



Stöd för livsstilsförändring

Tjänster för större personer

Masterarbete
Hälsöfrämjande HYH
2018

Anu Virtanen

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande HYH
Identifikationsnummer:	
Författare:	Anu Virtanen
Arbetets namn:	Stöd för livsstilsförändring Tjänster för större personer
Handledare (Arcada):	Mia Forss
Uppdragsgivare:	Alfido
<p>Abstrakt:</p> <p>På grund av en hög levnadsstandard håller prevalensen av övervikt på att öka i Finland. Övervikt medför hälsorisker men är mycket svårt att bli av med på grund av komplicerade mekanismer som gör det svårt för individen att genomföra en livsstilsförändring. För att kunna möjliggöra en hållbar beteendeförändring måste professionella ta vara på klientens önskemål, visa intresse för klienten som individ och samarbeta med klienten. Dessutom finns det specifika tekniker som har påvisats vara effektiva vid facilitering av beteendeförändring. Syftet med denna studie var att utreda hurdana tjänster större personer önskar sig som stöd i sin livsstilsförändring. Studien genomfördes via frågeenkät. Via sådana Facebook-grupper som behandlar vikt och hälsa rekryterades 61 vuxna större informanter. Två tredjedelar av dem önskade sig bemästrande av självregleringstekniker som möjliggör en hållbar viktminskning. Hälften önskade sig psykologtjänster möjligen på grund av en mera komplicerad problematik. Hälften ville lära sig hantera stress bättre. Enligt studien räckte de nuvarande tjänsterna inte till och bemötandet av klienterna upplevdes inte leda till resursstärkande hos klienterna. De flesta informanter hade redan några bantningsförsök bakom sig. I och med att samplet var relativt litet kan man inte generalisera resultaten till alla större finländare. Resultatet bidrar med viktig information gällande en population större personer som är intresserade av hälsa men inte har fått tillräckligt med stöd för att lyckas med livsstilsförändring.</p>	
Nyckelord:	resursstärkande, health at every size, delaktighet, livsstilsförändring, övervikt, Alfido
Sidantal:	
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Hälsöfrämjande
Identification number:	
Author:	Anu Virtanen
Title:	Support for lifestyle change Services for large people
Supervisor (Arcada):	Mia Forss
Commissioned by:	Alfido
<p>Abstract:</p> <p>Overweight rates are rising as a result of a high standard of living in Finland. Overweight impairs health and is difficult to get rid of because of underlying complex mechanisms which make it very difficult to maintain a lifestyle change. In order to facilitate a behaviour change for the client, healthcare professionals need to collaborate with and listen to the client and show interest in the client as an individual. There are also specific behaviour change techniques that have been proven effective. The aim of this study was to find out what kind of services people with overweight want to support a change in their lifestyle. The study was carried out by sending a questionnaire via Facebook groups where health and overweight are discussed. 61 participants completed the questionnaire. Two thirds of them wanted to learn self-regulation techniques to maintain a long-term lifestyle change. Half of them wanted help from a psychologist, probably because of underlying problems which couldn't be met by facilitating a lifestyle change. Half of them identified a need for better skills in stress management. According to this study there was not sufficient service available, and the way clients were treated did not facilitate empowerment. The most of the participants had already tried to lose weight several times. The result of the study cannot be generalised to all Finns with overweight because the sample was relatively small. Nevertheless, it sheds light on a population of large people who take interest in their health but have not received enough support to manage to maintain a lifestyle change.</p>	
Keywords:	empowerment, health at every size, participation, lifestyle change, overweight, Alfido
Number of pages:	
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

YAMK-OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hälsofrämjande
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Anu Virtanen
Työn nimi:	Tukea elämäntapamuutokseen Palveluita kookkaille ihmisille
Työn ohjaaja (Arcada):	Mia Forss
Toimeksiantaja:	Alfido
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Korkea elämäntaso on johtanut Suomessa ylipainon nousuun. Ylipaino on terveysriski, ja siitä on vaikea päästä eroon sen taustalla vaikuttavien monimutkaisten mekanismien takia. Ammatillaisen on tehtävä yhteistyötä käyttäytymisen muutosta toivovan asiakkaan kanssa, kuunneltava tätä sekä oltava kiinnostunut hänestä yksilönä luodakseen asiakkaalle onnistumisen edellytykset. Tämän lisäksi on myös käyttäytymisenmuutostekniikoita, joiden toimivuudesta on näyttöä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä palveluita kookkaat ihmiset toivovat elämäntapamuutoksensa tueksi. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin painoa ja terveyttä käsitteleviin Facebook-ryhmiin. 61 ihmistä vastasi tutkimuslomakkeen kysymyksiin. Heistä kaksi kolmasosaa halusi oppia itsesäätelytekniikoita, joiden avulla onnistua pitkäaikaisessa elämäntapamuutoksessa. Puolet vastaajista toivoivat itselleen psykologin palveluja, mahdollisesti tunnistettuaan itsessään laajemman avun tarpeen kuin pelkän elämäntapamuutoksen. Puolet vastaajista halusi oppia stressinhallintaa. Tämän tutkimustuloksen mukaan nykyiset palvelut eivät riittäneet kookkaille ihmisille elämäntapamuutoksen mahdollistamiseksi. Merkittävä osa heistä koki, että ammattilaisten tapa kohdata heidät ei ollut voimaannuttava. Useimmat heistä olivat jo yrittäneet laihtua useamman kerran. Tätä tulosta ei voi yleistää kaikkiin kookkaisiin suomalaisiin, sillä otos oli pieni. Kuitenkin se osoittaa alaryhmän, joka on kiinnostunut terveydestään, mutta ei ole saanut riittävää tukea kestävään elämäntapamuutokseen.</p>	
Avainsanat:	voimaantumisen, health at every size, osallisuus, elämäntapamuutos, ylipaino, Alfido
Sivumäärä:	
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

TIIVISTELMÄ SUOMEKSI.....	7
FÖRORD.....	9
1 Inledning.....	10
2 Bakgrund.....	11
2.1 Ökad prevalens av övervikt.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Finns det friska personer med övervikt?	Error! Bookmark not defined.
2.2 Vad innebär en livsstilsförändring?	13
2.2.1 Motivation, livskvalitet och resurstärkande	14
2.2.2 Health at every size som tankesätt	17
2.2.3 Effektiva behandlingsformer.....	18
2.3 Sammanfattning av bakgrunden	19
3 Tidigare forskning	19
3.1 Specifika önskemål.....	19
3.2 Relationen mellan klienter och professionella.....	21
3.3 Sammanfattning av tidigare forskning.....	21
4 Teoretisk referensram	22
4.1 Principer för en hållbar beteendeförändring.....	22
4.2 Principer för ett lyckat bemötande av klienten	24
4.3 Klientens delaktighet vid utveckling av hälsotjänster	25
4.4 Sammanfattning av den teoretiska referensramen	26
5 Syfte och frågeställning	27
5.1 Frågeställningar.....	Error! Bookmark not defined.
6 Metodik och arbetsprocess.....	27
6.1 Metod för insamling av data	27
6.1.1 Forskningsfrågor.....	27
6.1.2 Svartalernativ och frågor som föreslogs av uppdragsgivaren	29
6.2 Metod för bearbetning av data	30
7 Etiska överväganden	30
7.1 Kommunikation och lov vid forskning	30
7.2 Särdrag vid forskning i Facebook.....	31
8 Resultat	32
8.1 Informanternas tidigare erfarenheter gällande bantningsförsök	32

8.2	Hur blir klienterna bemötta av professionella?	33
8.3	Räcker de nuvarande tjänsterna till?	37
8.4	Vad önskar klienterna sig?	38
9	Diskussion	41
9.1	Resultatdiskussion.....	41
9.2	Metoddiskussion.....	43
9.2.1	Särdrag vid forskning i Facebook.....	46
9.2.2	Ett representativt sampel?.....	Error! Bookmark not defined.
10	Slutsatser.....	48
Källor		51
Bilagor		59

TIIVISTELMÄ SUOMEKSI

Korkea elämäntaso on johtanut Suomessa ylipainon nousuun. Ylipaino on terveystriikki, ja siitä on vaikea päästä eroon sen taustalla vaikuttavien monimutkaisten mekanismien takia. Ammattilaisen on tehtävä yhteistyötä käyttäytymisen muutosta toivovan asiakkaan kanssa, kuunneltava tätä sekä oltava kiinnostunut hänestä yksilönä luodakseen asiakkaalle onnistumisen edellytykset. Tämä tapahtuu osoittamalla empatiaa eleiden ja ilmeiden kautta sekä esittämällä tarkentavia kysymyksiä. (Hankonen 2017 s. 212 – 213) Hyvän asiakassuhteen luomisen lisäksi ammattilaiset voivat soveltaa käyttäytymisenmuutostekniikoita, joiden tehosta on näyttöä vuoden aikavälillä: kannustaminen spesifeihin käyttäytymisenmuutostavoitteisiin, kannustaminen oman käyttäytymisen seurantaan, sekä palautteen antaminen käyttäytymisestä. Myös ongelmanratkaisu, tavoitteiden asettaminen tulosten suhteen, aiempien tavoitteiden ja tulosten arviointi, tarkemmin määrittelemätön sosiaalinen tuki, asteittainen tietyn käyttäytymisen lisääminen sekä ympäristöön sellaisten esineiden asettelu, jotka mahdollistavat tietyn käyttäytymisen (esim. urheiluvälineet). (Samdal et al. 2017 s. 8 - 9)

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä palveluita kookkaat ihmiset toivovat elämäntapamuutoksensa tueksi. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin painoa ja terveyttä käsitteleviin Facebook-ryhmiin. 61 ihmistä vastasi tutkimuslomakkeen kysymyksiin. Heistä kaksi kolmasosaa halusi oppia itsesäätelytekniikoita, joiden avulla onnistua pitkäaikaisessa elämäntapamuutoksessa. Puolet vastaajista toivoi itselleen psykologin palveluja, mahdollisesti tunnistettuaan itsessään laajemman avun tarpeen kuin pelkän elämäntapamuutoksen. Puolet vastaajista halusi oppia stressinhallintaa. Tämän tutkimustuloksen mukaan nykyiset palvelut eivät riittäneet kookkaille ihmisille elämäntapamuutoksen mahdollistamiseksi. Merkittävä osa heistä koki, että ammattilaisten tapa kohdata heidät ei ollut voimaannuttava, ja että nykyiset palvelut eivät olleet riittäviä. Useimmat heistä olivat jo yrittäneet laihtua useamman kerran. Tätä tulosta ei voi yleistää kaikkiin kookkaisiin suomalaisiin, sillä otos oli pieni. Kuitenkin se osoittaa alaryhmän, joka on kiinnostunut terveydestään, mutta ei ole saanut riittävästi tukea kestävään elämäntapamuutokseen.

Sjöberg ja Lindgren (2017) kuvaavat, miten yhteiskunnassa stigimatisoitu ryhmä luo omia tukiverkostoja tilanteessa, jossa ammattiavun piirissä kokee aina olevansa alakynnessä tai vääränlainen. Oman Facebook-ryhmän aloittaminen tai vertaisryhmään Facebookissa liittyminen mahdollistaa vallan ja vastuun ottamisen omiin käsiin, jopa voimaantumisen. Puhtaat vertaisryhmät olivat suositumpia ja verkostoituneempia kuin ammattilaisten aloittamat ja ylläpitämät ryhmät. Tämän vuoksi tutkijat ehdottivat, että ammattilaiset loisivat tukipalveluita alusta asti puhtaasti käyttäjien kanssa, tai menisivät niihin some-alustoihin ja ryhmiin, joissa kohderyhmän käyttäjät jo ovat. (s. 264 – 266)

Olennaisinta on kuunnella ja ymmärtää ja aidosti tehdä yhteistyötä asiakkaan kanssa asiakkaan lähtökohdista käsin.

FÖRORD

Större personer finns det flera av i Finland än så kallade “normala” eller mindre personer . Trots detta stigmatiseras de. Detta mastersarbete är ett försök att förstå och hjälpa andra, att sprida kunskap och förståelse samt att bidra till ett samhälle där alla får vara sig själva utan att skämmas.

Helsingfors 10.3.2018

Anu Virtanen

1 INLEDNING

Övervikt medför ökad risk till förtidig död samt ökar risken att insjukna i typ 2 diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, förhöjt blodtryck, dyslipidemia, obstruktiv sömnapné, osteoartrit, gikt, bukspottkörtelssjukdomar, astma, fettlever, polycystiskt ovariesyndrom, depression, demens samt olika cancersjukdomar och har ett samband med nedsatt hälsorelaterad livskvalitet och funktionsförmåga (Aune et al. 2016; WHO 2014 s. 79; Käypä hoito 2013 s. 5 - 6). Den primära vårdformen som prevention av livsstilssjukdomar och förtidig död är viktminskning genom beteendeförändring gällande mat- och motionsvanor (Käypä hoito 2013 s. 8). Livsstilsinterventioner ger goda resultat oavsett om de gjorts individuellt eller i grupp, om de är korta eller långa eller om diskussionerna sker vid möten eller via telefon, post eller internet (Käypä hoito 2013 s. 8). Andelen större personer i Finland ökat på ett långt tidsintervall: År 1987 hade mindre än hälften av männen och en tredjedel av kvinnor i Finland en större kroppsvikt medan 2014 hade redan 60 % av männen och 43 % av kvinnor en större kroppsvikt (Helldán & Helakorpi 2015 s. 21).

Mycket fysisk aktivitet på fritiden har ett samband med låg förekomst av fetma i Finland (Klumbiene et al. 2004). McIntosh et al. (2016) listar ut olika hinder som gör det svårt för större personer att öka fysisk aktivitet i vardagen. Till fysiska hinder kan höra själva kroppsvikten, låg fysisk prestationsförmåga och andra hälsoproblem såsom artrit, migrän eller skador. Även psykologiska problem och låg sinnesstämning gör det svårare att njuta av fysisk träning. Förutom dessa finns det yttre faktorer som större personer har rapporterat som hinder för att inte kunna utföra fysisk aktivitet: tidsbrist, brist på kunskap, väderleksförhållanden samt olika krav i familj- och arbetslivet. Personer med normal BMI var tidsbristen det mest rapporterade hindret. Det kanske finns ett samband i förhållandet mellan tidsbrist och motivation i och med att i en studie som inkluderats i forskningsöversikten hade samma personer som upplevde tidsbrist också stora mängder av tv-tittande (Egan et al. 2013 s. 638). Johnson & Eaves (2013) påpekar dock att känslan av kontrollbrist på grund av olika krav från familjen och arbetet, ekonomiska påfrestningar och knappa tidtabeller i kombination med försök att gå ner i vikt kan lätt leda till brist på motivation. Detta upplevs som att man inte har kontroll över sina livshändelser. Ross et al. har också beskrivit samma fenomen år 1990 (s. 1073).

Detta examensarbete är ett beställningsarbete för konditionssalen Alfido som riktar sina tjänster till större personer. Genom att fråga personer med större kroppsvikt hurdana tjänster de önskar sig har Alfido möjlighet att betjäna sina klienter bättre och bidra till en ökad välmående, livskvalitet och hälsa hos större personer. Forskningsresultatet kan möjligtvis också leda till bättre förutsättningar för andra aktörer inom exempelvis hälsovården att utveckla sådana tjänster som personer med en större kroppsvikt kan dra nytta av och vill använda sig av. I detta arbete betraktas sådana behandlingsformer för större personer som inte innebär läkemedel eller kirurgi.

2 BAKGRUND

Viktindex (body mass index, BMI) beräknas genom att dividera vikten med kvadraten på längden i meter. Gränsen till övervikt är enligt en internationell överenskommelse 25 kg/m², eftersom risken för många sjukdomar ökar om den överskrids. Övervikt har man alltså vid viktindex över 25 kg/m² och fetma eller obesitet talar man om vid viktindex från och med 30 kg/m². Viktindex 35–39,9 kg/m² definieras som svår fetma och från och med viktindex 40 kg/m² talar man om sjuklig fetma. Förutom BMI används även midjemått särskilt vid BMI under 30 kg/m² i och med att så kallad bukfetma, det vill säga fettvävnad som samlats in i bukhålan och runt inre organen, medför större hälsorisker än fett som samlas kring låren och höfterna. Gränserna för dessa är 100 cm hos män och 90 cm hos kvinnor. (Käypä hoito 2013 s. 3 - 4)

Övervikt definieras som för mycket fettvävnad i kroppen på grund av hör intag av energi. Förutom biologiska orsaker påverkar exempelvis socioekonomiska faktorer, politik och andra samhällsliga mekanismer förekomsten av övervikt. (Iacobellis 2009 s. 5, Wilkinson & Marmot 2003 s. 27) Ett bra exempel på detta i Finland är högre förekomst av fetma hos lågutbildade kvinnor och män jämfört med personer med högre utbildning (Klumbiene et al. 2004).

Globalt kan man se samma trend: Övervikt är vanligare hos fattiga än hos rika människor. Den tydligaste skillnaden mellan olika socialklasser är intagning av olika näringsämnen. I många länder äter alla socialklasser mycket fett men de fattiga äter mer billig och processerad mat i stället för färska matvaror. Globalt sett har tillgängligheten av och priset

på hälsosamma matvaror större betydelse för folkhälsan än hälsoundervisning. I och med att tillgängligheten av mat inverkas av globala marknadskrafter behövs det politiska åtgärder för att jämna ut möjligheterna till hälsosamt ätande mellan olika socialklasser. (Wilkinson & Marmot 2003 s. 27) Man kunde till exempel justera beskattningen så att hälsosam, lågenergisk mat skulle kosta mindre än energirika matvaror. Men för liten motion går inte att åtgärda genom beskattning. (Cappalen et al. 2005).

De viktigaste orsakerna till övervikt i Finland anses vara hög levnadsstandard samt förändrade levnadsförhållanden. Minskning av vardagsaktiviteter och ökad sittande samt tillgänglighet av högenergiska matvaror och stora matportioner orsakar också övervikt. Endast hälften av finländare tränar uthållighet och bara en tiondedel tränar styrka tillräckligt för att upprätthålla sin hälsa. Dessutom äter finländare för mycket sockerhaltiga matvaror och alkohol samt för lite fullkorn, grönsaker, frukter och bär. (Männistö et al. 2012 s. 1 - 3)

Den rekommenderade behandlingen av övervikt innebär rådgivning om sådana självklarheter så som att äta mindre och motionera mera. Trots den stora mängden information, handledning och vetenskap om hälsoproblem förknippade med övervikt, lyckas personer med en större kroppsvikt sällan med sina mål. Därför kan hälsovårdsprofessionella lätt få en sådan bild att större personer är okunniga av att kontrollera sina impulser gällande livsstilsfaktorer. Detta synsätt baserar sig på en lång historia av kunskapsbrist: i verkligheten är den inneboende, komplexa homeostatiska mekanismen som kontrollerar energibalansen och känslan av mätta som orsakar de största problemen med viktnedgång, inte brist på självkontroll. Människokroppen har multipla mekanismer som skyddar den mot svältande i svåra livsförhållanden men som i dagens läge gör det extra svårt att gå ner i vikt. (Field et al. 2008 s.1)

Ett exempel på relativt ny kunskap gällande biologiska faktorer som inverkar förekomsten av övervikt är bakteriefloran i tarmsystemet. Personer med en större kroppsvikt har påvisats ha ett fattigare bakterieflora i tarmen jämfört med personer med normal vikt (Turnbaugh et al. 2009). Dessutom finns det bakterier som förekommer mest hos personer med fetma och andra bakterier som förekommer mera hos personer med normal vikt. En bypassoperation av ventrikeln har också påvisats leda till förändringar i

tarmfloran. (Zhang et al. 2009) Diät, infektioner och användning av antibiotika är potentiella faktorer som kan leda till förändringar i tarmfloran som kan göra det svårt att gå ner i vikt (Hartstra et al. 2015).

Det har identifierats en väldefinierad, specifik grupp av större personer som verkar metaboliskt friska. Ett begrepp som kan användas på tal om dem är metabolt frisk fetma. De utgör ca 8 – 37 % av hela populationen med en större kroppsvikt. Dessa personer har trots sin relativt stora mängd fettvävnad en normal lipidprofil i blodet, normalt blodtryck, normal glukostolerans, inga tecken på kranskärslsjukdomar och normala morfologiska och funktionella kardiologiska riskmarkörer. De kan också ha en lägre inflammation i kroppen jämfört med andra personer som är lika stora till sin kroppsvikt. De förekommer i alla BMI-kategorier, till och med hos personer med BMI över 50 kg/m². De präglas av en mindre midjemått och lägre ålder jämfört med personer med överviktsrelaterade sjukdomar. Viktminskning rekommenderas ändå för dessa människor också också. (Iacobellis 2009 s. 17 – 20) Nya forskningar har påvisat att individer med metabolt frisk fetma har subkliniska tecken på ökad risk att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar. Om de inte ändrar på sitt levnadssätt insjuknar de. (Kang et al. 2017, Goday et al. 2016).

2.1 Vad innebär en livsstilsförändring?

För att kunna både gå ner i vikt och behålla den uppnådda viktminskningen krävs det bestående ändringar i levnadssättet. Detta innebär ökad fysisk aktivitet, minskad intagning av energi, kontroll av matvanor samt identifiering, kartläggning och bearbetning av psykologiska faktorer som kan påverka förändringsprocessen. (Käypä hoito 2013 s. 8 – 9) Man kunde säga att livsstilsförändring består av ändringar i olika beteenden, vilka man utför dagligen. Därför talas det både om livsstilsförändring och beteendeförändring i detta masterarbete.

Livsstilsrådgivning utgör en väsentlig del av behandlingen av övervikt i Finland. I diskussionen betonas patientens eget ansvar över sitt eventuella lyckande i sin viktkontroll. Inom hälsovården finns det inte resurser till att vårda alla som har en större

kroppsvikt, för de är så många. (Käypä hoito 2013 s. 7 – 8) En del av patienterna vid läkarmottagning i Finland hävdar också att de inte har vetat om de negativa effekterna av att vara större, så därför behövs rådgivning. (Seppälä 2017 s. 55)

En engelsk studie påpekar att patienter med en större kroppsvikt upplevde den negativa stigman och kostnader förknippade med livsstilsförändring som största orsakerna varför man inte tagit upp ämnet på mottagningen. Läkarna tyckte däremot att de saknar skolning och tid att behandla problem av denna typ i och med att en god mottagning kräver att man hinner diskutera patientens hela livssituation. (Gunther et al. 2012) Det krävs ett vårdförhållande med förtroende för att kunna ta itu med ett känsligt ämne som påverkar människan starkt (Mercer 2009). Det att ämnet tas upp hos läkarmottagning har påvisats öka patientens förståelse av hälsorisker som förknippas med en större kroppsvikt (Durant et al. 2009).

I ett uppföljningsprogram av en finsk studie på prevention av diabetes typ 2 har det uppmärksammats att endast 36 % av män och 52 % av kvinnor med höjd risk till att insjukna upplevde ett behov av livsstilsrådgivning. Kunskap och medel för att ge stöd och råd för människor som inte själva anser sig behöva hjälp finns inte. (Salmela et al. 2012 s. 241)

I detta mastersarbete definieras livsstilsförändring som en ändring i levnadssättet som håller minst 48 månader. Tiden har specificerats på basen av de forskningsresultat som finns tillgängliga och identifieras närmare i kapitel 4. I verklighet skall dock livsstilsförändringen vara bestående, det vill säga bevaras längre än två år.

2.1.1 Motivation, livskvalitet och resursstärkande

Motivation innebär vilja, försök och att sträva till ett mål och kan mätas skilt från annat hälsobeteende. Motivation utgör en central del av flera hälsopsykologiska teorier som tillämpas vid planering av hälsofrämjande interventioner. (Hankonen 2017 s. 203)

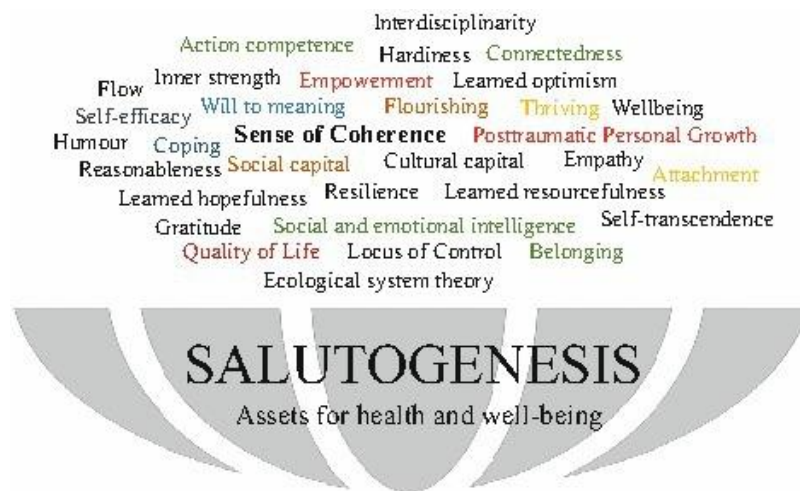
Interventioner som tillämpar beteendeförändringstekniker hos personer som redan har en viss motivation till att öka sin fysisk aktivitet verkar ha större effekt än interventioner som syftar till att skapa motivation (Dombrowski et al. 2012 s. 20, Darker et al. 2010, Sniehotta et al. 2005)

Motivation finns redan: Globalt strävar 42 – 44 % av populationen efter viktminskning och 23 % efter att upprätthålla sin önskade vikt. 71- 95 % av studiepopulationen var motiverade av den orsaken för att förbättra sitt utseende, att öka sin hälsa, att förebygga sjukdomar, att förbättra sin fysiska kondition och öka sitt självförtroende. Mindre än 50 % rapporterade att de ville påverka sin kroppsvikt på grund av kraven som andra människor ställer på en. (Santos et al. 2017)

Kwan (2009) har mera ingående listat ut olika orsaker till varför amerikanska kvinnor och män med en större kroppsvikt eller fetma vill gå ner i vikt. Hälsa har främst ett instrumentellt värde hos denna population: det möjliggör ett långt, meningsfullt liv och tillåter olika sociala roller fast frånvaron av överviktsrelaterade sjukdomar upplevs också som viktigt. Fast skönhetsidealer från medier ifrågasattes så var de också en motivation till viktminsknings. Dessutom ville de undvika social stigmatisering som förknippas med övervikt och trodde att de skulle ha lättare att få jobb efter viktminskning. (s. 1225 – 1228)

Livsstilsförändringar är svåra att genomföra. En låg psykisk livskvalitet kan ha en negativ inverkan på viktkontroll. (Seppälä 2017 s. 55) Dessutom har övervikt en negativ inverkan på fysisk livskvalitet. En konsekvent inverkan på psykisk livskvalitet har dock inte påvisats utan olika studier har gett olika resultat. Ändå verkar det som om personer med BMI över 40 skulle uppleva en lägre psykisk livskvalitet än personer som väger mindre. (Seppälä 2017 s. 51, Ul-Haq et al. 2013 s. E342) Livskvaliteten inverkar både på människors upplevda hälsa och lyckandet vid livsstilsförändring. En människa i en svår livssituation har sämre möjlighet att lyckas vid livsstilsförändring än en människa med mindre belastningsfaktorer. En strävan till ökad livskvalitet kräver multiprofessionellt samarbete i och med att den upplevda livskvaliteten består av många olika faktorer. (Seppälä 2017 s. 55)

Med resursstärkande menar man stödande av klientens beslutsfattande för att uppnå fria, egna val. Detta sker både på samhällsnivå eller individnivå. (Green et al. 2015 s. 40 – 41) De flesta nyckeldokument publicerade av Världshälsoorganisationen betonar behovet av att människor ska ha kontroll över sitt liv, sin hälsa och vara delaktiga inom olika samfund för att uppnå god hälsa (Green et al. 2015 s. 35).



Figur 1. Det salutogena paraplyet enligt Eriksson & Mittelmark 2017. Figuren används i detta arbete i enighet med Creative Commons licensen <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/>

Inom hälsofrämjande talar man om salutogenes som ett paraplybegrepp som innefattar olika teorier och begrepp med olika salutogena element och dimensioner. Resursstärkande (empowerment) hör till dessa. (Eriksson & Mittelmark 2017 s. 103) Det salutogena paraplyet presenteras i figur 1.

Den salutogena teorin utvecklades av Aaron Antonovsky på 1970-talet när han blev intresserad av varför vissa människor med svåra trauman kunde bevara sin hälsa (Antonovsky 1987 s. 15). Salutogenes betyder ”Hälsans ursprung” och teorin går ut på att fokusera på och förstärka människans hälsoresurser istället för riskfaktorer. Hälsan beskrivs som olika grader av eller ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Det definieras som förmåga att bibehålla sig vid ett passligt läge på detta kontinuum trots inverkan av olika stressorer (Antonovsky 1987 s. 38 – 39). En faktor som inverkar på detta är känslan av sammanhang (Sense of Coherence, SoC), vilket består av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 1987 s. 43). Begriplighet syftar på i vilken utsträckning man upplever både inre och yttre stimuli som gripbart, ordnad information. En människa

med hög känsla av begriplighet förväntar sig att också i framtiden möta förutsägbara stimuli eller åtminstone sådana stimuli som går att ordna och förklara. Hanterbarhet beskrivs som ett sätt att uppleva resurser till ens förfogande som hjälper en att möta de krav som ställs av de stimuli som man utsätts för. Meningsfullhet innebär att ”ha betydelse” i livet. Fast livet innefattar utmaningar vill man investera sin energi och engagemang i det. (Antonovsky 1987 s. 44 – 45).

2.1.2 Health at every size som tankesätt

Health at every size (HAES) är ett tankesätt som fokuserar på hälsa i stället för viktminskning (Bacon & Aphramor 2011 s. 1). Robison (2005) har listat ut de väsentliga tankarna bakom detta koncept:

- att acceptera naturlig diversitet i kroppsstorlekar och -former
- bantning är varken effektivt eller riskfritt
- att avspänt justera sitt ätande enligt kroppens inre signaler
- beaktande av olika sociala, emotionella, andliga, och fysiska delfaktorer av hälsa och lycklighet

Man skall inte sträva till en viss idealvikt utan den ideala kroppsvikten anses vara den då människan kan koncentrera sig på andra meningsfulla saker i livet. (s. 1)

Enligt en forskningsöversikt av Bacon & Aphramor (2011) har HAES-interventioner ökat hälsa i fysiologiska mätningar, positiva hälsobeteenden och psykosociala faktorer, och dessutom har resultaten hållit bra i längden (s.2). Typiska ”gammaldags” bantningsinterventioner däremot leder ofta till endast en kortvarig viktminskning. Studier med lång uppföljningstid visar att majoriteten av individer som har gått ner i vikt under en intervention går upp i vikt igen efter interventionen också fast de har fortsatt att följa sin diet eller träningsprogram. (Mann et al. 2007 s. 229) Bacon & Aphramor anser därför kroppsvikten vara en ineffektiv och oetisk objekt för folkhälsointerventioner och rekommenderar ett HAES-inriktat närmelsesätt i stället (2011 s. 9).

Penney & Kirk påpekar att evidensen inte räcker till för ett paradigmskift i och med att studiedesignen, generaliserbarheten och populationerna i HAES-interventioner inte ännu

täcker hela kunskapsluckan (2015, s. e40). Dessutom finns det bevis på att en viktminskning på 5 – 10 % av den totala kroppsvikten främjar hälsan hos större personer (Wing et al. 2011), vilket HAES-tänkande inte tar i beaktande. Därför rekommenderar Penney & Kirk (2015) att man fortsätter att forska i ämnet utan att förkasta rekommendationen för viktminskning (s. e41) och påpekar att om man slutar definiera övervikt som en sjukdom så förlorar de människor som försöker att minska på vikten det stöd som de i dagens läge får inom hälsovården (Kirk et al 2014 s. 797).

2.1.3 Effektiva behandlingsformer

I detta mastersarbete anses sådana behandlingsformer vara effektiva som leder till en långvarig viktminskning. Den längsta dokumenterade perioden som man kan betrakta i detta sammanhang är 48 månader i och med att det är den längsta uppföljningstiden som det har hittats bevis för.

Enligt en forskningsöversikt av Dombrowski et al. finns det evidens på upprätthållande viktminskningsresultat upp till 24 månaders tid genom sådana stödprogram som syftar till förändrat beteende gällande både mat och motion. Däremot fanns det inga bevis på att kontaktfrekvensen, antal använda interventionskomponenter, användning av internet, telefon eller personliga kontakter skulle inverka effektiviteten mot någondera håll. (2014 s. 5)

En RCT-studie med 465 kvinnor av Gibbs et al. (2012) har påvisat en ännu längre upprätthållt viktminskning, 48 månader. Interventionens innehåll var ungefär samma som i de studier som Dombrowski et al. påvisade ha god effekt: man strävade stegvis till sådana mat- och motionsvanor som följer den nationella rekommendationen för generell population. Hos interventionsgruppen var medeltalet för viktminskning vid 48 månaders mätning mindre än 5 % av kroppsvikten (s. 1352 - 1354)

Desto större långvarig viktminskning har man inte kunnat påvisa tidigare heller: En forskningsöversikt av Franz et al. (2007) påvisade en viktminskning på 3 – 6 % vid de studier som hade en uppföljningstid på 48 månader. Som medel till viktminskning

användes ändrade matvanor eller både mat- och motionsvanor. Bästa resultatet fick man dock genom att kombinera läkemedel med ändring av mat- och motionsvanor. (s. 1755 - 1757)

2.2 Sammanfattning av bakgrunden

En större kroppsvikt medför alltid hälsorisker. Det krävs hårt arbete av individen att kunna genomföra en livsstilsförändring. En viktnedgång leder till hälso nytta. Hälsovårdsprofessionella saknar effektiva medel för att hjälpa människor med livsstilsförändring. En hållbar viktnedgång är särskilt sällsynt, och det finns goda skäl att fokusera på diverse faktorer som inverkar på individens livskvalitet, välmående och hälsa i längden i stället för en stor viktnedgång på en kort tid.

3 TIDIGARE FORSKNING

Tidigare forskning kring vad större personer anser som önskvärdt vid tjänster som skall underlätta viktnedgång söktes under juli 2017 via PubMed, Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl (EBSCO), ScienceDirect och Google Scholar.

Som sökord användes obesity, intervention, qualitative, view och service user med bindeordet AND. Träffarna skulle ske helst i rubriken eller ämnesorden.

3.1 Specifika önskemål

Den enda studien där klienterna fick själva formulera sina dröminterventioner var en engelsk intervjustudie på blivande mammor av Khaezaezadeh et al. från 2011. Interventionen skulle äga rum antingen varje eller varannan vecka, hellre i samband med lokala samfund än inom specialhälsovården. Interventionens innehåll skulle bestå av information kring hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet, även för personer med olika

kulturella bakgrunder. Personer som själv har genomgått en livsstilsförändring kunde vara med som inspiration men även hälsovårdsprofessionella skulle i varje fall behövas. Även en bättre tillgång till de nuvarande tjänsterna skulle duga, exempelvis näringsterapi eller rådgivning. (s. 54) En studie av Furness et al. (2011) på en dylik population lyfter upp liknande önskemål: blivande mammor vill ha saklig information kring hälsosam kost och motion i en tillåtande atmosfär. (s. 6)

Förutom denna studie hittades en forskningsöversikt med deltagarnas kommentarer på interventioner som de har deltagit i. Archibald et al. (2015) sammanställde kunskap om hur män har upplevt olika interventioner. Hos vissa män kan det ha en betydelse att interventionen har riktats endast till män medan andra inte anser det vara en viktig faktor (s. 5). Ett humoristiskt närmelsesätt samt att veta att interventionen har gett goda resultat hos andra män ansågs också vara lockande faktorer (s. 10). Att genomföra interventionen i en ”manlig” omgivning som en fotbollsstadium kan också ha en gynnsam effekt (s. 10). Att banta genom en strikt diet ansågs i två olika studier som opassligt. I stället respekterades realistiska och flexibla riktlinjer som man själv kan tillämpa enligt sin egen situation (s. 11 - 12). Fysisk aktivitet och stegmätare upplevdes positivt bland män (s. 12).

Brown et al (2006) beskriver klienternas erfarenheter inom primärvården. Klienterna upplevde att det varken finns tillräckliga tjänster eller tid för deras behov. Utveckling av olika former av självhjälp och stödjande gruppverksamhet hörde till klienternas önskemål. (s. 670).

Tidigare forskning gällande klienternas önskemål uppmärksammar också behovet av långvarigt stöd, resursstärkande (empowerment) genom olika stödprogram och individuella lösningar utan höga kostnader för klienten. Interventioner borde syftas till långvariga livsstilsförändringar i stället för en snabb och effektiv viktminskning. (Thomas et al. 2008 s.5) Även kvinnor som i samband med graviditet har skickats till näringsterapi på grund av fetma betonar betydelsen av att klientens individuella situation tas i beaktande vid interventionen (Heslehurst et al. 2017 s. 51 - 52).

3.2 Relationen mellan klienter och professionella

Leske et al. (2012) lyfter upp betydelsen av samarbete och tillit mellan klienten och hälsovårdsprofessionella. Klientens skepticism och motivation bemöts med hälsovårdspersonalens vilja och kunnighet att förklara sina rekommendationer gällande vårdlinjer. Hälsovårdspersonalens livsstil och viktstatus upplevs annorlunda av manliga och kvinnliga personer med större kroppsvikt: kvinnor känner sig ofta tryggare med läkare som också är större, medan män litar mera på läkare som ser ut att följa sina egna rekommendationer. Tillit leder till samarbete och öppen kommunikation och därmed förstärker klientens egna resurser. Då läkaren är intresserad av klienten som person samt att läkaren är villig att dela av sin kunskap med klienten så får det tilliten att växa. Även klientens bestämmanderätt gällande behandlingen ökar tilliten. (s. 7 – 13)

Tarrant et al. (2016) och Furness et al. (2011 s. 6 - 7) menar att klienterna upplever viktigt att hälsovårdsprofessionella visar empati och förståelse för klienternas synvinklar och individuella behov. I och med att Tarrant et al. forskade klienter som deltog i gruppterapi på grund av fetma påpekar de att hälsovårdsprofessionella skall också kunna skapa tillit i grupp. (s. 88)

3.3 Sammanfattning av tidigare forskning

Stödet skall vara långvarigt, regelbundet, billigt och individuellt. Tjänsterna skall bidra till resurstärkande. En stödjande gruppverksamhet eller självhjälp ses som önskvärt. Professionella ska visa empati och förståelse för klienternas perspektiv och behov. Tillit och öppen kommunikation leder till ett lyckat samarbete.

Större kvinnor önskar sig bättre tillgång till tjänster inom primärvården. Individuella skillnader i form av olika livssituationer eller bakgrunder skall beaktas. Saklig information kring hälsosam kost och motion i en tillåtande atmosfär, snarare inom det lokala samfundet än inom hälsovården ses som önskvärt. Större känner sig bekväma med en professionell som också har övervikt.

Större män förhåller sig positivt till träffar som sker i en ”manlig” omgivning. Dessutom uppskattar de interventioner som har påvisats vara effektiva. Fysisk aktivitet och ett humoristiskt närmelesätt upplevs som positivt bland män. Män med en större kroppsvikt litar på professionella som ”lever som hen lär”.

4 TEORETISK REFERENSRAM

4.1 Principer för en hållbar beteendeförändring

Det finns flera teoretiska modeller som har skapats för att förstå dynamiken bakom beteendeförändring. Dessa modeller kan användas som grund vid planering av hälsofrämjande interventioner och strategier. (Riekert et al. 2014, s. 1) Exempel på dessa är individuella teorier som Social Cognitive Theory, Self-Regulation Model, Health Belief Model, Theory of Planned Behavior, Transtheoretical Model och Relapse Prevention Model. (Riekert et al. 2014, s. 3). I dagens läge finns det ändå inga bevis på att livsstilsinterventioner som baserar sig på en viss teori skulle ha bättre effekt på förändrade mat- och motionsvanor än interventioner baserade på andra teorier eller interventioner som inte har baserats på en viss teori (Samdal et al. 2017 s. 10, Sjögren et al. 2017 s. 28, Prestwich et al. 2014 s. i12 – i13, Greaves et al. 2011 s. 5, Gardner et al. 2010 s. 1623, Dombrowski et al. 2010 s. 18). Olika studier som använder sig av olika mätare för förändring av olika hälsobeteenden ger olika resultat, och därför är det svårt att jämföra dessa sinsemellan (Davis et al. 2015 s. 324). I interventioner som har formats på basen av olika teorier har man däremot kunnat identifiera vissa komponenter som förekommit vid effektiva interventioner. Dessa kallas beteendeförändringstekniker och de kan jämföras med varann.

Abraham & Michie har år 2008 skapat en lista på 26 beteendeförändringstekniker som har använts vid livsstilsinterventioner i syfte att i fortsatt forskning kunna identifiera vilka komponenter i olika beteendeförändringsinterventioner fungerar mest effektivt. På detta vis kan man i framtiden skapa bättre interventioner. Michie et al. har gjort en uppdaterad version av listan först 2011 med 44 tekniker och sedan år 2013 ännu en uppdatering med

93 tekniker (bilaga 3). Listan (Behavior Change Technique Taxonomy, senare BCT-T) har validerats internationellt och tvärvetenskapligt (Michie et al. 2013 s. 18-19).

Samdal et al (2017) använder sig av den nyaste versionen av BCT-T:n i sin forskningsöversikt med meta-regressionsanalys för att se skillnaden mellan de beteendeförändringstekniker som har bäst effekt hos större personer då det gäller mat- och motionsvanor. Resultaten betraktades både på kort sikt (mindre än 6 månader) och lång sikt (mera än 12 månader). Ur forskningsresultatet kommer det fram två teoretiska teman som hjälper att upprätthålla beteendeförändring: tekniker som faciliterar självreglering och en kommunikationsstil som stödjar motivationsfaktorer bakom beteendet. Dessa två kompletterar varandra: den första bidrar med kompetens medan den andra ger beteendet mening och värde samt tillfredsställer psykologiska behov. (s. 11) Självreglering och upprätthållande av motivation har även identifierats av Kwasnicka et al. (2016 s. 282 - 286).

De specifika teknikerna som påvisades mer effektiva än andra både på kort och på lång sikt var att sätta upp specifika beteendeinriktade mål åt sig, att uppfölja sitt beteende samt att ge feedback på beteendets resultat. Endast på kort sikt såg man goda resultat även av att ge feedback på själva beteendet, att demonstrera det önskade beteendet, samt att reflektera kring goda och positiva sidor av beteendet. På lång sikt fick man goda effekter dessutom vid problemlösning, målsättningar gällande resultat, att betrakta sina tidigare målsättningar och jämföra dem med uppnådda resultat, ospecificerad socialt stöd, att gradvis öka utförandet av ett visst beteende samt att lägga till objekt till omgivningen som stöder utförandet av beteendet. (Samdal et al. 2017 s. 8 - 9)

Hälsovårdsprofessionella verkade vara lika effektiva som lekmän som interventionsfacilitatörer. Dessutom fanns inget samband i var interventionen genomfördes: inom ett visst samfund eller inom hälsovården. Användning av flera beteendeförändringstekniker hade dock en positiv inverkan på resultaten. (Samdal et al. 2017 s. 10)

4.2 Principer för ett lyckat bemötande av klienten

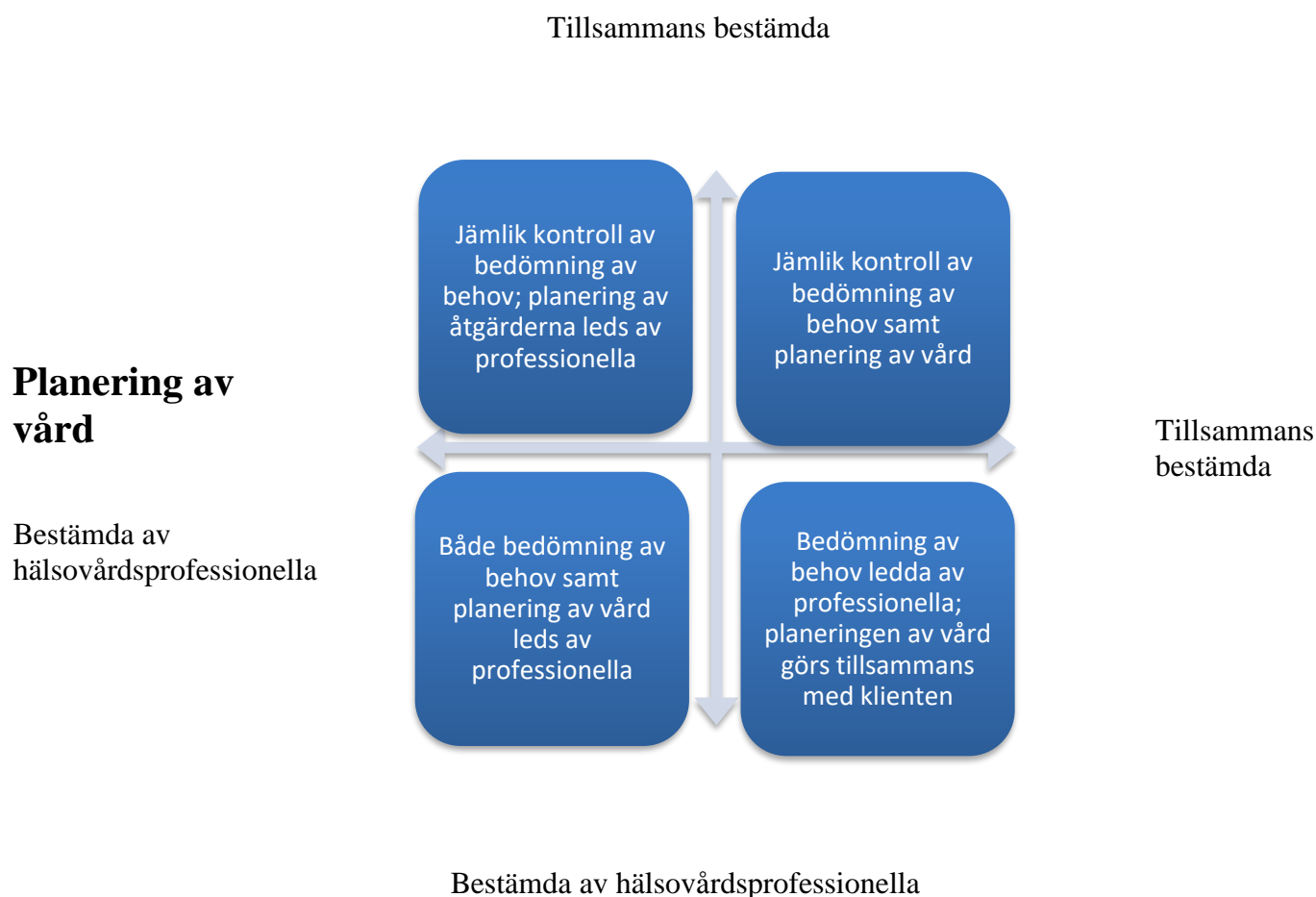
Det finns korrelativt bevis på att en interaktion som stöder autonomi hos klienten har en positiv inverkan vid beteendeförändring. Hankonen (2017) listar ut principer för detta: samarbetsorientering av hälsovårdsprofessionella så att man tillsammans med klienten försöker lösa problem i stället för att predika om vad klienten måste göra. Man skall uttrycka medkänsla för klienten samt erkänna motstridiga önskemål. Man skall också stöda klientens upplevelser samt med miner, öppna frågor och gester visa att man intresserar sig för klientens situation och upplevelser. (s. 212 – 213)

Dessa principer passar bra ihop med ett resursstärkande tankesätt (empowerment). Fenomenet kan definieras som en komplex upplevelse av personlig förändring. Den styrs av självbestämmande (self-determination) men kan faciliteras av hälsovårdsprofessionella. Detta kräver ett klientcentrerat arbetssätt där klientens erfarenhet, prioriteter och rädslor beaktas. Terapin präglas av självreflektion, experimentering, och diskussion tillsammans med klienten och leder till ökning av både medicinsk förståelse och psykosociala färdigheter hos klienten. En ökad upplevd självförmåga gällande hälsobeteenden samt förändrade prioriteringar och värden i livet kan förekomma. Till slut kan klienten klara sig bättre både med sitt hälsotillstånd och liv. (Aujoulat et al. 2007 s. 6) Klienternas önskemål om interaktion som har lyfts upp i delkapitel 3.2 passar bra ihop med dessa principer så det verkar som om sådan kommunikation som upplevs som önskvärt också skulle vara effektivt vid beteendeförändring.

Łuczyński et al. har år 2016 utrett effekten av resursstärkande (empowerment) hos personer med fetma och diabetes. Metodologin av resursstärkande-baserad terapi förblir kontroversiellt fast goda resultat har påvisats på kroppsvikt, metabolisk kontroll och livskvalitet hos personer med typ 2 diabetes. Studier med lång uppföljningstid och stort sampel finns inte ännu om ämnet (s. 7).

4.3 Klientens delaktighet vid utveckling av hälsotjänster

Bedömning av behov



Figur 2. Alakeson et al. och planering av vård

2013 s.13 Bedömning av behov

Det finns en växande efterfrågan på klienternas delaktighet vid beslutsfattande inom hälsovården. Professionella kan dominera beslutsfattande och få patienterna att känna sig utomstående i frågor gällande sin egen hälsa. Dessutom finns det strukturer inom hälsovården som får obalansen av maktstrukturerna att luta sig mera mot hälsovårdsorganisationer än mot klienter som individer. Centrala målsättningar för klienternas delaktighet kunde fokuseras på inklusivitet och representation, jämställdhet, diskriminering och resursstärkande. (Ocloo & Matthews 2016 s. 628 - 629)

Alakeson et al. har år 2013 presenterat ett nytt paradig för hälso- och socialvården där klienterna tas med i beslutsfattande för att främja goda vårdresultat särskilt vid långvariga hälso- och sjukdomstillstånd.

4.4 Sammanfattning av den teoretiska referensramen

För att få klienten att känna sig delaktig vid hälsovårdsfrågor behövs det en ändring i tankesättet hos professionella. Man skall betona klienten som en viktig komponent vid beslutsfattande gällande klientens hälsa för att bidra till resursstärkande hos klienten.

Interaktionssättet som professionella använder sig av skall stöda autonomi hos klienten. I stället för att försöka lösa problem åt klienten skall man i samarbete med klienten komma underfund med lösningar. Man skall uttrycka medkänsla för klienten samt erkänna motstridiga önskemål. Man skall också stöda klientens upplevda kunnskap samt visa intresse för klientens situation, prioriteter, rädslor och upplevelser. Detta gör man genom miner, öppna frågor och gester. Genom självreflektion, experimentering, och diskussion tillsammans med klienten kan man öka både medicinsk förståelse och psykosociala färdigheter hos klienten. Detta upplevs som en mångfacetterad personlig förändring hos klienten. Till slut upplever klienten klara sig bättre i sin livssituation och med sitt hälsotillstånd.

Det har identifierats specifika tekniker som har påvisats vara effektiva vid facilitering av en hållbar beteendeförändring. Till dessa hör uppmuntrande till att sätta specifika beteendeariktade mål åt sig samt att uppfölja sitt beteende. Feedback på beteendets resultat, problemlösning samt målsättningar gällande resultat hör också till dessa. Man kan betrakta sina tidigare målsättningar och jämföra dem med uppnådda resultat eller få ospecificerad socialt stöd för att uppnå en hållbar beteendeförändring. Att gradvis öka utförandet av ett visst beteende samt att lägga till objekt till omgivningen som faciliterar utförandet av det önskade beteendet kan också fungera. Bäst resultat får man av att använda sig av flera tekniker.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med detta mastersarbete är att utreda hurdana tjänster större personer önskar sig som stöd i sin livsstilsförändring. Målet är att kunna möjliggöra för olika aktörer som gör hälsofrämjande arbete att utveckla och erbjuda sådana tjänster som större personer själva tror sig kunna dra nytta av och på så sätt bidra till resursstärkande hos denna klientgrupp.

Fråga 1: Hur blir större personer bemötta av professionella inom hälsovård och motion?

Fråga 2: Hurdana tjänster önskar sig större personer som stöd till sin livsstilsförändring?

6 METOD OCH ARBETSPROCESS

6.1 Metod för insamling av data

Som metod för detta mastersarbete har valts frågeenkätundersökning för att fånga upp så många åsikter som möjligt i och med att större personer är en stor, heterogen population. Samplet består av personer som är medlemmar i olika Facebook grupper och -sidor som behandlar en stor kroppsvikt och livsstilsförändring. Två av grupperna föreslogs av uppdragsgivarens representant (Läskimyytinmurtajat och Vaakakapina), en grupp föreslogs av en kollega till skribenten (Hedelmälihasta – Vegaaninen treeniryhmä) och resten hittades genom använda följande sökord i sökfältet i Facebook: painonhallinta, laihdutus, elämäntapamuutos. De grupper och Facebook sidor som gav tillstånd att dela ut frågeenkäten på sin sida var Läskimyytinmurtajat som har 32 462 medlemmar, Vaakakapina som har 26 274 uppföljare, Keventäjät som har 3886 uppföljare, Yksi Elämä med sina 18 554 uppföljare, Hedelmälihasta – Vegaaninen treeniryhmä som har 3 491 medlemmar och Painonhallinta med 951 uppföljare. Antalet uppföljare och medlemmar är från januari 2018.

6.1.1 Frågeenkäten

Frågeenkäten finns med i arbetet som bilaga 4. Frågeenkäten och tillkännagivanden har skrivits så att de motsvarar både mastersarbetets syfte och frågeställning, men även Health

At Every Size –tankesättet. Några av svaren anges på VAS-skala för att de möjliggör för forskaren att beräkna medeltal och spridning (Vehkalahti 2014 s. 37). Frågorna om bakgrundsvariablerna kön, ålder, midjemått och bantningsförsök placeras som sist i frågeenkäten i och med att dessa frågor kan kännas påträngande. (Vehkalahti 2014 s. 25)

Forskningsfrågorna har formulerats på basen av tidigare forskning gällande klienternas önskemål och lyckade interventioner (kapitel 2 och 3). Frågorna 1, 2 och 3 baserar sig på delkapitel 4.2 och 4.3 för att få reda på hur studiepopulationen upplever att de blir bemötta vid situationer där kroppsvikten diskuteras. Frågorna 4 - 9 baserar sig på kapitel 1, 3 och 4 för att få svar på hur praktiska arrangemang och olika särdrag av stödet upplevs som mest lockande. Frågorna 10 och 11 finns för att få reda på om det överhuvudtaget finns ett behov för ytterligare stöd hos studiepopulationen och om någonting väsentligt fattas från forskningsfrågorna.

Frågorna 13 och 14 gällande tidigare bantningserfarenheter togs med i studien på basen av uppdragsgivarens förslag. Samma gäller för svarsalternativet ”Ohjausympäristön turvallisuus ja miellyttävyys” i fråga 6 (vad informanten upplever vara viktigt hos det stöd hen önskar sig) samt svarsalternativen ”Kuntokartoitus”, ”Psykologin ohjaus”, ”Oppia stressinhallintaa, esim. Mindfulnessia” vid fråga 4 (vad informanten önskar sig).

Frågorna 4b, 6b, 7b och 9 går att besvaras med fritext. Dessa frågor formulerades med tanke på att informanterna får fritt med egna ord formulera sina tankar i stället för att endast nöja sig med färdigt angivna svarsalternativ.

Informanten kunde lämna in en frågeenkät där alla frågor inte hade besvarats.

Frågeenkäten piloterades i november 2017 bland skribentens studiekamrater och familjemedlemmar samt uppdragsgivarens representant. Vid piloteringen kom det fram att Google Forms var ett bra sätt att genomföra studien på grund av att det var lätt att överföra svaren från Google Drive till SPSS. Dessutom var layouten på enkäten användarvänlig. Enligt Skärsäter & Ali (2012) är det trevligt för informanten om alla frågor presenteras på samma sida så att hela formuläret syns. På detta vis upplever informanten större kontroll än om frågorna skulle presenteras på skärmen en och en. Dessutom ska

informanten kunna gå fram och tillbaka i frågeformuläret, vilket underlättar reflektionen och kan leda till mer informativa svar. (s. 257) Dessa kriterier uppfyllde Google Forms.

Pilotinformanterna hjälpte till vid att formulera frågorna och svarsalternativen så att det var lätta att förstå. Dessutom föreslog uppdragsgivarens representant några frågor och svarsalternativ till. Nedan redogörs de.

6.1.2 Svarsalternativ och frågor som föreslogs av uppdragsgivaren

Som ytterligare svarsalternativ till fråga 4, vad informanten önskar sig, lades tre nya svarsalternativ till. Dessa var stresshantering, till exempel mindfulness, psykologtjänster samt kartläggning av konditionen. Alla dessa är tjänster som Alfido erbjuder till sina klienter. Det finns skäl att anta att psykologtjänster och mindfulness kan vara nyttiga vid livsstilsförändringsinterventioner men mer evidens behövs ännu (Absetz & Hankonen 2017 s. 1018). Man vet inte ännu vilken mekanism har lett till de goda resultat som man har fått vid mindfulness-baserade viktningsinterventioner och därför går det inte att dra slutsatser (Tapper 2017 s. 130). Konditionstest däremot passar ihop med beteendeförändringstekniker som identifierades som nyttiga på lång sikt i kapitel 4.1.: problemlösning, målsättningar gällande resultat, att betrakta sina tidigare målsättningar och jämföra dem med uppnådda resultat. Om man testar sin kondition och är missnöjd med resultatet kan detta leda till problemlösning, att sätta nya mål åt sig gällande fysisk kondition samt att utvärdera sina resultat i förhållande till målsättningen.

Som två nya frågor togs med antalet tidigare bantningsförsök (fråga 13) och hur det gick med kroppsvikten efter dessa (fråga 14). I och med att det redan i år 2007 har påvisats att bantningskuror oftast varken leder till långvarig viktningsminskning eller bättre hälsa (Mann et al. 2007 s. 203) är det beklagligt om folk fortfarande kämpar med sin vikt och använder sådana metoder som för mera än 10 år sedan har påvisats vara ineffektiva.

6.2 Metod för bearbetning av data

Svaren presenteras med hjälp av SPSS genom att beskriva hurdana svar informanterna har angett. De frågorna som besvarades på VAS-skala (Visual Analogue Scale) presenteras genom att jämföra frekvensen av olika svarsalternativen till Gausskurvan eller normalfördelningen. En normal fördelning av mänskliga egenskaper eller åsikter antar att människor alltid är olika och statistiska teorier utgår från att dessa skillnader brukar likna den så kallade normalfördelningen eller Gausskurvan (Coolican 2014 s. 394)

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Deltagande vid undersökningen sker frivilligt och anonymt genom frågeenkät på internet. Enligt riktlinjer utgivna av Forskningsetiska delegationen år 2009 för beaktande av etiska principer vid humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning skall man vid frågeenkätundersökningar beskriva forskningstemat för försökspersonerna, berätta vad ett deltagande i forskningen innebär samt hur lång tid det tar. Försökspersonerna skall få veta att deltagandet är frivilligt. Dessutom skall man ge forskarens kontaktuppgifter, beskriva det konkreta genomförandet av materialinsamlingen och den beräknade tidsåtgången samt hur forskningsmaterialet kommer att användas, sparas och utnyttjas i fortsättningen. (s. 6 – 7) Dessa har beaktats i tillkännagivande för forskningsdeltagare (Bilaga 2). Finansieringskällor och övrig bundenhet av betydelse för forskningens genomförande meddelas både vid publicering av forskningsresultaten och vid deltagande i forskningen för deltagare (Bilaga 2). (Forskningsetiska delegationen 2012 s. 18)

7.1 Kommunikation och lov vid forskning

Forskaren bär alltid ansvaret för forskningen och resultaten. Etisk prövning gjord av en etisk nämnd på förhand krävs av studier som ingriper i forskningspersonernas fysiska integritet, avviker från principen om informerat samtycke, riktar sig mot barn under 15 år, utsätter forskningspersonerna för exceptionellt kraftiga påfrestningar eller kan innebära hot mot forskningspersonernas säkerhet (Forskningsetiska delegationen 2009 s. 2 - 3). Inga av dessa kriterier uppfylls i denna forskning.

Tillkännegivande av forskningen skall innehålla all väsentlig information som informanten behöver för att kunna göra ett vetandebaserat val att delta i forskningen. Språket skall vara lätt att förstå och informanten skall ha tillräckligt med tid att bekanta sig med tillkännegivandet. Dessutom skall deltagarna ha möjlighet att ställa frågor om forskningen. (Forskningsetiska delegationen 2009 s. 5 - 7, Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto 2009 s. 8 – 10, World Medical Association 2013 s. 2 - 3) Vid enkätundersökningar beskrivs forskningstemat för forskningspersonerna och man berättar vad ett deltagande i forskningen konkret betyder och hur lång tid det tar. Den information som ges om undersökningen skall innehålla åtminstone forskarens kontaktuppgifter, beskrivning av det konkreta genomförandet av materialinsamlingen och den beräknade tidsåtgången, hur det insamlade materialet ska användas, sparas och utnyttjas i fortsättningen och att deltagandet är frivilligt. (Forskningsetiska delegationen 2009 s. 6 – 7) Tillkännegivandet skrivs på finska i och med att grupper i sociala medier var webbenkäten ges ut också fungerar på finska. Dessutom skrivs det en längre text som beskriver bakgrunden till studien som kommer att finnas bakom en länk vid tillkännegivandet. I texten beskrivs det varför det är svårt att gå ner i vikt och varför det är viktigt att få ytterligare kunskap om ämnet. Syftet med denna text är både att motivera människor att delta i studien och informera dem om olika faktorer som inverkar förekomsten av en större kroppsvikt så att de vet att forskaren inte försöker skylla dem på sin storlek. Frågemöjlighet ges via epost.

7.2 Särdrag vid forskning i Facebook

Det finns inga klara riktlinjer till utnyttjande av sociala medier vid forskning. Teknologier utvecklas snabbare än etiska nämnder hinner utvärdera användningsmöjligheterna av dem. Fast Facebook-användare ger ut mycket information på sina profilsidor betyder det inte att forskare har rättighet att spara eller använda sig av dem. Att be om lov att få använda sig av data som finns på en enskild användares profilsida kan också visa sig problematiskt. Exempelvis diskussioner som äger rum på dennes profilsida med sådana deltagare som inte vill delta i studien. (Kosinski et al. 2016 [www]) I denna studie

används dock endast sådana uppgifter som deltagare själva väljer att ange i frågeenkäten. Ingenting som finns på Facebook används i studien.

Lov för att ge ut frågeenkät i Facebook-grupper har frågats på förhand av moderatorer i de grupper där forskningen genomförs. Se bilaga 1. På grund av reglerna i en Facebook-grupp (Jenny ja läskimyytinmurtajat) togs bort meningen där uppdragsgivaren nämns då frågeenkäten skickades ut i den grupp.

8 RESULTAT

Undersökningen gav sammanlagt 64 svar varav två exkluderades från analys på grund av att informanterna inte hörde till studiepopulationen. Den ena var en kvinna med midjemått under 90 cm och den andra var en man med midjemått under 100 cm. Dessutom exkluderades ett ”dubbelsvar” som hade uppstått antagligen på grund av ett tekniskt fel. Alla angav sig vara över 18 år gamla. Av de kvarstående 61 svaren var 59 kvinnor och två män som uppfyllde inklusionskriterierna. Alla svar presenteras i en och samma grupp utan att skilja på könen – på grund av det lilla antalet män lönar det sig inte att analysera dem skilt från kvinnorna. Först presenteras siffror och procentantal och sedan lyfts upp sådana svar som har getts som fritext som kan vidare belysa eller utvidga tankar eller upplevelser bakom svaren. Översättningar på svar som har fritt formulerats av informanterna skrivs med *kursivstil*.

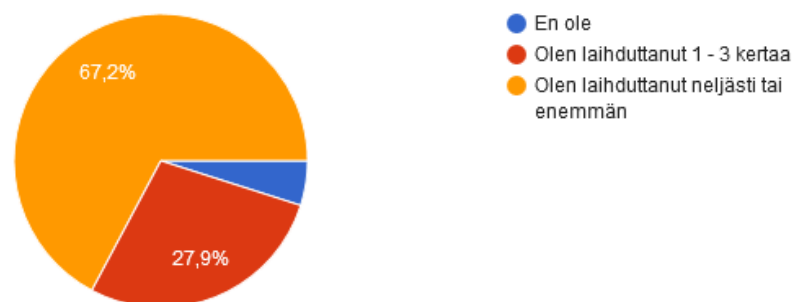
8.1 Informanternas tidigare erfarenheter gällande bantningsförsök

Två tredjedelar av informanterna hade försökt banta flera gånger. Endast 3 av dem (4,8 %) hade aldrig försökt gå ner i vikt. Av de som hade försökt banta hade 29 personer (49,2 %) upplevt en uppgång av vikten efter bantningen: sakta men säkert kommer man upp tillbaka till den viktnivå som man hade innan bantningen. 18 personer hade (28,6 %) upplevt jojo-effekten: vikten gick upp och ner utan att hållas på den nivå man önskade.

Endast två personer uppgav att de fortsatte att gå ner i vikt och en hade fått vikten att hållas vid den önskade nivån under ett år. 9 personer (14,3 %) uppgav med egna ord andra variationer av viktuppgång än de listade i de färdiga svarsalternativen varav den mest förekommande kunde sammanfattas så att vikten har efter varje bantningsförsök stigit mycket över startnivån (5 personer).

Oletko laihduttanut?

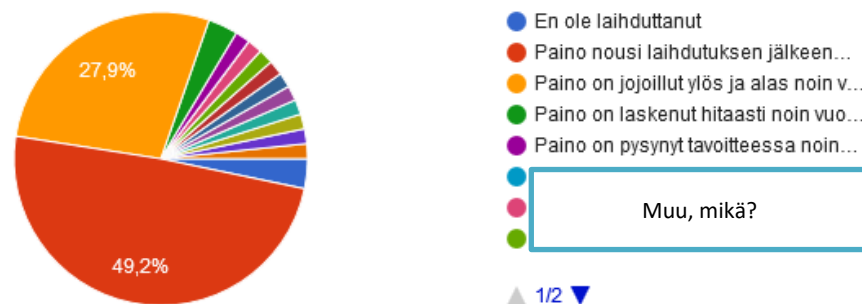
61 vastausta



Figur 3. Har du bantat?

Jos olet laihduttanut, miten tulos säilyi?

61 vastausta



Figur 4. Om du har bantat, hur hållbart var resultatet?

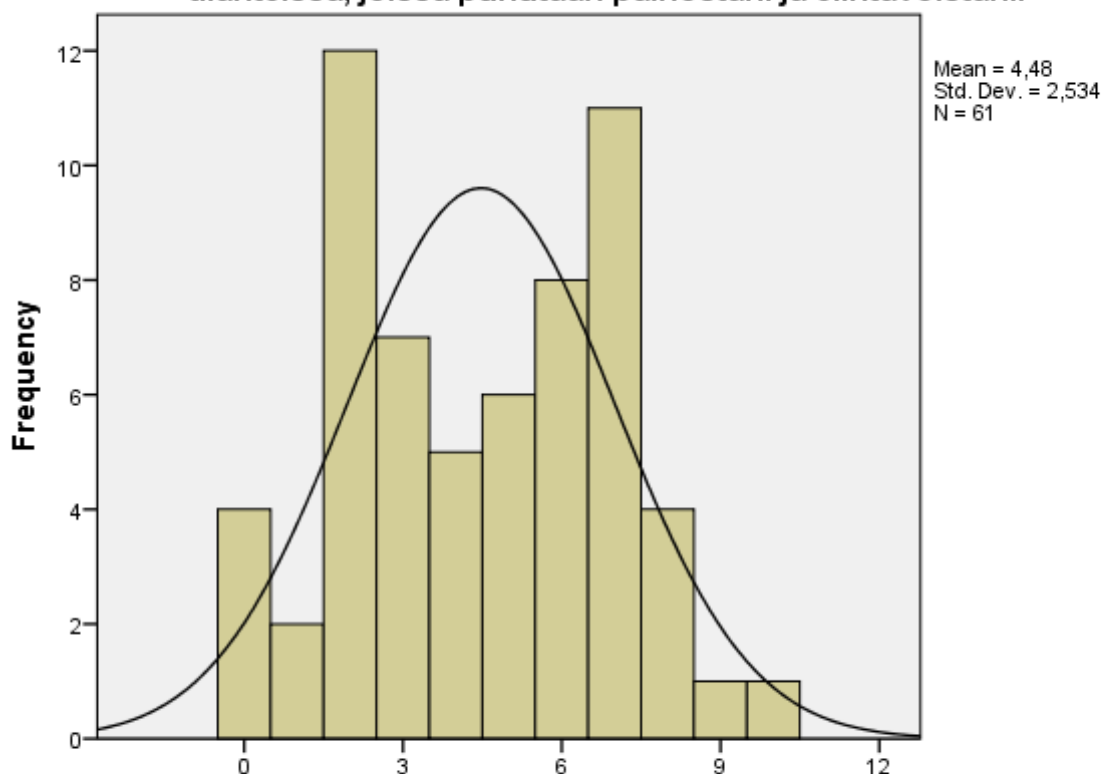
8.2 Hur blir klienterna bemötta av professionella?

Frågorna 1 och 2 kartlägger klientens upplevelse om att bli hörda och förstådda av professionella i sådana situationer där deras kroppsvikt diskuteras. Frågorna besvarades

på VAS-skala där svarsalternativen bestod av jämna siffror mellan 0 – 10. 0 betydde ”stämmer inte alls” (vid egentliga frågeenkäten antingen ”ei koskaan” vid frågorna 1-3 eller ”ei ollenkaan riittävää” vid fråga 7) och 10 betydde ”stämmer fullständigt” (vid egentliga frågeenkäten antingen ”aina” vid frågorna 1-3 eller ”täysin riittävää” vid fråga 7). Dessa svar går att jämföras med normalfördelningen så att svarsalternativen 0-3 anses betyda ”stämmer dåligt”, 4-6 ”stämmer någorlunda” och 7-10 ”stämmer bra”.

Fråga 1 kunde lyda på svenska: Jag känner att professionella lyssnar på mig och förstår min synvinkel vid de tillfällen där min kroppsvikt och levnadssätt diskuteras.

1. Tunnen, että ammattilaiset kuuntelevat minua ja ymmärtävät näkökulmani tilanteissa, joissa puhutaan painostani ja elintavoistani.

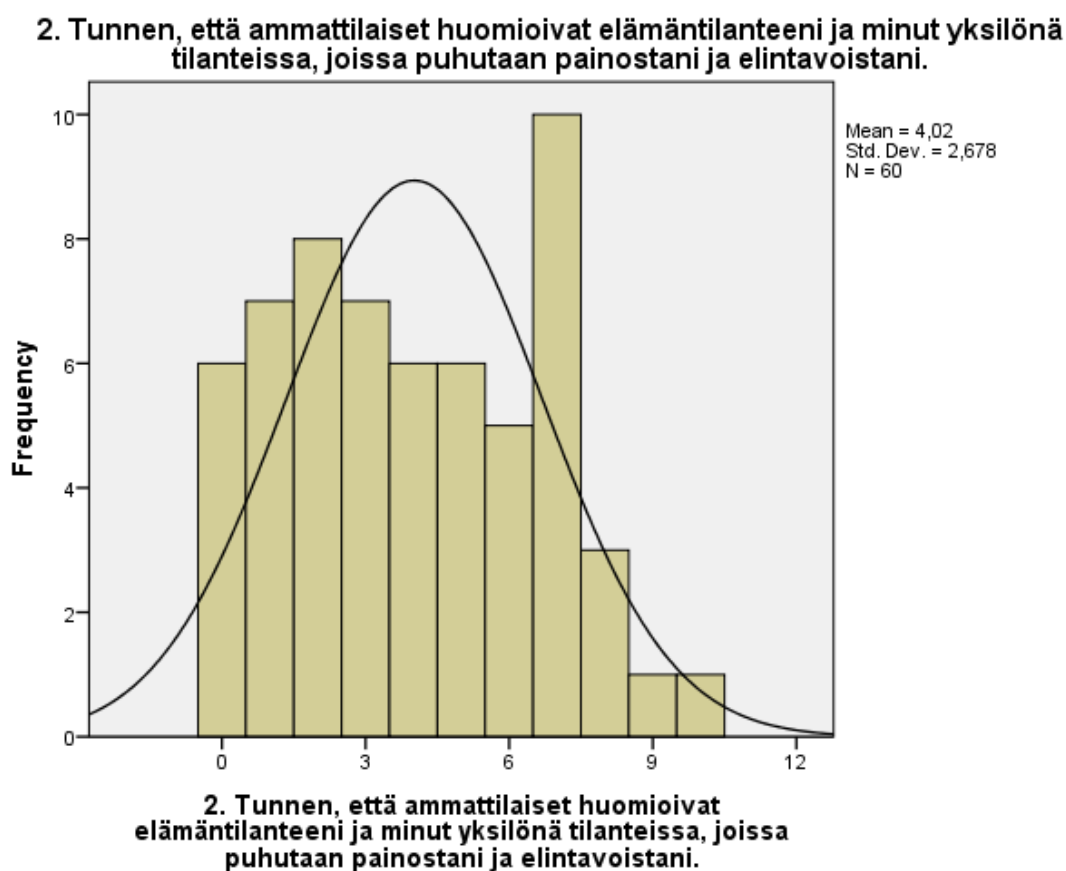


1. Tunnen, että ammattilaiset kuuntelevat minua ja ymmärtävät näkökulmani tilanteissa, joissa puhutaan painostani ja elintavoistani.

Figur 5. Jag känner att professionella lyssnar på mig och förstår min synvinkel vid de tillfällen där min kroppsvikt och levnadssätt diskuteras.

Vid fråga 1 avviker svaren från normalfördelningen (den svarta kurvan som syns på de gula svarspelarna). Det var 25 personer, en procentandel på 40,9 % som tyckte att professionella inte lyssnar på dem eller förstår deras synvinkel i situationer där man talar

om deras vikt eller deras levnadssätt. Dessa personer besvarade frågan med 0, 1, 2 eller 3, "stämmer dåligt". 17 personer, 27,9 % av informanterna, däremot besvarade frågan med 7, 8, 9 eller 10, "stämmer bra". Det var 19 personer eller 31,1 % som befann sig däremellan, det vill säga de tyckte att de blev hörda och förstådda någonlunda bra. Fördelningen lutar åt det hållet att en större andel av informanterna anser sig inte bli hörda och förstådda av professionella i sådana situationer där deras vikt och levnadssätt diskuteras.

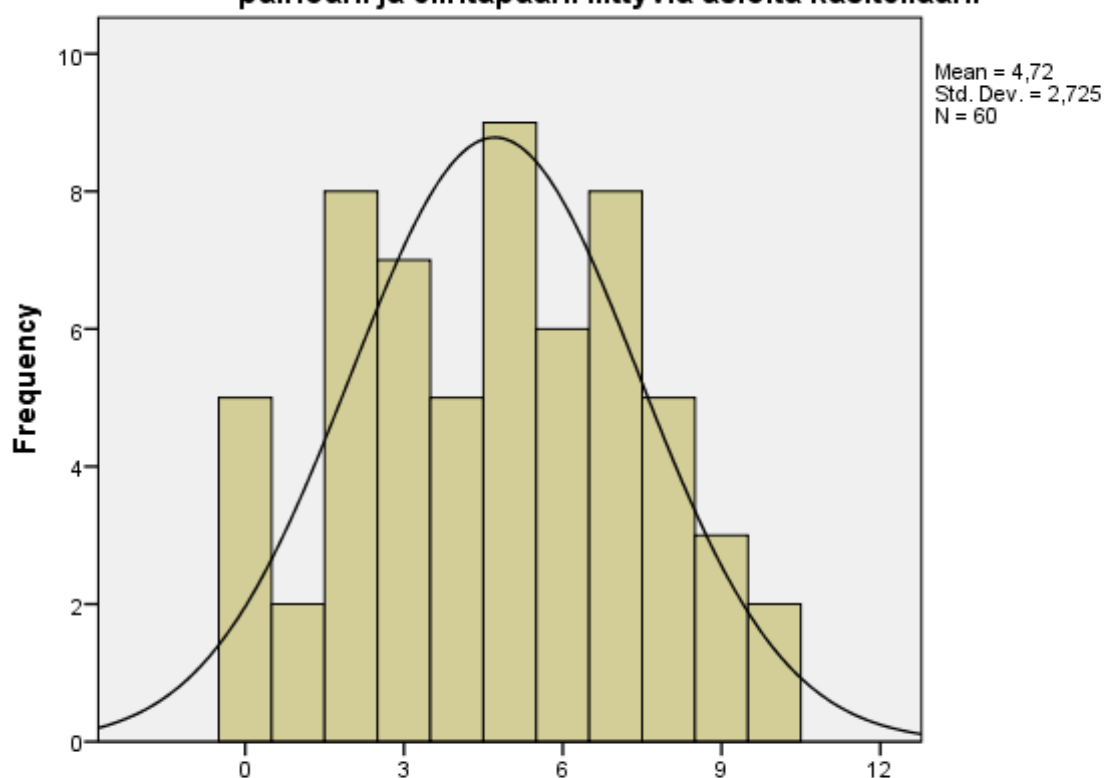


Figur 6. Jag känner att professionella tar min livssituation och mig som individ i beaktande vid de tillfällen där min kroppsvikt och levnadssätt diskuteras.

Fördelningen av svaren till fråga 2 är inte heller symmetrisk. Sammanlagt var det 30 personer som besvarade frågan med 0, 1, 2 eller 3. Dessa människor som tyckte att professionella inte beaktar ens individuella livssituation och en själv som individ vid sådana tillfällen där deras kroppsvikt diskuteras utgör 49,1 % av informanterna. 15 personer, 24,6 % av informanterna, var av motsatt åsikt och tyckte att de blivit rättvist behandlade oberoende deras styrkor, svagheter och livssituation. "Vid mitten" fanns det 17 personer som utgör 27,9 % av informanterna som tyckte att deras individuella

färdigheter och situationer beaktades någorlunda bra. Nästan hälften av informanterna placerades vid den ändan av fördelningen att de uppgav sig vara missnöjda med hur de blir "sedda" av professionella.

3. Tunnen, että olen tasavertaisena toimijana mukana päätöksenteossa, kun painoani ja elintapaani liittyviä asioita käsitellään.



3. Tunnen, että olen tasavertaisena toimijana mukana päätöksenteossa, kun painoani ja elintapaani liittyviä asioita käsitellään.

Figur 7. Jag känner, att jag är med vid beslutsfattande som en jämställd aktör då sådana ärenden som berör min kroppsvikt och mitt levnadssätt behandlas.

Fördelningen av svaren till fråga 3 däremot följer normalfördelningen. Sammanlagt var det 23 personer eller 37,7 % som besvarade frågan med 0, 1, 2 eller 3. Dessa människor angav sig inte känna sig som jämlika aktörer vid beslutsfattande gällande deras kroppsvikt eller levnadssätt. 18 personer eller 29,5 % av informanterna upplevde däremot en bättre jämvikt mellan sig själva och professionella, de tyckte att de helt klart hade en aktiv roll vid beslutsfattande. "Däremellan" blev det 20 personer som utgör 32,8 % av informanterna som tyckte att de varken hade en särskilt aktiv roll eller en inaktiv roll i sådana situationer där beslut gällande deras vikt eller levnadssätt fattades. Vid denna fråga

kan man säga att de uppgifter informanterna angav är i linje med en normal fördelning av svaren.

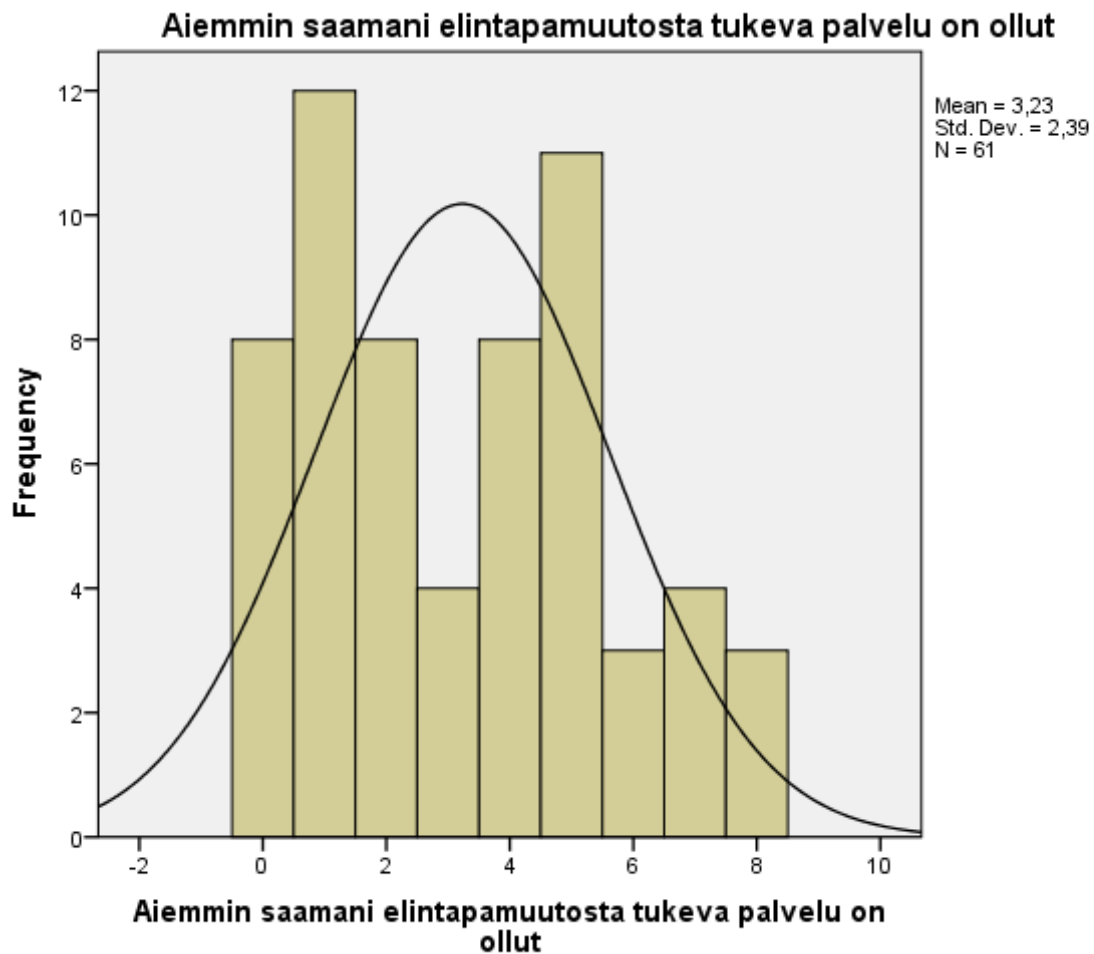
Sammanfattningsvis kunde man säga att personer med stor kroppsvikt upplever sig inte bli förstådda och hörda av professionella så bra som man kunde önska sig, men de upplever ändå att de också har makt över de beslut som fattas gällande deras levnadssätt och sin kroppsvikt.

”Jag behöver tack och beröm, förståelse och flexibilitet. Jag vill bli hörd och behandlad som en helhet så att även sinnet och känslorna i min varelse beaktas.”

8.3 Räcker de nuvarande tjänsterna till?

Fråga 7 besvarades också på VAS-skala där 0 betyder fullständigt otillräcklig service och 10 helt fulltäckande service. Har informanterna fått sådana tjänster eller tillräckligt med tjänster som de upplever sig behöva? Här är fördelningen av svaren snedast av alla. 67,7 % eller 42 individer upplevde att de inte fått sådan hjälp eller sådana tjänster som räcker till för en lyckad livsstilsförändring. Dessa människor besvarade frågan med 0, 1, 2 eller 3, ”inte alls tillräckliga tjänster”. 7 personer eller 11,5 % av informanterna hade besvarat frågan med 7 eller 8 men ingen med 9 eller 10, det vill säga några människor tyckte att de hade fått gott om tjänster men inte fullständigt tillräckligt ändå. “Vid mitten” blev det 22 personer som besvarade frågan med att de hade fått någorlunda bra med tjänster, det vill säga 36,1 % av informanterna var varken nöjda eller missnöjda med de tjänster de hade fått.

Kortfattat kan man säga att klienterna inte tyckte sig ha fått tillräckliga tjänster som stöd vid livsstilsförändring.



Figur 8. Den service som jag hittills har fått som stöd för livsstilsförändring har varit..

”Hur strävar du mot ditt mål?”

”Det gör jag inte. Jag skulle behöva professionell hjälp.”

8.4 Vad önskar klienterna sig?

Av informanterna uppgav 55,7 % (34 informanter) viktminskning vara en övergripande målsättning. 42,6 % av dem (26 informanter) däremot lade mera vikt på förbättring av hälsa och välmående genom en livsstilsförändring, det vill säga viktminskning var inte deras första och främsta mål.

Det mest populära alternativet gällande det vad man behöver få eller uppnå för att förverkliga livsstilsförändringen var bemästrande av självregleringstekniker som 67,2 % av informanterna, 41 personer tyckte de skulle behöva. Andra och tredje plats fick

stresshantering (till exempel mindfulness) som 50,8 % av informanterna (31 personer) ville lära sig och psykologtjänster som 47,5 % av informanterna (27 personer) önskade sig. Råd gällande näring önskades av 20 personer, 32,8 % av informanterna. Motionstjänster var mindre populära: en grov femtedel av informanterna önskade sig motionsrådgivning (19,7 % eller 12 personer) eller konditionskartläggning (21,8 % eller 13 personer). Andra tjänster uppgav 8,2 % av informanterna, 5 personer.

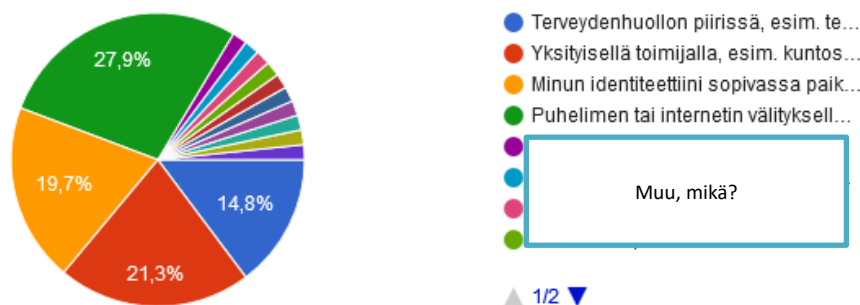
Gällande var och hur dessa tjänster skulle förverkligas ska det nämnas att en större del av informanterna (63,9 %, 39 personer) önskade sig individuell, personlig betjäning hellre än grupphandledning (41 %, 25 personer). Handledaren skulle ändå vara en professionell enligt 25 personer (41 %) istället för en lekman som 14 personer (23 %) ansåg. Självständigt arbete på basen av stödmaterial ansåg 12 personer (19,7 %) som lämplig stödform. 3 personer (4,9 %) hade andra förslag.

Den viktigaste enskilda egenskapen vid stödtillfällen ansågs vara en tillåtande atmosfär där man känner sig accepterad. 62,7 % av informanterna (41 personer) ansåg denna som en viktig faktor. Den viktigaste enskilda egenskapen av stöd var ännu mera populär: 75,4 % (46 personer) av informanterna tyckte att det är viktigt att man inte behöver förbinda sig till strikta på förhand bestämda regler utan man kan skraddarsy sin egen plan utifrån sina behov. Gällande handledare önskades det mera sådana personer som såg ut som att de har förståelse för klienten (70,5 %, 43 personer) än sådana personer som såg ut att ha sunda levnadsvanor (8,2 %, 5 personer). 52,5 % (32 personer) tyckte att det var viktigt att handledaren har bra kunskaper om ämnet men endast 19,7 % (12 personer) ansåg det vara viktigt att stödformen har vetenskapligt bevisats vara effektiv. 34,4 % (21 personer) tyckte att det är viktigt med en trivsamt omgivning för handledningen.

Gällande plats var svaren mera jämna: 17 personer (27,9%) önskade sig stöd via telefon eller internet, 13 personer (21,3 %) vid ett privat företag, 12 personer (19,7 %) vid ett ställe som klienten anser sig passa ihop med klientens identitet och intressen, 9 personer (14,8 %) inom hälsovården, och 10 personer (16,4 %) någon annanstans.

7. Minulle mieluisin paikka saada tukea elintapamuutokseen olisi

61 vastausta



Figur 9. Den service som jag hittills har fått som stöd för livsstilsförändring har varit..

Vid fråga 9, om fråge enkäten har missat någonting väsentligt uppgav två informanter ätstörningar och två läkemedel som kan leda till viktuppgång. Två informanter påpekade att stödet skall vara mycket långvarigt och två att de saknade konkreta eller fungerande medel till att upprätthålla en viktnedgång. Två uppgav sig ha fått stöd av professionella men den hjälpen motsvarade inte klientens behov. Även bakgrunden och individuella faktorer påpekades som viktiga faktorer av en informant. En önskade sig rådgivning gällande matvanor och en rapporterade ha själv genomfört en livsstilsförändring som ledde till en viktnedgång på 15 kg.

”Inte missat i sig, men det vore bra att beakta att innehållet på tjänsten, hur bra än det nu kunde vara, hjälper inte om tjänsten inte är tillgänglig för en. Till exempel inom offentlig hälsovård finns det ofta allt för stränga kriterier för hurdan form av hjälp det överhuvudtaget finns tillgänglig, och på privata sektorn är hjälpen allt för dyr. Allt borde alltså utgå från att man levererar en tjänst som folk har möjlighet att ta emot.”

Sammanfattningsvis uppskattade informanterna sådana tjänster som anpassas just till deras behov. Viktiga önskemål var att kunna känna sig accepterad och uppskattad, att de inte behöver anpassa sig till strikta program utan programmen anpassas till dem. Genom dessa tjänster önskar de gå ner i vikt och få livsstilsförändringen att hållas genom bemästrande av självregleringstekniker. Hälften av informanterna önskade sig även hjälp av en psykolog.

“Beskriv sådant stöd eller hjälp som du tror skulle fungera bäst just för dig”:

“Mentalt stöd för att klara av förändringen, information gällande hur man bör äta har jag nog.”

”En grupp som har någorlunda likadan startnivå.”

”Sen då man faller (emellanåt faller man) så skulle man få diskutera orsakerna med ledaren under en längre tid än 2 minuter”

9 DISKUSSION

Nedan diskuteras studiens resultat i förhållande till tidigare studier och metoden.

9.1 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att utreda hurdana tjänster större personer önskar sig som stöd vid sin livsstilsförändring.

Målet var att kunna möjliggöra olika aktörer som gör hälsofrämjande arbete att utveckla och erbjuda sådana tjänster som större personer själva tror sig kunna dra nytta av och på så sätt bidra till resursstärkande hos denna klientgrupp.

Hur blir fysiskt stora personer bemötta av professionella inom hälsovård och motion?

Utgående från resultatet av denna studie kan man säga att fysiskt stora personer upplever sig inte alltid bli förstådda och sedda av professionella. Dessa individer går miste om resursstärkande som professionella kunde facilitera genom att visa intresse för klienten som individ och klientens perspektiv som beskrivits även av Hankonen (2017 s. 212 - 213) och Aujoulat et al. (2017 s. 6). Om klienten känner sig som utomstående vid beslutsfattande gällande sin egen hälsa (Ocloo & Matthews 2016 s. 628 - 629) har man svårare att uppnå goda resultat på lång sikt (Alakeson et al. 2013 s. 13)

Hurdana tjänster önskar sig fysiskt stora personer som stöd till sin livsstilsförändring?

Enligt denna studie är det viktigt att individuella egenskaper och livssituationer tas i beaktande och att handledarna visar förståelse för klienten. Livsstilsförändringen ska kunna anpassas till individens egen situation. Både individuell handledning och grupphandledning önskades av ett relativt stort antal informanter. Alla dessa motsvarar de specifika önskemål som lyftes upp i kapitel 3.1. (Heslehurst et al. 2017 s. 51 – 52, Tarrant et al. 2016 s. 88, Archibald et al. 2015 s. 11-12, Furness et al. 2011 s. 6 – 7, Khaezaezadeh et al. 2011 s. 54, Thomas et al. 2008 s. 5, Brown et al. 2006 s. 670) samt den teoretiska referensramen gällande bemötande av klienten (Hankonen 2017 s. 212-213, Aujoulat et al. 2017 s. 6)

I linje med tidigare forskning och den teoretiska referensramen var också det önskade tjänstelevereringssättet: Professionell hjälp i jämförelse med stöd var mera önskvärt av personer som har genomgått liknande livssituationer (jämför Khaezaezadeh et al. 2011 s. 54). Gällande tjänsteleverering kan man säga att betoningen låg på individuella behov: de flesta önskade sig tjänster i elektronisk form, ett privat företag eller på ett ställe som passar ens egen identitet. Detta motsvarar önskemål som redan tidigare lyfts upp av Archibald et al. (2015 s. 10) Vad inte kom fram i den teoretiska referensramen eller bakgrunden var att **ungefär hälften av informanterna önskade sig psykologtjänster som hjälp vid livsstilsförändring**. Dessa människor känner kanske igen en dynamik i sitt beteende som kräver professionell hjälp.

Mera än två tredjedelar av informanterna ville bemästra självregleringstekniker som beskrivits av Samdal et al. (2017 s. 8-10) för att möjliggöra en hållbar livsstilsförändring (se kapitel 4.1). Det finns bevis på att en hållbar livsstilsförändring leder till en relativt liten viktneidgång som ändå har en god effekt på hälsan (Franz et al. 2007, s. 1755-1757, Gibbs et al. 2012 s. 1352 – 1354, Dombrowski et al. 2014, s. 5).

”Varför just på detta ställe?”

”Frihet att göra det i egen takt på eget sätt men ändå få stöd. Att inte behöva känna sig uppföljt genom mätningar (dåliga erfarenheter från primärhälsovården)”

9.2 Metoddiskussion

Redan vid val av forskningsämne utsätts varje forskare för en viss partiskhet eller en snedvinkling av tillgänglig information (publication bias). Detta innebär att sådana forskningsresultat som anses vara osignifikanta sällan publiceras. Vid en inblick till aktuell vetenskaplig litteratur utsätts man dessutom för en annan typ av partiskhet i form av att en kvalitetsgranskning. Detta innebär att andra forskare kan snedvrinda resultaten då en ny artikel publiceras så att okonventionella terapiformer kritiserar mer än etablerade behandlingar (peer reviewer bias). (Bowling 2002 s. 134) Förutom dessa påverkas ens tankar av samhällskulturens, forskarsamhällets och till och med språkets blinda fläckar, sådana antaganden som man inte ifrågasätter utan tar dem för givet i och med att de sitter fast i själva tänkandet (Alvesson & Sköldberg 1994 s. 13). Dessa kan ses också i denna studie exempelvis i val av ord eller formuleringar av svarsalternativ, vilka i sin tur påverkar forskningsresultatet. För att minimera bortfallet på grund av olämpliga val av ord eller formuleringar av svarsalternativ piloterades frågeenkäten.

Styrkan vid webbenkätstudier är att man har möjlighet att få en stor population att svara på enkäten, i fall enkäten har formulerats bra. En faktor som bör beaktas är hurdana personer forskningen når: de som svarar på enkäten har antagligen redan en viss motivation till viktminskning och träning i och med att de är aktiva i some-grupper som berör dessa ämnen. De som inte alls har motivation till att göra hälsosamma livsstilsförändringar får man högst antagligen inte med i studien. Man kunde kalla samplingsmetoden för ett bekvämlighetssampel i och med att studien görs på personer som är lätta att nå genom sociala medier. Enligt Bowling (2002) karaktäriseras bekvämlighetssampel av att informanterna i studien inte är randomiserade, vilket gör att studieresultaten inte går att generaliseras till en större population (s. 187). Med tanke på uppdragsgivarens kunskapsbehov är detta inget problem i och med att de personer som inte överhuvudtaget har något intresse för att göra en livsstilsförändring antagligen inte heller blir klienter till en konditionssal. Vid analys av forskningsresultaten skall det också beaktas att studiepopulationen inte representerar alla personer som är större, utan snarare sådana personer med en större kroppsvikt som är intresserade av hälsa och livsstilsförändringar, har goda läsfärdigheter, kan förhålla sig till standardiserade frågor

och har tillgång till internet. Enligt Kosinski et al. är det just denna typ av personer som man når lätt genom Facebook (2016 [www]).

Ett ytterligare problem med webbenkät är det att forskaren inte kan göra en bortfallsanalys på urvalet. Man har inga uppgifter om alla dem som man vill undersöka och kan alltså inte beräkna svarsprocent. (Jacobsen 2010 s. 227) Det finns en möjlighet att bortfallet på något vis som inte ännu har beaktats är systematiskt, vilket gör forskningsresultatet otillförlitligt eller snedfördelat. Man kan försöka att i efterhand jämföra det faktiska urvalet med det teoretiska urvalet - i detta fall personer som svarade på webbenkätundersökningen och personer som är med i de some-grupper där enkäten gavs ut men inte svarade. En tillförlitlig analys av bortfallet skulle ändå kräva en respondentlista som innehåller uppgifter om exempelvis bostadsort, kön och ålder (Jacobsen 2010 s. 233), vilken vid denna studie inte finns. I och med att samma personer kan vara medlemmar i flera olika Facebook-grupper och -sidor kan endast antalet medlemmar i den största gruppen där frågeenkäten delades användas som ett värde som antalet respondenter kan jämföras med. Då skulle respondentantalet, 61 jämföras med 32 462 personer som är med i den största gruppen, Läskimyytinmurtajat, vilket skulle betyda att bortfallet skulle bestå av 32 401 personer, vilket avgör cirka 99,8 % av studiepopulationen. Men i och med att det kan finnas människor i alla storlekar med i dessa grupper kan man inte heller anta att alla medlemmar hör till studiepopulationen.

Kvantitativ forskning går att göra på sådana ämnen där det redan finns förkunskap som det går att bygga standardiserade datainsamlingsmetoder på, som i detta fall frågeenkät. Forskningen syftar ofta på att dokumentera prevalensen av ett visst fenomen eller testa hypoteser. Styrkan i frågeenkätundersökningar ligger i att de går att göras i "naturliga" omständigheter och sannolikhetsampling är lättare än in experimentella studier. Detta gör att statistiska slutsatser kan dras i förhållande till en större population och resultaten kan generaliseras. Detta ökar den externa validiteten (överförbarheten) av studien. (Bowling 2002 s. 194 – 195, Jacobsen 2010 s. 70 - 72) Som en nackdel betyder "naturliga" omständigheter i detta fall ofta att forskningsdeltagare håller på med andra aktiviteter samtidigt som de svarar på undersökningen och kan också "skynda sig" genom frågeformuläret (Kosinski et al. 2016 [www]).

Den största svagheten med kvantitativa studier är deras ytliga karaktär. Man kan endast mäta ganska enkla saker och det är omöjligt att gå på djupet. Individuella variationer försvinner i och med att svarsalternativen är förformulerade. Man får fram summan av enskilda individers åsikter utan några individuella synpunkter eller tecken på grupp beteenden. Dessutom kan den interna validiteten bli svagare än i kvalitativa studier i och med att man får svar endast på det som forskaren har förstått att fråga om. Inget utrymme för upplysningar om faktorer som inte ingår i enkäten finns fast de skulle vara betydelsefullt med tanke på fenomenet som man forskar i. Dessutom inverkar formuleringssättet av frågorna, svarsalternativen och deras ordningsföljd på hur man kan svara på dem. På detta vis kan svaren bli snarare ett resultat av undersökningen än en mätning av vad informanterna verkligen tycker. Det är också möjligt att forskarens förståelse av fenomenet blir liten i och med att forskaren och informanterna aldrig träffas. Frågorna som ”Vad tänkte denna person när hen valde just detta svarsalternativ” blir aldrig besvarade i och med att forskaren och informanterna hålls främmande för varandra. (Jacobsen 2010 s. 76 – 77) Dessa ovannämnda problem med frågeenkät som missförstånd eller olika tolkningar av frågorna och svarsalternativen kan till och med förstärkas av det eventuella fysiska och/eller kulturella avståndet mellan forskaren och forskningspopulationen vid webbstudier samt minska på upplevd ansvarsskyldighet hos undersökningsslagare (Kosinski et al. 2016 [www])

Ett förbättringsförslag till framtida skribenter är att även vid piloteringsfasen analysera de svaren som man har fått med sitt valda analysprogram. På detta vis får man reda på om frågeenkäten har formulerats så att svaren går att analyseras utan att vidare bearbeta data i analysprogrammet. Extra bearbetning av data behövdes nämligen vid denna studie innan svaren kunde analyseras. Vanligtvis är det en klar styrka i enkätundersökningar som genomförs elektroniskt att den samlade datan sparas genast i elektroniskt form – på detta vis undgår man fel som forskaren lätt kan göra vid genomföring av data från pappersform till datorprogram (Vehkalahti 2014 s. 48 – 49). Vid detta fall finns ändå risken till att vid den extra bearbetning av data som behövdes på grund av bristfällig planering har det förekommit misstag som snedvrider resultatet.

9.2.1 Särdrag vid forskning i Facebook

Styrkan av studien kan ökas genom sampelstorlek oavsett signifikansnivå. Därför skall man definiera sampelstorleken i ett tidigt skede. (Elliott & Woodward 2007 s. 8) Oplanerad sampelstorlek tillsammans med en ovilja att ändra på den på förhand bestämda tidtabellen för studien ledde vid detta fall till att samplet förblev litet.

Socialt umgänge i Facebook präglas av annorlunda sociala regler än fysiska möten. Det är viktigt att forskaren respekterar Facebook-gruppernas egna regler. (Sjöberg & Lindgren 2017 s. 253) Länken till frågeenkäten publicerades två gånger med 1 – 2 veckors mellanrum på de Facebook-sidor eller grupper vars moderatorer gav lov att samla informanter på sina sidor eller grupper. I grupper får dessa inlägg en bra synlighet i och med att de syns bland diskussionen i gruppen på samma sätt som alla andra meddelanden. På Facebook-sidor däremot fick länken till studien en mindre synlighet i och med att inlägg av ”utomstående” skribenter, det vill säga alla som inte är sidans ”ägare”, syns endast vid sidan av det huvudsakliga informationsflödet, skilt från sidans ordinarie innehåll. Detta kan ha lett till att inbjudan till att delta i studien inte har setts av alla som eventuellt kunde ha deltagit vid studien.

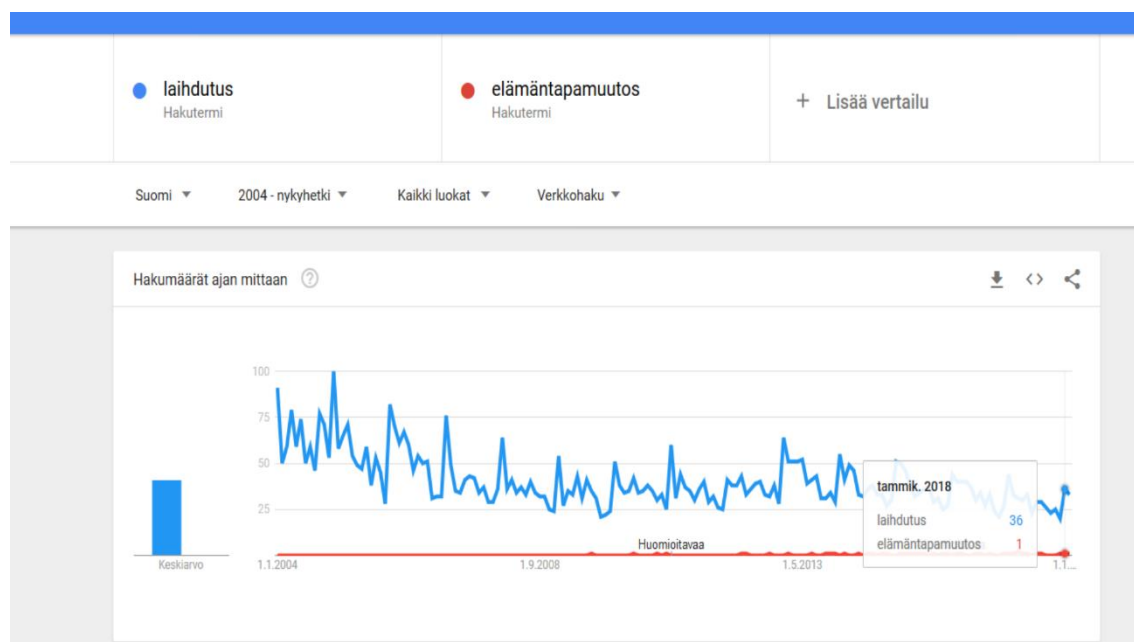
I och med att sampelstorleken är en viktig faktor med tanke på studieresultatets tillförlitlighet sänker det lilla samplet på studiens vetenskapliga värde.

9.2.2 Jämförelse med Google Trends

Ett sätt att jämföra resultatet av denna studie med annan data gällande människornas intressen är Google Trends där man ser vilka sökord som använts mest i Google sökningar. Sedan 2004 har Google gett alla tillgång till Google Trends, och det har även gjorts vetenskapliga studier på basen av data taget därifrån. Google Trends visar förhållanden mellan olika sökord men genom vissa åtgärder finns möjlighet att också få fram exakta siffror. (Stephens-Davidowitz 2017 s. 26).

I denna studie uppgav 55,7 % av informanterna vikt nedgång vara sin viktigaste målsättning för livsstilsförändring. 42,6 % tyckte däremot att välmående och hälsa är

viktigare: de syftade till livsstilsförändring utan att ha viktminskning som sitt första och främsta mål. Då man jämför söktermerna ”laihdtus” och ”elämäntapamuutos” i Google Trends får man ett resultat som presenteras i figur



Figur 10. Jämförelse av sökord i Google Trends: det blåa sträcket ”laihdtus” förekommer mycket mera än det röda sträcket ”elämäntapamuutos”

Den stora skillnaden mellan popularitet av livsstilsförändring och bantning i Google Trends kan bero på det att då människor tänker på kroppsvikten, är ”laihdtus” det bästa ordet att beskriva en livsstilsförändring. ”Elämäntapamuutos” kan betyda många saker som inte ens har med vikt eller hälsa att göra och därför kanske används ordet inte lika mycket som ”laihdtus”. Men om man betraktar det blåa ”laihdtus”-sträcket så ser man tydliga spikar som förekommer årligen i januari. Under november och december – vid den tiden då frågeenkäten för denna studie publicerades – har folk googlat ”laihdtus” betydligt mindre än i januari. Man kan därför anta att under januari månad skulle studien ha fått flere svar än i november och december. Vad det beror på att mängden sökningar med ordet ”laihdtus” har minskat med åren skulle kräva en helt egen studie.

Google Trends anger också sökord som samma människor som har googlat ”laihdtus” har använt. På 1.3.2018 var de populäraste av dessa 1. ”laihdtus blogi”, 2. ”ruokavalio

laihdutus”, 3. ”ruokavalio”, 4. ”nopea laihdutus”, 5. ”dieetti”, 6. ”kalorit”, 7. ”laihdutus ruoka”, 8. ”laihduttaminen”, 9. ”painoindeksi” och 10. ”tehokas laihdutus”. Även bantningskoncept och produkter som ”Cambridge”, ”Nutrilett” och ”karppaus” förekom inom de 25 mest populära sökorden. Painonhallintatalo, en avgiftsfri elektronisk tjänst som har utvecklats av professionella för att ge evidensbaserad information gällande livsstilsförändring och viktning (HUS et al. 2018 [www]), förekom inte bland de 25 mest använda sökorden. Kortare sagt är folk enligt Google Trends intresserade av viktning särskilt i januari och det ska ske snabbt och effektivt. I och med att hälften av informanterna i denna studie önskade sig psykologtjänster och bättre kunskaper i stresshantering kan man anta att de inte hörde till samma grupp som önskar sig snabba resultat varje januari – att medge åt sig att man behöver psykolog och att man inte är duktig på att hantera stress kräver antagligen en längre kognitiv process än nyårslöften. Ett intressant ämne för framtida forskning skulle vara att upprepa samma datainsamling som denna studie gjorde, men i januari.

10 SLUTSATSER

Fysiskt stora personer behöver individuellt stöd. Det finns behov både för stödtjänster som faciliteras av professionella och lekmän, och både vid privata företag och inom offentliga tjänster. Både elektroniska tjänster och fysiska möten önskas. De tjänster som hittills har funnits har upplevts som otillräckliga. Klienterna har motivation och intresse men upplever ett behov av långvarigt stöd som komplettering för den egna målsättningen. För att kunna stödja en individ måste professionella ha tillräckliga kunskaper i att lyssna och utgå från klientens synvinkel, erbjuda olika alternativ och planera tillsammans med klienten. Klienten behöver en känsla av att bli hörd, förstådd och uppskattad genom hela processen oavsett om tjänsterna ges individuellt eller i grupp. De tjänsteleverantörer som kan bättra sig inom dessa problemområden kan på ett effektivt sätt bidra till en resursstärkande hos klienten.

Det vad informanterna upplevde sig som mest önskvärt var att lära sig självregleringstekniker som kunde på lång sikt underlätta att upprätthålla det önskade levnadssättet. De består av de tekniker som listats ut i kapitel 4.1. Att lära sig att sätta

mätbara, konkreta mål åt sig, att skapa goda vanor eller automatisera önskade beteenden genom en god planering, mental träning eller visualisering. Förutom dessa kan man dra nytta av att träna medveten närvaro och självmedkänsla. Om man på detta vis kan öka psykiskt välbefinnande även hos personer som har ångest eller depressionssymptom, har man redan skapat en bra början på ett sunt levnadssätt hos en befolkning där en större kroppsvikt och psykiska problem också är sammankopplade. (Absetz & Hankonen 2017 s. 1017-1019)

I och med att hälften av informanterna önskade sig hjälp av en psykolog påpekar denna studie fram ett behov av multiprofessionellt samarbete vid hjälp och stöd för personer som vill ändra sina levnadsvanor. Det kan ligga någonting mera komplicerat bakom beteendet hos denna grupp större personer än vad rådgivning som hjälp skulle räcka till. Klienterna själva har identifierat behovet av hjälp och om hälsovården inte kan erbjuda den hjälp de behöver kan man inte tala om ett lyckat samarbete mellan klienten och professionella.

Förutom tjänster som produceras och erbjuds av professionella finns det även andra stödformer. Ett bra exempel på dessa är de grupper och nätverk som föds inom sociala medier, till exempel just de grupper där informanterna till denna studie rekryterades. Sjöberg och Lindgren (2017) har beskrivit hur en stigmatiserad grupp skapar egna stödkanaler där de inte behöver känna sig annorlunda. I sina egna Facebook-grupper har de makt och ansvar som annanstans förnekas dem. På detta vis kan man skapa sin egen resursstärkande stödgrupp via sociala medier. I och med att de grupper som ursprungligen skapades av representanter från den potentiella klientgruppen visade vara mera populära än grupper skapade av professionella, rekommenderar forskarna att professionella och klienter kunde slå samman sina krafter för att skapa nya och effektiva sätt att stöda klienter i sårbara situationer. Alternativt kunde professionella ta sina tjänster och kunskaper dit var klienterna redan finns, till de some-plattformar som används av potentiella klienter. (s. 264 – 266)

På basen av resultatet i denna studie kan man också rekommendera för vilken hälsofrämjande aktör som helst att lyssna till klienten och att försöka se klienten som en helhet.

Större personer vill bli sedda som hela individer, inte bara som sin vikt eller kropp. Fast de måste själva göra de ändringar i sitt levnadssätt som krävs för att må bättre så vet de, enligt denna studie, att de behöver hjälp för att lyckas med det.

”Har denna frågeenkät missat någonting väsentligt?”

”Det att det endast talas om individens livsstilsförändring och att det behövs fastän orsakerna till exempelvis övervikt ligger antagligen så djupt inne i individens levnadshistoria, utseendefokuserat och prestationsdrivet samhälle, det vill säga mera i strukturerna än hos individen. Flytta fokus från individen till samhällliga strukturer och ändra på dem!”

KÄLLOR

- Abraham, C. & Michie, S. 2008. A taxonomy of behaviour change techniques used in interventions. *Health Psychology*, vol. 27, no. 3, s. 379-387.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 2017, no. 133, s. 1015–21.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011 no. 127, s. 2265–72.
- Alakeson, V., Bunnin, A., & Miller, C. (2013). Coproduction of health and wellbeing outcomes: the new paradigm for effective health and social care. *London: OPM*. 24 s.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. 1994. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund. Studentlitteratur. 402 s.
- Antonovsky, A. 1987. *Hälsans mysterium*. Stockholm. Natur och kultur. 271 s.
- Archibald, D; Douglas, F; Hoddinott, P; van Teijlingen, E; Stewart, F; Robertson, C; Boyers, D; Avenell, A. 2015. A qualitative evidence synthesis on the management of male obesity. *BMJ Open*, 2015 no. 5, 16 s.
- Aujoulat, I; d'Hoore, W; Deccache, A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counselling*, no. 66, s. 13-20.
- Aune, D.; Sen, A.; Prasad, M.; Norat, T.; Janszky, I.; Tonstad, S.; Romundstad, P.; Vatten, L. J. 2016, BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants, *BMJ*, vol. 353, no. i2156, s. 1 – 17.
- Bacon, L & Aphramor, L. 2011. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, vol. 10, no. 9.
- Bowling A. 2002. *Research methods in health. Investigating Health and Health Services*. Andra upplagan. Storbritannien. Open University Press. 486 s.
- Brown, I; Thompson, J; Tod, A; Jones, G. 2006. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *British Journal of General Practice*, september 2006, s. 666 – 672.
- Coolican, H. 2014. *Research Methods and Statistics in Psychology*. Sjätte upplaga. Psychology Press, East Sussex & New York. 773 s.

- Davis, R; Campbell, R; Hildon, Z; Hobbs, L; Michie, S. 2015. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review* vol. 9, no. 3, s. 323 – 344.
- Darker, C. D; French, D. P; Eves, F. F; Sniehotta, F. F. 2010. An intervention to promote walking amongst the general population based on an 'extended' theory of planned behaviour: A waiting list randomised controlled trial. *Psychology and Health*, Vol, 25, no. 1, s. 71-88
- Dombrowski, S. U; Sniehotta, F. F; Avenell, A; Johnston, M; MacLennan, G; Araújo-Soares, V. 2010. Identifying active ingredients in complex behavioural interventions for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: A systematic review. *Health Psychology Reviews*, vol. 6, no. 1, s. 7 – 32.
- Dombrowski, S. U; Knittle, K; Avenell, A; Araújo-Soares, V; Sniehotta, F. F. 2014. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *BMJ* 14; 348: g2646.
- Durant, N. H; Bartman, B; Person, S. D; Collins, F; Austin, S. B. 2009. Patient provider communication about the health effects of obesity. *Patient Education and Counseling*, vol. 75, no. 1, s. 53 – 57.
- Egan, A. M.; Mahmood, W. A.W.; Fenton, R.; Redziniak, N.; Kyaw Tun, T.; Sreenan, S.; McDermott, J. H. 2013. "Barriers to exercise in obese patients with type 2 diabetes", *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 106, s. 635 – 638.
- Elliott, A. C. & Woodward, W. A. 2007. *Statistical Analysis Quick Reference Guidebook: With SPSS Examples*. Sage Publications, Thousand Oaks. 259 s.
- Field, B. C. T; Small, C. J; Bloom, S. R. 2008. Introductory chapter. I: Harvey, J; Withers, D. J, red. 2008. *Neurobiology of Obesity*. New York. Cambridge University Press. s. 1 - 19
- Forskningsetiska delegationen. 2009. Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprovning. 40 s. Tillgänglig <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskapriciper.pdf> Hämtad 13.12.2016
- Forskningsetiska delegationen. 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. 44 s. Tillgänglig http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad 23.5.17
- Franz, M. J; VanWormer, J. J; Crain, A. L; Boucher, J. L; Histon, T; Caplan, W; Bowman, J. D; Pronk, N. P. 2007. Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials with a Minimum 1-Year Follow-Up. *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, no. 10, s. 1755 - 1767

- Furness, P. J; McSeveny, K; Arden, M. A; Garland, C; Dearden, A. M; Soltani, H. 2011. Maternal obesity support services: a qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011
- Gardner, B; Whittington, C; McAteer, J; Eccles, M. P; Michie, S. 2010. Using theory to synthesise evidence from behaviour change interventions: The example of audit and feedback. *Social Science & Medicine* no. 10 s. 1618 – 1625.
- Gibbs, B. B; Kinzel, L. S; Gabriel, K. P; Chang, Y; Kuller, L. H. 2012. Short- and long-term eating habit modification predict weight change in overweight, post-menopausal women: results from the WOMAN study. *J Acad Nutr Diet* vol. 112 no. 9, s. 1347 – 1355.
- Goday, A, Calvo, E; Vázquez L. A; Caveda, E; Margallo, T; Catalina-Romero, C; Reviriego, J. 2016. Prevalence and clinical characteristics of metabolically healthy obese individuals and other obese/non-obese metabolic phenotypes in a working population: results from the Icaria study. *BMC Public Health*, vol. 16, no. 248. 14 s.
- Greaves, C. J; Sheppard, K. E; Abraham, C; Hardeman, W; Roden, M; Evans, P. H; Schwarz, P; The IMAGE Study Group. 2011. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health* no 11:119. 12 s.
- Green, J; Tones, K; Cross, R. & Woodall, J. 2015. *Health Promotion Planning & Strategies*. Sage. London, California, New Delhi & Singapore. 612 s.
- Gunther, S; Guo, F; Sinfield, P; Rogers, S; Baker, R. 2012. Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care* no. 20 s. 93–103
- Hankonen, N. 2017. Miten motivoida kohti hyvinvointia? Käyttätymismuutosinterventiot terveyden edistämiseksi. Ur: Salmela-Aro, K & Nurmi, J.- E. Mikä meitä liikuttaa Motivaatiopsykologian perusteet. Tredje upplaga. PS-kustannus. Jyväskylä. S. 202 – 221.
- Hartstra, A. V; Bouter, K. E. C; Bäckhed, F; Nieuwdorp, M. 2015. Insights Into the Role of the Microbiome in Obesity and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 38, no. 1, s. 159 – 165.
- Helldán, A, Helakorpi, S. 2014. Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen ja terveys, kevät 2014. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 6/2015*. Helsinki. 187 s. Tillgänglig via <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-447-2> Hämtad 13.12.16
- Heslehurst, N; Dinsdale, S; Brandon, H; Johnston, C; Summerbell, C; Rankin, J. 2017. Lived experiences of routine antenatal dietetic services among women with obesity: A qualitative phenomenological study. *Midwifery*, June 2017, vol. 49, s. 47 – 53.

- HUS, Tays, PPSHSP, KYS, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018 [www]. Painonhallintatalo. Tillgänglig: [Terveyskyla.fi/painonhallinta](http://terveyskyla.fi/painonhallinta)
- Iacobellis, G. 2009. *Obesity and cardiovascular disease*. New York. Oxford University Press. 276 s.
- Jacobsen, D. I. 2010. Förståelse, beskrivning och förklaring. *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. Andra upplagan. Lund. Studentlitteratur. 325 s.
- Johnson, C. R. S; Eaves, K. L. 2013. An ounce of time, a pound of responsibilities and a ton of weight to lose: An autoethnographic journey of barriers, message adherence and the weight-loss process. *Public Relations Inquiry*. Vol. 2, no. 1, s. 95 – 116.
- Kang, Y. M; Jung, C. H; Cho, Y. K; Lee, S. E; Lee, M. J; Hwang, J. Y; Kim, E. H; Park, J-Y; Lee, W. J; Kim, H-K. 2017. Fatty liver disease determines the progression of coronary artery calcification in a metabolically healthy obese population. *PLOS One*, vol. 12, no. 4, 13 s.
- Khaezaezadeh, N; Pheasant, H; Bewley, S; Mohiddin, A; Oteng-Ntim, E. 2011. Using service-users' views to design a maternal obesity intervention. *British Journal of Midwifery*, jan 2011 vol. 19, no. 1, s. 49 – 56.
- Kirk, S. F. L; Price, S. L; Penney, T. L; Rehman, L; Lyons, R. F; Piccinini-Vallis, H; Vallis, T. M; Curran, J; Aston, M. 2014. Blame, Shame and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qualitative Health Research*, vol. 24, no. 6, s. 790 – 800.
- Klumbiene, J; Petkeviciene, J; Helasoja, V; Prättälä, R; Kasmel, A. 2004. Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health*, vol. 14, no. 4, s. 390 – 394.
- Kosinski, M; Matz, S. C; Gosling, S. D; Popov, V; Stillwell, D. 2016. CE Corner – Facebook as a research tool. American Psychological Association. Tillgänglig <http://www.apa.org/monitor/2016/03/ce-corner.aspx> Hämtad 23.5.17
- Kwasnicka, D; Dombrowski, S. U; White, M; Sniehotta, F. 2016. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review* vol. 10 no. 3, s. 277 – 296.
- Kwan, S. 2009. Competing Motivational Discourses for Weight Loss: Means to Ends and the Nexus of Beauty and Health. *Qualitative Health Research*, vol. 19, no. 9, s. 1223 – 1233.
- Käypä hoito: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 2013. Käypä hoito –suositus: Lihavuus (aikuiset). 27 s. Tillgänglig <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi24010.pdf> Hämtad 13.12.2016

- Leske, S; Strodl, E; Hou, X-Y. 2012. Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults. *Patient Education and Counseling*, vol. 89, no. 2, s. 309-315.
- Łuczynski, W; B Głowińska-Olszewska, B; Bossowski, A. 2016. Empowerment in the Treatment of Diabetes and Obesity. *Journal of Diabetes Research*, vol. 2016, Article ID 5671492, 9 s.
- Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). 2009. *Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsingfors. Tillgänglig http://tukija.fi/documents/1481661/1526255/1_muistilista_170409.pdf/215d2da3-98a0-44a5-8131-543161bf01df Hämtad 29.3.17
- Mann, T; Tomiyama, AJ; Westling, E; Lew, AM; Samuels, B; Chatman, J. 2007. Medicare's Search for Effective Obesity Treatments. Diets Are Not the Answer. *American Psychologist*, vol. 62, no. 3, s. 320 – 333.
- McIntosh, T.; Hunter, D. J.; Royce, S. 2016, "Barriers to physical activity in obese adults: A rapid evidence assessment", *Journal of Research in Nursing*, vol. 21, no. 4 s. 271–287.
- Mercer, S. 2009. How useful are the clinical guidelines for the management of obesity in general practice? *British Journal of General Practice*, no. 59, s. 863 – 868.
- Michie, S; Abraham, C; Whittington, C; McAteer, J; Gupta, S. 2009a. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A meta-regression. *Health Psychology*, vol. 28, no. 6, s. 690 – 701.
- Michie, S; Ashford, S; Sniehotta, F.F; Dombrowski, S.U; Bishop, A; French, D.P. 2011. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, vol. 26, no. 11, s. 1479 – 1498.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J. & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 46, no. 1, s. 81-95.
- Eriksson, M & Mittelmark, M. B. 2017. The sense of coherence and its measurement. I: Mittelmark, M. B; Sagy, S; Eriksson, M; Bauer, G. F; Pelikan, J. M; Lindström, B (red.). *The handbook of salutogenesis*. Springer. Schweiz. S. 97 – 106.
- Männistö, S.; Laatikainen, T; Vartiainen, E. 2012, Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt, THL – tutkimuksesta tiiviisti, november, Helsingfors, 4 s.

- Ocloo J, Matthews R. 2016. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement
BMJ Qual Saf 2016;25:626–632
- Penney, T. L & Kirk, S. F. L. 2015. The Health at Every Size Paradigm and Obesity: Missing Empirical Evidence May Help Push the Reframing Obesity Debate Forward. *American Journal of Public Health*, vol. 105, no. 5, s. e38 – e43.
- Prestwich, A; Sniehotta, F. F; Whittington, C, Dombrowski, S. U; Rogers, L, Michie, S. 2014. Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology* vol. 33, no. 5, s. 465 – 474.
- Riekert, K; Ockene, J; Pbert, L (red.). 2014. *The handbook of health behavior change, 4th edition*. New York. Springer Publishing Company. 530 s.
- Robison, J. 2005. Health at Every Size: Toward a New Paradigm of Weight and Health. *Medscape General Medicine*, vol. 7, no. 3, 13 s.
- Ross, C. E; Mirowsky, J; Goldsteen, K. 1990. The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 52, No. 4, Family Research in the 1980s: The Decade in Review (Nov., 1990), s. 1059-1078
- Salmela, S. M; Vähäsarja, K. A; Villberg, J. J; Vanhala, M. J; Saaristo, T. E; Lindström, J; Oksa, H. H; Korpi-Hyövälti, E. A-L; Moilanen, L; Keinänen-Kiukaanniemi, S; Poskiparta, M. E. 2012 Perceiving Need for Lifestyle Counseling. Findings from Finnish individuals with high risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care*, no. 35, s. 239 – 241.
- Samdal, G. B; Eide, G. E; Barth, T; Williams, G; Meland, E. 2017. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14; 42. 14 s.
- Seppälä, T. 2017. Elämänlaadun ja elämäntapojen huomioonottaminen perusterveydenhuollossa. *Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 436*. Åbo. Scripta Lingua Fennica Edita. 57 s.
- Sjöberg, M., & Lindgren, S. (2017). Challenging the Roles of “Skilled” Professionals and “Risky” Young Mothers: Peer Support, Expertise, and Relational Patterns in Facebook Groups. *Journal of Technology in Human Services*, 35(3), 247-270.
- Sjögren, T., Novorodovskaya, E., Lintunen, T., Karvanen, J., Immonen, J., Ruiz Cerezo, M., & Chasandra, M. 2017. Kuntoutuksessa käytettävien motiivointimenetelmien vaikuttavuus vähän liikkuvien aikuisten liikuntakäyttäytymiseen. *Fysioterapia*, 64 (1), s. 24-29.

- Skärsäter, I & Ali, L. 2012. Att använda internet vid datainsamling. Ur *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund, Studentlitteratur AB. S. 250 – 267.
- Sniehotta, F. F; Scholz, U; Schwarzer, R. 2005. Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, vol. 20, no. 2, s. 143-160.
- Stephens-Davidowitz, S. 2017. *Everybody lies*. Bloomsbury, UK. 352 s.
- Tapper, K. (2017). Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how?. *Clinical psychology review*, 53, 122-134.
- Tarrant, M; Khan, S. S; Farrow, C. V; Shah, P; Daly, M; Kos, K. 2016. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study. *British Journal of Health Psychology*, 2017, no. 22, s. 77 – 93.
- Thomas, S. L; Hyde, J; Karunaratne, A; Kausman, R; Komesaroff, P. A. 2008. "They all work...when you stick to them": A qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. *Nutrition Journal*, vol.7, no. 34. 12 s.
- Turnbaugh, P. J; Hamady, M; Yatsunenکو, T; Cantarel, B. L; Duncan, A; Ley, R. E; Sogin, M. L; Jones, W. J; Roe, B. A; Affourtit, J. P; Egholm, M; Hernissat, B; Heath, A. C; Knight, R; Gordon, J. I. 2009. A core gut microbiome in obese and lean twins. *Nature*, vol. 457, no. 7228, s. 480 – 484.
- Ul-Haq, Z; Mackay, D. F; Fenwick, E; Pell, J. P. 2013. Meta-Analysis of the Association Between Body Mass Index and the Health-Related Quality of Life Among Adults, Assessed by the SF-36. *Obesity*, vol. 21, no. 3, s. E322 – E327.
- Vehkalahti, K. 2014. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Finn Lectura. 223 s.
- Wilkinson, R; Marmot, M, red. 2003. *Social determinants of health – The solid facts*. Second edition. Köpenhamn: World Health Organization Europe. 33 s.
- Wing, R. R; Lang, W; Wadden, T. A; Safford, M; Knowler, W. C; Bertoni, A. G; Hill, J. O; Brancati, F. L; Peters, A; Wagenknecht, L; Look AHEAD Research Group. 2011. Benefits of Modest Weight Loss in Improving Cardiovascular Risk Factors in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 34, no. 7, s. 1481 – 1486.
- Världshälsoorganisationen. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization. 2014. 302 s. Tillgänglig via http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
Hämtad 14.12.16
- World Medical Association. 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical

research involving human subjects. Tillgänglig
http://www.turkuerc.fi/files/362/Declaration_of_Helsinki.pdf Hämtad 29.3.17

Zhang, H; DiBaise, J. K; Zuccolo, A; Kudrna, D; Braidotti, M; Yu, Y; Parameswaran, P; Crowell, M. D; Wing, R; Rittmann, B. E; Krajmalnik-Brown, R. 2009. Human gut microbiota in obesity and after gastric bypass. *PNAS*, vol. 106, no.7, s. 2365 – 2370.

BILAGOR

Bilaga 1. Forskningslov

Bilaga 2. Inbjudan att delta i studien

Bilaga 3. Tillkännagivande för forskningsdeltagare

Bilaga 3. Fråge enkäten

Bilaga 1. Forskningslov av moderatorer i Facebook-grupper. Meningen där uppdragsgivaren nämndes togs bort på begäran.

Hei!

Teen yamk-opinnäytetyötäni Arcadan Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa. Tavoitteenani on selvittää, minkälaisia palveluita kookkaat ihmiset (vyötärönympärys naisilla yli 90 cm, miehillä yli 100 cm) haluavat mahdollisen elämäntapamuutoksensa tueksi. Teen kyselytutkimuksen internet-lomakkeella, jonka täyttämässä kestää n. 5 – 10 min. Tutkimuksen toteuttamisen tarkoitus on auttaa palveluntarjoajia kehittämään sellaisia palveluja, joista kookkaat ihmiset hyötyvät. Toimeksiantajani on kuntosali Alfido. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Pyydän lupaa jakaa linkin tutkimukseen _____ryhmässä.

Bilaga 2. Inbjudan till att delta i studien. Meningen där uppdragsgivaren nämndes togs bort på begäran.

Hei!

Teen yamk-opinnäytetyötäni Arcadan Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa. Tavoitteenani on selvittää, minkälaisia palveluita kookkaat ihmiset (vyötärönympärys naisilla yli 90 cm, miehillä yli 100 cm) haluavat mahdollisen elämäntapamuutoksensa tueksi. Teen kyselytutkimuksen internet-lomakkeella, jonka täyttämässä kestää n. 5 – 10 min. Tutkimuksen toteuttamisen tarkoitus on auttaa palveluntarjoajia kehittämään sellaisia palveluja, joista kookkaat ihmiset hyötyvät. Toimeksiantajani on kuntosali Alfido. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Linkki tutkimuslomakkeeseen: Lisätietoja: _____(sähköposti)

Bilaga 3. Tillkännagivande för forskningsdeltagare. Meningen där uppdragsgivaren nämndes togs bort på begäran.

Hei!

Kiitos kiinnostuksestasi osallistua tutkimukseen. Tämä tutkimus kuuluu yamk-opinnäytetyöhöni Arcadan Terveiden edistämisen yamk-tutkinto-ohjelmassa. Tavoitteenani on selvittää, minkälaisia palveluita hyvinvointinsa kohentamiseen tähtäävät kookkaat ihmiset toivovat elämäntapamuutoksensa tueksi. Tutkimukseen osallistuvien tulee olla yli 18-vuotiaita kookkaita ihmisiä (vyötärönympärys naisilla yli 90 cm, miehillä yli 100 cm). Kyselylomakkeeseen vastaamisessa kestää n. 5 – 10 min. Tutkimuksen toteuttamisen tarkoitus on auttaa palveluntarjoajia kehittämään sellaisia palveluja, joista kookkaat ihmiset voivat hyötyä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi.

Vastauksia kyselytutkimukseen kerätään _____2017 aikana sellaisissa Facebook-ryhmissä, joissa käsitellään kehon painoa ja terveyttä. Tutkimuksessa kerättävää tietoa käytetään yamk-opinnäytetyössäni sekä sitä kautta jatkossa mahdollisesti eri terveys- ja hyvinvointialan toimijoiden palveluiden kehittämisessä. Minulla ei ole taloudellisia tai muita sidonnaisuuksia sellaisiin tahoihin, jotka voisivat hyötyä tietynsuuntaisista tutkimustuloksista, ja tavoitteenani on tehdä puolueeton ja objektiivinen tutkimus.

Lisätietoja tutkimuksesta saat minulta sähköpostitse osoitteesta _____

Kiitos avustasi!

Linkki tutkimukseen: _____

Haluaisin...

- Laihduttaa, ensisijaisena tavoitteenani on siis painon pudotus
- Tehdä terveyttä ja hyvinvointia kohentavan elämäntapamuutoksen, mutta painon pudotus ei ole ensisijainen päämä...
- Oppia itsesääätelytekniikoita, eli elintapamuutukseen ja sen ylläpitoon tarvittavia taitoja.
- Ravitsemusneuvontaa
- Liikuntaneuvontaa
- Oppia stressinhallintaa, esim. mindfulnessia
- Psykologin ohjausta
- Kuntokartoituksen
- Muu...

Miten pyrit tavoitteeseesi?

Pitkä vastausteksti

5. Minulle sopiva tapa saada tukea olisi...

- Vertaisryhmässä
- Itsenäinen työskentely tukimateriaalin pohjalta
- Yksilöllisesti kasvokkain
- Vain oman sukupuoleni edustajia sisältävässä ryhmässä
- Puhelimen välityksellä
- Internetin välityksellä
- "Tavikselta", joka on käynyt läpi elämäntapamuutoksen
- Terveystieteiden ammattihenkilöltä, esim. lääkäriltä, sairaanhoitajalta, psykologilta, ravitsemusterapeutilta jne.
- Muu...

9. Onko tässä kyselyssä sivuutettu jotain olennaista? Mitä?

Pitkä vastausteksti

10. Vastaajan ikä

- Yli 18 vuotta
- Alle 18 vuotta

11. Vyötärön ympärys

- Vähemmän kuin 90 cm
- 90 - 100 cm
- Enemmän kuin 100 cm

12. Sukupuoli

- Nainen
- Mies
- Muu

⋮

Oletko laihduttanut?

- En ole
- Olen laihduttanut 1 - 3 kertaa
- Olen laihduttanut neljästi tai enemmän

Jos olet laihduttanut, miten tulos säilyi?

- En ole laihduttanut
- Paino nousi laihdutuksen jälkeen hitaasti laihdutusta edeltävälle tasolle noin vuoden tai pidemmän ajan kuluessa
- Paino on jojoillut ylös ja alas noin vuoden tai pidempään
- Paino on laskenut hitaasti noin vuoden tai pidempään
- Paino on pysynyt tavoitteessa noin vuoden tai pidempään
- Olen laihduttanut vuoden sisällä, enkä voi sanoa pidemmän aikavälin pysyvyydestä vielä
- Muu...

Kiitos vastauksistasi!

