

Hälsöfrämjande arbete

En kvantitativ studie kring effekten av rådgivning i hälsöfrågor

Ek Pernilla

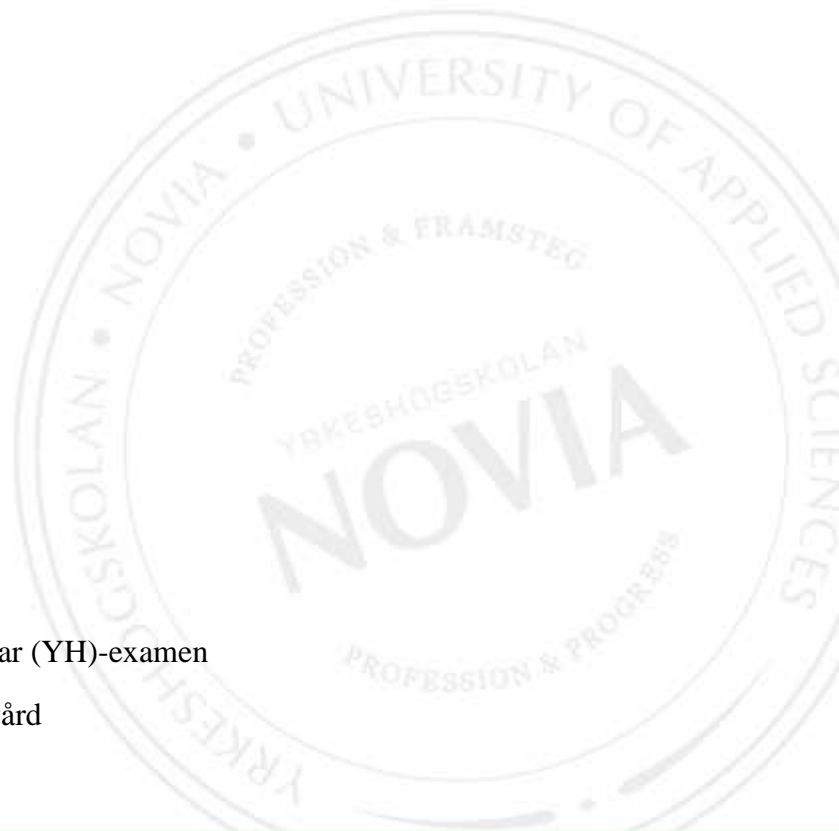
Kalberg Jane

Ström Lina

Examensarbete för hälsovårdar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Pernilla Ek, Jane Kalberg, Lina Ström
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård
Handledare: Maj-Helen Nyback och Ralf Lillbacka

Titel: Hälsofrämjande arbete, en kvantitativ studie kring effekten av rådgivning i hälsofrågor

Datum 20.10.2010

Sidantal 52

Bilagor 2

Sammanfattning

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från Närpes hälsovårdscentral och behandlar 50 års hälsogranskningen och effekten av den. Syftet är att undersöka huruvida effekten av hälsovårdarens rådgivning vid 50 års hälsogranskningen syns i ett förändrat levnadssätt. Vi ville ta reda på om klienterna tar åt sig den information och de råd som hälsovårdaren ger om deras hälsa.

Vi har använt oss av de enkäter som skickades ut till de personer som var på 50års hälsogranskning år 2008 i Närpes. Sedan skickade vi ut samma enkät till samma personer två år senare, dvs. år 2010. Dessa enkäter har vi jämfört med varandra för att få reda på effekten av hälsogranskningen. Studien är kvantitativ och vi har använt oss av statistikprogrammet SPSS för att få fram våra resultat.

Utgående från de resultat som vi har fått kan vi konstatera att inga större förändringar har skett i informanternas hälsotillstånd mellan åren 2008 och 2010, men vi har dock kommit fram till en del faktorer som kan ha påverkat vårt resultat.

Språk: Svenska Nyckelord: hälsogranskning, levnadsvanor, hälsofrämjande, hälsa, ohälsa

Förvaras: Yrkehögskolan Novias bibliotek, Theseus.fi

BACHELOR'S THESIS

Authors: Pernilla Ek, Jane Kalberg and Lina Ström

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Public health care

Supervisors: Maj-Helen Nyback and Ralf Lillbacka

Title: Health promotion. A quantitative study concerning the effects of advice given in health issues

Date 20.10.2010

Number of pages 52

Appendices 2

Summary

This thesis is study commissioned by Närpes healthcare center and concerns the 50-year health follow-up and its effect. The aim with this study is to outline whether the informants have taken the health advice given by the public health nurse at the health follow-up and whether it is visible in a changed lifestyle.

We have used the questionnaires that were sent out to those who attended the 50-year health follow-up during the year 2008 in Närpes. Two years later, i.e. in 2010, we sent out the same questionnaire again to the same people. We compared these questionnaires to each other to find out the effect of the health follow-up. The study is quantitative and we have used the statistical program SPSS to get our results.

Based on the results we can note that no major changes have taken place regarding the informants' health status between the years 2008 and 2010. We have, however, found some factors that may have affected our results.

Language: Swedish

Key words: health examination, lifestyle, health promotion, health, illness

Filed at: Library of Novia University of Applied Sciences, Theseus.fi

Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretiska utgångspunkter.....	3
3.1	Egenvårdsteorins tre centrala begrepp.....	4
3.2	En helhet i förändring.....	5
3.3	Det naturliga mänskliga beteendet.....	6
4	Teoretisk bakgrund.....	7
4.1	Hälsobefrämjande arbete.....	7
4.1.1	Hälsoinformation vid hälsofrämjande arbete.....	9
4.1.2	Mål och värderingar för att främja god hälsa.....	10
4.1.3	Förebyggande av kranskärlssjukdom och stroke.....	12
4.1.4	Förebyggande av cancer.....	13
4.1.5	Förebyggande av psykisk ohälsa.....	14
4.2	Screening.....	15
4.3	Levnadsvanor i relation till hälsan.....	16
4.3.1	Tobaksvanor.....	16
4.3.2	Alkoholvanor.....	18
4.3.3	Sömn och vila.....	18
4.3.4	Motion.....	20
4.3.5	Kost.....	20
5	Tidigare forskning.....	21
5.1	Hälsa.....	22
5.2	Ohälsa.....	23
5.3	Förebyggande av ohälsa.....	25
6	Undersökningsmetod och praktiskt genomförande.....	28
6.1	Enkät.....	28

6.2 Undersökningsgrupp.....	29
6.3 Kvantitativ analys.....	30
6.4 Etisk diskussion.....	31
6.5 Reliabilitet och validitet.....	32
6.6 Undersökningens praktiska genomförande.....	34
7 Resultatredovisning.....	35
8 Tolkning.....	43
8.1 Hälsovårdarnas möjlighet att påverka andras levnadsvanor.....	43
8.2 Hälsorådgivningens effekt på informanternas besvär och sjukdomar.....	45
8.3 Hälsorådgivningens effekt på alkohol- och rökvanor.....	45
8.4 Hälsorådgivningens effekt på sömnvanorna.....	46
8.5 Hälsorådgivningens effekt på matvanorna.....	47
8.6 Hälsorådgivningens effekt på motionsvanorna.....	48
9 Kritisk granskning.....	49
10 Diskussion.....	51

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Som blivande hälsovårdare har vi valt att skriva ett examensarbete som berör ett meningsfullt och viktigt ämne, nämligen våra levnadsvanor och hur de påverkar vår hälsa. Examensarbetet är ett beställningsarbete från Närpes hälsovårdscentral och behandlar 50 års hälsogranskningar och effekten av dem. Målgruppen för hälsogranskningar är olika åldersgrupper; kvinnor 50 år, män 40 och 50 år. Kvinnor och män i dessa åldersgrupper kallas automatiskt till hälsogranskning. Syftet med hälsogranskningar är att få fram riskprofiler med tanke på diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, bukfetma och metaboliskt syndrom. Man vill även få fram brister i livsstilen såsom felaktig kost och brist på motion. Vi skall granska effekten av 50 års hälsogranskningen genom att jämföra hälsoundersökningsenkäten som skickades ut år 2008 till dem som blev kallade till 50 års hälsogranskning med samma enkät som vi skickat ut till samma personer år 2010.

Varje människa har ansvar för sin egen hälsa och avsikten med det hälsofrämjande arbetet är att förbättra förutsättningarna för individen att ta större ansvar för sin egen hälsa och sitt välbefinnande. Människan kan själv påverka sin hälsa i en mycket hög grad med tanke på livsstil och levnadsvanor. I vilken omfattning människan använder sig av denna möjlighet beror på vilja, motivation och kunskap kring god hälsa. (Winroth & Rydqvist, 2008, 106, 232)

Det stressiga samhälle som människan idag lever i har resulterat i förändringar då det gäller våra matvanor; snabbmaten har tagit över den traditionella husmanskosten. Ohälsa till följd av stress har ökat, vilket i sin tur har resulterat i att många sömnvanor och alkoholvanor blivit sämre. För att kunna bevara och förbättra sin hälsa borde man ägna mer tid åt reflektion, återhämtning och val av levnadsvanor. (Winroth & Rydqvist, 2008, 106)

I hälsogranskningen ingår frågor om motion och det blir allt vanligare med ett fysiskt passivt liv med låga krav på fysisk aktivitet. Allt detta resulterar i mindre ork och sämre välbefinnande. Människans kropp anpassar sig lätt till det vi begär av den. Detta innebär att om man lever ett stillasittande liv försvinner både kondition, rörlighet och styrka. Vid ansträngning leder detta till en stor ansträngning fastän arbetsinsatsen är liten, vilket betyder sämre prestationsförmåga och välbefinnande. Kroppen och själen är nära sammanknutna till varandra, vilket även bidrar till sämre tålamod och större benägenhet för irritation och konfliktsituationer. Genom en god kondition erhålls ett gott humör, bättre uthållighet och man blir allmänt piggare. (Winroth & Rydqvist, 2008, 106)

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka huruvida effekten av hälsovårdarens rådgivning vid 50 års hälsogranskningen syns i ett förändrat levnadssätt två år senare. Har klienterna tagit till sig den information och de råd som hälsovårdaren har gett om deras hälsa? Vi har valt att undersöka män och kvinnor som var på 50 års hälsogranskning år 2008 i Närpes.

Vi kommer även att skriva ett utvecklingsarbete, som är en del av hälsovårdsutbildningen. Syftet med vårt utvecklingsarbete är att utveckla en idealmodell för hälsogranskningen, dvs. hur den kunde förbättras.

Examensarbetets frågeställningar lyder enligt följande:

- Har en förändring skett i informanternas hälsotillstånd mellan åren 2008 och 2010?
- Kan den eventuella förändring som skett i informanternas hälsotillstånd relateras till de hälsoråd som getts vid hälsogranskningen år 2008?

Utvecklingsarbetets frågeställning är följande:

- Hur ser en idealmodell för en hälsogranskning ut?

Vi har från Närpes hälsovårdscentral fått tillgång till de enkäter som skickades ut åt dem som blev kallade till 50 års hälsogranskning år 2008. För att få frågeställningarna besvarade har vi skickat ut en likadan enkät igen inklusive några tilläggsfrågor. Dessa enkäter kommer vi att jämföra med varandra och således få svar på frågeställningarna.

Den tredje frågeställningen besvaras i utvecklingsarbetet som vi skriver inom ramen för hälsovårdsinriktningen. I utvecklingsarbetet kommer vi att använda oss av de tilläggsfrågor som vi skickat ut i samband med enkäten.

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel har vi valt att ta upp en egenvårdsteori, en teori om hälsa samt en teori om vårdande. Vi har valt dessa teoretiska utgångspunkter eftersom de behandlar den förebyggande vården och hälsan i sig eller med andra ord vårt ämnesområde i detta examensarbete.

3.1 Egenvårdsteorins tre centrala begrepp

Orems egenvårdsteori är uppbyggd kring tre viktiga begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Egenvård definieras som utförande av aktiviteter som personen själv tar initiativ till och gör dem för sin egen skull i syfte att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Aktiviteterna är frivilliga, medvetna och har en struktur samt en ordningsföljd. De är även målinriktade för att de har som mål att möta individens egenvårdskrav. Egenvårdsaktiviteter kännetecknar dessa aktiviteter som ingår i personens egenvård. Egenvård delas in i en värderingsfas, planeringsfas och genomförandefas. Värderingsfasen består i redogörande av vilka handlingar som är nödvändiga för att justera kroppens struktur, funktion och således säkerställa hälsa och välbefinnande. Planeringsfasen är ett systematiskt och kontinuerligt utförande av dessa handlingar medan genomförandefasen är det konkreta genomförandet av de olika handlingarna. Dessa tre faser bildar en målinriktad handlingsprocess tillsammans. (Orem, 2001, 42-47, 142-145)

Egenvård har som mål att ta tillvara de egna egenvårdsbehoven. Orem definierar egenvårdsbehov som strukturerade insikter om handlingar som skall utföras för en person eller av en person, vilket man vet eller tror är nödvändigt för personens funktion och utveckling som människa. Egenvårdsbehoven delas även in i tre kategorier: universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. För att upprätthålla den mänskliga funktionen, måste individen utföra vissa åtgärder. Detta antagande är knutet till det universella egenvårdsbehovet. För att säkerställa hälsa och välbefinnande består egenvårdsbehov av formulerade mål som är nödvändiga. Orem identifierar åtta viktiga egenvårdsbehov: upprätthållande av syreupptagningen, vätskeintag, födointag, balans mellan aktivitet och vila, balans mellan ensamhet och social interaktion, omvårdnad med vikt på eliminationsprocesser och exkrementer, förebyggande av fara för mänsklig funktion, välbefinnande och liv samt främjande av mänsklig funktion. Människans utveckling pågår från födseln till döden och för att främja denna utveckling krävs vissa specifika faktorer. Detta antagande bygger de utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven på. Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem finns hos individer som har drabbats eller lider av någon sjukdom, skador eller specifika patologiska tillstånd. (Orem, 2001, 47-49, 142-145)

Orem definierar begreppet egenvårdskrav som summan av de egenvårdsaktiviteter som måste göras för att tillgodose personens universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov samt behov relaterade till hälsoproblem. Man beräknar individens egenvårdskrav genom att identifiera egenvårdsbehov som finns, förhållandet mellan dem, saker som kan inverka på hur behoven bör tillgodoses (t.ex. ålder, kön och levnadsförhållanden) samt vilka metoder som behövs för att tillgodose behoven. (Orem, 2001, 47-52)

Teorin om egenvårdsbrist är uppdelad i två centrala begrepp; egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning. En obalans i individens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav kännetecknar egenvårdsbrist. Egenvårdskapacitet definieras som en inlärd förmåga att ta till vara de egna återkommande behoven av en vård som reglerar livsprocesser, främjar och upprätthåller personens strukturella och funktionella integritet och utveckling samt främjar välbefinnande. Personens ålder, hälsotillstånd, utbildning och kunskap, livserfarenhet, kulturmönster och tillgångar varierar egenvårdskapaciteten efter. Egenvården är beroende av individens mentala, psykologiska och fysiska egenskaper för att individen skall kunna tolka sina egenvårdsbehov och kunna planera den egenvård som behövs. Egenvårdsbegränsningar är begränsningar i individens egenvårdskapacitet. Tre typer av begränsningar som Orem nämner är begränsad förmåga att fatta beslut och bedöma, begränsad kunskap samt begränsad förmåga att utföra saker som ger resultat. (Orem, 2001, 142, 146-147)

3.2 En helhet i förändring

Enligt Eriksson är hälsa ett tillstånd som beskriver människan. Hälsa är något som man inte kan ge åt en annan människa, men man kan stödja människan i att vara hälsa. Hälsa är inget statistiskt tillstånd, utan formas av rörelse och förändring. Människan utvecklar sig hela tiden från en form till en annan. Hälsa innehåller helhet och integration av kropp, själ och ande. Till det kroppsliga tillståndet kan man sammankoppla friskhet och sundhet som beskrivs som materia. Välbefinnande anses istället som ett väsen som omfattar det kroppsliga, själsliga och det andliga välbefinnandet. Med andra ord består

hälsa av ett bestämt fysiskt tillstånd och en upplevelse av kroppsligt, själsligt och andligt välbefinnande. (Eriksson, 1988, 41-42)

3.3 Det naturliga mänskliga beteendet

Eriksson beskriver vårdande som en form av naturligt mänskligt beteende som innehåller tre olika element: ansning, lekande och lärande. Enligt Eriksson är ansning den mest grundläggande formen av vårdande. Begreppet ansning kopplas ihop med kroppslig vård och hygien. Ansningen, omvårdnaden kännetecknas av beröring, närhet och värme som leder till kroppsligt välbefinnande. Ansning är ett uttrycksätt för vänskap, ett sätt som visar att man verkligen vill den andre väl. Till ansningen tillfredsställs också individens grundläggande behov som föda och skydd. Genom ansningen visar man att man bryr sig om den andre. (Eriksson, 1995, 24-25)

Lekandet är något som finns med i det naturliga beteendemönstret hos både barn och vuxna. Att kunna leka är ett tecken för hälsa. Lekandet innefattar utveckling av tillit och tillfredsställande i samband med rekreation eller i andra sociala situationer. Eriksson delar in lekande i fem olika grundformer: lekande som assimilation, lustbetonad lek, skapande lek, leken som uttryck för önskningar samt leken som övning och prövning. Lekandet underlättar människans utveckling eftersom den består av kreativitet som bekräftar individens karaktär. Lekandet är ett viktigt element i vårdandet. (Eriksson, 1995, 26-29)

Lärande är en av de viktiga dimensionerna i tillvaron och förknippas samman med utvecklandet av självständighet, självförverkligande och mognad. Nya möjligheter och vägar öppnas genom lärandet för individen. Lekandet är en form av skapande för gränsöverskridande där individen i samband med hinder och begränsningar får uppleva förståelse, problemlösning och nya möjligheter. Lärande och lekande är anknutna till varandra. Lärandet har godtagits som en omvårdnadsfunktion och man måste se på individens speciella behov. (Eriksson, 1995, 30-32)

Att vårda betyder att man delar, vilket medför delaktighet i och närhet till den person som man vårdar. Närhet kan vara närhet i tid och rum, medvetenhet om den andre eller medverkan i olika handlingar. Genom att vara delaktig kan man, enligt Eriksson, bidra till upplösandet av helheter som inte är bra för hälsan, vilket senare leder till en befrielse. (Eriksson, 1995, 38-39)

4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden kommer vi att ta upp kring hälsobefrämjande arbete, screening och levnadsvanor i relation till hälsan. Vi har i detta examensarbete utgått från en färdigt utarbetad enkät och har därför riktat in oss på en del av de områden som enkäten behandlar. Hela 50 års hälsogranskningen och således även enkäten innefattar en hel del olika områden och därför har vi inte tid eller möjlighet att gå in på djupet i alla de olika områdena.

4.1 Hälsobefrämjande arbete

I flera decennier har det diskuterats om olika metoder för hälsoinformation och hälsobefrämjande arbete. En ledande fråga är om målet är att förändra individuella beteendemönster och livsstilar eller skall den fysiska och socioekonomiska miljön förändras? Den traditionella hälsouppllysningen har oftast inriktat sig på att påverka individens beteende mot en hälsosammare livsstil. Man har således försökt anpassa människorna till miljön och glömt bort att göra miljön hälsosammare för människan. Skulden för hälsoproblem har således lagts på individen själv, vilket är ett etiskt problem. Å andra sidan har det hävdats att lyhörd hälsoinformation kan stärka människans självförtroende och självkänsla, vilket kan göra att människan tar mer kontroll över sin egen hälsa. (Ewles & Simnett, 2005, 49-50)

Vad är då egentligen hälsa? Begreppet hälsa har ännu inte någon klar definition som kan användas i alla kontexter. Hälsobegreppet utvecklas snabbt i takt med att kunskaperna ökar samt förutsättningar och villkor ändras för hälsa och ohälsa. Hälsa kan ha olika betydelse för olika individer. Frånvaro av sjukdom kan vara en allmän syn på hälsa. I allmänhet funderar människan inte på hälsan förrän hon/han drabbas av sjukdom eller hälsoproblem. Människans syn på hälsa formas av kunskaper, erfarenheter, värderingar och förväntningar. (Bergstrand, 2004, 14; Ewles & Simnett, 2005, 15, 17-18; Pellmer & Wramner, 2007, 9)

Det finns ett flertal yrkeskategorier som ger goda råd kring hälsa i det vardagliga arbetet men att vara hälsovägledare till yrket är ännu på ett pionjärstadium. Att vägleda till hälsa innebär att ge goda råd till människor så att de kan göra egna val för att åstadkomma hälsa. Att vägleda grundar sig på utgångspunkten att hälsa skall betraktas som en individuell och högst personlig upplevelse och att man ansvarar för sin personliga hälsa. Som enskild individ ansvarar man dock inte ensam för den egna hälsan utan även organisationer, arbetsgivare och samhället har ett visst ansvar. (Kostenius & Lindqvist, 2006, 25)

Hälsofrämjande arbete syftar till att förbättra hälsotillståndet för såväl grupper som enskilda individer. Verksamhetens mål är att främja hälsa, att stötta, uppmuntra, förespråka och att prioritera hälsa både på det individuella och på det kollektiva planet. De viktigaste faktorerna som påverkar hälsan utgörs av ekonomiska, sociala och miljörelaterade aspekter som vanligtvis ligger utanför individens kontroll. Verksamhetens grundläggande målsättning är således att stärka människors förmåga att ha mer kontroll över sådana saker i sitt liv som inverkar på hälsan. Kärnan i det hälsofrämjande arbetets mål och metoder är således att stödja individer att förbättra sin hälsa samt att skaffa sig en bättre kontroll över den. (Ewles & Simnett, 2005, 37)

Sjukdomsbelastningen har förändrats mycket under de senaste hundra åren. Under 1800-talet och början av 1900-talet hade infektionssjukdomarna sin storhetstid medan de kroniska sjukdomarna tog över under 1900-talet och fram tills idag. Kranskärslssjukdom och cancer är exempel på kroniska sjukdomar och dessa är nära anknutna till livsstilsfaktorer som dåliga kostvanor, rökning, alkoholkonsumtion och brist på motion. Till följd av dessa förändringar i sjukdomsbelastningen har det skett en förskjutning av folkhälsoarbetets tyngdpunkt, från hälsoskydd och behandling av infektionssjukdomar till hälsobefrämjande strategier. (Naidoo & Wills, 2007, 283)

Största delen av de internationella hälsostrategierna försöker skapa hälsoförbättringar genom att både öka människors förväntade livslängd och minska förtida död samt förbättra människors livskvalitet och minimera ohälsa. För att kunna förebygga sjukdom krävs dock att man angriper särskilda riskfaktorer som är förenade med många sjukdomar. Sådana riskfaktorer är exempelvis tobaksrökning, fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor samt övervikt och fetma. Utvärdering av hälsoförbättringar sker vanligen i form av minskad mortalitet och sjukdomsprevalens. Definitionen av de mest centrala målsättningarna för folkhälsoarbetet är att främja hälsa och välbefinnande hos populationen, att förebygga och göra konsekvenserna av sjukdom minimala, att förlänga värdefullt liv och att minska ojämlikhet i hälsostatus. Ett centralt kompetensområde är uppföljning och granskning av populationens hälsa och välbefinnande. (Naidoo & Wills, 2007, 284-285)

4.1.1 Hälsoinformation vid hälsobefrämjande arbete

Hälsoinformation är planerade aktiviteter där individer får information i hälsofrågor och får således den möjligheten att frivilligt göra förändringar i sitt levnadssätt. Det är viktigt att individens självkänsla och kapacitet stärks så att de kan göra något aktivt för sin hälsa. Hälsoinformation kan vara en del av vårdande verksamhet och individuell social service. Man kan dela upp hälsoinformation i begreppen primär, sekundär och tertiär hälsoinformation. Det är inte alltid så lätt att se var människor passar in, eftersom en individs hälsotillstånd kan tolkas på flera olika sätt. (Ewles & Simnett, 2005, 44-45)

Den primära hälsoinformationen riktar sig till friska personer och målet är att förebygga uppkomsten av ohälsa. Fysisk aktivitet, social kompetens, kost, preventivmedel och personliga relationer är sådana ämnen som man undervisar om och man har som mål att förbättra känslan av egenvärde. Primär hälsoinformation har inte bara till uppgift att förebygga sjukdom, utan även att förbättra hälsotillståndet och således livskvaliteten. (Ewles & Simnett, 2005, 44)

I samband med sjukdom kan även hälsoinformation spela en viktig roll. Genom information kan man förebygga utvecklingen av ett långvarigt tillstånd och hjälpa till att återställa patientens ursprungliga hälsotillstånd. Sekundär hälsoinformation är således att undervisa patienterna om deras tillstånd och vad de kan göra för att förbättra det. För att få tillbaka sin hälsa kan patienten behöva förändra sitt levnadssätt t.ex. sluta röka, följa ordinerad behandling, lära sig egenvård och självhjälp. Effektiv vård, behandling och undvikande av återfall är av stor betydelse i patientundervisningen. (Ewles & Simnett, 2005, 45)

Det finns många patienter som lider av sjukdomar som man inte har kunnat förebygga eller bota. Det finns även människor som lider av kroniska sjukdomar och funktionshinder. Tertiär hälsoinformation är information till patienter samt deras anhöriga om hur de kan göra mesta möjliga av de hälsomässiga resurser som finns kvar för att undvika påfrestningar, begränsningar och komplikationer. Tertiär hälsoinformation består således till stor del av rehabiliteringsprogram. (Ewles & Simnett, 2005, 45)

4.1.2 Mål och värderingar för att främja god hälsa

Ett specifikt hälsorelaterat resultat är ett hälsomål, t.ex. minskning av sjukdomsförekomst eller sjuklighet. Man kan definiera mål som en allmänbeskrivning av vad som skall uppnås. När man skall uppnå ett mål är det viktigt att man lägger upp delmål. Delmålen skall vara en utmaning, möjligt att uppnå, så mätbart som möjligt samt relevant. För att uppnå delmålen samt målen finns det olika metoder i hälsobefrämjande arbete. Man skall försöka ge människan insikt i hälsofrågor, öka kunskapen, förstärka

självinsikten, förändra livsstilmönster samt förändra den fysiska och sociala miljön. (Ewles & Simnett, 2005, 80-81, 85)

Man kan inte påstå att en specifik metod eller strategi är den enda rätta, utan man måste komma fram till vilka strategierna och målen är som skall tillämpas på basen av människors behov. För hälsofrämjande arbete och hälsouppllysning finns det fem olika modeller som är bra analysredskap. Dessa kan hjälpa till att klargöra egna mål och värderingar. (Ewles & Simnett, 2005, 53)

Övertalningsmodellen innebär att man genom övertalning och förmyndaraktig attityd försöker påverka patienten att förändra sitt beteende och följa de råd som getts. Förespråkarna för denna modell knyter stor vikt vid preventiva procedurer och framhåller sitt eget ansvar för att säkerställa och kontrollera att de givna ordinationerna och råden följs av patienten. (Ewles & Simnett, 2005, 54)

Målet med beteendeförändringsmodellen är att förändra människors personliga attityder och beteendemönster för att de skall få en hälsosammare livsstil. Informationen kan t.ex. vara hur man kan göra för att sluta röka och uppmuntra till ökad motion. I denna modell är förespråkarna övertygade om att en hälsosam livsstil är det bästa för alla. (Ewles & Simnett, 2005, 54)

Undervisningsmodellens mål är att ge information i hälsofrågor och garantera att människor uppfattar och förstår informationen. Detta gör att de blir i stånd att ta självständiga hälsobeslut som är grundade på information. Individen får ta emot fakta och får hjälp med att ta reda på sin attityd samt värdering för att därefter fatta sina egna beslut. Genomförande av beslutet och införandet av den nya livsstilen stöttar man oftast. De som förespråkar denna modell betonar undervisningsprocessens roll och att man visar respekt för individens rätt att själv välja sitt hälsobeteende. Uppgiften är att ge råd i sådana frågor som har betydelse för individens hälsa. (Ewles & Simnett, 2005, 54)

Målet med brukarcentrerade modellen är att hjälpa människor att reda ut vilka kunskaper som de behöver och vilka åtgärder de vill ta till. På basis av sina egna värderingar och behov skall de fatta sina egna beslut. Förespråkaren fungerar som en stödperson, de hjälper människan att identifiera sina egna problem, skaffa den kunskap och kompetens som de behöver för att åstadkomma en förändring. Att stärka personens egen förmåga är en viktig målsättning. I denna modell betraktas människan som en jämställd partner med egen kunskap och kompetens att fatta beslut om sin egen hälsa. (Ewles & Simnett, 2005, 55)

Att få till stånd förändringar i den fysiska, sociala och ekonomiska miljön så att den bättre skall främja god hälsa, har samhällsförändringsmodellen som mål. Förändringen ligger på samhällsförändringen och inte på individuella beteendemönster. De som förespråkar denna modell betonar medborgarnas demokratiska rättighet att förändra samhället. De hävdar att det är miljön som ska anpassas efter människorna och inte tvärtom. (Ewles & Simnett, 2005, 55)

4.1.3 Förebyggande av kranskärslsjukdom och stroke

Kardiovaskulära sjukdomar inklusive kranskärslsjukdom och ischemisk hjärtsjukdom, stroke samt deras föregångare hypertoni och angina är allmänt förekommande i populationen. Bland industriländerna ligger Finland i topp då det gäller mortaliteten i kranskärslsjukdom (CHD). I bl.a. Storbritannien är kranskärslsjukdom den vanligaste anledningen till en för tidig död. CHD ses som en välfärdssjukdom, en följd av fet kost, stress i arbetslivet och omåttlig alkoholkonsumtion. Kranskärslsjukdom är i likhet med många andra sjukdomar vanligast bland missgynnade befolkningsgrupper. Dödligheten i CHD är nämligen tre gånger större bland utbildade män än bland män med yrkesutbildning. (Naidoo & Wills, 2007, 295-296)

Fastän det är öppet accepterat att strukturella riskfaktorer påverkar utvecklingen av kranskärslsjukdom, bygger största delen av interventionerna på en modell för beteende-

förändring för den enskilda individen. Det finns en outtalad teori om att livsstilsförändringar är oundvikliga för att minska förekomsten av CHD. Kranskärslssjukdom är vanligast bland kraftigt överviktiga personer, speciellt bland personer under 50 år. Trots detta görs det litet för att få kontroll över den fetmaframkallande miljö som vi idag lever i. (Naidoo & Wills, 2007, 296)

Omfattande kartlägningsstudier utfördes i mitten av 1990-talet, vilka undersökte effekter av livsstilsrådgivning och rutinkontroller utförda av sjuksköterskor vid primärvårdsmottagningar. Följden av studien blev att denna typ av preventiva kontroller var till liten nytta. I samband med undersökningen framkom att högriskpersoner borde urskiljas, med hjälp av ett frågeformulär som noterar riskfaktorer som rökvanor, BMI, motion, blodtryck, serumkolesterol och diabetes. Personer som på grund av dessa indikationer bedöms höra till en riskgrupp bör utbudas individuellt anpassad rådgivning kring hur riskerna kunde minskas. (Naidoo & Wills, 2007, 297)

4.1.4 Förebyggande av cancer

Man har antagit att den stigande förekomsten av cancersjukdomar har varit en följd av att människor lever längre, vilket är ett resultat av att infektionssjukdomarna har minskat. Detta stämmer enbart till en viss del. Antalet cancerdrabbade ökar onekligen med stigande ålder, men största delen av cancersjukdomarna är dock förenade med utsatthet och fattigdom. Lågutbildade personer löper dubbelt så stor risk jämfört med välutbildade att dö i cancer. Även överlevnaden är lägre i försummade områden, vilket till en viss del beror på sämre tillgång till samt kvalitet på sjukvård. (Naidoo & Wills, 2007, 298-299)

Cancer har varit objekt för ett gediget vetenskapligt intresse. En växelverkan mellan många olika variabler, inklusive genetiska, miljörelaterade och beteenderelaterade faktorer, har resulterat i cancersjukdomar. Trots detta har cancerförebyggande program en viss tendens att rikta in sig på enskilda individer och sträva efter att förändra beteenden, att förmedla kunskap och att höja deltagandet i screeningar. I dagsläget

förstår man dock betydelsen av att utveckla brett upplagda interventioner för att omvandla vissa miljöfaktorer som kan anknytas till cancersjukdomar. (Naidoo & Wills, 2007, 302)

4.1.5 Förebyggande av psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är utan tvekan en del av människans totala hälsa och välbefinnande. Till följd av detta bör folkhälsoarbete innehålla interventioner som är avsedda att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk sjukdom (WHO, 2002). Största delen av strategierna för främjande av psykisk hälsa har riktat in sig på psykiska sjukdomar och koncentrerat sig på tillstånd som depressioner, ångest och schizofreni. Man har satt betydligt mindre fokus på problem som är relaterade till välbefinnande, till exempel ensamhet, isolering och dålig självkänsla. Även den sociala miljö som människor och grupper lever i har stor inverkan på deras psykiska hälsa. (Naidoo & Wills, 2007, 307)

Psykisk hälsa kan på ett snävt sätt definieras som frånvaro av psykisk sjukdom, men egentligen är begreppet psykisk hälsa både vitt och komplext och innefattar mer än enbart frånvaro av sjukdom eller problem. Psykisk hälsa innefattar god kognitiv funktion, emotionell hälsa, självbestämmande, återhämtningsförmåga och positiva personliga relationer. I första hand koncentrerar sig interventioner för bättre psykisk hälsa på hur individer, familjer, organisationer och grupper tänker och känner, de faktorer som påverkar hur man tänker och känner, både individuellt och i grupp, samt vilka följder detta får på människors totala hälsa och välbefinnande. (Naidoo & Wills, 2007, 307-308)

Största delen av psykiska hälsoproblem sköts inom primärvården och en stor del av problemen är av psykosocial natur. Detta innebär att primärvården har en viktig uppgift i att främja det psykiska välbefinnandet hos personer med lindriga till måttliga besvär och behandla personer med svåra eller långvariga psykiska hälsoproblem. Ett vanligt tillvägagångssätt är att träna primärvårdsläkare i att känna igen tidiga tecken på depression. (Naidoo & Wills, 2007, 309)

4.2 Screening

Screening innebär den metod som man använder för att i ett tidigt stadium upptäcka sjukdom eller ohälsa bland individer i en befolkning. Sällning är en annan benämning på ordet screening. Avsikten med sällning är att ohälsa eller riskfaktorer för sjukdom i ett tidigt skede kan upptäckas och åtgärdas hos ett visst antal individer och perspektivet är således inriktat på individen. Screening innebär även att individen inte är medveten om sjukdomen eller ohälsan. Man använder en undersökningsmetod eller ett test för att kunna sälla fram individer med tydlig risk för sjukdom eller förstadier till sjukdom. Med testet vill man på bästa möjliga sätt skilja friska från sjuka. (Andersson, 2006, 142-143)

Det finns olika sorter av screening, bl.a. massundersökningar av hela folkgrupper, exempelvis cytologprov och mammografi, anonym screening med avsikt att påträffa trender i individers hälsa, exempelvis patienter med diabetes i öppenvård. Tillfällighets-screening är också en typ av screening, vilket innebär att man vid ett läkarbesök passar på att intervjua patienten kring hälsorelaterade beteenden. Det finns även screening som utförs utan anknytning till en speciell sjukdom. Istället studerar man livsstilar i allmänhet, exempelvis vid kvinnokliniker. (Naidoo & Wills, 2007, 288)

En del etiska frågeställningar sammankopplas med massundersökningar och dessa är inte enbart positiva. Individer som har trott att de har varit friska kan få veta att de lider av en viss sjukdom eller ett bestämt tillstånd, vilket kan resultera i oro och ett potentiellt behov av invasiv behandling. De positiva aspekterna, dvs. tidigare upptäckt och i och med det mindre aggressiv behandling, samt minskad sjuklighet och mortalitet, måste således vara större än de negativa aspekterna och kostnaderna. (Naidoo & Wills, 2007, 288)

4.3 Levnadsvanor i relation till hälsan

Det finns ett starkt samband mellan levnadsvanor relaterade till hälsan och människans levnadsvillkor. Människans olika vanor i livet gällande t.ex. alkohol, mat och fysisk aktivitet har en stor betydelse för hur folkhälsan utvecklas. Människans hälsa ser olika ut i olika grupper eftersom levnadsvanorna är olika i olika grupper utgående från kön, ålder, utbildning och boendeförhållanden. (Pellmer & Wramner, 2007, 53-54)

Ohälsosamma levnadsvanor brukar uppstå hos utsatta grupper. Ofta är det samma personer som lever med de ohälsosamma vanorna. Levnadsvanor kan anses som en del av livsstilen. Livsstilen är ett uttryck för hur de olika levnadsvanorna utspelar sig och särskilt visar den hur människor lever utgående från sin livssituation. Det är viktigt att komma ihåg att valet av livsstil inte bildar ett fritt förståndsmässigt val av vanor, utan för varje människa styrs valen av livslång erfarenhet, självkänsla, samspel med andra och hur det omgivande samhället kan stöda hälsofrämjande. (Pellmer & Wramner, 2007, 53-54)

I detta kapitel som behandlar levnadsvanornas relation till hälsan tar vi upp tobak, alkohol, sömn och vila, motion och kost. Vi tar upp dessa faktorer eftersom de mäts i vår enkät och har en stor inverkan på människans hälsa. Riskfaktorer, exempelvis tobaksrökning, fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor samt övervikt och fetma, är förenade med många sjukdomar och för att kunna förebygga sjukdom är det viktigt att man angriper riskfaktorer som dessa. (Naidoo & Wills, 2007, 283)

4.3.1 Tobaksvanor

Idag har man mycket mer kunskap om tobakens skadeverkningar än vad man kunde tro när de första chockrapporterna publicerades på 1960-talet. Fastän det under 50 års tid har varit känt att rökning är ohälsosamt, är det ännu ett vanligt förekommande beteende hos populationen. Detta fenomen har bidragit till betydande konsekvenser för folkhälsan i hela världen. Nästan alla de stora folksjukdomarna, som cancer, hjärt- och

kärlsjukdom samt allergi, har ett samband med tobaksbruk. Rökning är den största förebyggbara orsaken till ohälsa och för tidig död i västvärlden. (Pellmer & Wramner, 2007, 58-60)

Dödsfallen orsakas oftast av hjärt- och kärlsjukdom och cancer, framförallt lungcancer. Under de senaste åren har man kunnat se en viss minskning av männens lungcancer, medan lungcancer hos kvinnor ökar kontinuerligt. Bland medelålders och de yngre åldersgrupperna har lungcancer blivit vanligare hos kvinnor än hos män. T.o.m. 85-90 procent av lungcancerfallen orsakas av rökning. Varannan person som röker dör i förtid på grund av rökning och de personer som dör av rökning i förtid förlorar i genomsnitt 13 levnadsår. Rökning ökar risken, i vissa fall 10-20 gånger, att insjukna i ett fyrtiotal olika sjukdomar. Ett uppehåll från rökning ger en viss riskminskning omedelbart, detta i alla åldrar. Ju längre tid man klarar av att vara rökfri, desto större blir riskminskningen. (Pellmer & Wramner, 2007, 58-60)

En individ som aldrig har rökt har 60 procent mindre risk för att drabbas av kranskärlssjukdom än en rökare och 30 procent mindre risk att drabbas av stroke. Passivt rökande kan påverka den utsatta personens hälsa. Om man som barn utsätts för passivt rökande, t.ex. om föräldrarna röker, har barnet större risk att drabbas av sjukdomar i luftvägarna, astma, otosalpingit och plötslig spädbarnsdöd. Man har kommit fram till att rökning är en av de största orsakerna till skillnaden i hälsostatus mellan rika och fattiga. För låginkomsthushåll kan tobaksutgifterna innebära en betydande belastning på deras ekonomi och kan resultera i brist på nödvändiga saker som mat, kläder och värme. Den nedgång vi kan se idag i rökandet beror inte på att det är färre personer som börjar, utan det är fler personer som slutar. Detta bevisar att de unga som börjar röka inte tar åt sig av den information eller de ingripanden mot rökning som ges. Ungefär en av fem personer i femton års ålder röker. Fast grupptricket kan vara en stor orsak till rökande bland tonåringar, har man även upptäckt en ökad tendens att tonåringarna röker vars föräldrar röker. (Naidoo & Wills, 2007, 333-337)

4.3.2 Alkoholvanor

Största delen av befolkningen konsumerar alkohol utan större problem och vanligen under trevliga omständigheter. Missbruk av alkohol utgör också en av de största riskfaktorerna för sjukdom och olycksfall. De vanligaste alkoholrelaterade sjukdomarna är leverskador, psykisk ohälsa, störningar i hormonbildande organ, fosterskador, undernäring, övervikt samt hjärt- och kärlsjukdomar. Förutom detta är alkoholmissbrukets sociala och ekonomiska konsekvenser mycket stora för familj och samhälle. En stor alkoholkonsumtion kan leda till våld, olycksfall, familjetragedier och alkoholrelaterade sjukdomar. Barn som lever i familjer med alkoholmissbruk har klart större risk att påverkas negativt. En av de stora riskfaktorerna för kvinnomisshandel är alkohol. Man kan dela upp konsekvenserna av felaktig alkoholkonsumtion i medicinska och sociala konsekvenser. Vissa personer drabbas bara av en av dessa konsekvenser, medan många drabbas av båda konsekvenserna. (Kostenius & Lindqvist, 2006, 54; Pellmer & Wramner, 2007, 63-67)

Man kan se stora skillnader i alkoholkonsumtionen i olika socialekonomiska grupper. Hos männen är andelen riskkonsumenter störst bland arbetare med låg inkomst och lägst bland tjänstemän på mellannivå och lite högre med hög inkomst. För kvinnorna är det störst risk hos arbetare med hög inkomst och lägst bland tjänstemän på mellannivå och lite högre med hög inkomst. (Pellmer & Wramner, 2007, 63-67)

4.3.3 Sömn och vila

I dagens samhälle har människorna ett mycket högt tempo. Stunder av stillhet är oftast få och måste vanligen vara inplanerade för att man skall hinna med dessa stunder. Om man kör med alltför högt tempo tappar man till slut kontrollen, vilket kan ta sig i uttryck i form av exempelvis uppgivenhet och ohälsa. Alla har möjligheten att själva välja hur balansen ska se ut mellan aktivitet och vila. Man skall komma ihåg att passivitet inte är detsamma som vila. Passivitet kan man t.ex. jämföra med att fördriva tiden med att titta på tv utan något större engagemang, en form av passiv förbrukning. Med vila menas att man på något sätt återhämtar krafter och skapar ny energi, t.ex. genom avslappnings-

träning, en skön promenad eller genom att sitta och lyssna på musik. (Winroth & Rydqvist, 2008, 141-143)

För att kunna återskapa energi är sömn en grundläggande nödvändighet. Om man inte får tillräckligt med sömn och energi blir man lättirriterad, aggressiv och har svårare att koncentrera sig. Sömnbehovet är mycket individuellt och åldern spelar också roll. Ett spädbarn sover i snitt 16 timmar per dygn, medan en vuxen nöjer sig med 7-8 timmar. Individuella skillnader kan dock vara stora. Vissa vuxna kan klara sig med 4 timmar, medan andra kräver 11 timmar. (Winroth & Rydqvist, 2008, 141-143)

Man kan dela in sömnen i två tillstånd som sker under ett cykliskt förlopp. Det ena tillståndet kan man kalla lugn sömn, vilket består av olika typer av djupsömn. Under djupsömnen bygger man upp ny energi och även produktionen av tillväxthormon ökar under denna period. Den djupa sömnen har övertaget under förnatten. Detta kan förklara varför vi kan känna oss trötta när man lägger sig sent, fast man sover tillräckligt med timmar. Det andra tillståndet kallas REM-sömn och normalt har man 4-8 perioder av REM-sömn under en natt. (Winroth & Rydqvist, 2008, 141-143)

Att vakna utvilad är ett gott hälsotecken. Om sömnproblem och sömnstörningar framkommer är det ett tecken på att något inte är som det skall vara. En orsak kan vara att man har ett för högt tempo, vilket kan göra att det är svårt att varva ner när man skall somna. Det kan också vara något problem eller bekymmer som man inte kan koppla bort och som stör sömnen. Ett problem vid insomning, som är vanligt, är när man viljemässigt försöker att somna. Man tänker att man måste sova nu, men detta leder ofta till motsatt effekt. Sömn är något som inte går att tvinga fram, det är en spontanaktivitet. Faktorer som bygger upp en god sömn är bl.a. en bra säng, ett svalt och tyst sovrum, lagom tid mellan måltid och sänggående och att man känner sig nöjd med tillvaron. (Winroth & Rydqvist, 2008, 141-143)

4.3.4 Motion

Motion innebär att man av egen vilja anstränger sig fysiskt för att man tycker det är roligt eller för att man vill upprätthålla en god kondition. Betydelsen av fysisk aktivitet med tanke på hälsan är i dag välkänd. Av regelbunden fysisk aktivitet är hälsoeffekterna mångfaldiga och motion kan ha varierande syften och ambitionsnivåer. Hela hälso-tillståndet påverkas positivt av god kondition. Många undersökningar bevisar att ju mer man aktiverar sig fysiskt, desto mindre risk har man att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, exempelvis hjärtinfarkt och åderförkalkning. Motion har även fördelaktiga effekter på riskfaktorer som högt blodtryck och diabetes. Det skyddar därtill mot benskörhet, musklerna stärks och det ger en förhöjd känsla av välbefinnande. Regelbunden fysisk aktivitet är även ett sätt att upprätthålla en normal kroppsvikt eller att gå ner i vikt. (Ahlgren, m.fl., 2000, 138-139; Naidoo & Wills, 2007, 342; Winroth & Rydqvist, 2008, 107)

I en hälsoundersökning i England har man kommit fram till att ungefär 60 procent av männen och 70 procent av kvinnorna inte upprätthåller en aktivitetsnivå som främjar god hälsa. Man har även uppskattat att 37 procent av alla dödsfall som orsakats av kranskärlssjukdom kan bero på fysisk inaktivitet. Minimumrekommendationen då det gäller fysisk aktivitet är att man fem gånger i veckan utför 30 minuters måttlig motion. (Naidoo & Wills, 2007, 342)

4.3.5 Kost

I medeltal äter människan 40-50 ton mat under en livstid och det är således utan vidare av betydelse vad denna mat består av. I människans kropp dör hundratals celler i minuten och därför bör våra måltider vara komponerade på ett sådant sätt att de ger kroppen det material och den energi som den behöver för att reparera och bilda nya celler. Maten borde därtill innehålla den energi som behövs för att hålla kroppen varm samt täcka behovet av energi. Många faktorer inverkar på människans energibehov. Dessa är kön, ålder, arv, kroppssammansättning, intensitet och fysisk aktivitet. Några exempel kan vara att energiomsättningen sjunker ju äldre man blir, män har högre

energibehov än kvinnor och ju mer man rör på sig, desto mer energi behöver man. En allmän rekommendation är dock att man borde äta tre huvudmåltider och 1-3 mellanmål dagligen. (Winroth & Rydqvist, 2008, 126-127, 131)

Kosten utgör en betydande hälsofaktor. Människornas kostvanor har förändrats snabbt i västvärlden i takt med förändringar inom jordbruk, matlagingsvanor och livsmedelsbearbetning. Därtill finns färdiglagade maträtter lättillgängliga. Ohälsosam mat, det vill säga fett-, socker- och kaloririk mat har resulterat i att fetma har blivit allt vanligare. Fetma kopplas i sin tur ihop med flera olika sjukdomar och tillstånd, exempelvis diabetes, kranskärslsjukdom och en del cancertyper. Under de två senaste årtiondena har frekvensen av övervikt och fetma ökat snabbt i industriländerna. (Naidoo & Wills, 2007, 338)

Det finns påtagliga bevis för att ekonomin spelar en roll då det gäller valet av mat. Människor med sämre ekonomi intar mer mättat fett och mindre antioxidanter, vitaminer och en del mineraler. Det har även visat sig att ju högre inkomst man har, desto mer äter man av färsk frukt och färska grönsaker. Bidragstagare äter mindre frukt och grönsaker per dag och vuxna och barn med de lägsta inkomsterna äter upp till 50 procent mindre frukt och grönsaker än personer med de högsta inkomsterna. De människor som bor i de mest försummade bostadsområdena har vanligtvis inte tillgång till bil och basvaror är nästan 25 procent dyrare i de lokala livsmedelsaffärerna än på stormarknaderna. (Naidoo & Wills, 2007, 338-339)

5 Tidigare forskning

Vi har sökt våra artiklar manuellt i tidskriften *Vård i Norden* och virtuellt på databasen EBSCO. Sökord som vi har använt oss av då vi sökt på EBSCO är "health", "obesity", "diabetes", "sleeping habits", "cancer", "health promotion", "alcohol" och "blood

pressure”. Dessa sökord har med hälsogranskningens innehåll att göra. Av hundratals träffar med de olika sökorden valde vi ut artiklarna med mest relevans. Sedan läste vi igenom abstrakten och valde baserat på dem ut de bästa artiklarna.

5.1 Hälsa

Strandmark (2006) publicerade en forskning med syftet att redogöra för den grundläggande betydelsen av hälsa baserat på individers erfarenheter. Metoden för studien var filosofisk, fenomenologisk med en praktisk tillämpning. Sammanlagt 25 personer intervjuades; 11 kvinnor och 14 män. Informanterna var mellan 25 och 77 år gamla. Resultaten av studien visar att kärnan av hälsa är livskraft, som byggs upp av en värdig självbild, en förmåga att övervinna hinder och en känsla av mening i livet. Människan uppnår styrka genom att ha respekt för sig själv, genom att kunna hantera sitt liv och uppleva välbefinnande samt livsmening och således betyder hälsa livskraft.

Salmela, Fagerström och Eriksson (2007) skriver om begreppet förändring och förändring i hälsoprocessen. Syftet med artikeln är att klargöra och tydliggöra meningen i begreppet förändring och gå djupare in i förståelsen för människans hälsoprocesser. Idag finns det många olika synsätt på begreppet hälsa, vilket används mycket inom hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården utgör att uppnå förändringar i den enskilda människans hälsoprocesser en central del. Resultatet av denna ontologiska analys är att det inte har skett någon större betydelseförskjutning för begreppet förändring under tidsperioden 1926-2000. Begreppet förändring i relation till hälsoprocessen innebär att hälsan ständigt är i rörelse mellan dimensionerna görande, varande och vardande och att man känner sig hel till kropp, själ och ande. Förändring kan ses som en omgestaltning i utsträckning för vardande om omgestaltningen är av inre karaktär, medan omgestaltning av yttre karaktär kan föreställas genom växling i dimensionen för görande som sker genom att skapa om och förändra samt växling i dimensionen för varande. Genom förändringar i hälsobeteendet sker omgestaltning som scenväxling, medan växlingar sker genom välbehag av olika behov som är aktuella. En förändring i människans liv kan vara när något nytt sker och ger livet ett annat innehåll, eller mening.

Stamnes (2000) redogör för hur socialt stöd och socialt nätverk påverkar hälsan. Syftet med denna studie var att få reda på om socialt stöd och socialt nätverk påverkar hälsan. I denna studie har forskningar som berör påverkan av socialt stöd och socialt nätverk på hälsan granskats. Resultatet av denna studie blev att det är viktigt att man har ett socialt stöd och ett fungerande socialt nätverk i rehabiliteringsprocessen och i att förebygga sjukdom. För att öka förståelsen har Stamnes fokuserat på Richard Lazarus' stress-coping teori.

5.2 Ohälsa

Taheri, Lin, Austin, Young och Mignot (2004) redogör för sömnens inverkan på olika ämnesomsättningshormoner. Syftet med denna studie var således att undersöka sömnens inverkan på ämnesomsättningshormoner. Undersökningsdeltagarna utgjordes av 1 024 frivilliga från en sömnforskning i Wisconsin. Deltagarna genomgick nattlig polysomnografi och redogjorde för sina sömnvanor med hjälp av frågeformulär och sömndagböcker. Sambandet mellan olika blodprovssvar, BMI och sömnlängd undersöktes. Resultatet av studien blev att deltagarna med kortvarig sömn hade en reducerad mängd av hormonet leptin och en förhöjd mängd av hormonet ghrelin i blodet. Dessa hormoner har en betydande roll i aptitregleringen och har motsatt effekt gentemot varandra. Dessa skillnader i leptin och ghrelin som observerades hos deltagarna som hade kortvarig sömn ökar sannolikt matlusten. Detta förklarar troligen ökningen av Body Mass Index som har observerats i samband med kortvarig sömn.

Keller, Pietrobelli, Must och Faith (2002) skriver om en studie med syftet att granska data som tyder på att genetiska skillnader hos individer kan främja de val av föda och matvanor som man har. Resultaten man kom fram till var att förekomsten av fetma fortsätter att öka i hela världen. Samtidigt med fetma ökar också metabola störningar. Konfronteringar av medicinska, psykosociala och ekonomiska konsekvenser av denna epidemi är svåra eftersom orsakerna till fetma inte är helt klarlagda ännu. En växande databas påvisar att genetiska skillnader ger enskilda avvikelser med avseende på deras

matpreferenser, förmåga att smaka en besk blandning och deras tendens att konsumera mer eller mindre all energi när det ges tillgång till olika sortiment av mat.

Anderson, Martinson, Crain, Pronk, Whitebird, O'Connor och Fine (2005) skriver om en studie, vars syfte var att uppskatta hur stor andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som har samband med fysisk inaktivitet, övervikt och fetma bland invånare i USA och som är 40 år eller äldre. En förutsägande modell av hälsovårdsavgifter utvecklades genom att man använde uppgifter från en kohort bestående av 8 000 medlemmar av en hälsoplan och som var 40 år eller äldre. Resultatet av studien blev att man kom fram till att avgifter som har samband med fysisk inaktivitet, övervikt och fetma utgör en betydande del av de totala sjukvårdskostnaderna. Resultaten understryker vikten av att rikta in sig på dessa riskfaktorer i alla delar av befolkningen.

Mukamal (2006) redogör kring en forskning som handlar om tobaksrökningens och alkoholens effekter. Syftet med forskningen är att undersöka mera allmänt hur tobak och alkohol gemensamt påverkar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Resultatet man kom fram till är att alkoholkonsumtion och tobaksbruk förknippas med en stor del hjärt- och kärlsjukdomar. Att dricka tre eller fler drinkar per dag eller att röka har liknande effekter på vissa former av hjärt- och kärlsjukdomar. De negativa effekterna kan exempelvis vara höjningar av blodtrycket, högre risk för stroke och hjärtsvikt. Ändå finns det relativt få bevis på att de negativa effekterna skulle bli ännu värre om man använder alkohol och tobak tillsammans.

Kovero och Tykkä (2002) har gjort en studie kring hur det är att insjukna i bröstcancer. Syftet med studien var att analysera vilka erfarenheter kvinnorna har av diagnostisering, vårdåtgärder och information som de fått i samband med att de fått diagnosen bröstcancer. Studien har haft ett fenomenologiskt perspektiv som utgångspunkt. Datainsamlingen grundade sig på individuella halvstrukturerade temaintervjuer, vilket gjorde det möjligt för kvinnorna att beskriva sina tankar och erfarenheter av sjukdomen från sin egen syn på den undersökta företeelsen. Resultatet av denna studie bevisar hur insjuknandet i en allvarlig sjukdom kan orsaka svår psykisk stress för kvinnan. För att

lindra denna psykiska stress är det viktigt att kvinnan får en snabb diagnos, snabba vårdåtgärder samt att vårdpersonalen har en god förmåga till ett patientkoncentrerat beteende och sensitivt bemötande.

5.3 Förebyggande av ohälsa

Davallius och Flensner (2006) skriver om att det har blivit vanligare att patienter söker hälsorelaterad information via Internet. Syftet med denna studie var att få kunskap om användningen av Internet för att kunna utveckla den hälsorelaterade kunskapen utgående från dessa två frågor: Vad finns det för hinder och möjligheter i att utnyttja hälsorelaterad information på Internet? Vilka effekter kan användningen av hälsorelaterad information via Internet få för brukarna? Datainsamlingen grundade sig på systematisk sökning i CINAHL och PubMed, samt en systematisk översyn av två särskilda journaler från åren 2000 till 2004. Slutligen hittades 14 vetenskapliga artiklar. Resultatet av denna studie blev att användningen av Internet är relaterad till individens ålder, socio-ekonomiska faktorer och hälsotillstånd. De som använde Internet tyckte att de fick ökad trygghet och social kompetens.

Absetz, Yoshida, Hankonen och Valve (2008) redogör för handledarens roll vid livsstilsförändringar. Syftet med forskningen var att utvärdera handledares roll vid framgångsrik livsstilsförändring. Forskarna har i GOAL-programmet för gott åldrande i Lahtis-området utvecklat och testat en gruppbaserad livsstilsrådgivningsmodell för primärvården. De som deltog i undersökningen var 352 män och kvinnor med ökad risk för att drabbas av typ 2 diabetes. Grupphandledarna bestod av 24 primärvårds-sjukskötare och 6 fysioterapeuter. Handledarna besvarade ett frågeformulär genast efter rådgivningsprogrammet. Man vägde gruppdeltagarna före man började med rådgivningen och följde sedan upp deras kroppsvikt under ett års tid. Man fann stora skillnader mellan grupperna då det gäller viktnedgång. I grupper där deltagarna hade gått upp i vikt kände sig handledarna mindre effektiva med att underlätta för deltagarna. De ville inte spendera någon extra tid med gruppen och de kände mer sällan att de fick energi av gruppen. I problembaserat lärande har handledarens roll visat sig vara viktig och det samma verkar gälla då det handlar om att lära ut hur man skall göra livsstils-

förändringar. Istället för att handledaren har en direkt effekt på deltagarna, avspeglar resultaten snarare ett samspel där en entusiastisk handledare och en entusiastisk grupp påverkar varandra, vilket kan leda till goda resultat som kan efterföljas av framgångar.

Grasaas, Sandvand och Seiler (2004) har gjort en kvantitativ undersökning om hur människor blir motiverade till att motionera och sedan fortsätta. Man har undersökt en grupp på cirka 800 personer som är aktiva inom motionsföreningen Terrengkarusellen i Kristianstad i Norge. Många vet fördelarna med träning och regelbunden fysisk aktivitet, men mindre vad det är som motiverar dem att börja motionera och fortsätta med det. Denna artikel fokuserar på motivation till fysisk aktivitet och beteende. Resultatet av undersökningen visar att männen tränar i medeltal 180 minuter per vecka och kvinnorna 145 minuter per vecka. Orsaken till att man motionerar var oftast de traditionella hälsorelaterade målen. Sociala saker som stöd och uppmuntran från vänner, familjemedlemmar och kollegor var mycket viktiga både när man skall börja träna och fortsätta med det.

Hauser, Benetti och Pereira V. Rebelov (2004) har gjort en studie med syftet att ta reda på vilken typ av motion och strategi som bidrar till den optimala viktminskningen. För att undvika uppkomsten av fetma bör förebyggande åtgärder vidtas. Förebyggande åtgärder kan genomföras genom livsstilsförändringar t.ex. med andra matvanor och fysisk aktivitet. I denna studie har man analyserat olika träningsprogram för att komma fram till vilken träningsform som ger den största viktminskningen. Resultatet av studien blev att styrketräning i kombination med aerob träning gav bäst resultat eftersom dessa träningsformer hjälper till att öka ämnesomsättningen både under och efter träningen.

Blomqvist, Berglund och Sonde (2006) har gjort en studie som behandlar hypertoni. Den nuvarande behandlingen av hypertoni är i allmänhet otillräcklig, trots att det finns kliniska riktlinjer. Syftet med denna studie var att utgående från en ledande diabetes-sjukskötares behandling av högt blodtryck se om några förändringar sker för patienterna efter behandlingen. Studien omfattade 200 personer med systoliskt och diastoliskt blodtryck över 140/90. Personerna var uppdelade i en kontrollgrupp och en intervention-

grupp. Resultatet blev att en betydelsefull minskning av blodtrycket kunde ses i båda grupperna efter behandlingsperioden. Vikten och midjemåttet hade också minskat.

Sönnerberg, Edgren och Welin (2001) har utfört en forskning vars mål var att beskriva och analysera hur diabetespatienterna förväntar och upplever sin patientroll samt deras möjligheter i en studiecirkel. I forskningen deltog 12 personer, både kvinnor och män, i åldern 55-84 år. Åtta av deltagarna hade typ 2 diabetes, en hade typ 1 medan 3 var anhöriga till någon med diabetes. Forskningsmetoden var kvalitativ och bestod av fyra gruppintervjuer; två före cirkelns början och två efter avslutad cirkel. Från det insamlade datamaterialet skapades kategorier och flera gånger har samma datamaterial kontrollerats mot kategorierna. Resultatet av forskningen blev att en studiecirkel är en bra metod för diabetespatienter att ta tillvara den egna förmågan, att utvecklas samt att lära sig.

Ruderfelt och Axelsson (2004) har gjort en studie som behandlar patientundervisning vid diabetes. Målet med litteraturstudien var att beskriva hur sjuksköterskan kan hjälpa patienter med diabetes att förändra sina kostvanor genom patientundervisning. Idag är diabetes en av de vanligaste folksjukdomarna och andelen diabetiker ökar kraftigt. Diabetes är till en viss del ärftlig, men kan både lindras och förebyggas med en näringsrik kost i många fall. Resultatet av studien visar att adekvat kunskap och attityd, bra förmåga att lösa problem, socialt stöd, motivation och förtroende till den egna förmågan är faktorer som gör det lättare för diabetiker att klara av att ändra på sina kostvanor. Faktorer som kan komplicera för en diabetiker att ändra på sina kostvanor är tidsbrist, otillräcklig kunskap, stress, bristande socialt stöd, speciella situationer och bristfällig tillit till den egna förmågan.

6 Undersökningsmetod och praktiskt genomförande

Vi har valt att göra en kvantitativ analys av det insamlade materialet. I denna undersökning är det endast möjligt att använda sig av kvantitativ metod, eftersom våra frågeställningar handlar om att bedöma effekten av hälsogranskningen. Undersökningsgruppens storlek har även påverkat vårt val av metod, eftersom det skulle vara svårt att göra en kvalitativ analys av en så här stor undersökningsgrupp. Den insamlade informationen, dvs. enkäterna, har analyserats i statistikprogrammet SPSS. Efter att informationen förts in i statistikprogrammet, har en del tabeller utarbetats av materialet.

6.1 Enkät

Enkäten är ett formulär som innehåller frågor som domineras av fasta svarsalternativ. Formuläret fylls i av informanten själv. Om man skall utföra en enkätundersökning, kan man ofta använda sig av frågor som utarbetats och använts av andra. Det positiva med detta är givetvis att själv inte behöva utarbeta frågorna, men också att ha information att jämföra med vid analysering av svaren. Till följd av detta är det till fördel att alltid börja med att ta reda på om det finns andra som utarbetat frågor som är inom ens eget intresseområde. Då det gäller enkätundersökningar är postenkät den vanligaste formen. Detta innebär att man skickar formuläret med posten och bifogar vanligen ett frankerat svarskuvert. Då informanten fyllt i formuläret, skickar hon/han tillbaka det per post. (Ejlertsson, 2005, 7-8)

Fördelar med enkätundersökningen är bl.a. att utgifterna är begränsade, det finns tillräckligt med tid för att kontrollera faktauppgifter, undersökningen kan göras på ett relativt stort urval och inom ett stort geografiskt område. Då man gör en enkätundersökning utesluter man även den s.k. intervjuareffekten. Exempel på negativa kännetecken för enkätundersökningar är att de normalt ger ett visst och ibland till och med ett betydande bortfall. Antalet frågor är därtill begränsat och informanten har inte

möjlighet att ställa kompletterande frågor ifall han eller hon inte förstår frågan. (Ejlertsson, 2005, 11-12)

Vårt examensarbete är ett beställningsarbete och den enkät som vi har använt oss av var färdigt utarbetad. Vi har således inte haft någon möjlighet att påverka utformningen av enkäten. Vi satte dock till några öppna frågor som vi själva har utformat, men dessa kommer vi endast att använda oss av i utvecklingsarbetet som vi skriver inom ramen för hälsovårdarutbildningen. I utvecklingsarbetet kommer vi att behandla hur en idealmodell av hälsogranskningen kan se ut. Enkäten som vi har fått tillgång till från Närpes hälsovårdscentral består av frågor med fasta svarsalternativ.

6.2 Undersökningsgrupp

Vi har fått tillgång till de enkäter som skickats ut åt de personer som var på 50 års hälsogranskning år 2008 i Närpes. Detta är ett beställningsarbete och den färdigt utvalda undersökningsgruppen består av sammanlagt 89 informanter, 44 kvinnor och 45 män. Vi skickade ut samma enkät till de 89 informanterna två år senare, dvs. år 2010. Enkäten som vi skickade ut år 2010 innehöll även 7 tilläggsfrågor, som vi kommer att behandla i utvecklingsarbetet. Dessa enkäter har vi jämfört med varandra för att få svar på frågeställningarna. Sammanlagt 50 enkäter returnerades, varav 27 från kvinnor och 23 från män. Av de returnerade enkäterna kunde vi använda oss av sammanlagt 47 enkäter, varav 26 från kvinnor och 21 från män. Två av enkäterna kunde inte användas eftersom de saknade namn och en kunde inte användas eftersom enkäten från år 2008 saknades. Detta innebär att vi fick svar på 56 procent av enkäterna som skickades ut men kunde endast använda oss av 53 procent. Vi valde att nöja oss med denna svarsprocent, eftersom vi ansåg att vi hade tillräckligt med material att bearbeta. Vår arbetsprocess skulle därtill ha blivit uppskjuten om vi skulle ha skickat ut enkäterna en gång till åt dem som inte svarat första gången.

6.3 Kvantitativ analys

Vårt examensarbete är en kvantitativ studie. Detta eftersom vi kommer att göra statistiska analyser av enkäterna. Vi kommer att göra statistiska resultat över de eventuella förändringar som skett i informanternas hälsotillstånd mellan åren 2008 och 2010. Vi kommer att använda oss av Wilcoxon's teckenrangtest, eftersom variablerna är ordinala och inte normalfördelade. Signifikanstestet innebär i praktiken att man prövar värdet (p) som betyder hur stor sannolikheten är för att slumpen orsakar resultatet.

De kvantitativa metoderna anses vanligen vara extensiva och relativt slutna. Extensiva innebär att många enheter behandlas och slutna betyder att forskaren på förhand fastställt vilken information som skall samlas in. Syftet med dessa metoder är att erhålla information som på ett enkelt vis kan organiseras och sättas in i datorer i standardiserad form, vilket bidrar till att många enheter kan analyseras. Den datainsamlingsmetod som dominerar inom den kvantitativa metoden är enkäter med fasta svarsalternativ. (Jacobsen, 2007, 180)

Den kvantitativa metoden har som avsikt att mäta och förklara. Informationen som man samlat in omvandlas till siffror och mängder i syfte att man skall kunna utföra statistiska analyser. Utgående från detta struktureras frågor, svar och variabler. Frågor som oftast leder till kvantitativa metoder är: Hur mycket? Hur många? Hur ofta? eller I vilken utsträckning? De berör således egenskaper vilka man kan ha mer eller mindre av. Svaren man kan få av dessa typer av frågor kan i stort sett mätas med ett mätinstrument som bygger på intervall-, ordinal- och kvotskalor med fastslagna svarsalternativ. Svaren kan presenteras i reella tal och kan vanligtvis bearbetas eller kalkyleras med statistiska metoder. Ålder, vikt, inkomstnivå, kroppslängd och utbildningstidens längd är några exempel på kvantitativa variabler. Man delar in kvantitativa variabler i kontinuerliga och diskreta variabler. En diskret variabel innebär att man kan ange observationerna enbart som ett visst antal, exempelvis antalet klasser i en skola. En kontinuerlig variabel innebär att variabelvärdena kan bestå av vilka reella tal som helst i ett intervall, exempelvis med kroppslängd, avstånd och vikt. (Nyberg, 2000, 100-102)

Wilcoxon's teckenrangtest, som vi har använt oss av, är ett icke parametriskt test som beräknas utgående från hur stor differensen är i ett par. Differensen rangordnas från det lägsta till det högsta oberoende av om differensen är negativ eller positiv. Efter att differenserna har rangordnats, sätts minus- respektive plustecknet till differensrankningen, plus- och minussummor adderas och jämförs. Ett exempel är att en grupp med patienter som lider av njursjukdom värderar sina kunskaper om njursvikt inom skalan 1-5, där 1 innebär ingen kunskap och 5 betyder mycket god kunskap. Efter detta får de möjlighet att gå en kurs där njursvikt behandlas. De som deltog i kursen tillfrågas igen om sina kunskaper kring njursvikt efter avslutad kurs. Kunskapen kring njursvikt mäts även denna gång på samma sätt som tidigare. För att utvärdera om kursen har haft någon effekt på deras kunskap kring ämnet används Wilcoxon's teckenrangtest. (Ludvigsson, 2002, 331-332)

6.4 Etisk diskussion

Då man gör en forskning, bör man ha som mål att ge en så verklig bild som möjligt av det man undersöker. Det finns en del etiska principer som man borde ta i beaktande vid all vetenskaplig forskning. Dessa principer består av två huvudsyften, vilka är att bidra till noggrannhet och riktighet i vetenskaplig kunskap samt att ta hänsyn till upphovsrätten. Det första syftet innebär att man inte får fabricera eller falsifiera resultat då man publicerar sin undersökning. Det betyder till exempel att man inte får hitta på uppgifter eller lämna bort uppgifter som man tycker är mindre önskvärda. Ifall man finner viktiga fel i den information som man publicerat skall man ingripa för att rätta till och informera om dylika fel. Det andra syftet innebär bl.a. att det inte är tillåtet att plagiera, vilket betyder att man inte får presentera eller använda väsentliga delar av andras forskningar eller information som om de skulle vara ens egna. Citat eller referat från andra forskares forskningar utan att man anger sin källa anses som plagiat. Man skall således alltid ange de källor som man har använt sig av. (Nyberg, 2000, 35)

Man skall alltid visa ansvar och hänsyn mot sina undersökningsspersoner samt respektera deras integritet. Detta gör man exempelvis genom att utvärdera om undersökningen är etiskt hållbar och bedöma riskerna för informanterna. Man bör heller inte undanhålla något för dem ifall det inte är fullständigt nödvändigt. Det är även viktigt att man är säker på att undersökningsspersonerna deltar av fri vilja och att de är medvetna om vad det handlar om. Deltagarna skall informeras om sin rätt att hoppa av eller att avstå från att svara på frågor. Därtill skall man bevara all information som man samlat in strikt konfidentiellt på det vis som man lovat vid datainsamlingen. Detta för att skydda informanterna från negativa följder. (Nyberg, 2000, 35)

Det var frivilligt för informanterna att delta i vår studie och de hade möjlighet att avstå från att besvara enkäten. För att ha ett etiskt förhållningssätt i detta examensarbete har vi behandlat informanternas personuppgifter anonymt utanför forskningsgruppen. Informanternas personuppgifter har inte framkommit i studien men de behövdes för att vi skulle kunna jämföra enkäterna från år 2008 med enkäterna från år 2010. De besvarade enkäterna har enbart lästs av oss och de har förstörts genast efter bearbetning.

6.5 Reliabilitet och validitet

För att kontrollera studiens trovärdighet och pålitlighet kan man granska reliabiliteten och validiteten. Validitet har som mål att man mäter rätt sak och reliabiliteten ser hur bra man mäter. När reliabiliteten är hög är validiteten inte hög, medan hög validitet ofta leder till hög reliabilitet. (Olsson & Sörensen, 2007, 75)

Reliabiliteten påvisar att undersökningen är gjord på ett tillförlitligt sätt. Med reliabilitet kontrollerar man överensstämmelsen mellan mätningar dvs. att man kommer fram till samma resultat varje gång som man mäter. Med en testretest-metod mäter man först vid en viss tidpunkt och upprepar samma mätning vid ett senare tillfälle. Om dessa mätningar kommer fram till samma resultat tyder det på hög reliabilitet. Vid attitydmätningar måste man komma ihåg att individerna har kunnat ändra sig mellan de två mätningarna. Den första mätningen kan ha berört den andra mätningen. Då man

använder sig av split-half-metoden har man ett antal frågor eller påståenden som sammankopplas till ett index. Samtliga frågor delar man slumpässigt in i två grupper och jämför överensstämmelsen. En hög reliabilitet kännetecknas av en hög överensstämmelse. (Olsson & Sörensen, 2007, 75)

Det är svårt att bedöma vår undersöknings reliabilitet. Frågorna i den färdigt utarbetade enkäten, som vi har använt oss av, går inte att jämföra med varandra, eftersom vi inte har några kontrollfrågor som behandlar samma sak. Vi kan heller inte få reda på om informanterna har svarat sanningsenligt på frågorna. Vissa informanter känner oss, vilket kan ha lett till att de inte vågar svara helt ärligt på alla frågor. Det finns även en möjlighet att informanterna har besvarat frågorna på ett sådant sätt som de tror att vi vill ha svaren. Detta är faktorer som kan ha påverkat undersökningens trovärdighet.

Validitet innebär att man undersöker det man avser att undersöka, dvs. rimlighet. Det är lika viktigt att ha en hög validitet som att ha en hög reliabilitet. Vid validitet kontrollerar man ett mätinstruments förmåga att mäta det man avser att mäta. Data som kan anges med stor noggrannhet har en hög validitet, vilket kallas för logisk validitet. Reliabiliteten och validiteten hos ett mätinstrument kan vara olika för olika grupper av personer. Vanligen är det lättast att undersöka reliabiliteten, vilket ofta leder till att man fokuserar på reliabilitetsaspekten och validiteten lämnas åt sitt öde. (Olsson & Sörensen, 2007, 76-77)

Vid analys av kvantitativ data skall man så långt som möjligt säkerställa att all data har antecknats noggrant och på ett exakt sätt, att data är lämpligt för undersökningen och att de är korrekta de förklaringar som bevisats från analysen. Vid validering av data börjar man med att kontrollera data för att vara säker på att det inte innehåller några fel på grund av felinslag vid inmatningen av data. Det finns en risk för felinslag om data har skrivits in manuellt av människor. Det finns olika kontroller som man kan utföra för att försäkra validiteten i data. Forskningsinstrumentet skall inte ge olika resultat vid olika

forskningsstillfällena. Olika forskare skall kunna komma fram till samma resultat utgående från samma data. (Denscombe, 2009, 362-363)

Vår färdigt utformade enkät består av enkelt formulerade frågor som inte borde missförstås så lätt. Enkäten mäter således det som den avser att mäta, det vill säga validiteten är hög. Vid bearbetning av den insamlade informationen började vi med att mata in all information i statistikprogrammet SPSS. Matningen skedde manuellt, vilket kan ha medfört felinslag. Vi var dock tre personer som övervakade inmatningen och kontrollerade den flera gånger. Till följd av detta minskade risken för felinslag.

6.6 Undersökningens praktiska genomförande

Då vi började skriva examensarbetet tog vi kontakt med den ledande hälsovårdaren vid Närpes hälsovårdscentral för att få reda på om de ville göra en beställning på ett examensarbete. Den ledande hälsovårdaren meddelade att de hade som förslag att vi skulle göra en undersökning kring hälsogranskningar och effekten av dem. Detta examensarbete är således ett beställningsarbete från Närpes och görs i samarbete med hälsovårdscentralen där.

Vi diskuterade med den ledande hälsovårdaren och kom fram till att vi skulle använda samma enkät som skickats ut till de män och kvinnor som var på 50 års hälsogranskning år 2008. Samma enkät skickade vi även ut år 2010, dvs. två år senare, till samma personer. Enkäten som vi skickade ut år 2010 innehöll även 7 tilläggsfrågor, som vi kommer att använda oss av i utvecklingsarbetet.

Informationen som vi har samlat in via enkäterna har satts in i statistikprogrammet SPSS och enkäterna från år 2008 har jämförts med enkäterna som skickades ut år 2010. Vi har använt oss av Wilcoxon's teckenrangtest för att få fram signifikanta förändringar. Med ett signifikanstest prövar man värdet (p) som betyder hur stor sannolikheten är för att slumpen orsakar ett lika starkt samband. Signifikantgränsen för (p) är $<0,05$ men vi

kommer även att lyfta fram beaktansvärda resultat som inte är under signifikantgränsen. P-värdet är således inte det enda kriteriet som vi använder oss av för att bedöma ett resultats relevans. Till följd av att vi skulle jämföra enkäterna från år 2008 med enkäterna från år 2010 kunde vi endast ta med de informanter som besvarat båda enkäterna. Genom denna jämförelse vill vi få fram förändringar som skett i informanternas hälsotillstånd under dessa två år.

7 Resultatredovisning

Syftet med resultatkapitlet är att redovisa resultaten av undersökningen. Vi kommer systematiskt att gå igenom utvalda frågor i enkäten (bilaga 2). En del frågor har vi valt att inte analysera, eftersom det skulle ha blivit ett för omfattande och krävande examensarbete. De resultat som är signifikanta samt de som vi anser som beaktansvärda kommer att presenteras i tabeller.

I frågan som behandlar informanternas hälsotillstånd (fråga 5) finner vi inga signifikanta skillnader mellan informanternas hälsa år 2008 och 2010 ($Z=-0,688$, $n=46$, $p=0,491$). Då det gäller hur ofta informanterna har uppsökt vård hos läkare, hälsovårdare och annan hälsovårdsservice (fråga 6) finns inga större skillnader mellan år 2008 och 2010 (läkare: $Z=-0,515$, $n=28$, $p=0,606$, hälsovårdare: $Z=-1,0$, $n=6$, $p=0,317$ och annan hälsovård: $Z=-1,0$, $n=4$, $p=0,317$)

I frågan (fråga 7) som tar upp informanternas besvär eller symptom som stör deras dagliga liv, exempelvis huvudvärk, ryggbesvär, magbesvär, sömnbesvär, finns en signifikant skillnad mellan informanternas besvär och symptom år 2008 och 2010 (se tabell 1).

Tabell 1. Besvär och symptom som stör informanternas dagliga liv år 2008 och 2010			
	2010 Nej	2010 Ja	Totalt 2008
2008 Nej	21 (91,3 %)	2 (8,7 %)	23
2008 Ja	9 (40,9 %)	13 (59,1 %)	22
Totalt 2010	30 (66,7 %)	15 (33,3 %)	45

($Z=-2,111$, $n=45$, $p=0,035$).

I tabell 1 kan man se att antalet informanter som hade besvär och symptom som stör deras dagliga liv hade minskat från 22 till 15 informanter.

I frågan som behandlar vilka sjukdomar som informanterna har konstaterats lida av (fråga 8) finns inga betydande skillnader mellan åren. (Kransartärsjukdom: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, blodtryckssjukdom: $Z=-1,0$, $n=43$, $p=0,317$, gallsten eller gallvägsinflammation: $Z=-1,0$, $n=43$, $p=0,317$, epilepsi: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, magkatarr eller sår: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, migrän: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, blodpropp i hjärtat: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, lungastma: $Z=0,0$, $n=43$, $p=1,0$, diabetes: $Z=-1,414$, $n=43$, $p=0,157$, led- eller muskelsjukdomar: $Z=-0,816$, $n=43$, $p=0,414$, hudsjukdom: $Z=-1,0$, $n=43$, $p=0,317$). Informanternas sjukdomstillstånd har enligt detta resultat inte försämrats nämnvärt, vilket är positivt.

Då det gäller vilka besvär som informanterna har haft av ovannämnda sjukdomar (fråga 9) syns endast en signifikant skillnad på 0,10-nivån (se tabell 2).

Tabell 2. Informanternas besvär av sjukdomar år 2008 och 2010					
	2010	2010	2010	2010	Totalt
	Inte alls	Litet	Måttligt	Mycket	2008
2008	14 (93,3 %)	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	15
Inte alls					
2008	2 (28,6 %)	4 (57,1 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	7
Litet					
2008	3 (30,0 %)	1 (10,0 %)	6 (60,0 %)	0 (0,0 %)	10
Måttligt					
2008	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	2
Mycket					
Totalt 2010	19 (55,9 %)	6 (17,6 %)	7 (20,6 %)	2 (5,9 %)	34

($Z=-1,732$, $n=34$, $p=0,083$).

I tabell 2 kan man konstatera att informanternas besvär till följd av sjukdomarna har minskat.

Informanternas frånvaro från arbete på grund av sjukdom (fråga 10) har inte förändrats något under dessa två år ($Z=-0,848$, $n=44$, $p=0,396$). I användningen av receptbelagda och receptfria mediciner (fråga 11, 12) finns inga märkbara avvikelser (receptbelagda: $Z=-0,905$, $n=47$, $p=0,366$, receptfria: $Z=-0,277$, $n=47$, $p=0,782$).

Informanternas rökvanor (fråga 14, 15, 16, 17) har inte förändrats något avsevärt mellan åren 2008 och 2010 (fråga 14: $Z=-1,0$, $n=47$, $p=0,317$, fråga 15: $Z=-1,0$, $n=46$, $p=0,317$, fråga 16: $Z=0,0$, $n=5$, $p=1,0$, fråga 17: $Z=0,0$, $n=14$, $p=1,0$). Då det gäller informanternas alkoholvanor (fråga 19, 20) har det inte heller där skett någon betydande förändring (fråga 19: $Z=-1,0$, $n=44$, $p=0,317$, fråga 20: $Z=-1,0$, $n=45$, $p=0,317$). Endast fyra av 46 informanter röker dagligen, vilket vi anser är en ganska liten andel. Informanterna dricker även måttliga mängder alkohol.

En signifikant skillnad syns (fråga 21) i medeltalet av hur många timmar informanterna sover per natt (se tabell 3). Då det gäller sömnkvaliteten (fråga 22) finner man dock ingen beaktansvärd skillnad mellan åren ($Z=-0,460$, $n=47$, $p=0,646$).

Tabell 3. Informanternas sömntimmar per natt år 2008 och 2010	
2008 timme per natt	6,9545 h
2010 timme per natt	7,2128 h

($Z=-2,236$, $n=44$, $p=0,025$)

I tabell 3 kan man se att informanterna har utökat antalet sömntimmar per natt under dessa två år.

Informanterna (fråga 23) åt i medeltal 1,702 varma måltider per dag år 2008, medan motsvarande siffra år 2010 var 1,745 (se tabell 4). Denna förändring är dock inte signifikant. Detta resultat är intressant med tanke på att man borde äta fler varma måltider per dag än vad informanterna gör.

Tabell 4. Informanternas antal varma måltider per dag	
2008	1,702
2010	1,745

($Z=-0,707$, $n=47$, $p=0,48$)

Då det gäller informanternas mjölkkonsumtion (fråga 24) har ingen signifikant skillnad skett (konsumtionsmjölk: $Z=0,0$, $n=12$, $p=1,0$, lättmjölk: $Z=-0,284$, $n=26$, $p=0,776$, fettfrimjök: $Z=0,0$, $n=20$, $p=1,0$, surmjök: $Z=-1,414$, $n=16$, $p=0,157$).

I informanternas fettanvändning (fråga 26) har det skett en viss förändring under de två åren men skillnaden är dock inte signifikant (se tabell 5).

Tabell 5. Informanternas fettanvändning år 2008 och 2010				
	2010 Jag använder rikligt med fett och äter ofta fet mat	2010 Jag använder måttliga mängder fett	2010 Jag använder litet fett och äter sällan feta maträtter	Totalt 2008
2008 Jag använder rikligt med fett och äter ofta fet mat	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	2
2008 Jag använder måttliga mängder fett	1 (2,8 %)	34 (94,4 %)	1 (2,8 %)	36
2008 Jag använder litet fett och äter sällan feta maträtter	0 (0,0 %)	4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	8
Totalt 2010	2 (4,3 %)	39 (84,8 %)	5 (10,9 %)	46

($Z=-1,134$, $n=46$, $p=0,257$)

I tabell 5 framkommer det att en viss förändring har skett i fettanvändningen. Informanterna har ökat sin fettkonsumtion något under de två åren.

I användningen av socker (fråga 27) hos informanterna finns inga signifikanta olikheter mellan åren 2008 och 2010 ($Z=-0,832$, $n=47$, $p=0,405$). Inte heller saltanvändningen (fråga 28) har förändrats något avsevärt under dessa år ($Z=-1,0$, $n=46$, $p=0,317$). Då det gäller informanternas konsumtion av grönsaker (fråga 29) har ingen större förändring skett. Vi har dock valt att beskriva informanternas grönsakskonsumtion i en tabell, eftersom den lilla förändring som har skett har gått i en negativ riktning (se tabell 6).

Tabell 6. Informanternas konsumtion av grönsaker år 2008 och 2010				
	2010 Äter inte just alls	2010 Äter i någon mån, minst 1 gång/vecka	2010 Äter rikligt, dagligen	Totalt 2008
2008 Äter inte just alls	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0
2008 Äter i någon mån, minst 1 gång/vecka	0 (0,0 %)	10 (83,3 %)	2 (16,7 %)	12
2008 Äter rikligt, dagligen	0 (0,0 %)	5 (14,3 %)	30 (85,7 %)	35
Totalt 2010	0 (0,0 %)	15 (31,9 %)	32 (68,1 %)	47

($Z=-1,134$, $n=47$, $p=0,257$).

Tabell 6 visar att informanterna har börjat äta något mindre grönsaker. Detta är negativt, eftersom det rekommenderas att man skall äta rikligt med grönsaker.

Ingen betydande förändring har skett i hur livssituationen (fråga 30) upplevs av informanterna ($Z=-0,333$, $n=46$, $p=0,739$). Det syns heller ingen skillnad i vad som orsakar eventuella problem (fråga 31), exempelvis problem i äktenskapet, ensamhet, depression, spänningsproblem eller problem på arbetet.

Informanternas inställning till motion och fysisk aktivitet (fråga 32) har inte förändrats märkbart ($Z=-1,0$, $n=44$, $p=0,317$). Gällande hur mycket de rör på sig i arbetet (fråga 33) samt till och från arbetet (fråga 34) har det heller inte skett någon signifikant skillnad hos informanterna (fråga 33: $Z=-1,0$, $n=46$, $p=0,317$, fråga 34: $Z=-0,184$, $n=45$, $p=0,854$).

Motionsvanorna under fritiden (fråga 35) har hos informanterna inte förändrats beaktansvärt under åren 2008-2010 ($Z=-0,247$, $n=45$, $p=0,805$). I deras inställning till att förändra sina motionsvanor (fråga 38) syns heller ingen förändring. Vi har dock valt att göra upp en tabell kring informanternas inställning till att förändra sina motionsvanor (se tabell 7). Inställningen är nämligen oerhört viktig för att förändringar skall kunna ske i deras motionsvanor.

Tabell 7. Informanternas inställning till att förändra sina motionsvanor					
	2010 Motionsva norna bra, behöver ingen förändring	2010 Motions vanor för lite, borde utöka	2010 Motions vanor för lite, men kan inte utlova förändring	2010 Motions vanor för mycket	Totalt 2008
2008 Motionsvanorna bra, behöver ingen förändring	14 (77,8 %)	2 (11,1 %)	2 (11,1 %)	0 (0,0 %)	18
2008 Motionerar för lite, borde utöka	2 (15,4 %)	4 (30,8 %)	7 (53,8 %)	0 (0,0 %)	13
2008 Motionerar för lite, men kan inte utlova förändring	1 (7,7 %)	3 (23,1 %)	9 (69,2 %)	0 (0,0 %)	13
2008 Motionerar för mycket	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0
Totalt 2010	17 (38,6 %)	9 (20,5 %)	18 (40,9 %)	0 (0,0 %)	44

(Z=-1,166, n=44, p=0,243)

I tabell 7 kan man se att en stor del av informanterna är nöjda med sina motionsvanor, medan i stort sett lika många anser att de motionerar för lite men kan inte utlova någon förändring. Vi tror att man borde satsa på att få dem som inte kan utlova någon förändring motiverade till att förändra sina motionsvanor.

8 Tolkning

Utgående från de resultat som vi har fått kan vi konstatera att ingen större förändring har skett i informanternas hälsotillstånd mellan åren 2008 och 2010. De små förändringarna som har skett har både varit positiva och negativa med tanke på informanternas hälsa. Man kan sedan fråga sig om de förändringar som har skett verkligen kan relateras till de råd som getts vid hälsogranskningen.

Det finns många faktorer som kan ha inverkat på informanternas hälsotillstånd under dessa två år. Det kan vara möjligt att två år är för kort tid för att stora förändringar skall ha kunna ske i informanternas levnadsvanor. Informanternas hälsotillstånd har även i vissa avseenden försämrats något under denna tidsperiod. Detta är negativt med tanke på hälsogranskningens mål som är att förbättra levnadsvanorna och förebygga sjukdomar. I detta fall måste man ändå ta i beaktande människans naturliga åldrande och allt vad det innebär.

8.1 Hälsovårdarnas möjlighet att påverka andras levnadsvanor

Naidoo och Wills tar upp om kartlägningsstudier som utfördes i mitten av 1990-talet, där det framkommer att livsstilsrådgivning och rutinkontroller utförda av sjukskötare var till liten nytta. Utgående från dessa studier kom man fram till att man borde ha en systematisk strategi för att kunna urskilja högriskpersoner med hjälp av ett frågeformulär. Riskfaktorer är exempelvis rökning, högt BMI, fysisk inaktivitet, blodtryckssjukdomar, kolesterolsjukdomar och diabetes. Personerna som bedöms höra till en riskgrupp skall erbjudas individuellt anpassad rådgivning om hur riskerna kunde minskas. Detta tar även Anderson, Martinson, Crain, Pronk, Whitebord, O'Connor och Fine (2005) upp i sin artikel som behandlar vikten av att rikta in sig på vissa

riskfaktorer. Vården av de sjukdomar som dessa riskfaktorer kan leda till utgör nämligen en stor del av de totala sjukvårdskostnaderna. Genom kartläggningsstudien, som utfördes på 1990-talet, får vi vårt eget resultat bekräftat som visar att hälsorådgivning inte har så stor effekt som man skulle kunna tro. Vi har i detta examensarbete sett på undersökningsgruppen som helhet och har därför inte kunnat urskilja enskilda högriskpersoner. Istället hoppas vi att hälsovårdarna i samband med hälsogranskningen har hittat dessa högriskpersoner och vidtagit åtgärder för att minska riskerna. (Naidoo & Wills, 2007, 297)

Enligt Orem är egenvårdaktiviteter som personen själv tar initiativ till och gör dem för sin egen skull för att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Detta innebär att positiva förändringar i en persons levnadsvanor och hälsotillstånd endast kan ske om personen själv tar initiativ till det. En hälsovårdare kan således uppmuntra och ge råd kring levnadsvanor men det är personen själv som måste ta initiativ till att förändra dem. Även Eriksson framhåller att hälsa är något som man inte kan ge åt en annan människa, men man kan dock stödja människan i att vara hälsa. (Orem, 2001, 42-47, 142-145; Eriksson, 1988, 41-42)

Enligt Ewles och Simnett är kärnan i det hälsofrämjande arbetet att stödja individer att förbättra sin hälsa samt att skaffa sig en bättre kontroll över hälsan. Även Kostenius och Lindqvist skriver om innebörden av hälsorådgivning. Enligt dem innebär att vägleda till hälsa att ge goda råd till människor att göra egna val för att åstadkomma hälsa. Hälsa skall betraktas som en individuell och högst personlig upplevelse och man ansvarar för sin personliga hälsa. (Ewles & Simnett, 2005, 37; Kostenius & Lindqvist, 2006, 25)

Till följd av detta kan vi konstatera att man som hälsovårdare inte direkt kan förändra en annan individs livsstil, men man kan dock vägleda och stödja andra i deras strävan till att förändra sina levnadsvanor. Man kan inte tvinga en annan människa att förändra sina levnadsvanor utan de måste själva ha viljan och motivationen att göra det. Vi vet även av egen erfarenhet att utan vilja och motivation är det svårt att genomföra något.

8.2 Hälsorådgivningens effekt på informanternas besvär och sjukdomar

I vår resultatredovisning behandlade vi de resultat som var statistiskt signifikanta samt de som vi ansåg vara beaktansvärda. När det gäller informanternas besvär och symptom som stör deras dagliga liv (se tabell 1), har deras besvär och symptom minskat mellan åren 2008 och 2010. Detta är en signifikant skillnad som har skett. Utgående från resultatet kan man anta att hälsoråden haft en positiv inverkan på informanternas besvär och symptom i det dagliga livet.

Under de två åren har få av informanterna fått någon ny sjukdomsdiagnos, vilket är ett positivt resultat. För de informanter som lider av någon sjukdom (se tabell 2) har besvären minskat, men dock ingen signifikant skillnad kan ses. Hälsorådgivningen kring hur man sköter och lever med sin sjukdom kan ha inverkat på detta resultat, men det kan också vara slumpen.

Ewles & Simnett framhåller att hälsoinformation spelar en viktig roll i samband med sjukdomar. Genom information kan man förebygga utvecklingen av ett långvarigt tillstånd och hjälpa till att återställa patientens ursprungliga hälsotillstånd. Detta innebär att man undervisar klienterna kring deras hälsotillstånd och vad de kan göra för att förbättra det. För att få tillbaka sin hälsa kan det finnas behov av en förändring i levnadssättet, exempelvis att sluta röka, att lära sig egenvård och självhjälp samt att följa ordinerad behandling. (Ewles & Simnett, 2005, 45)

8.3 Hälsorådgivningens effekt på alkohol- och rökvanor

När det gäller informanternas rök- och alkoholvanor har det inte skett någon betydande förändring. Detta är dock något som det borde satsas mycket på för att minska på konsumtionen, eftersom det utgör en betydande hälsorisk. Om vi ser tillbaka på kapitel

4, där vi bland annat behandlar tobaks- och alkoholvanor, framkommer det att man under 50 års tid har haft kännedom om att rökning är ohälsosamt men ändå är det ett vanligt förekommande beteende hos populationen. De flesta som konsumerar alkohol gör det utan större problem men missbruk av alkohol utgör en av de största riskerna för sjukdom och olycksfall. Även alkoholmissbrukets sociala och ekonomiska konsekvenser är mycket stora för familj och samhälle. Varannan person som röker dör i förtid på grund av rökning och dessutom ökar risken att insjukna i ett fyrtiotal olika sjukdomar. I Mukamals (2006) artikel finner vi även underlag till att alkohol- och tobakskonsumtionen kan skada hälsan. Där framkommer det att tobak och alkohol påverkar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Även höjning av blodtryck, högre risk för stroke och hjärtsvikt förekommer vid alkohol- och tobaksanvändning. (Pellmer & Wramner, 2007, 58-60, 63-67; Kostenius & Lindqvist, 2006, 54)

8.4 Hälsorådgivningens effekt på sömnvanorna

Informanternas sömnvanor har förbättrats från år 2008 till 2010 (se tabell 3). En signifikant skillnad har skett då det gäller hur många timmar informanterna i medeltal sover per natt. Våra informanter uppnår denna rekommendation år 2010. Till följd av detta kan vi anta att hälsorådgivningen har haft en viss inverkan på informanternas sömnvanor. I den teoretiska bakgrunden tog vi upp om sömnens betydelse för hälsan och att rekommendationen för en vuxen är att man sover 7-8 timmar per natt. Sömnbehovet är dock mycket individuellt och påverkas även av åldern och livssituationen. I Taheris, Lins, Austins, Youngs och Mignots (2004) artikel kommer det fram vad som kan ske med kroppen om den får för lite sömn. I artikel om sömnens inverkan på ämnesomsättningshormoner framkommer det att kortvarig sömn minskar mängden av hormonet leptin och ökar hormonet ghrelin i blodet. Detta leder sannolikt till att matlusten ökar, vilket i sin tur kan leda till ett högre BMI. (Winroth & Rydqvist, 2008, 141-143)

8.5 Hälsorådgivningens effekt på matvanorna

Antalet varma måltider som informanterna i medeltal äter per dag har ökat något (se tabell 4), men förändringen är dock inte signifikant och kan således bero på slumpen. Våra informanter åt i medeltal 1,70 varma måltider per dag år 2008 och motsvarande siffra år 2010 var 1,75. I kapitel 4, där vi tar upp om kostens betydelse för hälsan, kommer det fram att en vuxen borde äta frukost, lunch, middag samt ett par mellanmål varje dag, det vill säga två varma måltider dagligen. Det redogörs även för att det finns många faktorer som inverkar på människans energibehov såsom kön, ålder, arv, kroppssammansättning, intensitet och fysisk aktivitet. I Kellers, Pietrobellis, Musts och Faiths (2002) artikel framkommer det även att genetiska skillnader kan påverka individernas matvanor. (Winroth & Rydqvist, 2008, 131)

Informanternas fettkonsumtion (se tabell 5) har ökat något och grönsakskonsumtionen har minskat (se tabell 6) under de två åren, dock är förändringarna inte signifikanta. En riklig konsumtion av fett kan leda till fetma, som i sin tur kan resultera i många olika sjukdomar, exempelvis diabetes, kranskärslsjukdom och cancer. Detta tar vi upp i kapitel 4, där vi behandlar kosten. Naidoo & Wills påpekar att ekonomin spelar en viktig roll då det gäller valet av mat. Människor med sämre ekonomi intar mer mättat fett samt mindre antioxidanter, vitaminer och mineraler. Det har framkommit att ju högre inkomst man har, desto mer färsk frukt och grönsaker äter man. Dessutom framhåller Naidoo & Wills att människornas kostvanor har förändrats snabbt i västvärlden i takt med förändringar inom jordbruk, matlagingsvanor och livsmedelsbearbetning. Därtill finns det ett stort utbud av färdiglagade maträtter. Hälsogranskningen strävar till att uppnå positiva förändringar i individens levnadsvanor, vilket inte har skett då det gäller informanternas konsumtion av fett och grönsaker. De förändringar som har skett är negativa men man bör dock komma ihåg att förändringarna inte är signifikanta och kan således vara slumpmässiga. (Naidoo & Wills, 2007, 338-339)

8.6 Hälsorådgivningens effekt på motionsvanorna

Informanternas inställning till att förändra sina motionsvanor (se tabell 7) har inte förändrats till följd av hälsogranskningen. I vår undersökning framkommer det att många vet att de motionerar för lite men kan inte utlova någon förändring. Man kan således konstatera att hälsorådgivningen inte har haft någon effekt då det gäller deras motivation att förändra sina motionsvanor. I kapitel 4, där vi tar upp om motionens betydelse för hälsan, framkommer det att ju mer man motionerar, desto mindre risk har man att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Regelbunden fysisk aktivitet bidrar till mångfaldiga hälsoeffekter och hälsotillståndet påverkas positivt av en god kondition. (Naidoo & Wills, 2007, 342; Winroth & Rydqvist, 2008, 107)

Grasaas, Sandvand och Seiler (2004) behandlar i sin artikel hur människor blir motiverade till att motionera och att sedan fortsätta med det. I undersökningen som de har gjort framkommer det att många vet nyttan med träning och fysisk aktivitet, men få känner till vad det är som motiverar dem att motionera och att fortsätta med det. De framhåller att viktiga faktorer när man skall börja motionera och fortsätta med att utöva motion är sociala saker som stöd och uppmuntran från vänner, familjemedlemmar och kollegor. Detta har även vi kommit fram till i vår studie. Många informanter var medvetna om att de borde motionera mera, men de kunde inte utlova någon förändring. Vi tror således att man som hälsovårdare borde satsa på att få klienterna motiverade till att förändra sina motionsvanor. Det skulle kanske vara en bra idé om hälsovårdarna skulle uppmuntra klienterna att gå med i någon motionsgrupp. Att hitta en motionsform som passar den enskilda individen är oerhört viktigt. Detta eftersom motivationen ökar om man upplever att motionsformen är intressant och rolig.

9 Kritisk granskning

Det finns många olika faktorer som kan ha påverkat de resultat som vi har fått och därför är det viktigt att granska dem kritiskt. Vi kommer i detta kapitel att ta upp olika faktorer som vi tror kan ha påverkat resultaten i detta examensarbete.

En faktor som enligt vår uppfattning kan ha påverkat rätt mycket är att den enkät som vi använt oss av inte är så väl genomtänkt med tanke på utformningen. Vi anser att enkäten börjar bli lite föråldrad och det skulle säkert vara en bra idé att uppdatera den eller helt utforma en ny. En bättre och mer planerad enkät skulle enligt vår uppfattning bidra till mer sanningsenliga resultat och man skulle som hälsovårdare få ut mer av svaren.

Vi skickade ut 89 enkäter, varav 50 returnerades, det vill säga 56 % av dem som skickades ut. Av de enkäter som returnerades kunde vi dock endast använda oss av 53 %, det vill säga 47 enkäter. Av de 47 deltagarna var 26 kvinnor och 21 män. Vi nöjde oss dock med detta antal enkäter, eftersom vi ansåg att vi hade tillräckligt med material att gå igenom och vår arbetsprocess skulle ha blivit uppskjuten i väntan på att ytterligare enkäter skulle returneras. Dessutom tror vi att de informanter som valde att inte svara på enkäten första gången inte heller skulle göra det om vi skickade ut kuverten en gång till. En annan faktor som kan ha påverkat resultaten är att det var ojämnt antal män (21) och kvinnor (26) bland de användbara enkäterna.

Förändringarna i informanternas levnadsvanor och således effekten av hälso-granskningen kunde ha varit större om vi hade undersökt informanternas hälsotillstånd en längre tid efter hälsogranskningen. Med detta menar vi att två år möjligen är för kort tid för att några större förändringar skall kunna ske i informanternas levnadsvanor, men det är även viktigt att komma ihåg att då man undersöker en sådan här åldersgrupp måste man beakta det naturliga åldrandet. Informanterna har under denna tid blivit två år äldre och detta är något som även kan påverka resultaten. Vi har ju ingen kännedom

om hur informanternas hälsotillstånd skulle se ut om hälsogranskningen vid 50 års ålder inte hade gjorts.

Informanternas intresse och motivering för detta ämne kan ha påverkat våra resultat. En del informanter kan exempelvis ha fyllt i enkäten slarvigt bara för att få det gjort, medan en del fyllt i enkäten noggrant och omsorgsfullt. Vissa informanter känner oss, vilket kan leda till att de inte vågar svara helt ärligt på alla frågor. Det finns även möjligen informanter som svarat på frågorna på ett sådant sätt som de tror att vi vill ha svaren.

För att hälsorådgivningen skall ha en god effekt är hälsovårdarens yrkeskompetens oerhört viktig. Hälsovårdaren bör inge trygghet och förtroende och personkemin mellan hälsovårdare och patient bör fungera på ett bra sätt. Därtill är det väsentligt på vilket sätt hälsovårdaren har gett hälsoråden och vilken samtalsteknik hon har använt sig av. Dessa faktorer inverkar i hög grad på vilken effekt hälsogranskningen får med sig och således även på de resultat som vi har fått. Vi har dock ingen kännedom kring hur hälsorådgivningen har fungerat vid de tillfällen då våra informanter fått hälsorådgivning.

Till följd av detta kan vi konstatera att det finns flera faktorer som kan ha inverkat på resultaten i detta examensarbete. Även slumpen kan ha inverkat på våra resultat. Vi har behandlat flera resultat som ligger över signifikansgränsen och som således kan vara slumpmässiga. Vi kan slutligen dra slutsatsen att en del av våra resultat möjligen inte är så tillförlitliga.

10 Diskussion

Genom detta examensarbete har vi fått en större inblick i hälsogranskningen och dess betydelse. Vi har fördjupat oss i litteratur som har med hälsogranskningens innehåll att göra. Vårt intresse kring ämnet har blivit större i takt med att vi kommit igång med studien. I början var det svårt att komma igång med examensarbetet och det var svårt att veta hur allting skulle ställas upp, men under arbetets gång började vi förstå hur allting stegvis skall byggas upp. Vi har försökt utarbeta detta arbete omsorgsfullt och gått framåt lite i taget. I början av arbetsprocessen var det särskilt viktigt att koncentrera sig på en bit i taget och inte se så långt fram. Ett färdigställt examensarbete kändes nämligen för oss under denna tid väldigt avlägsen.

Då vi har sökt litteratur har vi kommit fram till att det inte finns så mycket konkret fakta kring begreppet hälsogranskning. Men vi har dock hittat mycket litteratur kring ämnen som berörs i samband med hälsogranskningen. Vi har inte haft några större problem då det gäller att hitta tillräckligt med litteratur, eftersom det är ett relativt brett område som vi har arbetat med. Istället har det varit svårt att veta hur vi skall avgränsa området. Det var dock lättare att hitta lämplig litteratur i böcker än att hitta vetenskapliga artiklar.

Då det gäller våra resultat trodde vi att vi skulle finna större förändringar i informanternas levnadsvanor mellan åren 2008 och 2010 än vad vi gjorde. Detta är nog en liten besvikelse, eftersom vi personligen trodde att hälsogranskningen skulle ha en större effekt på informanternas levnadsvanor. Betyder detta att hälsovårdarens arbete inte har så stor betydelse? Enligt Eriksson kan man som känt inte ge hälsa åt någon annan utan endast stödja människan i att vara hälsa. Vår egen uppfattning är att man som enskild hälsovårdare inte kan förändra en annans levnadsvanor utan att han eller hon själv har viljan och motivationen till det. Till följd av detta tror vi att man som hälsovårdare borde satsa mer på att patienterna skall finna motivation att förändra sina levnadsvanor än på att ge direkta råd. Detta är förstås lättare sagt än gjort.

Vi har även sett att tidigare undersökningar inom samma område har kommit fram till liknande resultat som oss. Med detta menar vi att det tidigare har påvisats att hälsorådgivning inte har någon stor effekt utan att man borde satsa på att identifiera högriskpersoner. Det vill säga exempelvis överviktiga, diabetiker, rökare, samt personer med hög kolesterolhalt i blodet. Att urskilja personer med många riskfaktorer är ett av syften med hälsogranskningar men det är ju inte specifikt detta som vi har undersökt. Vi har nämligen undersökt informanterna som grupp och därför har vi inte fått fram dessa högriskpersoner.

För att få till stånd förändringar i människornas levnadsvanor anser vi att även samhället borde förändras. Vi lever i ett samhälle fyllt av stress och måsten, vilket i längden kan påverka hälsan negativt. Nuförtiden finns det många olika ideal och krav kring hur man bör leva för att passa in i samhället. Till följd av detta tror vi att det vore viktigt att tempot i samhället skulle trappas ner för att god hälsa lättare skall kunna uppnås.

Vi är stolta över att vi har kunnat genomföra detta examensarbete och att vi har arbetat självständigt. Därtill tycker vi att vi har växt som individer under arbetets gång. Som blivande hälsovårdare kommer vi helt klart att ha stor nytta av att ha skrivit ett examensarbete kring förebyggande vård. De ämnen som vi tar upp i detta examensarbete kommer vi med stor sannolikhet i kontakt med dagligen i vårt framtida arbetsliv. Vi hoppas därför att denna studie skall medföra nyttiga och givande kunskaper som vi kan bära med oss resten av livet.

Litteratur

Absetz, P., Yoshida, S., Hankonen, N. & Valve, R. (2008). Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. *Hoitotiede*, 20 (5), 248-257.

Ahlgren, M., Andrén-Sandberg, Å., Borgström, B., Edling, C., Fagerström, K-O., Harris, S., Lindholm, N., Möller, H., Pontén, J., Rydberg, U., Rössner, S., Saltin, B., Skerfving, S., Wramner, B. & Öwall, B. (2000). *Vårt liv – Vår hälsa: Miljö och livsstil*. Belgien: Bokförlaget Bra Böcker AB.

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Anderson, L., Martinson, B., Crain, L., Pronk, N., Whitebird, R., O'Connor, P. & Fine, L. (2005). Health Care Charges Associated With Physical Inactivity, Overweight, and Obesity. *Preventing chronic disease*, 2 (4), 1-12.

Axelsson, L. & Ruderfelt, D. (2004). Patientundervisning vid diabetes. *Vård i Norden*, 24 (4), 9-13.

Berglund, B., Blomqvist, M. & Sonde, L. (2006). Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: An intervention study comparing two regimens. *Vård i Norden*, 26 (4), 20-24.

Bergstrand, M. (2004). *Hälsorådgivande samtal*. Lund: Studentlitteratur.

Davallius, C-A. & Flensner, G. (2006). Hälsorelaterad information via Internet: Hinder och möjligheter för individen. *Vård i Norden*, 26 (4), 37-40.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Eriksson, K. (1995). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Eriksson, K., Fagerström, L. & Salmela, S. (2007). Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprocesser. *Vård i Norden*, 27 (4), 20-25.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Grasaas, K., Sandvand, E. & Seiler, S. (2004). Mosjon - hva motiverer til å begynne?. *Vård i Norden*, 24 (3), 15-20.

Hauser, C., Benetti, M., Pereira V. & Rebelo, F., (2004). Weight loss strategies. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 6 (1), 72-81.

Jacobsen, D. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.

Keller, K., Pietrobelli, A., Must, S. & Faith, M. (2002). Genetics of eating and it's relation to obesity. *Current Atherosclerosis Reports*, 26 (4), 176-182.

Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning*. Lund: Studentlitteratur.

Kovero, C. & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 22 (3), 15-19.

Ludvigsson, J. (2002). *Att börja forska*. Lund: Studentlitteratur.

Mukamal, K. (2006). The effects of smoking and drinking on cardiovascular disease and risk factors. *Alcohol research & health*, 29 (3), 199-202.

Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

Stamnes, J. (2000). Social support, social network and health. *Vård i Norden*, 20 (4), 23-27.

Strandmark, M. (2006). Health means vital force – a phenomenological study on self-image, ability and zest for life. *Vård i Norden*, 26 (1), 42-47.

Sönnerberg, E., Edgren, L. & Welin, L. (2001). Patientrollen i en värld i förändring. *Vård i Norden*, 21 (4), 38-41.

Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T. & Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *Issue of PLoS Medicine*, 1 (3), 210-217.

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion*. Stockholm: Sisu Idrottsböcker.

En idealmodell för en hälsogranskning

En empirisk studie kring hur 50 års hälsogranskningen kunde förbättras

Ek Pernilla

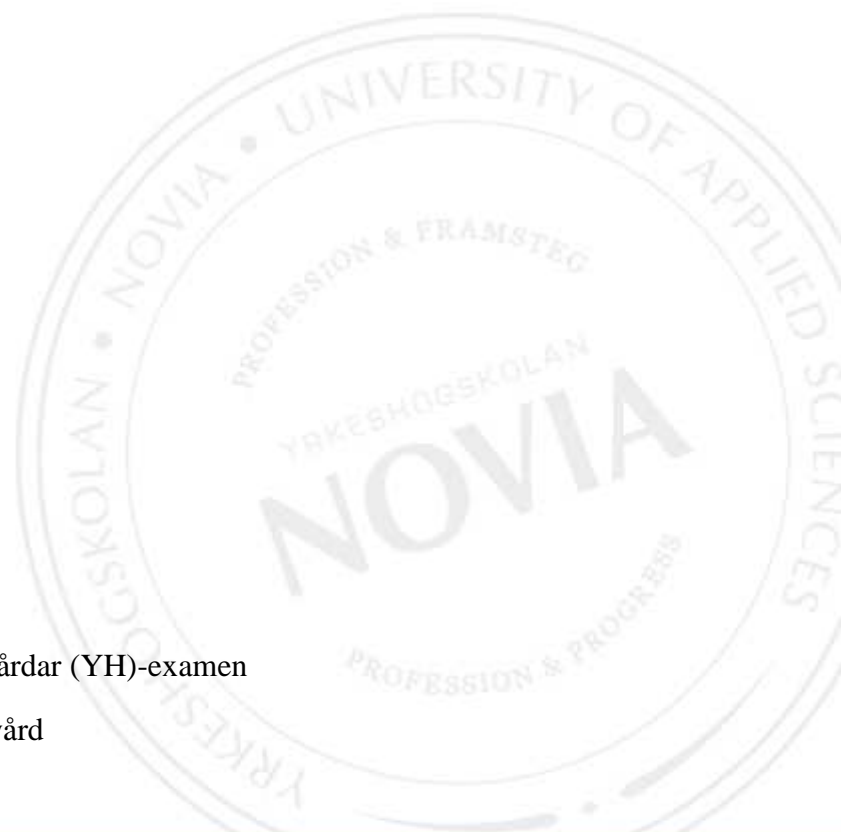
Kalberg Jane

Ström Lina

Utvecklingsarbete för hälsovårdar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Pernilla Ek, Jane Kalberg, Lina Ström
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård
Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: En idealmodell för en hälsogranskning, en empirisk studie kring hur 50 års hälsogranskningen kunde förbättras

Datum 01.04.2011

Sidantal 28

Bilagor 2

Sammanfattning

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på vårt examensarbete. Syftet med detta utvecklingsarbete är att utveckla en idealmodell för en hälsogranskning, det vill säga hur den kunde förbättras.

I detta utvecklingsarbete har vi behandlat de tilläggsfrågor som ingick i enkäten till examensarbetet. Undersökningsgruppen är således den samma som i examensarbetet. För att kunna analysera de svar som vi har fått har vi använt oss av både kvantitativ och kvalitativ metod, eftersom vi analyserar både öppna och slutna frågor. För att analysera de öppna frågorna har vi använt oss av kvalitativ innehållsanalys. De slutna frågorna har vi analyserat genom att räkna ut ett medelvärde.

Resultatet av vår studie visar att det i en idealmodell för en hälsogranskning vore viktigt att klienterna får bekräftelse på sitt hälsotillstånd och således även trygghet. Detta kan uppnås genom olika provtagningar, tätare kontroller samt uppföljning vid problem eller ohälsa. Att klienterna får motivation till att förändra sina levnadsvanor är även en väsentlig del av en idealmodell för en hälsogranskning.

Språk: Svenska Nyckelord: hälsogranskning, levnadsvanor, hälsa, ohälsa, förändring

Förvaras: Yrkeshögskolan Novias bibliotek, Theseus.fi

DEVELOPMENT WORK

Authors: Pernilla Ek, Jane Kalberg and Lina Ström

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Public health care

Supervisors: Maj-Helen Nyback

Title: An ideal model for a health follow-up. An empirical study on how to improve the 50-year health follow-up

Date 01.04.2011

Number of pages 28

Appendices 2

Summary

This development work is a continuation of our thesis. The aim with this study is to make an ideal model for a health follow-up, i.e. how it could be improved.

In this study we have used the supplementary questions in the questionnaire that was sent out in connection with the thesis. The study group is therefore the same as in the thesis. To analyze the answers we received we have used both quantitative and qualitative methods, since we analyzed both open-ended and closed-ended questions. To analyze the open-ended questions we have used qualitative content analysis. The closed-ended questions we have analyzed by calculating an average value.

The results of our study show that in an ideal model for a health follow-up it would be important that clients receive confirmation of their health status and thus experience safety. This can be achieved through tests, more frequent check-ups, and follow-ups in the case of problems or illness. That the clients find motivation to change their lifestyle is also an important part of an ideal model for a health follow-up.

Language: Swedish Key words: health examination, lifestyle, health, illness,
change

Filed at: Library of Novia University of Applied Sciences, Theseus.fi

Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Undersökningsmetod och praktiskt genomförande.....	1
	2.1 Kvalitativ metod.....	2
	2.2 Enkät.....	2
	2.3 Innehållsanalys.....	3
	2.4 Undersökningens praktiska genomförande.....	4
3	Resultatredovisning.....	5
4	Tolkning.....	14
	4.1 Informanternas upplevelser av hälsogranskningen.....	14
	4.2 Informanternas förändringar i levnadsvanorna till följd av hälsogranskningen.....	17
	4.3 Informanternas syn på hur hälsogranskningen kunde förbättras.....	18
	4.4 Idealmodell för en hälsogranskning.....	19
	4.4.1 Projektplan.....	22
5	Kritisk granskning.....	23
	5.1 Perspektivmedvetenhet.....	23
	5.2 Intern logik.....	24
	5.3 Etiskt värde.....	25
	5.4 Struktur.....	25
	5.5 Empirisk förankring.....	26
6	Diskussion.....	27

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

I vårt examensarbete har vi analyserat effekten av hälsovårdarens rådgivning vid 50 års hälsogranskningen och om effekten syns i ett förändrat levnadssätt två år senare. Resultatet visar att 50 års hälsogranskningen inte har någon större effekt på informanternas levnadssätt. Vi vill i vårt utvecklingsarbete ge förslag på hur en hälsogranskning skulle kunna se ut, utgående från informanternas åsikter om hälsogranskningen. Syftet med vårt utvecklingsarbete är således att utveckla en idealmodell för en hälsogranskning, det vill säga hur den kunde förbättras. Vi kommer att besvara frågeställningen som lyder enligt följande: **Hur ser en idealmodell för en hälsogranskning ut?**

Frågeställningen besvaras utgående från svaren på tilläggsfrågorna 1-7 i enkäten (bilaga 2). Vårt examensarbete ligger som grund för vårt utvecklingsarbete och utgör således även vår förståelse för ämnet. För att kunna analysera tilläggsfrågorna kommer vi att använda oss av både kvalitativ och kvantitativ metod.

2 Undersökningsmetod och praktiskt genomförande

I utvecklingsarbetet kommer vi att använda oss av både kvantitativ och kvalitativ metod, eftersom vi analyserar både öppna och slutna frågor. Metoden för vårt examensarbete är kvantitativ, vilket beskrivs i kapitel 6.3 i examensarbetet, medan den kvalitativa metoden beskrivs i följande kapitel, 2.1. I utvecklingsarbetet använder vi oss av samma etiska utgångspunkter som vi använde oss av i examensarbetet. Dessa beskrivs i kapitel 6.4 i examensarbetet.

2.1 Kvalitativ metod

Kvalitativa studier lyfter fram det unika i situationer och händelser. Forskningen baserar sig på en individuell tolkning eller bearbetning av resultat. Syftet med kvalitativa metoder är att karaktärisera något. Det som kännetecknar denna metod är att man söker kategorier, beskrivningar eller modeller som på bästa sätt redogör för ett fenomen eller ett sammanhang i omvärlden. Den huvudsakliga målsättningen med datainsamlingen är att upptäcka eller att få reda på multipla och olika mönster. Kvalitativ metod omfattar systematiserad kunskap kring hur man går tillväga för att skapa något. En olikhet mellan kvalitativ och kvantitativ metod är synen på förhandskunskap eller förförståelsen. Ett exempel på detta är att man i en tolkningsorienterad kvalitativ forskning klargör förförståelsen som sedan utgör utgångspunkten för tolkningen. (Olsson & Sörensen, 2007, 79)

Alla kvalitativa datainsamlingsmetoder karaktäriseras av att de är tidskrävande. Intervju, fokusgrupp, fallstudie, observation och skrivna dokument är exempel på kvalitativa datainsamlingsmetoder. Datainsamlingsmaterialet skall alltid transkriberas oberoende av om det består av tal eller en skriven personberättelse. Transkription går ut på att man skriver ner texten ordagrant. Sedan gör man en bearbetning och selektion av datainsamlingsmaterialet, vilket stegvis resulterar i en meningskoncentrering, beroende på vilken kvalitativ bearbetningsmetod som man använder sig av. Meningskoncentrering innebär att de meningar som informanterna har framfört formuleras mer kortfattat. (Olsson & Sörensen, 2007, 79-80)

2.2 Enkät

I vårt examensarbete har vi beskrivit enkät som datainsamlingsmetod i kapitel 6.1, men vi kommer nu mera ingående att beskriva öppna och slutna frågor. Om frågorna i en enkät är öppna får informanterna svara på frågan hur de vill. Om frågorna är slutna måste informanterna välja ett av de svarsalternativ som det finns att välja mellan. Det

finns för- och nackdelar med bägge sätten. En fördel med öppna frågor är att man utgående från svaret ofta får reda på om informanterna har förstått frågan rätt. En annan fördel med öppna frågor är att man inte kan påverka informanterna att svara ett visst svar, vilket sker vid fasta frågor. (Larsen, 2009, 47-48)

Med slutna frågor finns många olika fördelar. En del frågor kan vara lite svåra att förstå men svarsalternativen kan underlätta att förstå frågan. Slutna frågor har få svarsalternativ, vilket gör det lättare att jämföra svaren med varandra. Man kan även kombinera öppna och slutna frågor och således kompenseras nackdelarna med de båda frågetyperna. Detta sätt att behandla sådana svar kan vara mycket arbetskrävande och man bör således begränsa användningen av öppna frågor. Det kan vara svårt att jämföra svaren som informanterna har formulerat, eftersom svaren kan vara så olika. Efterbearbetningen av många öppna frågor från många informanter kan bli väldigt arbetskrävande. Vid bearbetning av öppna frågor kan det bli nödvändigt att använda sig någon form av innehållsanalys. (Bell, 2006, 226; Larsen, 2009, 47-48)

2.3 Innehållsanalys

Med en innehållsanalys är syftet att identifiera mönster, samband, gemensamma drag och skillnader. Man börjar med att samla in data och gör sedan om materialet till texter. Texterna kodas och indelas sedan i kategorier eller teman. Alla enheter, variabler och värden får en kod, det vill säga en siffra som gör det enklare att analysera. Datamaterialet delar man därpå upp enligt de kategorier eller teman som man har kommit fram till. Efter detta granskas datamaterialet och meningsfulla mönster eller processer identifieras. Identifierade mönster utvärderas sedan mot existerande forskningar och teorier och ny kunskap utformas. (Larsen, 2009, 55, 101-102)

Som datamaterial har vi i vårt utvecklingsarbete använt oss av svaren på frågorna 1-7, se bilaga 2. Vi skrev ner informanternas svar fråga för fråga, vilket kodades med en siffra. Varje informant numrerades med en siffra från 1-50 och alla svar som

informanten skrivit kodades med denna personliga sifferkod. Efter detta försökte vi hitta gemensamma mönster i informanternas svar. Utgående från de mönster som vi fann delade vi in datamaterialet i olika kategorier. Med hjälp av dessa kategorier kunde vi hitta meningsfulla mönster och således komma fram till ett resultat med vår studie. Slutligen kommer vi att utvärdera dessa resultat mot tidigare forskningar och teorier och till följd av det skapas ny kunskap.

2.4 Undersökningens praktiska genomförande

Enkäten (se bilaga 2) som vi skickade ut år 2010 innehöll 7 tilläggsfrågor och vi kommer nu att behandla dessa i utvecklingsarbetet. Undersökningsgruppen är således den samma som i examensarbetet (se kap 6.2). I utvecklingsarbetet har vi kunnat använda oss av alla enkäter som returnerades dvs. 50 enkäter. Svarsprocenten är således 56 procent.

Vi har gått tillväga på ett bestämt sätt då vi har genomfört detta utvecklingsarbete. Frågorna 1 och 4 är slutna frågor medan frågorna 2, 3, 5, 6 och 7 är öppna frågor (se bilaga 2). Vi började med att föra in de slutna frågorna, dvs. fråga 1 och 4, i Excel-programmet för att få fram medelvärden av svaren. Sedan utarbetade vi cirkeldiagram av dessa frågor för att göra dem mer överskådliga. Frågorna 2, 3, 5, 6 och 7 har vi analyserat med hjälp av innehållsanalys. Vi började med att skriva ner alla svar från de öppna frågorna i textform. Sedan kodade vi alla svar med ett nummer. Varje informant numrerades alltså med en siffra från 1-50 och alla svar som informanten skrivit kodades med denna personliga sifferkod. Vi fortsatte med att dela in svaren i olika grupper och försökte utgående från uppdelningen att hitta en kategori för varje grupp.

Exempel:

Figur 1. Innehållsanalys

Citat	Uppdelning	Kategori
<i>"Inga förändringar. Kör på som vanligt." (3)</i>	→	→
<i>"Tycker att det fortgår i samma vanor." (26)</i>	Kost	Inga förändringar
<i>"Avslutade smör och ost på bröd. Äter mer fisk och minskade på socker." (12)</i>	Motion Inga förändringar	Förändringar i kost och motion
<i>"Mera i rörelse, färre bullar. Grönt och frukt mera. Hälsosammare fett på smörgåsen. Mindre öl." (32)</i>	→	→

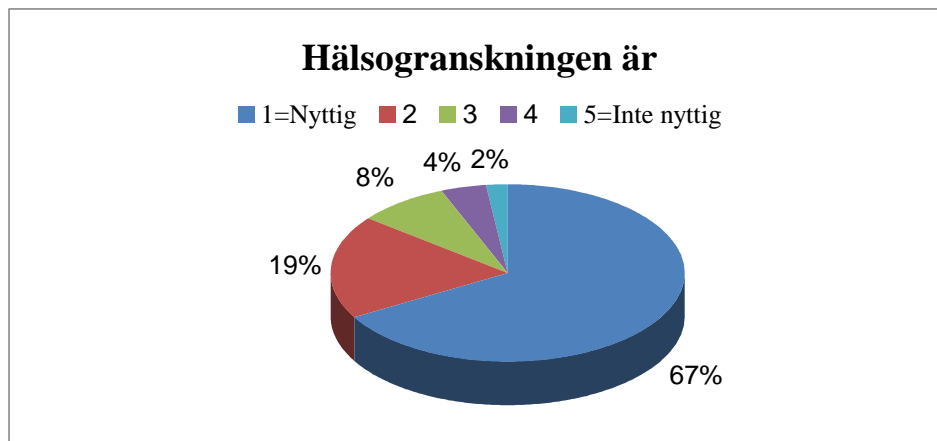
3 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer vi att redovisa de resultat som vi har kommit fram till i vår studie. Tilläggsfrågorna i enkäten (se bilaga 2) består av både fasta och öppna svarsalternativ och därför har vi använt oss av både kvantitativ och kvalitativ metod. Svaren på de öppna frågorna kommer vi att lyfta fram i olika kategorier som vi har kommit

fram till med hjälp av innehållsanalys. Vi kommer även att ta med en del citat för att göra resultaten tydligare. Kategorierna kommer vi att skriva ut med **fet stil**. Resultaten från de slutna frågorna kommer att presenteras med ett medelvärde samt i cirkeldiagram för att tydliggöra dem.

Den första frågan handlar om hur nyttig informanterna anser att hälsogranskningen är. Detta är en sluten fråga och informanterna hade möjlighet att välja mellan en skala på 1-5 hur nyttig de anser att hälsogranskningen är, se figur 2. Nummer 1 stod för nyttig medan 5 stod för inte nyttig. Sammanlagt 48 av 50 informanter hade svarat på denna fråga. Medelvärdet på frågan blev 1,56, vilket betyder att de flesta informanter anser att hälsogranskningen är nyttig.

Figur 2. Informanternas syn på hur nyttig hälsogranskningen är



I fråga två, som behandlar vilka förväntningar informanterna hade på hälsogranskningen och hur den uppfylldes, framsteg kategorierna: **positiva förväntningar**, **inga förväntningar** och **provtagning**.

På denna fråga fick vi en del innehållsrika svar, men även en del av informanterna, 17 av 50, hade valt att inte svara på frågan. I kategorin **positiva förväntningar** framkom det att informanterna hade positiva förväntningar inför hälsogranskningen och att de tyckte att det var bra med en hälsoundersökning.

”Förväntade mig en allmän ’kartläggning’ av hälsan och det tycker jag också att man får.”

”Bra att få hälsotillståndet kontrollerat. Tog tag i blodtrycksbekymmer.”

”En gedigen genomgång av hälsotillståndet.”

I kategorin **provtagning** ansåg flera informanter att det är bra med en laboratorieundersökning där olika blodprover tas. Informanterna ansåg att de genom olika laboratorieprover får reda på hur deras hälsotillstånd är.

”Att få veta utgående från labbprov hur min hälsa är och om det fanns något jag borde förändra i t.ex. matvanor. Kan inte minnas att det inte skulle ha uppfyllt mina förväntningar.”

”Förväntningen var att olika tester skulle göras som eventuellt skulle påvisa ohälsa. Dessa tester gjordes och jag tyckte det var bra.”

”Provtagningar gjordes som jag hoppades på.”

Den sista kategorin till fråga nummer två är **inga förväntningar**. I denna kategori kommer det fram att en del informanter inte hade några större förväntningar inför hälsogranskningen.

”Hade inga speciella förväntningar, infann mig bara på överenskommen tid.”

”Vet inte. Hade inte några förväntningar för jag kände mig frisk, fick då en chock då jag hade för högt blodtryck, vilket jag inte har känt av.”

Med den tredje frågan ville vi få reda på vilka tankar hälsogranskningen väckte hos informanterna. Från denna fråga fick vi fram två kategorier: **Positivt med hälsogranskning** samt **kost och motion**.

Det interna bortfallet i denna fråga var 14, men för en stor del av informanterna hade hälsogranskningen nog väckt en del tankar. I kategorin **positivt med hälsogranskning** var det många informanter som tyckte att det är bra att man får komma på regelbundna hälsogranskningar.

” Bra att dessa granskningar finns och att man blir kallad till dem. Är man (upplever sig) normalt frisk och inte har några besvär så blir det inte av att få dylika värden kollade. Bra sätt att upptäcka och förebygga eller kurera sin hälsa/ohälsa.”

” Bra att få sina värden svart på vitt. Åtminstone kan man inte skylla på att man inte visste att t.ex. gluc-värdet ligger på gränsen. I slutändan är det ju man själv som måste ta ansvaret för vad man gör åt det.”

”Nyttigt att man får ett litet hum om hur man mår.”

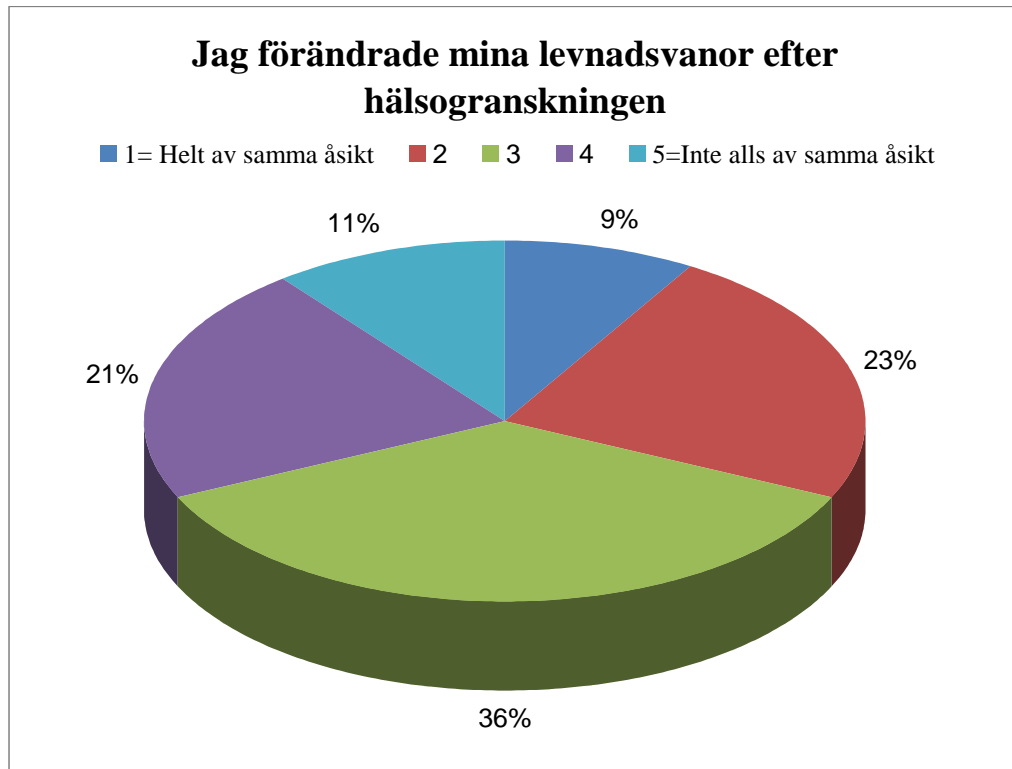
I kategorin **kost och motion** väcktes tankar hos informanterna kring att de borde förändra sina kost- och motionsvanor. En del av informanterna tyckte även att de motionerar tillräckligt och äter hälsosamt.

”Att motion och vad man äter nog är viktigt när man tänker på hälsan.”

”Fick en kick att förbättra mig och gjorde det. Förändringen blev positiv, gick ner i vikt. Skaffade hund, vilket var mycket positivt, måste ut varje dag åtminstone en gång på promenad, minst 3-4 km varje dag.”

Med fråga fyra ville vi få fram om informanterna har förändrat sina levnadsvanor efter hälsogranskningen. Informanterna hade möjlighet att välja på en skala från 1-5, där nummer 1 stod för helt av samma åsikt och 5 för inte alls av samma åsikt, se figur 3. Av 50 informanter svarade 47 på denna fråga. Medelvärdet vi fick fram var 3,02, vilket således är i mitten av skalan. Informanterna har således förändrat sina levnadsvanor till viss del efter hälsogranskningen.

Figur 3. Informanternas förändringar av levnadsvanorna efter hälsogranskningen



Den femte frågan handlade om vilka förändringar som informanterna har gjort i sitt levnadssätt efter hälsogranskningen. På denna fråga hade 30 av de 50 informanterna svarat. Två kategorier växte fram i den här frågan. Dessa är **inga förändringar** samt **förändringar i kost och motion**.

I den första kategorin **inga förändringar** framkommer det att informanterna inte har förändrat sitt levnadssätt efter hälsogranskningen.

”Inga förändringar. Kör på som vanligt.”

”Tycker att det fortgår i samma vanor.”

”Inte mycket. Har tänkt minska på fett- och sockerintaget men ännu har det inte blivit av (om jag kollar med vågen).”

I den andra kategorin **förändringar i kost och motion** framgår det att informanterna har förändrat sina kost- och motionsvanor efter hälsogranskningen.

”Avslutade smör och ost på bröd. Äter mer fisk och minskade på socker.”

”Lämnade bort sockret nästan helt vilket resulterade i mindre midjemått. Mera motion varje dag.”

”Mera i rörelse, färre bullar. Grönt och frukt mera. Hälsosammare fett på smörgåsen. Mindre öl.”

”Träningen inleddes. Vikten minskade. Trappa ner på jobb. Börja äta mindre.”

I frågan som behandlar hur informanterna skulle vilja förändra hälsogranskningen, fråga, 6 fick vi fram kategorierna **inga förändringar** och **uppföljningar**. Många av informanterna tyckte att hälsogranskningen är bra som den är men det var även många som kom med olika förslag hur den kunde förändras. Det fanns även 21 informanter som hade valt att inte svara på denna fråga.

I kategorin **inga förändringar** var det många som tyckte att hälsogranskningen är bra som den är och att inga förändringar behöver ske.

”Tycker att den är ok som den är. Som sagt det är ju man själv som måste ansvara för eventuella förändringar i livsstilen.”

”Hälsogranskningen helt ok.”

I kategorin **uppföljningar** var det många som tyckte att uppföljningar bör ske efter hälsogranskningen.

”Hälsovårdaren skall ha bättre uppföljning. Vi kommer oss inte för att kolla resultat. Man tar prover, sedan händer ingenting.”

”Konditionstest med individuellt anpassat motionsprogram. Rygg- och magskola. Kostrådsgrupper med praktiska övningar tillsammans med någon expert, som lär hur man gör god mat nyttig.”

”För män skulle det vara bra om prostataprov blev taget. Lägg till gångtest med uppföljning efter ett halvt år.”

Med den sjunde frågan ville vi få reda på hur ofta informanterna vill gå på hälsogranskning. I denna fråga framsteg kategorierna **vart femte år, vart tredje år** och **varje år**. Sju av 50 informanter valde att inte svara på denna fråga.

I kategorin **valt femte år** kommer det fram att en stor del av informanterna skulle vilja gå på hälsogranskning valt femte år.

”Så länge man är frisk tänker man inte så mycket på det, kanske valt femte år.”

”Valt femte eller sjätte år? Myndigheterna bestämmer ju enligt kapital som finns.”

I den andra kategorin, **valt tredje år**, framgår det att en del informanter vill gå på hälsogranskning valt tredje år.

”Valt tredje år. Hälsotillståndet varierar mycket t.ex. under ett enda år.”

”När man blir 50+ så får det nog bli med 3 års mellanrum.”

Den sista kategorin **varje år** berättar att en del av informanterna vill gå på hälsogranskning varje år.

”Varje år efter 50 år.”

4 Tolkning

I detta kapitel kommer vi att tolka de resultat som vi har fått fram med denna studie. Vi tolkar resultaten mot en del av den teoretiska bakgrunden, de teoretiska utgångspunkterna och den tidigare forskningen som vi tog upp i vårt examensarbete. Slutligen kommer vi att presentera en tolkning kring hur en idealmodell för en hälsogranskning kunde se ut.

4.1 Informanternas upplevelser av hälsogranskningen

Den första frågan behandlar hur nyttig informanterna anser att hälsogranskningen är. Vi fick fram medeltalet 1,56, då informanterna skulle göra en bedömning på en skala mellan 1 och 5, där 1 är nyttig och 5 är inte nyttig. Utgående från detta resultat kan vi konstatera att informanterna anser att hälsogranskningen är nyttig och till följd av det kan man tänka sig att de flesta är positivt inställda till hälsogranskningen. Enligt Ewles & Simnett (2005) syftar det hälsofrämjande arbetet till att förbättra hälsotillståndet hos individer. Målet med det hälsofrämjande arbetet är att stödja individen att förbättra sin hälsa samt att skaffa bättre kontroll över den. Kostenius & Lindqvist (2006) tar upp att vägledning till hälsa innebär att ge goda råd till människor så att de gör egna val för att åstadkomma hälsa. (Ewles & Simnett, 2005, 37; Kostenius & Lindqvist, 2006, 25)

Om informanterna anser att hälsogranskningen är nyttig, är de också säkert mera mottagliga för den information och de råd som ges i samband med hälsogranskningen för att stödja och förbättra hälsan. Man kan även anta att motivationen till att förändra levnadsvanorna är bättre om man är positivt inställd till hälsogranskningen.

Fråga nummer två behandlar vilka förväntningar informanterna hade på hälsogranskningen och hur de uppfylldes. I denna fråga fick vi fram kategorierna **positiva förväntningar**, **inga förväntningar** och **provtagning**. En del av informanterna hade inga förväntningar inför hälsogranskningen medan andra hade positiva förväntningar. De informanter som hade positiva förväntningar inför hälsogranskningen är troligen mera mottagliga då det gäller att ta åt sig av de råd som ges under hälsogranskningen. Största delen av de informanter som hade positiva förväntningar inför hälsogranskningen ansåg att deras förväntningar uppfylldes. Även de som inte hade haft några direkta förväntningar inför hälsogranskningen upplevde hälsogranskningen som något positivt. Som en följd av detta kan vi dra slutsatsen att största delen av informanterna ser positivt på hälsogranskningen och anser den som nyttig. Enligt Ewles & Simnett (2005) kan hälsa ha olika betydelse för olika individer. Frånvaro av sjukdom kan vara en allmän syn på hälsa. I allmänhet funderar människan inte på hälsan före hon/han drabbas av sjukdom eller hälsoproblem. Människans syn på hälsa formas av kunskaper, erfarenheter, värderingar och förväntningar. Detta kan vara en förklaring till varför vissa av informanterna inte hade några förväntningar medan andra hade positiva förväntningar. (Ewles & Simnett, 2005, 15, 17-18)

I den andra frågan kom det även fram att många av informanterna förväntar sig att olika prov och kontroller tas i samband med hälsogranskningen, exempelvis labbprover, blodtryck och BMI. Informanterna anser att de genom dessa provtagningar och kontroller svart på vitt får veta hur deras hälsa är. Även Naidoo & Wills (2007) framhåller att omfattande kartlägningsstudier som utfördes i mitten av 1990-talet påvisar att livsstilsrådgivning och rutinkontroller inte har så stor nytta utan att man istället borde urskilja personer med riskfaktorer som exempelvis högt BMI, högt blodtryck, högt kolesterol och diabetes. Personer som på grund av dessa indikationer bedöms höra till en riskgrupp skall utbudas individuellt anpassad rådgivning kring hur riskerna kunde minskas. Både våra informanter samt Naidoo & Wills (2007) framhåller alltså att dessa provtagningar och kontroller är viktiga och således kan man dra slutsatsen att det är motiverat att utföra dylika provtagningar och kontroller. (Naidoo & Wills, 2007, 297)

Utgående från kategorierna **positiva förväntningar** och **provtagningar** kan vi konstatera att informanterna ser hälsogranskningen som en trygghet. Genom hälsogranskningen får de nämligen bekräftelse på hur deras hälsa är genom exempelvis provtagningar. Hälsogranskningen kan även väcka känslor av osäkerhet, eftersom man kan vara rädd att det under hälsogranskningen skall komma fram att man lider av någon sjukdom.

Den tredje frågan handlade om vilka tankar som hälsogranskningen väckte hos informanterna. Kategorierna som vi fick fram i denna fråga var **positivt med hälsogranskning** samt **kost och motion**. Många tyckte således att det var positivt att de hade blivit kallade till hälsogranskningen. De tyckte nämligen att det var bra att få sitt hälsotillstånd kontrollerat. Naidoo & Wills (2007) påpekar att de mest centrala målsättningarna för folkhälsoarbetet är att befrämja hälsa och välbefinnande hos populationen, att förebygga och göra konsekvenserna av sjukdom minimala, att förlänga värdefullt liv och att minska ojämlikhet i hälsostatus. Ett centralt kompetensområde är uppföljning och granskning av populationens hälsa och välbefinnande. (Naidoo & Wills, 2007, 284-285)

Andra tankar som väcktes hos informanterna efter hälsogranskningen var att de borde förändra sina kost- och motionsvanor. Naidoo & Wills (2007) samt Winroth & Rydqvist (2008) tar upp att hela hälsotillståndet påverkas positivt av god kondition. Många undersökningar visar att ju mer man aktiverar sig fysiskt, desto mindre risk har man att drabbas av olika sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och hypertoni. Regelbunden fysisk aktivitet är även ett sätt att upprätthålla en normal kroppsvikt eller att gå ner i vikt. Naidoo & Wills (2007) framhåller även att kosten utgör en betydande hälsfaktor. Ohälsosam mat, det vill säga fett-, socker- och kaloririk mat, har resulterat i att fetma har blivit allt vanligare. Fetma kopplas i sin tur ihop med flera olika sjukdomar och tillstånd. (Naidoo & Wills, 2007, 338, 342; Winroth & Rydqvist, 2008, 107)

Kost och motion har således en mycket stor inverkan på hälsan och därför är det ju positivt att det har väckts tankar kring dessa ämnen hos informanterna efter hälsogranskningen. Frågan är bara om tankarna leder till handling eller om det enbart lämnar som tankar.

Genom detta får vi således fram att hälsogranskningen väcker tankar kring att man själv har ett stort ansvar för den egna hälsan. Varje individ bestämmer själv om till exempel sina kost- och motionsvanor. Även Orem (2001) tar upp detta i sin teori om egenvård där han definierar egenvård som utförande av aktiviteter som personen själv tar initiativ till och gör dem för sin egen skull i syfte att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Aktiviteterna är frivilliga, medvetna och har en struktur samt en ordningsföljd. De är även målinriktade för att de har som mål att möta individens egenvårdskrav. Egenvårdsaktiviteter kännetecknar dessa aktiviteter som ingår i personens egenvård. (Orem, 2001, 42-47)

4.2 Informanternas förändringar i levnadsvanorna till följd av hälsogranskningen

Med den fjärde frågan ville vi ta reda på om informanterna har förändrat sina levnadsvanor efter hälsogranskningen. Frågan bestod av ett påstående som löd enligt följande: Jag förändrade mina levnadsvanor efter hälsogranskningen. Informanterna skulle då gradera förändringen som har skett på en skala mellan 1 och 5, då 1 betyder att de är helt av samma åsikt och 5 betyder att de inte alls är av samma åsikt. Vi fick i denna fråga fram medelvärdet 3,02, vilket således är i mitten av skalan. Utgående från detta kan vi konstatera att informanterna har förändrat sina levnadsvanor till en viss del.

Den femte frågan handlar om vilka förändringar som har skett i informanternas levnads sätt efter hälsogranskningen. Kategorierna som vi fick fram är **inga förändringar** samt **förändringar i kost och motion**. I denna fråga kom det fram att informanterna oftast förändrar sina kost- och motionsvanor. För en del informanter skedde det dock inga

förändringar efter hälsogranskningen. Enligt Winroth & Rydqvist (2008) har varje människa ansvar för sin egen hälsa och avsikten med det hälsobefrämjande arbetet är att förbättra förutsättningarna för individen att ta större ansvar för sin egen hälsa och sitt välbefinnande. Människan kan själv påverka sin hälsa i en mycket hög grad med tanke på livsstil och levnadsvanor. I vilken omfattning människan använder sig av denna möjlighet beror på vilja, motivation och kunskap kring god hälsa. Även Grasaas, Sandvand & Seiler (2004) framhåller att många vet fördelarna med träning och regelbunden fysisk aktivitet, men färre vet vad det är som motiverar dem att börja motionera och fortsätta med det. (Winroth & Rydqvist, 2008, 106, 232)

4.3 Informanternas syn på hur hälsogranskningen kunde förbättras

I den sjätte frågan ville vi få fram hur informanterna skulle vilja förbättra hälsogranskningen. Vi fick fram kategorierna **inga förändringar** samt **uppföljningar**. Största delen av de informanter som svarade på denna fråga anser att inga förändringar bör ske i hälsogranskningen. Många har svarat i stil med att hälsogranskningen är bra som den redan är. Det fanns dock informanter som anser att bättre uppföljning borde ske efter hälsogranskningen. Speciellt viktigt tyckte de att det är med uppföljning ifall man funnit hälsoproblem i samband med hälsogranskningen. Som vi även nämnt tidigare betonar Naidoo & Wills (2007) att ett centralt område inom folkhälsoarbetet är granskning och uppföljning av populationens hälsa och välbefinnande. (Naidoo & Wills, 2007, 284-285)

Med den sjunde och sista frågan ville vi ta reda på hur ofta informanterna skulle vilja gå på hälsogranskning. I denna fråga steg kategorierna **vart femte år**, **vart tredje år** och **varje år** fram. Största delen av dem som svarade på denna fråga ville gå på hälsogranskning vart femte år. Huvudparten av de resterande informanterna ville antingen gå vart tredje år eller varje år. Ifall man räknar ihop informanterna som ville gå på hälsogranskning oftare än vart femte år är de fler till antalet än de som vill gå vart femte år. Det var många informanter som ansåg att hälsogranskning bör ske oftare speciellt

efter att man fyllt 50 år. Att man vill gå oftare på hälsogranskning efter att man fyllt 50 år kan möjligen bero på att de har börjat känna av mer ohälsa. En annan orsak kan vara att de känner rädsla inför att åldras och att drabbas av eventuella sjukdomar. De informanter som vill gå på hälsogranskning vart femte år känner möjligen sig så pass friska att de inte har så stort behov av att undersöka sig med så täta mellanrum. Även Ewles & Simnett (2005) framhåller att människan i allmänhet inte funderar på hälsan före hon/han drabbas av sjukdom eller hälsoproblem. (Ewles & Simnett, 2005, 15, 17-18)

4.4 Idealmodell för en hälsogranskning

Utgående från de resultat som vi har fått och de tolkningar som vi har gjort skall vi utforma en idealmodell för en hälsogranskning, det vill säga hur den kunde förbättras. Vi anser att det skulle vara viktigt att med jämna mellanrum uppdatera och utveckla hälsogranskningen. Detta eftersom vi i vårt examensarbete kom fram till att hälsogranskningen inte har så stor effekt som man kanske skulle kunna tro.

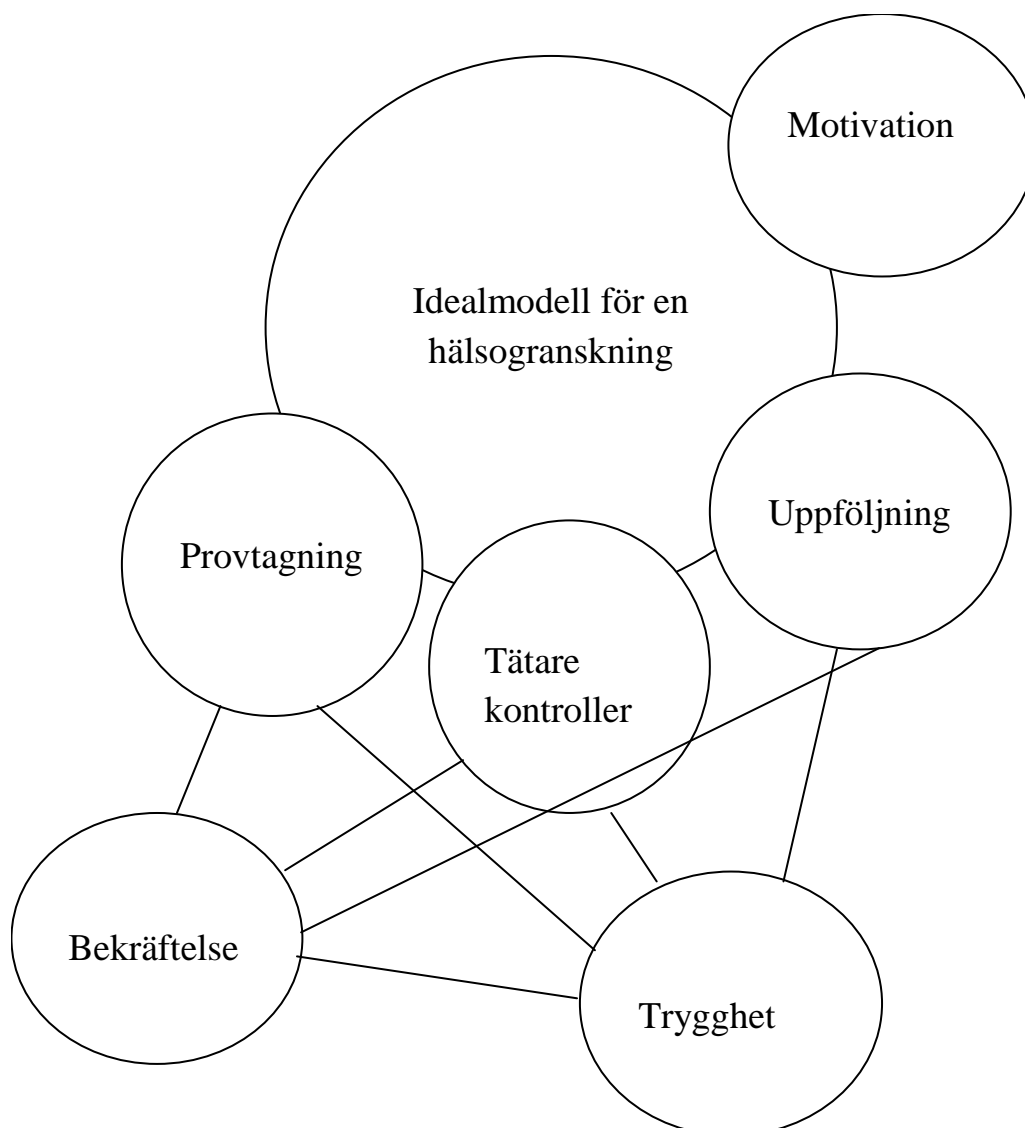
I en idealmodell för en hälsogranskning skulle det vara viktigt att klienten får bekräftelse på sitt hälsotillstånd. Utgående från resultatet av vår studie kan man anta att många var oroliga och otrygga gällande sitt hälsotillstånd före hälsogranskningen och ville således få sin hälsa bekräftad genom olika provtagningar. Efter genomförd hälsogranskning fick de bekräftelse på sitt hälsotillstånd, vilket i sin tur resulterade i trygghet. Informanterna kunde även få reda på att de lider av någon form av ohälsa i samband med hälsogranskningen. I dessa fall ansåg informanterna att det var bra att det upptäcktes. En provtagning som många män saknade i samband med 50 års hälsogranskningen var PSA och därför borde man införa detta.

I vårt examensarbete kom vi fram till att många vet att de motionerar för lite men kan inte utlova någon förändring. Detta kom även fram i vårt utvecklingsarbete. Det skulle således vara angeläget att hitta ett sätt som får klienterna motiverade till att förändra

sina levnadsvanor. Som vi tidigare konstaterat kan man inte som hälsovårdare förändra andras levnadsvanor, utan man kan endast stödja dem i deras strävan till att förändra sina levnadsvanor. Även Eriksson hävdar att hälsa är något som man inte kan ge åt en annan människa, men man kan stödja människan i att vara hälsa. Det största ansvaret då det gäller att förändra levnadsvanorna ligger således på individen själv men det behövs regelbunden påminnelse kring detta. (Eriksson, 1988, 41-42)

I en idealmodell för en hälsogranskning borde även noggrann uppföljning ingå. Många av informanterna ansåg att ifall man i samband med 50 års hälsogranskningen upptäcker någon form av ohälsa eller problem borde man ta itu med det och uppföljningar bör ske. Exempel på ohälsa eller problem som bör följas upp är övervikt, högt blodtryck, högt blodsocker och högt kolesterol. Enligt vår studie bör hälsogranskningar ske med ungefär 5 års mellanrum eller oftare.

Figur 4. Idealmodell för en hälsogranskning



I figur 4 kan man se vilka faktorer som en idealmodell för en hälsogranskning bör innehålla. Vi har illustrerat denna figur för att sammanfatta idealmodellen. I en idealmodell för en hälsogranskning vore det viktigt att klienterna får bekräftelse på sitt hälsotillstånd och således även trygghet. Detta kan uppnås genom provtagning, tätare kontroller samt uppföljning vid problem eller ohälsa. Att klienterna får motivation till att förändra sina levnadsvanor är även en väsentlig del av en idealmodell för en hälsogranskning.

4.4.1 Projektplan

En idealmodell för en hälsogranskning kunde även utmynna i en projektplan. Det skulle nämligen vara viktigt att utveckla 50 års hälsogranskningen med tanke på att man har kommit fram till att den inte leder till några större förändringar i klienternas levnadssätt. Målet med detta projekt skulle således vara att finna bättre tillvägagångssätt för att få klienterna motiverade till att förändra sina levnadsvanor. I detta projekt skulle man kunna ta fasta på hur man får klienterna motiverade till att förändra sina kost- och motionsvanor, eftersom vi har kunnat konstatera att dessa två områden utgör de största problemområdena.

Efter att 50 års hälsogranskningen har genomförts kunde man bjuda in varje klient till frivilliga temadagar. Temadagarna skulle vara två till antalet, en kostdag och en motionsdag, vilka består av både teoretiska och praktiska övningar. På kostdagen kunde man ha en näringsterapeut som föreläser kring goda kostvanor och sedan kunde deltagarna få prova på att tillreda nyttiga maträtter. På motionsdagen kunde en fysioterapeut föreläsa kring motionens betydelse för hälsan samt ge tips om lämpliga motionsaktiviteter. Man skulle även ordna sex olika motionsaktiviteter, varav deltagarna får välja tre. Exempel på motionsaktiviteter som kunde ordnas är vattengymnastik, spinning, zumba, volley boll, styrketräning och stavgång.

De förväntade resultaten av detta projekt är att deltagarna skall finna motivationen till att förändra sina levnadsvanor. Man vill få deltagarna intresserade av att fortsätta med någon av de motionsformer som de har fått prova på och att de inspireras av de hälsosamma matvanorna som de har fått lära sig kring. Målet är också att det i framtiden skulle finnas resurser att fortsätta med olika motionsgrupper och att deltagarna skulle vara intresserade av att delta i dessa. Även kostdagar där man tillreder hälsosam kost kunde ordnas med jämna mellanrum för deltagarna i fortsättningen. Långtidsnyttan med detta projekt skulle förhoppningsvis vara att deltagarna finner motivationen till att leva ett hälsosamt liv.

5 Kritisk granskning

I den kritiska granskningen kommer vi att granska vårt utvecklingsarbete kritiskt enligt Larssons (1994) kvalitetskriterier. Larssons kvalitetskriterier är lämpade för att bedöma kvalitativa studier. Vi kommer att ta upp perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, struktur och empirisk förankring.

5.1 Perspektivmedvetenhet

Enligt Larsson faller förståelsen alltid tillbaka på att en del skall relateras till en helhet för att få något innehåll alls. Detta innebär att det alltid finns en tolkning i meningsfullt tänkande, dvs. fakta är alltid beroende av ett perspektiv. Man har från första stund en förförståelse av det som skall tolkas. Vår föreställning om vad det betyder formas sedan under hela tolkningsprocessen. Utgångspunkten för tolkningen blir klar då man framför förförståelsen. Genom detta undanhålls inte forskarens perspektiv för läsaren. Detta baserar sig på att forskning måste kunna granskas kritiskt. Framställningen av förförståelsen utgör således ett kvalitetskrav. Det är inte det lättaste att framföra förförståelsen. Det som är svårt med att framföra i stort sett all sin förförståelse är att i princip allt man tänkt kan tänkas påverka tolkningen. Man måste därför avgränsa sig till det som är rimligt och relevant. (Larsson, 1994, 165)

Vår förförståelse består av hela vårt examensarbete, eftersom utvecklingsarbetet är en fortsättning på det. I examensarbetet, där vi undersökte effekten av 50 års hälso-granskningen, använde vi oss av Erikssons teori om hälsa och vårdande samt Orems egenvårdsteori som teoretiska utgångspunkter. I den teoretiska bakgrunden tog vi upp kring hälsofrämjande arbete, screening och levnadsvanor i relation till hälsan. Den tidigare forskningen bestod av vetenskapliga artiklar som berör hälsofrämjande arbete. Allt detta samt resultaten av examensarbetet har format vår förförståelse inför utvecklingsarbetet.

5.2 Intern logik

Intern logik innebär att de råder harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Datainsamlingsmetoden och analystekniken bör väljas utgående från forskningsfrågorna. Man skall därför inte fastna vid vissa metoder. En idé inom den interna logiken är idén om en helhet som varje enskild del kan relateras till. De delar som inte passar in i helheten blir då missprydnader. Kvalitetskriteriet är således graden av harmoni som råder mellan del och helhet. (Larsson, 1994, 168-170)

Vår forskningsfråga i detta utvecklingsarbete lyder enligt följande: Hur ser en idealmodell för en hälsogranskning ut? Syftet är således att utveckla en idealmodell för hälsogranskningen, det vill säga hur den kunde förbättras. För att få svar på forskningsfrågan valde vi att använda oss av en enkät med öppna och fasta svarsalternativ, där informanterna fick förmedla sin syn på hälsogranskningen och hur den kunde förbättras. För att få ut resultat av de öppna frågorna använde vi oss av innehållsanalys, eftersom vi ville finna mönster, samband, gemensamma drag och skillnader. Då det gäller de fasta frågorna använde vi oss av ett kvantitativt förhållningssätt och räknade ut medeltalet samt utformade cirkeldiagram för att tydliggöra resultaten.

I efterhand kan vi konstatera att svaren vi fick i tilläggsfrågorna inte var så innehållsrika. Vi skulle möjligen ha fått ut bättre resultat ifall vi hade intervjuat informanterna istället, men på grund av att vi i examensarbetet använde oss av en enkät tyckte vi att det var lämpligast att lägga till några tilläggsfrågor till enkäten för utvecklingsarbetet. Det interna bortfallet var därtill stort i vissa frågor, vilket kan ha påverkat resultaten rätt mycket.

5.3 Etiskt värde

Att uppvisa god etik är en betydande del av vetenskapliga studier. I studier skall intresset att få ny kunskap vägas mot kravet att skydda deltagarna i studien. Ett gott etiskt värde kan nämligen minska andra kvaliteter i studien. En konflikt mellan validitet och etik uppkommer således. Det är viktigt att inte kränka deltagarna i studien integritetsmässigt. Då uppstår frågan kring hur deltagarna skall skyddas. Den vanliga metoden är att göra deltagarna, platserna eller institutionerna anonyma så att de inte kan identifieras. I detta fall kommer konflikten mellan validitet och etik tydligt fram. (Larsson, 1994, 171)

En annan syn på det etiska värdet är att grupper drabbas av de tolkningar som man gör och de slutsatser som man drar. Det gäller således att inte dra förhastade konklusioner som drabbar oskyldiga. Det största felet som en forskare kan göra är nog att ljuga. Som forskare skall man sträva till att få fram sanningen. Resultat till följd av forskning kan få makt eller utnyttjas av makthavare. Detta leder till ett stort ansvar för forskare att inte korrumpas. För att säkra kvaliteten i vetenskapliga studier förutsätts att man inte fuskar med det som man själv anser som sanning. (Larsson, 1994, 171)

För att uppnå ett gott etiskt värde har vi behandlat informanternas personuppgifter anonymt. Enkäterna har enbart lästs av oss och vi har förstört dem genast efter bearbetning. Det var därtill frivilligt för informanterna att delta i studien. Vi har strävat till att få fram sanningen i vår studie och därför har vi inte satt till några egna åsikter i resultatredovisningen utan enbart använt oss av det datamaterial som vi samlat in.

5.4 Struktur

Kvalitetskriteriet enligt Larsson är att resultaten innehar en god struktur, vilket innefattar att de är lättöverskådliga och förenklade. Den övergripande regeln är största möjliga enkelhet, utan att använda sig av överflödiga begrepp. Det handlar om att finna

denna struktur i rådata, men även att redovisa resultaten på ett vis som lyfter fram och klargör strukturen. Det är den slutliga produkten, det vill säga texten, som bedöms. (Larsson, 1994, 173-175)

Vi har från första början strävat till att skapa en god struktur i vårt utvecklingsarbete. Detta för att det skall vara lättöverskådligt och för att alla skall förstå. Kategorierna skrev vi ut med fet stil för att underlätta för läsaren. Vi illustrerade därtill en modell som beskriver hur vi har gått tillväga då vi har skapat kategorierna. I resultatredovisningen tog vi med många citat för att man skall få en bättre inblick i och förståelse för resultaten. Vi utarbetade därtill cirkeldiagram över svaren från de fasta frågorna för att göra dem mer lättförståeliga.

5.5 Empirisk förankring

Empirisk förankring innebär att verklighet och tolkning stämmer bra överens. För att man överhuvudtaget skall kunna kalla det en empirisk forskning krävs en förankring i ett empiriskt material, eftersom det är en essentiell del av empirisk forskning. Verksamheten blir oförståelig utan denna förutsättning. Förankringen av tolkningen i empirin är således ett viktigt kvalitetskriterium i alla traditioner, oberoende av vilket synsätt man har på verklighetens existens. (Larsson, 1994, 180-183)

Detta är en empirisk studie eftersom vi presenterar resultaten av våra egna undersökningar. Vi har tolkat våra resultat mot de teoretiska utgångspunkterna, den teoretiska bakgrunden och den tidigare forskningen som vi tog upp i vårt examensarbete. En del likheter har vi nog funnit men det har varit rätt svårt att hitta material som har att göra med vår studie.

6 Diskussion

I detta kapitel kommer vi att diskutera kring hur arbetsprocessen med vårt utvecklingsarbete har fortskridit. Vi kommer även att ta upp vilka tankar som uppkommit under arbetets gång samt förslag på hur man kunde fortsätta forskningen inom detta område.

Vi tycker att det har varit väldigt givande att få spinna vidare på vårt examensarbete genom detta utvecklingsarbete. Det var intressant att först genom examensarbetet få reda på effekten av 50 års hälsogranskningen och sedan genom detta arbete få utveckla en idealmodell av den.

Enligt vår uppfattning skulle det ännu finnas en hel del att forska i inom detta område. Detta är ju nämligen utan tvekan ett oerhört viktigt område som man borde satsa på att utveckla. För det är ju nog ett faktum att ju mer man satsar på hälsovården, desto mindre behöver man sjukvård.

Vi har genom detta utvecklingsarbete kommit fram till att hälsogranskningen för många innebär en trygghet där man får bekräftelse på hur hälsotillståndet är. Denna bekräftelse menar informanterna att de får genom olika provtagningar som görs i samband med hälsogranskningen. Vi kom även fram till att noggrannare uppföljningar bör göras ifall man upptäcker någon form av ohälsa eller problem i samband med hälsogranskningen. Informanterna vill även att hälsogranskningar bör ske oftare efter 50 års ålder.

I både examensarbetet och utvecklingsarbetet har vi kommit fram till att det är individen själv som har det största ansvaret då det gäller att förändra levnadsvanorna. För att förändringar skall kunna ske krävs vilja och motivation hos individen, men även hälsovårdaren har en viktig roll i att stödja och hjälpa. Det skulle vara angeläget att

finna ett sätt som skulle få individerna motiverade till att förändra sina levnadsvanor, kanske är vår projektplan en början på det.

Vi är stolta över att vi har varit kapabla till att genomföra både examensarbetet och utvecklingsarbetet. Det har varit ett omfattande och krävande arbete, eftersom vi själva i stort sett har byggt upp hela studien från grunden. Det har även utan tvekan medfört en hel del nya kunskaper och erfarenheter som vi kan bära med oss resten av livet.

Litteratur

Bell, J. (2005). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Kostenius, C. & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsövägledning*. Lund: Studentlitteratur.

Larsen, A-K. (2009). *Metod helt enkelt*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. St. Louis: Mosby-Year Book.

Winroth, J. & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion*. Stockholm: Sisu Idrottsböcker.

NÄRPES STAD

Bästa medverkande!

Vi är tre hälsovårdstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa som skriver vårt examensarbete. Temat för vårt examensarbete är hälsogranskningar och studien görs i samarbete med Närpes Hälsovårdscentral. Vi undersöker nyttan med hälsogranskningar och hur de kunde förbättras. Ni som är utvalda är de som var på 50-års hälsogranskning år 2008, era personuppgifter har vi fått från Närpes Hälsovårdscentral.

För att kunna utföra denna undersökning behöver vi Er hjälp! Era åsikter är betydelsefulla och därför önskar vi att ni tar Er tid att fylla i vår enkät. För att vi skall få ett bra och trovärdigt resultat är det viktigt att Ni besvarar alla frågor.

Fyll i enkäten och skicka den till Närpes Hälsovårdscentral i det färdigt adresserade kuverten, **senast den 1.3.2010**, portot är redan betalt. Era personuppgifter kommer inte att framkomma i examensarbetet, utan används endast vid bearbetning av enkäterna. De besvarade enkäterna läses enbart av undertecknade och förstörs genast efter bearbetning. Kontakta gärna oss vid eventuella frågor angående enkäten. Resultaten av examensarbetet kommer att presenteras vid en öppen tillställning under våren 2011.

Vi tackar på förhand för Er medverkan!

Med vänliga hälsningar,

Jane Kalberg

Bäcklidvägen 6 B

64250 Pjelas

Tel. 040 8295914

Jane.Kalberg@novia.fi

Lina Ström

Åsvägen 100

64220 Yttermark

Tel. 050 3365022

Lina.Strom@novia.fi

Pernilla Ek

Vargholmsvägen 83

64210 Kalax

Tel. 040 8391297

Pernilla.Ek@novia.fi

Carola Antfolk

Ansvarig hälsovårdare

Närpes Hälsovårdscentral

Kyrkvägen 6

64200 Närpes

Tel. 06-2249511

Carola.Antfolk@hvc.narpes.fi

Maj-Helen Nyback

Tf. Överlärare i hälsovård

Yrkeshögskolan Novia

Seriegatan 2

65230 Vasa

Tel. 050 571 6122

Maj-Helen.Nyback@novia.fi

INTERVJUBLANKETT FÖR HÄLSOGRANSKNING**Ärade mottagare**

Läs genom hela frågan förrän Du svarar. Sätt kryss i det alternativ Du anser rätt eller skriv svaret på det tomma utrymmet vid respektive fråga.

Namn _____ Födelseid _____

Adress _____

Tel.hem _____ Arbetet _____

Är du

ogift gift samboende frånskild eller i boskillnad änklings

1. Ditt yrke eller arbetets art

2. Är du för tillfället i huvudsak i

heltidsarbete deltidarbete hemmapappa arbetslös

pensionerad annat (ex. studerande) vad? _____

3. Din ordinarie arbetstid

dagarbete 2-eller 3-skiftesarbete nattarbete

oregelbunden arbetstid inte i arbete _____

4. Din yrkesutbildning

ingen yrkesutbildning kurs eller arbetserfarenhet högskoleexamen

utbildning på skolnivå (ex. yrkesskola, teknisk skola, handelsskola)

utbildning på institutnivå (ex. handelsinstitut, tekn.institut, sjukskötarinstitut)

NUVARANDE HÄLSOTILLSTÅND**5. Är din hälsa för tillfället**

god ganska god medelmåttlig ganska dålig dålig

6. Hur många gånger har du på grund av sjukdom eller besvär under det senaste året besökt

läkare _____ gånger hälsovårdare _____ gånger

annan hälsovårdsservice _____ gånger var? _____

7. Har du för tillfället besvär eller symtom (t.ex. huvudvärk, ryggbesvär, magbesvär, sömnbesvär osv.) som stör ditt dagliga liv?

nej ja, räkna upp besvären enligt svårighetsgrad _____

8. Har läkare konstaterat att du har någon av följande sjukdomar?

Bilaga 2 2(8)

Kryssa för lämpligt svar på **varje rad**

Kransartärsjukdom (angina pectoris)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Blodpropp i hjärtat (hjärtinfarkt)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Lungastma	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Gallsten el. Gallvägs- inflammation	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Epilepsi	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Led- el. muskelsjukdomar (reuma, förslitningar)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Magkatarr eller -sår	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Hudsjukdom	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Migrän	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	annat, vad _____	

9. Hur mycket besvär har du i dagliga livet av ovannämnda sjukdomar eller symtom

inte alls litet måttligt mycket

10. Hur mycket har du sammanlagt pga sjukdom varit borta från arbetet under de senaste 12 månaderna?

inte alls eller mindre än 1 vecka en vecka - en månad
 över en månad - två månader över två månader - ett halvt år
 över ett halvt år

11. Använder du för närvarande av läkare ordinerade receptbelagda mediciner?

nej ja, vilka och för vilket ändamål? _____

12. Använder du ofta eller regelbundet receptfria mediciner?

nej ja, vilka och för vilket ändamål? _____

13. Har någon av föräldrarna eller syskonen insjuknat i

Hjärtinfarkt el. hjärnblödning nej ja blodtryckssjukdom nej ja
före 50 års ålder
cancer nej ja diabetes nej ja
nerv- eller sinnessjukdom nej ja

14. Har du någon gång rökt regelbundet, dagligen under ett års tid?

har inte rökt regelbundet ja, jag har rökt sammanlagt cirka _____ år

15. Röker du nu?

- inte alls röker sporadiskt
 röker dagligen cirka _____ cigaretter _____ pipor _____ cigarrer

16. Om du är rökare, har du försökt sluta?

- aldrig ja, _____ gånger

17. Har du slutat röka?

- nej ja, när _____

18. Hur många glas eller flaskor av följande alkoholhaltiga drycker dricker du i medeltal i veckan? Om du inte alls använder alkohol, sätt 0. Svara på varje rad.

III – öl	_____ flaskor	A – öl	_____ flaskor
Long Drink	_____ flaskor	Vin el. motsvarande	_____ glas
Starksprit	_____ restaurangdos (4 cl)		

19. Hur ofta dricker du dig berusad?

- använder inte alkohol dricker aldrig så mycket några gånger i året
 en gång i månaden flera gånger i månaden

20. Har du behov av att ändra dina alkoholvanor

- nej ja

21. Hur många timmar sover du per natt i medeltal? _____

22. Sover du

- gott ganska gott ganska dåligt dåligt

23. Hur många varma måltider äter du om dagen?

_____ måltider, kl. _____, _____, _____, _____, _____

24. Hur många glas om dagen dricker du

- konsumtionsmjölk (röd) _____ lätt mjölk (mörkblå) _____
 fettfri mjölk (ljusblå) _____ surmjölk (piimä) _____

25. Hur många smörgåsar (bröd+fett) äter du om dagen?

Bilaga 2 4(8)

- med smör _____ brödskivor med margarin _____ brödskivor

26. Vilket av följande påståenden passar in på din fettanvändning?

Rikligt animaliskt fett finns i smör, helmjölk, svin- och fårkött, korv och i de flesta uppskrifningar.

- jag använder rikligt med fett och äter ofta fet mat jag använder måttliga mängder fett
 jag använder litet fett och äter sällan feta maträtter

27. Vilket av följande påståenden passar in på din sockeranvändning?

Det finns rikligt med socker i sylter, sötsaker, kaffebröd, läskedrycker och i söta alkoholdrycker.

- jag använder rikligt med socker och mycket söta maträtter, mellanmål, sötsaker, söta drycker
 jag använder måttligt med socker jag använder litet socker och sällan söt mat, mellanmål och drycker

28. Vilket av följande påståenden passar in på din saltanvändning?

Rikligt med salt finns i bl.a. saltgurka, sill, kryddfisk, rökt och saltat kött, medwurst, saltad svamp, potatischips, salta kex, påsoppor, mineralvatten (Vichy, Vip, sodavatten)

- jag använder mycket saltad mat och lägger till salt så gott som alltid innan jag smakat på maten
 jag använder måttligt saltad mat och saltar mera om maten inte smakar tillräckligt salt
 jag använder i regel saltfattig mat och saltar nästan aldrig

29. Vilket av följande påståenden passar in på din användning av grönsaker, bär och frukt?

- jag äter inte just alls jag äter i någon mån, åtminstone någon gång i veckan
 jag äter rikligt, så gott som dagligen

30. Hur upplever du din livssituation just nu?

- bra någorlunda problemfylld

31. Om du har problem, är orsaken då

- äktenskapsproblem ensamhet depression
 spänningsproblem problem på arbetet annat, vad? _____
-
-

32. Vilken är din inställning till motion och fysisk aktivitet?

- positiv till alla delar, både i teori och praktik
- neutral
- negativ, ingenting för mig

33. Hur mycket rör du dig i ditt arbete, hur pass fysiskt påfrestande är arbetet?

- jag är inte i arbete
- lätt sittande arbete
- lätt stående/gående arbete
- medeltungt kroppsarbete
- tungt kroppsarbete

34. Hur gör du dina arbetsresor?

- har inga arbetsresor
- med bil, buss eller motsvarande
- med cykel
- till fots

35. Hur mycket rör du på dig på fritiden? – beakta både fritidssport och kroppsarbete. Som en motionsdos räknas fysisk aktivitet/motion som räcker minst 30 min per gång.

- aldrig eller ytterst sällan
- varje vecka men mindre än 3 gånger per vecka
- regelbundet, och minst 3 gånger per vecka
- dagligen

36. Vilken form av fritidssport (ex. promenera, jogga, cykla, skida, gym) idkar du?

- mest idkar jag
- nästmest idkar jag
- tredje mest
- jag idkar ingen motionsform alls

37. Vilken form av nyttomotion (ex. trädgårdsjobb, skogs/vedarbete, städning, snöjobb)

- mest gör jag
- nästmest gör jag
- tredje mest
- jag gör ingen nyttomotion alls

38. Tycker du att du borde förändra dina motionsvanor?

- mina motionsvanor är bra och behöver ingen ändring
- jag motionerar för litet och jag skall utöka motionsdosen
- jag motionerar för litet, men kan inte utlova någon förändring
- jag motionerar för mycket och skall minska på dosen

UTVÄRDERING AV HÄLSOGRANSKNING FÖR 50-ÅRIGA MÄN OCH KVINNOR

1. Hälsogranskningen är

Nyttig

Inte nyttig

1

2

3

4

5

2. Vilka förväntningar hade du på hälsogranskningen och hur uppfylldes de?

3. Vilka tankar väckte hälsogranskningen hos dig?

4. Jag förändrade mina levnadsvanor efter hälsogranskningen

Helt av samma åsikt

Inte alls av samma åsikt

1

2

3

4

5

5. Kan du närmare beskriva vilka förändringar du har gjort i ditt levnadssätt efter hälsogranskningen?

6. Hur skulle du vilja förändra hälsogranskningen?

7. Hur ofta skulle du vilja gå på hälsogranskning?

Var vänlig kontrollera ännu en gång att alla frågor besvarats.

Tack för besväret!

Thank you for evaluating AnyBizSoft PDF Merger! To remove this page, please register your program!

[Go to Purchase Now>>](#)



AnyBizSoft

PDF Merger

- ✓ Merge multiple PDF files into one
- ✓ Select page range of PDF to merge
- ✓ Select specific page(s) to merge
- ✓ Extract page(s) from different PDF files and merge into one