena och arbetet överlag. Dessutom bör arbetstagarens hälsa, säkerhet och arbetsförmåga säkras och främjas genom företagshälsovården. Företagshälsovård skall ordnas på arbetsgivarens bekostnad, för de anställda, men är frivilligt att ordna för sig själv om man är egenföretagare. En arbetstagare är också skyldig att delta i de hälsoundersökningar som görs om man inte har en grundad anledning till varför man inte deltar. (L om företagshälsovård 1383/2001, § 4, § 12, § 13)

Till företagshälsovården hör att främja arbetshälsan, bedöma arbets- och funktionsförmågan och arbetets hälsokonsekvenser, risker och stressfaktorer, vårda vid sjukdom, förebygga och följa upp yrkessjukdomar och arbetsrelaterade olyckor och sjukdomar, stöda arbets- och funktionsförmågan och till återkomst till arbetet, hänvisa till rehabilitering och att ge information och vägledning (Företagshälsovårdens uppgifter, 2012)

4.10 Att ta upp frågan om livsstil

Som yrkesverksam inom sjukvården kommer man ofta i kontakt med klienter som på ett eller annat sätt skulle ha nytta av en livsstilsförändring. Speciellt hälsovårdare har goda möjligheter till rådgivning angående en hälsosam livsstil: frågor om rökning, motion och matvanor berättar mycket om klientens mående.

Hur ska man då som vårdare bemöta klienter i behov av livsstilsförändringar på bästa sätt? Som vårdare ska man ta tag i utmaningen och inte blunda för problemen. En sätt att ta itu med saken kan vara att ställa frågan ”hur ser du på din vikt?” till den överviktiga klienten. Genom att peka finger mot klienten misslyckas man antagligen. Om klienten berättar att hen försökt banta hela sitt vuxna liv och inte längre orkar bry sig räcker det med att man berättar om möjligheten till hjälp men låter klienten fundera på saken själv. Att klienten själv är huvudperson i alla eventuella livsstilsförändringar är viktigt att hålla i minnet. (Ketola, 2003)

Alla klienter i behov av livsstilsförändringar är inte villiga att tillsammans med rådgivare gå igenom problemen. Dessa klienter kan till exempel tipsas om hemsidor, såsom droglänken (paihdelinkki.fi) som med stiftelsen A-kliniken bakom sig på sin hemsida erbjuder massor av information, anonym rådgivning, och tester om rusmedelsanvändning, spel-, och sexmissbruk, internetanvändning och om sinnesstämning. Hemsidan lämpar sig för finska-, svenska-, engelska-, och rysktalande. (Tester och mätarn- Alkohol, u.å.)

Som rådgivare måste man tillsammans med klienten kunna sätta upp realistiska mål för alla slags livsstilsförändringar. Förväntningarna är dessutom höga att lyckas motivera klienter till en hälsosammare livsstil. Emellanåt kommer hälsovårdspersonal i kontakt med klienter som har ett flertal ohälsosamma vanor. Till företagshälsovården kan det till exempel komma medelålders män med övervikt och förhöjt blodtryck, med en paket tobak i fickan. I dessa fall är det inte realistiskt att ta itu med flera livsstilsförändringar på en och

samma gång, utan klientens motivation bestämmer hur mötet går till. Kanske klienten inte är motiverad att ta itu med rökstoppet just då, men går med på att prata om en minskning av saltet i kosten och om hälsosamma matvanor. Det går inte att räkna med att en klient som varit beroende av tobak sedan flera år tillbaka ska kunna sluta röka på en vecka. Också inom viktminskning bör man anpassa målen efter människan, och 5-10% viktminskning är därför ett realistiskt mål. (Mustajoki, 2009b)

Det är klientens motivation som påverkar hur man som rådgivare går till väga. Som rådgivare eller vårdpersonal ska man uppmuntra också små förändringar, såsom att klienten väljer att äta en frukt per dag istället för att påpeka att mängden grönsaker också borde fördubblas. (Mustajoki, 2009b)

En konkret plan kan vara till hjälp vid förändringen. Klienten får då en överblick över situationen och samtidigt sina tankar nedskrivna. I planen kan finnas vision, mål och delmål, tidsperspektiv, handlingsplan (vad? hur? hur ofta?), problem och lösningar samt en morot eller belöning. (Kostenius & Lindqvist, 2006)

I hälsofrämjande arbete framhävs ofta vikten av enskilda livsstilsförändringar för förebyggande av sjukdom. En liten förändring i livsstilen till det bättre påverkar inte alltid direkt insjuknande i en sjukdom men har en omfattande positiv inverkan på hälsan i det stora hela. (Mustajoki, 2009b). Som stöd för samtalet kan man inom vården till exempel använda sig av tre olika metoder: enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal. Enkla råd är det vanligaste som används, det tar minst tid, men är ofta minst effektivt. Kvalificerat rådgivande samtal, kognitiv beteendeterapi kräver mest tid och resurser, men är däremot effektivast. I mitten finns motiverande samtal som används för att få klienten motiverad till att göra en förändring. (Holm Ivarsson, 2014, s. 123)

Traditionell rådgivning med enkla råd rekommenderas endast att använda vid tidsbrist eller som början på mer kvalificerad rådgivning. Denna består av fem steg, som i detta exempel handlar om tobak, men kan appliceras på vilken förändring som helst. Första steget är att fråga om tobaksvanorna, röker personen inte skall man ge positiv feedback. Visar det sig att personen borde sluta röka ger man som andra steg rådet att sluta och motiverar detta. Steg tre är att undersöka personens vilja till förändring för att i steg fyra kunna hjälpa till och ge allmänna råd om vad som brukar hjälpa folk. Är personen inte motiverad kan man ge råd om hemsidor eller litteratur och be personen tänka på saken. Sista steget är att

dokumentera samtalet och följa upp rökningen vid nästa besök. (Holm Ivarsson, 2014, s. 124-125)

Motivational interviewing (MI), eller Motiverande samtal som det heter på svenska är en samtalsmetod som kan användas inom livsstilsområden såsom fysisk aktivitet, kost, övervikt, spelberoende, sexuellt riskbeteende, spelberoende samt inom riskbruk av rusämnen såsom tobak, narkotika och alkohol. Metoden kan användas enskilt eller tillsammans med andra metoder såsom exempelvis kognitiv beteendeterapi. (Holm Ivarsson, 2009, s. 7-8)

Förhållningssättet för rådgivaren är inom MI att främst vara öppen och låta patienten utforska sitt sätt att tänka angående sitt beteende tillsammans med rådgivaren. Rådgivarens roll är att vara lyhörd, lyssna på patienten med intresse och samtidigt visa optimism och empati. Genom att fundera kring beteendet är det meningen att klienten ska bilda en medvetenhet kring problemet och hitta rätt väg vidare. Klienten kan behöva hjälp med att se det positiva en förändring skulle bidra med, och det den negativa livsstilen för med sig klarare. Som rådgivare ska man inte dirigera, argumentera och försöka övertyga klienten om vad som är rätt utan respektera klientens sätt att se på problemet. (Holm Ivarsson, 2009, s. 12, 19)

Ett MI-samtal inleds genom att rådgivaren och klienten bestämmer samtalsämne. När ämnet är bestämt fokuserar rådgivaren på klientens syn på sitt beteende och därefter på möjligheterna till förändring. Samtalet avslutas om möjligt med att klienten själv åtagit sig att göra en förändring. Frågor som ”hur tänker du göra nu?” och ”när tänker du sätta igång?” kan framkalla ett åtagande hos klienten. Ifall möjligheten finns följs ämnet upp. Hur viktigt det är att ämnet följs upp beror på hur svårighetsgraden av eventuella biverkningar som klienten kan drabbas av om beteendet fortsätter. (Holm Ivarsson, 2009, s. 14, 52)

Under samtalet fokuserar rådgivaren på att motivera. Genom att använda sig av öppna frågor: t.ex. ”hur har du det?” eller ”kan du göra något åt din vikt?” inbjuds klienten att berätta det hen vill berätta. Klienten behöver också få bekräftelse av rådgivaren t.ex. genom meningar som: ”du är målinriktad och jobbar hårt” och ”du har många kloka idéer”. (Holm Ivarsson, 2009, s. 15,-18)

Klienten ska inte identifieras med sin ovana, t.ex. ”du är en rökare” eller ”du är inte en sportare”, men ifall klienten lyckas ändra sitt beteende kan rådgivaren med fördel använda ord som ex-rökare. (Allen, 2014)

Självförlitelsen kan växa när klienten får frågor som ”kan du vara riktigt envis när det krävs?” och ”på vilket sätt skulle du göra om du verkligen vill lyckas med detta?”. Reflektioner kan i ett motiverande samtal visa klienten att rådgivaren förstår och känner empati. Dessutom kan en reflektion ge klienten nya insikter och rådgivaren får en chans att kontrollera att hen tolkat samtalet rätt. Genom att sammanfatta det sagda i längre referat kan rådgivaren byta fokus till något positivt, betona vissa saker och ta ett steg vidare i samtalet. Rådgivaren behöver också kunna ge relevant information, men innan informationen ges ska rådgivaren be om tillåtelse att få ge information. Därtill behöver rådgivaren veta vad klienten redan vet och vad klienten vill veta så att hen inte tvingar på klienten sina råd utan tillåtelse. När man fått tillåtelse av klienten att ge mera information om ämnet är det viktigt att ge konkret neutral faktainformation utan att man blandar in värderingar, såsom ”jag tycker inte”. Man kan också behöva påpeka konsekvenserna av olika beteenden. Om möjligt ger man skriftlig information som komplement, till exempel en broschyr. (Arborelius, 2008, s. 138-139)

Direkta råd bör undvikas för att istället skapa en dialog där hen kan fråga klienten ”vad tycker du om att göra såhär” eller ”denna metod brukar rekommenderas, är det något som skulle kunna passa dig?”. (Holm Ivarsson, 2009, s. 15-18)

KBT, eller kognitiv beteendeterapi används för att bryta gamla ovanor och påbörja en ny hälsosam livsstil. Inom KBT analyserar rådgivaren och klienten tillsammans problemet, tankemönster och beteenden som hör ihop med ovanorna. KBT kan inledas med motiverande samtal om klienten inte har tillräckligt hög beredskap att göra en förändring. Man kan påbörja KBT genom att ta reda på hur klienten ser på problemet och om de försökt förändra sitt beteende tidigare. Man vill också veta varför klienten fortsatt med problembeteendet. Sedan kartlägger man tillsammans motivationen och låter klienten ta beslutet. För att ge klienten självförtroende är det bra att kartlägga problembeteendet, till exempel genom att skriva en matdagbok. (Holm Ivarsson, 2014, s. 158-160)

När kartläggningen är klar sätter man upp mål och delmål enligt SMART-metoden. Målen skall vara Specifika, Mätbara, Angelägna, Realistiska och Tidsbestämda. Tillsammans med klienten kan man då göra upp en handlingsplan, såsom att sätta ut ett datum för när

förändringen skall ske och i vilken takt. Man hjälper klienten att kartlägga sina resurser och hinder, till exempel att fundera över var det sociala stödet kan finnas och inkludera familj och vänner. (Holm Ivarsson, 2014, s. 161-162)

När planen är uppgjord behöver klienten hjälp med att träna in de nya vanorna och beteendena. Till detta kanske inte hälsovårdarens resurser räcker till och man kan hänvisa vidare, till exempel till en livsstilsrådgivare. Olika redskap kan användas här, såsom tallriksmodellen, matdagbok, stegräknare, läkemedel för rökavvänjning och recept på fysisk aktivitet. Man kan hjälpa klienten att på förhand fundera ut strategier för att undvika återfall, eller komma tillbaka. Bakslag kommer ofta och skall ses som en naturlig del av förändringen och något man kan ta lärdom av. Under hela processens gång följs målsättningarna upp och man sätter nya delmål. När målen är uppnådda kan det vara bra för klienten att ge sig själv belöningar. (Holm Ivarsson, 2014, s. 162-165)

5 Tidigare forskning

I detta kapitel beskriver vi den tidigare forskning som gjorts inom ämnet motivation till livsstilsförändring. En liknande studie som den vi kommer att göra hittades inte med de sökvägar vi använt (se bilaga 5 – ”Beskrivning av sökvägar för tidigare forskning”) och därför har vi istället närmast oss ämnet från två olika håll. Efter att vi hittat sju stycken studier som tangerat detta ämne insåg vi nämligen att de kunde delas upp i studier som tar upp faktorer som främjar förmåga till livsstilsförändring och teorier kring möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar.

5.1 Studier som tar upp faktorer som främjar förmåga till livsstilsförändring

Under denna rubrik beskriver vi fyra olika studier som gjorts för att undersöka vilka faktorer som kan motivera till en livsstilsförändring. Studierna är både kvalitativa och kvantitativa.

Syftet med en Skottländsk studie av Stead, Craigie, Macleod, McKell, Caswell och Anderson från 2014 var att undersöka de faktorer som är kopplade till framgång i en viktminskningsprocess och att identifiera följder för framtida viktminskningsprogram. I studien deltog 148 personer i åldern 50 till 74, som alla intervjuades, fyllde i frågeformulär

och genomgick mätningar. De högpresterande (n:33) som gick ner i medeltal 11.5 %, jämfördes med mellanpresterande (n:58) som tappade 4.2 % av sin vikt, och med lågpresterande (n:57) som gick upp 0,8 % i vikt.

Faktorer som kopplades samman med stor viktninskning var målmedvetenhet, sammanhang (consistency), engagemang i interventionen, vilja att ta till sig kunskap, tidigare positiv erfarenhet av hälsobeteende och förändring, motivation av tidig framgång, ändringar i rutiner, förmåga att utforma och tillämpa strategier för att hantera bakslag och återfall. Betydligt färre av de som gjorde en viktninskning på 7 % rapporterade att deras aktiviteter begränsades av fysisk och psykisk hälsa, och de var också mera belägna att uppfatta sin diet som skadlig än de som inte gick ner i vikt. Dessutom ökade dessa sin frukt-, och grönsaksintag oftare och rörde på sig mera. Samband med socialt stöd hittades inte i denna studie.

Sairanen, Lappalainen, Lapveteläinen och Karhunen gjorde år 2012 en kvalitativ intervjustudie i vilken man ville studera vilka faktorer som enligt obesa och överviktiga människor påverkar deras vikt och motivation till viktninskning och till att hålla en hälsosam vikt. Dessutom ville forskarna ta reda på hur en psykologisk flexibilitet är sammankopplad till detta. Målet med studien var att öka förståelsen för hur psykologisk flexibilitet är sammankopplad med förmåga att hålla vikten, och hitta nya hypoteser för kommande studier.

Studien av Sairanen m.fl. (2012) är gjord i Finland och består av en intervju med 49 deltagare, varav 12 var män och 37 var kvinnor. De har lyckats med viktnedgång tack vare att ha ätit "very-low-calorie-diet" produkter i sju veckor och en 24 veckors viktkontrollperiod. Studien gjordes 8-9 månader efter detta och består av en gruppintervju där deltagarna beskrev de faktorer som motiverat dem att gå ner i vikt och förändra sin livsstil, samt hur stor påverkan de haft. Sedan har man gjort en statistisk analys. De faktorer som påverkat mest är, i nedåttigande ordning: intima relationer, hälsa, fritidsaktiviteter, socialt nätverk, arbete, omvårdnad, familj, utbildning, andlighet och samhällsengagemang. Dessa har motiverat bland annat genom att man känner sig mera attraktiv, mera motiverad att röra på sig, mera bekväm i andra människors sällskap, man vill vara en god förebild för sina barn och man har en bättre mental och social balans.

Målet med en studie utförd av Petersson, Östgren, Brudin, Ovhed och Nilsson från år 2008 är att ta fram vilka rapporterade långsiktiga faktorer som kan utgöra grogrund för

självrapporterade livsstilsförändringar i en medelålders population – efter screening för kardiovaskulära riskfaktorer tio år tidigare. I studien som är gjord i Sverige blev 705 personer i åldern 40-59 år screenade för eventuell risk för kardiovaskulära sjukdomar. Under 10 års tid gjordes telefonintervjuer med deltagarna, varav 306 män och 323 kvinnor fullföljde studien. I studien tillfrågades personerna om deras vikt, rökning, fettkonsumtion, fysisk aktivitet och alkoholanvändning, de blev dessutom vägda och fick fylla i frågeformulär.

Man kunde påvisa att faktorer som hjälpte personerna att lyckas med en livsstilsförändring var förhöjda blodtryck, förhöjt kolesterol, för lågt HDL-kolesterol, förhöjda triglycerider samt rökning. Man kunde också visa att kvinnor hade större chans att lyckas med en livsstilsförändring än män. Civilstånd, utbildningsnivå och yrke hade ingen betydande del i framgången, medan tidigare hypertoni och infarkt var en motiverande faktor för män. Rökare hade på så vis en fördel vid en livsstilsförändring att de hade möjlighet att sluta röka och på så vis främja sin livsstil mera än en icke-rökare.

I en portugisisk studie från 2004 av Teixeira, Palmeira, Branco, Martins, Mindrico, Barata, Silvia & Sardinha ville man analysera de faktorer som kan förutsäga en lyckad förändring för kortsiktig viktninskning för portugisiska kvinnor som deltagit i ett viktninskingsprogram. I studien deltog 140 premenopausala kvinnor i åldern $38,5 \pm 5,9$ med BMI på $30,3 \pm 3,7 \text{ kg/m}^2$ utan diagnostiserade sjukdomar. Dessa kvinnor deltog alla i ett fyra månader långt livsstils- och viktninskings program som bestod av beteendeterapi i grupp med mål att förbättra deras diet och öka fysisk aktivitet. Fem av deltagarna avbröt under programmets gång. Under studiens gång blev vikt och längd mätta två gånger och BMI uträknades. Utöver mätningarna fyllde deltagarna i ett omfattande frågeformulär baserat på psykosociala faktorer och deltog i tre psykometriska tester.

Studien visade att kroppsbild, inre motivation och tidigare försök på dieter hade till någon del positiv betydelse för viktninskning. Livskvalitet, självkänsla, och motions variabler kunde inte förutsäga vilka som lyckades bäst med viktninskningen. De som uppgav sig ha gjort 3-4 försök till viktninskning året innan programmet befann sig inte i den gruppen med bäst resultat.

5.2 Teorier kring möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar

Under detta kapitel tas upp studier som forskat kring olika teorier om motivationsfaktorer till livsstilsförändringar. Vi har valt att ta upp en studie per teori som vi beskrivit i arbetet. Studierna handlar om KASAM, TTM och även om harmonisk och tvångsmässig passion. En av studierna undersöker även motiverande samtal – MI:s effekt på möjligheten att lyckas med en livsstilsförändring.

En studie av Geneviève A. Mageau & Robert J. Vallerand från 2007 visar på samband mellan en harmonisk passion för en aktivitet med att individen lägger ner sin tid på aktiviteten ifråga. I studien deltog 154 studerande på högskolor/mindre universitet i Montreal som förde dagbok över sina dagliga aktiviteter och positiva effekter under en tidsperiod på två veckor. En tvångsmässig passion för en aktivitet innebär enligt studien ett inre tvång att ta itu med aktiviteten, att lindra en osläckbar törst och att tillfredsställa inre krav på att hålla vid liv individens självkänsla och känsla av egenvärde. En tvångsmässig passion för aktiviteten i fråga innebär dock ofta att individen är så aktivt engagerad i aktiviteten att aktiviteten får en oproportionerligt stor del av individens identitet under en kortare period på cirka två veckor, men inte nödvändigtvis under längre tider. Individer som upplever en harmonisk passion för aktiviteten ifråga är enligt studien mera flexibla och låter yttre faktorer såsom familj, arbete, skola och tidsbrist påverka när de engagerar sig i aktiviteten, medan en tvångsmässig passion kan köra över annat i livet.

En studie utförd på en arbetsplats jämförde effekten av MI, online TTM och kort hälsoriskintervention på riskfaktorerna fysisk inaktivitet, rökning, högt BMI och hög stressnivå. Alla i studien fick ta emot den traditionella hälsoriskinterventionen, medan en tredjedel av gruppen därtill fick tre möten eller tre rådgivningssamtal via telefon under en tid på sex månader enligt MI-metoden, och en annan tredjedel förutom den traditionella hälsoriskinterventionen dessutom fick tre möten rådgivning eller tre tillfällen av telefonrådgivning enligt TTM. Efter dessa sex månader jämfördes grupperna och resultatet visade att de två grupperna som fått rådgivning bestående av MI eller TTM hade betydligt färre riskbeteenden. Det fanns inga skillnader mellan MI och TTM grupperna. Studiens resultat visar på att rådgivning enligt både TTM och MI kan ge flera betydliga beteendeförändringar. (Prochaska, m.fl., 2008)

Wainwright m.fl. har gjort en studie med syfte att testa om hypotesen att en hög KASAM är associerad med en hälsosam livsstil oavsett social klass och utbildning. Studien är ett tvärsnitts populationsbaserad kohortstudie med 7863 män och 10424 kvinnor i Storbritannien. Man har med hjälp av frågeformulär kartlagt deltagarnas intag av alkohol, frukt och grönsaker, fibrer, mättat fett, salt och socker, rökning, fysisk inaktivitet och KASAM. Resultaten av studien är att de som har starkast KASAM röker mindre, har mindre sannolikhet att vara fysiskt inaktiva och äter mera frukt och grönt och mera fibrer än de med svagast KASAM, oavsett ålder, kön, social klass och utbildning. (Wainwright, m.fl., 2007)

Resultatet av studierna är att alla de teorier vi tagit upp i examensarbetet kan vara till hjälp vid en lyckad livsstilsförändring. Vi kan se att teorin om en harmonisk passion till en aktivitet främjar personens aktivitet och att deltagande i en aktivitet ger en positiv påverkan dagligen. Vi kan också se att en tvångsmässig passion till någonting hindrar personen från att långsiktigt vara aktiv. Ju mer harmonisk passion människor har till en aktivitet, desto positivare effekt ger den de dagar de deltagit i aktiviteten ($p < 0.05$). (Mageau & Vallerand, 2007). Vi kan också se att teorin om att människan med hög KASAM har bättre psykisk hälsa även kan tillämpas hos människor som vill lyckas med en livsstilsförändring. Av personer med hög KASAM, jämfört med de med låg KASAM, är mindre rökare, mindre fysiskt inaktiva och äter mera frukt, grönsaker och fibrer. (Wainwright, m.fl., 2007). Teorin om TTM och teorin om metoden MI kan användas i klientsamtalen för att hjälpa patienten att lyckas med en livsstilsförändring. Klienter som fått stöd med hjälp av MI och TTM har en mera lyckad stresshantering och är mera fysiskt aktiva (30 minuter per dag minst 5 dagar i veckan) än personer som bara fått ett samtal baserat på en hälsoriskintervention ($p < .01$).

Denna teoretiska bakgrund kan ge hälsovårdaren verktyg för att kartlägga klientens möjligheter att lyckas med en livsstilsförändring. För att dra några slutsatser behövs mera forskning, men vi får en hint om att när man kartlagt klientens plats i motivationstrappan, klientens känsla av sammanhang och om klienten har en harmonisk eller tvångsmässig passion till förändringen kan vi bedöma hur stor chans klienten har att lyckas på egen hand och tillsammans med klienten komma överens om vilka övriga resurser som kan behövas under processens gång. Det bör även tas i beaktande den omgivning som klienten befinner sig i, om klienten upplever en väldigt stressfylld tillvaro och hur detta kan påverka möjligheten att lyckas. Fler studier kunde göras kring harmonisk och tvångsmässig passion

och man kunde även tänka sig att dessa teorier tillsammans kunde bilda ett mätinstrument för personer som arbetar med livsstilsförändringar.

5.3 Sammanfattning

Utgående från dessa studier har vi fått en fingervisning om vilka faktorer som påverkar mest när det gäller motivation till livsstilsförändringar. Tre av studierna fokuserar på faktorer som påverkar förmågan till viktnedgång medan en av studierna tar upp fenomenet runt förmåga till livsstilsförändring som helhet. Alla studierna tar upp någon faktor som sedan inte tas upp i de andra, men också gemensamma faktorer går att hitta. Teixeira m.fl. (2004) och Stead m.fl. (2014) tar i sina studier upp motivation upp som en faktor som bidrar till större framgång i viktnedgångs- och livsstilsförändringsprocessen. Sairanen m.fl. och Petersson m.fl. tar i sina studier upp hälsa som en motiverande faktor. I Sairanen m.fl. studie tas intima relationer, familj och socialt nätverk upp som en faktor som påverkar en hälsosam viktnedgång. I Stead m.fl. studie hittas inget samband mellan socialt stöd och framgång i livsstilsförändringen. Att ett tvångsmässigt beteende inte främjar en hälsosam livsstilsförändring kan också utläsas ur en av studierna, medan ett genuint intresse för det man gör enligt studien sporrar till att fortsätta. Dessa faktorer kan vi anta oss finna även hos informanterna i denna studie, och genom en kvalitativ intervju ökar förståelsen och möjligheten att få en djupare insikt i den process informanterna har gått igenom. Studien av Proschaska m.fl. (2008) visar att TTM och MI kan ha en verklig effekt för klienter som vill genomgå en livsstilsförändring.

6 Undersökningens genomförande

I detta kapitel beskriver vi teorin kring hur en kvalitativ studie bör utformas och hur vi kommer att göra detta i praktiken. Vi beskriver intervju som datainsamlingsmetod, hur urvalet av informanter skett, vilka etiska överväganden som bör finnas vid intervju som datainsamlingsmetod, analysmetoden innehållsanalys. Hur vi genomfört studien i sin helhet beskrivs under rubrik 6.5 – "Undersökningens praktiska genomförande".

6.1 Intervju som datainsamlingsmetod

En studies resultat påverkas av de som intervjuar, vilket innebär att intervjuaren är medskapare av texten. Resultatet påverkas också av relationen mellan respondenterna och

informanterna och av respondenternas tolkning av informanternas svar- vilket innebär att angreppssättet är subjektivt. (Henricson & Billhult, 2012) I vår studie kommer vi omedvetet att påverka resultatet genom relationen till informanterna, och genom våra tolkningar. När datan är kvalitativ behöver man vara flexibel när det gäller informanternas önskemål, miljö och eventuella förändringar som uppstår under datainsamlingen (Lincoln & Guba, 1985; Polick & Beck; 2012, se Henricson & Billhult, 2012, s. 133).

När det är personliga upplevelser och informantens bild och erfarenheter som forskaren vill åt är intervju en lämplig metod (Lincoln & Guba, 1985; Polick & Beck; 2012, se Henricson & Billhult, 2012, s. 133). Vi vill åt informantens bild av sin livsstilsförändring, och därför kommer vi använda oss av intervju som datainsamlingsmetod.

Vi har läst på inom ämnet, planerat intervjusituationen, prövat på att intervjua hälsovårdare i en parallell kurs och transkriberat materialet. Vi har själva blivit intervjuade, planerat intervjufrågorna till informanterna och dessutom utarbetat en enkel intervjuguide att ha som stöd under intervjusituationen baserat på det under arbetets gång insamlade datan. En intervjuguide är ett bra hjälpmedel för intervjun enligt Danielson (2012, s. 165), vilket vi kommer att utforma.

6.2 Urval av informanter

De utvalda informanterna har personlig erfarenhet av det fenomen som undersöks: de har alltså alla genomgått en livsstilsförändring. Vi söker flera olika vinklar av samma fenomen och variation i berättelserna: därför har informanter med olika slags livsstilsförändringar valts. För en del studier är det bättre med ett mindre antal informanter med varierande berättelser bakom sig, än med ett större antal informanter med erfarenhet samma sak (Danielson, 2012, s. 165). I denna studie anser vi att en mångfald av livsstilsförändringar är viktigare än informanter med liknande berättelser. För att få ämnet livsstil täckt från alla håll vill vi ha informanter som genomgått förändringar inom alla områden som enligt källor hör till en hälsosam livsstilsförändring.

De individer som i studien är informanter är bekanta till oss, bekantas bekanta eller så har de hittats i medier där de berättat sin historia. De är alla i arbetsför ålder, har svenska som modersmål och är bosatta i svenskfinland. Ett sätt att få variation i den insamlade datan är att få informanter med olika ålder och kön (Aveyard, 2010; Marshall & Rossan, 2011; se Henricson & Billhult, 2012, s. 134; Henricson & Billhult, 2012 s. 134). Variation genom

olika ålder och kön på informanterna kommer vi att ta hänsyn till i väljandet av informanter. Informanterna tillfrågas efter att vi av handledaren fått tillåtelse att ta kontakt med informanterna och dessa vet att medverkan i studien är helt och hållet frivilligt. Informanterna tillfrågas också ifall vi får använda bandspelare under intervjun och bör vara medvetna om att de förblir anonyma under studiens gång och även efter att datainsamlingen slutförts, (se bilaga 6 – ”Informationsbrev”).

6.3 Etiska överväganden vid intervju som datainsamlingsmetod

Under en kvalitativ intervju påverkar den mänskliga interaktionen automatiskt informanten. Det anses råda en spänning mellan forskarens önskan att få information och den etiska omsorgen. Forskaren vill att intervjun ska vara djup och igenomträngande medan hen samtidigt måste hålla koll på att informanten inte kränks. (Brinkmann & Kvale, 2014, s. 97-98) Kränkning av den personliga integriteten kan uppstå vid intrång i informantens personliga sfär och om forskaren inte skyddar uppgifterna hen får i samband med intervjuerna. (Kjellström, 2012, s. 73)

Vi kommer i insamlingen av data tagit hänsyn till att vi inte inskränker på informanternas personliga integritet. Vi kommer att skydda informanternas integritet rent praktiskt genom att låta informanten bestämma vad hen vill svara på, genom att låta informanten bestämma om vi använder bandspelare under intervjun, och genom att skydda konfidentialiteten. Eftersom intervjun är semistrukturerad kommer vi att låta informanten få sätta sin prägel över resultatet.

Vår relation till informanterna kan ha påverkat resultatet i någon form. En del av informanterna är våra vänner eller bekanta medan andra är bekantas bekanta. Vi kommer i intervjusituationen ta hänsyn till informanternas eventuella sårbarhet i ställning till oss. En del informanter kan tänkas vara sårbara eftersom de är bekanta till oss medan andra kan tänkas vara sårbara för att vi för dem är obekanta. Genom att hänvisa till att informanten endast behöver svara på det hen vill svara på försöker minska på informantens eventuella sårbarhet gentemot oss. Genom att visa empati, respekt och genom att öppna våra hem för de informanter som väljer att besöka någon av oss för att bli intervjuade försöker skapa en naturlig och bekväm intervjusituation. Vi väljer att påbörja intervjun med enkla frågor om informanten också av den orsaken att vi för informanten vill skapa en bekväm intervjusituation.

Att visa respekt för informanten innebär bland annat att respektera autonomi- att låta informanten bestämma om deltagande i studien efter att de fått tillräcklig information om vad medverkande innebär och att de får välja att inte svara på sådant de inte vill prata om. Att respektera autonomi kan betyda att forskaren låter informanterna ta ställning till tid och plats för intervjun. (Kjellström, 2012, s. 73) Informerat samtycke innebär att informanterna informeras om undersökningens syfte, hur undersökningen är upplagd, och om vilka risker och fördelar som ett deltagande i undersökningen kan innebära. Dessutom innebär ett informerat samtycke att informanten är medveten om att deltagande är frivilligt och att hen får dra sig ur. (Brinkmann & Kvale, 2014, s. 107-108) Informerat samtycke kommer vi att använda oss av i studien, och information ges muntligt och skriftligt. Vi kommer att erhålla skriftligt samtycke av alla sju informanter. Vi visar respekt för våra informanters rättighet till autonomi genom att låta dem veta att deltagande i studien är fullständigt frivilligt och genom att låta dem välja tid och plats för intervjun.

Konfidentialitet i forskning innebär forskarens och informantens överrenskommelser om vad som får göras med materialet som fås under intervjusituationen (Brinkmann & Kvale, 2014, s. 109). All identifierbar information om informanterna tas bort i resultatet. Ljudinspelningarna raderas från inspelningsapparaten och ljudfilerna raderas från våra personliga lösenordsskyddade datorer genast då materialet är transkriberat. De transkriberade intervjuerna färgkodas och avidentifieras så att endast vi respondenter kan koppla den enskilda intervjun till informanten. Transkripten lagras på ett gemensamt lösenordsskyddat lagringskonto, och endast vi respondenter har tillgång till materialet.

Ett krav som ställs forskaren i en intervjustudie är att hen ska försöka uppnå hög vetenskaplig kvalitet på det material som hen producerar. Med det menas att resultaten ska representera forskningsområdet så korrekt som möjligt. Samtidigt ska de procedurer som används vara så genomskinliga som möjligt. (Brinkmann & Kvale, 2014, s. 111). Vi strävar efter att uppnå en så god kvalitet på resultatet som möjligt. I vår studie försöker vi också representera forskningsområdet, dvs. alla informanterna så jämnt och opartiskt som möjligt. Metoderna i studien strävar vi efter att förklara enligt bästa förmåga.

6.4 Innehållsanalys som dataanalysmetod

Innehållsanalys är en metod som kan användas på många sätt. Den används ofta till att analysera vårdvetenskapliga undersökningar. Med hjälp av innehållsanalys analyseras dokument såväl systematiskt som objektivt. Analys kan göras induktivt, med utgång från

det insamlade materialet, eller deduktivt med tidigare kunskap som bakgrund för analysen. Med innehållsanalys strävar man efter att få en kortfattad och övergripande sammanfattning av forskningsfenomenet. (Kyngäs & Vanhanen , 1999, s. 3-5). Analysens resultat kan tas fram i form av kategorier som beskriver forskningsfenomenet i fråga, som en sammanhängande helhet, modell eller konceptkarta. Forskaren själv bestämmer i hurdan form resultatet av forskningsfenomenet presenteras, och ska använda samma term (såsom exempelvis kategori) genom hela arbetet. (Kyngäs & Vanhanen , 1999, s. 4-5) Vi kommer att kategorisera materialet i teman, kategorier och underkategorier såsom Kyngäs & Vanhanens beskrivit. Vi kommer under kategoriseringen använda oss av en mall som hjälpmedel, vilket enligt Downe-Wamboldt 1992, Dey 1993, Robson 1993 och Richards & Richards 1994 i är ett vanligt hjälpmedel i analysprocessen. (Kyngäs & Vanhanen , 1999, s. 4-5)

Innan analysens början ska forskaren bestämma om hen tänker analysera bara det som är skrivet eller sagt, eller om hen utöver detta också tänker läsa mellan raderna (Pietilä 1973, Catanzaro 1988, Robson 1993, Morse 1994, Burns & Grove 1997, i Kyngäs & Vanhanen 1999, s. 5). I vår studie kommer vi sträva efter att endast analysera det sagda och att inte göra tolkningar på det som vi läst mellan raderna. Vi använder oss av innehållsanalys vid bearbetning av materialet vi får från intervjuerna. Allt material samlas ihop och transkriberas innan det analyseras.

6.5 Undersökningens praktiska genomförande

Vi började med att välja ut informanter i åldern 16-74 som alla lyckats med olika livsstilsförändringar, för att täcka in alla de delområden vi tagit upp i den teoretiska bakgrunden, baserad på Mustajoki (2009 a, b) och Huttunen (2014c). Informanterna har kontaktats via e-post, telefon och via gemensamma bekanta. Informanterna har fått ta del av informationsbrevet (se bilaga 6 – ”Informationsbrev”) redan innan de svarat på om de vill delta och har varit införstådda med att deltagande är frivilligt. Informationsbrevet bar arbetsrubriken eftersom vi vid denna tidpunkt ännu inte formulerat arbetets slutliga rubrik. Vi tog kontakt med åtta personer, som fyllde kriterierna för vårt urval, varav sju samtyckte till deltagande i vår studie. Samtycke till deltagande undertecknades efter att informanterna tagit del av informationsbrevet.

När vi fått kontakt med informanterna påbörjades arbetet med en intervjuguide (se bilaga 7 – ”Intervuguide”). Till en början bestod intervjuguiden av alla de frågor vi var intresserade

av att få svar på. Därefter omarbetades den för att svara på arbetets frågeställningar. Inledningen av intervjuguiden ville vi att skulle vara bestå av enkla bakgrundsfrågor om informanten. Det för att vi ville få en bild av vem vi intervjuade och samtidigt ville vi få informanten att känna sig avslappad i intervjusituationen. Intervjuguiden prövades genom att vi båda intervjuade någon frivillig i vår omgivning. Efter detta omformades intervjuguiden ytterligare och förenklades därtill.

Informanterna har fått välja datum och plats för intervjun. Intervjuerna hölls från den 18 mars till den 19 april 2016. Intervjuerna hölls hemma hos oss, i vår skola i ett förbokat klassrum och på ett café. Vi har fått sitta ostört på alla platser. Alla informanter har blivit tillfrågade om de går med på att bli inspelade under intervjun och alla har gått med på det. De inspelade intervjuerna har varit mellan 20 och 60 minuter. Längdvariationen har främst berott på hur mycket övrigt som har diskuterats, talhastigheten och om det blivit många tankepauser. Alla intervjuer har vi gjort gemensamt. Intervjuguiden fungerade som struktur i intervjusituationen.

Vi har delat upp intervjuerna, så att vi har transkriberat hälften var. Texten transkriberades ordagrant och till exempel skratt och pauser markerades i texten. Eftersom de flesta av informanterna bröt på någon österbottnisk dialekt tog vi oss friheten att översätta materialet till högsvenska då vi ansåg att dialektala uttryck skulle kunna försämra läsarens förståelse. Transkripten är färgkodade i färgerna blå, rosa, orange, brun, grå, grön och lila. I och med att transkripten färgkodats har vi kunnat ta bort informanternas personliga kännetecken ur transkripten. Informanterna har fått möjlighet att läsa igenom sin transkriberade intervju för att vid behov rätta till otydligheter, tillsätta något, eller bara dela med sig av sina tankar, och en av informanterna har utnyttjat möjligheten.

Transkripten har vi båda läst igenom. Sedan har vi bytt intervjuer och läst igenom och plockat ut de viktigaste meningarna, nyckelmeningarna, ur det som den andra transkriberat. Därefter bytt igen och kontrollerat kvaliteten på nyckelmeningarna, så att de utvalda nyckelmeningarna skulle vara baserade på båda respondenternas tankar om vad som är relevant för denna studie.

Nästa steg var att klippa ut alla nyckelmeningar till ett skilt dokument och färgprinta det. Vi har klippt ut meningarna och delat upp dem i kategorier och underkategorier enligt olika teman, som framkommer i resultatredovisningen och i bilaga 7 – ”Informationsbrev”. Kategorierna har valts utgående från de frågeställningar detta arbete har och från den

information som fåtts. Under innehållsanalysen fungerade intervjuguiden också som en slags struktur- eftersom kategorierna delvis är uppbyggda från frågorna vi ställt. Strukturen ändrades dock aningen under studiens gång eftersom vi av informanterna fick nya infallsvinklar. Kategoriseringen blev till hemma hos en av oss på en stor matta efter att transkripterna utprintats. Vi lade sedan de enskilda kategorierna i en mapp för förvaring tills nästa arbetstillfälle.

Materialet vi fått genom intervjuerna är mycket rikt. Alla sju transkriberade intervjuer upptar sammanlagt 69 A4 sidor med teckensnitt Times New Roman i storlek 12 och 1,5 i radavstånd. Nyckelmeningarna vi plockat ur transkripten tar upp 20 A4 sidor tillsammans. Vi lade under analysen märke till att en del av nyckelmeningarna betyder samma sak uttryckt på olika sätt, vilket gjorde att vi i resultatkapitlet kunde välja ut endast en del av citaten, utan att lämna bort något väsentligt. Vi försökte också få alla informanterna att spegla resultatet lika mycket, även om en del informanter oundvikligen speglas mera i en del kategorier för att sedan inte vara lika synliga i en annan.

Vi har valt att använda nyckelmeningarna vi tagit fram som citat i resultatredovisningen. Citaten upplever vi som värdefulla i analysen och därför presenteras ett par beskrivande citat i varje kategori. Citaten står dock inte ensamma i resultatredovisningen utan förklaras också i varje kategori.

7 Resultat

Under detta kapitel presenteras en bearbetning av resultaten ifrån de intervjuer vi gjort med personer som lyckats genomföra en hälsosam livsstilsförändring. Redovisningen är baserad på frågeställningarna till studien: Vad kan främja en hälsosam livsstilsförändring hos arbetsföra i Österbotten? Hur kan hälsovårdaren stöda personer som vill göra en hälsosam livsstilsförändring? Vilka råd skulle de som lyckats ge åt en som står inför att ta itu med sin livsstil? Vilka fördelar med en hälsosam livsstilsförändring kan en som har lyckats se? Som teman i resultatredovisningen fungerar underrubrikerna för detta kapitel: förändringsprocessen, motivationsfaktorer, stöd och råd. Kategorierna är **svärtade** och underkategorierna är *kursiverade och understreckade*. För att få en överblick av dessa, se även bilaga 8 – ”Kategorisammanställning”.

Variationen av informanter i denna studie visar att livsstilsförändringar kan ske i olika åldrar och livssituationer. Informanterna är i åldrarna 22 – 60 år och de har gjort sin förändring för allt mellan ett och 20 år sedan. Detta gör att de ser på förändringen på olika sätt, vissa har hunnit bearbeta den längre än andra. Könsfördelningen är relativt jämn med fyra män och tre kvinnor. Också till civilstånd finns det en variation bland informanterna, fyra är gifta, en singel, en sambo och en är frånskild och omgift. Fem av dessa har barn, varav två har utflugna barn.

Utbildningarna är allt från grundskola, gymnasium, högskola, yrkesskola och folkhögskola. De sysselsätter sig bland annat med att studera vidare, föreläsa, driva eget företag, som familjedagvårdare, försäljningsansvarig och fotograf.

7.1 Förändringsprocessen

Med förändringsprocessen menas den process informanterna gått igenom när de gjort sin livsstilsförändring. Eftersom vi inte valt att fokusera på en enskild livsstilsförändring har vi sökt informanter som genomgått olika livsstilsförändringar. Gemensamt för alla informanter är dock att när de bestämt sig för att göra en förändring har det lett till en förändring i deras sätt att tänka och ofta har andra förändringar följt efter. Exempelvis en av informanterna som började träna. I samband med detta fick hen också ökat intresse för hälsosam kost och personen slutade röka och minskade på alkoholkonsumtionen, för att dessa var hinder för träningen. Den ena förändringen förde alltså med sig en helt ny livsstil.

De förändringar som informanterna gjort i sina liv är: nedtrappning av stress på jobbet, påbörjande av motion och träning, förändring till hälsosammare kostvanor; bland annat att bli fri från sockerberoende. Flera har avslutat riskbruk. Fyra har slutat röka, tre har minskat alkoholkonsumtionen och en har slutat dricka alkohol helt och hållet. En informant har jobbat med att förbättra sömnkvaliteten. Gemensamt för alla dessa är att de har genomgått en förändringsprocess till en hälsosammare livsstil.

Under detta tema finns kategorierna förändringsprocessens början, individuella målsättningar, förändringarnas fördelar och framtiden med den nya livsstilen.

Förändringsprocessens början

De flesta informanter berättar att de gjort tidigare försök med att ändra sin livsstil, men att det inte lyckats då. Bland annat med att sluta röka.

”Vid varje barn så när jag gjort positivt graviditetstest så har jag ju slutat (röka). Men jag har börjat på nytt efter att jag har slutat amma.”

”Hade ju provat sluta, eller gå ner med rökandet och snusandet och gå ner till ett par tobak per dag och så men det gick inte. Det var först när jag fick bort problemen som jag hade bakom: ångesten, och ”leidon” och allting, det var ju när jag fick bort dem som jag kunde koncentrera mig på sådana saker.”

Tre berättar att de försökt banta tidigare, men att de bantat av felaktiga orsaker eller gjort det ”på fel sätt” och använt sig av kortsiktiga lösningar. Först när de börjat se långsiktigt och anammat sunda kost- och motionsvanor har de gått ner i vikt:

”Att man liksom är med i viktväktarna, att man äter väldigt hälsosamt och det spårar alltid ur. Jag kommer alltid tillbaka till det där att choklad är livet och jag skall bara äta choklad i dag. I morgon ska jag inte äta choklad. Det hände ungefär sju dagar i veckan.”

”Jag hade ju uppfattningen om mig själv att jag levde ett hälsosamt liv, att jag motionerade nog, men inte på det här viset. Det är först nu efter 20 år med mycket motion som jag inser hur litet jag gjorde egentligen.”

Tre informanter berättar att de satt igång direkt de bestämt sig, att de inte behövt extra tid på sig att fundera igenom sitt beslut, utan de har varit ivriga att sätta igång och det har fungerat för dem.

”Sen bestämde jag att skulle man göra något var det lika bra att göra allt på en gång.”

Resten berättar att de tagit en sak i taget och att det skulle ha blivit för mycket att ha gjort allt på en gång, de skulle inte ha orkat med.

”Att inte börja för hårt heller, utan tre kilometers länk var ju jätt tungt- jag var helt färdig.”

Informanterna beskriver att det var tungt i början av förändringsprocessen, och att man inte skall ge upp trots detta:

”Jag började ju väldigt fort märka hur bra jag mådde, fastän man första gångerna efter kanske en halv timme var fullständigt slut. Jag minns att när jag kom in tillbaka så satt jag bara och darrade en lång stund efteråt.”

Några av informanterna berättar också att vissa förändringar varit lättare att genomföra än andra. De som slutat röka berättar att det är mycket enklare än att övergå till en hälsosam kost. Orsaken kan, enligt dem, vara att man kan sluta med tobaken helt och hållet, men att man måste fortsätta äta och man kan inte utesluta ett livsmedel ur sin kost på samma sätt.

”Jag tror alltså, har använt nikotin i femton år så är det svårare att ta sig bort från sockerberoende än nikotinberoende.”

Individuella målsättningar

Informanterna hade alla någon slags mål från början och målen var varierande från informant till informant. Två av informanterna hade från början som mål att röra på sig, och sakta men säkert i samband med att orken blev bättre högre mål och delmål.

"Nog kan det vara någonting man gör och som man släpar sig till, men jag tror att, från början tog jag det som att det skall bli en del av mitt liv och min hobby."

"Sakta men säkert orkade jag mera och så blev det då större mål."

En av dem fick i och med att grundkonditionen förbättrades som mål att börja orientera på våren och att gå framåt gällande konditionsträningen och att aldrig sluta med att motionera.

"Jag har märkt vilken energi jag får av det och det inverkar på hela min livssituation."

En annan ville få en utmaning och bestämde sig för att försöka sig på att springa maraton.

"När jag var och sprang, och sprang typ 15 kilometer, blev det som att ojj, kanske jag skulle springa en halvmaraton, och då provade jag på det, som själv då, och då var det som att, det här är ju ingen utmaning, att jag vill ha en utmaning, så då tänkte jag att nåmen jag kör på ett maraton, och ser om jag lyckas."

Ett annat mål som beskrivits av informanterna har varit att förbättras på olika sätt. En av informanterna hade när frun var gravid med parets barn som mål att bli en bättre förälder åt barnet än vad informantens förälder hade varit åt henne och att samtidigt börja må bättre.

"Jag ville ju vara den bästa pappa jag kunde vara"

"Sådär ville jag inte må mera".

En informant hade och har ännu idag som mål att bli så bra som möjligt utgående från sina förutsättningar.

"Målet är väl att bli mitt bästa jag, att bli så bra som jag kan."

Vi frågade även informanterna om varför just de lyckats och varför det var viktigt att lyckas. I samband med detta kom flera även in på att det inte alltid varit så lätt. En av informanterna berättar att det var jätteviktigt att lyckas.

”Att lyckas är jätteviktigt. Det är extremt viktigt att lyckas, samtidigt som jag vet att det är dit jag är på väg, så det är ingen panik mera. Det känns annorlunda för att jag vet att jag gör rätt den här gången”

Förändringarnas fördelar

Under de första intervjuerna lyfte informanterna fram något som vi inte tänkt på att fråga efter, men som ändå var så viktigt för deras process att vi valde att ta med det. Och det är fördelarna med den livsstil de har i dag, med den förändring de gjort. Alla har sett fördelar och velat fortsätta med sin nya livsstil. När vi frågat om de skulle gå tillbaka till livet innan förändringen har de alla svarat nej:

”Jag skulle aldrig i världen, inte för några pengar i världen gå tillbaka till det gamla.”

Fördelar som lyfts fram är varit den känsla av välmående som förändringen fört med sig: lyckokänslorna som kommer av att ha lyckats, många har berättat att de fått bättre mående fysiskt och psykiskt och att förändringen har påverkat hela familjens välmående positivt. De beskriver tacksamhet för livet:

”De där lyckokänslorna efteråt när man lyckats.”

”Och så där fri, att jag känner mig riktigt fri.”

”Den här livsstilsförändringen har inte bidragit bara till det att jag blivit nykter och mår bra, utan hela familjen och anhöriga, det påverkar ju alla.”

Förändringen har gett både fysisk och psykisk styrka:

”Har nu gått ner 40 kilo sedan dess och känner att jag mår bättre i hela kroppen. I ben, rygg, knän och allt sådant, jag orkar mera än tidigare.”

”Varje dag är en oerhört fin gåva. Och just i dag är det härligt att faktiskt kunna se att man känner sig stark, det skulle jag inte ha kunna förr.”

Informanterna beskriver sina förändringar som en förändring i deras sätt att tänka och att de tack vare dessa även lyckats med andra förändringar, vilket varit en fördel och för många en överraskning. En informant beskriver att hen nu fått en större öppenhet inför nya saker:

”Den där tankeprocessen som den där boken gav mig, så har som hjälpt mig att ändra på en massa andra ovanor som jag haft.”

”Och till följd av det så började jag också äta hälsosammare, sötsaker lockade inte lika mycket när jag rörde på mig, utan det var som salt mat och ganska clean (ren) mat som automatiskt blev sug efter.”

”Men sedan i och med allt det här så då slutade jag ju med alkoholen också. Och då, sömnkvaliteten blev ju mycket bättre.”

Framtiden med den nya livsstilen

Majoriteten av informanterna berättar att de planerar fortsätta leva på samma sätt som de lever idag. Informanterna är nöjda med sin livsstil fullt ut eller till stora delar och tre av dem säger att de ser med stor tillförsikt på sin framtid.

”Egentligen att fortsätta på samma sätt, att äta hälsosamt med måtta och att ändå kunna unna sig ibland och träna och inte stressa alltför mycket, och ha sina vänner och pojkvän och nära och kära runt sig- det trivs jag riktigt bra med.”

Tre av informanterna berättar att de har mål och delmål kvar för framtiden.

”Ja tyvärr när jag ser på framtiden så ser jag mig kanske tio kilo smalare.” och

”Men jag tror inte att jag skulle vara nå lyckligare för att jag vore smalare.”

”Håller på att träna inför FM i veteraner i terräng.”

”Självkänslan är nog bättre än idag även om den är ganska bra idag.”

Några lyfter bland annat fram olika metoder de har för att undvika återfall.

”Bara det att om jag skulle kunna tänka mig att jag skulle dricka en öl, så för mig skulle det betyda att jag skulle gå tillbaka nio år i tiden. Jag skulle som... jag vill inte, den ena ölen eller ett glas vin eller så, det är inte värt det! Det finns sådana som klarar av att dricka alkohol utan att det är ett problem.”

”Jag vet ännu också att jag är beroende av nikotin fast det är redan sju år sedan jag har slutat så vet jag att går jag och röker en tobak nu så kan jag vara fast direkt.”

Och de ser också till att inte kräva för mycket av sig själva, utan att försöka vara nöjda med livet.

”Att inte kräva för många förändringar på en gång för det fungerar inte: att motionera mera och äta mera hälsosamt.”

”Jag hoppas på ett långt liv, blir det kort så blir det kort, men chansen för ett längre liv är större idag än vad då, för två år sedan, ännu större än det var för fem år sedan, ännu större än vad det var för tio år sedan.”

7.2 Motivationsfaktorer

Trots att vi inte haft det som specifik fråga i intervjuguiden har det under intervjuernas gång kommit fram vad som motiverat informanterna att lyckas med livsstilsförändringarna. Dessa faktorer har vi valt att dela in i inre och yttre faktorer, vilka också är kategorier under detta tema.

Inre faktorer

Informanterna har beskrivit flera olika faktorer som ökat deras motivation. Självdisciplin har varit en stor motivationsfaktor, men alla har inte haft det. En har förklarat att självdisciplinen kommit med tiden, när förändringen gett resultat.

”Självförtroendet stiger på samma gång man ser framsteg och det är det som ger bränsle åt att fortsätta.”

”Inte skulle det ha fungerat om man inte skulle ha trott på sig själv. Nå jo, nu kanske jag har bättre självdisciplin än många andra, men jag hade absolut inte det från början.”

”Då var jag som att jag ville bevisa att jag klarar det och just bevisa till andra att jag är stark nog att klara av det (springa maraton).”

En, som slutat med tobak beskriver känslan av frihet att man sluppit ifrån någonting som kontrollerar en.

”Jag hade så ”leidon” av det där att vara beroende av någonting, att den där tobaken styrde som” min vardag.”

Två personer har också lyft fram att det som hjälpt dem har varit en insikt om hjälpbehov, om att man inte har så stark självdisciplin, att man behöver hjälp ifrån andra. Det har hjälpt dem att lyckas:

”Nackdelen med den där kognitiva beteendeterapikursen så var att jag insåg ganska snabbt att jag inte är mogen, kapabel, att klara mej själv på egen hand.”

Andligheten har för tre av informanterna del varit ett stöd i förändringen, en personlig övertygelse om att man är en del av något större och tron på Gud har hos två informanter gjort att man uppskattat livet och velat leva mera hälsosamt, de har också lyft fram att vårdandet av sin andliga hälsa är viktig, att tänka på livet efter detta. En har beskrivit meditation och avslappning som en hjälpmetod.

”Därifrån (andligheten) får vi ju vår styrka.”

”Jag satt med frun i bilen också sa jag att ”i dag ska jag sluta röka” också hoppade jag till (...) Det var som att jag inte skulle ha sagt det själv. Det tog till förra hösten tills jag insåg att det var Jesus som stoppade mig från att fortsätta röka då i och med att mina lungor redan då var så pass skadade.”

Övriga faktorer som nämnts har varit det att två hade nått botten, en har blivit utbränd och en har blivit sjuk av sitt missbruk. En livsstilsförändring var i princip enda vägen ut:

”Och då låg jag på min dödsbädd och hade, ja i klartext så hade jag supit ihjäl mig.”

Den personliga mognaden har för några varit viktig för att äntligen kunna ta i itu med sin livsstil:

”Det var just den mognaden som man hade ändå i 40-års ålder, att man kunde lägga saker och ting i perspektiv, som gjorde att man nog... att man på något vis fick mycket mera ut av den här svängningen i livet.”

”Att jag var mogen för det helt enkelt”

Yttre faktorer

Litteratur har varit något som har hjälpt flera av informanterna. En har fått motivation av den kunskapen hen fått ifrån hälsokunskapens lärobok. Självhjälpsböcker och självbiografier har hjälpt till att få perspektiv på situationen och att kunna identifiera sig med någon annan som lyckats.

”Det som fungerade för mig var att min väninna hade läst en sådan här bok som heter ’Äntligen icke-rökare’ (resp. anm. av Allen Carr) och det där, ett år före jag slutade röka så gav hen mig den här boken och sade att ”läs den här att det är jättebra”. (...) Jag var jätterädd att läsa den. För jag trodde att den skulle vara igen en bok som gjorde att jag blev rädd att det kommer en massa sådana här faror med rökning. (...) Den där boken läste jag ut på tre dagar – och sedan dess har jag inte rökt en enda tobak.”

”Och det var först då i gymnasiet när jag började läsa hälsokunskap (...) och då insåg jag att oj! Det verkar ju jätteroligt med det här med sport och träning och att äta hälsosamt.”

Att få se resultaten av den begynnande livsstilsförändringen är en faktor som motiverat de flesta.

”Självförtroendet stiger på samma gång man ser framsteg och det är det som ger bränsle åt att fortsätta.”

Hälsan som motivationsfaktor nämns av två.

”Såg vikten av att röra på sig, och vad det kan leda till om man inte rör på sig, alla folksjukdomar och sånt och det ville jag ju inte hamna i och då var det ju viktigt för hälsans skull.”

En har också blivit motiverad av en kognitiv beteendeterapikurs för viktnedgång.

”Den (kursen) kan ni verkligen rekommendera åt folk om ni ser och hör någon som...”

En informant har motiverats av en gastric bypass-operation, eftersom en viktnedgång och hälsosamma levnadsvanor är kravet för att genomgå en sådan operation.

”Jag försökte och kämpade med olika dieter men, jag hade inte karaktär, men där fanns det också hjälp att få och jag gjorde en gastric bypass i september och har nu gått ner 40 kilo sedan dess och känner att jag mår bättre i hela kroppen.”

7.3 Stöd

Majoriteten av informanterna upplever sig ha fått motivation till sin livsstilsförändring genom pepp från människor som står dem nära. De har även olika erfarenheter av hjälp ifrån professionella. Eftersom stöd i olika former tagit stor plats i informanternas berättelser är det beskrivet som ett skilt tema. Under detta tema tas kategorierna stöd ifrån nära relationer och ifrån professionella upp.

Ifrån nära relationer

Alla informanterna säger sig ha fått stöd någonstans ifrån. Många har fått hjälp och stöd från familj och vänner, vissa har haft stöd från början medan andra familjemedlemmar kan ha varit mera skeptiska till en början. Ett par informanter har fått stöd av sin partner.

”Speciellt min pojkvän (...) han stöttade mig mycket med träningen och tyckte att det var okej att träna.”

Två av informanterna har upplevt när ett förhållande är ett hinder för en hälsosam livsstil. En av informanterna levde länge i ett parförhållande där han inte fick stöd till hälsosammare levnadsvanor. Genom att avsluta relationen kunde informanten komma igång med sin livsstilsförändring. Hos en av informanterna började livsstilsförändringen med en ny partner som till en början var väldigt mån om informantens fysiska hälsa, och detta startade upp en fysisk livsstilsförändring. Tyvärr dröjde det inte länge innan förhållandet blev destruktivt och orsakade psykisk ohälsa.

”Inte säger jag det inte, såklart om man är i ett parförhållande så såklart allting går ju om man har samma mål, samma intresse eller stöd kanske man kan säga. Om man är singel har man bara sig själv att skylla på och ta sig i nacken. Om man är i ett parförhållande som då jag var i ett parförhållande så det var totalt noll intresse i idrott, och hundra procent intresse för godis och chips och annan mat och hen lade inte på sig lika lätt som mig inte. Det blev mest det där soffliggande, och man tar inte sig ut, att nåja vi kan ju göra det där istället idag.”

Många har fått stöd av sina vänner.

”Min bästa vän sedan barnsben, så blev livsstilsrådgivare på HVC och hen behövde en försökskanin. Så jag blev hennes livsstilskanin. (skratt)”

”Oj vad vi har roligt tillsammans! Det var ju kanske en pepp i sig, att ha roligt tillsammans när vi tränade.”

”Också hade jag ju kompisar som var i bra skick och jag hade som mål att jag skall nog vara lika bra i skick som de där andra.”

Några av informanterna fick stöd av sina familjemedlemmar, och till denna underkategori räknas också nära släktingar.

”Svågrar som tog mig med ut i skogen och vägrade finna sig i det att jag inte kom med.”

”Man kan säga att det kunde ha gått riktigt dåligt i det skedet och man kunde ha blivit kvar där om man inte skulle ha haft en mycket förstående närmiljö.”

”Jag vet att allihopa finns för mig lika mycket som jag finns för dem. Jag har en familj som är jättestöttande.”

En av informanterna med barn nämner sonen som en specifik faktor som motiverat till förändringen:

”Det här att jag skulle bli pappa som var den här största drivkraften bakom den här förändringen.”

En av informanterna fick stöd av pojkvännen och vännerna medan hen blev bemött med skepsis av sin familj. En informant påpekar att det kan upplevas svårt att ta emot hjälp av nära och kära ibland. Gemenskap i form av en församling agerade stöd åt en informant.

”När jag hittade en församling där jag blev accepterad för den jag är, som den bristfälliga människa som har misslyckats med så gott som allting i mitt liv så såg jag att det finns hopp för mig också.”

Ifrån professionella

Informanterna har en varierande erfarenhet av vården och hur den har kunnat hjälpa. Vi har ställt frågan om de upplever att de fått stöd någonstans ifrån och om vården inte kommit upp i det sammanhanget har vi ställt det som följdfråga. Många har upplevt en brist på resurser i vården för att hjälpa dem med deras ohälsa och missbruk. Det har lett till negativa erfarenheter.

”Nå hälsovårdaren sitter ju där och säger: nu är du överviktig, det skulle nog vara bra om du skulle fara och motionera. Det går inte”

”Jag har två gånger fått remiss till mentalvårdsbyrån och så kommer man in till mentalvårdsbyrån och där sitter en äldre gråhårig herreman där i 60 års ålder, och så frågar han ”har du haft problem med din pappa?”, och ”hur är förhållandet till din mamma?”, och så svarar man snällt på den frågan, och så ”har du haft några pojkvänner, äkta män eller någonting?” och så tänkte jag jamen att är det detta jag ska sitta här och svara på liksom, ähh, sen har jag liksom skitit i alltihopa och, kanske dumt, men det har inte varit min grej helt enkelt.”

Men man har också haft positiva erfarenheter av den hjälp man har fått ifrån professionella.

”På jobbet var man nog väldigt förstående, det måste jag nog säga. Jag fick nog mycket bra feedback där, med början från (företags-)hälsovården och arbetsgivaren också.”

”Det började då med att varenda måndag (...) jag skulle skriva åt (livsstilscoachen) ett e-mail, en händelse och hur veckan har varit (...) för det första så var jag tvungen att tänka på hur jag levde. Man skulle också vara så ärlig som möjligt.

Och det funkade jättebra med den där datorn, för det var en människa på andra sidan. Så det började nog kanske med det.”

”Men sedan då jag låg där på sjukhussängen så var det mycket hälso-, eller det var ju sjuksköterskor det, men de är ju också hälsovårdare, och jag tyckte att de gjorde ett bra arbete. Jag tror inte att jag skulle ha klarat mig utan dem heller. Jag hade någon att bråka med. De ville ju ha mig kvar ännu rätt så länge efter att jag blivit mirakulöst helad. Då kom humorn tillbaka.”

Andra yrkesutbildade personer som våra informanter har fått stöd ifrån har varit livsstilsrådgivaren på HVC, arbetsgivaren och en personlig tränare.

”Jag sa själv nog när jag kom tillbaka att jag skulle nog gärna vilja ändra på jobbet och arbetsgivaren var nog direkt med på det.”

”Och pepp så kommer ju nog bra av PT:n och sådant som trycker och pressar på, det är många som behöver just han. Jag hatade gröt mer än något annat i världen, PT:n sa att du ska äta gröt på morgonen. Och jag åt gröt på morgonen.”

Tre av informanterna har inte sökt hjälp av professionella, utan klarat sig på egen hand. En informant sökte hjälp vid HVC, men fick inte den terapi hen önskade utan endast läkemedel mot depression, så hen valde att göra sin livsstilsförändring på egen hand.

”Då gick jag till företagshälsovården och fick en tid liksom till psykolog där. Och hos henne gick jag då... redan efter första gången då så skrev hen ut några sådana här... mediciner. Sådana här antidepressiva. Jag gick två gånger till nog hos henne och det var liksom allt som jag blev erbjuden, de där tre gångerna. Men man märkte på något sätt att det var, de här medicinerna (...) det var där som svaret låg, eller hennes hjälp liksom.”

7.4 Råd

Under detta tema tas upp de råd som informanterna med erfarenhet av att ha genomgått en livsstilsförändring vill ge – både åt andra i liknande situation och till hälsovårdare och annan vårdpersonal.

Till hälsovårdare och annan vårdpersonal

Informanterna kunde ge många goda råd till hälsovårdare och övrig vårdpersonal som arbetar med livsstilsförändringar, baserat på deras egna erfarenheter av vad som gjort att de har lyckats och den hjälp de kunnat få.

Flera hade en positiv bild av de som söker sig till vårddyrket och kunde ge många uppmuntrande ord. De har poängterat att det räcker långt att bara lyssna och var medmänniska.

”Som hälsovårdare har du nog den där utbildningen att du kan avgöra nog när det är dags att komma in i situationen som rådgivare. Den där medmänskliga ”feelingen” (känslan) där bakom: jaha, nu är det här något som jag eventuellt känner igen”

”Och jag tror att någon som jobbar inom vården inte jobbar inom vården bara för pengarna, för att det är ett arbete, ett yrke, utan man har ett högre syfte där.”

Flera av informanterna har påpekat hur viktigt det är klientens beslut att göra en livsstilsförändring. Man kan uppmuntra och motivera klienten, men man kan inte ta ett beslut åt någon annan.

”Att det inte ska finnas några måsten som nu måste du börja träna för då tror jag det kan bli så där att nåmen då skall jag absolut inte träna.”

De poängterar vikten av att undvika skrämstaktiker.

”Varenda rökare vet hur farligt det är. Skrämstaktiker fungerar inte: du vet att om du fortsätter med det här så kommer du att dö. Den där känslan av ångest och rädsla gör att du vill bara vill ha mera. Då vill du dämpa det med någonting.”

Och de påminner oss om att man får inte döma någon som hamnat i ett missbruk, vilket är en ohälsosam livsstil. Den som missbrukar eller lever ohälsosamt är oftast medveten om det och det finns oftast en orsak bakom, något som vi kan ta fasta på. Vi skall även se människan bakom missbruket eller den ohälsosamma livsstilen.

”Där är det viktigt inom vården att det finns människor som lyssnar, som inte skäller på en. Det värsta man kan göra är att skälla på en missbrukare. Och inte

heller vara dömande för innerst inne tror jag nog att alla som behöver en livsstilsförändring vet någonstans att de har gjort fel.”

”Hälsovårdaren skulle måsta gå in och se varför personen i så fall är stor och fet och vad det beror på och ta tag i det där problemet bakom.”

”(...) om man har ett magsår, att man inte bara botar det där magsåret. Att man tar reda på varför det finns där.”

De poängterar också vikten av att hälsovårdaren/övrig vårdpersonal tar itu med saken när klienten är redo för förändringen. Att man tar tag i minsta tillstymmelse av vilja till förändring och visar att man vill stöda. Det är också viktigt att klienten har förtroende för hälsovårdaren.

”Om man kommer och söker hjälp och man är så rädd att vara i vägen (...) också märker man att hen på andra sidan bordet är litet stressad och tänker: vad gör hen här nu, hen är ju inte ens överviktig, eller vad som helst, man backar så lätt undan och tänker: ja, men nog klarar jag mig själv.”

”Man kommer ju till hälsocentralen av en anledning.”

”Släpp inte det så fort helt enkelt, rota litet i, lämna det inte bara – för vidare åt någon som kan.”

”Förrän man skall kunna tömma ur sig de här svåra sakerna som man kanske går och bär på så måste det vara någon man har fått förtroende för. Och som man litar på.”

När det gäller att ge tips och stöd till klienter kan informanterna ge bland annat följande tips, man skall sakligt diskutera för- och nackdelar med förändringen och även låta klienten fundera själv.

”Sakligt diskutera vad kan det leda till, inte heller skrämna upp, att åh nu blir du... nu dör du i förtid, utan kanske sakligt diskutera vad är fördelarna med att motionera och vad finns det eventuellt för nackdelar. Och just inte bara säga vad finns det för fördelar för det kan ju också finnas nackdelar, och det är det ju med allt, och då blir det ju kanske att man blir lite kritiskt om det bara finns fördelar med att träna, då skulle jag också tänka att nämen kan det inte finnas några nackdelar?”

Vi skall komma ihåg att alla är olika.

”Man blir ju alltid behandlad på samma vis, oberoende vem jag är, men tyvärr är vi olika allihopa, (...) vi har en egen bakgrundberättelse, vi fungerar allihopa på olika sätt. Och högkänsliga fungerar extremt på ännu ett sätt. Inte vet jag hur man kan respektera det heller som hälsovårdare eller sjukvårdare, men ändå ha det i bakhuvudet.”

Man bör också fokusera på det positiva som förändringen fört med sig och inte hela tiden försöka hitta nya problem.

”Att de liksom koncentrerar sig på det här positiva – inte att: nu har du varit fyra dagar utan, vad duktig du har varit utan: hur känns det nu i kroppen att du har varit utan att röka? Känns det annorlunda? Och det känns annorlunda.”

De som blivit hjälpta av självhjälpsböcker har också påpekat att man kunde råda klienten att läsa en bok om ämnet. I så fall är det viktigt att hälsovårdaren är införstådd med innehållet i boken och kanske själv har läst igenom den. Man kunde använda böcker som diskussionsunderlag. Förutom självhjälpsböcker säger de att man kunde rekommendera en relevant faktabok eller en självbiografi.

”Jag tror att det är viktigt att man kan identifiera sig och se att: ja, men det lyckades för henne eller honom så då finns det hopp för mig också.”

Förutom detta kan man som hälsovårdare ta reda på om det finns stödgrupper, eller bilda sådana. Där människor som går igenom en förändringsprocess kan hjälpa och stöda varandra.

”Det är viktigt med den här identifieringen, att man kanske sätter dem i kontakt med andra människor som har haft liknande problem.”

Eftersom man kommer i kontakt med klienter som fått hjälp av alternativ medicin är det också bra om man som hälsovårdare har en medvetenhet om alternativ medicin.

”Läs in er på ayurveda och just den här indiska traditionen. Och ta den liksom... som ett komplement till det som ni lär er här (i skolan). Och just... öppna upp för andligheten på något sätt.”

Samtidigt upplevde många att det var svårt att komma med råd, dels eftersom de inte vet så mycket om vad en hälsovårdare lär sig i utbildningen och för att många anser att det är svårt att veta hur man skall kunna uppmuntra någon som inte vill förändras.

”Och dessutom så känner ju hälsovårdaren vanligen inte den här personen som du har framför dig och att liksom få en uppfattning om en person som du ser t.ex. en halvtimme per år, så där går man nog bet som hälsovårdare skulle jag vilja säga.”

”Men hälsovårdaren skulle jag nog säga i så fall... har ett jäkligt tufft arbete (skratt).”

Råd till andra i liknande situation

Vi frågade informanterna vilka råd de skulle ha velat få i samband med att de tog itu med processen att förändra sin livsstil, och där innan. Informanterna kom med väldigt många goda råd, en del av råden tangerade varandra medan många kom ensamma.

Råd som var återkommande är att förändringstänket kommer inifrån individen själv och de poängterade vikten av att man får ta belsutet själv.

”Man måste vilja det själv och ha den där motivationen.”

”Man måste lyssna på sig själv först till att börja med.”

”Ingenting eller ingen kan tvinga dig till det, utan du måste själv vilja det, inifrån.”

Två av informanterna som bägge börjat motionera från noll, berättade hur tungt det var under de första träningspassen, och hur slutkörda de blev, och intygar att det blir bättre med tiden. Att tro på processen var ett återkommande råd. Många av informanterna berättar att vägen mot ett hälsosammare liv kan vara tung, men man skall vara nöjd också med små framsteg

”Ge inte upp, det finns hopp. Det går alltid men det är inte alltid sagt att det är lätt.”

”Det kommer svackor, det stannar ju upp i något skede, det är då man inte ska sluta.”

”Om du slipper och köra i ett par månader gör det till en rutin.”

”Varje dag du har varit utan (tobak), så har du lyckats!”

Man måste också tro på sig själv, acceptera sig själv och att ge sig själv beröm. Detta var något alla poängterade.

”Se inte blint så blint på allt dåligt som du gör utan se på det som är bra istället.”

”Tro på dig själv. Ett livet bakslag förändrar inte hela världen.”

”Att våga vara sig själv. Gud har inte skapat fula några fula människor.”

”Att se på dig själv med en viss humor, det kan inverka på hur du reder upp en uppgift.”

Vikten av att ha realistiska mål påpekade två av informanterna.

”Alla mål behöver inte uppfyllas, det ska man komma ihåg. Och målen skall gärna vara realistiska och mätbara, inte diffusa”

”Det lärde jag mig, att vara nöjd med det jag har gjort (...) även om det gäller bara små framsteg på väg mot målet.”

Lev i nuet är ett råd som två av informanterna delar med sig av. Bägge informanterna påpekar att de fått hjälp av att leva i nuet,

”Det är jättelätt att säga och svårt att göra men det är kanske det som hjälp mig mest att jag som glömt bort att varje dag jag var utan så var jag som tacksam för den dagen. Varje timme jag var utan var jag tacksam för den timmen.”

”Att inte vara så fokuserad på tiden- att vänta på att ”När är jag fri för det här beroendet?”

”Varje dag är en oerhört fin gåva.”

Att lära sig prioritera rätt upplever en del av informanterna som viktigt i och livsstilsförändringen. Också att skriva upp sina mål eller det man lyckats med till pappers är återkommande råd.

”Sortera, skissa upp, lägga dem (resp. anm.: sakerna som man tycker borde göras) till pappers. Dessutom ska man försöka ta en sak i taget.”

”Förr prioriterade jag inte mig själv över huvud taget. Nu prioriterar jag mig själv väldigt mycket.”

Ett återkommande råd är att söka stöd, att till exempel söka upp någon som gått igenom samma sak som man kan prata med eller att prata med någon man har förtroende för. En av informanterna menar att man också kan behöva tala med utomstående eftersom man inte

pratar om allt med föräldrarna eller anhöriga. En av informanterna rekommenderar varmt kognitiv beteendeterapikurs som denne fått stöd från. Informanten menar att kursen lämpar sig bra för de som vill gå ner i vikt, sluta röka, sluta dricka alkohol, vill ta sig ur ett förhållande eller mår dåligt.

”Berätta gärna åt någon du som du har förtroende för på förhand.”

”Någon som inte nödvändigtvis är skolad, någon som faktiskt upplevt det själv.”

Litteratur som stöd har hjälpt en del av våra informanter på vägen. Självhjälpsböcker tar två av informanterna upp som största hjälpen på vägen medan en av informanterna fått stöd av en lärobok i hälsokunskap under gymnasiestudierna.

”Jag började ju läsa en massa sådana här självhjälpsböcker och egentligen allt sådant här alternativt egentligen.” och ”Jag fick ju nog en mera så här holistisk syn på tillvaron, just att från de här böckerna. Just att alla delar av en själv skall fungera och må bra liksom.”

Angående Allen Carr’s bok ”Äntligen icke-rökare”: *”Den där tankeprocessen som den där boken gav mig, så har som hjälpt mig att ändra på en massa andra ovanor som jag har haft – enligt mig själv.” och ”Det är inte du som det är fel på utan det är det där beroendet i dig själv.”*

”För mig var det just det där att ha en kunskap om vad det kan leda till om man inte tränar, och att ha en mer inblick i vad träning är bra för, och ja helt enkelt kunskap inom området skulle jag tro att är ganska viktigt.”

8 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen jämför vi de resultat vi fått fram i vår studie med de tidigare studier som tar upp förmåga till livsstilsförändring samt med en tidigare studie om harmonisk eller tvångsmässig passion. Studiens resultat relateras också till den teoretiska referensram vi använt i arbetet. I kapitlet om tidigare forskning behandlar fyra studier faktorer som påverkar förmågan till viktninskning eller livsstilsförändring överlag. Eftersom alla våra informanter gjort någon slags livsstilsförändring och ett par av dem har gjort en viktninskning tänker vi analysera tidigare gjorda studier, den teoretiska referensramen samt koppla dessa till vårt resultat som baseras på materialet vi fått av våra informanter.

8.1 Spegling mot tidigare forskning

I den tidigare forskningen som tas upp behandlas två av fyra kategorier som vi indelat vår studies resultat i. Temat stöd och temat motivationsfaktorer är de som behandlas medan förändringsprocessen och råd inte tangeras. Därför fokuserar vi på stöd och på motivationsfaktorer i detta kapitel. Vi tar upp en studie åt gången och jämför studiens resultat mot vår studies resultat.

Två studier (Teixeira m.fl, 2004 & Stead m.fl, 2014) tar upp motivation som en bidragande faktor till viktnings- och livsstilsförändringsprocessen. Baserat på resultatet i vår studie kan vi se att alla informanterna haft motivation till sin livsstilsförändring. Motivationen har kännetecknat sig på olika sätt, men förändringen har i alla fall börjat i en egen vilja att ändra någon del av sin livsstil. Två andra studier (Sairanen m.fl, 2012 & Petersson m.fl, 2008) tar upp hälsa som en motiverande faktor. Utgående från vår studie kan vi se att två av informanterna nämnt hälsa som en motiverande faktor, och att samtliga informanterna nog värdesätter hälsa.

I en studie av Stead m.fl, 2014 syns det ett samband mellan en viktnings på 7 % och en ökning av frukt- och grönsaksintaget och en större fysisk aktivitet. Detta kan tolkas som att en hälsosam livsstilsförändring kan gå hand i hand med en annan hälsosam livsstilsförändring. I vår studie ser att alla våra informanter har gjort inte bara en utan flera hälsosamma förändringar i sin livsstil i samband med att ta de från början tog itu med oftast ett men i ett fall flera förändringsbehov.

I en studie (Sairanen m.fl, 2012) tas intima relationer, familj och ett socialt nätverk upp som en faktor som hjälpt studiens informanter till en hälsosam viktnings, medan det i en annan av studierna gjord av Stead m.fl (2014) inte hittas något samband mellan socialt stöd och att lyckas med en livsstilsförändring. I vår studie har alla våra informanter har fått någon slags stöd under sin förändringsprocess, många av vänner, familj och partners. Två av informanterna beskriver hur de mött på motstånd mot livsstilsförändringen från familjen, ena säger att familjen först var skeptisk till förändringen men sedan böt metod och blev stödjande, medan andra under hela processen från familjen mött på motstånd mot att idrotta. En informant som upplever sin familj som ett stöd, säger att det är svårt att ta emot stöd av de närmaste. En av informanterna säger att ett avbrutet förhållande blev starten på hans förändring. Två av informanterna säger sig ha fått stöd av någon professionell, i form av personlig tränare eller livsstilsrådgivare.

I Sairanen m.fl.'s studie från år 2012 tar man upp många faktorer som påverkat förmågan att lyckas med en förändring, och däribland arbete, utbildning, socialt nätverk och andlighet. I Petersson m.fl.'s studie från år 2008 hade civilstånd, utbildningsnivå och yrke hade ingen betydande del i hur väl studiens deltagare lyckats med sin livsstilsförändring, det hade däremot kön- vilket visade sig i att kvinnorna hade en större chans att lyckas än männen. Eftersom vi valt informanter med olika utbildningsnivåer, sysselsättning, civilstånd, kön och med olika former av ett socialt nätverk kan vi se att arbete, utbildning, civilstånd, kön och form av socialt nätverk inte spelat någon roll bland våra informanter, alla har de lyckats. Andlighet är en faktor som tre av våra informanter upplevt sig få stöd av.

Enligt Stead m.fl.(2014) kan faktorerna målmedvetenhet, sammanhang, engagemang i interventionen, viljan att ta till sig kunskap, tidigare positiv erfarenhet av hälsobeteende och förändring, motivation av tidig framgång, ändringar i rutiner, förmåga att utforma och tillämpa strategier för att hantera bakslag och återfall hänga ihop med stor viktnedgång. Genom att jämföra med vår studies informanternas berättelser kan vi se att två faktorer upprepar sig i våra informanternas berättelser. De flesta av våra informanter haft mål med som de strävat efter, och därigenom visat målmedvetenhet. Många av informanterna har haft en vilja att ta till sig kunskap genom litteratur och självhjälpsböcker. Vi anser att de flesta av informanterna nog fått kämpa länge innan de nådde framgång, och därför har de inte fått sin motivation av tidig framgång. En av informanterna anser att det är vore lättare att lyckas bli hälsosam om man tidigare varit hälsosam, men tycker inte sig själv platsa in i kategorin.

En av studierna (Mageau & Vallerand, 2007) tar upp faktorerna tvångsmässig passion och harmonisk passion och hur en harmonisk passion ger ett mera långvarigt resultat. Att utmäta vilken slags passion alla våra informanter upplevt under processens gång kan vi inte ge svar på, men vi kan se att många njuter av och värdesätter sin nya livsstil. Samtidigt är många av informanterna noga med att hålla en hälsosam balans- genom att betona att man ska leva hälsosamt och träna med måtta, och genom att påpeka att det inte är hela världen om de fått i sig en pizza en gång, bara det inte blir för ofta.

En studie av Teixeira m.fl från år 2004 kom fram att kroppsbild, inre motivation, tidigare försök att följa en diet till en viss del hade en positiv inverkan för viktnedgång. De deltagare i studien som uppgett att de gjort ett antal tidigare försök till viktnedgång året innan fick inte de bästa resultaten. Livskvalitet, självkänsla och motionsvariabler hade

inget samband med vem som lyckades bäst med viktminskningen. Vi kan se att informanterna i vår studie hade en inre motivation som fick dem att ta itu med livsstilsförändringen. En av informanterna behövde en vän och tillika processionell livsstilsrådgivare som från början uppmuntrade till förändring medan de andra fick början i sin livsstilsförändring inifrån. En del av informanterna hade gjort tidigare försök till att ändra sin livsstil tidigare, medan det för en del andra var det första gången de tog itu med saken. Huruvida informanternas kroppsbild påverkat det lyckade resultatet kan vi inte utgående från studiens resultat gissa oss fram till.

8.2 Spegling mot teoretisk referensram

Eftersom informanterna inte svarat på KASAM-formuläret går det inte att säga vilket poängantal de skulle haft i formuläret, men eftersom att frågeformuläret till studien (se bilaga 7 – “Frågeformulär”) är utformat på så sätt, att man kan spegla svaren mot formuläret kan vi se att de varit på olika nivå när de genomfört sin livsstilsförändring. Gemensamt för alla är dock att de upplevt stor meningsfullhet och att de haft tillgång till generella motståndsresurser. Eftersom Antonovsky menar att meningsfullhet är den komponent som påverkar KASAM mest och är det som ger människan motivation och gör att hen upplever att livet har en mening kan man också tänka sig att människan har någonting att leva för, någonting att förändra sin livsstil för när man kommit till insikt och hittat en orsak till att ändra sin situation. Samtidigt säger en av informanterna att han inte haft självdisciplin tidigare men att han har fått det nu. Det vore intressant med mera forskning som jämför KASAM och möjligheten att lyckas med en bestående livsstilsförändring.

I resultatredovisningen har informanternas personliga historier i helhet inte tagits upp, men de är däremot till stor nytta vid speglingen mot förändringstrappan. Enligt den information som fåtts i intervjuerna är det inte säkert att alla gått igenom förnekelsestadiet. Vi kan se tydligt att fyra av informanterna varit där, bland annat genom att en inte alls värdesatte hälsa tidigare, utan förnekade dess betydelse. En av informanterna nämnde också att det inte skulle ha varit roligt att höra en hälsovårdare påpeka att det håller på att gå dåligt innan han började med förändringen. De flesta har också understrukt betydelsen av att man måste vilja det själv. Däremot har två av informanterna visat tecken på att inte ha varit i förnekelsestadiet på det sätt som förklaras enligt DiClemete och Prochaska i Lundbeck H AB (u.å.).

En av informanterna hade aldrig egentligen velat börja röka och har därför sedan dess försökt sluta, så en tydlig omedvetenhet om att en förändring borde ske har inte funnits där, men antagligen har någon form av förnekelse ändå funnits, eftersom personen ändå började röka. En annan visar snarare att den ohälsosamma livsstilen berodde på andra faktorer, såsom ovilja till motion i familjen. När personen fick kunskap om vad som är en hälsosam livsstil fanns inte längre något hinder. Här kan vi alltså se att det är till nytta att hälsovårdaren ger kunskap och hjälper till att sätta upp mål och berätta om fördelar som en förändring kan ge. Informanterna har alla berättat om fördelar som deras livsstilsförändring gett och ingen av dem skulle vilja gå tillbaka till sina tidigare levnadsvanor, men de har inte alla varit medvetna om positiva (och negativa) följder innan förändringen skedde.

Fas nummer två, begrundandet kan vi se att ha tagit mera eller mindre rum i personens process. Vissa har funderat i flera år på att förändringen borde ske, åtminstone tre stycken, medan andra kanske bara funderat någon dag och plötsligt tagit tag i saken. De flesta berättar ändå att de nog vetat att de levt fel innan. Det kan alltså ta olika länge för olika personer att begrunda problemet. Detta är viktigt för hälsovårdaren att vara medveten om, men liksom DiClemente och Proschaska i Lundbeck H AB (u.å.) förklarar har också en av informanterna intygat att det är bra om en hälsovårdare går igenom både fördelar och nackdelar med en förändring, detta beskrivs också i motiverande samtal (se kapitel 4.10 – ”Att ta upp frågan om livsstil”). En av informanterna intygade också det som Kostenius och Lindqvist (2006, s. 153-154) enligt Faskunger beskriver, att man tillsammans kan fundera över rädslor som den kommande förändringen kan föra med sig.

Förberedelsestadiet är däremot också ett stadie som inte framkommer tydligt i intervjuerna, därför är det svårt att säga hur många som gått igenom dett stadie och hur det förberett dem på den kommande förändringen. Någon har berättat att de fått hjälp av professionella att göra upp en handlingsplan, så att det kan vara något som hjälper, tre personer har också lyft fram betydelsen av personer i samma situation och stödgrupper, liksom Faskunger i Kostenius och Lindqvist (2006, s. 153-154).

Handlingsskedet har många beskrivit ingående och detta har det varit mest fokus på under intervjuerna, liksom underhållsstadiet. En person berättar om erfarenheten av att ersätta problembeteendet med något annat, det att avslutande av missbruk kan leda till matmissbruk. Detta blir ett nytt beteende att jobba med. Många har också undvikit sammanhang som lockar till återfall. Alla ex-rökare berättar om detta, att de vet att om de tar en tobak så är de fast. En som har gått ner i vikt mycket berättar att det är viktigt för

personen att hålla koll på kosten, eftersom att vikten annars går upp lätt igen. De flesta beskriver att de får belöning av de positiva följder som förändringen har fört med sig, såsom de lyckohormoner som produceras när man rör på sig. Här har också en informant gett hälsovårdare rådet att gå igenom de fördelar som förändringen fört med sig, genom att fråga ”hur känns det nu?”, liksom Kostenius och Lindqvist, enligt Faskunger beskrivit (2006, s. 153-154)

De flesta av informanterna beskriver sin situation jämförbart med slutförändreskedet. En informant poängterar att hen ännu är i förändringen, men att det känns rätt den här gången, för att siktet nu är på en långvarig förändring och hen har mycket stöd omkring sig. Vi kan se, liksom Lundbeck H AB (u.å.) enligt DiClemente och Prochaska beskrivit, att informanterna inte lockas av återfall men att de ändå är medvetna om att risken finns och de har utarbetat metoder för att undvika ett återfall. Ingen av informanterna har lyft fram det faktum att en hälsovårdare borde berätta att det är normalt att få återfall och att det inte är ett misslyckande, men ingen har heller poängterat att det inte skulle vara viktigt att berätta.

9 Kritisk granskning

Uppfattningen om kvalitet är något av det mest centrala i ett vetenskapligt arbete. Kvalitetskriterier används för att bedöma kvaliteten och validiteten i den vetenskapliga texten. Larsson har år 1994 utformat en struktur för hur man kan utvärdera en kvalitativ studies kvalitet, och det är baserat på denna som vi kritiskt granskar vår studie. I Kyngäs och Vanhanen (1999) skriver Weber, 1985 & Downe-Wamboldt, 1992 om en utmaning inom dataanalysen, också detta har vi tagit fasta på.

Framställningen av arbetet som helhet kan kvalitetgranskas genom att tolka dess perspektivmedvetenhet, dess interna logik och dess etiska värde. Arbetets resultat kan kvalitetgranskas genom att granska dess innebördriktedom och struktur. Arbetets validitet kan kvalitetgranskas exempelvis genom att granska dess betydelse för verkligheten. (Larsson, 1994, ss. 163-165)

9.1 Perspektivmedvetenhet

Perspektivmedvetenhet är ett kvalitetskriterium av betydelse inom framställningen av arbetet. Perspektivmedvetenhet innebär att ha en förståelse över att forskaren redan när hen möter det som ska tolkas har skapat en förförståelse för den hen möter. Förförståelsen förändras sedan efter hand i tolkningsprocessen. När forskaren i texten är medveten om sin förförståelse och inte försöker förminska betydelsen av sin förförståelse gör hen sin utgångspunkt i frågan klar för läsaren. Ett sätt att redovisa sin förförståelse på är genom att framhålla sina personliga erfarenheter. (Larsson, 1994, s. 165) Det är på detta sätt som vi tagit upp vår perspektivmedvetenhet.

En av oss gjorde själv en stor livsstilsförändring för några år sedan i samband med att humöret pendlade och tarmproblem ställde till problem i vardagen.

”Jag fick lov att ställa om kosten helt och hållet och äta sådan mat som tarmen tålde, att motionera med måtta, att hantera stress, sova tillräckligt och att ha regelbundna rutiner. En förändring som lett till ett ännu större intresse för bland annat nutrition och till att jag i dag är kostrådgivare och leder gymnastikpass som bland annat fokuserar på välmående och på att träning skall vara roligt. Det har dock inte varit en alltför enkel resa och jag har stött på motgångar genom min egen bekvämlighet, men genom att under flera års tid kämpa med förändringen och genom att jag haft ett stort stöd från min familj har jag i dag mycket bättre självkänsla och en hälsosam livsstil är i dag en del av mig och min personlighet. Jag lärde mig att man inte skall fundera så mycket, utan bara göra.”

Egna erfarenheter av att ha genomgått en livsstilsförändring kan vara något som nog har kommit att påverka vår tolkning av resultatet och processen kring examensarbetet. Genom att försöka sätta vår egen förförståelse i bakgrunden och fokusera på det informanterna har att berätta har vi under processens gång fått ett annat perspektiv på ämnet livsstilsförändringar.

Efter att vi bekantat oss med informanterna och hört dem beskriva sin upplevelse av sin livsstilsförändring har vi haft svårt att distansera oss till det insamlade materialet som i våra ögon varit fullt av värdefulla citat. Detta har inneburit att vi i början av analysprocessen ville inkludera allt material i studiens resultat. Genom att ta ett par månaders paus från studien har vi kunnat skapa lite distans och därmed bättre kunnat fokusera på det väsentliga. Trots en klar förbättring anser vi ändå att vi genom hela

resultatredovisningen är aningen partiska i och med vår känslomässiga koppling till materialet.

En omfattande teoridel och ett stort antal källor visar att vi är någorlunda pålästa inom ämnet. Vi hoppas att vi lyckats visa att studiens tema är något vi båda brinner för.

Vi är ödmjuka till att vår egen förförståelse för ämnet och vår partiska inblick i bearbetningen av det insamlade materialet genomgående påverkat framställningen av vårt arbete och hurdant resultat vi fått fram.

9.2 Intern logik

Tanken bakom den interna logiken är att det ska finnas en röd tråd, en helhet genom hela arbetet. Det ska också finnas en logik bakom valet av forskningsfrågor, datainsamlingsmetoden och analysmetoden. (Larsson, 1994, s. 170) Att den röda tråden, arbetets syfte och frågeställning ska synas i hela arbetet är något vi under arbetets gång arbetat för. På grund av ämnets bredd har vi under arbetets gång upplevt att det varit svårt att hålla oss till den röda tråden. Efter att materialinsamlingen till studien blivit avklarad, har vi upplevt att vad vi behöver få fram med arbetet och vad vi kan lämna bort blivit klarare. Vi har försökt att hålla frågeställningarna i minnet genom hela arbetet. Vi upplever att resultatet hänger ihop med arbetets syfte och frågeställningarna.

Valet av datainsamlingsmetod upplever vi att stämmer överens med de frågeställningar vi i studien velat få svar på. Studierna som vi letat fram som hör till den tidigare forskningen motsvarar dock inte till fullo vårt ämne trots att vi satsat mycket tid på datainsamlingen. Att vi istället försökt täcka ämnet från två sidor, med hjälp av studier som tar upp faktorer som främjar förmåga till livsstilsförändring och med hjälp av teorier kring möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar, fungerar enligt oss tillfredställande även om det inte är heltäckande.

Som dataanalysmetod fungerar innehållsanalys som Kyngäs & Vanhanen (1999) beskrivit. Weber, 1985 & Downe-Wamboldt, 1992 skriver enligt Kyngäs och Vanhanen (1999) att det kan vara knepigt att namnge kategorier. Namngivningen följer ofta ett deduktivt resonemang, vilket innebär att man använder en benämning som är känt sedan tidigare (Weber 1985 & Downe-Wamboldt 1992, i Kyngäs & Vanhanen, 1999). Vi har stött på samma problem som både Weber (1985) och Downe-Wamboldt (1992) nämner, och

strävat efter att använda oss av klara och sedan tidigare accepterade benämningar i vår studie.

Den teoretiska bakgrunden upplever vi som viktig för att sammanfatta vad som är hälsosamt i ett arbete som handlar om hälsosamma livsstilsförändringar. Ändå upplever vi att vi haft svårigheter med att koppla bakgrunden till studien till den röda tråden. Vi anser att ämnets och tillika bakgrundens bredd är orsaken till svårigheterna med att hålla oss till den röda tråden.

Studiens teoretiska referensram tangerar enligt oss studien men inte fullständigt. Eftersom informanterna inte svarat på KASAM-formuläret kan vi inte räkna deras poängtal och få liknanderesultat som Wainwright m.fl. (2007). Dock är detta ingenting vi strävat efter heller i och med att KASAM-nivå inte direkt berör arbetes syfte och frågeställningar. Vi har ändå kunnat spegla studiens resultat på så sätt att vi kan se att informanterna varit på olika nivåer när de genomfört sin livsstilsförändring. Informanternas gestaltade personliga upplevelser tas inte enskilt upp i resultatet, dock är de alla till nytta i speglingen mot förändringstrappan. Vi har ur informantberättelserna kunnat se både likheter och olikheter till förändringstrappan.

Vi är nöjda med valet av informanter. De uppfyller kriterierna som vi slagit fast redan i arbetets startgröpar (se kapitel 1 – ”Introduktion” och kapitel 6.2 – ”Urval av informanter”). Att vi valt att fokusera på olika slags hälsosamma livsstilsförändringar gör tyvärr att vi inte har möjlighet att gå djupare in på varje enskild livsstilsförändring. Detta har dock varit ett medvetet val från vår sida eftersom vi önskat få en helhetsbild snarare än en detaljerad inblick i en enskild livsstilsförändring.

Slutligen om intern logik: i ett omfattande arbete bör enligt oss alla delar få proportionerligt lika stor plats, inklusive en omfattande kritisk granskning av arbetet.

9.3 Etiskt värde

I ett vetenskapligt arbete är också en god etik av stor vikt för att arbetet ska hålla en hög kvalitet. (Larsson, 1994, s. 171). Att värna om de som är delaktiga i studien är av stor vikt för att arbetet ska hålla en god etisk standard.

I kapitel 6.3 – ”Etiska överväganden vid intervju som datainsamlingsmetod” har vi tagit upp vilka etiska utgångspunkter som är relevanta inför, under och efter intervjun med

informanten. Vi har också där förklarat hur och varför vi gjort som vi gjort och hänvisat till litteratur. Informanterna har tagit del av ett informationsbrev (se bilaga 6 – ”Informationsbrev”) och fått muntlig info om vad medverkan i studien innebär. Alla informanterna har blivit intervjuade enligt samma intervjuguide (se bilaga 7 – ”Intervjuguide”). Under arbetets gång har vi hela tiden strävat till att visa informanterna respekt, inte ingripa på informantens personliga integritet, inte utnyttja informantens sårbarhet och att hålla konfidentialiteten genom metoderna som beskrivs i kapitlet i fråga. Vi har helhjärtat försökt göra medverkan i vår studie till en bekväm och behaglig situation för de inblandade.

Ytterligare ett kriterie som enligt oss kan bedöma ett arbetes etiska värde är huruvida forskaren framför sitt resultat såsom det är eller om hen försöker försköna resultatet för att arbetet ska få större slagkraft. Vi har strävat efter att ta fram resultatet såsom det är utan att ta till oriktigheter. Det anser vi också att vi lyckats med. Vi har upplevt att det är viktigt att ge alla de sju informanternas upplevelser lika mycket synbarhet i resultatkapitlet. Vi anser att vårt arbetes etiska värde är gott.

9.4 Innebördsrikedom och Struktur

En förståelig struktur är betydande för att resultatet ska hålla en god kvalitet. En god struktur innebär att resultatet är överskådligt och tillräckligt avskalat. Hur innebörden av resultatet beskrivs är också av vikt då det vetenskapliga arbetets resultat tas fram. Mellan kravet på innebördsrikedom och kravet på struktur råder det en konflikt. (Larsson, 1994, s. 172- 174)

Vi har försökt hålla oss en tydlig struktur genom hela arbetet och också över kapitel 7 – ”Resultat” där resultatet presenteras. Resultatet beskrivs också i ord uppdelat i tema, kategorier och underkategorier. Genom att utforma ett resultatschema (bilaga 8 – ”Resultatschema”) har vi försökt ge läsaren en strukturerad bild över resultatet. Även om antalet underkategorier är många så har vi velat inkludera dessa i resultatschemat för att förtydliga strukturen.

Vi har beskrivit resultatet utgående från röda tråden i arbetet, och därför har också mycket värdefullt material blivit oanvänt. Att inte utnyttja allt det material vi fått under datainsamlingen har varit en utmaning för oss. Nu i efterhand inser vi att utmaningen

kunde ha lättats genom att vi i skapandet av intervjuguiden och tillika under intervjutillfällena kunde ha varit mera konsekventa i materialinsamlingen.

Att vi i arbetet valt att inkludera allt som enligt våra källor hör till en hälsosam livsstil har gett en överblick över ämnets bredd. Genom att zooma in på en liten del av helheten hade vi kunnat fördjupa oss ytterligare i den delen och arbetet hade i och med detta blivit mera överskådligt. Genom att snöra åt ämnet och välja att fördjupa oss i endast en del av ämnet hälsosam livsstil hade vi dock riskerat att gå miste om helhetsperspektivet och tillika innebördsrikedomen.

Vi skulle ha kunnat spara tid genom att spara på de för ämnet mindre relevanta frågorna och genom att mera strukturerat följa intervjuguiden. Samtidigt som vi skulle ha sparat på både informanternas och vår tid skulle vi dock ha riskerat att gå miste om innebördsrikedom i och med utebliven möjlighet för informanterna att gestalta sin egen upplevelse av sin livsstilsförändring. Att få höra informanterna beskriva sina egna upplevelser av sin livsstilsförändring har för oss som hälsovårdstuderande varit mycket givande, även om all den information vi samlat in och transkriberat inte kan användas i ett arbete på kandidatnivå.

Att vara två respondenter innebär många fördelar. Vi har kunnat dela idéer med varandra och dela upp arbetet ganska långt. Såsom med allt pararbete innebär två författare dock att strukturen i arbetet kan vara bristfällig. Vi har försökt hjälpa varandra att hållas på den röda tråden med kan också stundvis ha skapat parallella röda trådar oavsiktligt.

9.5 Det pragmatiska kriteriet

En validitetskriterie som används för att granska ett vetenskapligt arbetes resultat är det så kallade "Pragmatiska kriteriet". Här läggs tyngdpunkten på vad arbetets resultat har för betydelse i verkligheten. (Larsson, 1994, s. 185-186) Vi anser att vår studie kan ha ett externt värde: det vill säga vara till nytta i praktiken. Hälsovårdaren behöver förståelse för hur klienten kan uppleva en livsstilsförändring för att kunna fungera som ett stöd. Hen behöver information om vad som kan öka klientens motivation till en livsstilsförändring. Studiens frågeställningar blir besvarade i resultatkapitlet och dessa kan åt hälsovårdaren ge värdefull information.

10 Sammanfattande diskussion

Syftet med detta examensarbete har varit att: Öka hälsovårdarens förståelse för hur klienten upplever en livsstilsförändring, samt vad som kan öka dennes motivation till en livsstilsförändring. Detta har vi gjort genom att intervjua personer som har erfarenhet av att ha genomgått en hälsofrämjande livsstilsförändring. I detta examensarbete har också målet varit att få svar på: Vad kan motivera klienten till en hälsosam livsstilsförändring? Hur kan hälsovårdaren stöda personer som vill göra en hälsosam livsstilsförändring? Vilka råd skulle den som lyckats ge åt en annan som skall ta itu med sin livsstil? Vilka fördelar med en hälsosam livsstilsförändring kan den som lyckats se?

Materialet som vi fått genom att intervjua personer som har erfarenhet av en hälsofrämjande livsstilsförändring upplever vi som mycket värdefullt. Intervjuerna var behagliga och gav oss inte bara 69 A4-sidor material utan också en helt annan förståelse om klientens upplevelse och hennes motivationsfaktorer. Intervjuerna var oerhört personliga och för oss mycket givande. En utmaning som vi upplevt som större än att få tillräckligt med material var dock att få tag på lämplig tidigare forskning och lämpliga teorier som tangerar vårt ämne.

Resultatet svarar på syftet och frågeställningarna i detta arbete. Resultatet har vi medvetet valt att utforma enligt det material som blev insamlat under intervjuernas gång. Vi har därmed varit flexibla och låtit informanterna styra resultatet till viss del enligt principerna för semi-strukturerad intervju. Eftersom att studien är kvalitativ och informanterna är sju till antalet kan vi inte generalisera resultatet, men vi kan få en inblick i hur våra informanter tänker angående livsstilsförändringen de genomgått och använda detta i vårt framtida yrke.

Vi kan baserat på studiens resultat se att det finns många faktorer som kan motivera klienten till en hälsosam livsstilsförändring. Detta är också något som den tidigare forskning vi presenterar visar på. Informanterna beskriver både inre och yttre motivationsfaktorer. I tankeprocessen har informanterna fått hjälp av många olika hjälpmedel; såsom litteratur, tidigare erfarenheter, stöd från många olika håll, kognitiv beteendeterapi, gastric bypass samt andra saker som ökat motivationen till att leva hälsosamt: att bli pappa och att hitta gemenskap i en församling samt tron på någonting större än mänskligheten. Genomgående för alla informantberättelser är att de hittat en

meningsfullhet i den nya livsstilen, vilket hjälpt dem att hålla fast vid den. Informanterna gestaltar genom hela intervjuerna sina upplevda fördelar med sin hälsosamma livsstilsförändring. Fördelarna är precis som vi väntat många, och det gläder vi oss mycket över.

Vi har fått goda råd om hur hälsovårdaren kan stöda klienten som vill ta itu med processen. Informanternas råd till de som vill ta itu med en livsstilsförändring har vi även sammanfattade. De råd som kommit fram i denna studie upplever vi att är värdefulla och användbara både för personer som vill göra en livsstilsförändring, samt för professionella som fungerar som stöd i processen. Råden är inget vi kan relatera till tidigare forskning eftersom vi genom våra sökvägar inte hittat sådan forskning.

Resultatet vi fått fram har förvånat oss stundvis, men den stora helheten motsvarar ändå både tidigare forskning och vår förförståelse. Vår förförståelse har varit att en livsstilsförändring kan ske, bara man hittar en metod som fungerar och är tillräckligt disciplinerad – något som ofta framkommer i litteratur och tidningar. Denna studie har däremot visat att en livsstilsförändring kräver en tankeprocess och en förändring i personens sätt att se på sig själv. Detta har för informanterna skett på många olika sätt.

Examensarbetet har för oss varit utvecklande på ett individuellt plan och samtidigt stärkt oss inför de kommande utmaningar som till arbetslivet hör. Vi kommer att fortsätta arbeta på detta arbete genom att låta det fungera som bas i våra utvecklingsarbeten. Att fortsätta arbeta med materialet för att ge det ytterligare betydelse för oss och samtidigt försöka öka dess externa värde genom att göra det allmännyttigt är något vi ser fram emot.

Något som vi skulle föreslå som givande fortsatt forskning är mera forskning som jämför KASAM och möjligheten att lyckas med en bestående livsstilsförändring. Vi är också intresserade av mera forskning om harmonisk och tvångsmässig passion. Som vi också tidigare i arbetet tagit upp kunde vi tänka oss att förena de tre teorierna om KASAM, TTM och om harmonisk och tvångsmässig passion för att de tillsammans kunde bilda ett mätinstrument för personer som arbetar med livsstilsförändringar.

Källförteckning

- Allen, C. (2014). Supporting effective lifestyle behavior change interventions. *Nursing standard*, 28(24), 51-58.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetshälsoinstitutet. (2009). *Työ ja terveystuomessa 2009*. Hämtat från www.ttl.fi den 20 11 2015
- Arborelius, E. (2008). Att tala med patienter om levnadsvanor. i B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 133-152). Lund: Studentlitteratur.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Brunnberg, M. (2006). *Allt om näringslära*. Stockholm: ICVE Production Sweden AB.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. i H. M. (red), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 165). Lund: Studentlitteratur.
- Fors, R., Heimala, H., Holmila, M., Ilvonen, S., Kesänen, M., Markkula, J., . . . Warpenius, K. (2013). *Paikallinen alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisy- Käsikirja yhdessä toteutettavanaan Pakka-toimintamalliin*. Hämtat från Julkari: www.julkari.fi den 08 01 2016
- Fördelar med att sluta röka*. (den 17 3 2015). Hämtat från Pfizer Hälsa: www.pfizerhalsa.se den 3 3 2016
- Företagshälsovårdens uppgifter*. (den 05 10 2012). Hämtat från Arbetshälsoinstitutet: www.ttl.fi den 06 01 2016
- Gold, M. (2006). *Psych Central*. Hämtat från Stages of Change: www.psychcentral.com den 16 01 2016
- Hasson, D. (2008). *Stressa rätt! Öka din energi, hälsa och effektivitet*. Stockholm: Viva.
- Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 64). Lund: Studentlitteratur.

- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 133, 134,135). Lund: Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Huttunen, M. (2014a). Tietoa potilaalle: Alkoholiriippuvuus (Alkoholismi). *Lääkärikirja Duodecim*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 20 11 2015
- Huttunen, M. (den 15 9 2014b). Nikotiiniriippuvuus ja nikotiinivieroitusoireyhtymä. *Lääkärikirja Duodecim*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 12 1 2016
- Huttunen, M. (den 16 09 2014c). Päihde- ja huumeriippuvuus. *Lääkärikirja Duodecim*.
- Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P., & Patja, K. (2009). Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? - Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Lääkärikirja Duodecim*, 64(42), 3557-3561.
- Josefsson, K., & Lindwall, M. (2010). Motivation till fysisk aktivitet. i L. R.-M. Hallber (Red.), *Hälsa och livsstil- Forskning och praktiska tillämpningar* (s. 207-220). Lund: Studentlitteratur.
- Kaarne, T. (2013). Alkoholien riskikuluttajan lyhytneuvonta. *Lääkäriin käsikirja*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 22 11 2015
- Ketola, E. (2003). Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa. *Lääkärikirja Duodecim*, 119(16), 1501-1502.
- Kivistö, M., Logren, A., Kujasalo, A., & Luurila, K. (2014). *Työhyvinvointia edistävien toimintatapojen implementointi työpaikalla – esimerkkinä AHA toimintatapa - ALKOHOLIHAITAT HALLINTAAN -HANKE 2011-2013*. Helsinki: Arbetarskyddsfonden. Hämtat från www.tsr.fi den 13 01 2016
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A.-K. (2006). *Hälsövägledning - från ord och tanke till handling*. Danmark: Studentlitteratur.

- Kujasalo, A., Hirvonen, L., Kivistö, M., Luurila, K., & Puustinen, S. (2013). *Päihdeohjelmaopas– malli päihdeohjelman tekemiseen työpaikalla*. Arbetshälsoinstitutet. Hämtat från www.ttl.fi den 13 01 2016
- Kyngäs, H., & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiete*, 11(1), 3,4.
- Langius-Eklöf, A. (2008). Salutogenes och känsla av sammanhang. i B. Klang-Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (s. 57-87). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. i B. Starrin, & P.-G. Svensson (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 163-189). Lund: Studentlitteratur.
- Lundbeck H AB (Red.). (u.d.). *Att förstå förändringsstadierna- från förnekelse till förändring*. Hämtat från Dricka mindre: ww.drink-less.com/se den 16 01 2016
- Mageau, G. A., & Vallerand, R. J. (2007). The moderating effect of passion on the relation between activity engagement and positive affect. *Motivation and emotion*, 31, 312-321.
- Mustajoki, P. (2009a). Terveelliset elämäntavat (Lyhyt Ohje). *Sairauksien ehkäisy*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 20 11 2015
- Mustajoki, P. (2009b). Terveiden turvaamisen ydinkysymyksiä. *Sairauksien ehkäisy*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 20 11 2015
- Mustajoki, P. (den 1 12 2014). Tietoa potilaalle: Ylipaino ja lihavuus lyhyesti. *Lääkärikirja Duodecim*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 14 1 2016
- Mustajoki, P. (den 12 10 2015). Tietoa potilaalle: Vyötärolihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). *Lääkärikirja Duodecim*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 14 1 2016
- Myllykangas, M. (2006). Miksi tieto ei muuta ihmisen käyttäytymistä? *Duodecim*, 122(8), 889-890. Hämtat från www.terveysportti.fi den 27 01 2016
- Palmeira, A., Teixeira, P., Branco, T., Martins, S., Minderico, C., Barata, J., . . . Sardinha, L. (2007). Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *The international journal of behavioural nutrition and physical activity*, 4(14).
- Partinen, M. (den 19 1 2009). Unihäiriöt. *Sairauksien ehkäisy*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 13 1 2016

- Patja, K. (den 3 5 2014). Tupakka ja sairaudet. *Lääkärikirja Duodecim*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 12 1 2016
- Petersson, U., Östgren, C., Brudin, L., Ovhed, I., & Nilsson, P. M. (2008). Predictors of successful, self-reported lifestyle changes in a defined. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 389-396.
- Poikolainen, K. (den 19 01 2009). Alkoholinkäyttö. *Sairauksien ehkäisy*. Hämtat från www.terveysportti.fi den 07 01 2016
- Prochaska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., . . . Prochaska, J. M. (03 2008). Initial Efficacy of MI, TTM Tailoring and HRI's with Multiple Behaviors for Employee Health Promotion. *Prev med*, 46 (3), 226-231.
- Päihderiippuvuus*. (u.å.). Hämtat från Mannerheimin lastensuojeluliitto: www.mll.fi den 22 11 2015
- Sairanen, E. E., Lappalainen, R. I., Lapveteläinen, A. T., & Karhunen, L. J. (2012). Perceptions, Motives and Psychological Flexibility Associated with Weight Management. *Journal of Obesity & Weight Loss Therapy*, 2(135).
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2007:16). *Kvalitetsrekommendation för främjande av hälsa*. Helsingfors: Universitetstryckeriet.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2013). *Förändring i rörelse! Nationell strategi för motion som främjar hälsan och välbefinnandet 2020*. Hämtat från www.julkari.fi den 8 1 2016
- Social- och hälsovårdsministeriet. (den 11 11 2015). *Ta det lugnt! - Hantering av brådskan förebygger olyckor*. Hämtat från www.stm.fi den 7 1 2016
- Social- och hälsovårdsministeriet. (u.å.). *Sitt mindre - Må bättre! Nationella rekommendationer för mindre sittande*. Hämtat från www.julkari.fi den 7 1 2016
- Statens näringsdelegation. (2014). *Mat ger hälsa - Finska näringsrekommendationer 2014*. Hämtat från www.ravitsemusneuvottelukunta.fi den 18 11 2015
- Statistikcentralen. (u.å.). *Befolkning i arbetsför ålder*. Hämtat från Begrepp och definitioner: www.stat.fi den 21 1 2016

- Stead, M., Craigie, A., Macleod, M., McKell, J., Caswell, S., Steele, R., & Anderson, A. (2015). Why are some people more successful at lifestyle change than others? Factors associated with successful weight loss in the BeWEL randomised controlled trial of adults at risk of colorectal cancer. *The international journal of behavioural nutrition and physical activity*, 12(87).
- Stjernström-Roos, I. (den 17 2015a). *Kort om näring*. Hämtat från Vårdguiden: www.1177.se den 3 3 2016
- Stjernström-Roos, I. (den 11 5 2015b). *Rörelse är livsviktigt*. Hämtat från Vårdguiden: www.1177.se den 3 3 2016
- Stoltz, K. B., Reysen, R. H., Wolff, L. A., & Kern, R. M. (2009). Lifestyle and the Stages of Change in Weight loss. *The Journal of Individual Psychology*, 65(1), s. 71.
- Svenska akademiens ordlista*. (1991). Hämtat från www.saob.se den 13 1 2016
- Svensson, O., & Hallberg, L. R.-M. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. i L. R.-M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil- Forskning & praktiska tillämpningar* (s. 40, 42). Lund: Studentlitteratur.
- Tarnanen, K., Winell, K., & Finska läkaresällskapet. (den 24 9 2012). Från rökare till rökfri - vågar du ta emot utmaningen? *Patientinformation*. Hämtat från www.terveyskirjasto.fi den 12 1 2016
- Teperi, J., & Vuorenkoski, L. (den 18 7 2005). Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. *Suomalaisten terveys*. Hämtat från www.terveyskirjasto.fi den 29 1 2016
- Terveydenhoitajaliitto. (u.d.). *Finlands hälsovårdsförbund FHVF rf*. Hämtat från www.terveydenhoitajaliitto.fi den 21 1 2016
- Tester och mätarn- Alkohol*. (u.å.). (A-klinikkasäätio) Hämtat från Droglänken: www.paihdelinkki.fi den 08 01 2016
- Wainwright, N. W.-T. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 871-876.

Vallerand, R. J. (2001). A hierarcical model of intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise. i G. C. Roberts (Red.), *Advances in motivation in sport and exercise* (s. 263-319). U.S.A.: Human Kinetics Publishers Inc.

Vallerand, R. J., Geneviève, M. A., Ratelle, C., Léonard, M., Blanchard, C., Koestner, R., . . . Marsolais, J. (2003). Les Passions de l'Ame: On Obsessive and Harmonious Passion. *Journal of Personality ans Social Psycology*, 85(4), 756-767.

World Health Organization. (2003). *WHO definition of Health*. Hämtat från www.who.int den 13 1 2016

Finlands författningssamling

Lag om företagshälsovård 21.12.2001/1383. Hämtat från: www.finlex.fi den 08 01 2016

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. Hämtat från www.finlex.fi den 27 01 2016

LIVSFRÅGEFORMULÄR

Här är några frågor som berör skilda områden i livet. Varje fråga har 7 möjliga svar. Var snäll och markera den siffra som bäst passar in på ditt svar. Siffran 1 eller 7 är svarens yttervärden. Om du instämmer i det som står under 1, så ringa in 1:an; om du instämmer i det som står under 7, så ringa in 7:an. Om du känner annorlunda, ringa in den siffra som bäst överensstämmer med din känsla. Ge endast ett svar på varje fråga.

1. När du talar med människor, har du då en känsla av att de inte förstår dig? (B O 1312)

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig den känslan						har alltid den känslan

2. När du har varit tvungen att göra någonting som krävde samarbete med andra, hade du då en känsla av att det (H 1111)

1	2	3	4	5	6	7
kommer säkert inte att bli gjort						kommer säkert att bli gjort

3. Tänk på de människor du kommer i kontakt med dagligen, bortsett från dem som står dig närmast. Hur väl känner du de flesta av dem? (C 1322)

1	2	3	4	5	6	7
tycker att de är främlingar						känner dem mycket väl

*4. Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig? (M O 1222)

1	2	3	4	5	6	7
mycket sällan eller aldrig						mycket ofta

*5. Har det hänt att du blev överraskad av beteendet hos personer som du trodde du kände väl? (B O 1221)

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

*6. Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken? (H O 1221)

1	2	3	4	5	6	7
har aldrig hänt						har ofta hänt

7. Livet är: (M O 2332)

1	2	3	4	5	6	7
alltigenom intressant						fullständigt enahanda

*8. Hittills har ditt liv: (M 2331)

1	2	3	4	5	6	7
helt saknat mål och mening						genomgående haft mål och mening

*9. Känner du dig orättvist behandlad? (H 1222)

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

10. De senaste tio åren har ditt liv varit: (B 2331)

1	2	3	4	5	6	7
fullt av utan att du visste vad som skulle hända härnäst						helt förutsägbara utan över- raskande förändringar

11. De flesta saker du gör i framtiden kommer troligtvis att vara: (M O 1313)

1	2	3	4	5	6	7
helt fascinerande						fullkomligt uttråkiga

*12. Har du en känsla av att du befinner dig i en obekant situation och inte vet vad du skall göra? (B 2232)

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

13. Vilket påstående beskriver bäst hur du ser på livet? (H O 2332)

1	2	3	4	5	6	7
det går alltid att finna en lösning på livets svårigheter						det finns ingen lösning på livets svårig- heter

14. När du tänker på ditt liv, händer det mycket ofta att du: (M O 2132)

1	2	3	4	5	6	7
känner hur härligt det är att leva						frågar dig själv varför du överhuvudtaget finns till

15. När du ställs inför ett svårt problem är lösningen: (B 1112)

1	2	3	4	5	6	7
alltid förvirrande och svår att finna						fullständigt solklart

*16. Är dina dagliga sysslor en källa till: (M O 1312)

1	2	3	4	5	6	7
Glädje och djup tillfredsställelse						smärta och leda

17. I framtiden kommer ditt liv förmodligen att vara: (B 2333)

1	2	3	4	5	6	7
fullt av för- ändringar utan att du vet vad som händer härnäst						helt förutsäg- bart utan övertäckande förändringar

18. När något otrevligt hände tidigare brukade du: (H 3211)

1	2	3	4	5	6	7
älta det om och om igen						säga "Det var det" och sedan gå vidare

*19. Har du mycket motstridiga känslor och tankar? (B 2122)

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

20. När du gör något som får dig att känna dig väl till mods: (H O 1113)

1	2	3	4	5	6	7
kommer du säkert att fortsätta att känna dig väl till mods						kommer det säkert att hända något som förstör den goda känslan

*21. Händer det att du har känslor inom dig som du helst inte vill känna? (B 3122)

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

22. Du är inställd på att ditt personliga liv i framtiden kommer att vara: (M 2333)

1	2	3	4	5	6	7
helt utan mål och mening						fyllt av mål och mening

23. Tror du att det i framtiden *alltid* kommer att finnas människor som du kan räkna med?
(H O 1223)

1	2	3	4	5	6	7
det är du säker på						det tvivlar du på

24. Händer det att du har en känsla av att du inte exakt vet vad som håller på att hända?

(B 2233)

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

*25. Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en ”olycksfågel”.

Hur ofta har du känt det så? (H O)

1	2	3	4	5	6	7
aldrig						mycket ofta

*26. När något har hänt, har du vanligtvis funnit att: (B 1211)

1	2	3	4	5	6	7
du över- eller undervärderade dess betydelse						du såg saken i dess rätta perspektiv

27. När du tänker på svårigheter som du troligtvis kommer att möta inom viktiga områden av ditt liv, har du då en känsla av att: (H O 1313)

1	2	3	4	5	6	7
du alltid kommer att lyckas övervinna svårigheterna						du inte kommer att lyckas övervinna svårigheterna

*28. Hur ofta känner du att det inte är någon mening med de saker du gör i ditt dagliga liv?

(M 1212)

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

*29. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera? (H 2122)

1	2	3	4	5	6	7
mycket ofta						mycket sällan/ aldrig

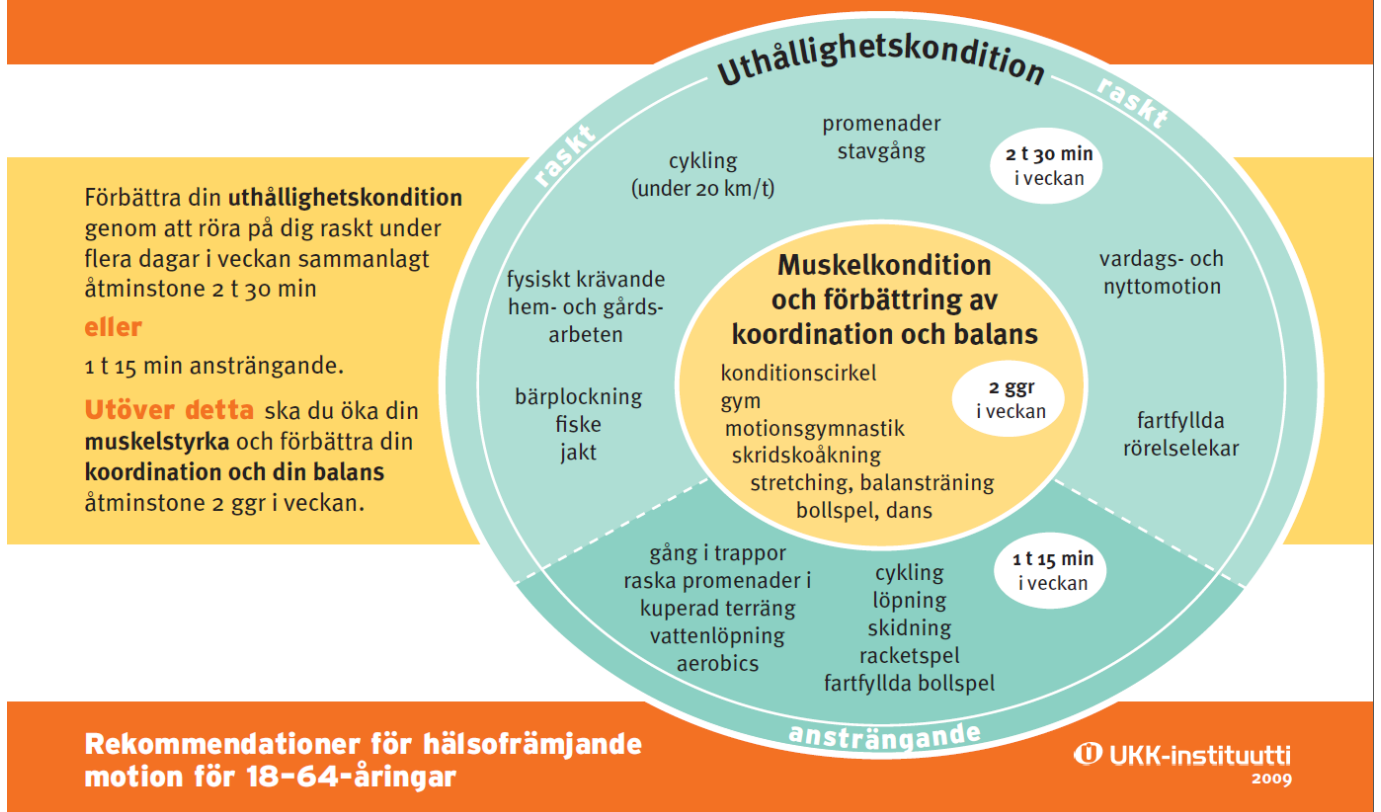
Tolkning:

Noteringen till vänster om varje fråga anger strukturen på frågans profil, härlett ur den "kartmening" som användes vid konstruktionen av frågeformuläret. B = begriplighet, H = hanterbarhet, M = meningsfullhet. De fyra siffrorna anger elementen i fasett A, B, C respektive D. Hög poäng betyder stark KASAM. Innan det totala poängantalet sammanräknas skall de tretton frågor som markerats med O vändas så att svaren poängsätts i omvänd riktning. För dem som är intresserade av att använda en förkortad version av KASAM-formuläret rekommenderas de tretton frågor som markerats med *. Dessa anmärkningar skall naturligtvis inte medfölja vid användningen av formuläret.

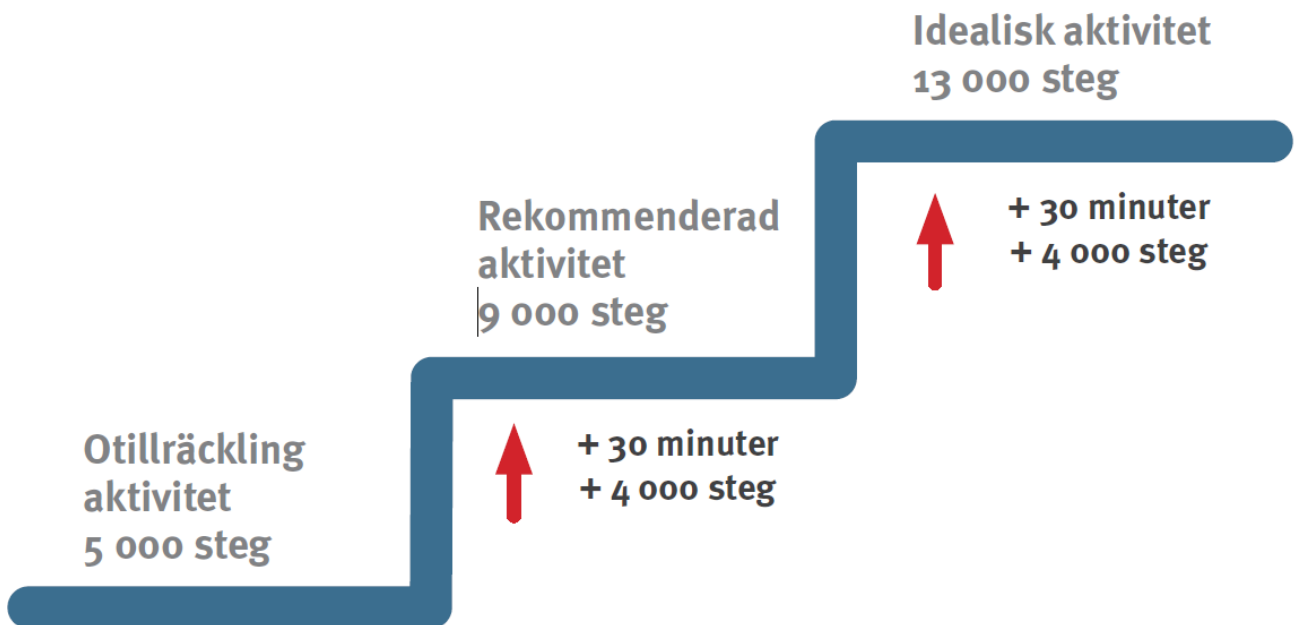
(Detta formulär är direkt hämtat från Antonovsky's bok "Hälsans mysterium" (2005), andra utgåvan, Natur och Kultur, Stockholm)

MOTIONSKAKAN

rekommendation för en vecka



Trappsteg för god hälsokondition

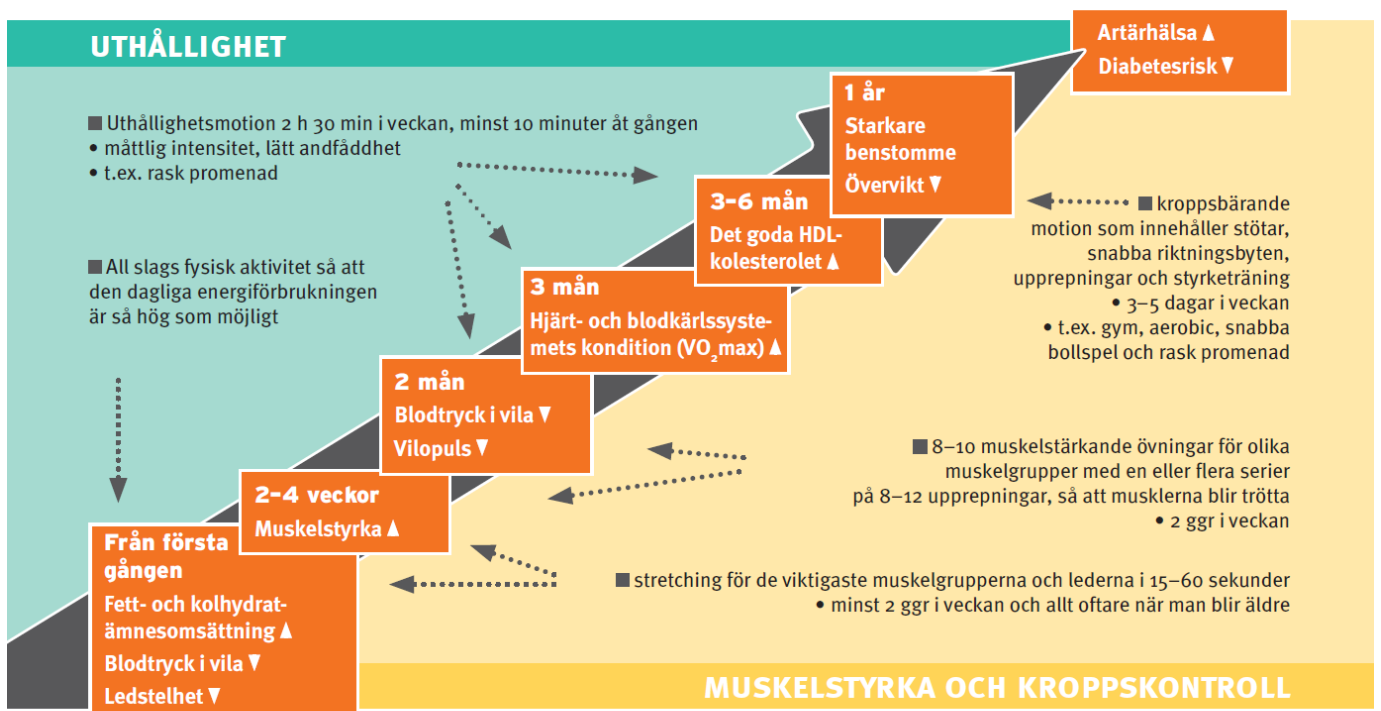


Utförande av dagliga sysslor/uppgifter
samlar ca 2 000 – 5 000 steg

 UKK-instituutti

http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/274-KAVELYNPORTAAT_ruotsiksi.pdf

EFFEKTER AV HÄLSOMOTION



Beskrivning av sökvägar för tidigare forskning

Vi har letat fram studier som behandlar motiverande faktorer till livsstilsförändring- vad som får vissa att lyckas med sin livsstilsförändring. Sökningen började i januari 2016.

Vi använde Cochrane Library och gjorde en allmän sökning på titel, abstrakt och nyckelord med orden "motivation", "lifestyle", "change" och "success". Med dessa sökord fick vi 13 resultat vilka vi rangordnade och därefter valde de mest lämpliga för arbetet.

Studien: "Why are some people more successful at **lifestyle change** than others? Factors associated with successful weight loss in the BeWEL randomised controlled trial of adults at risk of colorectal cancer." väckte vårt intresse eftersom dess rubrik tar upp precis vad vi ville ha svar på, men fanns tyvärr inte att läsa via Cochrane Library- men genom att googla hittade vi studien och kunde ta del av dess innehåll. Också nästa studie, "Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women" googlades fram efter att ha hittat den med hjälp av samma sökord. Bägge studierna fanns sedan på US National Library of Medicine, National Institute of Health. Vi anser att årtalen (2014 och 2004) inte är av betydelse eftersom motivationsfaktorer antagligen är i stort sett likadana från år till år.

Via portalen SAGE-journals hittade vi fram till Scandinavian Journal of Public Health. Vi ögnade igenom de första åttio, och läste de som hade störst relevans för vårt arbete. Eftersom vi i tidigare arbeten hittat användbara studier via Scandinavian Journal of Public Health, så valde vi att leta studier där också till detta arbete. Tidningen Scandinavian Journal of Public Health hittades i portalen SAGE journals och vi använde där sökordet "Lifestyle" och fick 792 träffar. Vi valde ut de första åttio och sökte därefter fram de som hade relevans för vårt arbete. Vi fann ett flertal av relevans men valde en som lämpade sig bäst för vårt arbete. Studien: "Predictors of successful, self-reported lifestyle changes in a defined" av Petersson, Östgren, Brudin, Ovhed, & Nilsson, 2008. första åttio och sökte därefter fram de som hade relevans för vårt arbete.

På hemsidan Juuli- Finländska forskningspublikationer och området hälsovetenskaper hittades med hjälp av sökordet motivation tolv resultat. Av dessa valde vi en som för vårt arbete var relevant: "Perceptions, Motives and Psychological Flexibility Associated with Weight Management" av Sairanen, Lappalainen, Lapveteläinen & Karhunen, 2012.

För att hitta studier kring den teoretiska referensramens användbarhet söktes via EBSCOhost och PubMed. Med sökorden Vallerand AND motivation AND engagement hittades 5 resultat.

Med sökorden Prochaska AND health AND TTM hittades 46 resultat. Med sökorden healthy lifestyle AND sense of coherence hittades 9 resultat. Artiklarna valdes ut enligt rubrik och abstrakt och de valda studierna visade sig, med hjälp av SBU:s mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier vara av medelgod kvalitet. Studierna hänvisar även till tidigare studier som gjorts inom temat och resultaten motsvarar paradigmen. En sökning gjordes även med sökorden healthy lifestyle och qualitative för att hitta en kvalitativ studie och då hittades en studie, bland 569 träffar, som undersöker sambandet mellan stress, teoretiska modeller och livsstilsförändringar, vilket anses relevant för detta arbete.

Informationsbrev till personer som deltar i studien ”Vad kan motivera svensktalande arbetsföra Österbottningar att lyckas med en livsstilsförändring?”

Grattis, ni lyckades! Vi skulle väldigt gärna vilja veta era funderingar om vad som fick just er att lyckas med er hälsosamma livsstilsförändring. Vi är intresserade av vilka faktorer som främjat en hälsosam livsstilsförändring för just er och var ni hittade er motivation. Om ni upplever att ni fick stöd från något håll under förändringsprocessen vill vi ta reda på hurudant stöd ni fick och hurdant stöd ni hade velat få.

Studiens syfte

Syftet med studien är att öka hälsovårdares förståelse för hur klienten upplever en livsstilsförändring, samt vad som kan öka dennes motivation. Detta genom att intervjua personer som har erfarenhet av att ha genomgått just detta.

Studiens skribenter

Vi, Josefin Aurén och Daniela Hjortman studerar till hälsovårdare vid yrkeshögskolan Novia och detta arbete fungerar som examensarbete inom utbildningen. Utbildningsansvarig Marie Hjortell fungerar som handledande lärare i arbetet.

Deltagande i intervjustudien

Ni som deltar i studien är svensktalande Österbottningar i åldern 16-74 år som genomgått en hälsofrämjande livsstilsförändring. Deltagande i studien är frivilligt, och ni har när som helst rätt att avbryta ert deltagande i studien eller att låta bli att svara på frågor som ni inte kan eller vill svara på. Ni kommer att ha möjligheten att tillsammans med skribenterna välja en plats där ni vill att intervjun ska äga rum: i ert hem, i ett mötesrum, eller annan plats som ni väljer.

Under själva intervjun

När det blir dags för intervjutillfället träffas vi på den plats vi kommit överens om. Intervjun beräknas ta cirka en timme, och vi ser gärna att ni reserverar en timme för ändamålet. Ifall ni ger ert samtycke kommer intervjun att spelas in på bandspelare - eftersom vi vill få med så mycket som möjligt av informationen ni ger och samtidigt minimera risken för feltolkningar. Informationen ni delar med er av är konfidentiell - vilket innebär att skribenterna kommer att förvara den säkert, och skydda era uppgifter från obehöriga.

Efter intervjun

Efter att intervjun är gjord kommer intervjun att skrivas ned och ni kommer att avidentifieras så att ingen kan koppla informationen till er. Inspelningen kommer att raderas så fort materialet är nerskrivet. Ifall ni önskar finns det möjlighet att läsa den utskrivna intervjun för att kunna kommentera. Ni kommer också få tillgång till det färdiga examensarbetet online.

Vid frågor om intervjun, innan eller efteråt, kontakta gärna:

Josefin Aurén

Tel: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Daniela Hjortman

Tel: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Handledande lärare Marie Hjortell

E-mail: [REDACTED]

Jag har tagit del av informationen:

Ort och datum

Signatur och namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Detta är en intervjuguide för examensarbetet ”Vad har motiverat svensktalande arbetsföra Österbottningar att lyckas med en livsstilsförändring? En kvalitativ intervjustudie”. Intervjuerna är semistrukturerade, vilket innebär att de består av öppna frågor, där både intervjuarna och informanten leder samtalet. Eventuella följdfrågor framkommer inom parentes efter frågan.

Bakgrund:

Berätta kort om dig själv? (Kön, ålder, social situation, utbildning)

Vad är hälsa för dig? (Kort definition)

Förändringsprocessen:

Kan du berätta om din livsstilsförändring? (Vad? På vilket sätt? För hur länge sedan?)

Vad tror du fick dig att ta itu med din livsstil? (Görs även kort sammanfattning)

Fick du uppmuntran och stöd före och under processen? (Varifrån? Av vem?)

Varför tror du att just du lyckats?

Vilka råd kan du ge andra i liknande situation?

Vilka råd vill du ge hälsovårdare, vars uppgift är att stöda och uppmuntra till en hälsosam livsstil?

Finns det något du vill tillägga som inte diskuterats ännu?

Tack för din medverkan!

Resultatschema

Tema	Kategori	Underkategori
Förändringsprocessen	Förändringsprocessens början	<u>Tidigare försök</u> <u>Satt igång direkt</u> <u>En sak i taget</u> <u>Tungt i början</u> <u>Vissa förändringar lättare</u>
	Individuella målsättningar	<u>Mål och delmål</u> <u>Aldrig sluta</u> <u>Få en utmaning</u> <u>Att förbättras</u> <u>Viktigt att lyckas</u>
	Förändringarnas fördelar	<u>Välmående</u> <u>Fysisk och psykisk styrka</u> <u>Andra förändringar</u>
	Framtiden med den nya livsstilen	<u>Fortsätta på samma sätt</u> <u>Mål och delmål kvar</u> <u>Undvika återfall</u> <u>Inte kräva för mycket</u>
	Motivationsfaktorer	Inre faktorer
Yttre faktorer		<u>Litteratur</u> <u>Resultaten</u> <u>Hälsa</u> <u>Kognitiv beteendeterapikurs</u> <u>Gastric bypass</u>
Stöd	Ifrån nära relationer	<u>Partner</u> <u>Vänner</u> <u>Familjemedlemmar</u> <u>Gemenskap</u>
	Ifrån professionella	<u>Negativa erfarenheter</u> <u>Positiva erfarenheter</u> <u>Inte sökt hjälp av professionella</u>
Råd	Till hälsovårdare och annan vårdpersonal	<u>Var medmänniska</u> <u>Klientens beslut</u> <u>Undvik skrämstaktiker</u> <u>Får inte döma</u> <u>Ta itu med saken</u> <u>Ge tips och stöd</u> <u>Medvetenhet om alternativ medicin</u>
	Till andra i liknande situation	<u>Ta beslutet själv</u> <u>Tro på sig själv</u> <u>Realistiska mål</u> <u>Lev i nuet</u> <u>Prioritera</u> <u>Sök stöd</u>