

”Jäklar anamma, jag kan!”

– en studie om vad som har betydelse för att kunna genomföra varaktiga livsstilsförändringar

FÖRFATTARE Annika Rosenqvist, Lina Ek

PROGRAM/KURS Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/OM5220 HT 2010

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Eva Lidén

EXAMINATOR Leeni Berntsson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk): ”Jäklar anamma, jag kan!” – en studie om vad som har betydelse för att kunna genomföra varaktiga livsstilsförändringar

Titel (engelsk): ”I can do it!” – a study on factors of importance in order to make a permanent life style change.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod: Distriktssköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5220

Arbetets omfattning: 15 högskolepoäng

Sidantal: 36

Författare: Annika Rosenqvist, Lina Ek

Handledare: Eva Lidén

Examinator: Leeni Berntsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: I arbetet som distriktssköterska möter man ofta patienter som har livsstilsrelaterad ohälsa. Då det tydligt framgår i lagar och styrdokument att distriktssköterskan ska arbeta förebyggande och främja en god hälsa för hela befolkningen är det av stor vikt att fokusera på att stödja individer till ett hälsosamt liv. Livsstilsförändring är en viktig faktor för att förebygga folkhälsosjukdomarna.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva vad som har betydelse för att kunna genomföra varaktiga livsstilsförändringar.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys användes för analys av sju intervjuer med patienter som lyckats genomföra en livsstilsförändring som varat minst ett år.

Resultat: Många faktorer hade betydelse för genomförandet av livsstilsförändring. Tre övergripande kategorier kunde identifieras: den egna personen, andra människor, yttre faktorer och omständigheter.

Diskussion: I resultatet visade det sig att motivation behövdes för att börja göra en förändring och motivationen kunde komma av rädsla för sjukdom. Andra människors stöd och närvaro betyder mycket vid genomförande och upprätthållande av livsstilsförändringar. Detta har även visat sig i tidigare forskning.

ABSTRACT

Introduction: A district nurse often meets patients with poor health related to their lifestyle choices. It is clearly stated that a district nurse shall work to prevent disease and help patients to improve their health. In order to do that it is important to support people in making healthy lifestyle choices. Lifestyle change is an important factor in preventing disease.

Aim of this study: To describe what patients need in order to make a permanent life style change.

Method: Qualitative content analysis was used to analyze interviews with seven patients who had succeeded in making a lifestyle change that had lasted at least a year.

Findings: Many different factors were seen as important for people in order to make a permanent lifestyle change. Three main categories emerged: the self, other people, external factors/circumstances.

Discussion: A patient requires motivation in order to begin making a change and that motivation may arise from fear of disease. Other peoples support and presence is important in order to implement and sustain a lifestyle change. Research findings support this.

Keywords: lifestyle changes, district nurse, public health, support

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Folkhälsoarbete och styrdokument	1
Folkhälsa	2
Primärvårdens arbete ur ett folkhälsoperspektiv	3
Teoretisk anknytning	4
Katie Erikssons syn på människan och vårdandet	4
Hälsa	5
Centrala begrepp	6
<i>Self-efficacy</i>	<i>6</i>
<i>Empowerment</i>	<i>7</i>
<i>Transition</i>	<i>8</i>
TIDIGARE FORSKNING	8
Rädsla och hot	9
Information/kunskap och vårdpersonal	10
Vänner och familj	10
Egen inställning och motivation, strategier	11
PROBLEMFÖRMULERING	13
SYFTE	13
METOD	13
URVAL OCH PROCEDUR	14
INTERVJUN	15
KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS	15
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
RESULTAT	18
DEN EGNA PERSONEN	18
Motivation	19

Inre kraft	20
Upplevd vinst	21
ANDRA MÄNNISKOR	22
Påtryckningar	22
Stöd	22
Kontroll	23
Gruppen	24
Bekräftelse	24
YTRE FAKTORER OCH OMSTÄNDIGHETER	25
Förbud	25
Jobb och sysselsättning	25
Strategier	26
DISKUSSION	26
METODDISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION	28
Reflektioner	33
REFERENSLISTA	34

INTRODUKTION

INLEDNING

I arbetet som distriktssköterska möter man ofta patienter som har livsstilsrelaterad ohälsa. Det är viktigt att veta hur man på bästa sätt kan stötta dessa människor till att kunna genomföra en varaktig livsstilsförändring. Det finns inte så mycket kvalitativ forskning som visar på vad som har haft betydelse för att kunna genomföra just varaktiga livsstilsförändringar. Distriktssköterskan har utbildning inom folkhälsovetenskap och har därför ett särskilt ansvar för det förebyggande arbetet i mötet med patienter. Vi vill därför i denna uppsats beskriva vad som har betydelse för att kunna göra en varaktig livsstilsförändring.

BAKGRUND

Folkhälsoarbete och styrdokument

I hälso- och sjukvårdslagen står det att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (1).

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2) som även omfattar distriktssköterskor står det att sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande.

Ett viktigt måldokument att lyfta fram när man talar om distriktssköterskans arbete med att stötta patienter som gör livsstilsförändringar är Statens folkhälsoinstituts folkhälsomål (3). De har sammanfattats i elva målområden där det bland annat tas upp att hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i utvecklingen av en bra folkhälsa. Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör enligt folkhälsomålen stärkas i vården och ansvar ska tas för att upplysa om hur man kan förebygga sjukdom. Fysisk aktivitet ses som en förutsättning för en god

hälsoutveckling hos hela befolkningen och samhället bör utformas så att förutsättningar för ökad fysisk aktivitet finns. Ett annat övergripande mål för hälsan är minskat bruk av tobak och alkohol. Matvanor spelar också en stor roll för vår hälsa. Detta tillsammans med fysisk aktivitet kan förebygga många hälsoproblem som t.ex. typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar (3).

Distriktssköterskeföreningen skriver i dokumentet Distriktssköterskans uppdrag (4) att i kontakten med patient och anhöriga ska förebyggande och hälsofrämjande aspekter tas upp. Distriktssköterskan ska genom en helhetssyn på människan ta tillvara individens egna resurser och stödja det friska. Då distriktssköterskan har kunskaper inom folkhälsa kan hon/han se individen i sitt sammanhang och förstå hur levnadsförhållanden påverkar hälsan. Det är viktigt att se till såväl fysiska som psykiska och sociala behov. Människan är en del i olika sociala sammanhang så även meningsfullhet och gemenskap är prioriterade behov (4).

I det hälsofrämjande arbetet med att hjälpa och stötta människor till livsstilsförändring är det viktigt att arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt. Förebyggande åtgärder bör genomföras med respekt för patientens rätt att bestämma över sig själv och sitt liv. Den etiska principen om autonomi innebär att individens självbestämmanderätt och integritet ska respekteras (5).

Folkhälsa

Då det tydligt framgår i lagar och styrdokument att distriktssköterskan ska arbeta förebyggande och främja en god hälsa för hela befolkningen är det av stor vikt att fokusera på att stödja individer till ett hälsosamt liv. Livsstilsförändring är en viktig faktor för att förebygga folkhälsosjukdomarna (6). Den här studien fokuserar därför på individer som lyckats göra en livsstilsförändring när det gäller viktnedgång eller rökstopp. Genom att arbeta förebyggande och hälsofrämjande med övervikt och rökning kan flera av de stora folkhälsosjukdomarna förebyggas (6).

Övervikt och fetma ökar dramatiskt i alla delar av världen och med detta följer en rad sjukdomar. Andelen feta personer i Sverige har de senaste 25 åren ökat med cirka 50 procent. Idag är 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen feta. Fetma definieras som ett BMI (body mass index) över 30kg/m². På senare år har midjeomfång blivit ett allt oftare använt mått på fetma då bukfetma medför många hälsorisker. Fetma utvecklas gradvis. Ämnesomsättningen är som störst vid 20-årsåldern och sjunker sedan. Den troligaste orsaken till att fetma ökar är en stillasittande livsstil i kombination med energität mat med högt innehåll av fett och socker (7).

Även rökning är ett stort folkhälsoproblem. Enligt folkhälsorapporten 2009 (6) röker 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i Sverige. Rökning är den i särklass viktigaste orsaken till ett flertal dödliga sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdom, KOL och lungcancer. Hälften av de som röker beräknas dö i sjukdomar till följd av rökning. Att sluta röka minskar risken betydligt för hjärt-kärlsjukdom och även risken för lungcancer minskar. Sjukdomsförloppet vid KOL kan hejdas om man slutar röka (6).

Primärvårdens arbete ur ett folkhälsoperspektiv

Verksamheter inom VG Primärvård ska arbeta utifrån den Krav- och kvalitetsbok (8) som utformades i samband med att vårdvalet infördes i VG regionen. Vårdenhetens personal förväntas ha en helhetssyn på individen och dennas hälsotillstånd och livssituation. Ett förebyggande och hälsofrämjande förhållningssätt bör vara integrerat i all vård och behandling. Vårdenheterna ska enligt Krav- och kvalitetsboken arbeta systematiskt med hälsofrämjande och förebyggande åtgärder samt ge råd om egenvård. Man ska informera och stötta individer i att förbättra sin hälsa. Individens ansvar betonas och vårdpersonal förväntas stödja och motivera patienten till att ta eget ansvar (8) .

Möten med människor i alla åldrar är grunden för distriktssköterskans arbete. Dessa möten sker t.ex. på distriktssköterskans mottagning på vårdcentral, i samband med telefonrådgivning eller i patientens hem (5). Här har distriktssköterskan en stor möjlighet att arbeta hälsofrämjande. Förhållningssättet i möten med patienter bör vara att öka patienters delaktighet i vården och ge dem möjlighet att ta kontroll över sin egen hälsa (3). Arbetet ska bygga på ett holistiskt synsätt (5). Stor del av befolkningen passerar en vårdcentral under ett år och man har därför stor möjlighet att kunna göra viktiga insatser för folkhälsan.

Teoretisk anknytning

Det är viktigt för förståelsen av vårt resultat att klargöra hur vi ser på människan, vårdandet och hälsa i arbetet med patienter som ska göra en livsstilsförändring. I Krav- och kvalitetsboken står det att primärvården ska arbeta utifrån en helhetssyn (8) och i distriktssköterskans kompetensbeskrivning står att man ska ha ett holistiskt förhållningssätt (5). För att få en djupare förståelse för vad en helhetssyn innebär vill vi belysa detta utifrån Katie Erikssons syn på människan och vårdandet. Hennes syn på detta passar bra in på vårt problemområde då hon utgår från en helhetssyn och har en individ- och relationsorienterad teori (9).

Katie Erikssons syn på människan och vårdandet

Människan består av kropp, själ och ande och ska ses som en helhet. Hon förstås i relationerna mellan sig själv och den konkreta andra (andra människor) och den abstrakta andra (gud). Människan är en unik individ men är beroende av en gemenskap med andra där hon kan känna sig förstådd, accepterad och bekräftad. Bekräftelsen är central och varje gång en människa känner sig bekräftad för den hon är och för det hon skapat och framför allt på att hon är älskad får hon mod och kraft att gå vidare. För att en människa ska kunna få denna bekräftelse krävs det att någon verkligen har lyssnat till henne (10).

Vårdandet är en relation där man som vårdare inte kan dra gränser mellan kropp, själ och ande. Ingen sida kan utelämnas utan kunskapen måste bestå av helheten. Vårdandet innebär att visa vägen, inte formulera målen för någon annan. Att visa vägen kan innebära att vandra med och finnas bredvid som stöd för den andra ifall denna känner otrygghet. Vägvisaren får inte utelämna höjder, dalar eller de smala vägarna. Att se vårdandet som att visa vägen utesluter inte att man i vårdandet ibland måste formulera målen för den andra (10).

Hälsa

Hälsobegreppet är komplext och många olika definitioner finns beskrivna. WHO:s definition av hälsa från 1946 är den mest använda. Där definieras hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp (11). Vi anser att WHO:s definition är otillräcklig för att tillföra ett teoretiskt stöd för den här studien. Erikssons definition av hälsa fokuserar mer på den subjektiva upplevelsen och därför väljer vi att utveckla Katie Erikssons syn på begreppet hälsa.

Eriksson menar att hälsa innebär att uppleva sig som en hel människa och helhetssynen utgör basen för hennes teori. Hon menar även att det finns en objektiv och en subjektiv aspekt på hälsa. Det finns inte alltid en överensstämmelse mellan de objektiva och de subjektiva komponenterna vilket innebär att individen är så sjuk eller frisk som hon själv känner sig. En individ kan objektivt sätt vara sjuk men ändå uppleva hälsa, och tvärtom kan en person som utifrån sett verkar frisk själv uppleva ohälsa. Det finns även kulturella skillnader i hur man upplever sjukdom och hälsa. Eriksson beskriver hälsa som ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Med sundhet menas den psykiska dimensionen i hälsan och friskhet innebär att man är fysiskt frisk. Välbefinnande är en subjektiv känsla av hur man mår och kan inte observeras av någon utifrån. Eriksson menar att hälsa är något som människan är, inte som hon har. Genom att säga att människan är hälsa framhäver Eriksson hennes eget ansvar för

sina val och för sin hälsa. Människan har en fri vilja och en möjlighet att välja hur hon vill leva sitt liv och vilken inställning hon vill ha till sin egen sjukdom och död (9).

Centrala begrepp

Utifrån den här synen på hälsa och människan vill vi lyfta ut tre begrepp som vi anser vara centrala när man talar om människor som gör livsstilsförändringar.

Self-efficacy

Bandura (12) definierar self-efficacy som tron på sin egen förmåga att klara en speciell handling eller ett beteende i en specifik situation. Self-efficacy, tilltron till den egna förmågan, avgör hur individen handlar, tänker och reagerar i olika situationer. Människor med hög tilltro till sin egen förmåga ser svårigheter i livet som en utmaning snarare än ett hot och de har en tro på att de kan kontrollera svårigheterna. En sådan syn på livet minskar risken för depression, reducerar stress, ökar självförtroende och motivation och påverkar livsval. Människor med låg self-efficacy ser svårigheter som ett hot, ger upp lätt och vågar inte ge sig in i svårare uppgifter. Dessa individer fastnar i tankar om sin egen otillräcklighet istället för att se framåt. Detta gör att människor med låg self-efficacy lättare blir stressade och drabbas av depression (12).

Det finns fyra källor som påverkar graden av self-efficacy enligt Bandura.

- Att individen har tidigare erfarenhet av att ha klarat uppgiften eller beteendet i den specifika situationen påverkar graden av self-efficacy.
- Om man har sett andra personer klara av en liknande situation kan det göra att man blir stärkt i sin tilltro till att även man själv kan bemästra uppgiften eller beteendet.
- Andra människor kan stärka individens tro på sin egen förmåga genom att uppmuntra och övertala individen i en specifik situation genom att t.ex. säga ”jag är säker på att det här kommer att gå bra för dig”.

- Individens positiva fysiska och psykiska upplevelser av beteendet ökar self-efficacy, t.ex positiva effekter av att sluta röka. Vid negativa upplevelser sjunker ofta self-efficacy t.ex om fysisk aktivitet är smärtsamt (12).

Här har distriktssköterskan en viktig uppgift i att stärka individers self-efficacy vid livsstilsförändringar.

Empowerment

Empower översätts i Norstedts engelsk-svenska ordbok som bemyndiga, befullmäktiga, berättiga, göra det möjligt för och sätta i stånd (13). Etymologiskt härstammar empowerment från ”power”. Empowerment kan ses som en process där kraft överförs och inkluderar bildandet av en positiv självkänsla och erkännande av det egna och andras värde. Empowerment kan ses som att göra det möjligt för och stötta personer till att sätta sina egna hälsomål och att ta kontroll över sitt eget liv och sin hälsa. Detta kan ske genom att personen får den kunskap som behövs för att kunna göra detta. Empowerment är både en process och resultatet av en process. Människor uppnår empowerment genom en process av framgångsrik förändring och när förändringen väl är gjord fortsätter man ha empowerment. När man känner empowerment så upplever man en känsla av hopp, iver och riktning. Empowerment är en hjälpande process där grupper eller individer uppnår möjlighet att förändra en situation om de får kunskap, resurser, möjligheter och befogenhet att göra det. Det är ett partnerskap där båda känner respekt för och värdesätter varandra (14).

Empowerment är en process som involverar relationer mellan människor och det är ett dynamiskt koncept där man ger och tar (15). Begreppet inbegriper även frihet att göra val och acceptera ansvar. Respekt är en viktig del av begreppet.

Sjukvårdspersonal måste vara medvetna om och respektera en individs uppfattning om sitt eget liv och sin framtid. Man kan inte ge någon annan empowerment, det är något man måste uppnå själv, men empowermentprocessen kan förse den andre med resurser, kunskap och möjligheter att skapa en känsla av kontroll. Resultatet av empowermentprocessen kan bland annat vara ökat självförtroende, förmågan att nå mål, en känsla av kontroll över livet och över förändringsprocessen (14).

Transition

Transition har definierats som en väg från en livsfas, en roll eller ett tillstånd till ett annat. Det är en process över tid som börjar med ett första tecken på att en förändring behövs. Detta tecken kan vara mer eller mindre tydligt. Man går sedan igenom en period av förvirring och instabilitet för att eventuellt nå en nystart eller en period av stabilitet och ny kunskap. För att gå igenom en transition måste man vara medveten om att en förändring sker och man måste vara engagerad i processen. Att vara förberedd på och ha kunskap om förändringen kan underlätta processen mot transition. Man kan behöva anpassa sig till nya roller och situationer och hitta en mening och känsla av självförtroende och kontroll. I alla hälsosamma transitioner finns det en subjektiv känsla av att nå balans i livet. Ett hälsosamt slut på en transition bestäms av hur väl individen har uppnått de kunskaper och beteenden som behövs för att klara av sin nya livssituation. För att förstå och underlätta för en person som går igenom en transition måste man ha kunskap om vilka faktorer som underlättar eller hindrar en hälsofrämjande transition för just den individen. Dessa faktorer kan vara på det personliga planet, i familjen eller finnas i samhället. Inom omvårdnad har man att göra med transitioner där hälsa och upplevt välbefinnande är resultatet. Exempel på olika typer av transitioner kan vara sjukdomsupplevelser, naturliga transitioner under livet som t.ex. puberteten och sociala och kulturella transitioner som t.ex. att invandra och gå i pension (16,17).

TIDIGARE FORSKNING

Vid sökningen efter tidigare forskning inom varaktiga livsstilsförändringar framkom att det finns mycket kvantitativ forskning där man gjort en intervention och jämfört med en kontrollgrupp när det gäller förändringar i t.ex. vikt, blodfetter och blodtryck. Andelen kvalitativ forskning är sparsam och ännu svårare är det att hitta forskning där man gjort uppföljning mer än ett år efter förändringen gjordes. Tidigare forskning söktes i databaserna CINAHL och PubMed. Det vi ville hitta information om var patienters upplevelser av och tankar kring att göra en livsstilsförändring. De utvalda

artiklarna handlar om patienters upplevelser och uppfattningar om livsstilsförändringar i samband med hjärt- och kärlsjukdom (18-22), typ 2 diabetes och metabola syndromet (23-26), viktning och rökstopp (27,28) och hyperkolesterolemi (29).

Tolv artiklar valdes ut och endast fyra av dessa beskrev studier där man gjort uppföljning efter ett år eller mer (21,24,27,28). Artiklarna är publicerade mellan 1989 och 2010. Fem är från USA, två från Sverige, en från Finland, en från Danmark, en från Norge, en från Irland och en från Storbritannien. Tidigare forskning presenteras under fyra rubriker för att tydliggöra innehållet.

Rädsla och hot

Något som i tidigare forskning ofta framkom som en motivation för att göra livsstilsförändringar var rädsla. I en studie (23) där patienter med typ 2 diabetes fick berätta om sina upplevelser av att försöka göra livsstilsförändringar framkom att de upplevde rädsla för att behöva ta insulin, att få försämrad hälsa och rädsla för döden som en motivationsfaktor. I en annan studie (26) berättade deltagarna att de kände rädsla för att må sämre eller att få så dålig hälsa att de inte kunde fortsätta i sina vanliga roller. De var även rädda för att bli så sjuka att de inte kunde ta hand om sig själva eller sin familj. Rädsla för hälsoproblem och döden tas även upp i en studie (21) där man ville ta reda på vilka faktorer patienter som har genomgått en hjärtinfarkt upplever som underlättande eller försvårande för att göra en livsstilsförändring. Att rädsla var en stor bidragande faktor till att göra en förändring tas även upp i tre andra studier (20,27,28).

Flera studier (19-21,27) beskrev hur tanken på att göra en förändring uppstod först då man kände symptom av sjukdom. I en studie (21) beskrevs att kroppsliga signaler t.ex. smärta kunde vara en drivkraft till beteendeförändring.

Även att se andra som är sjuka kan motivera till förändring. I en studie (25) där man ville ta reda på vilka faktorer som påverkade mat- och motionsvanor hos patienter med typ 2 diabetes berättade deltagare att de sporrades till att själva äta bättre och

leva sundare när de hörde om bekanta som blivit väldigt dåliga i sin sjukdom. Detta stöds av fyra andra studier (23,26,27,29) där deltagarna berättade att genom att ha haft människor i sin närhet som blivit sjuka eller dött så har de fått motivation till att själva göra en förändring. I en studie (22) berättar patienter att de haft svårt att ta till sig att de behövde förändra något. De hade svårt att förstå att de kunde bli riktigt sjuka och tänkte att det händer inte mig. I en annan studie (19) såg man att det kunde behövas en hjärtinfarkt för att patienter skulle få tillräcklig motivation till förändring och även i denna studie hade deltagarna haft svårt att tro att de skulle kunna bli sjuka.

Information/kunskap och vårdpersonal

I en tidigare beskriven studie (23) där deltagarna uppmanades att berätta om sina upplevelser av att försöka göra livsstilsförändringar poängteras att något som är viktigt för patienterna är att få lära sig mer om sin sjukdom och om hur man bör äta och träna. Detta stöds av ett flertal andra studier (18,20,21,25). Det har även visat sig vara viktigt på vilket sätt patienterna får information (22,29) och det är av stor vikt att man har bra kommunikation med sjukvårdspersonalen och att man kan lita på personalen (26). Uppföljning och kontroll från sjukvården sågs som viktigt (18,24).

Vikten av stöd från andra i samma situation tas upp i en studie (20). Patienter som hade deltagit i ett hjärtrehabiliteringsprogram tillfrågades om vilka faktorer som underlättade och försvårade för dem att göra livsstilsförändringar. I en grupp med andra i samma situation kunde de få hjälp med att hantera sina rädslor och få information och stöd. Gruppens betydelse för att kunna upprätthålla en livsstilsförändring tas även upp i en annan studie (24).

Vänner och familj

För att lyckas göra en livsstilsförändring krävs stöd från familj och vänner (18-21,25-27,29). Även stöd och förståelse från arbetsgivare och arbetskamrater var en viktig faktor (18,21). Något som kan försvåra är om familjen inte ställer upp och äter samma mat som en själv (25,26). I en studie (19) där man ville få patientens perspektiv på upplevelsen av att göra en livsstilsförändring efter en akut hjärtinfarkt

framkom att en källa till frustration var om familjemedlemmarna blev för överbeskyddande. Detta gjorde det svårare att komma tillbaka till vardagen och bra vanor.

Egen inställning och motivation, strategier

Något som har framkommit som motiverar till upprätthållande av en förändring är att märka positiva resultat. I en studie (18) där syftet var att få större kunskap om vad det betyder att vara drabbad av hjärt-kärlsjukdom och hur det påverkar livet och livsstilen för individen, berättade många att de kände positiva känslor när de väl hade börjat träna. Det gav njutning för både kropp och själ att motionera. Att positiva resultat kan vara en sporre att fortsätta tas även upp i en annan studie (23). De deltagare som bibehöll livsstilsförändringarna började märka av positiva resultat som förstärkte det nya beteendet. I en tidigare beskriven studie (25) berättar deltagare att den energi man får av att träna gör att man vill fortsätta och att lyckas gör att man blir mer motiverad att fortsätta. Att träning kan ge energi tas även upp i en studie (29) där deltagarna i fokusgrupper fick frågor om vad de kände till om livsstilsförändringar och vilka hinder det finns för livsstilsförändringar som förbättrar kolesterolvärdet. Deltagare berättade även att de blev motiverade av att se resultat t.ex. av viktminskning.

Det framkommer i tidigare forskning att man behöver strategier för att lyckas (23,25) Exempel på strategier kan vara att sätta gränser för sig själv och undvika att köpa hem mat som kan fresta. Det tas även upp att det är viktigt med balans, att kunna unna sig något ibland. När man hade hittat en ny rytm och balans i livet kom det naturligt att äta bättre. Man vande sig (23). I en studie (25) framkommer att en strategi kunde vara att undvika att handla mat just när man är hungrig. Att det är viktigt att börja med en förändring i taget och ha realistiska mål är något som tas upp i flera studier (19,25,29).

En studie (25) tar upp hur viktigt det är att ha viljestyrka när man ska göra en förändring. Även en tro på gud kan vara till hjälp då det kan ge kraft att ändra ett beteende. Hur viktigt det är att ha viljestyrka tas även upp i en tidigare beskriven

studie (18) där en deltagare säger att man kan klara en förändring, bara man verkligen bestämmer sig.

I en studie (28) med syftet att utforska vilka faktorer som är associerade med varaktig förändring av hälsorelaterade beteenden beskrivs hur förändring ofta startade med en livskris som t.ex. en skilsmässa. I denna studie ställde man öppna frågor till 34 personer som antingen gått ner i vikt eller slutat röka och hade behållit dessa förändringar minst tre år. För vissa bestod denna kris av hot mot deras hälsa som fick dem att tänka på sin egen dödlighet och reflektera över behovet av förändring. Annat som triggade en förändring kunde t.ex. vara viljan att bli gravid. Bland dem som hade slutat röka togs det upp att det underlättade att känna att man inte hade något val. Till exempel att det inte längre var tillåtet att röka i sociala sammanhang. Att man hade färre val sågs som en frihet (28). Detta tas även upp i en annan studie (21). Där uttryckte deltagare att det var bra med rökförbud på arbetsplatsen och på sjukhus.

Vikten av eget ansvar är något som tas upp som en viktig faktor i en studie (24) där syftet var att analysera deltagares redogörelse för sina upplevelser av livsstilsförändringar under och efter en intervention för att förebygga typ 2 diabetes. Intervjuer gjordes med fokusgrupper ett och ett halvt år efter att interventionen slutade. De som i interventionen gjort en livsstilsförändring som varat mer än ett år hade accepterat och insett att de själva var ansvariga för sin egen hälsa (24). I en tidigare beskriven studie (28) där man frågat personer som slutat röka eller gått ner i vikt om sina livsstilsförändringar såg man att de som insåg att deras övervikt hade orsakats av deras livsstil bättre klarade av att utföra en varaktig livsstilsförändring. På samma sätt lyckades de bland rökarna bättre som kopplade sina symtom på andfåddhet till rökningen. Centralt var att livsstilsförändringen medförde en förändring i identitetskänslan där man förändrades mot en ny hälsosammare individ (28).

PROBLEMFÖRMULERING

Att kunna genomföra livsstilsförändringar är viktigt för både individer och folkhälsan i stort och är en viktig del i förebyggandet av folkhälsosjukdomarna. Övervikt och rökning är folkhälsoproblem som för den enskilde kan leda till lidande och sjukdom. I styrdokument kan vi se att hälsofrämjande och förebyggande vård är prioriterade områden i distriktssköterskans arbete. Det är viktigt att ta del av patienters upplevelse av att ha klarat av att genomföra en varaktig livsstilsförändring för att kunna förstå processen i att göra en sådan förändring. Därigenom kan vi få en förståelse för vilka faktorer som är till hjälp för människor i denna process.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva vad som har betydelse för att kunna genomföra varaktiga livsstilsförändringar.

METOD

Ontologiska och epistemologiska antaganden handlar om vilken världsbild och verklighetsuppfattning man har och vad för slags kunskap man söker och hur man ser på kunskap. Det finns olika vetenskapsteoretiska huvudriktningar. Kvalitativ forskningsansats utgår från en empirisk-holistisk syn på världen och kunskap. Detta innebär att man ser till helheten och sammanhangen och att man försöker förstå det specifikt mänskliga. Man kan t.ex. beskriva livsvillkoren för en människa i en specifik livssituation (30). Det finns flera kvalitativa metoder med olika fokus exempelvis fenomenologisk och hermeneutisk metod som intresserar sig för specifika fenomen och människors upplevelser. Dessa metoder vill även få fram en djupare mening och dolda innebörder i texten (31) I Grounded theory vill man generera teorier som grundas i observationer av verkligheten (30).

Informanterna i vår studie har varit med i Hälsolyftet på Hisingen som är ett konkret exempel på hur man kan arbeta hälsofrämjande med livsstilsförändringar i primärvården. Syftet med Hälsolyftet är att fånga upp livsstilsrelaterade problem bland sökande på vårdcentralen, att ge struktur och kunskap i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och att utveckla tvärdisciplinärt samarbete både inom primärvården och utåt mot andra aktörer i kommun och samhälle. Arbetet med Hälsolyftet utgår från screeningfrågor om livsstil. Vid behov får man gå vidare och svara på fler frågor i en hälsoprofil om tobak, alkohol, kost, motion, levnadsförhållanden och stress. Tips till egenvård finns beskrivet inom varje delområde i hälsoprofilen. De som är intresserade erbjuds olika typer av stöd, individuellt och i grupp, bl.a. rökavvänjningsgrupp. Utvärdering av hälsolyftet har visat på positiva resultat (32).

Vårt material består av sju intervjuer med personer som genomfört en livsstilsförändring som varat i minst ett år. Dessa intervjuer utfördes av en forskare som inte hade möjlighet att slutföra sin studie. Vi tog över efter det att intervjuerna blivit transkriberade. Den ursprungliga forskarens tanke var att genomföra studien utifrån Grounded Theory som är en kvalitativ teorigenererande metod där urval, datainsamlande och analys upprepas och sker parallellt (33).

Kvalitativa metoder är att föredra om forskningsfrågan gäller individers uppfattningar och upplevelser kring ett fenomen. I kvalitativ metod är syftet att förstå helheten och sammanhanget. Forskaren är en viktig del i forskningsprocessen och kan inte stå utanför den (30). I kvalitativ metod är det viktigt att se till kontexten och vid intervjustudier krävs samarbete och förståelse mellan intervjuaren och den intervjuade (34).

URVAL OCH PROCEDUR

Kriterierna för urvalet av intervjupersoner i denna studie var att de skulle ha varit med i Hälsolyftet i Primärvården på Hisingen i Göteborg och därigenom fått stöd att

genomföra en livsstilsförändring. Informanterna skulle ha lyckats genomföra en livsstilsförändring som varat minst ett år. Deltagarna till studien valdes ut av en annan yrkesutövare än intervjuaren och tillfrågan om deltagande skedde brevledes.

Deltagarna bestod av både män och kvinnor som var födda mellan 1945 och 1978.

Tre pilotintervjuer gjordes under sommaren 2008 och resterande fyra intervjuer gjordes från januari till mars 2009. Vi valde att ta med pilotintervjuerna i vår analys då vi ansåg att de var av hög kvalitet. Materialet utgjordes därför av sammanlagt sju intervjuer.

INTERVJUN

Den kvalitativa forskningsintervjun försöker förstå världen ur undersökningspersonens synvinkel och utveckla mening ur deras erfarenheter och levda värld (35). Intervjuaren ställde öppna frågor som blev mer fokuserade allteftersom intervjun fortskred. En inledande fråga kunde lyda ”Kan du berätta hur det var när du började fundera på att göra en förändring i ditt liv?” Intervjupersonerna fick själva välja plats för intervjun och alla valde att bli intervjuade i sitt eget hem. Intervjutiden varierade mellan 35 och 60 minuter. Fältanteckningar gjordes av intervjuaren direkt efter avslutad intervju om sitt samlade intryck. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades.

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Utifrån de intervjuer vi tagit del av ansåg vi att innehållsanalys var en lämplig metod för analys av materialet. Denna analysmetod fokuserar på tolkning av texter och tolkning kan ske på olika nivåer (34). Den beskrivs som en lämplig metod att använda inom omvårdnadsforskning då den fokuserar på mänsklig kommunikation (36). Analysen kan fokusera på det latent eller manifesta innehållet. Att fokusera på det latent innehåll innebär att fokusera på den underliggande meningen i texten, vad texten handlar om. Att beskriva det manifesta innehållet innebär att beskriva det

synliga och uppenbara som sägs (34). Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Det är viktigt att texten ses i sitt sammanhang och delar av texten kan inte plockas ut ur sin kontext. I analysprocessen kortas texten ned i olika steg och man får fram kategorier och teman i textinnehållet utan att kärnan i materialet försvinner (33).

Nedan redovisas hur vi gått till väga steg för steg i analysprocessen.

- Intervjuerna numrerades 1-7 och lästes igenom flera gånger av oss båda för att få en överblick och känsla för materialet. Vi skrev ner vår första uppfattning av vad texten handlade om.
- Alla intervjuer lästes igenom tillsammans och genom diskussion togs meningsbärande enheter ut.
- De meningsbärande enheterna kondenserades för att göra texten mer hanterbar.
- De kondenserade enheterna kodades.
- Koderna studerades med tanke på skillnader och likheter och grupperades i preliminära kategorier.
- Kategorierna var från början många men då flera kategorier visade sig ha samma innehåll slogs de ihop och väsentliga kategorier för vårt syfte togs ut. Även underkategorier formulerades.
- Kategorierna gick åter igenom tillsammans med handledaren och några kategorier slogs ihop och ändrade namn. Tillslut hade vi tre kategorier med elva underkategorier.

Tabell 1. Exempel på analysens gång

<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Kondenserad meningsenhet</i>	<i>Kod</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Kategori</i>
”Istället för att bara gå och tjata om vikten så gjorde han det till ett mer konkret exempel och tog mig någonstans, där man kunde få hjälp.”	Istället för att tjata tog han mig dit där jag kunde få hjälp.	Att ge konkret hjälp	Stöd	Andra människor

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Northern Nurses' Federation (37) har för att skydda individen utformat fyra huvudkrav på forskningen. Dessa är informationskravet som innebär att de som medverkar i forskning ska få information om studiens syfte och vad deras roll i forskningsprojektet är. De ska även informeras om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet innebär att de som deltar i studien efter att ha fått all information de behöver ska ge sitt samtycke till att delta. Konfidentialitetskravet styr hur personuppgifter ska hanteras för att forskningspersonerna inte ska kunna identifieras. Säkerhetskravet tar upp att forskaren ansvarar för att skjuta upp eller avbryta studien om deltagare upplever oförutsett obehag eller biverkningar (37).

Utifrån den ursprungliga forskarens ansökan om etikprövning kan vi se att hon arbetat utifrån de ovan nämnda huvudkraven på forskningen. Hon uppfyller informationskravet genom att forskningspersonerna har fått ett informationsbrev där man kan läsa om vad undersökningen innebär och vilka fördelar och nackdelar deltagandet kan ha. Hon informerar också om att deltagandet bygger på frivillighet och information ges om sekretess och att de kan få ta del av studiens resultat. Samtyckeskravet uppfylls genom att deltagarna har fått skriva under en samtyckesblankett. Vi kan inte genom det material vi har fått ta del av avgöra om konfidentialitetskravet är uppfyllt.

Nytan med studien är att den kan leda till ökad kunskap om livsstilsförändringar som kan användas av distriktssköterskor när han/hon möter patienter som försöker göra en livsstilsförändring. Kunskapen skulle även kunna användas av patienter då de får ta del av hur andra har lyckats genomföra en livsstilsförändring. Risken med att göra en intervjustudie kan vara att informanterna känner obehag av intervjusituationen. Då den ursprungliga forskaren inte hade möjlighet att slutföra studien anser vi att det vore oetiskt att låta materialet gå till spillo. Deltagarna har gett av sin tid och erfarenhet kring livsstilsförändringar och detta vill vi ta vara på.

RESULTAT

Att göra en livsstilsförändring visade sig i resultatet vara en pågående process som börjar med en första insikt att en förändring bör göras eller en vilja att göra en förändring. Efter insikten kom en tid då en förändring påbörjas och pågår. När förändringen var gjord kom ofta en tid av reflektion över hur livet och vardagen har förändrats. Det som vi sett har varit betydelsefullt för förändringen och i processen mot förändring är den egna personen, andra människor samt yttre faktorer och omständigheter. Vi väljer att presentera resultatet utifrån kategorier och underkategorier som presenteras i nedanstående tabell. Citaten i resultatet kommer från olika intervjupersoner. Numret som står efter citatet visar vilken intervju citatet kommer ifrån.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier

<i>Kategorier</i>	<i>Underkategorier</i>
Den egna personen	Motivation Inre kraft Upplevd vinst
Andra människor	Påtryckningar Stöd Kontroll Gruppen Bekräftelse
Yttre faktorer och omständigheter	Förbud Jobb och sysselsättning Strategier

DEN EGNA PERSONEN

Nedan presenteras resultatet som faller under den egna personen utifrån underkategorierna motivation, inre kraft och upplevd vinst.

Motivation

Den utlösande faktor som behövdes för att kunna göra en livsstilsförändring kunde vara en insikt i att man hade ett ohälsosamt beteende eller att hälsan var hotad. Det var oftast flera faktorer som gjorde att man insåg att en förändring behövde göras. Något som återkom ofta var behovet av att erkänna för sig själv att man inte mår bra. Man behövde komma till en punkt då man kände tillräckligt med motivation för att påbörja förändringen.

”Hur det kom sig att jag började göra den här förändringen? Det var ju många saker...jag kände att jag inte mårde bra någonstans.” (6)

Rädsla kunde vara en motivation till förändring och att inse att hälsan drastiskt kommer att försämrans om man inte bryter ett ohälsosamt beteende.

”Jag blev lite rädd. Sockret var ju för högt. Det låg på gränsen för att ta insulin och det ville jag ju inte.” (4)

Att bevisa, både för sig själv och för andra, att man klarar av att genomföra en förändring var en stark motivationsfaktor. Det kunde vara en vilja att bevisa för de som inte trodde på en att man minsann kunde klara av att göra en förändring. Starka känslouttryck användes ofta av informanterna för att visa på den kraft som kom av att vilja och klara av att genomföra en livsstilsförändring.

”Visa de här som inte trodde på mig också. Min fru och min mamma och en del kompisar som inte trodde på mig. Ville visa dem jävlar anamma, jag kan!” (1)

Att se att andra har klarat en liknande förändring gav också motivation.

”Sen har jag två döttrar som också ligger på att man inte ska röka. Och en av dem har varit rökare och slutat och sagt att det är ingen konst mamma att sluta röka. Jag

tänkte att jag ska inte vara sämre heller då. För det är ju mycket det här vad de säger också.”(7)

Att känna skam var även det en motivationsfaktor för förändring. En person skämdes för sin övervikt och ville därför göra något åt det. De som rökte kände framför allt skam över att de luktade illa och över att det såg fult ut att röka. För vissa kom skammen över att luktat illa först när de slutat röka och kände hur andra rökare luktade.

”Den största orsaken till att jag inte vill röka det är att man luktar så illa /.../ nu skäms jag för att ha luktat så illa.” (1)

En person uttryckte att han skulle skämmas om han misslyckas med att sluta röka.

”Hade jag inte lyckats sluta röka så skulle jag skämmas. Jag tror det i alla fall. Jag skulle skämmas över att komma upp till vårdcentralen och träffa distriktssköterskan och hälsopedagogen. Jag är den som misslyckades. En del kompisar och min fru då som jag berättar detta för, så tror jag jag skulle skämmas. Detta har en stor betydelse.” (1)

Inre kraft

För att kunna genomföra en förändring behövdes beslutsamhet och en stark vilja. Flera hade svårt att svara på varför de gjorde förändringen, de bara bestämde sig. En viktig personlig egenskap som framkom var envishet.

”Jag är själv förvånad. Jag fattar inte det. Jag la bara av.” (4)

”Och har jag satt mig för någonting så gör jag det. Så är det.” (7)

Upplevd vinst

När man började känna att förändringen gav positiva resultat fick man energi och en vilja att fortsätta. De positiva effekterna gjorde att man inte ville falla tillbaka till gamla vanor. I intervjuerna framgår att vinsterna som kom av att göra en livsstilsförändring kunde vara av både fysisk, psykisk och ekonomisk karaktär.

”Min kropp blir starkare och man orkar mer. Man får bättre självförtroende. Det är roligt att gå ut och shoppa kläder igen faktiskt.” (2)

”Eftersom jag har psykisk ohälsa, så mår jag mycket bättre psykiskt också när man tränar.”(2)

”Det är ju att man sparar pengar /.../ Det är ju belöningen.” (1)

En person fick sådan kraft av träningen att hon lyckades göra flera stora förändringar i sitt liv.

”Jag tror det var träningen och det som på något sätt, trots att det blev liksom, det var den grejen man trodde skulle vara extra var helt enkelt den grejen som hjälpte mig igenom allt det här. Att jag var ständigt och tränade, på något sätt så gav det mig kraft att göra alla de här grejerna.” (6)

En annan vinst av att ha gjort en livsstilsförändring var känslan av stolthet.

”Man blir stolt över sig själv. Man känner sig duktig. Då växer jag och får bättre självförtroende, bättre självkänsla.” (2)

ANDRA MÄNNISKOR

Andra människor och relationer hade stor betydelse för att intervjupersonerna skulle starta sin väg mot förändring. Underkategorierna som framkom var påtryckningar, stöd, kontroll, gruppen och bekräftelse. Stöd visade sig vara den största underkategorin då det framkom hos alla informanterna.

Påtryckningar

Det framkom att påtryckningar i form av tjat ofta var en bidragande orsak till att personen började tänka på göra en livsstilsförändring.

”Min fru tjtade på mig, läkaren tjtade, min mor tjtade om att jag skulle sluta och en massa andra kompisar sa att jag skulle sluta.”(1)

Stöd

Vikten av stöd från andra människor är något som har framkommit i alla intervjuer. Stödet kan komma både från anhöriga och vårdpersonal och vara direkt eller indirekt. Det direkta stödet visade sig som uppmuntran och att någon lyssnade.

”Det betyder väldigt mycket om man har någon som står bredvid en och pushar en eller om man nu tycker är jättetråkigt, att de ändå lyssnar och så att man kan få prata av sig lite.” (2)

”Men återigen det måste vara någon som är bakom mig. Det är det som gäller.”(5)

En konkret handling kunde vara det stöd som behövdes för att komma vidare, t.ex. att ta med sin anhöriga till en träningsanläggning. Stödet från vårdpersonalen kunde ta

sig uttryck i att få kunskap som behövdes för att genomföra sin livsstilsförändring, t.ex. kostråd och information om lämplig fysisk aktivitet.

”Man präntade ju in det. Det är ju systrarna som visade tallriksmodellen och allt det här. Jag började ju så smått. Lyssnade sedan igen och tänkte på vad de sagt.”(4)

Indirekt stöd kunde vara att känna sig som en del i ett sammanhang och ha sociala relationer. Dessa sociala relationer gav inte så mycket konkret stöd t.ex. i form av uppmuntran utan stödet var att ha andra människor runt omkring sig och inte vara ensam.

”Jag blir ju inte så deprimerad. Man sitter inte så mycket i sina egna tankar heller. Då har man ju liksom pratat med någon och man kan ju tänka på mer vad som händer med andra, arbetskamrater och så vidare. Jag sitter inte och grubblar bara på mig själv. Det gör man ju mycket om man är ensam.”(4)

Kontroll

När personerna hade börjat med sin förändring uttryckte de flesta att det var viktigt att ha någon annan människa som kontrollerade och följde upp under processens gång. Att ha någon som de kunde redovisa sina resultat för sporrade dem till att fortsätta. Kontroll kunde komma från anhöriga och/eller vårdpersonal. Flera tog upp att det var bra om någon annan mätte och vägde dem med jämna mellanrum. Kontrollen gjorde att man inte föll tillbaka till gamla vanor.

”Om man är ensam och gör en grej som jag gjorde då, så tröttnar, alltså efter ett par veckor så tycker man att, nej det här är jobbigt, jag lägger ner det. Men om jag vet att jag har en som jag ska träffa och som jag ska upp och redovisa för då ger man inte upp utan då vill man ju liksom.” (5)

Gruppen

Att vara en del i en grupp av människor i samma situation var en stor hjälp för att kunna åstadkomma förändring. Det framkom att gruppens sammansättning var viktig, att man trivdes ihop och kände sig accepterad. En person uttryckte att det var viktigt att fortsätta hålla kontakten med gruppen även efter att de uppstyrda träffarna på vårdcentralen var över.

”Det var bra sammanhållning i den här gruppen vi var i. Vi pratade om allting. Det var väldigt lätta folk att prata med alla. Det tror jag är väldigt, väldigt viktigt vilken grupp man kommer i. Man stöttade varandra.” (1)

Bekräftelse

Att någon annan såg framstegen man gjort och bekräftade dessa genom beröm var något som gjorde att det blev roligare att fortsätta.

”Det är roligt om någon annan berättar att man är duktig /.../ då blir det ju roligare att fortsätta.” (2)

Beröm och bekräftelse från vårdpersonal visade också vara viktigt och en sporre till att fortsätta.

”Det sporrade mig ännu mer (att hon fick beröm på vårdcentralen). Jag tyckte själv att jag var duktig och det tog jag med mig. Jag blev stolt över mig själv.” (4)

YTTRE FAKTORER OCH OMSTÄNDIGHETER

Flera yttre faktorer visade sig vara viktiga för att både kunna genomföra och upprätthålla en livsstilsförändring. Dessa föll under följande tre underkategorier: förbud, jobb och sysselsättning och strategier.

Förbud

En av informanterna uttryckte att hans rökstopp underlättades av att det var många platser man inte fick röka på. Att t.ex. behöva gå ut på balkongen och att det blev rökförbud på fler ställen gjorde att det blev svårt och jobbigt att fortsätta röka. Detta var en bidragande orsak till att han valde att försöka sluta.

”Jag har slutat röka, det finns inga fördelar med att röka, det är bara jobbigt. Man får inte röka här och inte där. Nej, det blev mer och mer rökstopp överallt, så det blev jobbigt.” (1)

Jobb och sysselsättning

Att ha en sysselsättning på dagarna och inte gå ensam hemma gjorde att det blev lättare att upprätthålla en förändring. Att känna meningsfullhet i vardagen var också en viktig faktor. Att ha rutiner t.ex. ett jobb att gå till gjorde att det blev lättare att upprätthålla en hälsosam livsstil. Två av intervjupersonerna poängterade att just det att ha ett jobb var väldigt viktigt.

”Jag måste ha något att göra jämt. Jag höll på att bli vansinnig alltså. Jag orkade inte gå upp ur sängen, då började jag röka igen.” (1)

”Sedan fick jag ett jobb och det är ju det som har förändrat mycket. Jag hade ju någonstans att gå till på morgonen. Då märkte jag att jag gick ned i vikt.”(4)

Att byta miljö kunde vara en faktor som gjorde att man lyckades med förändringen. En person berättade att hon slutade röka i samband med en flytt till en annan stad.

Strategier

Flera uttryckte att det var viktigt att inte vara för hård mot sig själv utan att unna sig något emellanåt. Man behövde belöna sig själv för att orka fortsätta.

”Man kan ju äta dieten och må bra, man kan ju äta gott till helgen. /.../ Det skulle vara en pina egentligen om man inte hade något att se fram emot.”(3)

En annan strategi som framkom var att lägga om sina rutiner när det gäller matinköp. Att inte ha mat hemma som frestar. För att kunna stå emot frestelser behövde man byta beteende och lägga om sina rutiner.

”Jag kanske inte tvingar i mig godis utan jag går och promenerar istället, så att jag byter beteende.” (2)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Den ursprungliga forskaren, som är läkare, hade som syfte att utveckla en teoretisk förklaringsmodell avseende faktorer med betydelse för individers varaktiga livsstilsförändringar avseende risk för hjärt-kärlsjukdom. Intervjuerna gjordes utifrån detta syfte. Då intervjuerna kom att användas till ett examensarbete i omvårdnad anpassades syftet efter detta. Tanken från början var att analysera intervjuerna utifrån fenomenologisk hermeneutik, men då vi inte själva utfört intervjuerna och därför inte hade någon djupare kunskap om intervjupersonernas liv och sammanhang ansåg vi att

vi inte kunde tolka intervjuerna på det sätt som krävs för metoden. Kvalitativ innehållsanalys valdes istället då vi ville få fram det manifesta innehållet i intervjuerna. Vi har inte fått ta del av mer specifik information om ett eventuellt bortfall och mer detaljerad information om urvalet och kan därför inte diskutera vilken påverkan detta kan ha haft på vår studie.

Frågorna som ställdes till intervjupersonerna var relevanta för att få fram deras uppfattningar om sina gjorda livsstilsförändringar. Öppna frågor användes och följdfrågor till svaren ställdes. Då och då sammanfattades intervjupersonernas svar kortfattat för att få bekräftat att intervjuaren förstått rätt.

Förståelsen av vad en annan människa säger kommer inte enbart genom vad de säger ordagrant utan även på vilket sätt någonting sägs. Därför är det viktigt vid transkribering av intervjutext att man tar med eventuella tystnader, suckar, skratt, gester med mera, eftersom det kan påverka den underliggande meningen (34). Eftersom vi inte gjorde intervjuerna själva och inte var med i arbetet med transkriberingen tror vi att tolkning och analys av materialet försvårades. Vi hade önskat att intervjuerna transkriberats med mer paralingvistiska uttryck för att få en större förståelse av intervju. Graneheim och Lundman (34) menar att tolkningen av det som intervjupersonerna berättar bör ses i sitt sammanhang och man ska vara medveten om deras livsvillkor och personliga historia. Vi tror dock att det kan finnas positiva aspekter av att vi inte har träffat intervjupersonerna då vi inte hade några fördomar om intervjupersonerna vid vår analys.

För att bedöma kvaliteten på kvalitativa studier föreslår Graneheim och Lundman (34) att man använder sig av begreppen trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Vid analysen av intervjuerna hade vi hela tiden syftet i tankarna. Efter att de meningsbärande enheterna plockats ut och kondenserats fick de koder för att beskriva innehållet på ett enkelt sätt. Koder med liknande innehåll bildade preliminära kategorier. Efter diskussion med varandra och handledaren slogs de preliminära kategorierna samman till tre kategorier med tillhörande underkategorier.

Att vi var två författare i arbetet anser vi stärka tillförlitligheten. Det var positivt att vid analysen kunna diskutera med varandra och därigenom få en större förståelse. Som vi ser det har intervjuerna på ett bra sätt fått fram intervjupersonernas uppfattningar om vad det var som hade betydelse för att de skulle kunna göra en livsstilsförändring. Vi anser att intervjuerna håller hög kvalitet då öppna frågor användes och intervjuerna fortsatte tills ingen ny information kom fram. Vid presentationen av resultatet används citat för att styrka trovärdigheten. I resultatet finns presenterat citat från alla intervjupersonerna vilket vi anser stärker trovärdigheten av resultatet. Granheim och Lundman (34) menar att författarna kan ge förslag på överförbarhet men att det är upp till läsaren att avgöra huruvida resultaten är överförbara till en annan kontext. Vårt resultat handlar om livsstilsförändringar när det gäller att sluta röka eller gå ner i vikt men vi tror att detta resultat även skulle kunna gälla för andra typer av livsstilsförändringar.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkommer att rädsla var en motivationsfaktor som fick individer att börja göra en livsstilsförändring. En person nämner i intervjun att hon blev rädd när sockret var för högt och detta gjorde att hon blev motiverad till att ta tag i en livsstilsförändring. Forskning visar också att rädsla för sjukdom och försämrad hälsa kan vara en motivationsfaktor (21,23,26).

I resultatet ser vi att motivationen till att göra en förändring ökar av att ha sett andra som klarat av att göra en liknande förändring. En kvinna berättar i intervjun att hennes dotter slutat röka och då ville inte hon vara sämre. Detta stämmer väl överens med teorin om self-efficacy (12) där man genom att ha sett andra personer klara av en liknande situation blir stärkt i sin tro till att även man själv kan bemästra uppgiften eller beteendet.

Det framkommer i resultatet att en del av de intervjuade bara bestämde sig för att nu får det vara nog med det ohälsosamma beteendet. Flera talade om att de lyckades utan

att de själva visste riktigt varför. Ibland trodde de inte att de skulle klara det och blev därför förvånade. Vi tolkar det som att de hade en inre kraft och styrka. I forskning framkommer att det är viktigt med viljestyrka och envishet, att säga nej till ohälsosamt beteende (18,25). Man kan tänka sig att dessa personer har hög self-efficacy, alltså tilltro till att de ska lyckas (12).

Att märka av positiva resultat när man har påbörjat en livsstilsförändring gjorde att man inte ville falla tillbaka i gamla vanor. Positiva resultat av att börja träna kan vara att man orkar mer, får bättre självförtroende, blir stolt över sig själv och mår bättre psykiskt. Att den fysiska hälsan påverkar den psykiska hälsan kommer fram i vårt resultat. En person berättar att träningen hjälpte henne genom en svår period i livet och en annan person berättar att hennes psykiska ohälsa förbättrades av träningen. Detta stämmer överens med vad Katie Eriksson (10) säger om att ha hälsa som innebär att uppleva sig som en hel människa och att kropp, själ och ande ska ses som en helhet. En annan vinst med att sluta röka är att man sparar pengar. I tidigare forskning framkommer att motivation till att upprätthålla en förändring kommer av att märka positiva resultat. Deltagare kände positiva känslor, både fysiskt och psykiskt, när de börjat träna. Positiva resultat förstärkte det nya beteendet (18,23,25,29). Både vårt resultat och tidigare forskning passar väl in på teorin om att self-efficacy ökar vid positiva fysiska och psykiska upplevelser av ett förändrat beteende (12).

Att bevisa för andra att man kan klara av att göra en förändring var en annan motivationsfaktor som framkom i intervjuerna. Om någon annan uttryckt att de inte trodde att man skulle klara av att göra förändringen fick man kraft, ”*jävlar anamma*” att vilja visa att man minsann kan. I resultatet framkommer också att man ville visa dem som faktiskt trodde på en att man kunde klara av att göra förändringen. Att inte göra dem besvikna. Att vilja bevisa för andra att man kan göra en förändring är en motivationsfaktor som vi inte har sett i tidigare forskning. Det framkommer även i vårt resultat att känslor av skam kunde vara en motivationsfaktor för förändring. Känslor av skam uttrycktes i princip endast av de som rökte och skammen visade sig på två olika sätt. Det ena handlade om att skämmas över att lukta eller ha luktat illa.

Det andra som uttrycktes var att man skulle skämmas om man misslyckades med att sluta röka. Skam är inte heller något som tydligt har framkommit i tidigare forskning. Frågor som kan väckas kring vårt resultat när det gäller att vilja bevisa för andra och känna skam är om detta kan vara ett kulturberoende fenomen.

Andra människor visade sig i resultatet vara en stor bidragande orsak till att individerna både började med en förändring och att de kunde upprätthålla den. Genom att tjata, ge stöd och viss form av kontroll hjälpte andra människor dem mot målet. I vårt resultat kan vi se att det betyder mycket för personer som kämpar med att förändra sin livsstil att någon står bredvid och pushar. Behovet av att ha någon som lyssnar så att man kan få prata av sig när det känns jobbigt visade sig vara viktigt. Även Eriksson (10) visar på att det krävs att någon verkligen har lyssnat för att man ska få mod och kraft att gå vidare.

Hur viktigt det är med stöd från andra människor framkommer i majoriteten av den tidigare forskning vi läst (18-21,25-27,29) Även i self-efficacymodellen (12) tas vikten av uppmuntran och stöd från andra människor upp. Det är viktigt för att stärka individens tro på sin egen förmåga. Här har vårdpersonal en betydande roll. Att se en livsstilsförändring som en transition med hälsa som mål kan hjälpa vårdpersonal i att stötta individer mot att implementera ett hälsosamt beteende i vardagen. Som vårdpersonal kan vi hjälpa patienter till hälsosamma vanor genom att i vårdrelationen stötta patienten till att uppnå empowerment (14).

Eriksson (10) beskriver vårdandet som att visa vägen för en annan människa, vilket vi tolkar som att stötta en person som befinner sig i förändringsprocessen lagom mycket. Ibland krävs det dock att någon annan formulerar målen för att man själv just då inte har kraften att göra det (10). Ett exempel på detta i vårt resultat är hur en pappa gör en aktiv stödinsats genom att ta med sin dotter till en träningsanläggning. Efter ett tag kände hon positiva effekter vilket gjorde att hon fortsatte träningen, men det krävdes att pappan tog första steget.

Vårdpersonalen har en viktig roll i att på olika sätt hjälpa patienter att göra livsstilsförändringar. Något som vårdpersonal ofta bidrog med var kunskap. I tidigare forskning kan vi se att patienter efterfrågade kunskap om hur man bör äta och träna (18,21,23,25). Även hur vårdpersonalen förmedlade kunskapen var viktigt (22,29). Att kommunikationen mellan vårdpersonal och patient var bra och att man kunde lita på vårdpersonalen var av stor vikt (26). I vårt resultat framkommer att kunskap behövdes för att kunna genomföra en livsstilsförändring. Konkreta kostråd och information om lämplig fysisk aktivitet från vårdpersonalen var något som patienterna uppskattade. Att vara förberedd på och ha kunskap om förändringen kan underlätta processen mot transition (17). Som vårdpersonal kan man hjälpa patienter att uppnå empowerment, men man kan inte ge det till någon annan, empowerment är något man måste uppnå själv. Empowermentprocessen kan förse patienten med resurser, kunskap och möjligheter att skapa en känsla av kontroll (14).

Vikten av att känna att man har någon som bryr sig om, kontrollerar och följer upp under processens gång kom fram både i vårt resultat och i tidigare forskning (18,24). Kontrollen visar sig i vårt resultat kunna komma både från anhöriga och vårdpersonal. Vissa av informanterna ville att vårdpersonal skulle kontrollera vikten. Detta gjorde att man inte ville ge upp.

Att det är viktigt att få känna sig som en del i ett sammanhang och ha sociala relationer framkommer i vårt resultat. Att ha arbetskamrater att prata med på dagarna istället för att sitta hemma själv visar sig i vårt resultat vara ett indirekt stöd. Även att vara en del av en grupp med människor i samma situation visar sig i resultatet vara en stor hjälp för att kunna åstadkomma en förändring. Detta stämmer väl med Erikssons syn att människan är beroende av en gemenskap med andra där hon kan känna sig förstörd, accepterad och bekräftad (10).

En människa får mod och kraft att gå vidare när hon känner sig bekräftad för den hon är och för det hon skapat (10). Vikten av bekräftelse och beröm framkommer tydligt i vårt resultat. Att någon annan berättade att man var duktig gjorde att det blev roligare

att fortsätta. Beröm och bekräftelse från vårdpersonal visade sig i vårt resultat vara en sporre att kämpa vidare.

I vårt resultat kan vi se att förbud mot rökning kan underlätta rökstopp. Detta tas även upp i forskning där man såg att det var lättare att sluta röka om det inte längre var tillåtet att röka på vissa platser (21,28). Att man hade färre val sågs som en frihet (28). Att det visade sig både i vårt resultat och i tidigare forskning att förbud kan vara till nytta är något som vi tycker är väldigt intressant.

Att inte ha en sysselsättning på dagarna gjorde att det blev svårare att upprätthålla en förändring. Att ha rutiner i vardagen var viktigt och två av intervjupersonerna uttryckte vikten av att ha ett jobb att gå till. Det enda vi har kunnat se i tidigare forskning kring betydelsen av att ha ett arbete var att en faktor som underlättade en livsstilsförändring var att man fick stöd och förståelse från arbetsgivare och arbetskamrater (18,21). Båda dessa studier var gjorda i Sverige. De personer som i vårt resultat berättade om att jobbet var viktigt uttryckte att det var den avgörande faktorn för att kunna genomföra en förändring. Detta väcker frågor kring hur viktigt jobbet är för människor i olika kulturer. Hur skiljer sig synen på jobbet som en social mötesplats i olika kulturer? Finns det olika syn på arbetets och prestationens betydelse för människovärdet i olika kulturer?

Det framkommer i vårt resultat att människor använder sig av olika strategier för att undvika frestelser i vardagen. Detta kunde t.ex. vara att inte köpa hem onyttig mat. Även att unna sig något då och då var viktigt för att kunna upprätthålla förändringen. Precis detta kan vi även se i tidigare forskning (23). Andra strategier för att lyckas som framkom i vårt resultat kunde var att ta en promenad när man t.ex. kände sug efter något sött. För att förstå och underlätta för en person som går igenom en transition måste man ha kunskap om vilka faktorer som underlättar eller hindrar en hälsofrämjande transition för just den individen (17). Detta kan vi se som att hjälpa en patient att hitta fungerande strategier för att klara att genomföra en livsstilsförändring.

Reflektioner

Det som framkommer tydligt i vår studie är att stöd från andra människor är en mycket viktig faktor för personer som ska göra en livsstilsförändring. Vi är alla olika och behöver olika typer av stöd. Det är viktigt att som vårdpersonal vara lyhörd för patientens behov och personlighet. Att identifiera patientens sociala nätverk är värdefullt och att som vårdpersonal använda sig av det. Vid behov är det viktigt att skapa sociala sammanhang t.ex. i form av grupper med människor i samma situation. Jobbets betydelse för att kunna göra en livsstilsförändring visar sig tydligt. Detta är något som kan vara av värde att reflektera över i arbetet med patienter. Det kanske kan vara svårt att påbörja en stor förändring när det gäller t.ex. kost och motion om andra delar av livet känns otillfredsställande. Om personen får ett jobb kanske det kan vara lättare att skapa rutiner och ta tag i andra delar av sitt liv.

Vi har sett att fysisk aktivitet ger kraft och energi. Om man som vårdpersonal kan motivera en patient att komma över tröskeln och komma igång med träning är chansen större att de fortsätter på grund av de positiva psykiska och fysiska effekter de får av träningen. På samhällsnivå tycker vi att det är intressant att det framkommit att förbud mot rökning upplevs som en faktor som gör det lättare att sluta röka. Förbudet blev en frihet.

Frågor som väckts och kan vara intressanta för vidare forskning är om kulturella aspekter påverkar patienters motivation och möjlighet att kunna genomföra och upprätthålla en livsstilsförändring.

REFERENSLISTA

1. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm> Hämtad: 2010-09-27
2. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
Hämtad: 2010-09-27
3. Folkhälsopolitikens elva målområden.
<http://www.fhi.se/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/> Hämtad: 2010-09-27
4. Distriktssköterskans uppdrag.
<http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1> Hämtad: 2010-10-01
5. Distriktssköterskans kompetensbeskrivning.
<http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> Hämtad: 2010-10-01
6. Folkhälsorapporten 2009.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf Hämtad: 2010-09-27
7. FYSS. http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/pdf/FYSS_2008.pdf
Hämtad: 2010-09-27
8. Krav- och kvalitetsbok Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Västra Götalandsregionen. 2009
9. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist och Wiksell; 1996.
10. Eriksson K. Pausen. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1987
11. WHO definition of health.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> Hämtad: 2010-09-27
12. Bandura, A. Self-efficacy. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
Hämtad: 2010-09-27
13. Norstedts engelsk-svenska ordbok.
<http://www.ord.se/oversattning/engelska/?s=empower&l=SVEENG>
Hämtad: 2010-10-06
14. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1996;23:305-13

15. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16:354-361
16. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 1994;42:255-9
17. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger M, DeAnne K, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000;23(1):12-28
18. Bergman E, Berterö C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(6):733-41
19. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006;5:37-44
20. Frenn M D, Borgeson D S, Lee H A, Simandl G. Life-style changes in a cardiac rehabilitation program: The client perspective. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1989;3(2):43-55
21. Tingström P, Abrandt-Dahlgren M, Bergdahl B. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(3):261-75
22. Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen M B, Edwards A, Risor M B. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study. *BMC Family Practice*. 2008;9(50)
23. Whittemore R, Chase S K, Mandle C L, Roy C. Lifestyle Change in Type 2 Diabetes. 2002;51(1):18-25
24. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2008;22:455-62
25. Dye C J, Haley-Zittin V, Willoughby D. Insights From Older Adults With Type 2 Diabetes: Making Dietary and Exercise Changes. *The Diabetes Educator*. 2003;29(1):116-27
26. Kirkendoll K, Clark P C, Grossniklaus D, Mullis R. Metabolic Syndrome in African Americans: Views on Making Lifestyle Changes. *Journal of Transcultural Nursing*. 2010;21(2):104-113

27. Cable T A, Meland E, Soberg T, Slagsvold S. Lessons from the Oslo Study Diet and Anti-Smoking Trial: a qualitative study of long-term behaviour change. *Scandinavian Journal of Public Health*. 1999;27:206-12
28. Ogden J, Hills L. Understanding sustained behaviour change: the role of life crises and the process of reinvention. *Health*. 2008;12(4):419-37
29. Dailey R, Schwartz K L, Binienda J, Moorman J, Neale A V. Challenges in Making therapeutic Lifestyle Changes among Hypercholesterolemic African-American Patients and Their Physicians. *Journal of the national medical association*. 2006;98(12):1895-1903
30. Polit D F, Beck C T. *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilization*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Cop; 2010.
31. Starrin B, Svensson PG (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur; 1994
32. Hälsolyftet.
http://www.medicine.gu.se/avdelningar/samhallsmedicin_folkhalsa/allmanmedicin/haelsolyftet/ Hämtad: 2010-09-27
33. Granskär M, Höglund B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008
34. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-112
35. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 2009
36. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*. 1992;13(3):313-21
37. Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i nordn.
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> Hämtad: 2010-09-27