



AKADEMIN FÖR UTBILDNING OCH EKONOMI
Avdelningen för utbildningsvetenskap

Vad i Hälsoprofilbedömning motiverar människor att göra en livsstilsförändring?

En kvalitativ intervjustudie

Cecilia Hallebjörk

2017

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Pedagogik
Hälsopedagogiska programmet
Pedagogik 61-90

Handledare: Åsa Carlson
Examinator: Peter Gill

Abstract

Bakgrund Stor del av människors hälsa och flertalet sjukdomar beror på människors ohälsosamma levnadsvanor. Metoden hälsoprofilbedömning (HPB) har visat ge stora positiva hälsoeffekter. Med mätningar, konditionstest på cykel och motiverande samtal läggs fokus på nuläge och förändring för att motivera deltagare till livsstilsförändring.

Syfte Syftet med studien är att undersöka vad personer som gjort en HPB upplever som motiverande till förändring av livsstil. **Metod** Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Fyra kvinnor som hade genomfört HPB högst en månad innan intervjuerna genomfördes. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys. **Resultat** Det visade sig att både inre och yttre faktorer påverkade motivation till förändring hos informanterna. Efter att ha gjort HPB kunde informanterna se möjligheterna till förändring utifrån sina egna förutsättningar, att det krävs mindre ansträngning än de trott för att få positiva effekter på hälsan, samt att de nu kunde se hur livsstilen påverkar hälsan. **Slutsats** Mätningarna och konditionstestet är en motiverande faktor där informanterna får bekräftat vad resultatet är, medan MI är en viktig del för att deltagarna ska veta hur de själva ska gå tillväga för att genomföra en förändring utifrån sina egna förutsättningar. HPB som helhet är en bra metod för livsstilsförändring.

Nyckelord: hälsoprofilbedömning, motiverande samtal, motivation, livsstilsförändring, hälsa

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Hälsoprofilbedömning	2
Motiverande samtal	4
Tidigare forskning om Motiverande Samtal.....	4
Motivation	6
Att förändra en vana	6
Stages of change model	8
Problemformulering	10
Syfte.....	10
Forskningsfrågor.....	10
Metod.....	11
Datainsamling.....	11
Urval	11
Tillvägagångssätt	12
Pilotintervjuer	12
Direkta intervjuer.....	13
Telefonintervjuer	14
Etiska problem.....	14
Reliabilitet och validitet.....	15
Analysmetod.....	16
Resultatanalys	16
Yttre motivation.....	16
Inre motivation	17
Möjligheter till förändring	18
Samband mellan livsstil och hälsa.....	20
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	23
Slutsats.....	25
Vidare forskning	25
Referenser	26
Bilagor	29

Inledning

För ca 1 år sedan gick jag hälsoprofilbedömning (HPB) utbildning. En utbildning där jag fick lära mig olika metoder att använda mig av för att hjälpa och guida människor till att göra förändringar för ett hälsosammare liv. Jag blev sedan tillfrågad av en företagshälsovård att komma till deras arbetsplats och göra HPB på personalen. Jag är själv intresserad av vad som påverkar människor till att göra en beteendeförändring och när jag sedan skulle bestämma mig om vad jag ville undersöka i mitt examensarbete, stod det ganska klart att arbetet skulle handla om HPB och motivation till förändring. Varför har vissa människor en hälsosam livsstil medan andra inte har det? De flesta människor vet idag hur man ska leva hälsosamt, men många lever inte så (Andersson & Ljusenius, 2012). Svenskarnas kostvanor har försämrats, många upplever sömnbesvär, är stillasittande större del av dagen, är helt fysiskt inaktiva och orkar inte ha en meningsfull fritid efter arbetsdagens slut (ibid). Om man som person är medveten om hälsa och riskerna med att vara ohälsosam, varför ändrar man inte sitt beteende? Vad är orsaken till att människor vill göra en beteendeförändring och vad påverkar att förändringen kommer bibehållas?

Den här studien kan ge en bättre förståelse om vad som påverkar människor till att göra en förändring och vilka faktorer som kan ha betydelse för att behålla de nya vanorna.

Bakgrund

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) orsakas 90 % av all diabetes typ 2, 80 % av hjärt- och kärlsjukdomar samt 30 % av all cancer av människors ohälsosamma levnadsvanor (Andersson & Johrén, 2012). Vi vet alltså genom forskning vad en stor del av människors ohälsa och flertalet sjukdomar beror på (Hallberg, 2010).

Enligt en rapport från folkhälsomyndigheten (2016) har folkhälsan i Sverige överlag utvecklats positivt. Där tobak och alkoholkonsumtionen har en stabil minskning bland befolkningen, samt att dödligheten i cancer, hjärt- och kärlsjukdomar minskar. Dock är andelen människor som är fysiskt aktiva (enligt rekommendationerna 30 min per dag) och människor som har en stillasittande fritid oförändrad över de senaste 10 åren. Att vara fysisk inaktiv eller att ha en stillasittande fritid ger ökad risk att drabbas av ohälsa (ibid). Konsumtionen av energirika livsmedel så som chips, godis, kakor samt sötade drycker i kombination med stora portioner har ökat de senaste årtiondena (Andersson & Johrén, 2012). Överdrivet intag av energirika livsmedel tillsammans med ökat

stillasittande och fysisk inaktivitet är orsaken till att allt fler personer är överviktiga. Enligt Folkhälsomyndigheten (2016) har andelen personer med fetma ökat, dock är det ingen förändring gällande andelen personer med övervikt. Det finns stora skillnader i hälsa generellt sett utifrån socioekonomiska faktorer, där utbildning, kön och ålder spelar in. Rapporten visar även att lågutbildade kvinnor löper störst risk för ohälsa.

Livsstilen är en avgörande faktor för människors hälsa (HPI Nordic, u.å.a) och det är ingen tvekan om att regelbunden motion, goda kostvanor, måttlig alkoholkonsumtion, minskad rökning, mindre stress, bättre sömn och bra balans i tillvaron leder till bättre hälsa (Andersson & Johrén, 2012).

Hälsa är enligt Andersson & Johrén (2012) inte något som betraktas som ett statiskt tillstånd, att vara antingen sjuk eller frisk. Hälsa är istället ett kontinuum vilket innebär att hälsa är en dynamisk process, där en person kan vara i olika faser från en tid till en annan, från att till exempel må dåligt och vara frisk, till att må bra och vara sjuk. Det går även att befinna sig någonstans mellan sjuk-frisk respektive må bra-må dåligt. Det räcker inte med att enbart ha en kroppslig utgångspunkt när man definierar hälsa, utan även hur personen själv upplever sin hälsa, samt om personen har god hälsa utifrån sin egen funktionsförmåga måste betraktas. Att ha en god hälsa utifrån sin egen förmåga innebär att det fysiska, psykiska och sociala fungerar väl, där personen kan uppnå och lyckas med sina personliga mål i vardagen och genom livet (ibid).

Människors livsstil påverkas inte bara av livslängd, sjukdom och hälsa, utan påverkar även välbefinnandet och livsglädjen (Andersson & Malmgren, 1989). För att främja människors hälsa är HPB en betydelsefull metod som visar sambanden mellan livsstil och hälsa.

Hälsoprofilbedömning

Hälsoprofilbedömning har sitt ursprung i mitten av 1970, då grundarna Gunnar Andersson och Sture Malmgren prövade metoden och genomförde ett hälsofrämjande utvecklingsarbete vid Saab-Scania i Linköping. Metoden visade sig ge stora positiva hälsoeffekter och gavs stor uppmärksamhet. 1976 myntades begreppet hälsoprofilbedömning (HPB) i den vetenskapliga uppsatsen ”På jakt efter hälsoprofilen” och efter det ville fler ta del av detta hälsofrämjande arbete för att minska på sjukfrånvaron och främja hälsa. 1979 utbildades den första hälsoprofilbedömaren och idag finns det tusentals utbildade hälsoprofilbedömmare i Sverige (HPI Nordic, u.å.b). Tillsammans med företagshälsovård, som idag är en viktig samhällsresurs, arbetar

företag med HPB för att strategiskt arbeta med förebyggande-, rehabilitering- och hälsofrämjande åtgärder, på individ-, grupp- och organisationsnivå (Andersson & Johrén, 2012).

HPB är en tvärvetenskaplig metod där fokus ligger på nuläge och förändring. Det är ett möte mellan en utbildad hälsoprofilbedömare och en deltagare, som genomförs i en positiv hälsofrämjande anda. Syftet med HPB är att genom motiverande samtal motivera deltagaren till livsstilsförändring, skapa insikt och medvetenhet om livsstilen samt få deltagaren att se sambandet mellan hälsovanor, hälsoupplevelse och mätvärden (HPI Nordic, 2015).

En HPB tar 1-1,5 timme att genomföra och går till på följande sätt: deltagaren får ett frågeformulär (se bilaga 1) (skickat i pappersform eller att fylla i via en webblänk) som fylls i hemma innan HPB-tillfället i lugn och ro. Frågeformuläret handlar om hälsa och livsstil och har frågor om fritidsvanor, fysisk aktivitet, stillasittande, kostvanor, alkoholvanor, tobaksvanor, mediciner och upplevda symptom. Deltagaren tar med det ifyllda frågeformuläret till HPB-tillfället, eller om frågeformuläret fyllts i via webblänk öppnas frågeformuläret via programmet Plustoo, där även resten av informationen under HPB fylls i. Utifrån vad deltagaren har svarat i frågeformuläret genomförs sedan ett hälsofrämjande samtal, med samtalsmetoden Motiverande samtal (MI). I det motiverande samtalet ligger fokus på både nuläge och förändring, där det motiverande samtalet har till syfte att ge deltagaren en förståelse av sambandet mellan livsstil och hälsa. Deltagaren görs medveten om att för att lyckas med bibehållandet av den nya livsstilen är livsstilsförändringen deltagarens eget ansvar, eget val och eget beslut. Efter samtalet om deltagarens hälsa och livsstil görs mätningar av längd, vikt, midjemått, BMI samt fettprocent (fettprocenten är inte obligatorisk utan mäts om deltagaren själv vill och är intresserad av dess resultat). Till sist görs ett submaximalt konditionstest på cykelergometer för att beräkna maximal syreupptagningsförmåga. Med submaximalt konditionstest menas det att deltagaren cyklar på 50 % av sin maximala förmåga. Deltagaren gör ett så kallat Ekblom-Bak test, där cykeltestet pågår i 8-9 minuter och effekten anpassas efter deltagarens ålder, kön, vikt, BMI och aktuella motionsvanor. För att mäta ansträngningen används pulsklocka med pulsband samt upplevd ansträngning utifrån Borgskalan (se bilaga 2). Den upplevda ansträngningen bör mot slutet av testet ligga runt 14, som ska motsvara 50 % av maximal förmåga. Samtliga mätningar och resultaten från cykeltestet matas in i programmet Plustoo, där deltagaren sedan får fram

ett testvärde (ml/02/kg/min) beräknat på konditionen. Utifrån frågeformuläret, mätningarna samt cykeltestet får deltagaren fram ett resultat som visar i vilken åtgärdsgrupp deltagaren befinner sig i, riskgrupp (stort behov av livsstilsförändring/ behov av livsstilsförändring) respektive friskgrupp (bra livsstil/ mycket bra livsstil). Dessa åtgärdsgrupper visar olika behov av livsstilsförändring. Att befinna sig i riskgrupp betyder att deltagaren har minst 2 högriskfaktorer eller minst 3 riskfaktorer och att befinna sig i friskgrupp betyder att deltagaren har max 2 riskfaktorer (se bilaga 3). Avslutningsvis får deltagaren reflektera och diskutera vad hen är mest nöjd med, samt diskutera hur den kommande förändringen ska ske utifrån deltagarens egna förutsättningar och mål (HPI Nordic, u.å. a).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en klientcentrerad samtalsmetod för att främja den inre motivationen till förändring med avsikt att lösa ambivalens (Miller & Rollnick, 2002). Att samtalet är klientcentrerat betyder att klienten alltid är i fokus och samtalets utgångspunkt beror på klientens uppfattningar, upplevelser och tankar (Barth & Näsholm, 2006). Det är sällan rådgivaren som är experten, utan istället styr rådgivaren samtalet och har i uppgift att skapa en trygg atmosfär för klienten (Miller & Rollnick, 2002). En trygg miljö gör det lättare för klienten att tänka, känna, möta och reflektera över sig själv för att sedan kunna känna motivation och ta ställning till eventuella förändringar (Barth & Näsholm, 2006). Det är klienten som har facit om vad som passar hen bäst vad som gäller hens problem och förändringsprocessens gång.

MI handlar inte främst om hur förändringen ska ske utan snarare om den kommer att ske, varför eller varför inte (Barth & Näsholm, 2006). Ansvar ligger hos klienten själv, men målet med MI är att locka fram den inre motivationen hos klienten till förändringen, där rådgivaren ger stöd och försöker främja förändringen snarare än tvinga fram den (Miller & Rollnick, 2002). Rådgivaren hjälper klienten att bli av med låsningar i form av ambivalens för att kunna påbörja förändringsprocessen, men det är klienten själv som formulerar orsakerna till förändring. Förändringen sker utifrån klientens egna mål och värderingar, istället för att det påtvingas från yttre faktorer (ibid).

Tidigare forskning om Motiverande Samtal

MI som metod har visat sig vara ett mer effektivt tillvägagångssätt för beteendeförändring än metoder med direktiv (Iarussi, 2013). Vidare skriver Iarussi om

studenter som visar sig ha lättare att minska på alkoholrelaterade problem när de fått delta i MI, än de studenter som fick hjälp där MI komponenter inte fanns med. Dock pekar inte alla studier på positiva resultat. I en metaanalys av Cummings, Cooper & McClure (2009) tyder resultatet på att majoriteten av studierna visar positiva effekter när det kommer till att använda MI som metod och rökavvänjning. Studien visar även fördelaktiga resultat när man använder MI vid livsstilsförändringar i form av viktnedgång, ökad fysisk aktivitet, minskat saltintag och minskat blodtryck. Även Young, Gutierrez & Hagedorn (2013) resultat tyder på att MI är en effektiv metod för att minska på maladaptiva beteenden samt att öka hälsofrämjande livsstilsbeteenden.

MI marknadsförs ofta för dess få samtalstillfällen som behövs för att göra en förändring, men i en studie av Cummings et al. (2009) visar att det kan krävas en minimumdos MI för att förändringen ska hålla i sig på lång sikt; de säger dock inte hur många samtalstillfällen som behövs. Däremot skriver Young et al. (2013) om mängden MI och vad antalet samtal ger för effekter, där resultaten pekar på att en rådgivare som har fått utbildning i MI har lättare att få klienter att komma tillbaka till fler tillfällen, än rådgivare som inte har utbildning inom MI. Dock visar resultatet att både klienterna som gick hos utbildade MI rådgivare och icke utbildade MI rådgivare, hade gjort förändring i samma takt samt var lika nöjda med behandlingen. Å andra sidan skriver Madson, Mohn, Schumacher & Landry (2015) att det kan bero på klienterna. Känner klienten sig redo och även själv har sökt sig till behandlingen, kan resultatet bli mer positivt, då klienten frivilligt vill förbättra sin hälsa.

Det finns även studier som tyder på att MI är en effektiv behandling genom telefonsamtal (Cummings et al., 2009; Resnicow et al., 2001). Resnicow et al. (2001) skriver om 3 olika grupper, där ena gruppen fått kursmaterial om kost, andra gruppen kursmaterial om kost och ett telefonsamtal med riktlinjer om kost och den tredje gruppen som fick kursmaterial, telefonsamtal med riktlinjer, samt tre stycken motiverande samtal via telefonen. Den tredje gruppen visade positiva kostförändringar jämfört med de två andra grupperna. Även i denna studie diskuteras mängden MI, där det tyder på att tre MI samtal kan ha påverkat indirekt, genom att det blir som en påminnelse av interventionen och dess syfte, och därigenom även ökat användningen av kursmaterialet. Det diskuteras även att MI samtalen kan ha hjälpt klienternas inre motivation till att förbättra deras kostvanor (ibid). Utifrån resultaten av dessa studier

påvisas det att MI är en positiv metod för att hjälpa människor till en beteendeförändring.

Motivation

Motivation som begrepp används för att beskriva och förklara människors beteende (Hallberg, 2010). Det handlar om önskan, viljan och tilltro till ens förmåga att välja en viss väg (Barth & Näsholm, 2006), där motivationsteorier förklarar varför vi människor handlar och gör vissa saker hellre än andra (Hallberg, 2010). Till exempel är motivation till motion och träning vad vi har för skäl att börja med- och bibehålla en motionsvana. Det handlar om ansträngningens riktning, durationen och intensiteten, där motivation styr vad vi bestämt oss att göra för aktivitet, hur länge vi vill göra aktiviteten, samt hur ofta. Vad som motiverar människor är olika och kan förändras över tid (ibid).

Personer som vill göra en beteendeförändring visar ökning av motivation om de får hjälp genom MI, än personer som på egen hand ska genomföra en förändring (Dray & Wade, 2012). Hallberg (2010) räknar med två typer av motivation, inre och yttre. Den inre motivationen utgår från eget val och önskningsar och den yttre motivationen påverkas av yttre faktorer. Som nämnts tidigare är målet med MI att locka fram den inre motivationen hos klienten till förändringen (Miller & Rollnick, 2002). I studien Granberg (2010) visar det sig att personer som upplevde inre motivation och ville gå ner i vikt hade lättare att nå målet och att bibehålla förändringen, än de deltagare som gick ner i vikt på grund av sociala och andra yttre aspekter. Men hur vet vi egentligen vad som är inre och yttre motivation? Om en person internaliserat ett utseendeideal och vill gå ner i vikt, är det då inre motivation? Det är ju personens egen önskan. För personer runt om kring samt för personen själv kan det vara svårt att veta om det verkligen är inre eller yttre motivation, då det sanna svaret endast finns i personens undermedvetna. Trots alla frågetecken, en distinktion som kan vara bra att utgå från är hur personen själv beskriver hur/vad som motiverar dem och göra en tolkning utifrån det.

Att förändra en vana

Våra vanor och ovanor är inlärda snarare än medfödda (Hallberg, 2010) och många människor som börjar med en förändring har förhoppningar om att hitta en snabb och enkel lösning på problemet (Andersson & Ljusenius, 2012). Men att ändra på en vana kan ta tid och kräva en hel del uppoffringar, vilket innebär att lära sig ett nytt sätt att både tänka och handla. Detta kan genom vår egen handlingsförmåga ändras på och även påverkas av nya vanor. Det är dock inte lika lätt som det låter (ibid). Att vara

ambivalent till förändring är en naturlig del i förändringsprocessens gång (Barth & Näsholm, 2006). Personen som ska genomgå förändring kan känna sig osäker på om förändringen är värd ansträngningen, om den verkligen är nödvändig, om hen kommer att lyckas eller om det kommer att innebära att förlora något. Tankar om att förändra ett beteende som är tryggt och som alltid varit aktiverar även impulser och längtan efter att känna säkerhet och stabilitet. Att vara ambivalent till en förändring innebär upplevelser av en konflikt, att känna två motsatta impulser inför en och samma förändring. Detta kommer ofta i uttryck som jag vill - jag vill inte, å ena sidan – å andra sidan, jag ska - jag ska inte osv. (ibid). Vi människor kan ofta fastna i en situation, inte för att vi inte förstår de negativa sidorna av vanorna utan för det motstridiga känslorna kring situationen (Miller & Rollnick, 2002). Som tidigare nämnt kan en person bli av med sina låsningar i form av ambivalens med hjälp av MI. Eftersom att motivation är en viktig del i en förändringsprocess, kan MI öka motivationen och förbättra förändringens resultat, detta visar en studie av Dray & Wade (2012).

Miller & Rollnick (2002) skriver om tre viktiga faktorer för att göra en beteendeförändring: att ha viljan, förmågan och att vara redo. Samtliga delar är viktiga i MI och förändringsarbetet bör inriktas på alla delar. Viljan till förändring är en motivationsfaktor som rör kunskap, förståelse och behov (Barth & Näsholm, 2006) samt vilken omfattning personen önskar, drömmer om och vill förändra ett beteende (Miller & Rollnick, 2002). Att känna sig ha förmågan, nog med resurser och tro sig om att klara av en förändring är en viktig del i förändringsprocessen (Miller & Rollnick, 2002). Cox, Zunker, Wingo, Jefferson & Ard (2011) skriver om kvinnor i ett stressrelaterat viktminskningsprogram som fick stöd och ökad kunskap genom programmet, samt resurser för att använda stressorerna till någonting positivt, där kunskapen och stödet gav dem motivation och självförtroende till att fortsätta med att främja sin hälsa genom förändringsprocessen. Man skulle kunna tro att viljan och förmågan till förändring skulle räcka för att börja med en beteendeförändring, men att vara redo är också en viktig faktor i förändringsprocessen (Miller & Rollnick, 2002). Att vara redo för förändring handlar om att ta ett beslut- och känna engagemang i att påbörja förändringen (Barth & Näsholm, 2006). Personer som är redo och har beslutat sig för förändringen visar en inledande beteendeförändring som inte längre bara är prat (ibid).

Att man halkar tillbaka till gamla vanor är både vanligt och naturligt (Arén & Ljusenius, 2003). I studien av Wilson et al. (2015) visar resultatet att 2-3

livsstilsrekommendationer är det mest effektiva för att bibehålla motivationen till förändring, där fler livsstilsrekommendationer än så kan bli allt för krävande och förändringen inte når sitt mål. För att bibehålla motivationen är det viktigt att förändringen inte blir alltför svår och att målet inte är för högt, samtidigt måste förändringen vara tillräcklig krävande för att säkerställa den nödvändiga nivån av motivation. Om återfallet inträffar är det viktigt att lära sig tänka, säga eller göra rätt saker för att inte fastna i de gamla vanorna igen (Arén & Ljusenius, 2003). Det är ofta vårt eget beteende och våra förväntningar på oss själva som styr vår utveckling (Andersson & Ljusenius, 2012). Vi människor har förväntningar på hur förändringen kommer att utspela sig, både positivt och negativt. Dessa förväntningar har en stark påverkan på vårt beteende (Miller & Rollnick, 2002). Vi föreställer oss i förväg i vilken riktning förändringen kommer att ske. En del människor ser sig som förlorare, med tankarna att ”det går aldrig” (Andersson & Ljusenius, 2012), och när väl misslyckandet sker, skänker det en slags trygghet och lättnad att hälsa på sina gamla och trygga vanor igen (Arén & Ljusenius, 2003). Andra däremot ser sig som vinnare och föreställer sig alltid att det kommer att gå bra (Andersson & Ljusenius, 2012). Personer som gör en beteendeförändring måste också förstå att det är ens eget val och ansvar att göra förändringen (Arén & Ljusenius, 2003). Väljer vi att se på TV istället för att ta en promenad i regnet, eller väljer vi att äta hamburgare för att resten av familjen vill äta det, måste vi förstå att det varken är vädrets, hamburgarens eller familjens fel att den egna hälsan blir lidande. För en person som har viljan, tilltron och är redo för förändringen att påverka sin hälsa i positiv riktning, är detta dock inget problem (ibid).

Stages of change model

Stages of change model (SOC) eller den transteoretiska modellen är en väl använd modell som beskriver en förändringsprocess olika steg och är utvecklad av forskarna Prochaska, DiClemente och Norcross på 1980-talet (Statensfolkhälsainstitut, 2008). Modellen har fem steg: förnekelse-, begrundan-, beslut-, handling- och upprätthållandestadiet. Det första steget börjar som en mental process av förberedelse som sedan övergår till praktisk handling (Andersson & Ljusenius, 2012). Om det är en lyckad förändring, kommer det över tid att stabiliseras till en ny vana. De olika stegen har olika teorier som beskriver hur länge man kan befinna sig på respektive steg och hur man tar sig vidare till nästa (Hallberg, 2010). Stegen måste inte ske i ett förutsägbart mönster, utan det går att stanna upp på ett steg, hoppa över något steg eller röra sig bakåt till tidigare steg om förändringen inte klaras av (Barth & Näsholm, 2006).

Modellen har sin grund i rökavvänjning, där forskarna började med att beskriva olika handlingssätt vid olika steg som sker när människor ska sluta röka (ibid).

I en studie av Erol & Erdogan (2008) där ungdomar som rökte deltog, undersöktes det vilket steg i SOC de var på, hur beteendet var vid respektive steg angående vad de hade för rökbetenden, vad som upplevdes vara för- och nackdelar med rökning samt hur frestade de var att röka. Med hjälp av MI kunde man se små förändringar i rökbetendet bland ungdomarna som låg i de tidiga stegen av modellen. Allt efter att de gick från ett steg till nästa ändrades inställningen till rökning och rökbetendet, det blev fler för- än nackdelar, samt att efter 6 månader i handlingsstadiet såg forskarna även en minskad frestelse att röka. Med hjälp av MI kunde man efter 6 månader även se att en tredjedel av ungdomarna gick från begrundan- och beslutsstadiet till handlingsstadiet och slutade röka. Denna studie visar på att SOC är en fördelaktig modell för att förstå olika beteenden med rökning i en förändringsprocess och med hjälp av MI kan förflytta sig framåt i de olika stegen, där beteendet och inställning till förändring förändras när man går till nästa steg.

SOC används även inom hälsorelaterade områden (Statensfolkhälsainstitut, 2008), där Abula, Gröpel, Chen & Beckmann (in press) använde sig av SOC för att undersöka var personer befann sig mellan medvetenhet av rekommendationer för fysisk aktivitet och hur fysiskt aktiva deltagarna var. De flesta av personerna som var fysiskt inaktiva var även de deltagare som inte hade kunskap om rekommendationerna och befann sig i första eller andra steget av SOC, medan de personer som hade kunskap om rekommendationerna var i de senare stegen av modellen och var även mer fysiskt aktiva. Genom en intervention för att öka kunskapen om rekommendationerna för fysisk aktivitet, kunde man se att med mer kunskap kände deltagarna större mening i att vara fysiskt aktiv och deltagarna som befann sig i förnekelse- eller begrundanstadiet hade gått till begrundan – eller beslutsstadiet. Dock visar studien att interventionen inte gav någon effekt för att öka den fysiska aktivitetsnivån och att andra metoder kan behövas för att komma till handlingsstadiet. Studien visar samma resultat som Prochaska och DiClemente, som menar att ökad medvetenheten är en viktig del tidigt i en förändringsprocess, men att det är inte tillräckligt.

Problemformulering

Oroande många svenskar är fysiskt inaktiva och kommer inte upp i den konditionsnivå som krävs för att klara av arbetet och vardagen (Andersson & Johrén, 2012). På grund av den låga konditionsnivån är många så pass trötta att de inte klarar av någon meningsfull fritid. Även svenskarnas kostvanor försämras och fortfarande röker ca 1 miljon svenskar. Idag vet de flesta människor om hur man ska leva för att ha en hälsosam livsstil, men lever inte efter det. Många vill leva sunt, men lyckas inte ta steget för att nå sina mål till förändringen av livsstilen. Att öka den allmänna hälsoupplýsningen verkar inte vara någon tillräckligt effektiv metod för att påverka människors livsstil. Istället visar goda resultat på att individuella hälsosamtal med så kallade motiverande samtal, kan få människor att förändra sin livsstil i en hälsosam riktning (ibid). På vilket sätt kan en hälsoprofilbedömning där man använder sig av motiverande samtal, hjälpa människor till livsstilsförändring? Och vad krävs från individen själv för att finna motivation för att förändra sina levnadsvanor?

Syfte

Syftet med studien är att undersöka vad personer som gjort en hälsoprofilbedömning upplever som motiverande till förändring av livsstil.

Forskningsfrågor

Vad upplever intervjupersonerna att hälsosamtalet hade för effekt på motivationen till förändring av livsstil?

Vad upplever intervjupersonerna att mätningarna hade för effekt på motivationen till förändring av livsstil?

Vad upplever intervjupersonerna att cykeltestet hade för effekt på motivationen till förändring av livsstil?

Metod

Här presenteras vilken metod som jag använt i studien. Det omfattar vilket urval som gjorts, tillvägagångssätt, datainsamlingsmetod och val av analysmetod. Även de etiska problemen samt reliabilitet och validitet presenteras.

Datainsamling

Jag har valt att använda mig av metoden kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor. Anledningen till detta är att kvalitativa intervjuer är bra för att få en förståelse av vilka faktorer som styr det mänskliga beteendet (Cohen, Manion & Morrison, 2011).

Med kvalitativa intervjuer blir fokus riktat på informantens åsikter och hur informanten upplever olika situationer (Bryman, 2008; Cohen et al., 2011).

I en semistrukturerad intervju används en intervjuguide med specifika teman som har en viss struktur att utgå ifrån under intervjuens gång (Bryman, 2008). Frågorna behöver inte komma i den ordning som är skrivna och det är även önskvärt att låta intervjun röra sig i olika riktningar, där intervjudeltagaren har frihet att utforma svaren på eget sätt (ibid).

Ordningen i intervjun kan styras av frågorna, men det finns utrymme för spontanitet och jag som intervjuare kan även ställa följdfrågor som inte finns med i intervjuguiden för att få djupare svar (Cohen et al., 2011). Genom detta tillvägagångssätt ger det kunskap om vad intervjudeltagaren upplever sig vara viktigt. Med en semistrukturerad intervju blir det en öppen dialog med stor flexibilitet och frihet. Även om forskningsfrågorna och dess följd styr forskningsändamålet är svaren och formuleringarna helt upp till intervjudeltagaren (ibid).

Urval

Då det kan vara svårt att hitta personer som gjort HPB använde jag mig av ett snöbollsurval (Cohen et al., 2011). Vid ett snöbollsurval får forskaren först kontakt med ett antal människor som är av relevans för studien (vilket i denna studie är en företagshälsovård) och använder därefter dessa för att komma i kontakt med ytterligare relevanta deltagare (Bryman, 2008). Genom en företagshälsovård som ligger i en mellanstor stad i Norrland, som dagligen genomför HPB och som har kontakt med relevanta deltagare, fick jag kontakt med personer som tidigare gjort HPB.

Urvalskriterier var att informanterna skulle ha gjort HPB under den senaste månaden för att upplevelsen av HPB fortfarande skulle vara färskt i minnet. Jag ville få tag i minst tre informanter för att kunna få ett nog brett resultat, men inte fler än fyra för att hinna med att analysera respektive intervju. Samtliga intervjudeltagare som anmälde sig till att

delta nämnde att de gärna ställde upp och ville hjälpa studenter, då de själva tidigare studerat och är medvetna om svårigheterna i att få tag på informanter. En intervjudeltagare ville delta för att hon tyckte att studien verkade spännande och ville dela med sig av sin historia.

Tillvägagångssätt

Via företagshälsovården skickade jag ut missiv (se bilaga 4) och kom i kontakt med deras kunder som gjort HPB. Tre informanter som ville ställa upp på att bli intervjuade hörde av sig. Tyvärr valde en av informanterna att hoppa av och inte genomföra intervjun. Jag hörde av mig till min kontaktperson på företagshälsovården som mailade ut ett påminnelsemail till medarbetare som redan tidigare fått missivet skickat till sig. Efter detta mail fick jag tillräckligt med intervjudeltagare som ville ställa upp i studien och jag hade sammanlagt sex intervjuer, två direkta intervjuer och fyra telefonintervjuer. Anledningen till att det blev telefonintervjuer var att avståndet mellan mig och informanterna var för långt. Jag valde att göra fyra telefonintervjuer ifall någon intervju inte skulle vara användbar eller att någon deltagare skulle hoppa av. Efter de fyra gjorda telefonintervjuerna valde jag att använda mig av två. Dels för att tiden var för kort för att hinna analysera samtliga sex intervjuer och dels för att de två sista telefonintervjuerna inte ansågs lämpliga. En av telefonintervjudeltagarna hade genomfört HPB ca 3 månader tidigare, vilket låg utanför urvalskriterierna. Den andra borttagna telefonintervjun blev för kort och med för lite användbart resultat. Slutligen blev det två direkta intervjuer och två telefonintervjuer där samtliga var kvinnor.

Pilotintervjuer

När intervjuguiden (se bilaga 5) var färdig genomfördes två stycken pilotintervjuer för att säkerhetsställa att frågorna fungerade som jag hade tänkt mig. Vid intervjuundersökningar kan det visa sig att det finns problem med frågorna, exempelvis förståelse av frågorna, irrelevanta frågor eller att frågorna kommer i fel ordningsföljd. (Bryman, 2008). Pilotintervjuerna gjordes inte enbart för att säkerhetsställa om det gick att förstå frågorna, dess relevans och ordningsföljd, utan även för att få en klarhet i att undersökningen i sin helhet blir bra samt att jag som intervjuare får öva på att intervjua (ibid).

Pilotintervjuerna var även ett bra övningstillfälle för att se vilka svårigheter som kan uppstå. Hör man intervjun genom ljudinspelningen även fast intervjun tar plats i en stökig miljö? Går det att koncentrera sig på intervjun eller blir jag som intervjuare eller

informanten störd av omgivningen? Pilotintervjuerna genomfördes på två bekanta som tidigare under året gjort HPB för att de skulle kunna relatera till frågorna lättare än personer som inte genomfört en HPB. En av intervjuerna genomfördes på ett café just för att testa dessa ovannämnda svårigheter. Den andra pilotintervjun genomfördes i intervjudeltagarens hem. Jag lyssnade på inspelningarna efter intervjun, vilket gav mig tips på vad jag kunde tänka på till nästa gång. Till exempel, när intervjudeltagaren säger ”att det var bra”, vad menar hen med bra? Pilotintervjuerna gav mig även ett tillfälle att träna på semistrukturerade frågor som metod och testa om det gick att föra ett samtal mer än en intervju. Efter att ha prövat intervjuguiden kunde jag se att två av frågorna behövde byta plats. Även fast frågorna inte behövde komma i ordning föll det sig mer naturligt under intervjun att de bytte plats. Genom pilotintervjuerna kände jag att jag blev säkrare inför de kommande intervjuerna, både på intervjuguiden och att kunna fokusera på intervjudeltagarnas berättelse.

Direkta intervjuer

De direkta intervjuerna genomfördes på ett café som intervjudeltagarna själva hade bestämt plats och tid för. Varför det blev just dessa mötesplatser var att båda intervjudeltagarna ansåg att det kunde vara trevligt att ses på ett café. Båda intervjuerna började med lite småprat för att sedan övergå till information om studiens syfte, att deltagandet och resultatet kommer att behandlas konfidentiellt och användas endast i denna studie, samt att deltagaren när som helst kan avbryta sitt deltagande. Jag frågade om det var okej att spela in intervjun och respektive deltagare gav sitt samtycke. Intervjuerna började med lite lättare frågor för att sedan komma in på frågor som hade med studiens syfte att göra. Jag upplevde en lugn och bekväm stämning på respektive intervju, där det kändes lätt att ställa frågor och att intervjuerna flöt på mer som samtal än förhör, där intervjuguiden användes just som en guide.

Ett par gånger tappade en av informanterna bort sig själv om vad hon pratade om, då det kändes som hon hade väldigt mycket att dela med sig av, och jag fick guida henne tillbaka till grundfrågan. Vid stunder där intervjudeltagarna var korta i svaren, bad jag dem att utveckla, berätta mer eller frågade ”hur menar du då?” för att lättare få en förståelse av vad hon ville få fram samt att få ut ett bredare svar. Respektive intervju tog ca 30 minuter att genomföra

Telefonintervjuer

Vid de två telefonintervjuerna kom vi tillsammans överens om en tid för intervjun. Samtalet började med att jag berättade för deltagarna om studiens syfte, om att deltagandet och det de säger behandlas konfidentiellt, samt att de när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande. Båda intervjuerna spelades in efter samtycke från informanterna. Innan den första telefonintervjun kände jag mig mer nervös än vid de direkta intervjuerna. Men när vi väl började prata började nervositeten släppa. Båda intervjuerna började med frågor om vad de arbetade med och vad de gjorde på fritiden för att mjuka upp stämningen lite. Den första intervjun fortsatte med frågan ”Vad hade du för förväntningar inför hälsoprofilbedömningen?” och efter den frågan kändes det som att det var lättare att prata. Hon delade ingående med sig om händelser och upplevelser om hennes arbete, hälsa och livsstil. Den andra telefonintervjun började med lite allmänt prat om hur vädret var på respektive ort och fortsatte sedan med att jag förklarade syftet med studien. Intervjudeltagaren kändes redan från första stunden öppen och lätt att prata med och kom snabbt in på ämnet livsstilsförändring. Det kändes som att informanten hade en tydlig bild om vad hon ville dela med sig av och jag upplevde henne som glad och stolt över att få berätta om sin pågående livsstilsförändring. Även telefonintervjuerna flöt på mer som ett samtal än en intervju och även vid dessa intervjuer användes intervjuguiden som en guide. Telefonintervjuerna tog 40- 50 minuter att genomföra.

Etiska problem

I missivet som skickades ut till informanterna stod de etiska forskningsprinciperna: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Även innan intervjuerna började förklarade jag att deltagandet och allt som sägs under intervjun behandlas konfidentiellt, det är bara jag och min handledare som har tillgång till materialet, att intervjun endast kommer att användas till detta forskningsändamål och när uppsatsarbetet är färdigt kommer de inspelade intervjuerna att raderas, samt att informanten när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande.

Jag har tagit hänsyn till att inte nämna informanternas namn, vad de arbetar med, vilken ort de kommer ifrån men trots det kan det finnas problem med anonymiteten. Eftersom jag kom i kontakt med informanterna via en företagshälsovård kan det finnas en risk att den anställda på företagshälsovården, som utfört HPB på informanten, läser uppsatsen och hen känner igen resultatet och kan dra slutsatsen om vem/vilka informanterna är.

Dock har även den anställda på företagshälsovården tystnadsplikt om vad som sägs under HPB.

Det kan även finnas ett etiskt problem när två av intervjuerna genomfördes på café, vilket är en offentlig plats. Deltagandet ska vara anonymt och i den första intervjun var det en hel del folk runt omkring som kan ha lyssnat på vad som sagts. I den andra intervjun var det betydligt lugnare, men även där kan det ha funnits någon person som kan ha hört vad som sagts. Det kan även vara så att personer som vet om att jag gör denna studie, ser mig på ett café med en okänd person och kan då dra slutsatsen av att det är till uppsatsarbetet och informanten är då inte helt anonym.

Reliabilitet och validitet

Reliabilitet står för den omfattningen om en undersökning kan upprepas och andra forskare kan få samma resultat (Kvale & Brinkmann, 2014). Det handlar alltså om informanterna kommer att ge samma svar vid upprepad intervju som genomförs av andra personer eller av samma forskare, då samma resultat kräver samma svar. Även fast intervjufrågorna och dess följd styr forskningsändamålet är svaren upp till informanten (Bryman, 2008). Det är inte säkert att frågorna ställs i samma ordningsföljd, att det kommer samma följdfrågor eller att svaren blir samma när det är informanten och hans svar som styr intervjun (ibid). Det kan vara svårt att upprepa denna studie och få samma resultat, dels för att jag använder mig av semistrukturerade frågor där det även förekommer följdfrågor som inte finns med i intervjuguiden, dels för att frågorna kan tolkas olika av informanterna beroende på hur frågan ställs, till exempel som ledande frågor (Kvale & Brinkmann, 2014). Men eftersom frågorna har varit öppna och att informanten har fått svara som hon själv har tyckt stärks reliabiliteten.

Validitet står för om man undersöker det som avses att undersöka (Bryman, 2008). I denna studie har jag frågat informanterna vad som är motivation för dem, för att säkerhetsställa att vi pratar om samma sak just för att stärka giltigheten. När det kommer till intervjusvar kanske informanten omedvetet inte säger sanningen, men uttalandet kan ändå uttrycka sanningen om personen har den uppfattningen om sig själv (Kvale & Brinkmann, 2014). För att informanterna inte skulle hinna glömma bort hur det kändes innan, under och efter HPB och kunna ge ett så giltigt svar som möjligt, var därför ett av urvalskriterierna att informanterna skulle ha genomfört HPB under den senaste månaden när intervjun genomfördes (ibid).

Informanterna som deltog i studien var redan på god väg i sin påbörjade förändringsprocess. Eftersom att människor är i olika steg i förändringsprocessen och att det var få informanter med i studien kan det vara svårt att generalisera dessa resultat

Analysmetod

Efter de genomförda intervjuerna transkriberades respektive intervju. För att få en större överblick i vad som sagts läste jag igenom de transkriberade texterna ett flertal gånger och analyserade sedan resultaten genom innehållsanalys (Bryman, 2008).

Innehållsanalys är en lämplig metod för att få en bild av det intressanta innehållet, finna teman och mönster i de transkriberade texterna. Jag sökte efter det uppenbara och tydliga inslagen av teman som framkom ur texterna, men ville även komma åt det som inte var fullt så tydligt. De teman som dök upp ur texterna var sedan en hjälp till att besvara både syfte och forskningsfrågor (ibid).

Teorierna SOC och inre- yttre motivation som tidigare beskrivits i bakgrunden användes för att vidare analysera de transkriberade texterna. En jämförelse gjordes mellan beskrivningarna av de fem stegen i SOC och informanternas intervjuer för att undersöka var informanterna befann sig innan HBP och vid intervjutillfället, för att sedan kunna se hur beteendeförändringen påverkade inställning och handling samt om informanterna tog steg fram eller tillbaka i modellen. Utifrån intervjuerna tolkade och analyserade jag även hur informanterna upplevde motivation och vad som motiverade dem för att kunna tolka om det var inre eller yttre motivation och hur de påverkade dem i förändringsprocessen.

Resultatanalys

Här nedan kommer det analyserade resultatet att presenteras. De teman som dök upp genom innehållsanalysen var yttre motivation, inre motivation, möjligheter till förändring och samband mellan livsstil och hälsa.

Analys

Yttre motivation

3 av 4 informanter hade börjat med en förändringsprocess där fysisk aktivitet och kost stod i fokus. Även den fjärde informanten var fast besluten att påbörja sina fysiska aktivitetsvanor igen efter några månaders uppehåll. Det som sades av informanterna som påverkar dem i positiv riktning i förändringsprocessen var bland annat att kunna träna med sin pojkvän eller med kollegor och samtidigt känna att det ger dem

motivation till att fortsätta. En annan motivationsfaktor var att känna sig fin och snygg i kläder och att se bra ut för sin partner.

Jag tränar ju tillsammans med min pojkvän. Så jag följer med honom så det känns lite som att han drar ju igång mig. Så vi går ju och spinnar tillsammans. Det är som roligt att göra saker tillsammans, med sin pojkvän. (Informant 1)

Även att få positiv feedback från både vänner och kolleger visar sig vara en stärkande motivationsdel i förändringsprocessen.

Det var ju där när mina kollegor sa: ”men (...) har du gått ner i vikt”. Åh, tänkte jag. För jag upplever inte själv. Det gör jag inte direkt. Då får man en lite grann, en sån där boost tillbaka, att ja det kanske är så. (Informant 4)

Två av informanterna hade även inbokat en uppföljning av HPB 3 månader efter för att kunna se att förändringen går i rätt riktning. Informanterna berättade om att de ville börja med en mjukstart av fysisk aktivitet för att inte gå för hårt ut och skrämmas för att sedan falla tillbaka i gamla vanor igen, utan börja lugnare för att sedan kunna öka när det känna bra. Båda informanterna kände sig extra motiverade att visa vad som har förbättrats dessa månader och att de behöver ha uppföljningen som en slags ”morot” för att fortsätta med det nya beteendet, samt få feedback från Hälsoprofilbedömaren. De nämnde även att genom att se om det blivit positiva resultat, kan det göra att de känner sig mer motiverade att fortsätta med förändringsprocessen.

Inre motivation

Tre av informanterna pratade om att de ville ha god hälsa för att hålla sig friska. En av informanterna hade varit långvarigt sjuk och började nu känna att hon hittade tillbaka till livet igen och kände att ”Yes! Nu är jag igång”, medan de två andra informanterna ville hålla hälsan i styr för att inte blodtrycket skulle bli värre eller att de skulle drabbas av annan sjukdom.

En av informanterna var fast besluten att ta tag i träningen igen efter några månaders uppehåll. Hon hade tagit uppehåll i träningen på grund av hög arbetsbelastning och inte haft ork till aktiviteter efter arbetsdagens slut. Genom HPB visade det sig att konditionen hade blivit sämre och detta blev en motivationsfaktor för henne att ta tag i träningen för att konditionen inte ska försämrats ytterligare. Här kom det även till uttryck att träningen var viktig för välmående, samt att bibehålla andra bra värden som blodtryck och vikt. Även en annan av informanterna upplevde att efter att ha fått

mätningarna i HPB bekräftade, att hon hade ökat i vikt och befann sig i åtgärdsgruppen risk för ohälsa, gav det henne extra motivation att ta tag i hälsan.

Jo, men jo. men det var särskilt efter HPB när jag såg den här konditionsnivån, när jag låg på en godkänd nivå, att nu måste jag ta tag i det här så det inte blir underkänt. Jag känner ju som att jag har varit för still. Att jag vet om det och nu blev det ju som nästan bevisat. Måste bibehålla alla bra värden för jag har ju det här i släkten med högt blodtryck och höga kolesterol värden..halter och jag har ju det här i släkten så jag måste verkligen. Och sen är det ju för att jag mår bra och att jag håller vikten. För när jag spinnar så är det högintensivt och då håller jag vikten. Det är jätte viktigt för mig.
(Informant 1)

Även de andra informanterna pratade om att de ville ha en hälsosam kropp, vill vara piggare, vara en glad mamma och leva längre. Vilket gjorde att de kände att det skulle vara lättare att bibehålla förändringen då de gör det för sin egen- och sin hälsas skull. En informant nämnde även att viljan fanns där redan innan och att hon nu vill ge plats för träning.

Och sen också att jag hade lite innan, att jag vill ju faktiskt inte ha dåligt hälsa. Jag vill ju faktiskt må bra, vara piggare, och orka vara en glad mamma. Så någonstans jag hade ju viljan redan innan. (Informant 3)

Så att, den gången var det ju lite, i och för sig jag vart ju jätte glad för att jag gick ner i vikt, självklart. Men den här gången, det här är ju någonting jag själv har bestämt, att nu jäklar. Jag vet inte men då tror jag att kanske att det går bättre. Eller jag tror inte, utan det ska gå bättre. (Informant 4)

Möjligheter till förändring

Något som samtliga informanter pratade om var vad som motiverar dem och hur de ska få in förändringen i vardagen. En av informanterna pratade om att tiden har varit knapp, men nu när det lugnat ner sig på arbetet kan hon gå vidare och tänka mer på sin hälsa igen. Hon upplevde att det motiverande samtalet inte hade någon effekt på hur hon ser på sin hälsa eller hur hon ska göra sin förändring. Istället var det mätningarna av vikt, blodtryck och konditionstestet som gav henne motivation till att ta tag i träningen igen. Hon pratade redan bestämt om när och hur hon skulle boka in sig på träningspass för att komma igång med träningen. Ur intervjun kan man se att informanten tidigare har varit

i handlingsstadiet i SOC, men fallit tillbaka ner i begrundanstadiet och nu är på beslutsstadiet där det visar att hon är fast beslutsam med att ta tag i förändringen igen.

De andra tre informanterna har efter HPB tagit steg upp i SOC och befinner sig nu i handlingsstadiet. Informanterna beskrev HPB som en hjälp att se hur man kan göra förändringar utifrån sina egna förutsättningar för att bli mer hälsosam. En av informanterna har sitt bröllop om 9 månader som motivationsfaktor till att gå ner i vikt, därför ville hon göra förändringar i kosten. Hon pratade om att hon har vetat innan vad som behövs göras, men under MI gick det upp för henne hur hon ska gå tillväga och vad hon själv kan göra för att nå de positiva förändringarna för hälsan. Hon pratade även om att cykeltestet inte visade lika bra resultat som väntat och att genom MI blev det en ögonöppnare på vad hon själv kan göra. Hon tränar redan regelbundet men ska börja med att ta i mer på sina träningspass för att det ska bli mer pulshöjande eller att ha mer framförhållning och promenera istället för att ta bilen. En andra informant beskrev hur hälsosamtalet hade gett en mer positiv känsla av att det inte är kört. Tillsammans med HPB rådgivaren hade de tittat på livssituationen som helhet, lagt fokus på framtiden och även här pratade hon om vad hon själv kan göra för att få bättre hälsa, samt att det kändes motiverande att ge plats för träning varje vecka. De tre informanterna nämnde även att HPB var en icke dömande atmosfär, att de kände sig mer peppade inför att göra en förändring och att det krävs mindre ansträngning än vad de trodde för att få väldigt mycket positiva hälsoeffekter tillbaka.

*Att jag behöver inte träna två pass om dagen, liksom, vecka efter vecka. Det kan räcka
mad att jag gör lite mer än vad jag gör nu, så det var ju som en liten morot att se, ja
men herre gud det behövs ju faktiskt inte så mycket, och vilken skillnad det kan göra a
att jag kanske promenerar en gång till varje vecka. Så det tyckte jag var en morot.*

(Informant 3)

*Det kändes bra, för man får sån insikt i hur, asså. Självklart har man alltid vetat vad
man kan göra för att bli mer hälsosam. Det finns ju tusen grejer man kan göra, men här
var det verkligen. Här gick det upp att på riktigt. Att jag sitter verkligen stilla väldigt
mycket på min fritid. Jag skulle kunna ha en mer aktiv fritid. Det behöver inte vara att
såhär att jag ska ut och köra mountainbike varje ledig timme, utan att man skulle
faktiskt kunna ändra sina vanor lite grann.* (Informant 2)

Två av informanterna pratade också om att genom HPB har de fått mer kunskap om hälsa. Att kunna rådfråga någon som är utbildad och har kunskap inom ämnet om hur de

kan göra i vissa situationer. En informant berättade att hon blev stillasittande när hon var förkyld, men genom återkoppling från HPB rådgivaren gav det henne tips och motivation att röra på sig även fast hon var förkyld, dock efter sin egen förmåga.

En av informanterna som hade varit sjuk i cancer och haft hjärtproblem kände en positiv känsla i kroppen, där motion i form av att bära ved och vatten gett henne mer styrka och känslan av att det är lättare att röra på sig. Genom att ta vara på den positiva känslan hade informanten börjat röra på sig och tänka på kosten. Hon pratade om sina krämpor och problem med knän och fötter, men vill se möjligheterna istället för svårigheterna till att få bättre kondition och gå ner i vikt.

Jag har ju även, jag har lite småkrämpor här, jag har problem med fötterna och knäna, men det är ju liksom ingenting jag skyller ifrån mig. För det är ju samma sak nu så, jag far och går och jag kan ju faktiskt få väldigt ont i fötterna, men då brukar jag tänka så, då är jag tjurig och tänker, att nä nu ska jag gå här för den här svängen skulle jag att gå. För jag vet ju att det ger med sig när jag suttit en stund. (Informant 4)

Samband mellan livsstil och hälsa

Det som märktes tydligt i respektive intervju var att informanterna kunde se sambanden mellan deras livsstil, deras beteendeförändring, deras hälsa och att deras motivation påverkades positivt.

Två informanter kunde även se skillnad i hur deras beteenden varit innan de gjort förändringen och hur de tänker och handlar nu. Båda informanterna påpekar att deras krämpor har blivit mindre sedan de börjat röra på sig mer, samt att de äter godis nu men till skillnad från tidigare inte i samma stora mängd. Ena informanten försöker istället se det som något positivt. Nu rasar inte allt för att hon tar en kaka, utan hon kan istället äta en kaka för att hon varit duktig. Före beteendeförändringen tog hela kakburken slut, om hon öppnade locket. Ena informanten berättar att hon mår mycket bättre mentalt, medan den andra känner att hon behöver jobba på den mentala biten för att inte få dåligt samvete över utebliven träning, samt om hon äter någonting onyttigt.

Ja absolut. Och jag är inte heller lika sugen på, alltså jag äter ju godis det ska inte stickande stolen, det gör jag ju, men nu kan göra utan att få ångest över det. För att nu vet jag ändå så här att det går kanske plus minus noll, men det går i alla fall inte bara plus. Och sen även att jag har inte lika ont i ryggen, jag har haft problem med både rygg och knän och det har jag inte nu. (Informant 2)

Och sen försöker jag också tänka på i sommar när vi fikade, att tänkte såhär att då var det ju inte bara en kaka, då var det flera kakor. Så jag försöker som använda det från sommar till nu, att göra om det till någonting positivt. (Informant 4)

Samtliga informanter poängterade att de mår bra av att röra på sig, att motionen hjälper till att bland annat hålla vikten, minskar värk i rygg och fötter. En informant pratade om hur den fysiska hälsan hänger ihop med andra delar av hälsan. Hon hade tidigare upplevt mycket stress på arbetet som även påverkade den fysiska hälsan negativt där bland annat blodtryck och kondition behövde förbättras.

De två informanterna som skulle på återbesök för HPB 3 månader senare ansåg att det kommer att vara lättare att fortsätta med förändringen om de ser resultat av den ökade fysiska aktiviteten och förändringen av kosten. En deltagare uttryckte att genom att börja med fysisk aktivitet kanske de andra hälsfaktorerna som låg på ökad hälsorisk ger med sig.

Och då fick jag ju välja vad jag liksom ville sätta fokus på och då kände jag konditionen. För att, Om jag har fokus på den så ger ju sig det andra också. Då kommer det kanske påverka vikten lite grann vilket i sin tur ger bättre syreupptagning och det kanske blir ännu lättare att utföra pulshöjande aktiviteter och gör jag även det regelbunden så kommer även blodtrycket bli stabilare. Så det blir ju en god spiral. (Informant 3)

Även liknande hälsosamband uttrycktes av de andra informanterna: högintensiv träning ger bra effekt på blodtrycket och håller en bra vikt. Genom att gå ner i vikt håller fötterna bättre och viktnedgången ger motivation till att fortsätta. Rörelse ger mer ork och energi, konditionen blir bättre, värk i rygg och knän minskar, samt att rörelse påverkar den mentala hälsan positivt.

Metoddiskussion

Jag valde att göra kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor och anser att det var en passande metod eftersom att varje informant har en egen berättelse och olika mycket att dela med sig av sina upplevelser av att göra en HPB. Med några av informanterna var det bra att börja med lite lättare frågor för att känna av stämningen, medan en av informanterna kände sig redo att berätta om förändringen på en gång. Detta gjorde att semistrukturerade frågor passade in bra, då frågorna inte behöver komma i ordning. Det var även lättare att föra en dialog mellan mig som intervjuare och

informant, då frågorna kunde komma i den ordningen som passade, samt att det var lätt att ställa följdfrågor som dök upp under intervjuens gång.

Intervjun hade kunnat ta en annan riktning och gett andra svar om jag varit en mer erfaren intervjuare. Dock anser jag i och med min utbildning och erfarenhet i HPB där det ingår att föra ett motiverande samtal med öppna frågor stärks reliabiliteten, då frågorna inte varit styrande. Det ingår även att vara en bra lyssnare och se samband med vad klienten säger och kunna ställa följdfrågor och därmed kunde jag ta med mina kunskaper och erfarenheter och använda i intervjuerna. Detta anser jag gav djupare svar och ett brett resultat. För att stärka validiteten skulle informanterna ha genomfört HPB under den senaste månaden för att inte hinna glömma bort hur det kändes innan, under och efter HPB. Dock kan minnet vara en bristande faktor i informanternas svar i och med att uppfattning om upplevelser kan ändras med tid. Men efter att lyssnat på- och läst igenom de transkriberade intervjuerna ett antal gånger, upplever jag att genom att tolka hur informanterna berättade om sig själva och i vilket sammanhang, att svaren var genuina.

Att ha både telefon- och direkta intervjuer upplever inte jag som något problem i hur resultaten blev. Telefonintervjuerna som jag trodde skulle bli kortare var de längsta och mest ”fylliga” intervjuer. Det kan vara att informanten känner sig mer bekväm, då det inte blir ett personligt möte och därför har lättare att dela med sig av sina erfarenheter. Det jag tyckte var negativt med telefonintervjuerna var att jag som intervjuare, som mestadels lyssnade på informanten, kan upplevas mer stel och ointresserad än om det var ett personligt möte. Jag visade ett aktivt lyssnande med ord som okej, mm, jaha. Men eftersom att varken jag eller dem kunde se varandras ansiktsuttryck, upplevdes det mer opersonligt, än vid de direkta intervjuerna.

Jag använde mig av innehållsanalys för att analysera intervjuerna. Jag ville se om de olika intervjuerna kunde ha liknande mönster och teman för att sedan kunna se ett samband mellan dem. Det är i stort sett omöjligt att finna mönster och teman som inte innefattar en viss del av tolkning från min sida (Bryman, 2008). Det kan betyda att man tenderar att tolka vissa formuleringar och uttryck på ett förbestämt sätt (Bergström & Boréus, 2012). Men genom att transkribera intervjuerna och läsa igenom dem ett antal gånger, fick jag större förståelse av vad informanterna har sagt och i vilket sammanhang för att kunna analysera och tolka resultatet på bästa möjliga sätt.

Eftersom att det var intervjudeltagare som redan var på god väg till att börja med- eller redan var igång med beteendeförändringen, kan resultatet ha blivit annorlunda om det var informanter som ville delta där de fortfarande var i tidiga stadier i SOC, som förnekelse- eller begrundanstadiet. Där hade det kunnat visa andra resultat om informanten varken var redo eller hade viljan till förändring. Det var bara kvinnor som var intervjudeltagare och det hade varit intressant att se om det hade varit någon skillnad om de varit män. Eftersom att människor befinner sig i olika steg i förändringsprocessen, att det endast var fyra deltagare med samt att det enbart var kvinnor med blir resultatet unikt för dessa kvinnor och kan inte generaliseras. Informanterna som deltog i studien var redan på god väg i förändringen, vilket även kom till uttryck av att det var därför några informanter valde att ställa upp på intervju. Dock anser jag att genom att jag har tolkat och analyserat vad informanterna berättat i intervjuerna är resultatet trovärdigt.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att informanterna upplever mer motivation till förändring efter genomförd HPB, att samtliga har tagit steg framåt i SOC och att det som motiverade dem var bland annat att de ville ha en hälsosam kropp, vara en gladare och piggare person, minska risken för sjukdomar, ha en hälsosam vikt, samt att bibehålla de fysiska värdena som var bra. En annan viktig motivationsfaktor till att påbörja förändringsprocessen var att det krävdes lite förändring i beteendet för att få många positiva hälsoeffekter tillbaka.

Cykeltestet och mätningarna gav ett resultat på hur den fysiska hälsan såg ut hos informanterna. Men trots att dessa tester gav ett resultat och motivation till att kunna förbättra resultaten, menade tre av fyra informanter att det var MI som gav den kunskap och förståelse i hur de skulle gå tillväga för att förbättra testerna och samtidigt förbättra sin hälsa. Informanterna berättade om hur MI hade hjälpt dem att se på helheten och få klarhet i vad som krävdes för att göra förändringen. I studien Abula et al. (in press) kunde man se att kunskapen var en viktig faktor för att bli mer medveten om vad som krävs för att ta ett steg framåt i SOC, men att de krävdes ytterligare metoder för att deltagarna skulle ta sig till handlingsstadiet. Liknande stämmer även i på informanterna i den aktuella studien där en informant berättade om att hon hade kunskapen om hur man kan göra för att göra en förändring, men genom MI fick hon hjälp till vad som krävs av henne och hur hon själv kan sätta förändringen i handling. Samma med två

andra informanter som genom MI fick mer klarhet i hur de skulle gå tillväga för att genomföra förändringen utifrån deras egna förutsättningar. Detta resulterade i konkret handlande samt att informanterna tog steg framåt i SOC till handlingsstadiet. Även fast den fjärde informanten tyckte att MI inte hade gett någon effekt på hur hon ser på sin hälsa och vad hon kan göra för förändring, kan det ha påverkat indirekt. I studien Resnicow et al. (2001) skrivs det om att MI ibland kan fungera som en påminnelse till att göra förändringen, vilket kan relateras till den fjärde informanten i denna studie. Informanten menade att det var mätningarna samt konditionstestet som gav henne motivation till att ta tag i förändringen igen. Men det kan samtidigt ha varit frågor som ställts av rådgivaren ur MI perspektiv som lockat fram den inre motivationen till informanten.

Madson et al. (2015) skriver att om klienten är redo, är det lättare att göra en förändring samt att få ett bättre resultat, vilket kan stämma in på informanterna även i denna studie. En informant hade redan veckan innan HPB påbörjat sin förändring, en annan informant hade redan innan vilja, en tredje ett tydligt mål att jobba efter samt den fjärde såg möjligheten till att börja med förändringen igen. Samtliga informanter gav det intryck om att vara redo till förändringen, där genom innehållsanalysen tolkas de som både motiverande inre och yttre faktorer. En informant pratade om att vid tidigare förändringar fanns det inte den inre motivationen, utan att det bara var de yttre social faktorerna som hade spelat roll och det blev ett återfall till gamla vanor igen. I studien av Granberg (2010) kan man se liknande resultat, att genom inre motivation är det lättare att bibehålla den nya förändringen. Informanterna i den nuvarande studien pratar vidare om faktorer som påverkar deras motivation som även här kan genom innehållsanalysen tolkas som inre motivation. En informant uttryckte sig tydligt till att denna gång gör hon det för sin egen skull. En annan informant pratade om att känna sig redo-, att det finns utrymme- och har viljan till förändringen, de tre delarna som Miller & Rollnick (2002) tar upp. Tidigare var hennes enda fokus på att bli mindre stressad. Hon hade viljan redan innan till förändringen men genom att ha fått kontroll över sin stressade situation känner hon sig redo till att ge plats för att förbättra andra delar av hälsan.

Informanten som befinner sig i beslutsstadiet, kan enligt Barth & Näsholm (2006) visa på en tydlig inledande beteendeförändring där det inte längre bara är prat, utan informanten berättar nu tydligt om att hon ska, när och hur hon ska göra för att ta tag i

förändringen igen. Även Erol & Erdogan (2008) skriver om hur tankarna och beteendet förändras i vilket steg i SOC man befinner sig i. Tidigare såg ovannämnda informant ett hinder med arbetet, men kan nu se de negativa effekterna som den inaktiva tiden har gett på konditionen, vilket gett henne mer motivation till att ta tag i förändringen igen. De informanterna som befinner sig i handlingsstadiet, verkar se fler fördelar än nackdelar med förändringen, samt inse att genom att ändra på den fysiska aktiviteten kan de få tillbaka positiva hälsoeffekter på andra delar av hälsan, som exempel vikten och jämnare blodtryck.

Två av informanterna pratar om risken i att falla tillbaka till gamla vanor om förändringen blir för krävande, vilket även Wilson et al. (2005) tar upp i sin studie. Men genom att börja lugnt med måttlig mängd fysisk aktivitet för att sedan öka mängden, menar informanterna att det kan vara lättare att bibehålla förändringen. Något som även det relaterar till resultaten i studien av Wilson et al. (2005).

Slutsats

Mätningarna och konditionstestet i en HPB är en motiverande faktor där deltagarna får svart på vitt vad resultatet är. Medan det motiverande samtalet i en HBP är en viktig del för att klienterna ska veta hur de själva ska gå tillväga för att genomföra en förändring utifrån sina egna förutsättningar, samt en hjälp för att se sambanden mellan mätningarna, konditionstesten och resterande hälsodelar. Detta betyder alltså att HPB som helhet är en bra metod för livsstilsförändring.

Vidare forskning

Nästa steg skulle kunna vara att göra en större studie där man inkluderar både män och kvinnor som gjort HPB och får följa deltagarna under en längre tid för att se om det sker en förändring och om förändringen håller i sig eller inte. Blir det någon skillnad i förändringsprocessen med fler MI och påverkar mängden MI upprätthållandet av förändringen? Det hade även varit intressant att se hur personer som befinner sig i början av SOC, alltså i förnekelsestadiet, påverkas av HPB samt om MI fungerar lika bra på båda könen i de olika stegen i SOC, eller krävs det olika metoder beroende på vilket kön eller det steg i förändringsprocessen dem befinner sig på?

Referenser


- Abula, K., Gröpel, P., Chen, K., & Beckmann, J. (in press). Original article: Does knowledge of physical activity recommendations increase physical activity among Chinese college students? Empirical investigations based on the transtheoretical model. *Journal Of Sport And Health Science*, 1-6. doi:10.1016/j.jshs.2016.10.010
- Andersson, G. & Johrén, A. (2012). *Hälsosammare livsstil, bättre ekonomi: för individ, organisation och samhälle*. (1. uppl.) Danderyd: HPI Health Profile Institute.
- Andersson, G. & Ljusenius, T. (2012). *Handbok för hälsoinspiratörer*. (1. uppl.) Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Andersson, G. & Malmgren, S. (1989). *Två studier som belyser hälsoprofilbedömning som instrument för screening och beteendepåverkan*. Linköping: H.O.S. Profilen.
- Arén, A. & Ljusenius, T. (2003). *Mår du som du förtjänar?: hitta vägen till välbefinnande för individ och organisation*. (1. uppl.) Stockholm: Prevent.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2011) *Research methods in education*. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge, 6:e upplagan.
- Cummings, S., Cooper, R., & Cassie, K. (2009). Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research On Social Work Practice*, 19(2), 195-204.
- Dray, J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 558-565. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.005
- Erol, S., & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education And Counseling*, 72(1), 42-48. doi:10.1016/j.pec.2008.01.011
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016: årlig rapport*. Halmstad: ISY Information System AB. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>

- Hallberg, L.R. (2010). *Hälsa och livsstil: forskning och praktiska tillämpningar*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- HPI Nordic (u.å.a). *Hälsoprofilbedömning*. Hämtad 14/11, 2016. Från Health profile institute, <https://www.hpinordic.se/metoder/halsoprofilbedomning/>
- HPI Nordic (u.å.b). *Motiverande samtal: Hälsoprofilbedömning är tvärvetenskapligt förankrad inom medicin, fysiologi och beteendevetenskap*. Hämtad 14/11, 2016. Från Health profile institute, <https://www.hpinordic.se/metoder/halsoprofilbedomning/halsoprofilbedomning-del-4/>
- HPI Nordic (2015). *Utbilda dig till hälsoprofilbedömare*. Växjö
- Iarussi, M. M. (2013). Examining How Motivational Interviewing May Foster College Student Development. *Journal Of College Counseling*, 16(2), 158-175.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Madson, M. B., Mohn, R. S., Schumacher, J. A., & Landry, A. S. (2015). Measuring Client Experiences of Motivational Interviewing during a Lifestyle Intervention. *Measurement And Evaluation In Counseling And Development*, 48(2), 140-151.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2003). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. (2. utg.) Norrköping: Kriminalvårdens förlag
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., & Baranowski, T. (2001). A Motivational Interviewing Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intake Through Black Churches: Results of the Eat for Life Trial. *American Journal Of Public Health*, 91(10), 1686-1693.
- Statens folkhälsoinstitut, Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2008). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Wilson, K., Senay, I., Durantini, M., Sánchez, F., Hennessy, M., Spring, B., & Albarracín, D. (2015). When it comes to lifestyle recommendations, more is sometimes less: A meta-analysis of theoretical assumptions underlying the effectiveness of interventions promoting multiple behavior domain change. *Psychological Bulletin*, 141(2), 474-509. doi:10.1037/a0038295

Young, T. L., Gutierrez, D., & Hagedorn, W. B. (2013). Does Motivational Interviewing (MI) Work With Nonaddicted Clients? A Controlled Study Measuring the Effects of a Brief Training in MI on Client Outcomes. *Journal Of Counseling & Development, 91*(3), 313-320. doi:10.1002/j.1556-6676.2013.00099.x

Bilagor

Bilaga 1

 FRÅGEFORMULÄR								
FÖRNAMN (VÄNLIGEN TEXTA) <input type="text"/>		EFTERNAMN (VÄNLIGEN TEXTA) <input type="text"/>						
PERSONNUMMER (AAAAAMMDD-XXXX) <input type="text"/>		Alla frågor gäller den SENASTE MÅNADEN. <i>Markera med kryss.</i>						
FRITID Jag är nöjd med mina fritidsvanor ...	Inte alls <input type="checkbox"/>	I låg grad <input type="checkbox"/>	Delvis <input type="checkbox"/>	I hög grad <input type="checkbox"/>	I mycket hög grad <input type="checkbox"/>			
FYSISK AKTIVITET Jag motionerar/tränar ... Jag vardagsmotionerar, minst 10 min/tillfälla, då jag blir lätt andfådd och får ökad puls ...	Aldrig <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	1 gång/v <input type="checkbox"/>	2 ggr/v <input type="checkbox"/>	3 ggr/v <input type="checkbox"/>	4 ggr/v <input type="checkbox"/>	5 ggr/v <input type="checkbox"/>	6 ggr/v eller mer <input type="checkbox"/>
		Markera på linjen nedan och skriv antalet min/v:						
		0 min/v 75 min/v 150 min/v 225 min/v 300 min/v						
STILLASITTANDE Jag sitter stilla på arbetet ... Jag bryter mitt stillasittande på arbetet var 30:e minut genom att åtminstone ställa mig upp ... Jag sitter stilla på fritiden ... Jag bryter mitt stillasittande på fritiden var 30:e minut genom att åtminstone ställa mig upp ...	Nästan all tid <input type="checkbox"/>	75 % av tiden <input type="checkbox"/>	50 % av tiden <input type="checkbox"/>	25 % av tiden <input type="checkbox"/>	Nästan ingen tid <input type="checkbox"/>			
	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Mycket ofta <input type="checkbox"/>			
	Nästan all tid <input type="checkbox"/>	75 % av tiden <input type="checkbox"/>	50 % av tiden <input type="checkbox"/>	25 % av tiden <input type="checkbox"/>	Nästan ingen tid <input type="checkbox"/>			
	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Mycket ofta <input type="checkbox"/>			
KOST Mina kostvanor avseende både regelbundenhet och innehåll är ...	Mycket dåliga <input type="checkbox"/>	Dåliga <input type="checkbox"/>	Varken bra eller dåliga <input type="checkbox"/>	Bra <input type="checkbox"/>	Mycket bra <input type="checkbox"/>			
ALKOHOL Jag dricker alkohol ...	4 ggr/vecka eller mer <input type="checkbox"/>	2-3 ggr/vecka <input type="checkbox"/>	2-4 ggr/månad <input type="checkbox"/>	1 gång/månad eller mer sällan <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
TOBAK Jag rökar ... Jag snusar ...	20 cig/dag eller mer <input type="checkbox"/>	11-19 cig/dag <input type="checkbox"/>	1-10 cig/dag <input type="checkbox"/>	Vid enstaka tillfällen/"feströkar" <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
	1 dosa/dag eller mer <input type="checkbox"/>	4-6 dosor/vecka <input type="checkbox"/>	2-3 dosor/vecka <input type="checkbox"/>	Vid enstaka tillfällen/Högst 1 dosa/vecka <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
MEDICIN Jag använder värktabletter ... Jag använder sömnmedel ... Jag använder magmedicin ... Jag använder stämningsreglerande ... Övrig medicin:	Mycket ofta <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
UPPLEVDA SYMPTOM Jag har rygg-/ nackbesvär ... Jag har värk ... Jag har sömnsvårigheter ... Jag har magbesvär ... Jag upplever trötthet ... Jag upplever oro, nedstämdhet eller ångest ... Övriga symptom:	Mycket ofta <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
UPPLEVD STRESS Jag känner mig stressad på arbetet ... Jag känner mig stressad avseende hela livssituationen , även arbetet ...	Mycket ofta <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Aldrig <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ÅTERHÄMTNING Min sömn är ... Utöver sömnen, ger jag mig tid till återhämtning ...	Mycket dålig <input type="checkbox"/>	Dålig <input type="checkbox"/>	Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/>	Bra <input type="checkbox"/>	Mycket bra <input type="checkbox"/>			
	Aldrig <input type="checkbox"/>	Sällan <input type="checkbox"/>	Då och då <input type="checkbox"/>	Ofta <input type="checkbox"/>	Mycket ofta <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
UPPLEVD HÄLSA Jag upplever att min hälsa till kropp och själ är ...	Mycket dålig <input type="checkbox"/>	Dålig <input type="checkbox"/>	Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/>	Bra <input type="checkbox"/>	Mycket bra <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bilaga 2

Borg RPE Skalan – Upplevd ansträngning

6	INGEN ANSTRÄNING ALLS
7	EXTREMT LÄTT
8	
9	MYCKET LÄTT
10	
11	LÄTT
12	
13	NÅGOT ANSTRÄNGANDE
14	
15	ANSTRÄNGANDE
16	
17	MYCKET ANSTRÄNGANDE
18	
19	EXTREMT ANSTRÄNGANDE
20	MAXIMAL ANSTRÄNGNING

Åtgärdsgruppsindelning

Risk-faktorer

Kost	Svarsalt. 1 – 3
Rökning	Svarsalt. 3 – 4
Snusning	Svarsalt. 1 – 4
Alkohol	Svarsalt. 2
Någon medicin - ej övriga mediciner	Svarsalt. 2
Något symptom - ej övriga symptom	Svarsalt. 2
Upplevd stress - hela livssituationen eller enbart på arbetet	Svarsalt. 2
Upplevd ensamhet - hela livssituationen	Svarsalt. 2
Upplevd hälsa	Svarsalt. 2 – 3
Konditionsnivå	Testvärdet graderat 2
Övervikt / Undervikt	Hälsoprofilbedömarens bedömning
Diabetes	Ja
Blodtryck/Hjärtkärmedicin	
1. Högt uppmätt blodtryck: 140/90 eller högre. OBS att diabetikers gränsvärden är 140/85.	
2. Diagnosticerat högt blodtryck.	
3. Medicin påverkande hjärtkärssystemet.	

Observera att förhöjt blodtryck, diagnosticerat högt blodtryck respektive medicin påverkande hjärtkärssystemet i kombination endast ger 1 riskfaktor!

Högrisk-faktorer

Fysiskt inaktiv	Mindre än 150 "måttliga" min/v
Konditionsnivå	Testvärdet graderat 1
Rökning	Svarsalt. 1 – 2
Alkohol	Svarsalt. 1
Något symptom - ej övriga symptom	Svarsalt. 1
Upplevd stress - hela livssituationen eller enbart på arbetet	Svarsalt. 1
Upplevd ensamhet - hela livssituationen	Svarsalt. 1
Upplevd hälsa	Svarsalt. 1

Observera att "Fysiskt inaktiv" i kombination med "Konditionsnivå/Testvärde graderat 1 ur ett hälsoperspektiv" endast ger 1 högriskfaktor!

Åtgärdsgruppsindelning

Röd riskgrupp	Minst 4 riskfaktorer	Stort behov av livsstilsförändring eller åtgärd
Gul riskgrupp	3 riskfaktorer	Behov av livsstilsförändring eller åtgärd
Ljusgrön friskgrupp	1 eller 2 riskfaktorer	Bra livsstil och hälsodata
Grön friskgrupp	Ingen riskfaktor	Mycket bra livsstil och hälsodata

Observera att en deltagare direkt tillhör:

- **Gul riskgrupp** om deltagaren har en högriskfaktor.
- **Röd riskgrupp** om deltagaren har minst två högriskfaktorer.

Bilaga 4



Missiv

Hej,

Har du nyligen gjort en Hälsoprofilbedömning och vill berätta om hur din motivation till livsstilsförändring ser ut nu några veckor efter? Då är du den jag söker. Jag söker personer att intervjua och intervjun kommer att ta ca 1 timme och jag hoppas att du har möjlighet att delta.

Mitt namn är Cecilia Hallebjörk och jag är student på Hälsopedagogiska programmet på Högskolan i Gävle och nu är jag inne på min sista termin och skrivandet av mitt examensarbete inom området pedagogik. Mitt examensarbete kommer att handla om motivation till livsstilsförändring. I våras besökte jag Kirunahälsan för fältstudier och är nu tillbaka för att göra Hälsoprofilbedömningar på personalen här.

Syftet med examensarbetet är att undersöka hur motivationen till förändring/förbättring av livsstil ser ut hos personer som gjort hälsoprofilbedömning.

Deltagandet är frivilligt och om du skulle vilja kan du när som helst avbryta intervjun och därmed ditt deltagande. Ditt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet kommer enbart att användas i detta forskningsändamål.

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Cecilia Hallebjörk hhp14chk@student.hig.se

Åsa Carlson asa.carlsson@hig.se

Bilaga 5

Intervjufrågor

1. Vad jobbar du med?
2. Är det ett stillasittande jobb?
3. Hur ser din fritid ut?
4. Har du tidigare gjort en hälsoprofilbedömning eller motsvarande? (och då menar jag inte den som du gjort den senaste månaden)
5. Vad hade du för förväntningar innan hälsoprofilbedömningen?
6. Hur upplevde du att miljön var under tiden du gjorde hälsoprofilbedömningen? (trygg/lugn/stressad?)
7. Hur kändes det att diskutera din hälsa? (vikt, kost, träning, alkoholvanor m.m.)
8. Vad är motivation för dig?
9. I vilket/vilka sammanhang har du tidigare upplevt att du är motiverad för någonting?
10. Hade hälsosamtalet någon påverkan på hur du ser på din hälsa?
-Om ja, hur påverkades du?
11. Hade resultatet av mätningarna (alltså vikt, midjemått, BMI, blodtryck) någon påverkan till hur du ser på din hälsa?
- Om ja, hur påverkades du?
12. Hade resultatet av cykeltestet någon påverkan till hur du ser på din hälsa?
-Om ja, hur påverkades du?
13. Blev du motiverad till förändring för att förändra din livsstil efter att du gjorde hälsoprofilbedömning?
- Om ja, vad var förändringen?
14. Om det skett en livsstilsförändring efter hälsoprofilbedömningen, tror du att förändringen kommer att bli bestående?
- Om ja, varför?
15. Har du tidigare gånger provat göra en/flera livsstilsförändring?
- Har det hållit i sig? Varför/varför inte?
16. Tyckte du att det var någonting som saknades i hälsoprofilbedömningen?

