

Näringens betydelse i förebyggandet av osteoporos – en litteraturstudie

Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola

Vård 2009 – hälsovårdare

Helsingfors 2013

Anne-Charlotte Pesola

| | |
|---|--|
| EXAMENSARBETE | |
| Arcada | |
| | |
| Utbildningsprogram: | Vård 2009 - hälsovårdare |
| | |
| Identifikationsnummer: | 3586 |
| Författare: | Anne-Charlotte Pesola |
| Arbetets namn: | Näringsens betydelse i förebyggandet av osteoporos – en litteraturstudie |
| Handledare (Arcada): | Annika Skogster |
| | |
| Uppdragsgivare: | |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Befolkningsstrukturen i Finland förändras och antalet åldringar kommer att öka. Eftersom osteoporos är en sjukdom som främst drabbar kvinnor över 50 år betyder detta att fallen av osteoporos i framtiden blir fler p.g.a. att kvinnors medellivslängd är längre än männens. Man kan minska sin risk att insjukna i osteoporos genom förebyggande åtgärder.</p> <p>Syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga hur man kan förebygga osteoporos genom rätt sorts näring och således lindra eventuellt lidande som osteoporos orsakar. Som huvudsaklig forskningsmetod användes innehållsanalys. Dorothea Orems egenvårdsteori användes som den centrala teoretiska referensramen. Orems teori grundar sig på klientens aktiva deltagande i upprätthållandet av sin egen hälsa i preventivt syfte som respondenten fokuserar på i examensarbetet. Klientens deltagande sker i interaktiv samverkan med vårdaren. Vårdarens viktigaste funktion enligt Orems teori är att motivera klienten till att ägna sig åt hälsosamma levnadsvanor som i denna studie fokuserar på näring.</p> <p>Resultatet av examensarbetet visar att man som vårdare kan göra en del för att motivera klienten till att äta hälsosammare sammansatt kost. Motiveringen till att börja ägna sig åt en hälsosammare livsstil blir lidande eftersom man upplever att osteoporos inte är en särskilt allvarlig sjukdom och drabbar en först i ålderdomen. Det borde satsas mera uppmärksamhet på konsten att motivera klienten att ägna sig åt hälsosamma matvanor.</p> | |
| Nyckelord: | Osteoporos, prevention, näring, egenvård, motivering |
| Sidantal: | 51 |
| Språk: | Svenska |
| Datum för godkännande: | 19.04.2013 |

| | |
|--|--|
| DEGREE THESIS | |
| Arcada | |
| Degree Programme: | Vård 2009 - hälsovårdare |
| Identification number: | 3586 |
| Author: | Anne-Charlotte Pesola |
| Title: | The role of nutrition in prevention of osteoporosis – A literature study |
| Supervisor (Arcada): | Annika Skogster |
| Commissioned by: | |
| <p>Abstract:</p> <p>The population structure is changing and the amount of elderly people in society will increase. Due to the fact that osteoporosis is a disease that commonly affects women over the age of 50 the prevalence of osteoporosis will increase, since life-expectancy for women is longer than it is for men. Osteoporosis is preventable to a certain extent and appropriate nutrition is a key factor in this prevention.</p> <p>The purpose of the literature study was to identify research in the role of how osteoporosis can be prevented through certain nutritional elements and thus ease any suffering that osteoporosis may cause. The method of analysis used was content analysis. Dorothea Orem's self-care theory was used as the central theoretical framework in the thesis. Orem's self-care theory is based on the patient's active participation in the maintenance of his or her health with the focus being on preventative measures. The patient's participation happens interactively with the nurse. The primary function of the nurse is to try to motivate the patient to practice self-care activities in order to lead a healthy life style which in the thesis is focused on the intake of healthy nutrition.</p> <p>The result of the thesis indicates that the nurse is able to use many strategies in order to try to engage the patient in performing self-care activities. It has been shown that the common misperception that people usually have of osteoporosis is that it is not a particularly serious disease and that it is a disease that affects only the elderly. Thus the motivation to prevent osteoporosis is often lacking. More resources need to be put on the development of the skill of motivating the patient.</p> | |
| Keywords: | Osteoporosis, prevention, nutrition, self-care, motivating the patient |
| Number of pages: | 51 |
| Language: | Swedish |
| Date of acceptance: | 19.04.2013 |

INNEHÅLL / CONTENTS

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | INLEDNING | 6 |
| 2 | BAKGRUND | 7 |
| 2.1 | Världshälsoorganisationens (WHO) definition av osteoporos..... | 8 |
| 2.2 | Medicinska forskningsrön om kostens betydelse i förebyggande av osteoporos | 9 |
| 2.2.1 | <i>Vad är osteoporos</i> | 9 |
| 2.2.2 | <i>Faktorer för hur osteoporos kan förebyggas</i> | 10 |
| 2.3 | Centrala näringsämnen för ett starkt skelett | 12 |
| 2.3.1 | <i>Kalcium</i> | 13 |
| 2.3.2 | <i>D-vitamin</i> | 14 |
| 3 | SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH DESIGN | 15 |
| 3.1 | Syfte och frågeställningar | 15 |
| 3.2 | Studiens design | 16 |
| 4 | TEORETISK REFERENSRAM | 18 |
| 4.1 | Egenvårdsteorin | 18 |
| 4.1.1 | <i>Egenvård</i> | 18 |
| 4.1.2 | <i>Vårdarens roll</i> | 19 |
| 5 | METOD | 20 |
| 5.1 | Litteraturstudie/ källstudie och datainsamling | 20 |
| 5.1.1 | <i>Inklusionskriterier</i> | 22 |
| 5.1.2 | <i>Exklusionskriterier</i> | 22 |
| 5.2 | Innehållsanalys..... | 22 |
| 5.3 | Forskningsetik | 24 |
| 6 | LITTERATURÖVERSIKT | 25 |
| 6.1 | Vårdarens roll i att stödja klientens egenvårdsprocess..... | 25 |
| 6.2 | Motivering till hälsosammare livsstil | 27 |
| 7 | RESULTAT | 34 |
| 8 | KRITISK GRANSKNING | 37 |
| 9 | DISKUSSION | 38 |
| 10 | SLUTORD OCH FÖRSLAG TILL VIDAREFORSKNING | 39 |
| | KÄLLOR | 41 |
| | BILAGOR | 45 |

Figurer / Figures

| | |
|---|----|
| Figur 1. Statistikcentralens befolkningsprognos för Finland 2012-2030. | 7 |
| Figur 2. Studiens design | 17 |

Tabeller / Tables

| | |
|--------------------------------|----|
| Tabell 1. Kategorisering | 45 |
|--------------------------------|----|

1 INLEDNING

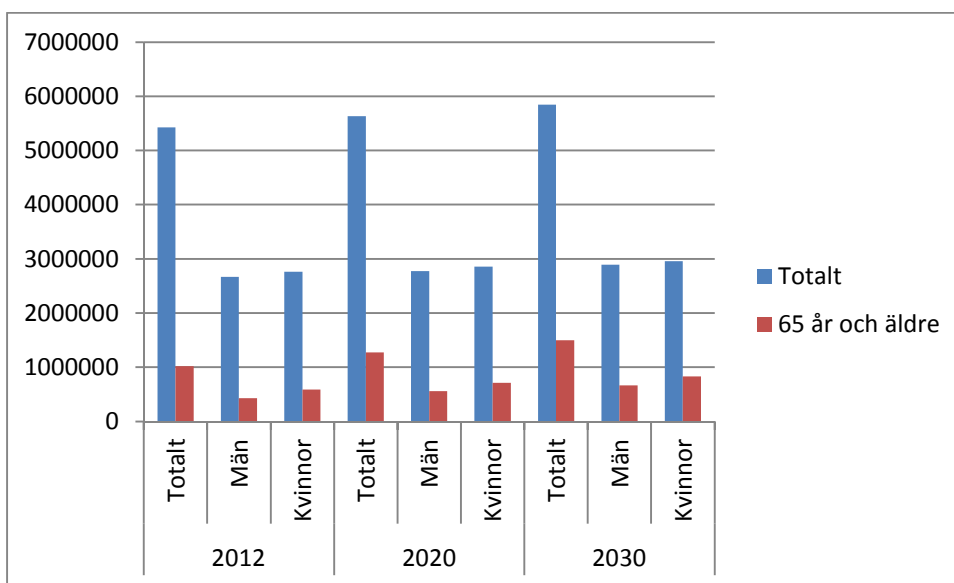
Jag har valt temat - "Näringens betydelse i förebyggande av osteoporos" eftersom det är väldigt aktuellt p.g.a. att fokus i allt högre grad ligger på näring när man tänker på människans välbefinnande. Ämnet är viktigt att forska i eftersom tyngdpunkten inom hälsovården allt mera ligger på preventiv vård och hälsofrämjande och människor uppmuntras att själva ta ansvar för sin egen hälsa. Dessa människor kan effektivt hjälpas genom ändamålsenlig handledning och allmän upplysning utövad av professionella vårdare. Människor är i allt högre grad intresserade av sin egen hälsa och vad de själva kan göra för att hållas friska och må bättre. Tyngdpunkten i denna litteraturstudie ligger på näring. Således exkluderas andra centrala faktorer, liksom motion, som också är av stor vikt i förebyggande av osteoporos.

Osteoporos kallas ofta för "den tysta sjukdomen" eftersom den sällan ger symptom och diagnostiseras ofta först efter att en osteoporotisk fraktur redan uppkommit. Frakturer kan innebära enormt lidande, vilket man som vårdare vill förebygga och lindra. Samhället borde således bli mera uppmärksammat på vad man kan göra för att förhindra dessa frakturer och att förebygga osteoporos i ett tidigt skede. Preventiv vård är den bästa åtgärden då det i längden sparar mycket mänskligt lidande och dessutom sparar på vårdresurser och vårdkostnader i framtiden. Åldersutvecklingen i Finland går mot det hållet att antalet äldre människor kommer att öka kraftigt i framtiden och således ökar också antalet äldre människor som lider av kroniska sjukdomar som t.ex. osteoporos. Osteoporos klassas redan i dag som en av våra folksjukdomar i Finland. I mitt kommande yrke som hälsovårdare kommer jag att ha stor nytta av kunskapen om att förebygga osteoporos.

2 BAKGRUND

Osteoporos och låg benmassa anses vara ett stort hälsohot i dag (Nieves 2005 s. 1232). Det uppskattas att ca 400 000 finländare lider av osteoporos i dag (Käypä hoito, osteoporosi 2006). 55 % av befolkningen som är över 50 år är i riskzonen att insjukna i osteoporos. Det uppskattas att hälften av kvinnorna över 50 år och en fjärdedel av män över 50 år kommer att få en osteoporotisk fraktur under sin resterande livstid – de flesta av dessa frakturer har osteoporotisk bakgrund. (Nieves 2005 s. 1232)

Risken för osteoporos ökar med stigande ålder (Suomen osteoporosiliitto, 2013) och andelen äldre människor i framtiden utgör en allt mera större del av befolkningen. Enligt statistikcentralens befolkningsprognos för Finland ökar mängden över 65 år fyllda individer med nästan en halv miljon människor fram till år 2030, av vilka kvinnor utgör 55,4% (se Figur 1). D.v.s. det kommer att finnas över 240 000 mera kvinnor över 65 år fyllda år 2030, jämfört med år 2012. (Statistikcentralen, 2012) I och med ökad förväntad livslängd kommer osteoporosfallen i framtiden att öka till epidemiska proportioner (Ilich et al. 2000 s. 715). Kvinnors förväntade livslängd är längre än männens; detta är också en av orsakerna varför kvinnor oftare lider av osteoporos än män (Suomen osteoporosiliitto, 2013). Ungefär 80 % av de som lider av osteoporos i dag är kvinnor (Turner et al. 2004 s. 115).



Figur 1. Statistikcentralens befolkningsprognos för Finland 2012-2030.

2.1 Världshälsoorganisationens (WHO) definition av osteoporos

WHO (2003) definierar osteoporos som en systemisk skelettsjukdom som karaktäriseras av låg bendensitet och minskning av benvävnad med ökad benägenhet för frakturer. Osteoporos i begynnelseskedet visar inga symptom och sjukdomen upptäcks i många fall först när en fraktur uppkommit. Osteoporos är tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män, dels p.g.a. att kvinnor har en lägre benmassa än män och dels p.g.a. hormonella förändringar som har med klimakteriet att göra - östrogen bevarar benmassa. Från ungefär 50 års ålder börjar kvinnors benmassa minska drastiskt. En annan orsak för att det oftare är kvinnor som lider av osteoporos är p.g.a. att kvinnors medellivslängd är längre än männens. Livslängdens generella ökning medför att kvinnor lever allt längre efter klimakteriet och således kommer mer sannolikt att lida av osteoporos. (WHO 2003 s. 2)

Osteoporos är en sjukdom som inte direkt orsakar smärta - smärta uppkommer ofta först när sjukdomen har givit upphov till en fraktur. Kotfraktur med ryggsmärtor kan uppkomma vid nästan obefintlig trauma, som kanske inte ens noteras. Dessa kotfrakturer leder till att kroppslängden minskar, eftersom kotkroppen sammanpressas. En grundregel är att om kroppslängden minskat med mer än 3 cm hos personer under 70 år anses detta vara en varningssignal för osteoporos. (Hedner 2007, s. 177-178)

Alla frakturer beror naturligtvis inte på osteoporos. Osteoporotiska frakturer definieras som frakturer av s.k. låg energi, d.v.s att det inte krävs så mycket kraft för att en fraktur skall uppstå. Osteoporotiska frakturer kännetecknas också av ökad prevalens efter 50-års ålder och är associerade med låg benmassa. De vanligaste osteoporotiska frakturerna är höft-, handled- och ryggkotsfrakturer. Den allvarligaste formen av fraktur som osteoporos kan förorsaka är höftfraktur. Höftfrakturer är oftast ett resultat av att man fallit och risken för fall i sin tur ökar med ökad ålder. Kvinnor drabbas oftare av dessa sorters fall eftersom kvinnor i genomsnitt blir äldre än män. Höftfrakturer orsakar mycket onödigt lidande bl.a. i form av långa sjukhus- och rehabiliteringsperioder. (WHO 2003 s. 3-4) Årligen dokumenteras ca 35 000 osteoporotiska benbrott i Finland (Suomen osteoporosiliitto, 2013).

2.2 Medicinska forskningsrön om kostens betydelse i förebyggande av osteoporos

I detta kapitel presenteras centrala fakta om vad osteoporos är och olika faktorer för att förebygga uppkomsten av osteoporos för att läsaren bättre skall kunna fördjupa sig i ämnet och förstå helheten i examensarbetet.

2.2.1 Vad är osteoporos

Skelettet är uppbyggt av ben som i sin tur består av levande celler inbäddade i en hård grundmassa, s.k. benmatrix. Ungefär hälften av benmatrix består av oorganiskt material i form av olika mineraler, främst hydroxiapatit som består av kalcium och fosfor men också av magnesium, kalium, natrium och zink. Resten består av organiskt material som nästan helt domineras av kollagen. Kollagenet i benmatrix innehåller en del speciella proteiner, bl.a. osteokalcin som har förmågan att binda kalcium. Tillsammans gör den oorganiska och organiska delen i benmatrix att skelettet både blir hårt (hydroxiapatiten) och elastiskt (kollagenet). (Johansson 2007 s. 286) Benvävnaden har två viktiga uppgifter i kroppen: dels som stödjevävnad, dels som kalciumförråd. Konstruktionen av skelettet förenar hög styrka med låg vikt. (Hedner 2007 s. 175)

Skelettet bryts ner och byggs upp hela livet, det så att säga lever hela tiden. Osteoklaster är en celltyp som bryter ner och osteoblaster är en celltyp som bygger nytt. Så länge människan växer är osteoblasterna mera aktiva än osteoklasterna. Uppbyggnaden fortsätter fram till 25-30 års ålder då skelettet uppnått sin maximala täthet. Därefter råder någorlunda jämn balans mellan nedbrytning och uppbyggnad men med en allt mera ökad lutning mot nedbrytning. (Johansson 2007 s. 286)

Osteoporos kännetecknas av ökad nedbrytning av ben och minskad nybildning av ben. När osteoporos orsakas av andra sjukdomar eller läkemedel kallas det sekundär osteoporos. Primär osteoporos orsakas av konstitutionella faktorer såväl som livsstilsrelaterade faktorer. Primär osteoporos är en sjukdom som drabbar främst kvinnor efter menopaus. Motsvarande testosteronsänkning hos män i samma ålder går betydligt långsam-

mare och blir inte lika fullständig – män har därför lättare att bevara sin benmassa. (Hedner 2007 s. 176)

Kvinnor drabbas oftare av osteoporos än män p.g.a. att i samband med klimakteriet ökar kalciumförlusterna från skelettet. Anledningen är att östrogennivåerna minskar. Östrogenet har den egenskapen att den hämmar osteoklasterna och därför bromsar nedbrytningen. När hämningen minskar ökar bennedbrytningen och utsöndringen av kalcium i urinen ökar och detta leder till ett minskat innehåll av kalcium i skelettet. Om förlusterna leder till osteoporos eller inte beror både på hur bra utgångsläget är, livsstilen och arvsanlagen. (Johansson 2007 s. 286) En kvinnas risk för att råka ut för en osteoporotisk fraktur under sin livstid är högre än den kombinerade risken för henne att insjukna i bröst- endometrial- och äggstockscancer. (Fai Chan & Ko 2006 s. 160)

Man kan säga att osteoporos är ett mångfacetterat, multi-faktoriellt tillstånd som karaktäriseras av minskad bentäthet och skadad benstruktur, som leder till en ökad benägenhet för frakturer. (Ilich & Kerstetter 2000 s.715)

2.2.2 Faktorer för hur osteoporos kan förebyggas

Även om en stor del, ca 80 %, av benstyrkan är determinerat av arvsanlag spelar många andra faktorer en betydande roll i uppkomsten av osteoporos. Dessa faktorer är främst kostmässiga, omgivnings- och livsstilmässiga. Kosten är den viktigaste, förändringsbara faktorn i kampen att upprätthålla bentätheten och att förebygga osteoporos. Ungefär 80–90 % av skelettet består av kalcium och fosfor. Andra näringsmässiga komponenter, så som protein, magnesium, zink, koppar, järn, fluor samt D, A, C, och K - vitamin krävs för normal benmetabolism. Det finns dock andra ämnen som t.ex. koffein och alkohol som påverkar skeletthälsan negativt. Man skall icke heller glömma att många av dessa näringsämnen är beroende av varandra för att nå maximal effekt i förebyggande syfte. (Ilich & Kerstetter 2000, s. 716)

Ett sätt att minska risken för osteoporos är att maximera bentätheten i ett tidigt skede i livet. Detta görs mest effektivt genom att ändra på levnadsvanorna: att öka kalciumintaget, motionera mera, minska på alkoholintaget och minska på tobaksrökning – allt detta

bidrar till att öka bentätheten. I en undersökning (Jamal 1999) undersökte man effekterna av att utge information om benskörhet och benmineral densitets (BMD) tester på självrapporterade livsstilsbeteenden på 669 premenopausala kvinnor som var inskrivna i en prognosstudie för att bedöma bestämningsfaktorer för hur man ökar bentätheten. (Jamal et al. 1999 s. 2144)

Kvinnorna som deltog i studien fick ett infoblad om hur man ökar bentätheten samt deltog i en bentäthetsmätning. Ett år senare fyllde kvinnorna i samma frågeformulär och det framkom att flere av dem hade minskat på tobaksrökningen, minskat på sitt alkoholintag, samt minskat på sitt koffeinintag. Kvinnorna som deltog i studien var dessutom mer benägna att använda kalciumtillskott samt D-vitamintillskott och dricka minst ett glas mjölk per dag. De kvinnor som hade mätts med lägre bendensitet var ännu mer benägna att använda dessa kosttillskott jämfört med de kvinnor som uppmätte normal bendensitet ett år tidigare. (Jamal et al. 1999 s. 2144)

På basis av denna självrapporterade förbättring av levnadsvanorna kan man säga att interventionen med information om osteoporos samt bentäthetsmätning förbättrade kvinnornas egenvårdsförmåga, och kunde resultera i att dessa kvinnors bentäthet ökar samt att deras risk för att insjukna i osteoporos minskar. (Jamal et al. 1999 s. 2146)

Ändamålsenlig näring spelar en stor roll i förebyggandet av osteoporos. De näringsämnen med den största betydelsen för benhälsan är kalcium och D-vitamin. Kalcium har påvisats ha en stor positiv effekt på benmassan i alla åldrar. När det gäller D-vitaminintaget för över 65-åringar, har det påvisats vara nyttigt att äldre individer får i sig t.o.m. tredubbla doser av den i näringsrekommendationerna angivna mängden D-vitamin för människor i arbetsför ålder. Att ta D-vitamin i form av näringstillskott har påvisats reducera mängden fallolyckor bland äldre. (Nieves 2005 s. 1232)

Låg kalciumtillförsel i kosten och brist på D-vitamin försämrar mineraliseringen av skelettet och ökar risken för fraktur. Låg fysisk aktivitet och en stillasittande livsstil belastar inte skelettet tillräckligt och ökar därför också risken för osteoporos. Detta beror på att det inte sker tillräcklig nedbrytning av benet, som i sin tur kan byggas upp på nytt. Den moderna livsstilen med mycket stillasittande i vardagen och på fritiden ökar alltså

riskerna för osteoporos. Rökning och högt alkoholintag ökar också riskerna. Andra riskfaktorer för osteoporotisk fraktur är låg kroppsvikt (BMI under 20), tidigt klimakterium (före 45 års ålder), samt att ha eller ha haft en mor med höftfraktur. (Hedner 2007 s. 176-178)

Behovet av kalcium varierar med åldern – det största behovet har man efter 50 års ålder då behovet kan stiga upp till 1200 mg per dag. Viktiga källor av kalcium är mjölkprodukter (framför allt mjölk, jogurt och ost), mörkgröna grönsaker, fisk innehållande fiskben och olika sorters nötter. Tyvärr ligger det dagliga kalciumintaget under det rekommenderade värdet för många och i dessa fall bör man ta kalcium som näringstillskott - uppdelat under dagen i 500 mg doser eller mindre p.g.a. att för stora mängder kalcium upptas dåligt och dessutom helst i samband med mat eftersom det främjar absorptionen. Det har påvisats att flerdubbla doser av kalcium inte är till nytta i förebyggande av osteoporos eftersom stora mängder inte absorberas. Mat är att preferera framom kosttillskott eftersom man från maten också får andra viktiga näringsämnen som är nyttiga för benhälsan så som C-vitamin, K-vitamin, magnesium och kalium. Genom att äta fem portioner olika sorters frukt och grönsaker per dag utöver sina måltider får man tillräckligt av dessa näringsämnen. (Nieves 2005 s. 1236)

2.3 Centrala näringsämnen för ett starkt skelett

Målsättningen med riksomfattande officiella näringsrekommendationer är att ge riktlinjer för närings- och livsmedelsintag. De officiella näringsrekommendationerna är avsedda för att utgöra en bra grund för god hälsa i hela befolkningen. Näringsrekommendationerna ger dock ingen information om hur stort näringsbehovet är för en enskild individ. Behovet av vitaminer och mineraler varierar individuellt men ger riktlinjer. (Johansson 2008 s. 47-48) Det rekommenderade intaget av ett näringsämne är ett begrepp som betyder den mängd av näringsämnet som tillfredsställer behovet av näringsämnet och upprätthåller ett gott näringstillstånd hos friska personer. Näringsrekommendationerna är alltså utarbetade på befolkningsnivå för friska, måttligt motionerande aktiva personer. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005)

Den klassiska tallriksmodellen är ännu aktuell och fungerar som ett utmärkt exempel på hur man balanserat skall bygga upp sin måltid. Hälften av tallriken fylls med grönsaker, såsom rårevet, sallad eller varmt grönsakstillbehör. Potatisens andel är en fjärdedel och/eller i stället för potatis kan man äta ris eller pasta. Den kvarstående fjärdedelen är till för en fisk- kött- eller äggrätt, men kan dock ersättas med vegetarisk mat som t.ex. nötter, frön eller baljväxter. Måltidsdrycken rekommenderas vara fettfri mjölk, fettfri surmjölk eller vatten. Målet är att kosten skall vara en rekommenderad helhet som på alla sätt främjar hälsan. (Valtion ravitseumusneuvottelukunta 2005)

2.3.1 Kalcium

Det vanligaste mineralämnet i kroppen är kalcium. En fullvuxen människa har ca 1000-2000 gram kalcium i kroppen och det mesta av detta kalcium finns i benstommen och i tänderna. Förutom för att uppehålla skelettet behövs kalcium till bl.a. koagulering av blodet, hjärtverksamheten, syra-basbalansen, vätskebalansen och nervimpulsfördelningen. Kalcium upptas i tarmkanalen och upptagningen minskar vid brist på D-vitamin, kalcium är därför beroende av D-vitamin för att vara till nytta i kroppen. (Valtion ravitseumusneuvottelukunta 2005)

Kalciumintaget är mycket viktigt i växande ålder med tanke på en stark benstomme i vuxen ålder. Man lägger grunden för benets maximimassa då. Upptagningen av kalcium är väldigt effektivt hos barn och ungdomar och upptas allra bäst från mjölkprodukter. Även om växtriket innehåller kalcium upptas det sämre av kroppen. Finländarna får också det mesta av sitt dagliga kalciumbehov från mjölk och diverse mjölkprodukter. (Valtion ravitseumusneuvottelukunta 2005) Mjölken i Finland innehåller förutom kalcium och D-vitamin många andra hälsofrämjande vitaminer och mineraler som t.ex. B-vitaminer, magnesium, zink och dessutom protein. För personer med laktosintolerans finns laktosfria mjölkprodukter med samma mängd vitaminer och mineraler. Det mesta av vårt kalciumintag kommer från mjölkprodukter av vilka det är lättast att få sitt dagliga intag, men man kan också erhålla kalcium från t.ex. sesamfrön, nötter och fisk, speciellt strömming. (Valio 2013)

I Finland är det gällande rekommenderade dagliga intaget av kalcium för vuxna i åldern 18 och uppåt 800 mg per dygn och för gravida eller ammande kvinnor 900 mg per dygn. För växande barn och ungdomar i åldern 10-17 år rekommenderas en mängd kalcium på 900 mg per dygn och för barn i åldern 6-9 år är dygnsdosen 700 mg. För barn i åldern 1-5 år rekommenderas att de får i sig 600 mg kalcium per dygn. (Valtion ravitse-musneuvottelukunta 2005)

Kroppen tål högst 2500 mg kalcium per dygn. Större mängder kan förorsaka njurskador, njurstenar och hyperkalcemi. Ett stort intag av salt och protein gör att utsöndringen av kalcium i urinen ökar, vilket starkt kopplas till osteoporos. (Valtion ravitse-musneuvottelukunta 2005)

2.3.2 D-vitamin

D-vitamin är ett fettlösligt vitamin som i samarbete med kalcium har en enorm betydelse för skelettets uppbyggnad och hållfasthet (Johansson 2007 s. 90). Brist på D-vitamin hos barn leder till räkittis och hos vuxna till att benstommen mjuknar. Det finns två sorters D-vitamin. D3-vitamin, eller kolecalciferol (den naturliga och nyttigaste formen av vitaminet som absorberas bäst) bildas i huden då huden utsätts för ultraviolettt ljus från solen. I Finland där solen endast en del av året skiner tillräckligt med tanke på att man skall få i sig tillräckliga mängder D-vitamin, spelar D-vitaminet som erhålls ur kosten en enorm roll med tanke på kroppens D-vitaminhalt. Ur kosten får man mest D3-vitamin av fisk, även av många fettsnåla fiskar, mjölkprodukter, vitaminiserade näringsfetter och ägg. En annan form av D-vitamin – D2-vitamin eller ergokalciferol, erhåller man genom att äta skogssvamp eller genom att äta syntetiska D-vitaminpreparat. För att förbättra intaget av D-vitamin hos finländare tillsätts D-vitamin i näringsfetter och mjölkprodukter. (Valtion ravitse-musneuvottelukunta 2005)

I Finland är det nuvarande rekommenderade intaget av D-vitamin hos 2-60 åringar 7,5 microgram (mcg) per dygn året runt. Hos spädbarn i åldern sex månader till två år, gravida eller ammande kvinnor och hos äldre människor (över 60 år) är rekommendationen 10 mcg D-vitamin per dygn året runt. Höjningen av rekommendationerna för det dagliga intaget av D-vitamin är under arbete. (Valtion ravitse-musneuvottelukunta 2005)

D-vitamin i väldigt stora doser är giftigt. Övre gränsen i Finland är maximalt 50 mcg per dag för vuxna personer, därför är det skäl att följa doseringsanvisningarna. Genom mat är denna gräns dock svår att uppnå. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005)

3 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH DESIGN

I detta kapitel presenteras syftet med studien och studiens centrala frågeställningar. Designen presenteras med hjälp av en figur.

3.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna litteraturstudie är att kartlägga hur man kan förebygga osteoporos genom rätt sorts kost och således lindra eventuellt lidande som osteoporos orsakar. På basen av tidigare forskning antar respondenten att det finns vetenskapligt bevis på att man kan förebygga osteoporos genom rätt sorts kost. Som vårdare vill man kunna förhindra lidande och främja hälsa till den grad det är möjligt. Osteoporos med allt som det innebär och för med sig förorsakar lidande i allra högsta grad. Osteoporos försämrar livskvaliteten. Utöver det tar ”onödiga” osteoporosfall på vårdkostnader och resurser. Ur detta stiger tre centrala frågeställningar upp:

1. Hur bör vårdaren handleda i kostfrågor med tanke på förebyggandet av osteoporos?
2. Hur kan vårdaren motivera relativt unga och friska människor att adoptera en hälsosam livsstil?
3. Hur kan vårdaren utnyttja Dorothea Orems egenvårdsteori i uppmuntrandet av klienten att “ta sin hälsa i sina egna händer”

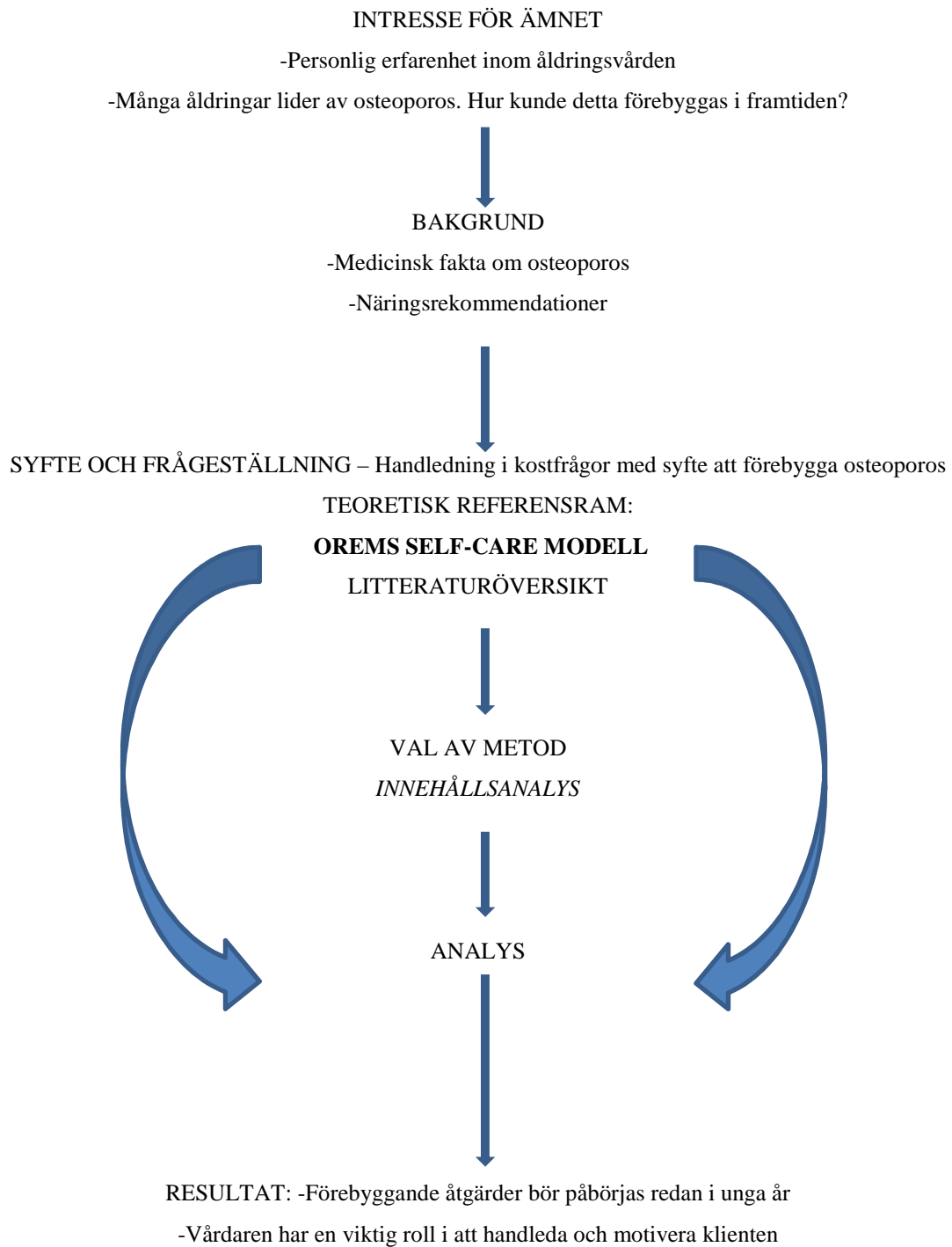
3.2 Studiens design

Designen bildar ramen för forskningsprocessen och innefattar centrala teoretiska föreställningar. En design utgör en detaljerad plan över hur man tänker gå till väga i forskningsprocessen. Designen utgör också en form av kontroll över de olika beståndsdelarna och momenten i studien och underlättar forskarens kontroll av olika variabler och relationer. (Eriksson 1992 s. 95)

Forskningsdesignen kan utformas på många sätt. Designen kan vara mera heltäckande och beskriva forskningsproceduren som helhet eller begränsa sig till själva undersökningsproceduren. Den bör öppna vägar för upptäckande och får inte vara för ensidig. (Eriksson 1992 s. 96)

Respondentens design beskriver de olika faserna i examensarbetsprocessen. Intresset för ämnet vaknade genom respondentens arbetserfarenhet inom åldringsvården där många klienter lider av osteoporos och tanken väcktes om huruvida människor i framtiden kunde hållas friska längre.

I bakgrunden beskrevs medicinsk fakta om osteoporos samt allmänt om näring och näring som bidrar till att förebygga osteoporos. Syfte och frågeställningar handlade om hur vårdaren kunde bidra till att förebygga osteoporos hos befolkningen genom ändamålsenlig handledning i kostfrågor och hur man kunde utnyttja Dorothea Orems (1985) egenvårdsteori i syfte att motivera klienten till en hälsosammare livsstil. Orems teori användes som teoretisk referenssam. Innehållsanalys utfördes. Resultaten påvisade att ändamålsenlig och korrekt sammansatt näring har en betydande påverkan i prevention av osteoporos. Förebyggande åtgärder bör påbörjas så tidigt som möjligt i unga år. Vårdaren har en viktig roll som den som oftast står klienten närmast av hälsovårdspersonalen i att handleda i näringsmässiga frågor och i att motivera klienten till att leda en hälsosammare livsstil.



Figur 2. Studiens design

4 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram har respondenten valt att använda sig av Dorothea Orems egenvårdsteori. Respondenten tycker att det passar bra in på hälsofrämjandetemat och har bekantat sig med Orems teori under studiernas gång.

4.1 Egenvårdsteorin

Egenvårdsteorin består av tre grundläggande delar: egenvårdsteorin, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadsmetoder. Egenvårdsteorin förklarar varför och hur människor "vårdar sig själva" d.v.s vad människan behöver för att upprätthålla och förbättra sin hälsa och till vilka åtgärder hon borde skrida för att möta dessa krav. Teorin om egenvårdsbrist förklarar restriktioner en människa kan ha för att utöva egenvård och hur hon kan få hjälp genom vårdande eftersom hon inte själv kan vårda sig själv. Teorin om omvårdnadsmetoder beskriver relationerna som måste uppstå så att vårdande kan äga rum och erbjuder strukturen för att som vårdare kunna hjälpa en människa. Varje människa har en naturlig förmåga till egenvård. (Orem 1985)

Teorins övergripande mål är att främja normal funktion, utveckling och hälsa samt välbefinnande hos människan. Vårdaren bör hjälpa patienten att tillgodose sina egenvårdsbehov om han inte kan göra det själv genom att stödja, handleda och undervisa. Egenvårdsteorin stämmer bra överens med dagens samhälle eftersom det förutsätts att människan idag skall ta vara på och ta ansvar för sin egen hälsa. Vårdaren fungerar som stöd och uppmuntrare - patienten lär sig att "hjälpa sig själv". (Orem 1985)

Kärnan i teorin om egenvård är att människan har en egen fri vilja och endast genom denna egna fria viljan kan människan hjälpa sig själv. (Orem 1985)

4.1.1 Egenvård

Egenvård innebär att en vuxen människa utövar åtgärder som upprätthåller liv, hälsosamt agerande, kontinuerlig personlig utveckling och välbefinnande. Egenvård så att säga lever hela tiden. Egenvård är något individen måste lära sig och det måste utövas

med tanke, avsikt och kontinuerligt. Den kritiska frågan i Orem's teori är: Vad är det i individens tillstånd som tyder på att hon är i behov av egenvård? Enligt Orem är det en oförmåga att upprätthålla hälsa på lång sikt. (Raile Alligood & Marriner Tomey 2010 s. 278)

Egenvårdsförmågan utvecklas genom att individen själv är intresserad av att förbättra sin hälsa, är nyfiken, realistisk, ansvarsfull och dessutom får råd och instruktioner av vårdaren. (Orem 1985 s. 38)

4.1.2 Vårdarens roll

Vårdarens roll i egenvårdsmodellen är att uppskatta klientens egenvårdsförmåga för att uppnå kontinuerlig och effektiv vård. Vårdaren bör ta i beaktande i vilket skede av livet klienten befinner sig i – egenvårdsförmågan varierar i förhållande till ålder, utvecklingsfas/stadium och hälsotillstånd. Vårdaren bör förstå såväl begränsningarna som möjligheterna inom egenvård. Vårdaren strävar till att maximera klientens potential för egenvård. (Orem 1985)

Fokus på hälsofrämjande i samhället utgör ett behov av att utbilda vårdare i att ta sig an rollen som hälsoförespråkare. Hälsofrämjande kan ha olika betydelser för olika människor. Med hälsofrämjande avses dock oftast hälsofostran, upprätthållan av hälsa och förhindrande av sjukdom. Hälsofrämjande kan också ses som vilket som helst agerande som bidrar till att man uppnår ett bättre hälsotillstånd. Hälsa är rörelse i riktning mot ens maximala och bästa potential. (Hartweg 1990 s. 35)

5 METOD

Med metod avser man kort sagt vilket tillvägagångssätt man väljer för att få ny information om det man bestämt sig forska i. En central punkt inom den kvalitativa forskningen som ofta används i vårdvetenskaplig forskning är att öka den allmänna förståelsen av forskningsobjektet. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, s.40, 57) Därför när man bestämt sig för den grundläggande undersökningsdesignen bör man välja en datainsamlingsmetod som lämpar sig för den information man vill ha.

Respondenten har valt att göra en innehållsanalys. I kapitlet nedan presenteras litteraturstudien som forskningsmetod, datainsamlingsmetoden, innehållsanalysen, inklusionskriterier, exklusionskriterier, kategoriseringen och hur respondenten har gått till väga då hon gjort analysen.

5.1 Litteraturstudie/ källstudie och datainsamling

Datainsamlingsmetoden är bunden till typ av forskning och olika design och det finns många olika datainsamlingsmetoder. Datainsamlingen utgör studiens känsligaste skede. Undersökningens tillförlitlighet har totalt att göra med hur väl man lyckas med datainsamlingen. Datainsamlingen kan ske på olika sätt: direkt eller indirekt, d.v.s. med hjälp av instrument eller andra indirekta mätmetoder, från primär eller sekundärkällor, på olika nivåer, från levande och ”döda källor”, genom subjekt-subjekt eller genom subjekt-objekt relation. (Eriksson 1992 s. 134)

En källstudie är en studie av dokument – texter, statistik och dylikt som utarbetats av andra än forskaren själv. Den information som då samlas in kallas sekundärdata. Sekundärdata kan bestå av försäljningsuppgifter, sifferuppgifter eller statistik i form av exempelvis bokslut från företag och organisationer samt årsberättelser med försäljningsuppgifter eller medlemsantal. Sekundärdata kan också vara ren text. Att använda sekundärdata innebär att man använder data som samlats in av andra. (Jacobsen 2007 s. 114)

Här använder respondenten källstudie, även känt som litteraturstudie, som är en indirekt datainsamlingsmetod, ty det är omöjligt i praktiken för respondenten att samla in pri-

märdata för denna studie. Källstudie kan användas när man vill undersöka synpunkter på eller tolkningar av en händelse, när man vill se hur människor tolkat en situation eller när man vill veta vad en människa faktiskt sagt eller gjort, t.ex. i form av mötesprotokoll. Källstudier är en lämplig metod i de fall där det är omöjligt att eller väldigt svårt att i praktiken samla in information direkt från källorna. Även då när man vill klarlägga hur andra har tolkat en viss händelse eller situation är källstudie en lämplig metod. (Jacobsen 2007 s. 113-114)

Då det gäller källstudier innebär det att man måste ty sig till sekundärdata vid datainsamlingen. De viktigaste valen man gör vid källstudier hänger samman med vilka dokument man väljer ut och hur stor trovärdighet dessa dokument har. Dessa dokument ska svara på problemställningen man har formulerat i sin källstudie. Problemet är att dessa sekundärdata kan ha samlats in och använts till ett annat syfte än det man själv har, då kan det uppstå ett glapp mellan den information man kan använda och det man vill använda den till. För att sträva till att minimera detta glapp-problem har man i innehållsanalys delat in det data man samlat in i olika teman och kategorier.

(Jacobsen 2007 s. 114)

Validitet i en källstudie handlar om huruvida man mäter det man vill mäta. Reliabiliteten eller trovärdigheten av forskningen påverkas av forskningsmetoden man har valt. Man bör försöka anpassa metoden till den problemställning man har i sin forskning. (Jacobsen 2007 s. 116-117)

Forskningsmetodiken påpekar att insamlandet av data är ett induktivt förhållningssätt till datainsamling. Detta betyder att forskaren försöker samla in data på ett så öppet sätt som möjligt och inte försöker ”styra” det data som samlas in på något sätt. (Jacobsen 2001 s. 49)

Respondenten har utfört datainsamlingen till examensarbetet genom att på olika vetenskapliga databaser med hjälp av lämpliga sökord leta fram tidigare vetenskaplig forskning inom ämnet för att samla in ett digert material. Böcker har också använts med strävan att de är relativt nya, d.v.s. från 2000-talet. Även aktuella elektroniska källor har använts t.ex. gällande de senaste näringsrekommendationerna och olika statistik.

5.1.1 Inklusionskriterier

I examensarbetet valdes att inkludera vetenskapliga artiklar från år 2000 eller senare. Artiklarna är skrivna på svenska, engelska eller finska. De valda artiklarna kan nås i fulltext kostnadsfritt. Artiklarna som väljs skall handla om förebyggande av osteoporos, näringsfaktorer, hur förebygga osteoporos genom rätt sorts näring, många dessutom med en vinkling ur vårdarens synpunkt och hälsofrämjande.

5.1.2 Exklusionskriterier

Artiklar från före år 2000 exkluderas med undantag av en ännu idag relevant artikel från år 1999. Artiklar som behandlar själva vården av osteoporos exkluderas, den medicinska vården exkluderas och likaså artiklar om åldringar och anstaltvård relaterade till osteoporos eftersom forskningen främst handlar om prevention. Artiklar om motionens betydelse i förebyggande av osteoporos exkluderas med undantag av de som också innehåller information om näring. Avgiftsbelagda artiklar exkluderas.

5.2 Innehållsanalys

I de allra flesta empiriska studier som använder sig av kvalitativa data används innehållsanalys som analysmetod (Jacobsen 2007 s. 144). Det finns flera olika sätt att analysera kvalitativa data. De olika metoderna för att analysera kvalitativa data har ett gemensamt drag, nämligen att man växlar mellan att analysera delarna och betrakta dessa delar i en större helhet – en s.k. hermeneutisk analys. All kvalitativ analys inleds med att man samlar in rådata, som t.ex. kan vara utskrift av intervjuer, observationer eller anteckningar. Dessa data måste struktureras på ett eller annat sätt för att sedan uppdelas i olika element. (Jacobsen 2007, s. 134-135)

Innehållsanalys är ett sätt att forska där det data man samlat in delas in i olika teman och kategorier. Texten tolkas som faktiska förhållanden. Efter detta försöker man hitta samband mellan dessa kategorier, och kategorisera alltså dela upp texten i ett antal teman eller problemställningar. Man måste fylla kategorierna med innehåll samt räkna hur ofta ett tema eller en problemställning nämns. Sedan jämför man intervjuerna/observationerna och söker skillnader och likheter samt letar förklaringar till vad

skillnaderna beror på. Kategoriseringen kan sägas vara en förenkling av komplicerade, detaljerade och omfattande data - en abstraktion av data. En kategori belyses av flera intervjuer eller observationer och möjliggör jämförelse av texter från olika intervjuer. (Jacobsen 2007, s. 139-140)

Respondenten har utfört en kategorisering av det insamlade materialet på basis av olika huvudtemana som förekommer i examensarbetet. (Se Bilaga 1.) Dessa temana fungerar också som nyckelord i abstraktet.

I källstudier utnyttjar man vanligen innehållsanalys. Innehållsanalysen är en metod som används för att vetenskapligt analysera ett dokumenterat, skrivet, uttalat eller symboliskt framställt material. Innehållsanalysen är ett ganska diffust begrepp och kan egentligen beteckna många olika slag av metoder. Innehållsanalysen var ursprungligen uteslutande kvantitativ, men har utvecklats i kvalitativ riktning. Innehållsanalysen används ofta inom vårdforskning. (Eriksson 1992 s. 280)

Innehållsanalysen är till sin karaktär tvärvetenskaplig. Med innehållsanalysen relaterar man kommunikationsinnehållet till historisk utveckling, mänskligt beteende och social organisation, utgående från enskilda teorier. Teoriinnehållet är en viktig del av innehållsanalysen, genom att sätta innehållsanalysen i ett teoretiskt sammanhang illustreras dess vetenskapliga idé. Ifall man inte anknyter analysen till en teori bortser man från det viktigaste, helheten. (Eriksson, 1992 s. 280)

Vid innehållsanalysen utgår man från en forskningsdesign som så detaljerat som möjligt föreskriver procedurer för hur kommunikationsinnehållet skall delas in i analysenheter, klassificeras, mätas och kodas samt hur summeringen skall ske. Ur designen skall framgå relationen till teori. (Eriksson 1992 s. 282)

Innehållsanalysen innefattar följande steg:

1. Formulering av forskningsuppdraget
2. Val av kommunikationsinnehåll för analys
3. Konstruktion av analysenheter eller kategorier
4. Utförandet av analysen

5. Rapportering

(Eriksson 1992 s. 282)

Respondenten har fördjupat sig i analysmaterialet genom att läsa det flere gånger igenom. Ursprungligt data plockades ut från materialet som respondenten ansåg vara viktigt och som skulle ge svar på de centrala frågeställningarna.

5.3 Forskningsetik

Forskningsetik är en naturlig del av mänsklig etik. Varje forskare måste medvetet utveckla sitt forskarsamvete. (Eriksson 1992 s. 20-21)

- Enligt Forskningsetiska delegationen (2012) kan vetenskaplig forskning endast vara godtagbar och tillförlitlig och dess resultat trovärdiga enbart om forskningen bedrivs i enlighet med god vetenskaplig praxis. Tillämpningen av anvisningarna om god vetenskaplig praxis utgör en del av forskarsamfundets självkontroll och dess gränser definieras i lagstiftningen. God vetenskaplig praxis utgör också en del av forskningsorganisationernas kvalitetssystem. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

De mest centrala utgångspunkterna för god vetenskaplig praxis ur ett forskningsetiskt perspektiv är:

- I forskningen iaktas de förfaringssätt som forskningssamfundet erkänt, dvs. hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet i forskningen och i dokumenteringen och presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningar och undersökningsresultat.
- I forskningen tillämpas dataansaffnings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara.
- Forskningen planeras, genomförs och rapporteras och insamlade data lagras på det sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. (Forskningsetiska delegationen, 2012)

6 LITTERATURÖVERSIKT

I detta kapitel presenteras materialet respondenterna gått igenom för litteraturöversikten. Här kommer det fram vårdarens roll i att stödja klienten och hur vårdaren kan motivera klienten till att börja leva ett hälsosammare liv.

6.1 Vårdarens roll i att stödja klientens egenvårdsprocess

Dåliga matvanor kan ha negativa hälsoeffekter för individen. Förespråkandet av en väl sammansatt kost är viktigt med tanke på optimal hälsa och effektiv hälsovård. En definition på hur en hälsosam kost är sammansatt hjälper vårdaren att handleda klienten. Det är också viktigt att förstå vikten av en holistisk syn på näring och hälsa samt att identifiera effektiva hälsofrämjande råd att ge åt klienten för att uppmuntra till en hälsosam kost. (Neno & Neno 2006 s. 59)

Klientens deltagande i sin egen vård är en nödvändig faktor för att uppnå goda resultat inom hälsovården. Många klienter har upplevt en känsla av utanförskap när det gäller den egna hälsan; känslor som t.ex. otillräckligt deltagande eller t.o.m. en känsla av att bli försummad. Detta kan leda till att klienten reagerar med passivitet. Att vårdarna använder sig av vissa strategier för att optimera klientens deltagande inom vården är en viktig fråga. Klientens aktiva deltagande i sin egen vård ökar motivationen, ger bättre resultat och skapar mera tillfredsställelse inom vården. (Sahlsten et al. 2009 s. 490)

Klienten behöver stöd för att upptäcka sin egen förmåga för att förbättra och analysera sin hälsa, att så att säga hitta sina resurser. Vårdarens kunskap står till klientens förfogande för att klienten skall kunna göra informerade val och beslut. I denna forskning fann man tre kategorier för att optimera klientens deltagande i vården: att bygga samarbete, att lära känna personen och att stärka egenvårdsförmågan. Att bygga samarbete innebär att vårdaren och klienten strävar efter samma mål, genom att skapa självkänsla, visa respekt, mod och engagemang. Att skapa självkänsla handlar om att vårdaren tror på och visar erkännande av klientens förmåga och vilja att nå sin fulla potential. Att vara pålitlig och ärlig som vårdare är viktigt. (Sahlsten et al. 2009 s. 491)

Att visa respekt för klienten är av största vikt, klienten bör få uttrycka sin egen åsikt och upplevelse av situationen. Att visa mod att låta klienten berätta själv i sina egna ord. Klienten är aktivt involverad och engagerad i situationen. (Sahlsten et al. 2009 s. 493)

Att lära känna personen innebär att vårdaren är genuint intresserad av klientens problem; lyssnar utan att tänka på vad hon skall säga till näst. Vårdaren försöker ställa så kallade "stimulerande frågor", dessa frågor handlar om vad klienten vet och har upplevt. Frågorna skall helst vara korta och klara: "hur känner du?" o.s.v. (Sahlsten et al. 2009 s. 493)

Att stärka egenvårdsförmågan grundar sig på att vårdaren riktar klientens fokus på dennes starka sidor och resurser, att fokusera på målet. Att aktivera klienten är nyckeln. Vårdaren finns till för att hjälpa vid eventuella hinder klienten kan ha, det är också viktigt att fokusera på det positiva, inte bara hälsohinder utan också hälsoresurser. Det finns något positivt i varje situation. Vårdaren bör sträva efter att klienten skall finna en mening i vården, få meningsfulla upplevelser, upptäcka, lära sig nya saker och utvecklas. (Sahlsten et al. 2009 s. 493)

När vårdarens attityd speglar positiva känslor ökar detta i sin tur klientens känsla av värde och trygghet och möjliggör för denne att känna sig tillräckligt trygg för att uttrycka sin egen individualitet. Detta är dock en tvåsidig interaktiv process där vårdaren har mera kontroll över situationen, hon så att säga har kontroll över nivån på diskussionen. De aktuella rön forskningen påvisar att vårdaren borde avstå från att vara en givare och hjälpare till att i stället guida och erbjuda klienten med tillfällen att själv fatta kontrollen över situationen. (Sahlsten et al. 2009 s. 495)

Klientens autonomi är en term som ofta används i hälsovårdslitteratur även om dess mening är tolkbar. I denna studie användes autonomins betydelse som självbestämmande och egenvård. Autonomiska människor är så att säga sina egna livs författare. Personlig autonomi innebär att människor bör ha kontroll över sitt eget öde, genom att forma det genom varandra påföljande val. (Moser et al. 2007 s. 358)

Personlig autonomi innebär negativ och positiv frihet. Negativ frihet innebär att man har möjlighet att göra val utan att konsultera andra – människor förväntas fatta beslut ensamma. Vårdarens roll i denna situation är att ge korrekt information och låta klienten fatta sina egna beslut. Positiv frihet understryker människors kapacitet att göra sina egna val och således styra sina liv enligt egna övertygelser, personliga orsaker och målsättningar. Vårdarens roll inom detta är att ta en aktiv roll i klientens inseende av sin autonomi – vårdare-patient relationen är kärnan inom vårdandet. Vård kan äga rum endast om patienten ger sitt samtycke till det. (Moser et al. 2007 s. 358-359)

Autonomi som egenvård går in på Dorothea Orems (1985) teori om egenvård. Egenvård i samband med denna forskning lyftes fram som meningsfullt handlande för att uppnå ett visst resultat – ett handlande som föregåtts av forskande och reflekterande och ett genomtänkt beslut av hur man tänkt handla. Vårdaren har en viktig roll i att stödja denna egenvårdsprocess genom att förutse klienten med den information och resurser hon behöver för att utöva egenvårdsaktiviteter. (Moser et al. 2007 s. 364)

Enligt Tronto är vård en fortlöpande relationsprocess som består av fyra faser: att bry sig om, att ta hand om, att ge vård och att ta emot vård – att det finns ett behov som måste bli mött (Tronto 1993). Vårdaren har flere roller: lärare, handledare, ledare, och expert. Personlig utveckling är aldrig färdigt eftersom människor konstant är mottagliga för nya intryck och förändring, processen är dynamisk. Autonomi innebär att människan är kapabel av att göra val i sitt dagliga liv som är meningsfulla och bidrar till att hjälpa människan att bibehålla sin egen individualitet. Vårdarens roll i denna process är att förse klienten med alternativ som gör det möjligt för klienten att behålla sina egna värderingar. (Peplau 1988)

6.2 Motivering till hälsosammare livsstil

En människas livsstil har en enorm effekt på hans eller hennes hälsa. Livsstils-relaterade hälsoproblem, d.v.s. de hälsoproblem som uppstår när människan t.ex. röker, dricker alkohol, lider av högt blodtryck, kolesterol eller fetma - dessa problem har orsakat åtminstone en tredjedel av sjukdomsburden i Europa, Nord Amerika och Stilla-havs Asien. I en studie gjord 2011 kom det också fram att under ett läkar- eller sjukskötarbe-

sök i Sverige diskuteras det i endast 31 % av besöken livsstil eller livsstilsförändring, detta trots att 90 % av klienterna upplever det som väldigt nyttigt att diskutera livsstilsförändring mot det sundare. (Brobeck et al. 2011 s. 3323)

För att klienten skall kunna utföra dessa livsstilsförändringar krävs det en uppmuntrande omgivning, tillgång till information och kunskap samt möjligheten att göra hälsosamma val. Ett sätt att ta livsstilsförändring till tals på mottagningen är motiverande intervju vars mening är att få klienten att själv förstå sina livsstilsproblem och att göra positiva förändringar i sina dagliga liv. Problemen görs förståeliga så att de inte längre känns övermäktiga och livsstilsförändringen mot det positiva blir därmed lättare att utföra. Motiverande intervju består av fyra guidande principer: att utveckla motsägelser, ta emot motvilja, undvika argumentation och understöda självkompetens av klienten. Inom motivations intervju finns det fem specifika tekniker vilka gör kommunikation lättare och ökar förståelse: förstärkande, öppna frågor, reflektivt lyssnande, att summera samt att initiera en diskussion om förändring. Motiverande intervju kan kallas för klientens empowerment där klienten uppmuntras att själv ta kontroll över sitt liv, i positiv anda, utan påtryckning. Empowerment av klienten innebär samarbete mellan vårdare och klient samt stöd av vårdaren. Klienten är i fokus. Där utvecklas klientens kunskap, färdigheter och hanteringsförmåga av olika situationer. Som ett resultat av detta utvecklas klientens förmåga gradvis att delta mera aktivt i frågor gällande sin egenvård. Det krävs dock oftast flere dialog-tillfällen för att klienten skall uppnå livsstilsförändring. (Brobeck et al. 2011 s. 3323)

Motiverande intervju har påvisats ha en positiv effekt i att förändra dåliga matvanor mot hälsosammare. Sjukskötare spelar en central roll i att uppmuntra människor till att leda hälsosammare liv. I studien intervjuades tjugo svenska sjukskötare om sina erfarenheter av att använda motiverande intervju i sina jobb inom primärvården. Erfarenheterna var mest positiva. Sjuksköternas erfarenheter var överlag att motivations intervju är en berikande och användbar metod att använda inom vårdarbetet. Det kändes stimulerande för sjuksköterna att klienten var nöjd, att dialogen varit effektiv och att dialogen bidragit till att klienten nått en bättre förståelse av hans eller hennes livsstilsproblem. Denna metod anses vara mycket användbar inom hälsofrämjande verksamhet eftersom den främjar hälsomedvetenhet och hälsovägledning. (Brobeck et al. 2011 s. 3325-3326)

Den främsta strategin för att förebygga osteoporos är att maximera sin största skelett-massa (peak bone mass) och minimera benförlust - detta genom hälsofostran och hälsofrämjande program. Medicinska behandlingar är oförmögna att totalt bota effekterna av osteoporos – därför behövs tidiga interventioner för att förebygga osteoporos. I en studie där man använde Health Belief Model, fritt översatt ”Tro på hälsa - modellen”, utförd i USA år 2004, för att utföra ett program för förebyggande av osteoporos för kvinnor i medelåldern fann man att ett s.k. Osteoporosis Prevention Program gav resultat i form av att kvinnorna som deltog i experimentet blev mera hälsomedvetna och intresserade av vad de kan göra för att minska sin risk att insjukna i osteoporos. Studien gick ut på att 392 medelålders kvinnor deltog i föreläsningar om osteoporos och hur man kan förebygga osteoporos, där de bl.a. fick information om kalciumrika och D-vitaminrika livsmedel, skelettstärkande motionstips, de gick på en benmineraltäthets-mätning samt fick individuell konsultation av hälsovårdsproffs. ”Tro på hälsa – modellen” utgår från fyra principer som behövs för att klienten skall följa rekommendationer inom hälsoråd-givningen: upplevda hinder för att utföra hälsohandlingarna, upplevd nytta av att utföra hälsohandlingarna, upplevd egen risk att insjukna i sjukdomen i fråga och upplevd allvarlighetsgrad av sjukdomen. (Turner et al. 2004 s. 115-117)

En orsak varför relativt unga kvinnor inte upplever att det är viktigt att förebygga osteoporos är för att de inte upplever osteoporos som en särskilt farlig sjukdom, som en sjukdom som dessutom bara drabbar äldre kvinnor. Kvinnorna blev därför även informerade om att osteoporos i själva verket är en allvarlig och i vissa fall t.o.m. invalidiserande sjukdom som kan lämna individen beroende av andra människors hjälp och som kan drabba kvinnor redan i medelåldern. Bilder av kvinnor med t.ex. kutrygg som synligt drabbas av osteoporos visades för att påpeka att osteoporos även kan drabba utseendet - detta hade en stor inverkan på motivationen. Kvinnorna som deltog i programmet rapporterades vara uppmärksamma och interaktiva, visade intresse och ställde frågor. Uppskattning visades samt positiv feedback. (Turner et al. 2004 s. 119-120)

I dagens läge finns det mera och mera bevis på att förändringsbara livsstilsval ökar risken att insjukna i osteoporos senare i livet och det argumenteras att sjukskötare inom primärvården har en ideal ställning inom hälsovårdssystemet med tanke på att undervisa

klienter i igenkännande av dessa riskfaktorer samt stöd med livsstilsförändring. I en slumpmässigt kontrollerad studie gjord år 2004-2005, involverande 76 kvinnor med en ålder av över 18 år bosatta i Hong Kong, forskade man i hur dessa kvinnors attityder och ibruktage av en positivare livsstil i syfte att förebygga osteoporos förverkligades. I denna studie valdes det att sätta fokus på tillräcklig tillförsel av kalcium och D-vitamin, rätt sorts motion och tillräcklig exponering för solljus. Kvinnorna delades upp i två grupper – en som fick hälsoundervisning gällande förebyggande åtgärder under en 45-minuters föreläsning (case-grupp) och en annan grupp som inte deltog i hälsoundervisningen (kontrollgrupp). Gruppen drevs av en sjukskötare. Föreläsningen innehöll följande moment: Hur osteoporos uppkommer, hur osteoporos ter sig, sambandet mellan kalcium och osteoporos, information om kalciumhalten i olika sorts kost och exempel på kalciumrik kost samt information om D-vitamin, soja-produkter, tillräcklig solexponering och dessutom skelettbelastande motion. En enkät gjord före och efter detta tillfälle visade att det fanns en klar skillnad mellan gruppen som inte deltog i föreläsningen och gruppen som deltog. Gruppen som deltog visade klart högre poäng en månad efter föreläsningen i alla delar av enkäten som innehöll frågor om livsstilsförändring. De hade avsevärt ökat på sin konsumtion av mjölk och mjölkprodukter, ökat sitt intag av D-vitamin, ökat sin exponering till solljus samt idkat mera motion och var mera positivt inställda till att förändra sin livsstil jämfört med kontrollgruppen. (Fai Chan & Ko 2006 s. 159-161, 163-164)

Att förstärka en positiv attityd som att osteoporos går att förebygga och att det är viktigt att det upptäcks så tidigt som möjligt för att minimera skadorna kunde motivera kvinnor att ta ansvar för sin hälsa (Fai Chan & Ko 2006 s. 167). Alla klienter som gör framsteg för att förbättra sin hälsa och försöker nå sina hälsomål bör få positiv bekräftelse av vårdaren (Bohaty et al. 2008 s. 93).

I en studie gjord år 2007 i USA undersökte man effektiviteten av en skolningsintervention med målet att öka intaget av kalcium och D-vitamin hos unga kvinnor i åldern 19-30. 80 kvinnor deltog i studien. Kvinnorna ombads fylla i en frågesport om fakta om osteoporos. Enkäten innehöll frågor om egenvårdsåtgärder relaterade till riskfaktorer och åtgärder i förebyggande syfte med tanke på osteoporos. En tre dagars matdagbok skulle också skrivas. Kvinnorna deltog i en kort dia presentation om vikten av

att få i sig tillräckligt med kalcium och D-vitamin för att förebygga osteoporos, om att motverka risken att insjukna i osteoporos som ung kvinna, olika strategier för att öka kalcium och D-vitamintillförseln i födan samt om hurudan mat är rik på kalcium men som samtidigt är kalori- och fettsnål. Kvinnorna blev informerade om att också otypisk mat som tofu, broccoli, apelsinsaft och nötter innehåller kalcium och D-vitamin som är bra för skelettet. När man efter åtta veckor gjorde en förfrågan av dessa kvinnor som varit på presentationen och fått informationen om hur man upprätthåller skeletthälsan fann man att dessa kvinnor inte nämnvärt hade ökat på sitt intag av vare sig kalcium eller D-vitamin. De hade alltså inte gjort en livsstilsförändring mot det positivare trots all hälsoupplýsning. (Bohaty et al. 2008 s. 94-96)

Ett sätt att uppnå bättre resultat med dylika interventioner skulle vara att uppmuntra unga kvinnor i positiv anda till att förändra sina matvanor. Ett sätt kunde vara positiv feedback, bekräftelse och konkret belöning för att ha uppnått sina mål. En engagerad sjukskötare som håller skolningstillfällen kunde upplysa om allt onödigt lidande som osteoporos förorsakar. Att hålla kontakt med kvinnorna efter skolningstillfallet och träffa dem personligen i stället för per telefon antogs också kunna ge bättre resultat. Viktigt skulle vara att få unga kvinnor att vakna till att de hälsoval de gör idag har en betydelse för hurudan livskvalitet de har som äldre. Man skall inte behöva lida i sin ålderdom för brister man haft i näringstillförseln som yngre. (Bohaty et al. 2008 s. 98)

Osteoporos borde inte mera i dessa dagar ses som en geriatrisk sjukdom. I stället borde det inses att skeletthälsa är ett livslångt ”projekt” med tyngden lagd på ungdomsåren. I en förfrågning bland högstadie- och gymnasieungdomar i USA fann man att endast 38 % av de tillfrågade hade fått adekvat information om vilken mat det lönar sig att äta med tanke på kalciumbehovet av skolhälsovårdaren. Många trodde också att man blir fet av mjölkprodukter. Kostens sammansättning och dess inverkan på skeletthälsan tyder på att låg bendensitet kommer att bli allt allmännare bland unga vuxna i framtiden, just i USA har mjölkdrickandet minskat med 74 % från år 1965 medan konsumtionen av läskedrycker har gått upp 118 % sedan samma år. Näring och livsstilsfaktorer såsom motion utgör ungefär 20 % av risken att senare i livet insjukna i osteoporos. Det är av vikt att få adekvat näring med tillräcklig kalciumtillförsel redan i ung ålder för att bygga starka ben och dessutom att bilda hälsosamma matvanor som håller hela livet. Sjukskö-

taren, som står klienten närmast av hälsovårdspersonalen är i en ypperlig position att försäkra och följa med att ungdomar får den bästa chansen att så tidigt som möjligt utveckla hälsovanor som resulterar i hög benmassa i vuxen ålder. Vårdaren bör informera tonåringen om kalciumrik mat, riskerna av att dricka för mycket läskedrycker samt av att äta för mycket salt och protein som kan vara skadligt för skeletthälsan. Nyttan av skelettbelastande motion betonades också. (Schettler & Gustafson 2004 s. 274-276, 279-280)

I Schragers (2000) artikel framkom det att endast 34 % av kvinnor i åldern 18-65 år hade diskuterat risken för osteoporos och 44 % om tillräckligt kalciumintag på läkar- eller sjuksköttarmottagningen. Klienterna blev själv tillfrågade genast efter sitt besök hos läkaren eller sjukskötaren om sina upplevelser. Procenten var mindre ju yngre kvinnorna var, så lite som 25 % för kvinnorna under 40 år. Från hälsovårdspersonalens sida var de som diskuterade skeletthälsa mest med sina klienter kvinnliga sjukskötare. Vissa i hälsovårdspersonalen ansåg att de hade för lite tid att diskutera om risken för osteoporos med sina klienter och att ”mera allvarliga” ämnen måste prioriteras, som t.ex. tobaksrökning, risken för cancer, tillräcklig motion och kost. Schrager anser att det kunde funderas på huruvida det överlag lönar sig att diskutera om risken för sjukdom – utan att i stället ta till tals hur man göra positiva hälsoval för att hållas frisk. (Schrager et al. 2000 s. 1099-1103)

Osteoporos förknippas med smärtsamma frakturer som resulterar i både personliga och samhällsliga kostnader. Dessa frakturer leder till minskad rörlighet, vanställdhet och förlust av självständighet, även till döden, vilket människor ofta inte inser. I Leins artikel (2011) påstås det att det påvisats i flere studier att en stor del, över hälften av unga kvinnor inte deltar i aktiviteter som främjar skeletthälsan. Dessa aktiviteter inkluderar motion med tyngder, motion med motstånd och tillräckligt kalcium- och D-vitamin intag. Problemet är att kvinnorna nog vet vad de skall göra för att behålla benmassan men motivationen finns inte eller det upplevs att osteoporos är ett avlägset problem som man lider av när man är gammal och att det dessutom inte uppstår abrupt. Det har visat sig bland yngre kvinnor att det som skrämmer är utseendemässiga faktorer, alltså att osteoporos kan synas utanpå kroppen – detta får dem motiverade till att äta hälsosamt med tanke på kalcium och D-vitamin samt att motionera. Konkreta siffror som att se sitt re-

sultat av benmineraltäthets (BMD) mätning hjälper också som motivation. Problemet med detta är dock att dessa mätningar blir dyra då man skall utföra dem på stora grupper människor. (Lein et al. 2011 s. 60-63)

En metod som påvisats vara effektiv och billigare än benmineraltäthetsmätning (BMD) är s.k. skräddarsydda interventioner för att öka intresset för att ta vara på sin skeletthälsa. Skräddarsydda interventioner kan förklaras som en kombination av information eller ett sätt att försöka ändra på beteendet, som når en specifik människa, detta baserat på egenskaper som är unika för denna människa och är relaterat till det mål man vill uppnå. Detta har alltså utvecklats ur en individuell evaluering av människan i fråga och blir således mera personligt. Skräddarsydda interventioner, eller meddelanden som de även kallas, leder oftare till livsstilsförändringar eftersom människor i allmänhet bättre kommer ihåg dessa än t.ex. att bara ”rabbla upp” fakta. (Lein et al. 2011 s. 65)

I studier gjorda av Blalock et al 2000 och Blalock et al 2002 studerade man effekten av endast korta skrivna material angående osteoporos kunnande, olika övertygelser som människor har om osteoporos, deras kalciumintag och mängden motion. Första gruppen som deltog i studien fick endast ett informationspaket i posten. Den andra gruppen fick en speciell handlingsplan för att äta mera kalciumrik mat och börja motionera. Den tredje gruppen fick både informationspaketet och handlingsplanen medan den fjärde gruppen fungerade som en kontrollgrupp. Studien pågick i ett år. Studiens resultat visade att det som ändrade mest var dessa människors kunskap och övertygelser om osteoporos. En ändring i kalcium och motion visade sig inte hända. Kvinnorna uppföljdes tre gånger. De uppföljda kvinnorna var i kontakt med forskarna per telefon. Det visade sig att de ökade sitt kalciumintag, d.v.s. ändrade sina matvanor efter att de hade haft verbal kontakt med forskarna. Samma hände inte med motionen. Studien visade att kvinnorna var motiverade att ändra sina matvanor men tyvärr inte så lätt ökade på motionen. (Lein et al 2011 s. 66)

7 RESULTAT

Osteoporos är en smygande sjukdom som tar decennier att utvecklas och upplevs ofta som något som man lider av först när man är åldersstigen. Osteoporos upplevs också som en mindre allvarlig sjukdom i jämförelse med t.ex. cancer (Schrager 2000 s. 1103). Detta leder ofta till att motivationen till näringsmässig egenvård i preventivt syfte svackar i unga år när det vore som viktigast att lägga grunden för den framtida skeletthälsan. Särskilt i den riktigt unga åldersklassen, då man kan påverka sin maximala benmassa i unga vuxenåldern, d.v.s. tonåringarna, kan man nästan säga att motivationen är obefintlig.

Vårdarens roll i allt detta blir att försöka motivera klienten till egenvårdsåtgärder. Det har påvisats att de bästa resultaten för att öka kalciumintaget och D-vitaminintaget och över huvudtaget att få människor att äta hälsosammare, nås genom personlig och kontinuerlig kontakt samt uppföljning – inte bara genom att vårdaren på mottagningen en gång ”predikar” om vad klienten borde göra för att upprätthålla hälsan. Man bör få klienten intresserad genom att få henne att känna sig delaktig i vården, i detta fall egenvården och genom att ge positiv bekräftelse och feedback.

Syftet med examensarbetet var att kartlägga hur man kan förebygga osteoporos genom rätt sorts kost och således lindra eventuellt lidande som osteoporos orsakar. På basen av tidigare forskning kan man framföra att det finns vetenskapligt bevis på att man kan förebygga osteoporos genom rätt sorts kost. Osteoporos med allt som det innebär och för med sig förorsakar lidande i allra högsta grad samt försämrar livskvaliteten. Vårdare kan förhindra lidande och främja hälsa till den grad det är möjligt. Detta sker effektivast med preventiva åtgärder i god tid innan symptomen och följderna kommer fram. Utöver lidandet på den individuella nivån konsumerar osteoporosfall som kunde förebyggas vårdkostnader och resurser på den samhälleliga nivån.

Osteoporos kan förebyggas med ändamålsenlig näring och andra livsstilsrelaterade faktorer t.ex. motion. Näring och livsstilsfaktorer såsom motion utgör ungefär 20 % av risken att senare i livet insjukna i osteoporos. De näringsämnen som har den största betydelsen för skeletthälsan är kalcium och D-vitamin. Kalcium har påvisats ha en stor posi-

tiv effekt på benmassan i alla åldrar och speciellt i ungdomen. När det gäller D-vitaminintaget, har det bl.a. påvisats vara nyttigt att över 65-åringar får t.o.m. tredubbla doser av den i näringsrekommendationerna angivna mängden D-vitamin för människor i arbetsför ålder. (Nieves 2005 s. 1232)

Förebyggandet av osteoporos är alltså effektivare ju yngre man är när man börjar ägna sig åt hälsosamma levnadsvanor. Det är av stor vikt att få adekvat, mångsidig och hälsosam näring med tillräcklig kalciumtillförsel samt att lära sig sunda levnadsvanor redan i ung ålder för att bygga starka ben och dessutom att bilda hälsosamma matvanor som håller hela livet. Den klassiska tallriksmodellen är ännu idag aktuell och fungerar som ett utmärkt exempel på hur man balanserat skall bygga upp sin måltid. Klienten kan ofta ha svårt att själv bedöma vad en hälsosam kost innebär och här har vårdaren en viktig uppgift i att agera handledare.

Som vårdare är man i en nyckelposition när det gäller att förebygga osteoporos bland befolkningen. I samband med att utöva hälsofostran angående preventiva åtgärder har vårdaren en viktig roll i att informera om och speciellt att uppmuntra till att äta hälsosam kost. Vårdaren, som står klienten närmast av hälsovårdpersonalen är i en ypperlig position att försäkra och följa med att ungdomar får den bästa chansen att så tidigt som möjligt utveckla hälsovanor som resulterar i hög benmassa i vuxen ålder.

Det ser ut som om det bästa sättet att inverka på människornas val av livsstil är en personlig kontakt och rådgivning. (Blalock et al 2000, Blalock et al 2002) Då är det viktigt för vårdaren att rätt kunna motivera klienten att börja med hälsosamma levnadsvanor. En definition på hur en hälsosam kost är sammansatt hjälper vårdaren att handleda klienten. Det är också viktigt att förstå vikten av en holistisk syn på näring och hälsa samt att identifiera effektiva hälsofrämjande råd att ge åt klienten för att uppmuntra till en hälsosam kost.

Orems (1985) egenvårdsteori har en central roll i motiveringen till att hjälpa klienten till en hälsosam livsstil. Detta är också studiens teoretiska referensram. Egenvård innebär att en person utövar åtgärder som upprätthåller liv, hälsosamt agerande, kontinuerlig personlig utveckling och välbefinnande. Egenvård är något individen måste lära sig och

det måste utövas med tanke, avsikt och kontinuerligt. Den kritiska frågan i Orem's teori är: Vad är det i individens tillstånd som tyder på att han/ hon är i behov av egenvård? Enligt Orem är det en oförmåga att upprätthålla hälsa på lång sikt. (Orem 1985)

Vårdarens roll i egenvårdsmodellen är att uppskatta klientens egenvårdsförmåga för att uppnå kontinuerlig och effektiv vård. Vårdaren bör ta i beaktande i vilket skede av livet klienten befinner sig i – egenvårdsförmågan varierar i förhållande till ålder, utvecklingsfas/stadie och hälsotillstånd. Vårdaren bör förstå såväl begränsningarna som möjligheterna inom egenvård.

Fokus på hälsofrämjande i samhället utgör ett behov av att utbilda vårdare i att ta sig an rollen som hälsoförespråkare. Med hälsofrämjande avses oftast hälsofostran, upprätthållan av hälsa och förhindrande av sjukdom eller vidare uttryckt: vilket som helst agerande som bidrar till att man uppnår ett bättre hälsotillstånd.

Egenvård kan sägas vara ett interaktivt samspel mellan vårdaren och patienten. Vårdarens roll inom detta är att ta en aktiv roll i klientens inseende av sin autonomi – vårdare-patient relationen är kärnan inom vårdandet. Vård kan äga rum endast om patienten ger sitt samtycke till det. Klientens aktiva deltagande i sin egen vård ökar motivationen, ger bättre resultat och skapar också mera tillfredsställelse inom vården. Klienten behöver stöd för att upptäcka sin egen förmåga för att förbättra och analysera sin hälsa. Vårdarens kunskap står till klientens förfogande för att klienten skall kunna göra informerade val och beslut. Att optimera klientens deltagande i vården kan delas i tre kategorier: att bygga samarbete, att lära känna personen och att stärka egenvårdsförmågan. (Sahlsten et al. 2009 s. 490-491)

Motivation till hälsosammare livsstil är en mycket krävande uppgift. Det har påvisats i flere studier i litteraturen att en stor del, över hälften av unga kvinnor inte deltar i aktiviteter som främjar skeletthälsan inkluderande motion och tillräckligt kalcium- och D-vitamin intag. Problemet är att kvinnorna nog vet vad de skall göra för att behålla benmassan men motivationen finns inte eller det upplevs att osteoporos är ett avlägset problem som man lider av när man är gammal och att det dessutom inte uppstår så snabbt. Det har visat sig bland yngre kvinnor att det som skrämmer är utseendemässiga faktorer

som t.ex. kutrygg, alltså att osteoporos kan synas utanpå kroppen – detta får dem motiverade till att äta hälsosamt samt att motionera. I detta fall kan man säga att milt ”skrämmande” har påvisats effektivt. Det är dock inte godtagbart att få klienten att känna skuldkänslor. Konkreta siffror som att se sitt resultat av benmineraltäthets (BMD) mätning ser också ut att hjälpa som motivation med den nackdelen av att det är dyrt. (Lein et al. 2011 s. 62-67)

8 KRITISK GRANSKNING

En central punkt inom den kvalitativa forskningen som ofta används i vårdvetenskaplig forskning är att öka den allmänna förståelsen av forskningsobjektet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 s. 40, 57)

En källstudie, även känd som litteraturstudie, är en studie av dokument – texter, statistik och dylikt som utarbetats av andra än forskaren själv. Den information som då samlas är således sekundärdata dvs. data som samlats in av andra. Sekundärdata kan påverka reliabiliteten alltså trovärdigheten av forskningen. (Jacobsen 2007, s. 114-115) Eftersom det är omöjligt för respondenten att samla in primärdata får respondenten ty sig till sekundärdata och vara aktsam att materialet som valts att använda svarar på problemställningen. Metoden källstudie kan användas när man t.ex. vill undersöka synpunkter på eller tolkningar av en teoris lämplighet i det praktiska vårdarbetet (Jacobsen 2007, s. 114). Med detta metodval har respondenten strävat till en maximal reliabilitet eller trovärdighet av forskningen.

Problemet med sekundärdata är att det vanligen har samlats in och använts till ett annat syfte än det man själv skulle behöva. Då kan det uppstå ett glapp mellan den information man kan använda och det man vill använda den till. För att sträva till att minimera detta glapp-problem har man i innehållsanalys delat in det data man samlat in i olika teman och kategorier. (Jacobsen 2007, s. 114)

Respondenten har valt att göra en innehållsanalys som är till sin karaktär tvärvetenskaplig. Med innehållsanalysen kan man således relatera medicinska och vårdvetenskapliga analyser. Det medicinska analys- och teoriinnehållet är en viktig basdel för den preven-

tiva osteoporosvården men respondenten har strävat till att rikta examensarbetet mot ett mera vårdvetenskapligt förhållningssätt.

Respondenten strävade i början av studien till att materialet skulle vara så färskt som möjligt, om möjligt från år 2005 och nyare, men insåg efter bekantning med ämnet osteoporos och näring att även äldre källor ännu var relevanta inom ämnet. En vetenskaplig artikel är från så tidigt som år 1999. Internetkällor användes för att t.ex. hitta så färsk statistik som möjligt.

Många av de vetenskapliga studierna som användes var gjorda i USA. Respondenten strävade i början av studien till att använda nordiska eller europeiska forskningar eftersom olika etniska grupper har olika graders risk att insjukna i osteoporos, men dessa visade sig vara svåra att få tag på. Näringsrekommendationerna och kosten varierar från land till land. Avgiftsbelagda artiklar exkluderades och detta kan resultera i att viktig information uteblev. Detta kan påverka reliabiliteten av forskningen.

Respondenten anser sig ha fått svar på de centrala frågeställningarna. Medicinska rön ändrar dock och man kan fråga sig om även andra sorters kost eller diet kan påverka i prevention av osteoporos men respondenten har valt att fokusera främst på kalcium och D-vitamin eftersom detta är den traditionella och allmänt accepterade uppfattningen med tanke på skeletthälsan i Finland.

9 DISKUSSION

Resultatet av examensarbetet visar att man som vårdare kan göra en del för att motivera klienten till att äta hälsosammare sammansatt kost. Det behövs dock tid och de ofta omtalade resurserna för att vårdaren skall kunna göra detta, och detta utgör en utmaning från vårdarens sida.

Näringsinformation är i sig enkelt att dela ut i personlig form åt klienten men att motivera klienten tar ofta längre tid och kan dessutom kräva flera besök hos vårdaren. Olika faktorer som att vårdaren kanske har bråttom och begränsad tid för varje klient på mottagningen spelar en stor roll som ett av möjliga hinder. En aspekt som inte tagits upp i

examensarbetet är huruvida vårdaren är motiverad att ta itu med osteoporos-dilemmat eftersom faktum är att osteoporos är en sjukdom som tar årtionden att utvecklas och det kan kännas som att det finns andra mera brådskande problem eller andra mera akuta sjukdomar på agendan att ta upp vid t.ex. en hälsogranskning.

Möjligheter finns dock att motivera klienten till egenvård. Som vårdare ställs man ofta inför dilemmat att man inte kan ge den kvalitet av vård man skulle vilja ge. Ett sätt att göra detta med eventuella knappa resurser är att ha ett positivt och personligt förhållningssätt och uppmuntra klienten till egenvårdsåtgärder. Enligt Orem (1985) betyder egenvårdsbrist de restriktioner en människa kan ha för att utöva egenvård och hur hon kan få hjälp genom vårdande eftersom hon inte själv kan vårda sig själv. Vårdaren kan då handleda klienten till egenvårdsåtgärder, vårdaren så att säga ”styr” situationen till en möjlighet för klienten att hjälpa sig själv. Det är viktigt att maximera klientens potential för egenvård genom att fokusera på klientens resurser och acceptera att egenvård är en fortgående process som är en del av människans dagliga liv. För att klienten skall finna en mening i egenvårdsåtgärdena bör dessa vara riktade mot ett visst mål som i detta fall med tanke på förebyggandet av osteoporos är en bättre livskvalitet i framtiden.

Eftersom ca 20 % av risken för osteoporos utgörs av livsstilsfaktorer och ca 80 % av arvsanlag skulle det vara viktigt att nå ut till de människor som har dessa arvsanlag som hör till riskgruppen och fokusera på dem för att de i synnerhet skulle se över sitt näringsintag.

10 SLUTORD OCH FÖRSLAG TILL VIDAREFORSKNING

Den åldrande befolkningen utgör en allt större del av befolkningen och detta betyder att antalet personer som lider av osteoporos kommer att öka kraftigt i framtiden. Detta beror på att speciellt kvinnor lever allt längre och p.g.a. bl.a. att näringsbehoven inte tillfredsställs och en allt mera stillasittande livsstil. Att i god tid få speciellt unga människor men även äldre att ta hand om sig själva och uppmuntrade till egenvård vore viktigt. Vårdare kunde bli mera uppmärksamma på att ta risken för att insjukna i osteoporos till tals på mottagningen. Preventiv vård och hälsofrämjande åtgärder blir också bil-

ligare för samhället i längden, därför kunde samhället satsa mera på den preventiva vården.

Man kunde fundera på t.ex. en synlig kampanj med avsikt att öka medvetenheten om osteoporos och vad det för med sig. En tanke för en sådan kampanj kunde vara att tiden i ens liv som räknas som ålderdomen blir allt längre och att man vill njuta av livet även då.

Befolkningen förväntas själv ta mera och mera ansvar för den egna hälsan och betoningen kommer att ligga på egenvård i och med att samhällets resurstillväxt saktas av. Samhället blir också mera individualistiskt och man förväntas så att säga klara sig själv och för att klara sig själv måste man vara i god form. Inte minst då behöver man en stark benbyggnad som innebär att man även som äldre bibehåller en god rörelseförmåga. Även den stigande pensionsåldern kräver att man skall orka längre i arbetslivet och här kommer igen ett gott hälsotillstånd in i bilden.

Det har forskats en hel del i osteoporos och förebyggandet av osteoporos. Ren medicinsk forskning om ämnet verkar det finnas gott om men mindre ur ett vårdande perspektiv, speciellt ur vårdarens synvinkel. Mera kunde det forskas i hur man som vårdare lyckas motivera människor att ta ansvar för sin egen hälsa på lång sikt. Själv kunde respondenten spinna vidare på ämnet och utreda motionsaspekten med tanke på förebyggande åtgärder.

KÄLLOR

Blalock, S.J.; Currey, S.S.; DeVellis, R.F.; DeVellis, B.M.; Giorgino, K.B.; Anderson. 2000, Effects of educational materials concerning osteoporosis on women's knowledge, beliefs, and behavior, *American Journal of Health Promotion*, Vol 14, nr. 3, s. 161-169.

Blalock, S.J.; DeVellis, B.M.; Patterson, C.C.; Campbell, M.K.; Orenstein, D.R.; Dooley, M.A. 2002, Effects of an osteoporosis education program incorporating tailored educational materials, *American Journal of Health Promotion*, Vol. 16, nr 3, s. 146-156.

Bohaty, Karen; Rocolle, Holly; Wehling, Kelli; Waltman, Nancy. 2008, Testing the effectiveness of an educational intervention to increase dietary intake of calcium and vitamin D in young adult women, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Vol. 20, s. 93-99.

Brobeck, Elisabeth; Bergh Håkan; Odencrants, Sigrid; Hildingh Cathrine. 2011, Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 20, s. 3322-3333.

Eriksson, Katie. 1992, *Broar – Introduktion i vårdvetenskaplig metod*, Institutionen för vårdvetenskap Åbo akademi, 331 s.

Fai Chan, Moon & Ko, C.Y. 2006, Osteoporosis prevention education programme for women, *Journal of Advanced Nursing*, s. 159-170.

Forskningsetiska delegationen. 2013, *God vetenskaplig praxis*, <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis>

Hämtad: 31.3.2013

Hartweg, Donna. 1990, Health Promotion self-care within Orem's general theory of nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 15, s. 35-41. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 17.2.2012.

Hedner, Pavo. 2007, *Invärtesmedicin*, 9 uppl., Studentlitteratur, 418 s.

Ilich, Jasminka Z. & Kerstetter, Jane E. 2000, Nutrition in Bone Health Revisited : A Story Beyond Kalcium, *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 19, s. 715-737.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur, 316 s.

Jamal, Sophie; Ridout, Rowena; Chase, Cheryl; Fielding, Lynda; Rubin, Laurence; Hawker, Gillian. 1999, Bone Mineral Density Testing and Osteoporosis Education Improve Lifestyle Behaviors in Premenopausal Women: a Prospective Study. *Journal of Bone and Mineral Research*, vol 14, nr 12, s. 2143-2149.

Johansson, Ulla. 2008, *Näring och Hälsa*, 2 uppl., Studentlitteratur, 343 s.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009, *Tutkimus hoitotieteessä*, WSOY pro Oy, 213 s.

Käypä hoito. 2006, *Osteoporoosi*,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24065?hakusana=osteoporos> Hämtad 27.3.2013.

Lein Donald H.; Clark Diane; Turner Lori. 2011, Osteoporosis prevention among premenopausal women: A review of bone enhancement interventions, *American Journal of Health Studies*, 26(2), s. 69-75.

Moser, Albine; Houtepen, Rob; Widdershowen Guy. 2007, Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 357-365. Tillgänglig: Academic Search Elite. Hämtad 17.2.2012.

Neno R. & Neno M. 2006, Promoting a healthy diet for older people in the community, *Nursing Standard*, Vol. 20, Nr 23, s. 59-65. Tillgänglig: Academic Search Elite. Hämtad: 17.2.2012.

Nieves, Jeri W. 2005, Osteoporosis: the role of micronutrients, *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 81, Nr 5, s 12325-12395. Tillgänglig: <http://ajcn.nutrition.org/content/81/5/1232S.full> Hämtad 21.1.2013.

Orem, Dorothea. 1985, *Nursing: Concepts of Practice*, 3 uppl., Library of Congress Cataloging in Publication Data, 303 s.

Peplau, Hildegard E. 1988, *Interpersonal relations in nursing*, MacMillan Education Ltd, 335 s.

Raile Alligood, Martha & Marriner Tomey, Ann. 2010, *Nursing Theorists and Their Work*, Library of Congress Cataloging in Publication Data, 797 s.

Sahlsten, Monika; Larsson, Inga; Sjöström, Björn; Plos, Kaety. 2009, Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 23, s. 490-497. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 17.2.2012.

Schettler, Andrea & Gustafson, Elaine. 2004, Osteoporosis prevention starts in adolescence, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Vol. 16, nr. 7, s. 284-281.

Schrager, Sabina; Plane, Mary Beth; Mundt, Marlon P.; Stauffacher, Ellyn A.; Osteoporosis prevention counseling during health maintenance examinations, *The Journal of Family Practice*, Vol. 49, nr. 12, s. 1099-1103.

Statistikcentralen. 2012, *Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2030*, Tillgänglig: http://stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_kuv_003_fi.html Hämtad: 17.2.2013.

Suomen osteoporoosiliitto. 2013, *Vad är osteoporos*, Tillgänglig: http://www.osteoporoosiliitto.fi/sivu.php?artikkeli_id=121 Hämtad: 29.4.2013

Turner, Lori W.; Hunt, Sharon B.; DiBrezza, Ro; Jones, Ches. 2004, Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model, *American Journal of Health Studies*, Vol. 19, nr 2, s. 115-121.

Valio. 2013, *Ravinto ja luusto*, Tillgänglig: http://ammattilaiset.valio.fi/portal/page/portal/Ammattilaiset/Ravitsemus_ja_terveys/Ravitse-mus/luuston_hyvinvointi26022009134418/usein_kysyttya27022009083141#5472785 Hämtad 26.3.2013.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005, *Finska näringsrekommendationer – kost och motion i balans*, Tillgänglig: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.swe.pdf> Hämtad: 27.3.2013.

WHO. 2003, *Prevention and management of osteoporosis*, Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42841/1/WHO_TRS_921.pdf Hämtad: 3.2.2013.

BILAGOR

Tabell 1. Kategorisering

| Kategori | Innehåll | Artikel | Sida |
|------------|---|----------------------------------|---------|
| Osteoporos | Ett komplext, multifaktoriellt tillstånd som karaktäriseras av minskad bentäthet och skadad mikro-arkitektonisk struktur, vilket leder till en ökad benägenhet för frakturer. | Ilich & Kerstetter 2000 | s. 715 |
| | Osteoporos definieras som en systemisk skelettsjukdom som karaktäriseras av låg benskivitet och minskning av benvävnad med ökad benägenhet för frakturer. | WHO 2003 | s. 2 |
| | Osteoporos kännetecknas av ökad medbrytning av ben och minskad nybildning av ben. | Hedner 2007 | s. 176 |
| | Det uppskattas att ca 400 000 finländare lider av osteoporos i dag. | Käypä hoito , osteoporooosi 2006 | - |
| | Osteoporos och låg benmassa anses vara ett stort hälsot hot i dag | Nieves, 2005 | s. 1232 |
| | Ungefär 80 % av de som lider av osteoporos i dag är kvin- | | |

| | | | |
|--|--|-------------------------|---------|
| | nor | Turner et al. 2004 | s. 115 |
| Medicinsk fakta om näring och osteoporos | Kosten är den viktigaste förändringsbara faktorn i kampen att upprätthålla bentätheten och att förebygga osteoporos. | Ilich & Kerstetter 2000 | s. 715 |
| | Ungefär 80–90 % av skelettet består av kalcium och fosfor. | Ilich & Kerstetter 2000 | s. 715 |
| | Näringsmässiga komponenter, så som protein, magnesium, zink, koppar, järn, fluor samt D, A, C, och K - vitamin krävs för normal benmetabolism. | Ilich & Kerstetter | s. 716 |
| | Att öka kalciumintaget, motionera mera, minska på alkoholintaget och minska på tobaksrökning – allt detta bidrar till att öka bentätheten. | Jamal et al. 2000 | s. 2143 |
| | De näringsämnen med den största betydelsen för skeletthälsan är kalcium och D-vitamin. Kalcium har påvisats ha en stor posi- | Nieves, 2005 | s. 1232 |

| | | | |
|----------|---|---|---------------------------|
| | <p>tiv effekt på benmassan i alla åldrar.</p> <p>D-vitamin är ett fettlösligt vitamin som i samarbete med kalcium har en enorm betydelse för skelettets uppbyggnad och hållfasthet</p> <p>Dåliga matvanor kan ha negativa hälsoeffekter för individen. Förespråkandet av en väl sammansatt kost är viktigt med tanke på optimal hälsa och effektiv hälsovård.</p> | <p>Johansson, 2008</p> <p>Neno & Neno, 2006</p> | <p>s. 90</p> <p>s. 59</p> |
| Egenvård | <p>Varje människa har en naturlig förmåga till egenvård</p> <p>Egenvårdsteorin stämmer bra överens med dagens</p> | <p>Orem 1985</p> <p>Orem 1985</p> | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---------------|
| | <p>samhälle eftersom det förutsätts att människan idag skall ta vara på och ta ansvar för sin egen hälsa.</p> <p>Övergripande mål är att främja normal funktion, utveckling och hälsa samt välbefinnande hos människan.</p> <p>Egenvårdsförmågan utvecklas genom att individen själv är intresserad av att förbättra sin hälsa, är nyfiken, realistisk, ansvarsfull och dessutom får råd och instruktioner av vårdaren.</p> <p>Vårdaren strävar till att maximera klientens potential för egenvård.</p> | <p>Orem 1985</p> <p>Orem 1985</p> <p>Orem 1985</p> | |
| <p>Motivering av klienten</p> | <p>Att vårdarna använder sig av vissa strategier för att optimera klientens deltagande inom vården är en viktig fråga.</p> <p>Att stärka egen-</p> | <p>Sahlsten et al. 2009</p> | <p>s. 490</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>vårdsförmågan grundar sig på att vårdaren riktar klientens fokus på sina starka sidor och resurser, att fokusera på målet.</p> <p>Vårdaren bör sträva till att klienten skall finna en mening i vården, få meningsfulla upplevelser, upptäcka, lära sig nya saker och utvecklas.</p> <p>För att klienten skall kunna utföra dessa livsstilsförändringar krävs det en uppmuntrande omgivning, tillgång till information och kunskap samt möjligheten att göra hälsosamma val.</p> <p>Ett sätt att ta livsstilsförändring till tals på mottagningen är motiverande intervju vars mening är att få klienten att själv förstå sina livsstilsproblem och att göra positiva förändringar i sina dagliga liv.</p> | <p>Sahlsten et al. 2009</p> <p>Sahlsten et al. 2009</p> <p>Brobeck et al. 2011</p> <p>Brobeck et al. 2011</p> | <p>s. 493</p> <p>s. 493</p> <p>s. 3323</p> <p>s. 3322</p> |
|--|---|---|---|

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | |
| <p>Interaktion mellan vårdare och klient</p> | <p>Vårdarens kunskap står till klientens förfogande för att klienten skall kunna göra informerade val och beslut.</p> <p>Vårdaren försöker ställa så kallade "stimulerande frågor", dessa frågor handlar om vad klienten vet och har upplevt.</p> <p>Vårdarens roll i denna situation är att ge korrekt information och låta klienten fatta sina egna beslut.</p> <p>Empowerment av klienten innebär samarbete mellan vårdare och klient samt stöd av vårdaren.</p> <p>Vårdaren har flere roller: lärare, handledare, ledare, och expert.</p> | <p>Sahlsten et al. 2009</p> <p>Sahlsten et al. 2009</p> <p>Moser et al. 2007</p> <p>Brobeck et al. 2011</p> <p>Peplau 1991</p> | <p>s. 491</p> <p>s. 493</p> <p>s. 358</p> <p>s. 3323</p> <p>-</p> |
| <p>Prevention av osteoporos</p> | <p>Kosten är den viktigaste förändringsbara faktorn i kampen att upprätthålla bentätheten och att förebygga osteoporos.</p> | <p>Ilich & Kerstetter 2000</p> | <p>s. 715</p> |

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| | <p>Dåliga matvanor kan ha negativa hälsoeffekter för individen. Förespråkandet av en väl sammansatt kost är viktigt med tanke på optimal hälsa och effektiv hälsovård.</p> <p>De näringsämnen med den största betydelsen för skeletthälsan är kalcium och D-vitamin. Kalcium har påvisats ha en stor positiv effekt på benmassan i alla åldrar.</p> | <p>Neno & Neno, 2006</p> <p>Nieves, 2005</p> | <p>s. 59</p> <p>s. 1232</p> |
|--|---|--|-----------------------------|