



Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi

*Vad har ett kost- och motionsprogram för effekter på
nattarbetande restaurantanställda kvinnors
subjektiva och objektiva hälsa?*

*Marie Sandh
januari 2009*

C-nivå
15 högskolepoäng

Vetenskaplig uppsats
Handledare: Ingela Enmarker
Examinator: Marcello Ferrada-Noli

Abstract

Sandh, Marie (2009). *What is the effect on subjective and objective health when using a diet and exercise program?* An essay at C-level in science of public health, institution of Education and Psychology, University of Gavle.

More than a third of Swedens population is currently working odd hours. Nightshifts do increase risks of unhealth. The purpose of this intervention study was to describe and compare if the subjective and objective health of night working women was changed, before and after the introduction of a compendium with health and excercise advise, indicated by two health examinations. The sample consisted of women in the ages of 20 to 25 years. All of the women were regularly working nightshifts at a resturant during the weekends and had problems with eating and excercising. The result in the first health examination indicated that none of the women was in good shape nor did they have a healthy diet, which also was confirmed by the women. After the intervention the results indicated that the women had better routine regarding their diet and excercise, the women also decreased their stress and symptoms related to stress. They also perceived their health as better. Wilcoxon test showed significant differences, which confirmed their perceptions.

Sammanfattning

Sandh, Marie (2009). *Vad har ett kost- och motionsprogram för effekter på subjektiv och objektiv hälsa?* C-uppsats i folkhälsovetenskap, institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi. Högskolan i Gävle.

Idag arbetar mer än en tredjedel av Sveriges befolkning på udda arbetstider. Nattarbete medför ökad risk för ohälsa. Syftet med interventionsstudie var att beskriva och jämföra om den subjektiva och objektiva hälsan som framkommer i hälsoprofilsbedömningar före respektive efter införandet av ett kompendium med kost- och motionsråd förändras hos kvinnor som arbetar natt. Personer som arbetar natt är en riskgrupp, detta på grund av olika faktorer. Urvalet bestod av tio kvinnor i åldern 20 till 25 år. Samtliga kvinnor arbetar regelbundet natt på restaurang under helgerna och har problem med regelbundna mat- och motionsvanor. Rekryteringen skedde med bekvämlighetsurval.

Resultatet på första hälsoprofilsbedömningen visade att ingen av kvinnorna hade bra kondition och kvinnorna uppgav att de hade dåliga kost- och motionsvanor. Vid en uppföljning åtta veckor efter interventionen visade resultatet att kvinnorna fått bättre rutin både vad det gäller kost och motion samt att deras stress och symptom minskat. Deras upplevelse av hälsa dessutom ökat. Wilcoxon test påvisade signifikanta förbättringar på samtliga dessa variabler.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	1
1.1	Hälsa, fysisk aktivitet och skiftarbete	1
1.2	Hälsa, kost och skiftarbete	3
1.3	Fysisk aktivitet, kost och ohälsa	5
1.3.1	Hjärt- och kärlsjukdomar	5
1.3.2	Diabetes	6
1.3.3	Cancer	6
1.3.4	Osteoporos	7
1.4	Olika modeller, teorier och synsätt	8
2	Syfte	11
2.1	Frågeställning	11
	Subjektiv hälsa	11
	Objektiv hälsa	11
3	Metod	12
3.1	Urval och undersökningsgrupp	12
3.2	Bearbetning av data	13
3.3	Forskningsetik	13
4	Resultat	14
4.1	Deltagarnas bedömning av deras motivation till förändring av kost- och motionsvanor före och efter införandet av kost- och motionsprogrammet	14
4.2	Hur bedömer deltagarna sina kost- och motionsvanor före respektive efter interventionen?	15
4.3	Deltagarnas bedömning av symptom	16
4.4	Bedömning av deltagarnas konditionstal	17
4.5	Statistisk jämförelse mellan före och efter interventionen	17
4.6	Deltagarnas upplevelse av kost- och motionsprogrammet	18
5	Diskussion	19
5.1	Resultatdiskussion	19
5.2	Metoddiskussion	21
5.3	Allmän diskussion	22
	Källförteckning	24
Bilaga 1	Kost- och motionsprogram	27
	Kost	27
	Fysisk aktivitet	32
Bilaga 2	Frågeformulär	33

1 Bakgrund

Mer än en tredjedel av Sveriges befolkning arbetar på udda arbetstider och var tionde person arbetar natt (Lennersnäs & Wiberg, 2006). Ett exempel på nattarbetare är människor som arbetar på restaurang. Ett arbete som kräver att kunna hantera onyktra gäster och hålla reda på vem som skall betala vad, det vill säga, ett ofta stressfullt arbete med hög fysisk och mental anspänning.

Att arbeta på udda tider gör det ibland svårt att hinna med regelbunden fysisk aktivitet (Geliebter, Gluck, Tanowitz, Aronoff & Zammit, 2000) och att äta på regelbundna tider då kroppens hungerrytm är i otakt (Lennersnäs & Wiberg, 2006). Inaktivitet och måltider som tas i fel fas på dygnet leder till påfrestningar på ämnesomsättningen som i sin tur kan leda till bland annat övervikt och fetma, förhöjda blodfetter, hjärt- kärlsjukdom, nedstämdhet samt förhöjt blodtryck och diabetes typ två (Coburn & Siros, 2000). Att arbeta under natten ökar alltså risken för ohälsa. För att förebygga detta var avsikten med denna uppsats att undersöka vad ett kost- och motionsprogram har för effekter på den subjektiva och objektiva hälsan hos servitriser som arbetar natten på restaurang.

1.1 Hälsa, fysisk aktivitet och skiftarbete

Fysisk aktivitet definieras som all form av aktivitet som innebär ökad energiförbrukning (Statens Folkhälsoinstitut, 2003:44). Definitionen omfattar all medveten och planerad muskelaktivitet, till exempel motion, träning, städning och trädgårdsarbete (Ekblom & Nilsson, 2001). Enligt Ekblom och Nilsson (2001) är fysisk aktivitet en viktig friskfaktor för en god hälsa. Fysisk aktivitet är den enda enskilda livsstilsfaktor som påverkar i princip alla riskfaktorer för ohälsa i en positiv riktning (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). Med god syreupptagning och blodcirkulation bibehålls hjärtfunktion och andning, vilket bidrar till minskad risk för insjuknande och dödlighet i ibland annat hjärt-kärlsjukdom.

Den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" visar att 42 procent av männen och 46 procent av kvinnorna är otillräckligt fysisk aktiva (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2005). Enligt Statens Folkhälsoinstitut (FHI) skall människor utföra måttlig fysisk aktivitet minst 30 minuter varje dag. De som är otillräckligt fysiskt aktiva uppfyller inte kravet på dessa minuter varje dag. Världshälsoorganisationen (WHO) har beräknat att kostnaderna för

Sverige, om hälften av befolkningen inte är tillräckligt aktiva, uppgår till cirka 800 miljoner euro per år. Personer med en stillasittande livsstil ökar risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom med 50 procent jämfört med dem som har en aktiv livsstil (Faskunger m fl, 2005). En av de tio ledande globala dödsorsakerna är en stillasittande livsstil och orsakar nästan 2 miljoner dödsfall i världen varje år.

Den som tror att de inte har tid med fysisk aktivitet, måste förr eller senare avsätta tid för sjukdom. Edward Stanley (1826-1893) (Ekblom & Nilsson, 2001, s.10).

Enligt FHI (2003:44) har människan varit aktiv större delen av dagen under hela mänsklighetens historia. Människan är anpassad till att vara fysiskt aktiv och kroppens viktiga organ som till exempel hjärta, leder och muskler mår bra av fysisk aktivitet (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2005). Genom att öka den fysiska aktiviteten finns alltså stora möjligheter till att förbättra folkhälsan. Utvecklingen av inaktiva livsstilar bidrar till välfärdssjukdomar och ohälsa, en stillasittande livsstil ökar risken för ett antal sjukdomar och åkommor samtidigt som fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande.

I en intervjustudie av Persson och Mårtensson (2006) var syftet att påvisa både positiva och negativa situationer av betydelse för den fysiska aktiviteten och hälsosam kost hos 27 undersköterskor och sjuksköterskor i kommunaltjänst. Resultatet visade att de tillfrågade upplevde att den fysiska träningen påverkades negativt av den störda dygnsrytmen som nattarbete leder till. I överensstämmelse med detta framkom det i Flecher, Behrens och Dominas (2008) enkätstudie att skriftarbete var ett av det mest vanliga hindren för att utöva fysisk aktivitet hos amerikanska industriarbetare.

Nattarbete kan alltså öka risken för ohälsa. Detta bland annat på grund av stressen som nattarbetet medför (Lennernäs & Wiberg, 2006). Vid stress är återhämtningen viktig (Lundberg & Wentz, 2004). Barton, Folkard, Smith, Spelten, & Totterdell (1995) undersökte hur lång tid det tar att återhämta sig från skiftarbete. Deltagarna var sjuksköterskor från England och Wales, medelåldern var 33, 5 år. Sjuksköterskorna samlade in all data på en handdator som de hade med sig under 28 dagar där de antecknade sömntid och skrev sömndagbok. Resultatet visade att det var svårare att återhämta sig efter att ha jobbat ett nattskift till skillnad mot ett dagskift. En dags ledighet räckte för att återhämta sig efter att ha jobbat dagskift medan det krävdes fler dagars återhämtning efter ett nattskiftspass.

Stress, sömnproblem och övervikt är faktorer som hör ihop och kan påverkas av motion (Lennernäs & Wiberg, 2006). Fysisk aktivitet är med andra ord viktigt för nattarbetare då dessa är en riskgrupp för ohälsa.

1.2 Hälsa, kost och skiftarbete

Nattarbete medför ökad risk för övervikt, höga blodfetter och högt blodsocker, faktorer som har betydelse för flera sjukdomstillstånd (Lennernäs & Wiberg, 2006). Att drabbas av hjärt-kärlsjukdom är 1,5 gånger mer riskfyllt för en person som arbetar skift. Det metabola syndromet innebär en ökad risk för blodpropp, hjärt- och kärlsjukdom, hjärnblödning och diabetes typ två. Med det metabola syndromet menas ett flertal tillstånd som bland annat bukfetma, högt blodtryck, rubbningar av blodsocker och vissa blodfetter.

Människan är skapt för att arbeta på dagarna (Lennernäs & Wiberg, 2006). Kroppen har en egen dygnsrytm som påverkar individens beteende och ämnesomsättning. Dygnsrytmen får oss bland annat att vara vaken och äta på dagtid, att ladda energi under dagen samt ladda hjärnan med energi under sömnen. Dygnsrytmen störs vid förändringar vilket resulterar i att arbete på bland annat nattetid sker när kroppens mentala och fysiska prestationsförmåga inte är på topp. Människans matsmältning är inte inställd på mat nattetid, ämnesomsättningen i kroppens celler minskar och kroppen får det lättare att ta upp blodsocker. Det mest naturliga för kroppen är att inte känna hunger under natten då människan sover. Matsmältningen tar längre tid under natten på grund av att det tar längre tid att tömma magsäckens innehåll till tarmen där näringsupptaget sker. Kroppsklockan påverkas av dagsljus och mörker har ett inflytande på kroppens ämnesomsättning och hunger. Under ett nattskift är kroppens ämnesomsättning inte med, därför bör man äta så lite som möjligt. Ämnesomsättningen och näringsupptaget går långsammare eftersom blodflödet genom viktiga organ minskar. Detta påverkar välbefinnandet negativt. Om vi äter under natten får kroppen energi i ett läge då kroppen är inställd på att förbränna mindre, därför kan blodsockret och blodfetterna öka vid nattarbete. Om individen måste äta under natten är det viktigt att tänka på vad som äts. Främst bör sockerhaltiga drycker, sötsaker samt fet mat undvikas. Det bästa rådet är att äta precis innan eller i början av nattskiftet. Maten kan med fördel vara varm och innehålla så lite energi som möjligt. Man bör äta en liten mängd mat som innehåller mycket protein och fibrer. Exempel på nattmat är soppor, varma koppen, gröt, yoghurt eller fil, keso, grov smörgås, mättande frukt, morot eller omelett (ibid.).

Unga personer som fortfarande växer ska undvika nattarbete då det påverkar tillväxten (Lennernäs & Wiberg, 2006). Kvinnor kan få störd rytm i ägglossningen vilket leder till svårigheter att bli gravida. Personer med diabetes bör undvika nattarbete och även de personer som drabbats av nedstämdhet och depressioner bör undvika nattarbete då det kan utlösas av störd dygnsrytm.

Lennernäs, Hambraeus, & Åkerstedt (1995) studie är en av flera studier där syftet var att fastställa och/eller utvärdera hur skiftarbete påverkar hälsan och kosten. Sammanlagt deltog 37 personer som arbetade dag, 34 personer som arbetade tvåskift samt 25 personer som arbetade treskift, totalt 96 personer på två företag, alla män. Författarna undersökte hur, när och vad männen åt när de arbetade. På den ena arbetsplatsen erbjöds två varmrätter under natten, på det andra företaget erbjöds fryst mat att värma. På båda företagen erbjöds kakor och andra sötsaker samt mikrovågsugn för att värma sin egen medtagna mat. För att samla in data använde författarna sig av 24-timmarsintervju där deltagarna fick berätta vad de har ätit det senaste dygnet. Författarna räknade sedan ihop vad varje deltagare ätit i kilokalorier. Resultatet visade att det fanns skillnader på matintaget mellan deltagarna som arbetade dag respektive natt. Under de dagar som deltagarna var lediga drack de mindre kaffe. Alkoholintaget var också större under de lediga dagarna. Studiens resultat överensstämmer med tidigare studier (Lennernäs 1994; Lennernäs, 1995, Reinberg m fl, 1979; Roman-Rousseaux m fl, 1986;). Nattarbetarna konsumerade mer kaffe för att hålla sig vakna. Även om matintaget och kvalitén på maten var någorlunda lika på dag- och skiftarbetare visar studiens resultat att det var en skillnad på matvanorna och att skiftarbetare lider högre risk att drabbas av ohälsa, bland annat hjärt- kärlsjukdom (Lennernäs m fl 1995). I Persson och Mårtensson (2006) intervjustudie framkom inte bara att den fysiska aktiviteten påverkades negativt av den störda dygnsrytmen som nattarbete innebar, utan också att den upplevdes försämra kosten för de 27 undersköterskorna och sjuksköterskorna.

1.3. Fysisk aktivitet, kost och ohälsa

I dagens industrisamhälle är förekomsten av inte bara hjärt- och kärlsjukdomar utan också av andra sjukdomar så som cancer hög (Haglund, 2002). Förekomsten av övervikt och fetma har också ökat stadigt i Sverige de senaste decennierna (Abrahamsson m fl, 2006). Den starkaste bidragande faktorn är överkonsumtion av energi i kombination med stillasittande. Fetma ger en större risk för dödlighet i hjärt-kärlsjukdom, en risk som förstärks vid samtidig förekomst av typ 2-diabetes. Att drabbas av fetma i ung ålder ökar risken av att drabbas av hjärt-kärlsjukdom i vuxen ålder. Det är viktigt att lära barn hur en normalportion ser ut samt att integrera fysisk aktivitet i vardagen för att förebygga fetma (Abrahamsson m fl, 2006). Kraut, Melamed, Gofer och Froom (2003) visade också i sin studie att organiserad skolidrott påverkade den fysiska aktiviteten i vuxen ålder.

Kostbehandling för att uppnå bestående viktminskning i kombination med förbättrade levnadsvanor i övrigt är utgångspunkten för en bättre hälsa (Abrahamsson m fl, 2006). Dagens kostråd baseras i huvudsak på de nordiska och svenska näringsrekommendationerna. Energiintaget anpassas så att viktminskning uppnås, ökad konsumtion av frukt, grönsaker och fullkornsprodukter tillsammans med låg fetthalt kan förstärka de positiva effekterna på hälsans riskfaktorer (ibid.)

1.3.1 Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är den största orsaken till ohälsa och dödsfall i västvärlden (Brunnberg, 2006; McGinnis & Foege, 1993). Rökning, felaktig kost och stillasittande är tre riskfaktorer som bidrar mest till hjärt- och kärlsjukdomar. I en översiktsstudie av sambandet mellan fysisk inaktivitet och hjärt- kärlsjukdom visade det sig att de i gruppen med liten eller ingen fysisk aktivitet löpte nästan dubbelt så hög risk att avlida i hjärt- kärlsjukdomar som de i den mest aktiva gruppen (Berlin & Colditz, 1994). Samtidigt som risken för hjärt-kärlsjukdomar med en passiv livsstil ligger i nivå med andra riskfaktorer som högt blodtryck, rökning och förhöjda blodfetter, så är fysisk inaktivitet betydligt vanligare i jämförelse.

Mer än 60 % dör av hjärt-kärlsjukdomar i Sverige (Brunnberg, 2006). Hjärt-kärlsjukdomar är ett samlingsbegrepp på de sjukdomar som drabbar hjärta och blodkärl. Kolesterol och blodfetter i blodet är det som lagras in i kärlväggarna och skapar hjärt-kärlsjukdom.

Kostfaktorer som påverkar kolesterolet negativt är energiöverskott/för mycket mat, stor andel mättad fett såsom kokosfett, ko- och grisfett och mejerifett, för stor andel kolhydrater, stor konsumtion av fruktsocker (inte från frukt), och lågt fiberintag. Positiva kostfaktorer som påverkar är enkelomättade fetter såsom olivolja, avokado och rapsolja. Även omega 3 fetter har en positiv påverkan, i synnerhet från fisk, soja bönor och grönt te (ibid).

1.3.2 Diabetes

Diabetes finns i olika typer, typ I och typ II, och gemensamt för dessa är att den drabbade får för höga halter av blodsocker i obehandlat tillstånd (Brunnberg, 2006). Blodsocker är glukos och är en ständig källa för energi. Vid högt blodsocker fräter sockret. Framför allt fräts sockret på nerver, blodkärl och näthinnan. Det är oftast det som diabetiker dör av. Vid lågt blodsocker blir man trött och orkeslös, kan orsaka medvetslöshet, koma och död.

Mycket forskning har gjorts för att försöka förstå kolhydraternas metabolism bättre och skilja mellan bra och dåliga kolhydrater (Brunnberg, 2006). GI som står för glykemiskt index har varit ett lyckat redskap. GI är ett index på hur kolhydraternas sammansättning påverkar kroppens blodsockernivå. Dieter som innehåller lågt GI är förknippat med bättre blodsocker kontroll för diabetiker, höga nivåer av HDL och lägre risk att utveckla diabetes. Det är även bra att äta mjuka fibrer såsom linfrön, grönsaker, frukt och bär.

Den ökning av typ II diabetes som skett är kopplad till fetmautvecklingen (Abrahamsson m fl, 2006). Det finns anledning att förvänta sig en ökning i förekomsten av typ II diabetes under de närmaste åren. Detta på grund av att livsstilen ändras med följden att fetma blir allt vanligare med kombination att andelen äldre i befolkningen ökar. Risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom är stor vid diabetes och understryker behovet av förebyggande åtgärder för att stoppa denna utveckling.

1.3.3 Cancer

Två tredjedelar av alla cancersjukdomar har ett starkt samband med rökning, dålig kost och fysisk inaktivitet (Trichopoulos & Willett, 1996). Enligt Brunnberg (2006) har kosten stor betydelse för uppkomsten av cancer. Han menar att det finns tydliga trender som visar att vissa livsmedel har större betydelse för utveckling av cancer än andra, bland annat har stekt/grillad och rökt mat stor betydelse. Kostfaktorer som hjälper till att motverka

uppkomsten av cancer är ett stort intag av grönsaker och frukt då dessa är våra bästa källor för skyddande antioxidanter, mineraler och fibrer (Brunnberg, 2006). Det handlar framför allt att äta mjuka fibrer såsom bland annat linfrön.

1.3.4 Osteoporos

Kost och fysisk aktivitet är en viktig kombination enligt Abrahamsson m fl (2006), så ockå för osteoporos. Riskfaktorer som hör ihop med detta är ett lågt intag av vitamin D, hög alkoholkonsumtion och ett för högt intag av den aktiva formen av vitamin A, retinol (Brunnberg, 2006). Retinol finns ibland annat mjölk och D-vitamin finns i fet fisk och leverprodukter. Ett lågt intag av kalcium kan öka risken för benskörhet. Kalcium finns i fisk med ben, grönsaker och mjölkprodukter. När det gäller mjölkprodukter och benskörhet finns ett stort frågetecken eftersom mjölkprodukter är en bra källa för kalcium men även en källa för det benbrytande retinolet. Det är inte nödvändigt att inkludera mjölk i sin kost för att täcka behovet av vitamin D och kalcium, tillskott är då ett bättre alternativ då det är energifattigare och även billigare (ibid.).

1.4 Olika modeller, teorier och synsätt

Det finns två olika metoder för att förändra beteenden, både samhällsmetoder och individmetoder (Faskunger, 2002). När det gäller den fysiska träningen kan insatser på samhällsnivå innebära att samhället skapar infrastruktur för fysisk aktivitet, till exempel bygga nya cykelvägar och anlägga motionsslingor. Individmetoder innebär insatser genom beteendevetenskapliga metoder.

Enligt Haglund (2002) finns olika beteendevetenskapliga modeller att använda sig av i hälsofrämjande arbete. Helpsam modellen, the Health Promotion Strategy Analysis Model, är en bra modell vid analys eller planering. Den används till att analysera viktiga strategier i hälsofrämjande arbete. Modellen kan användas som ett analysredskap för att tydliggöra vilka strategier som är viktiga att framgå i hälsofrämjande aktioner. Modellen lyfter fram styrkan i gemensamma strukturella mönster och kan peka på svagheter som finns med avgränsningar inom sektorer och discipliner. Helpsam ger även en översikt hur kombinationer av strategier kan användas i praktiska arbetet (ibid.).

För varje strategi som finns tas det enligt Haglund (2002) hänsyn till frågor som:

- Hur- vilka medel och ansatser?
- Vem - vilka aktörer?
- För vem - vilka målgrupper?
- Var- vilka nivåer och arenor?
- Vad- vilket tillvägagångssätt?
- Och till vilken nytta - vilka förväntade resultat?

En annan modell är SESAME modellen, Supportive Environments Action Model (Haglund, 2002). Det är en modell för praktisk hälsofrämjande arbete. Hälsoarbete utifrån stödjande miljöer är ett sätt att systematiskt angripa hälsoproblem med flera strategier där effekten av olika åtgärder förstärker varandra (Haglund, 2002). Social Influence Model är en modell som fokuserar sig på sociala inflytanden (Wijk, 2003). Sociala förebilder är betydelsefulla, och modellen menar att unga människor lätt faller in i riskfyllt beteende på grund av uppmuntran genom social press. Sociala förebilder är viktiga när det gäller att förändra vanor (ibid.).

Det är viktigt med en beteendeförändring vid förebyggande av sjukdom (Naidoo & Wills, 2000). Genom en modell kallad The Health Belief Model, skapad av Rosenstock 1950, fokuseras det på att uppmuntra beteendeförändringar vid olika beroenden.

Enligt modellen sker förändringar i följande ordning (Naidoo & Wills, 2000)

- Precontemplation: I detta stadium har personen fortfarande inte övervägt att genomföra några livsstilsförändringar. När personen blir medveten om sitt hälsoproblem går den vidare till nästa steg.
- Contemplation: Trots att personen är medveten om vinsterna med en förändring är den fortfarande inte redo att genomföra förändringen. Information och hjälp till beslut söks.
- Preparing to change: När fördelarna uppfattas som övervägande och en förändring känns möjlig och värd mödan börjar personen bli redo för förändring.
- Making the change: I starten krävs att personen fattar positiva beslut för att ändra sina vanor. Här är ett tydligt mål, en realistisk plan och stöd och uppmuntran viktigt.
- Maintenance: Det nya beteendet har börjat och personen börjar få en sundare livsstil. Vissa tycker att det är svårt att fortsätta leva enligt den nya livsstilen och kan falla tillbaka till något av de tidigare stadierna.

Enligt The Health Belief Model måste människor få någon signal för att komma sig för med att ändra sitt beteende eller att fatta ett hälsorelaterat beslut (Naidoo & Wills, 2000). Det är möjligt att kombinera The Health Belief Model med Social Learning Theory (Wijk, 2003). Social Learning Theory skapades av Albert Bandura och den betraktar lärandet som en interaktion mellan individen, situationen och omgivningen, alltså miljö, personliga faktorer och beteende. Självregerande funktioner spelar en central roll för lärandet och självreglering är en kognitiv process där individen lär genom bland annat erfarenhet, observation eller färdighetsträning (Wijk, 2003). Ett annat viktigt begrepp inom teorin är self-efficacy och innebär individens grad av tilltro på den egna förmågan att klara av en uppgift.

Prochaska och DiClemente (1983) studerade hur människor går till väga för att sluta röka, förändra sina kostvanor eller löser andra hälsoproblem. De fann att framgångsrik beteendeförändring sker genom förflyttning genom olika stadier eller faser. Till sist leder förflyttningen fram till förändringen. Den transteoretiska modellen består av fem stadier som

delas upp i olika steg, från att inte vara medveten om sitt beteende till att vilja förändra sitt beteende:

- Förnekelsestadiet – där individen inte erkänner ett existerande problem och inte funderar på förändring
- Begrundandestadiet – där individen accepterar problemet och funderar på förändring
- Förberedelsestadiet – där individen planerar för en snar förändring
- Handlingsstadiet – där individen aktivt har påbörjat och upprätthåller förändringen
- Aktivitetsstadiet – där individen fortsätter att upprätthålla beteendet och undviker återfall.

Individens uppfattning om fysisk aktivitet och känslor för fysisk aktivitet är olika beroende på i vilket stadium de befinner sig, därför måste metoder och tekniker för effektiv beteendeförändring anpassas till individens förändringsstadium (Prochaska & DiClemente, 1983).

Det går att tänka sig hälsa som ett jämviktstillstånd. Jämvikt är som viktlöshet som infinner sig när vikterna tar ut varandra (Gadamer, 2003). Idag talas det om en positiv och negativ hälsa, där hälsa är ett tillstånd av välbefinnande (Naidoo & Wills, 2000). Bra matvanor är en stor faktor till välmående, både i nuläget och i framtiden. Olika kostråd hjälper människor att få bra matvanor och på så sätt öka välmående, men det är även viktigt med en stödjande miljö för en beteendeförändring (Haglund, 2002).

En tredjedel av Sveriges befolkning arbetar på udda tider (Lennernäs & Wiberg, 2006) och närmare 46 procent av Sveriges kvinnor är otillräckligt fysiskt aktiva (Faskunger m fl, 2005), dessa två faktorer ligger till grund för ämnet i denna uppsats.

2 Syfte

Syftet med denna uppsats var att beskriva och jämföra om den subjektiva och objektiva hälsan som framkommer i hälsoprofilsbedömningar före respektive efter införandet av ett program med kost- och motionsråd förändras hos kvinnor som arbetar natt.

2.1 Frågeställning

Subjektiv hälsa

- 1. Hur bedömer deltagarna motivationen till förändring vad det gäller deras kost- och motionsvanor samt om den förändrats efter införandet av kost- och motionsprogrammet?
- 2. Hur bedömer deltagarna att deras kostvanor blivit efter kost- och motionsprogrammets införande jämfört med tidigare?
- 3. Hur bedömer deltagarna att deras motionsvanor blivit efter kost- och motionsprogrammets införande jämfört med tidigare?
- 4. Hur bedömer deltagarna att deras symptom, såsom stress, värk och sömnsvårigheter, blivit efter införandet av kost- och motionsprogrammet?
- 5. Föreligger det någon skillnad i hälsoprofilsbedömningen av variablerna under punkt 2-4?
- 6. Hur upplever deltagarna kost- och motionsprogrammet?

Objektiv hälsa

- 7. Har det skett någon förändring bland deltagarna vad det gäller deras konditionstal?

3 Metod

Studien är en interventionsundersökning (se nedan) med både kvantitativa och kvalitativa ansatser. Urvalet bestod av 10 kvinnor i åldern 20 till 25 år.

Förmätning	Intervention	Eftermätning
O	X	O

Förmätningen utgjordes av en hälsoprofilsbedömning (1), samt ett frågeformulär med bakgrundsfrågor. En hälsoprofilsbedömning är en omfattande beprövad metod för förändringar i livsstil och hälsovanor som bygger på såväl medicinska som fysiologiska och beteendevetenskapliga teorier. Hälsoprofilsbedömningen består av ett frågeformulär som rör hälsovanor och hälsoupplevelser som till exempel mat, motion, alkohol, tobak, stress, symptom och relationer. Frågeformuläret är grunden till hälsoprofilsbedömningen. Utöver frågeformulären ingick blodtrycksmätning samt en mätning av skelettvikt och den fettfria kroppsvikten. Även ett submaximalt test på cykelergometer ingår där deltagarnas kondition bedöms. Interventionen bestod av ett kompendium med kost- och motionsråd som utarbetats utifrån tidigare forskning (se bakgrunden). Programmet gavs ut i samband med hälsoprofilsbedömning (1). Eftermätningen med hälsoprofilsbedömning (2) skedde 8 veckor senare. Deltagarna svarade även på ett frågeformulär både före och efter interventionen med frågor som rörde deras motivation angående förändring och kost- och motionsvanor. Frågeformuläret utarbetades efter Prochaska och DiClementes (1983) teori om hur människor går till väga för att lösa eller förändra sina hälsoproblem.

3.1 Urval och undersökningsgrupp

Urvalet till undersökningen bestod av tio kvinnor som arbetar skift. Samtliga deltagare var mellan 21-25 år (M=23,1). Samtliga kvinnor arbetar regelbundet natt på restaurang under helgerna och har problem med regelbundna mat- och motionsvanor. Rekryteringen skedde med bekvämlighetsurval.

Anledningen till urvalet gjordes med anpassning till tidsåtgången som är en faktor som påverkar urvalets storlek (Bryman, 2002). Användningen av slumpmässigt urval menar Denscombe (2000) bygger på antagandet att man får ett urval som sannolikt utgör en lämplig översikt av befolkningen.

3.2 Bearbetning av data

För att få svar på om den subjektiva och objektiva hälsan förändras efter införandet av kompendiet analyserades skillnaderna mellan hälsoprofilsbedömning 1 och 2 med Wilcoxons test. Valet av detta test berodde på att det är fåtal antal deltagare och att de flesta frågor är på ordinalskalenivå. Förutom detta test beskrivs vissa svar kvalitativt.

3.3 Forskningsetik

Forskaren står inför en rad olika etiska överväganden (Gustavsson, Hermerén & Pettersson, 2005). Forskaren bör ta hänsyn till både forskareetik och forskningsetik. I metoden har det huvudsakligen tagits hänsyn till att skydda de personer som deltagit i undersökningen genom att personerna blev informerade om Vetenskapsrådets fyra etiska huvudkrav (Vetenskapsrådet, 2005). De fyra etiska huvudkrav består av informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet.

De personer som deltog i uppsatsen informerades före och på plats, precis innan testerna påbörjades om att deras deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Efter testerna gjordes en genomgång med deltagarna om vad som skulle skrivas in i uppsatsen och om det kändes bra för deltagarna eller om det var något som de inte ville skulle skrivas ut.

I undersökningen togs även hänsyn till individskyddskravet, vilket innebär att de individer som deltagit i undersökningen inte kommit till skada. I individskyddskravet finns även regler med krav på konfidentialitet, samtycke, information och nyttjande regler av forskningsmaterialet. Kravet på konfidentialitet har i detta fall har det eftersträvat, deltagarnas identitet hanteras konfidentiellt vilket görs genom att deras namn inte står med i uppsatsen. Etik handlar inte om regler och lagar utan om att i första hand bygga upp, stimulera och hålla vid liv en medvetenhet och en diskussion om hur man bör handla (Vetenskapsrådet, 2005).

4 Resultat

Här ges först en kort beskrivning av undersökningsgruppen före interventionen:

I testet beräknades den undre kroppsvikten respektive den beräknade övre kroppsvikten. Endast fyra av deltagarna låg lägre än den beräknade övre kroppsvikten, det vill säga att sex personer låg över sin viktgräns. Testresultatet tar hänsyn till skelettvikten och den fettfria kroppsvikten. Den tar inte hänsyn till eventuella muskler. Dock är ingen av deltagarna vältränad.

Ingen av deltagarna motionerade flera gånger i veckan, vilket visar att samtliga deltagare är otillräckligt fysiskt aktiva. Flera av deltagarna ansåg att deras kostvanor var dåliga medan ett fåtal ansåg att kostvanorna var varken bra eller dåliga. Många av deltagarna drack alkohol och rökte. Samtliga deltagare fick dåligt konditionsvärde.

4.1 Deltagarnas bedömning av deras motivation till förändring av kost- och motionsvanor före och efter införandet av kost- och motionsprogrammet

Som ett första steg i undersökningen tillfrågades deltagarna om deras motivation till förändring av kost- och motionsvanor.

När det gäller deltagarnas kostvanor svarade åtta att de *planerade* för en förändring av kostvanorna, medan två av deltagarna *funderade* på en förändring.

Sju av deltagarna *planerade* för en förändring vad det gäller deras motionsvanor, medan tre av deltagarna *aktivt hade påbörjat* en förändring av sina motionsvanor

Deltagarna fick svara på samma frågor vid den andra hälsoprofilsbedömningen. Vid detta tillfälle svarade samtliga att de *aktivt hade påbörjat* en förändring av både sina kost- och motionsvanor.

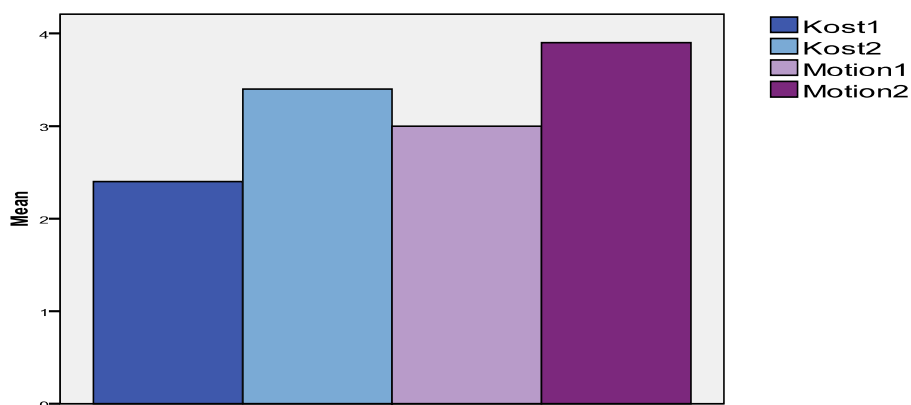
4.2 Hur bedömer deltagarna sina kost- och motionsvanor före respektive efter interventionen?

Alla deltagare svarade att sov väldigt länge dagen efter ett arbetspass vilket resulterade i att det blev fel med maten. Sex av deltagarna svarade att de åt skräpmat dagen efter i form av hamburgare, pizza och kebab. Många av deltagarna åt ingenting förrän vid middagstid och sedan åt de efter nattpasset istället. En av deltagarna svarade att hon åt godis och mackor dagen efter. Endast en av deltagarna åt som vanligt dagen efter arbetspasset.

Första undersökningen visade att ingen av deltagarna tränade aktivt dagen efter ett nattpass, det närmaste fysisk aktivitet några av deltagarna kom var en promenad ibland.

Efter interventionen har flera deltagare ändrat sin kost, framförallt dagen efter ett arbetspass. Åtta deltagare svarade att de åt husmanskost dagen efter ett nattpass samtidigt som två personer svarade att de åt matlådor sedan dagen innan. Samtliga deltagare åt frukost, lunch och middag dagen efter ett arbetspass till skillnad mot innan. Ingen av deltagarna skrev någonting om att äta direkt efter arbetspasset utan de väntar tills de vaknar.

Efter interventionen har sex av deltagarna svarat att de brukar träna lättare fysisk aktivitet dagen efter ett arbetspass, till exempel simning, gympa eller rask promenad.

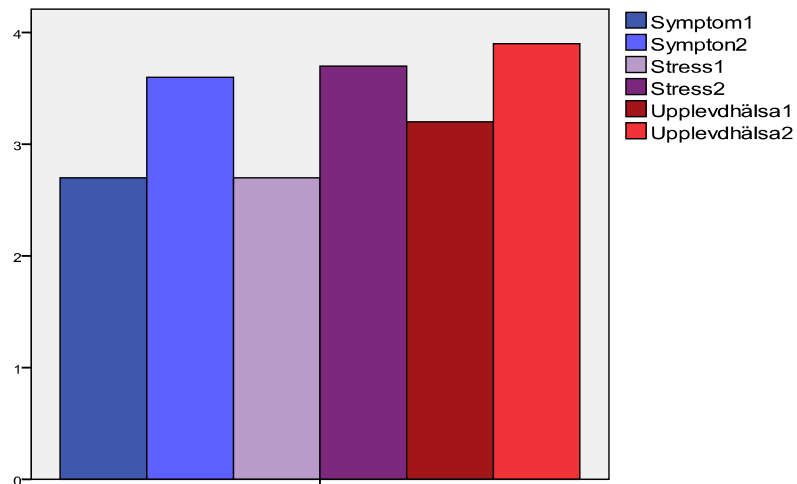


Figur. 1. Deltagarnas bedömning av sina kost- och motionsvanor före och efter interventionen

För både kost- och motionsvanorna föreligger det statistiskt säkerställda resultat före och efter programmets införande (se 4.5 tabell 1).

4.3 Deltagarnas bedömning av symptom

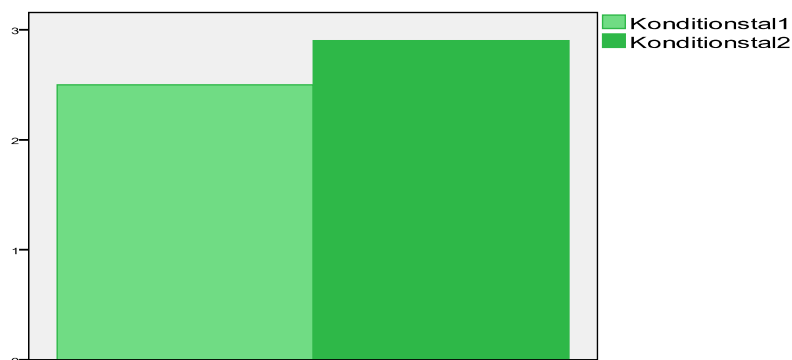
Efter 8 veckor har det skett en positiv förbättring både vad det gäller deltagarnas bedömning av upplevda stress, symptom såsom sömnsvårigheter, stress och värk. Även här visar Wilcoxon-test statistiskt säkerställda resultat före och efter programmets införande (se 4.5 tabell 1).



Figur 2. Deltagarnas bedömning av sina symptom, stress samt upplevd hälsa före och efter interventionen.

4.4 Bedömning av deltagarnas konditionstal

Den objektiva hälsan mättes med deltagarnas konditionstal före och efter införandet av programmet. Samtliga deltagare som deltog i undersökningen hade en låg syreupptagning och en låg kondition vid första hälsoprofilsbedömningen.



Figur 3. Deltagarnas konditionstal före respektive efter interventionen.

Efter interventionen hade många av deltagarnas konditionsvärde förbättrats, dock inte för alla. När det gäller konditionstalet visar Wilcoxon-test statistiskt säkerställda resultat före och efter programmets införande (se 4.5 tabell 1).

4.5 Statistisk jämförelse mellan före och efter interventionen

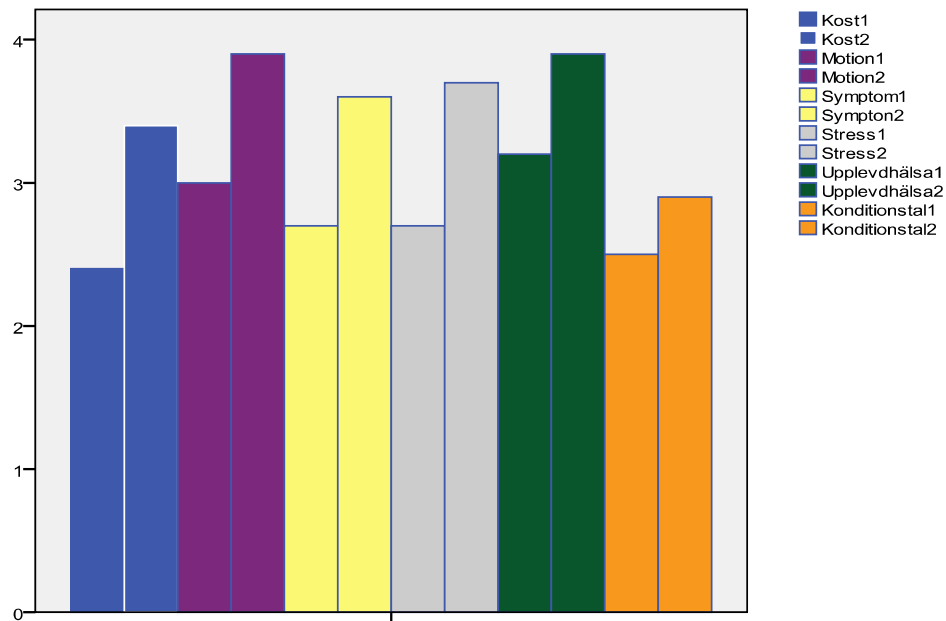
I analysen om det fanns någon skillnad före och efter interventionen så framkom det i Wilcoxon's test statistiskt säkerställda resultat på samtliga variabler, det vill säga deltagarna upplevde förbättrade bedömningar och värden efter införandet av kost- och motionsprogrammet.

Tabell 1. Wilcoxon's test

	Test Statistics ^b					
	Kost2 - Kost1	Motion2 - Motion1	Sympton2 - Symptom1	Stress2 - Stress1	Upplevdhälsa2 - Upplevdhälsa1	Konditionstal2 - Konditionstal1
Z	-2,887 ^a	-2,460 ^a	-2,460 ^a	-2,887 ^a	-2,646 ^a	-2,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,014	,014	,004	,008	,046

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



Figur 4. Sammanfattning av de olika variablerna före och efter interventionen.

4.6 Deltagarnas upplevelse av kost- och motionsprogrammet

Deltagarna var nöjda med kost- och motionsprogrammet och de ansåg att programmet hjälpt dem att få rutiner både vad det gäller kost och motion. De ansåg att de hade fakta så att de kunde fortsätta att utöva fysisk aktivitet även efter interventionens slut.

5 Diskussion

Syftet med denna uppsats var att beskriva och jämföra om den subjektiva och objektiva hälsan som framkommer i hälsoprofilsbedömningar förändras hos kvinnor som arbetar natt före respektive efter införandet av ett kompendium med kost- och motionsråd. Det som framkom i första undersökningen var att ingen av deltagarna varken åt eller tränade bra efter ett arbetspass. Efter interventionen tränade flera av deltagarna lättare fysisk aktivitet dagen efter ett arbetspass samt åt samtliga deltagare frukost, lunch och middag. Samtliga deltagare fick bättre rutin på både kost och motion. Deras konditionstal förbättrades också.

5.1 Resultatdiskussion

Deltagarna i undersökningen är mellan 20 och 25 år och arbetar natt. Nattarbete medför ökad risk för ohälsa. Idag arbetar mer än en tredjedel av Sveriges befolkning på udda arbetstider (Lennersnäs & Wiberg, 2006) Personer som arbetar natt är en riskgrupp, detta på grund av olika faktorer. Inaktivitet och måltider som tas i fel fas på dygnet leder till påfrestningar på ämnesomsättningen som i sin tur kan leda till övervikt och fetma, förhöjda blodfetter, hjärt-kärlsjukdom, nedstämdhet samt förhöjt blodtryck och diabetes typ två (Coburn & Siros, 2000). För att förebygga detta var avsikten med denna uppsats att undersöka vad ett kost- och motionsprogram har för effekter på den subjektiva och objektiva hälsan hos deltagarna. Jag ville veta om ett kost- och motionsprogram kunde ge kvinnorna tillräckligt med faktakunskap om kost och motion och se om deras hälsa kunde förbättras, både den upplevda, men även den mätbara hälsan.

Resultaten efter första hälsoprofilsbedömningen visade att de flesta deltagarna hade dåliga kostvanor. De åt på oregelbundna tider och framförallt när de kommer hem efter att ha arbetat natt. Lennersnäs & Wiberg (2006) menar att nattätande bidrar till att kroppen får energi i ett läge då kroppen är inställd på att förbränna mindre, därför kan blodsockret och blodfetterna öka vid nattarbete. Om individen måste äta under natten är det viktigt att tänka på vad som äts, exempelvis bör sockerhaltiga drycker och fet mat undvikas. Det bästa är att äta före eller i början av nattsiftet då det ökar vårt välbefinnande och troligen också prestationsförmågan. Efter första hälsoprofilsbedömningen fick deltagarna kostprogrammet där ovan nämnda stod, påverkade det deltagarnas nattätande? Hade kostprogrammet några effekter på nattätandet? Ja, det förekom statistiska säkerställda skillnader mellan de två bedömningarna. Deltagarna fick fylla i vad de åt efter ett arbetspass både vid första hälsoprofilsbedömningen samt vid andra hälsoprofilsbedömningen. Efter interventionen hade ingen av deltagarna svarat att de åt

någoting direkt efter arbetet utan att de väntade till frukosten. Samtliga deltagare åt riktig middag innan arbetet började. Alla deltagare ändrade sin kost under dessa veckor, beror det på kost- och motionsprogrammet? Vid undersökningens början hade åtta deltagare planerat för en förändring angående kosten, samtidigt som två deltagare funderade på en förändring. Olika kostråd hjälper människor att få bra matvanor och på så sätt öka välmående, men det är även viktigt med en stödjande miljö för en beteendeförändring (Haglund, 2002). Motivationens roll är viktig, men kompendiet kan ha tjänat som ett stöd till förändringen. Betydelsen av att ha blivit uppmärksammas kan man inte heller bortse ifrån.

Enligt Ekblom och Nilsson (2001) är fysisk aktivitet en viktig friskfaktor för en god hälsa. Vad det gäller fysisk aktivitet var ingen av deltagarna fysisk aktiv före första hälsoprofilsbedömningen. Enligt Statens Folkhälsoinstitut skall människor utföra måttlig fysisk aktivitet minst 30 minuter varje dag. Ingen av deltagarna uppfyllde det kravet i början av undersökningen. Efter interventionen visade det sig att sex av deltagarna tränade lättare fysisk aktivitet efter ett arbetspass. Vid undersökningens början planerade sju av deltagarna för en förändring vad det gäller deras motionsvanor medan tre aktivt hade påbörjat en förändring. Vid undersökningens slutskede visade det sig att samtliga deltagare aktivt påbörjat en förändring angående deltagarnas motionsvanor. Även här påvisade analysen en signifikant skillnad mellan de två bedömningarna.

Deltagarnas konditionsvärde låg under medel vid första hälsoprofilsbedömningen. Efter interventionen hade de flesta av deltagarnas konditionsvärde förbättras, dock inte allas. Detta kan bero på ett flertal faktorer, bland annat att deras kondition helt enkelt inte blivit bättre. En annan faktor är att testerna gjordes vid olika tidpunkter vilket kan leda till att deltagarna kanske åt innan det ena testet men inte innan det andra eller att någon deltagare var förkyld osv. De flesta deltagarna ökade dock sitt konditionsvärde vilket innebär att deras syreupptagningsförmåga ökade. Med god syreupptagning och blodcirkulation bibehålls hjärtfunktion och andning, vilket bidrar till minskad risk för insjuknande och dödlighet i ibland annat hjärt-kärlsjukdom (Abrahamsson m fl, 2006). Även om alla deltagarna inte ökade sitt konditionsvärde skedde en positiv förändring vad det gäller deltagarnas bedömning av stress och symptom. Samtliga deltagarna ansåg dock uppleva sin hälsa bättre efter interventionen än före. Fysisk aktivitet är den enda enskilda livsstilsfaktor som påverkar i princip alla riskfaktorer för ohälsa i en positiv riktning (Abrahamsson m fl, 2006).

5.2 Metoddiskussion

Uppsatsen är en interventionsundersökning med både kvantitativa och kvalitativa ansatser. Denna design valdes då syftet var både att beskriva och att mäta om ett kost- och motionsprogram hade någon effekt på deltagarnas hälsa. Genom att göra en förmätning och en eftermätning fick jag ett jämförbart resultat där skillnaderna kunde beräknas. Men det var även av värde att kvalitativt beskriva dessa skillnader.

För att säkra tillförlitligheten i metoden har hög reliabilitet och validitet eftersträvat. Detta gjordes genom att metoden anpassades efter undersökningen. Thurén (2004) skriver att reliabilitet och tillförlitlighet innebär att mätningarna är korrekt gjorda. Validitet i sin tur innebär att man undersöker det som är avsett att undersökas och ingenting annat.

Undersökningen har gjorts på samma sätt vid både tillfällena, dock har mätningen skett på olika tidpunkter vilket eventuellt har påverkat resultatet. Urvalet är dock litet, påverkar det validiteten? I detta fall har skillnaden mellan variablerna signifikanta värden <0.05 nivå, vilket gör undersökningen trovärdig trots urvalets storlek. Idag är 46 procent av kvinnorna i Sverige otillräckligt fysiskt aktiva och därför var målgruppen kvinnor intressant att studera.

Deltagarna fick svara på ett frågeformulär som utarbetades efter Prochaska och DiClementes (1983) teori om hur människor går till väga för att lösa eller förändra sina hälsoproblem. De fann att en framgångsrik beteendeförändring sker genom förflyttning genom olika stadier eller faser. Till sist leder förflyttningen fram till förändringen. Den transteoretiska modellen består av fem stadier som delas upp i olika steg, från att inte vara medveten om sitt beteende till att vilja förändra sitt beteende. De flesta av deltagarna planerade för en förändring både vad det gäller deras kost- och motionsvanor. Anledningen till att jag utarbetade ett frågeformulär utefter den transteoretiska modellen (Prochaska och DiClemente, 1983) var för att jag ville veta vilken uppfattning deltagarna hade om sin hälsa samt se hur motiverade deltagarna var att förändra deras hälsa. Detta för att ha en viss kontroll på undersökningsgruppen.

Hur hade det varit om deltagarna befunnit sig på första steget? Den transteoretiska modellen är ett bra sätt att få till en beteendeförändring. En individ som befinner sig på första steget måste få konkreta fakta om varför han/hon bör förändra sitt beteende för att få honom/henne till att börja överväga beteendeförändring. En annan individ som befinner sig i förberedelsesteget behöver kanske mer information om hur man bör gå till väga för att

genomföra förändringen. För att nå ut med rätt information till alla människor är det viktigt att börja med att ta reda på hur attityderna ser ut i samhället angående fysisk aktivitet och hälsa. Vet personen vad det innebär? Detta är viktigt för att sedan kunna skapa en beteendeförändring om sådan behövs.

Deltagarna upplevde att kost- och motionsprogrammet hjälpt dem att få rutiner på kost och motion. Flera av deltagarna utövade ingen form av fysisk aktivitet tidigare, vilket de gör nu efter införandet av kost- och motionsprogrammet. Fysisk aktivitet definieras som all form av aktivitet som innebär ökad energiförbrukning (Statens Folkhälsoinstitut, 2003:44).

Definitionen omfattar all medveten och planerad muskelaktivitet, till exempel motion, träning, städning och trädgårdsarbete (Eklom & Nilsson, 2001).

5.3 Allmän diskussion

Allt fler människor tänker på vad de äter och hur de lever idag, men samtidigt är de inte beredda att ge det som krävs för att bli mer aktiva. Många människor är idag så stressade och tar sig inte tid till sin egen hälsa, avsätter man inte tid till hälsa så måste man förr eller senare avsätta tid för sjukdom, vilket tar mer tid. Som hälsopedagog är det viktigt att påverka människor till en positiv förändring. Genom att hälsan påverkar den miljö vi lever i är det viktigt att känna stöd i både miljö och omgivning (Haglund, 2002). Det är viktigt med socialt inflytande när det gäller att förändra eller förbättra sin vardag. Det är även viktigt med jämlikhet i samhället. Det är viktigt att alla har samma förutsättningar, oavsett kultur, ålder eller kön. Vi människor vill som regel inte se det som gör oss sjuka utan vi vill se det som håller oss friska. Därför är det viktigt att ge ut rätt information på ett bra sätt, vilket då kräver riktiga kunskaper. Idag är det bristande information ute i samhället angående fysisk aktivitet, kost och hälsa. Media förstorar i regel upp allting, vilket gör att människorna blir rädda. Vi matas dagligen med nya rön angående vår livsstil och vi förväntas göra nästan vad som helst, till vilket pris som helst. Istället skulle media försöka nå ut till samhället genom att poängtera det som håller oss människor friska. Media har som sagt en stor påverkan på många av oss, därför kan det vara bra om de går ut med fakta om vad fysisk aktivitet innebär och hur viktigt det är.

Som hälsopedagog kommer jag för det mesta att möta personer som vill ha hjälp med sin kost och motion. Hur skall jag hjälpa dessa individer? För det första handlar det om att veta vilken

attityd personen har till fysisk aktivitet och rörelse samt hur motiverad och medveten personen är till en förändring. Därefter är det viktigt att nå ut till personen genom till exempel motiverande samtal, ge kunskap och konkret fakta. Det är viktigt skapa en stödjande miljö genom att lyssna på individens önskemål, ge rätt förutsättningar och anpassa informationen till rätt nivå. Det ökar chansen till att min klient kan hantera sin situation bättre, att han/hon kan se och förstå varför det är av betydelse att förbättra sin kost och motion och att hitta ett sätt att hantera situationen. För att bidra till att patienten känner sig motiverad är det viktigt att få klienten att känna sig behövd, bekräftad och att han/hon är delaktig i de saker som vi gör tillsammans. En självklarhet för mig är att min patient har möjlighet att påverka hela förändringsprocessen. När det gäller en livsstilsförändring är det viktigt att lyssna till vad klienten vill, det är klienten som styr hur han/hon vill lägga upp sitt mål.

Jag tycker att denna uppsats har varit intressant och gett mig mycket att fundera kring vad gäller bemötande kring personer som vill ha hjälp med bland annat kost och motion men även kring symtom såsom stress, sömnsvårigheter och värk.

Källförteckning

- Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Näringslära för högskolan*, Stockholm: Liber.
- Barton, J., Folkard, S., Smith, L., Spelten, E. & Totterdell, P. (1995). Recovery from work shifts: How long does it take? *Journal of Applied Psychology*, 80 (1), 43-57.
- Berlin, J.A. & Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132, 612-628.
- Brunnberg, M. (2006). *Allt om näringslära*. Spanien.
- Bryman, A. (2002). *Kvantitativ forskning*. Malmö: Liber.
- Coburn, E. & Sirois, W. (2000). A lifestyle how-to for night-shift nurses. *Nurse Management*, 31 (9), 28.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblom, B., & Nilsson, J. (2001). *Aktivt liv*. Farsta: Elanders Skogs Grafiska.
- Erlandsson- Albertsson, C. (2004). *Forskare klargör myter om maten*. Formas: Stockholm
- Faskunger, J. (2002). *Motivation för motion – hälsovägledning steg för steg*. Farsta: Elanders Skogs Grafiska.
- Faskunger, J., Leijon, M., Ståhle, A., & Lamming, P. (2005). *Vardagsmotion*. Stockholm: Forum.
- Flecher, G., Behrens, T. & Dominas, L. (2008). Barriers and enabling factors for work-site pysical activity programs: A qualitative examination. *Journal of physical activity & health*, 5, 418-429.
- Kraut, A., Melamed, S., Gofer, D. & Froom, P. (2003). Effekt of school age sports on leisure time physical activity in adults: The cordis study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35, 2038-2042.
- Gadamer, H G.(2003). *Den gåtfulla hälsan*. Dualis: Falun.

Geliebter, A., Gluck, M.E., Tanowitz, M., Aronoff, N.J. & Zammit, G.K. (2000). Work-shift period and weight change. *Nutrition*, 16 (1), 27-29.

Gustavsson, B. Hermerén, G., & Pettersson, B. (2005). Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel. *Vetenskapsrådets rapportserie*.

Haglund, B. (2002). *Stödjande miljöer för hälsa – ett strategiskt begrepp för det hälsofrämjande arbetet*. Stockholm: Karolinska institutet.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lenneräs, M., & Wiberg, K. (2006). *Kosten, kroppen, klockan – att äta, sova och arbeta på udda tider*. Stockholm: Fitnessförlaget.

Lenneräs, M., Hambraeus, L. & Åkerstedt, T. (1995). Shift related dietary intake in day and shift workers. *Appetite*, 25, 253-263.

Lenneräs, M. & Abrahamsson, L. (1994). Nutrition and 3-shift work. The 24-hour intake of energy and nutrients. *Ecology of food and nutrition* 32, 157-165.

McGinnis, J.M., & Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in United States. *Journal of the American Medical Association* 270 (18), 2207-2212.

Medin, J., & Alexanderson, K. (2000) *Hälsa och hälsofrämjande*. Lund: Studentlitteratur.

Naidoo, J., & Wills, J. (2000) *Health promotion foundation for practice*. Toronto: Ballière.

Persson, M. & Mårtensson, J. (2006). Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. *Journal of Nursing Management*, 14 (5), 414-423,

Prochaska, JO & DiClemente, CC. (1983). Stages and processes of self-change in smoking:toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.

Ravnskov, U. (2004). *Forskare klagör myter om maten*. Formas: Stockholm.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Sos- rapport.

Strandvik, B. (2004). *Forskare klagör myter om maten*. Formas: Stockholm.

Trichopoulos, D. & Willett, W.C. (1996). Harvard report on cancer prevention. *Cancer Causes and Control* 7, s3-s17, s55-s58.

Trost, J. (1994). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Thurén, T. (2004). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.

Weiten, W. (2007). *Psychology, themes and variations*. United States of America.

Wijk, K. (2003). *Planning and implementering health interventions*, Toronto: Baillière.

Bilaga 1 - Kost- och motionsprogram

Nattarbete medför ökad risk för ohälsa. Detta bland annat på grund av höga blodfetter, högt blodsocker och övervikt, men även stressen som nattarbete kan medföra påverkar hälsan. Det finns alltså en del nackdelar med att arbeta skift, bland annat är det svårt att hinna med regelbunden fysisk aktivitet samt att kroppens hungerrytm kommer i otakt. Det finns även risker med att arbeta på udda tider då kroppen påverkas negativt med bland annat störd dygnsrytm, oregelbundna måltider, måltider i fel fas på dygnet samt påfrestningar på ämnesomsättningen. Dessa risker kan leda till bland annat övervikt och fetma, förhöjda blodfetter, hjärt- kärlsjukdom, nedstämdhet samt förhöjt blodtryck – diabetes typ två (Lennernäs & Wiberg, 2006).

Kost

Under natten går ämnesomsättningen och näringsupptaget långsammare eftersom blodflödet genom viktiga organ minskar (Lennernäs & Wiberg, 2006). Detta påverkar vårt välbefinnande negativt. Om vi äter under natten får kroppen energi i ett läge då kroppen är inställd på att förbränna mindre, därför kan blodsockret och blodfetterna öka vid nattarbete. Om vi måste äta under natten är det viktigt att tänka på vad vi äter.

Bör vi äta när vi arbetar natt?

Om vi äter under natten får kroppen energi i ett läge då kroppen är inställd på att förbränna mindre, därför kan blodsockret och blodfetterna öka vid nattarbete. Om vi måste äta under natten är det viktigt att tänka på vad vi äter. Främst bör sockerhaltiga drycker, sötsaker samt fet mat undvikas. Det bästa är att äta före eller i början av nattskiftet då det ökar vårt välbefinnande och troligen också prestationsförmågan. Kroppsklockan påverkas av dagsljus och mörker har ett inflytande på kroppens ämnesomsättning och hunger. Under ett nattskift är kroppens ämnesomsättning inte med, därför bör man äta så lite som möjligt (Lennernäs & Wiberg, 2006).

Hur ska vi äta när vi arbetar natt?

Mat som äts under natten bör med fördel vara varm (Lennernäs & Wiberg, 2006). Maten bör innehålla lite energi men samtidigt mätta bra. Det är därför viktigt att äta mat som innehåller lite energi, med mycket protein och fibrer.

När ska vi äta när vi arbetar natt?

Det bästa rådet är att äta precis innan eller i början av nattsiftet (Lennernäs & Wiberg, 2006).

Förslag till nattmat:

Soppor, som exempelvis Varma koppen, gröt, yoghurt eller fil, keso med grillad kyckling, mättande frukt (till exempel apelsin), morot, omelett och äggsmörgås (Lennernäs & Wiberg, 2006).

Hur ofta bör vi äta?

Oavsett om du vill gå upp eller ner i vikt bör du försöka äta 5-6 gånger per dag (Brunnberg, 2006). Genom att äta små mål ofta håller du blodsockret på en stabil nivå. Det betyder att du inte kommer att bli sötsugen lika ofta. Om du ändå skulle bli sugen blir det lättare att inte äta något onyttigt eftersom du vet att du kommer att få äta igen om någon timme eller två.

Varför behöver vi äta protein?

Protein är kroppens byggstenar (Abrahamsson m fl, 2006). Proteinerna är byggsten för bland annat bindväv, muskler, hår och naglar.

I vilka livsmedel finns protein?

Protein finns i alla livsmedel, utom socker och oljor (Abrahamsson m fl, 2006).

Hur mycket protein skall vi egentligen äta?

Enligt livsmedelsverkets rekommendationer skall vi äta 10-20 energiprocent protein varje dag.

Kan vi bli överviktig av att inte äta fett?

Då vi inte äter tillräckligt mycket fett är risken att vi äter desto mer kolhydrater som gör att blodsockret sänks på grund av frisättandet av insulin, detta gör att vi bli mer hungriga och äter därför mer (Strandvik, 2004). Fett ger en bättre mättnadskänsla. Om vi äter för lite fett kan det även leda till att vi får brist på vissa livsnödvändiga fettsyror.

Finns det livsnödvändiga fettsyror som vi inte kan bilda själva?

Ja, linolsyra och alfa- linolensyra kan kroppen inte bilda själv. Dessa fettsyror är viktiga för hjärnan. Dessa fettsyror kallas även för omega 6- och omega 3 fettsyror. Balansen mellan dessa syror är viktig då de konkurrerar om samma enzymer i sitt bildande till långa fettsyror (Strandvik, 2004).

Hur mycket fett skall vi egentligen äta?

WHO:s rekommenderar 30 energiprocent fett. Det enkelomättade fettets samt det mättade fettets bör utgöra lika stor del medan det räcker med att äta 2-3 energiprocent fleromättat fett (Strandvik, 2004).

I vilka livsmedel finns omega-6 och omega- 3 fettsyrorerna?

Omega 6 finns bland annat majsolja och sojaolja (Ravnskov, 2004). Omega 3 finns ibland annat rapsolja och fisk.

Fruktos pekats ut att vara extra fettbildande, är det då farligt att äta en kost bestående av mycket frukt?

Fruktos är särskilt fetmabildande på grund av att den går förbi vissa reglerande steg. Ett högt upptag av fruktos in i levern främjar alltså syntesen av fett där. Fungerar levern transporteras fett vidare till fettväven. Frukt innehåller mycket fibrer och vatten, detta gör att det blir svårt att uppnå de nivåer av fruktos som behövs för att styra övergången av fruktos till fett i levern (Erlandsson- Albertsson, 2004).

Varför kan man känna sig mer hungrig/sugen efter att man ätit en frukt eller något annat sött livsmedel?

Fruktos stimulerar aptiten. Äter vi något som är sött och energirikt förstår man att det är nödvändigt för kroppens ämnesomsättning, en instinkt att ta för sig vaknar och aptiten ökar. Söta produkter kan höja blodsockret som ger en ökad aptit. Sött kan öka aptiten även på grund av att det sker en toleransutveckling. Ett beroende skapas där människan känner en ökad aptit, ett behov av mer (Erlandsson- Albertsson, 2004).

Kan socker leda till fetma?

I ett experiment lade man till 2 gram socker per kilo kroppsvikt, där 70 % av sockret var i form av dryck (Cocacola, Fanta, Sprite) det vill säga socker i form av glukos och fruktos. Resultatet visade på ökad aptit och ökad kroppsvikt, ökad andel kroppsvikt i förhållande till fettfri massa. Socker ger fetma, speciellt beroende om sockerkällan är läskedryck. Det är det lösa sockret som ger upphov till fetma (Erlandsson- Albertsson, 2004).

Varför förändras aptitregleringen när vi äter mat med mycket fett och socker?

Hos de flesta överviktiga personer är leptin (mättnadshormon) nivåerna höga, man talar om leptinresistens. En annan förklaring är att belöningssystemet aktiveras, gäller för socker. Då kroppen inte är konstruerad för att ta emot höga halter av fett och socker, aktiverar den välsmakande maten belöningssystemet så att den negativa återkopplingen via mättnadssignaler blir underordnad. Ta om, ta mer (Erlandsson- Albertsson, 2004).

Vad är mättat fett?

Tillexempel: Mejeri, kofett, grisfett, kokos (mejeri och grisfett är dåligt för hjärtat) (Brunnberg, 2006).

Vad är enkelomättat fett?

Tillexempel: Palmolja, olivolja, rapsolja, avokado, nötter (Brunnberg, 2006).

Vad är fleromättat fett?

Tillexempel: Linolsyra (omega 6), linolensyra (omega 3). Dessa är livsnödvändiga syror. Linolsyra finns i majs- och solrosolja. Linolensyra finns i fet fisk, linfrö (Erlandsson- Albertsson, 2004).

Varför ska vi äta kolhydrater?

Kolhydrater är hjärnans bränsle, hjärnans energi. Även vårt immunförsvar lever på kolhydraterna. Våra muskler byggs upp av kolhydrater. Kolhydrater har många viktiga funktioner i kroppen (Abrahamsson m fl, 2006).

Hur mycket kolhydrater skall vi egentligen äta?

Enligt Livsmedelsverket skall vi äta 50-60 energiprocent varje dag.

Vart finns kolhydraterna?

Kolhydraterna hittas framförallt i växtriket. De finns i spannmål, baljväxter, frukter bär och rotfrukter. De finns även till viss del i laktos (Abrahamsson m fl, 2006).

Vad står GI för?

GI står för Glykemiskt Index och är ett mått på hur snabbt blodsockret höjs efter en måltid (Brunnberg, 2006).

GI = att klassa kolhydratrika livsmedel efter blodsocker höjande effekt.

Kan vi äta enligt GI?

Att äta enligt GI är ett bra sätt om man är osäker på hur man skall äta och vilka kolhydrater man skall välja (Abrahamsson m fl 2006). Dock är GI **endast** ett mått på hur blodsockret påverkas.

Är alla fullkornsprodukter bra att äta?

Det finns ett flertal faktorer som påverkar GI så bara för att det innehåller fullkorn osv. behöver det inte vara bra för kroppen i alla fall (Brunnberg, 2006).

- **Strukturen:** Ju mer intakt struktur desto lägre GI. Man måste bevara strukturen. Till exempel: Bröd med hela korn, rå/fullkornsris, quinoa, hela dinkelkorn, matvete, bulgur.
- **Processing/tillagning:** Ju mer tillagad/bearbetad en produkt är desto högre GI. Till exempel: Cous-cous, knäckebröd, puffat ris, finfördelat fullkornsbröd. Man måste se hela korn i brödet, det räcker inte med att man använt sig av fullkorn, för har man finfördelat maten så går det lika fort för kroppen att ta upp det som till exempel vitt bröd.
- **Magsäckstömningshastighet**
- **Surhet påverkar** (surdeg, citron, vinäger)
- **Fett och protein** (ex kall potatis, då stärkelsen har stelnat blir det lägre GI)

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är viktigt för nattarbetare då nattarbetare är en riskgrupp (Lennernäs & Wiberg, 2006). Stress, sömnproblem och övervikt är faktorer som hör ihop och kan påverkas av motion.

Vad är fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet definieras som all form av aktivitet som innebär ökad energiförbrukning (FHI, 2003:44). Definitionen omfattar all medveten och planerad muskelaktivitet, till exempel motion, träning, städning och trädgårdsarbete (Ekblom & Nilsson, 2001).

Hur mycket fysisk aktivitet krävs varje dag?

Enligt Statens Folkhälsoinstitut skall människor utföra måttlig fysisk aktivitet minst 30 minuter varje dag (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2005).

Vad kan hända om vi är otillräckligt fysiskt aktiva?

Personer med en stillasittande livsstil ökar risken för att drabbas av hjärt- kärlsjukdom med 50 procent jämfört med dem som har en aktiv livsstil. En av de tio ledande globala dödsorsakerna är en stillasittande livsstil och orsakar nästan 2 miljoner dödsfall i världen varje år (Faskunger, Leijon, Ståhle & Lamming, 2005).

Varför fysisk aktivitet?

Fysisk aktivitet är den enda enskilda livsstilsfaktor som påverkar i princip alla riskfaktorer i en positiv riktning. Med god syreupptagning och blodcirkulation bibehålls hjärtfunktion och andning vilket bidrar till minskad risk för insjuknande och dödlighet ibland annat hjärt- kärlsjukdom (Abrahamsson m fl, 2006).

Bilaga 2 - Frågeformulär

Kyssa för det alternativ som passar dig bäst:

- Jag **funderar** på en förändring vad gäller mina kostvanor.

- Jag **planerar** för en förändring vad gäller mina kostvanor.

- Jag har aktivt **påbörjat** en förändring av mina kostvanor som jag kan **upprätthålla**.

- Jag har redan **skapat en förändring** och känner att jag inte kan få ett återfall till dåliga kostvanor igen.

Kryssa för det alternativ som passar dig bäst:

- Jag **funderar** på en förändring vad gäller mina motionsvanor.

- Jag **planerar** för en förändring vad gäller mina motionsvanor.

- Jag har aktivt **påbörjat** en förändring av mina motionsvanor som jag kan **upprätthålla**.

- Jag har redan **skapat en förändring** och känner att jag inte kan få ett återfall till dåliga motionsvanor igen.

Händer det att Du är så trött efter arbetet, att Du tycker att Du inte orkar ägna dig åt vare sig kost eller motion?

- Mycket sällan eller aldrig
- 1-3 gånger i månaden
- 1-3 gånger i veckan
- Efter varje nattpass

Hur ser din kost ut efter ett nattpass? Beskriv så detaljerat som möjligt hur Du brukar äta dagen efter ett nattpass.

Hur ser din motion ut efter ett nattpass? Beskriv så detaljerat som möjligt all fysisk aktivitet som Du utövar dagen efter ett natt pass.