

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID ÅKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2016:101

Framgångsfaktorer vid rekommendation om fysisk aktivitet

Jens Svensson
Khemmatat Thawonsuk



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Framgångsfaktorer vid rekommendation om fysisk aktivitet
Författare:	Jens Svensson Khemmatat Thawonsuk
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GJUK14V
Handledare:	Dan Andersson
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Ett problem vid rekommendation om fysisk aktivitet, är att vissa patienter inte tar till sig detta. Syftet med uppsatsen är att identifiera framgångsfaktorer vid rekommendation om fysisk aktivitet. Examensarbetet bygger på en litteraturstudie baserad på 10 vetenskapliga artiklar som analyserats enligt Axelssons analysmodell (2012, ss. 203-219). I resultatet framkommer tre teman som bidrar till framgång i samband med rekommendation om fysisk aktivitet. De teman som presenteras är *Timing i TTM*, *Motiverande samtal* och *Fysisk aktivitet på recept*. Genom att tillämpa dessa framgångsfaktorer, ökar möjligheten att patienten följer rekommendationen om fysisk aktivitet. Fortfarande råder det en negativ attityd gentemot FaR bland sjuksköterskor. Grunden till detta ligger bland annat i organisationens brister vid rutiner, utförande och uppföljning i arbetet med rekommendationen om fysisk aktivitet.

Nyckelord: *fysisk aktivitet, transteoretiska modellen, motiverande samtal, fysisk aktivitet på recept, livsstilsförändring, litteraturstudie.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälsa och folkhälsa	1
Känsla av sammanhang (KASAM)	2
Fysisk aktivitet	3
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	4
Motiverande samtal (MI)	4
Den transteoretiska modellen (TTM)	5
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
Datainsamling	8
Dataanalys	8
RESULTAT	8
Timing i TTM	8
Motiverande samtal (MI)	10
Fysisk aktivitet på recept (FaR)	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
SLUTSATSER	15
Kliniska implikationer	15
REFERENSER	16
BILAGA 1	19
BILAGA 2	20

INLEDNING

Under vår utbildning till sjuksköterskor har vi ofta kommit i kontakt med begreppet fysisk aktivitet. Regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga sjukdomar och främja hälsa. Det finns en patientgrupp som skiljer sig från den som tar till sig rekommendationen om fysisk aktivitet. Trots de allvarliga följder som ohälsosamma levnadsvanor innebär så avstår dessa patienter från att ändra sin livsstil. Under vår praktik uppstod det en fundering angående varför vissa patienter ej är mottagliga för livsstilsförändring som kan påverka deras fysiska och psykiska hälsa till det bättre. Med vårt examensarbete vill vi undersöka, vad det är som påverkar patientens val att följa eller inte följa rekommendationen om fysisk aktivitet. För att kunna motivera patienten till att ändra sin livsstil så är det viktigt att sjuksköterskan bemöter patienten på ett optimalt sätt.

BAKGRUND

Hälsa och folkhälsa

Definitionen av folkhälsa kan beskrivas som befolkningens hälsotillstånd med hänsyn till nivån och fördelningen av hälsa. En god folkhälsa handlar inte enbart om att befolkningen ska ha så god hälsa som möjligt, utan hälsan bör även vara jämnt fördelat i samhället (Faskunger 2014, ss. 88-89).

Hälsan i befolkningen kan beskrivas utifrån olika indikationer såsom medellivslängd, insjuknade, dödlighet och dödsorsaker. Det går att mäta och analysera befolkningens hälsa och ohälsa på olika sätt t.ex. genom att analysera olika hälsoutfall från register. Men det går även att mäta hälsa genom att fråga människor hur de mår och hur de upplever sin hälsa i samband med enkätundersökningar som till exempel Folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” HLV (Folkhälsomyndigheter 2016, s. 11).

Den individuella hälsan har en annan innebörd än vad folkhälsan har. Hälsa nämns oftast när den utsätts för risker eller berövas från en. Ordet hälsa förekommer i olika sammanhang, både när den eftersträvas och när den riskeras att mistas. Vad är då hälsa och hur definieras hälsa? Begreppet hälsa har olika betydelser beroende på vilket område det används inom och förknippas oftast endast med frånvaro av sjukdom eller att organismen är i homeostas. Inom vårdvetenskapen är detta en förenkling av begreppet hälsa. Från ett vårdvetenskapligt perspektiv utgår hälsan från en relativ och subjektiv upplevelse. Med det menas att hälsan är en dynamisk process som innefattar olika dimensioner och indelas i sundhet, friskhet och välbefinnande (Wiklund 2003, ss. 78-79).

Sundhet innebär att han eller hon har förmåga att handla på ett adekvat och konsekvent sätt. Med denna förmåga så kan personen öka möjligheter att hantera situationer positivt (Wiklund 2003, s. 80). Med Friskhet förstås som att personen har goda fysiska egenskaper, det vill säga att ett tillstånd där den fysiska kroppen fungerar på ett tillfredsställande sätt (Wiklund 2003, s. 80).

Välbefinnandet grundar sig i fenomenologin och är den subjektiva upplevelsen vilket kan uttryckas som att människan ser sin helhet och enhet genom sin egna livsvärld och levda kropp. Människan befinner sig hela tiden i rörelse, likt en dynamisk process. Människan är unik samtidigt som hon lever i en gemenskap och strävar efter att likna andra. När det uppstår konflikt i denna dynamik skapas en otakt med livet och människan får en känsla av att vara disintegrerad. Detta fenomen kan ofta uppstå vid situationer då livet vänds upp och ned, till exempel vid sjukdom (Wiklund 2003, ss. 82-83).

Dahlberg & Segesten (2010, ss. 65-67) beskriver hälsa i rörelse som att vara i stånd att genomföra de saker som ger livet mening och betydelse vilket i sin tur kommer att främja hälsoprocessen. Genom rörelse menas inte endast den fysiska förmågan att röra sig, möjligheten att röra sig fysiskt är en stor hälsoresurs men innebär inte nödvändigtvis att en person har ohälsa enbart genom fysisk begränsning. Hälsa som rörelse inom vårdvetenskap handlar således inte enbart om hur fysiskt aktiv människan är utan även om den känslomässiga rörelsen i livsrytmen.

Livet och hälsa som rörelse beskrivs i formerna *görande*, *varande* och *vardandet* i den ontologiska hälsomodellen (Wiklund 2003, s. 85). Dessa olika tillstånd som människan pendlar mellan är styrt av både yttre omständigheter men även av individens inre konflikter. I görandets form är människan inte i kontakt med sitt eget inre utan är styrd av sina drifter och av olika former av normer och ideal. På så sätt får människan inte kontakt med sig själv och blir främmande för den levda kroppen vilket hämmar den ontologiska hälsoprocessens fluktuerande i dess olika dimensioner (Wiklund 2003, s. 86).

Vidare beskriver Wiklund (2003, s.86) varandets tillstånd som att personen är sökande. Detta innebär att personen inte längre är bunden till normer och regler utan börjar söka hälsa inom sig själv och sin livsvärld genom att förstå sambandet mellan kropp och själ. Det centrala i livet är inte längre basala behov och tillfredsställelse utan en djupare förståelse om sin livssituation med en möjlighet till en inre utveckling. Den tredje fasen beskrivs som när människan kan försonas med lidandet. Detta innebär inte att lidandet uteblir, utan individen finner en djupare mening för att uppnå hälsa.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Aaron Antonovsky, som var professor i medicinsk sociologi i (Wiklund 2003, ss. 249-250) utförde 1991 en studie som ledde till upptäckten av varför människor kan upprätthålla hälsa trots att de exponerats för övergrepp och stress i många former. I livet exponeras vi för olika former av stressorer, vilket inte enbart behöver vara negativt utan kan ha en gynnsam inverkan på hälsan. Beroende på hur människan väljer att hantera stressorerna blir följderna olika (Wiklund 2003, s. 250).

KASAM är uppbyggt av begreppen *begriplighet hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Begriplighet innebär hur människan förhåller sig till slumpen och oförutsägbarheten gentemot struktur eller sammanhang. Hanterbarhet innebär hur människan upplever tillgången till resurser för att kunna bemästra svåra situationer. Resurser kan bestå av

individens olika förhållningssätt att möta problem och krav som den yttre eller inre miljön ställer. Det kan till exempel bestå av goda sociala nätverket, som starka familjeband eller en nära vän. Meningsfullhet är den primära komponenten vars betydelse är drivkraften, motivationen och andemening för livet i sig. Enligt Antonovsky är KASAM avgörande för hur människan hanterar påfrestande situationer i livet. Detta vidareutvecklas genom teorin att människor aldrig är antingen friska eller sjuka, utan hela tiden rör sig mellan de två polerna ohälsa och hälsa (Langius-Eklöf 2013, ss. 87-88).

Fysisk aktivitet

Folkhälsopolitiken i Sverige har sen år 2003 ändrats och tagit sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Att påverka hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis fysisk aktivitet, är i allmänhet effektivare än att organisera folkhälsoarbetet efter medicinska diagnosgrupper. Därmed är en och samma bestämningsfaktor ofta bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. Ju tidigare i orsakskedjan en insats kan göras, desto fler människor kan omfattas av insatsen och den förebyggande effekten blir större. Folkhälsopolitiken har satt fysisk aktivitet som ett eget mål, efter den kunskapsutveckling som har skett det senaste årtiondet. Det handlar om det starka sambandet med ohälsa och inaktivitet och de samhällskostnader och konsekvenser som är förknippade med fysisk inaktivitet (Faskunger 2014, ss. 92-95).

När sjukvården rekommenderar fysisk aktivitet grundar det sig i evidensbaserad forskning. Forskningen är framtagen av olika yrkesföreningar för fysisk aktivitet som sedan antagits av Svenska Läkaresällskapet. Rekommendationerna är riktlinjer till bland annat sjukvårdspersonalen, när information ges till patienten angående utförandet och de positiva effekterna av fysisk aktivitet. Det ska fungera som en grund till de allmänna rekommendationerna i samhället (Jansson, Hagströmer & Andersson 2015).

Alla rörelser som ökar energiförbrukningen är någon form av fysisk aktivitet. Det kan vara från låg till hög intensitet. Fysisk aktivitet kan ske var som helst: till exempel hemma, på jobbet, under transport eller genom att gå och handla. I allmänhet kallas fysisk inaktivitet under lång tid för stillasittande, det vill säga att energin förbrukas i lågt läge som vid vila. Fysisk aktivitet är en primär funktion i människans dagliga liv som behövs för att bibehålla sin kroppsliga funktion och hälsa under en längre tid. Effekterna av fysisk aktivitet är nyckeln till att förebygga många folksjukdomar som diabetes typ 2 eller hjärt-/kärlsjukdomar (Henriksson & Sundberg 2015).

Den rekommenderade dosen av fysisk aktivitet för en vuxen person är minst 150 minuter per vecka utspritt vid minst tre tillfällen med måttlig intensitet. Det kan bestå av "power walk" det vill säga att gå lite fortare än vid normalt tempo. För att minska tiden för utförandet av rekommendationen kan högentensiv träning tillämpas, vilket kan bestå av att jogga minst 75 minuter per vecka. Även styrkebelastande träning behöver utföras. Långa perioder av stillasittande bör undvikas (Jansson, Hagströmer & Andersson 2015).

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Hälso- och sjukvården är en viktig arena för hälsofrämjande insatser. I syfte att få fler människor fysiskt aktiva rekommenderar hälso- sjukvården fysisk aktivitet. Rekommendationen kan vara muntlig eller skriftlig. FaR är ett individuellt skriftligt recept som i detalj beskriver hur den fysiska aktiviteten ska läggas upp och genomföras i syftet att förbättra patientens hälsa. Själva utförandet av FaR sker oftast utanför vården och är individanpassad (Statens folkhälsoinstitut 2011, ss.102-103).

Figur 1: Fysisk aktivitet på recept FaR (Illustration från Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 113).

Med FaR sätts patienten i centrum, vilket innebär att det som styr ordinationen är det nuvarande hälsotillståndet, vilket utgår ifrån patientens sjukdom och besvär. Dessutom ska det tas i beaktning vad patienten haft för erfarenheter tidigare och vad som är möjligt att utföra, med tanke på att patienter ofta är experter på sitt eget liv. (Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 105).

FaR är en effektiv metod som hjälper individen att öka sin fysiska aktivitet, minska sitt stillasittande samt öka drivkraften till förändring av sin livsstil. Med hjälp av FaR minskar riskfaktorer för sjukdomar. Samtidigt som det har en positiv påverkan på BMI, blodsocker och blodfetter (Statens folkhälsoinstitut 2011, ss. 141-142).

Det krävs olika kompetenser för att förändra patientens grad av fysisk aktivitet och för att på så sätt nå målet med FaR. Det ligger stor tonvikt på hur vårdpersonalen vägleder och agerar, samt följer upp (Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 127).

Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal MI är en metod sjukvården använder sig av till patienter som är i behov av vägledning och livsstilsförändring. MI grundar sig som andra vårdssamtal i att de är patientcentrerade, vilket innebär att vården utgår från patientens behov, önskemål, autonomi och empati. Patientens autonomi belyses extra för att vårdpersonal ska undvika *rättningsreflexen*. Rättningsreflexen innebär att patienten motsätter sig rekommendationen av olika anledningar till följd av negativa tankemönster och psykologiska processer. Trots att rekommendationerna är gynnsamma för patienten kan de kännas påtvingade vilket i sin tur leder till att patienten hellre avstår. Till skillnad från vårdande samtal ska MI innehålla ett mål som patienten och vårdpersonalen tillsammans arbetat fram utifrån patientens förmåga, vilja och lust. MI är således ett samarbete mot ett gemensamt mål för en livsstilsförändring som ska leda till en förbättrad hälsa för patienten (Statens folkhälsoinstitut 2011, s. 154).

Huvudsyftet med MI är att patienten ska uppnå hälsa vilket uppnås genom en ökad förståelse och utforskande kring känslomässiga aspekter och reaktioner vid livsstilsförändringar. Om detta ska vara genomförbart måste vårdpersonalen först ta del av patientens livsvärld för att kunna bedöma vilka behov som är primära för patienten. Dessutom skall personalen besitta kunskapen för det specifika området och de

pedagogiska principer som ska användas för att ge patienten insikt och förståelse vilket ska leda till livsstilsförändring. Dessa principer innefattar bland annat att lyssna med empati, vilket innebär en djupare förståelse för hur patienten tänker känner och upplever sin livsvärld. Detta kan uppnås genom reflektivt lyssnande som fungerar bäst när patienten blir medveten om att det sker. Detta i sin tur genererar att patienten öppnar upp sig och känner ökad trygghet, dessutom korrigerar och minskar det risker för missförstånd i det motiverande samtalet. Vid MI ska vårdpersonalen försöka stärka patientens självförtroende genom att förhålla sig stöttande och uppmuntrande även vid motgångar. Dessutom inte vara dömande vid ett misslyckande utan istället försöka se det positiva i den rådande situationen (Efraimsson 2013, ss. 210- 217).

Vid själva samtalet är det viktigt hur vårdpersonalen kommunicerar. Om vårdpersonalen inte besitter den kunskap som krävs, innebär det en risk att motivationen uteblir för patienten. Ett av målen med MI är att väcka en *diskrepans* så patientens inre motivation leder till förändring i sin livsstil. Den inre motivationen är nyckeln till förändring som grundar sig i personens egna värderingar och prioriteringar (Efraimsson 2013, ss. 218-219).

I själva arbetet med diskrepans, får inte patienten uppleva möjligheten till förändring allt för svårt. Detta skulle kunna resultera i att patienten tappar tron på att kunna utföra förändringen. Vårdpersonalen bör jobba i samtalet med hur patienten upplever sitt liv vid det rådande tillfället gentemot hur patienten önskar hur det skulle kunna se ut. Diskrepansen lockas på så vis fram, vilket ökar patientens tilltro till att bemästra de rådande problemen. Detta fenomen benämns som ”self-efficacy” (Folkhälsomyndigheten 2013).

För att stärka patientens motivation och tillit vid samtalet, bör vårdpersonalen bekräfta patienten genom sitt kroppsspråk, ögonkontakt och ge positiv feedback. Vårdpersonalen bör använda sig av öppna frågor istället för slutna, eftersom dessa framkallar en ökning av patientens tankar och känslor kring det berörda området i motsats till att ge enkla svar som ja eller nej. På så vis framkommer det vad patienten har för tankar kring sina egna problem och inte vad vårdpersonalen har för tankar om patientens problem. Att be om lov, innan ett ämne berörs är bra för att på så vis skapa ett gott samarbete och dessutom visa respekt inför patientens självbestämmande. Personalen kan sammanfatta det patienten sagt på nytt, för att skapa en god fortsättning på dialogen. Patienten blir bekräftad på så sätt genom att personalen visar att den har lyssnat och förstått patientens situation (Efraimsson 2013, ss. 216-217).

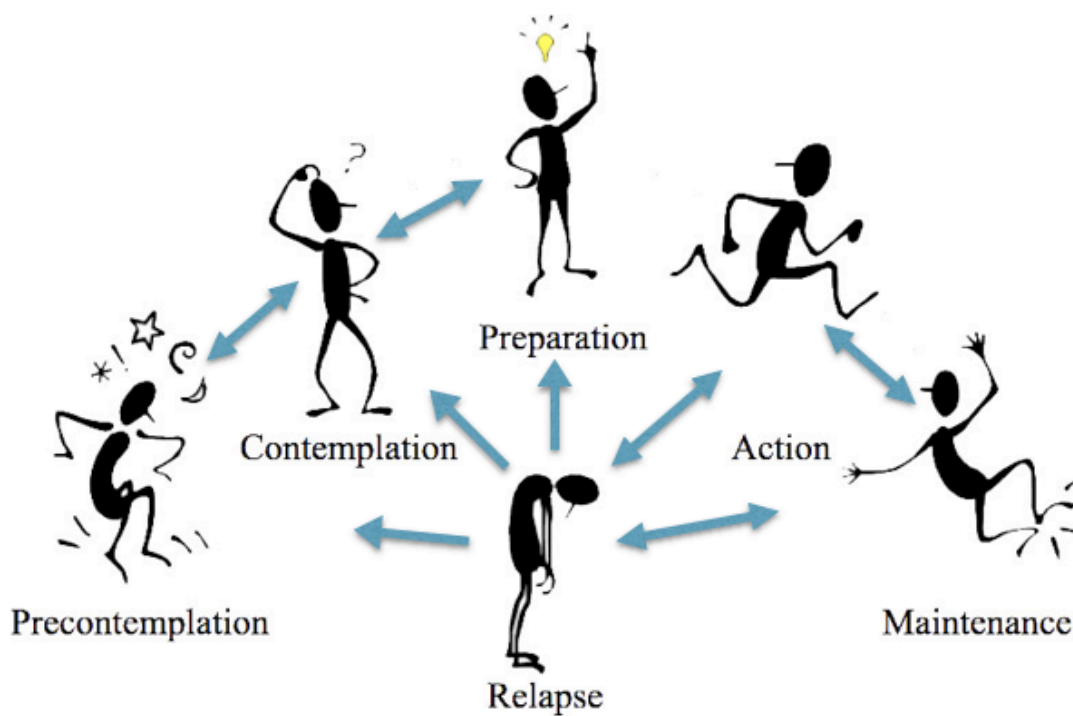
Om MI ska kunna vara verksamt att utföra måste patienten befinna sig i en mottaglig fas för förändring vilket leder ämnet in på den transteoretiska modellen.

Den transteoretiska modellen (TTM)

Den transteoretiska modellen (TTM) har vuxit fram för att beskriva förändringsprocessen relaterat till livsstil. TTM beskriver hur människan genomgår olika förändringstadiet (”stages of change”) i syfte att bryta livsstilsvanor över tid. Inom hälsofrämjande arbeten används denna modell till exempel för att öka fysisk aktivitet

hos individer. Den senaste tiden har synen på beteendeförändring ändrats radikalt vilket har påverkat informationen till individer som ska genomföra förändringar i livet. Tidigare har satsning gjorts på information angående fördelar med olika livsstilsförändringar men inte på hur informationen givits. Åtgärderna var ofta kortsiktiga och vände sig till de som redan var insatta och motiverade. Det rådde ett "allt eller inget" resonemang angående beteendeförändringar vilket resulterade i att arbetet med kunskapen vid givandet av information inte utvecklades. Under 80-talet skedde en reformation angående synen på den process som sker i människan vid förändringsarbete (Faskunger 2014, ss. 18-24).

Den transteoretiska modellen delas in i fem olika huvudstadier, plus ytterligare ett stadie som innefattar återfall (Relapse). Människan förflyttar sig i de olika stadierna och beroende på olika omständigheter kan processen leda framåt, stanna upp eller regrediera. Faserna benämns i turordning som:



Figur 2: Förändringsstadier "stage of change" i den transteoretiska modellen (Atkins 2015, s.24).

Det första stadiet benämns som *Ej beredd* (Precontemplation), då individen är i ett stadie av förnekelse eller är omedveten om att det existerar ett problem. Det kan även finnas andra djupare psykologiska fenomen som kan hindra individen från att ta sig till nästa steg, men som ej berörs i detta examensarbete. *Begrundandestadiet* (Contemplation) brukar inträffa vid konfrontation av problemet, eller när tankar som inte har fått tillträde att begrundas träder fram. *Förberedelsestadiet* (Preparation) handlar om hur individen hittar motivation, planerar och stimulerar sin self-efficacy, det vill säga stärker tron på sin förmåga att genomföra de strategier och planer för att uppnå målet. Därefter övergår individen till stadiet *Handling* (Action), där funderingar och

planer övergår till utförande, vilken ska vara sammanhållande i minst sex månader för att kunna övergå till nästa stadie. I detta stadie är risken till regression som störst. *Upprätthållandestadiet* (Maintenance) innebär att förändringsbeteendet har implementerats i den nya livsstilen och risken för återfall har minskats (Faskunger 2014, ss. 25-29).

I förändringsstadierna befinner sig individen som en pendel mellan begreppen karaktärsdrag och sinnestillstånd. Till skillnad från sinnestillstånd som är plötsliga och ändras lätt, är karaktärsdrag något som upplevs mer beständigt. Därför kan en individ vila i något av stadierna en längre tid utan att det skulle innebära en minskad förändringsbenägenhet. Det skulle snarare betyda att individen behöver mer tid att begrunda alternativen för genomförandet mot en förändring. Genom en adekvat intervention och hälsovägledning vid rätt tillfälle (mellan de olika förändringsstadierna), så optimeras möjligheterna för en progressiv utveckling av den önskade beteendeförändringen (Faskunger 2014, s. 29).

Vårdpersonalen får hjälp genom den transteoretiska modellen att förstå vilka olika förändringsstadier som individen försöker förflytta sig från eller till. Dessutom förtydligas övergången från de olika stadierna, för att inom sin tid gemensamt rikta sig mot det gemensamma målet (Faskunger 2014, s. 29).

PROBLEMFORMULERING

Folkhälsan i Sverige har genomgått en förändring det senaste seklet med en ökning av livsstilsbetingade sjukdomar. Detta beror på att befolkningen har ökat sitt energiintag och minskat sin fysiska aktivitet (Pellmer och Wramner 2013, ss. 117-118). Kropparbete är inte lika vanligt i dagens samhälle som för hundra år sedan. Dessa jobb har ersatts av teknologiska hjälpmedel som effektiviserar och underlättar för arbetaren. Med den nya teknologin passiviserades människor rent fysiskt, vilket genererar ökad risk för folksjukdomar som diabetes typ 2 och hjärt-/kärlsjukdomar. Fysisk inaktivitet kostar samhället enorma belopp. Den ekonomiska förlusten i form av sjukvårdskostnader och produktionsbortfall uppskattas till sex miljarder kronor per år. (Statens folkhälsoinstitut 2011, ss. 69-71).

I syfte att få fler människor fysiskt aktiva rekommenderar hälso- och sjukvården fysisk aktivitet. Rekommendationen kan vara skriftlig eller muntlig. Ett problem är att vissa patienter inte följer rekommendationen.

SYFTE

Syftet är att identifiera framgångsfaktorer vid rekommendation om fysisk aktivitet.

METOD

Studien bygger på litteraturöversikt där data är från både kvantitativ och kvalitativ forskning. För att få en bred evidensbaserad kunskap behövs de båda empiriska studierna (Axelssons, 2012, ss. 203-219).

Datainsamling

Datainsamling av vetenskapliga artiklar utfördes via två databaser; Cinahl och PubMed. Även söktes via Summon men det gav för många träffar, vilket leder till svårighet att avgränsa det valda området. Först gjordes en pilotsökning med ord som tillexempel ”transtheoretical model of change and exercise”, för att få en översikt över hur många vetenskapliga artiklar som redan var publicerade. Resultatet blev 202 i Cinahl resp 269 i PubMed träffar, vilket kan tyckas lagom. Nästkommande sökningar blev mer specifika. De inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle vara Peer-Review, skrivna på Engelska och att de inte skulle vara äldre än från år 2006, dvs från åren 2006 till 2016. Efter detta tillades några sökord så att sökningen matchade studiens syfte. Vidare lästes de artiklar igenom som tycktes vara relevanta och sammanfattade dessa efter syfte och resultat. Några av dessa artiklar användes som passade i vår studie. Sammanlagt valdes 10 artiklar som matchade syfte till studien. Dessa artiklarna var från olika länder t.ex. USA, Storbritannien, Sverige, Finland, Indien, Hong Kong och Iran. En av de artiklarna var en kvalitativ studie. Söknings strategin redovisas i (bilaga 1).

Dataanalys

De artiklarna som valdes analyserades enligt Axelssons modell. Det är viktigt i en litteraturstudie att först läsa igenom alla artiklarna för att få en uppfattning om deras innehåll, skapa en god helhet och förståelse (Axelsson 2012, ss. 212-213). Därefter gjordes en sammanfattning av artiklarnas syfte, metod, urval och resultat som presenteras i bilaga 2. Vi granskade artiklarna och markerade texten med olika färger. Så småningom identifierades olika teman. Några teman togs bort eftersom de inte passade in på vårt syfte. Relevanta teman presenteras i resultatet.

RESULTAT

En granskning av valda artiklar, resulterade i tre teman.

Timing i TTM	Motiverande samtal (MI)	Fysisk aktivitet på recept (FaR)
--------------	-------------------------	----------------------------------

Timing i TTM

Vid rekommendationen om fysisk aktivitet, har den transteoretiska modellen TTM visat sig vara ett effektivt hjälpmedel för sjuksköterskan. Det är i arbetet med beteendeförändringar detta verktyg kan användas som en mall för sjuksköterskan, att öka kunskapen genom att sätta in rätt åtgärder vid rätt tillfälle för patienten.

I en studie av Kambiz, Louice, Shamsaddin, Alireza, Giti, Mollie och Soghrate (2006) framgår det att tidpunkten (vid olika stadier) för när informationen ges, har stor betydelse om hur patienten tar till sig den. Genom att öka kunskapen om fördelarna med interventionen och rekommendationerna så ökar också möjligheten att patienten kommer att utföra dem. I studien ingick Iranska kvinnor i åldern 40 - 65 år som led av osteoporos (benskörhet) där utbildning, utövandet av aktiviteten och informationsgivningen anpassades utifrån deras kultur. Genom att genomföra ett 12 veckors träningsprogram minskades utvecklingen av osteoporos för deltagarna. Det framkom i studien att det var tre olika faktorer som var av betydelse, om kvinnorna skulle upprätthålla sin träning efter 12 veckor.

1. Informera om effekterna om fysisk aktivitet och förebyggande av osteoporos.
2. Anpassa informationen och rekommendationerna till rätt förändringsstadie.
3. Använda sig av ett träningsprogram som inte kostade något och som kunde utföras i hemmet (Kambiz et. al. 2006, ss. 311-313).

I en finländsk studie på yngre män som skulle göra värnplikten, undersöktes hur den mest lämpade kunskapen kunde användas i de olika stadierna i den TTM. I studien framgick fördelarna med att ha en individanpassad information beroende på det stadie som deltagarna var i för att kunna öka deras fysiska aktivitet (Hirvonen, Huotari, Niemelä & Korpelainen 2012, ss. 1810-1814).

Genom att sjuksköterskan är engagerad i rätt handlingsätt vid rätt stadie, så hjälper det personer till att uppnå en ökad fysisk aktivitet. I en studie av Lowther och Mutrie (2007) identifierades vilka handlingsätt i beteendeförändring som bör användas i de olika stadierna för att hjälpa deltagarna att förflytta sig mot handling och upprätthållande, samt att undvika snedsteg. Det visade sig att i förändringsprocessen ”engagemang”, så var det att hjälpa deltagarna till att fokusera på sin tro att han/hon kan vara mer fysisk aktiv, vilket är den viktigaste delarna i varje stadie (Lowther & Mutrie 2007, ss. 266-269).

I södra Kina gjordes (2014) en studie under sex månader på 196 hjärtpatienter som var över 65 år. I studien delades deltagarna in i tre grupper där den första gruppen fick en ostrukturerad och enkel patientundervisning angående kost och fysisk aktivitet. I den andra gruppen fick deltagarna en mer djupgående information angående hjärtats anatomi, funktion och patofysiologi. Den tredje försöksgruppen fick i stort sett samma undervisning som grupp två fast med en individanpassad TTM. I resultatet av studien framkom det att deltagarna i den tredje försöksgruppen hade en ökad tilltro till sin egen förmåga att förändra sin livsstil ”self-efficacy”, vilket i sin tur leder till en ökad fysisk aktivitet. Deltagarna i försöksgrupp tre hade lättare att överkomma olika hinder som uppstod vid utförandet av fysisk aktivitet, till exempel att gå ut och promenera enligt rekommendationen trots att det regnade. De hade även en förmåga att lättare röra sig framåt i förändringsstadierna, speciellt i stadierna handling och upprätthållande. Studiens resultat visar att genom att tillämpa en individanpassad TTM med rätt intervention i rätt stadie så lyckades deltagarna i försöksgruppen öka sin fysiska aktivitet från trettio till tvåhundra minuter per vecka (Li-Xia, Shuk-Chung, Janet & Hong-Gu 2014, ss. 386-390).

Det som var gemensamt i dessa studier (Kambiz et. al. 2006; Hirvonen, Huotari, Niemelä & Korpelainen 2012; Lowther & Mutrie 2007; Li-Xia, Shuk-Chung, Janet & Hong-Gu 2014) var att sjuksköterskan engagerar sig i rätt handlingssätt vid rätt stadie, dvs. att sjuksköterskan anpassar informationen och rekommendationerna utifrån vart patienten befinner sig i de olika stadierna av förändring. På så vis kan sjuksköterskan hjälpa patienten till att utöka sin fysiska aktivitet.

Motiverande samtal (MI)

Enligt en studie från 2010 fungerar det motiverande samtalet (MI) som en drivkraft för att personen ska bli fysisk aktivt. Studien innefattade 26 deltagare och inriktade sig till patienter med diabetes typ 2 och pågick under nio månader. I studien ingick två försöksgrupper varpå den ena fick MI vid ordinationen fysisk aktivitet. Syftet med MI var att undersöka om det skulle påverka deltagarnas livsstil genom en beteendeförändring och således ändra deras uppfattning på fysisk aktivitet. Resultatet från studien visar att blodsockret sänktes i försöksgruppen, genom att MI hade ökat deras fysiska aktivitet (Calhoun, Brod, Kirlin, Howard, Schulberg & Fiore 2010, ss. 107-109).

Forskning har visat hur MI ökar förmågan att följa rekommendationen fysisk aktivitet för deltagarna. Brodie, Inoue och Shaw (2006) skriver i en studie som inriktar sig till en patientgrupp över 65 år med hjärtsjukdom, där måttlig fysisk aktivitet är gynnsam för hälsan. Även i denna studie delades deltagarna in i två olika grupper, där den ena experimentgruppen fick MI och den andra fick enbart traditionella träningsprogram. Efter fem månader visade det sig i resultatet, att deltagarna i experimentgruppen hade en positiv utveckling i deras self-efficacy och motivation. Detta i sin tur ledde till en ökad fysisk aktivitet och förbättrad hälsa (Brodie, Inoue & Shaw 2006, ss. 493-495).

En annan studie från 2012 visade att patienter med kronisk smärta som fått MI och fysisk aktivitet under åtta veckor haft en positiv inverkan på deras self-efficacy. Detta gör att deras maladaptiva beteende förändras till det positiva och ökar deras möjligheter att göra en livsstilsförändring (Tse, Vong & Tang 2012, ss. 389-390).

Sammanfattningsvis fann vi att dessa studier (Calhoun et. al. 2012; Brodie, Inoue & Shaw 2006; Tse, Vong & Tang 2012) att det motiverande samtalet (MI) är en god framgångsfaktor till att öka personens drivkraft, dvs. motivation till förändring. Samtidigt har det en positiv utveckling till deras tilltro av sin förmåga att ändra sin livsstil, vilken i sin tur ledde till en ökad fysisk aktivitet och förbättrad hälsa.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

I det vårdande mötet mellan patienten som är i behov av fysisk aktivitet och sjuksköterskan, finns det en risk att sjuksköterskan inte ser den stora nyttan med förskrivning av FaR. Det framgår i många studier (Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus & Ståhle 2009; Rossler & Ibsen 2008; Ingram, Wilbur, McDevitt & Buchholz 2001) att ett recept på fysisk aktivitet har en positiv inverkan på patienten och kan göra så att patienten tar till sig informationen och utför rekommendationen av FaR.

I en studie av Kallings, Leijon, Kowalski, Hellénus och Ståhle (2009) var det 65% av deltagarna som var positivt inställda till ordinationen FaR. I studien framgick det att enkla åtgärder som telefonkontakt och uppföljning av patientens utveckling med hjälp av den TTM, hade en positiv inverkan för att påverka inställningen till fysisk aktivitet och hjälpa dem genom olika beteendeförändringarna (Kallings et. al. 2009, ss. 486-489).

En studie från år 2008 visar att deltagarna har en positiv inställning till att sjukvårdspersonalen är aktiva vid utförandet av FaR, genom att sätta upp riktlinjer för deltagarna. Detta uppfattades av patienterna som ett stöd och genererade till en ökad fysisk aktivitet vilket ledde till en förbättring av deras diabetes typ 2 (Rossler & Ibsen 2008, ss. 189-191).

I en annan studie från år 2011 skulle deltagarna utföra en ordinerad, individanpassad fysisk aktivitet i form av 30 min promenad 3 - 4 gånger i veckan. Målgruppen bestod av afroamerikanska kvinnor som hade högt BMI och riskerade följsjukdomar som diabetes typ 2. Studien varade i 12 månader och var uppdelad i två delar. De sex första månaderna inriktades på att anpassa deltagarna till deras nya träningsrutiner, de övriga sex månaderna att upprätthålla ordinationen. De första fyra veckorna jobbade deltagarna med workshop, där fick de information om bland annat fördelarna med fysisk aktivitet och hur risken för återfall till en passiv livsstil minimeras. Till hjälp fick deltagarna 16 telefonsamtal utspridda på en 11 månaders period, som skulle vara stöttande och rådgivande. Vid utförandet av rekommendationen använde deltagarna pulsmätare och ett automatiskt telefonsystem, för att kunna föra loggbok över hur aktiva de varit. Generellt var deltagarna positiva till dessa hjälpmedel, genom att de upprätthöll deras motivation och skapade framsteg i deras dagliga träning. Dock påpekade deltagarna att stegräknare skulle vara mer lämpliga, samt att de skulle kunna se bättre värde av det automatiska telefonsvarare systemet om det hade en återkoppling. Det visade sig även att deltagarna i grupperna hade en positiv inställning till rekommendation om fysisk aktivitet. En av deltagarna uttryckte att rekommendationen hade skapat en struktur i vardagen och hjälpt henne att utföra sina nya träningsrutiner. Workshopen kunde upplevas som svår att ta del av rent praktiskt. Det stödjande telefonsamtalen beskrivs av ett fåtal deltagande som jobbiga, av den anledning att de inte utfört den rekommenderade träningen. Trots det var majoriteten positiva till dessa hjälpmedel (Ingram, Wilbur, McDevitt & Buchholz 2011, ss. 573-576).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att använda Axelssons (2012) modell för litteraturstudie som metod. För att hitta vetenskapliga artiklar som passade vårt syfte, fick vi kombinera flera sökord. Vi sökte först via Summon, det är den databas som vi är vana vid. Via Summon fick vi ett stort antal träffar, över 100 000 st. Genom att ändra kombinationerna på sökorden för att specificera vårt ämne, fick vi ned antalet sökord till hälften. Vi insåg att det skulle ge mindre antal träffar och spara tid, om vi använde andra databaser som inriktade sig på

vård, omvårdnad och medicin. Vi valde då att använda Cinahl och Pubmed. Dessa databaser gjorde att vi kunde avgränsa antalet artiklar med liknande resultat.

Från början förväntade vi oss att fördela antal kvalitativa och kvantitativa artiklar i vår studie, men det visade sig att de flesta artiklar som vi läste och granskade var kvantitativa. Det innebar att det var väldigt få kvalitativa artiklar som vi fick fram till vår studie, vilken innefattade 9 kvantitativa och en kvalitativ studie. Enligt Axelsson (2012, ss. 208-210) kan det vara en fördel med att ha olika former av forskningsmetodik. Dock är det fortfarande forskningsfrågan och studiens syfte som är avgörande.

Vi insåg att anledningen till att det inte fanns så många kvalitativa studier i detta område kan bero på att kvalitativa studier lägger fokus på patientens upplevelse av t.ex. förändringen till en mer fysiskt aktiv livsstil. Denna metod tar mer tid och har mindre antal deltagare. Vi anser inte detta vara relevant för vår forskningsfråga och studiens syfte. I vårt syfte, ville vi undersöka vilka framgångsfaktorer som sjuksköterskan skulle kunna använda sig av, för att vägleda patienten till en ökad fysisk aktivitet som leder till hälsa. Det var då mer aktuellt att tillämpa många kvantitativa studier. De kvantitativa artiklarna som vi valde visade hur stadier av förändringar, handlingssätt för olika stadier och motivationen påverkas av de olika metoder som vårdare kunde använda för att öka patientens motivation och drivkraft till ökad fysisk aktivitet. Vi kunde då se sambandet mellan olika framgångsfaktorer och ökning av fysisk aktivitet hos patienter. Vilken i sin tur ökar patientens tilltro till sin egna förmåga och förbättrar hälsan. Dessa kvantitativa studier svarade tydligt på vårt syfte, vilket vi anser är en styrka.

En annan styrka i vår studie var att de utvalda artiklarna kom från olika delar av världen och att de kom fram till liknande resultat. Ytterligare en styrka var att det var många deltagare i olika åldrar. De valda artiklarna handlar mycket just om folkhälsa och folksjukdomar som t.ex. hjärt- och kärlsjukdom, diabetes typ 2, högt blodtryck, benskörhet osv.

För att få en djupare förståelse av den enskilda patientens upplevelse, skulle det behövas fler kvalitativa studier, vilket vi upplevde som en svaghet i undersökningen. Vi anser dock inte att kvantitativa studier är opassande, bara för att de bygger på generaliseringsbarhet och siffror. Eftersom flera deltagare från olika länder, olika ålder och olika sjukdomar, utvärderas på likande sätt så kan detta tyda på att de flesta upplever t.ex. ökad välmående av att öka sin fysiska aktivitet.

Resultatdiskussion

Ur resultatet framkom det tre framgångsfaktorer som har inflytande på att öka personens fysiska aktivitet. Vi har valt att diskutera två av de fynden; *motiverande samtal (MI)* och *fysisk aktivitet på recept (FaR)*. Vi valde att inte ta upp fyndet *Timing i TTM*, eftersom den transteoretiska modellen används i motiverande samtal, dessutom besvarades fynden på samma sätt.

Motiverande samtal MI

I några av de artiklar som analyserades i vår studie, påvisades det att MI i samband med rekommendationen fysisk aktivitet har en positiv funktion genom att stödja patientens drivkraft, self-efficacy och motivation. Detta innebär att patienten ökar sina möjligheter för livsstilsförändringar, vardagliga fysiska aktiviteter och hälsan. Vårdpersonalen använder sällan MI vid rekommendationen fysisk aktivitet i den dagliga verksamheten. Det kan grunda sig på att vårdpersonalen brister i utförandet och metodiken vid rekommendationen fysisk aktivitet. Sjuksköterskan kan uppleva det som svårt att bedöma vilken form, hur mycket och vilket behov av aktivitet som är bäst för patienten (Brodie, Inoue & Shaw 2006, ss. 493-495; Tse, Vong & Tang 2012, ss. 389-390).

I vårt resultat resulterade i ett tema att MI ökar både sjuksköterskans och patientens förmågor och motivation när intresset är ömsesidigt, vilket stämmer överens med denna studies resultat (Brodie, Inoue & Shaw 2006, ss. 493-495; Tse, Vong & Tang 2012, ss. 389-390). Under intervjuerna uttryckte deltagarna en bristande insikt, feedback och förståelse från organisationen vid utförandet av MI. Andra deltagare kände tidsbrist vid patientmötet och möjligheten till reflektion dessutom att utbilda och träna sig på MI. Vidare fanns de sjuksköterskor som upplevde det svårt att lära sig något nytt, brist på öppenhet att utföra eller börja använda MI. De deltagare som använt sig av MI delade uppfattningen att MI var nödvändigt för att kunna förändra människors livsstil. Däremot uppfattade deltagarna att risken för paternalism minskade vid MI, genom att deras empatiska förmåga ökade när de lyssnade och deltog i mötet med patienten, även detta speglar resultatet i vår studie. MI är en bra metod för att kunna påverka patienters livsstil positivt. Dock räcker det inte enbart med de medel och den struktur som sjukvården bedriver i dagsläget. För att MI ska kunna bli mer effektivt behövs en reformation i hela verksamheten angående utbildning, utförande, inställning och feedback (Häggström, Kristofferzon, Wadensten & Östlund 2015, ss. 113-115).

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Av de artiklar som vi analyserade (Rossler & Ibsen 2008, ss. 189-191; Kallings et. al. 2009, ss. 486-489; Ingram et. al. 2011, ss. 573-576) så visar det sig att, förskrivningen av FaR påverkar patienternas fysiska aktivitet och hälsa positivt.

Detta innebär att användandet av FaR är ett bra verktyg i arbetet mot folksjukdomar, om det utförs på ett korrekt sätt. Brister det i utförandet kan det leda till att patienten inte utför ordinationen. Sjuksköterskan bör rekommendera enkla hjälpmedel som patienten kan använda för att underlätta följa av FaR. Dessutom individanpassa den fysiska aktiviteten och på så sätt öka möjligheterna för att patienten följer rekommendationen. I en kvalitativ studie framkom två teman: FaR som en viktig del av sjuksköterskans intervention och organisationens stöd vid FaR (Bohman, Mattsson & Borglin 2014). Studien innefattade 12 sjuksköterskor från 7 olika vårdcentraler i södra Sverige. Deltagarna intervjuades i 30 – 40 minuter om utförandet och inställningen till FaR. Under studien uttryckte sjuksköterskorna fördelarna med att kombinera både skriftlig och muntlig information, vilket enligt dem skulle leda till ett ökat engagemang och kontinuitet av rekommendationen fysisk aktivitet. Sjuksköterskorna upplevde däremot svårigheter i att hitta rätt aktivitet för rätt patient och göra den till en daglig rutin. Det var bland annat kostnaden för aktiviteten som sjuksköterskorna fick ta hänsyn till, beroende på patientens ekonomiska tillgångar (Bohman, Mattsson & Borglin 2014, ss. 273-277). Detta knyter samman med tidigare artikel av Ingram, Wilbur, McDevitt

och Buchholz (2011, ss. 573-576) där deltagarna i studien upplevde enkla och billiga hjälpmedel bland annat pulsmätare, automatiskt telefonsystem som loggade deras fysiska aktivitet och själva receptet på fysisk aktivitet. Dessa hjälpmedel beskrivs som positiva för att kunna skapa rutiner och upprätthålla den fysiska aktiviteten för deltagarna.

Om sjuksköterskan har tillräckligt med resurser och uppbackning från sjukvårdsorganisationen, kan billiga men effektiva hjälpmedel tillämpas för patienten vid utförandet av FaR. Liknande påstående hävdas även av Kallings et. al. (2009) genom att enkla åtgärder som telefonkontakt, uppföljning av patientens utveckling och hjälp av den TTM, upplevs detta som ett positivt och effektivt hjälpmedel vid utförandet av FaR från patienten (Kallings et. al. 2009, ss. 486-489). Bohman, Mattsson och Borglin hävdar att intresset för FaR har varit stort de senaste årtiondena från sjukvården, trots det har inte framgångar nåtts i önskad utsträckning (Bohman, Mattsson & Borglin 2014, ss. 276-277). Detta nämns även i artikeln av Kallings et. al. att under de senaste tio åren har FaR fått mer uppmärksamhet inom vården. Endast 30% av de patienter som besökt primärvården, rapporterade att de hade diskuterat livsstilsfrågor med läkare eller sjuksköterska. Utav dem var det 20% till 40% av patienterna som fick FaR. Det uppstår fortfarande problem med hur själva rådgivningen angående fysisk aktivitet och förskrivningen av FaR utförs i praktiken, trots kunskapen om att fysisk aktivitet är den mest effektiva behandlingen mot folksjukdomar (Kallings et. al. 2009, s. 491). Vidare hävdar Kallings et. al. att FaR är minst lika bra, om inte ett bättre alternativ till en farmakologisk behandling vid kroniska sjukdomar. I studien påvisas det brister, genom svårigheten rent praktiskt att ha uppsikt över hur patienten tar och följer rekommendationer. I studien efterlyses enklare metoder och hjälpmedel för att kunna värdera behandlingen (Kallings et. al. 2009, s. 489-492).

Som tidigare nämnts framkommer det hur viktigt och användbart FaR är i arbetet mot folksjukdomar, samtidigt som det ofta påvisas brister i verksamheten och i utförandet. Bohman, Mattsson och Borglin skriver att sjuksköterskorna som deltog i deras undersökning, kände dåligt stöd från sjukvårdsorganisationen. Det var främst genom dåliga rutiner och riktlinjer i utförandet och uppföljningen av FaR som de upplevde dessa brister. Tidsbrist var ett annat argument för att inte sjuksköterskorna använde sig av FaR. Men det visade sig vara sjuksköterskorna som inte hade rätt kunskap att utföra FaR på ett effektivt och korrekt sätt (Bohman, Mattsson & Borglin 2014, ss. 273-277). FaR är ett användbart verktyg för sjuksköterskan att tillämpa som hjälpmedel, för att underlätta och stödja patienten vid rekommendationer angående fysisk aktivitet. I en tidigare studie av Kallings et. al. undersöktes det om FaR kunde påverka patientens fysiska aktivitet samt livskvalitet. Patienterna som deltog i studien fick FaR och skulle själva rapportera om sin fysiska aktivitet. Under studien följdes förändringarna i de olika stadierna enligt TTM mot en mer fysisk aktiv livsstil. Dessutom ställdes frågor genom frågeformulär, om patientens livskvalitet samt en öppen fråga angående upplevelsen av FaR. Frågorna besvarades i början av studien och senare i slutet, sex månader efter. Det visade sig att de patienter som i början av studien hade utfört den fysiska aktiviteten någon gång per vecka, hade ökat till flera gånger per vecka och i vissa fall dagligen. I början av studien rapporterade 35% av patienterna att de nästan inte utförde någon fysisk aktivitet alls, vilket minskades till 16 % efter 6 månader. Med hjälp av dataanalysen "intention to treat" visade det sig att en förändring hade skett, i stadierna begränsande, förberedelse och återfall. Dessa hade minskat i motsats till den

ökningen som skett i stadierna handling och upprätthållande. Resultatet visade sig positivt i välbefinnande och livskvalitet genom nästan alla dimensioner enligt SF-36 skala (Kallings, Leijon, Hellénus & Ståhle 2008, ss.155-159).

Detta styrker påståendet att FaR har en positiv inverkan på patienten, vilket även Rossler och Ibsen (2008, ss. 190-191) skriver i sin studie. Där framkommer det att genom att använda sig av enkla hjälpmedel som gruppträning eller en instruktör som engagerar sig i deras träning, så ökade motivationen för deltagarna. Det visade sig även var lättare att överkomma hinder att utföra den fysiska aktiviteten när grupperna bestod av patienter med liknande sjukdomstillstånd. Dessa hjälpmedel kan kopplas ihop med det som nämnts tidigare i studien (Bohman, Mattsson & Borglin 2014, ss. 275), angående sjuksköterskans uppfattning om svårigheten att hitta rätt aktivitet till rätt patient vid rekommendationen FaR. Vidare uttryckte deltagarna en förbättrad kontroll över deras liv och hur skönt det var att vara fysiskt aktiva. Detta tolkas av oss som en förbättrad Hälsa i form av Sundhet, Friskhet och Välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 48).

SLUTSATSER

Framgångsfaktorer vid rekommendation om fysisk aktivitet, som sjuksköterskan kan använda sig av, är TTM, MI och FaR. Dessa metoder påverkar patientens motivation och inställning till fysisk aktivitet positivt. Genom att sjuksköterskan tillämpar rätt metoder vid rätt tillfälle och använder sig av olika hjälpmedel, så ökar möjligheterna för patienten att följa rekommendationen om fysisk aktivitet. Detta påverkar folkhälsan i samhället positivt, vilket är en viktig del i sjuksköterskans arbete.

Det råder inget tvivel om fördelarna med fysisk aktivitet, däremot behövs mer forskning om det praktiska utförandet. På så vis kan ett större antal personer som är i behov av en ökad fysisk aktivitet ta del av informationen och kunskapen för att kunna påverka sin livsstil. Detta ställer ett större krav på sjukvårdsorganisationen som helhet i syfte att förbättra resurser och metoder åt sjuksköterskan. Det återstår mycket arbete innan rekommendationerna är optimala.

Kliniska implikationer

- Den TTM, MI samt FaR bör användas mer inom sjukvården rent praktiskt, i samband med rådgivning om livsstilsförändring.
- Det ska finnas tydliga riktlinjer och vägledning för rekommendation om fysisk aktivitet.
- Det är viktigt att sjuksköterskan har en positiv attityd till FaR.
- Uppföljning är en viktig del i hälsofrämjande arbete som bör förbättras.

REFERENSER

Atkins, A. (2015). Reserch Methods. The systematic and objective identification, collection, analysis, dissemination and use of information for the purpose of decision. <http://slideplayer.com/slide/6411750/> [2016-11-10]

Axelsson Å. (2012). Litteraturstudie. I Högskolan Kristianstad & Sektionen för hälsa och samhälle. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur AB, ss. 203-219.

Bohman D. M., Mattsson L. & Borglin G. (2014). Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study, *Primary Health Care Research & Development*, 16, ss. 270-280. DOI: 10.1017/S1463423614999267

Brodie D. A., Inoue A., Shaw D. G. (2006). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45, ss. 489-500.

Calhoun D., Brod R., Kirlin K., Howard B. V., Schuldberg D. & Fiore C. (2010). Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Self-Care Among Northern Plains Indians With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 23(2), ss. 107-114.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och Vårdande: i teori och praxis*. 1. Uppl., Stockholm: Natur & kultur.

Efraimsson E. Ö. (2013). Motiverande samtal. I Klang Söderkvist b. (red.). *Patientundervisning*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 210-219.

Faskunger, J. & Nylund, K. (2014). *Motivation för motion: hälsovägledning för ökad fysisk aktivitet*. 1. uppl. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Folkhälsomyndigheter (2013). Utveckla diskrepans. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/somra/utveckla-diskrepans/> [2016-11-20]

Folkhälsomyndigheter (2016). Folkhälsan i Sverige 2016. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf> [2016-11-10].

Henriksson J. & Sundberg C. J. (2015). Allmänna effekter av fysisk aktivitet. I FYSS. <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/1.-Allmänna-effekter-av-fysisk-aktivitet.pdf> [2016-11-10]

Hirvonen N., Huotari M., Niemelä R. & Korpelainen R. (2012). Information Behavior in Stages of Exercise Behavior Change. *Journal of the American society for Information Science and Technology*, 63(9), ss. 1804-1a819.

Häggström E., Kristofferzon M., Wadensten B. & Östlund A. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary nurses trained in the method, *Nurse Education in Practice*, 15, ss. 111-118.

Ingram D., Wilbur J., McDevitt J. & Buchholz S. (2011). Women's Walking Program for African American Women: Expectations and Recommendations from Participants as Experts, *Women & Health*, 51(6), ss. 566-582. DOI: 10.1080/03630242.2011.606357

Jansson E., Hagströmer M. & Andersson S. A. (2015). Rekommendation om fysisk aktivitet för vuxna. I FYSS. http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-för-År-vuxna.pdf [2016-11-10]

Kallings L. V., Leijon M., Hellénus M.-L. & Ståhle A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life, *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18, ss. 154-161. DOI: 10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x

Kallings L. V., Leijon M. E., Kowalski J., Hellénus M. & Ståhle A. (2009). Self-Reported Adherence: A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients, *Journal of Physical Activity and Health*, 6, ss. 483-492.

Kambiz K. S., Louice M. W., Shamsaddin N., Alireza H., Giti T., Mollie G. & Soghrate F. (2006). A home-based transtheoretical change model designed to prevent designed to prevent osteoporosis in Iranian woman aged 40-65 years: a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 22(3), ss. 305-317.

Langius-Eklöf A. (2013). Salutogenes och känsla av sammanhang. I Klang Söderkvist, B. (red.). *Patientundervisning*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 87-88.

Li-Xia Z., Shuk-Chung H., Janet W. H. S. & Hong-Gu H. (2014). The effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 95, ss. 394-392.

Lowther M. & Mutrie N. (2007). Identifying Key processes of Exercise Behaviour Change Associated with Movement through the Stages of Exercise Behaviour Change. *Journal of Health Psychology*, 12(2), ss. 261-272. DOI: 10.1177/1359105307074253

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). Grundläggande folkhälsovetenskap uppl. 3. Stockholm: Liber.

Rössler K. K. & Ibsen B. (2008). Promoting exercise on prescription: recruitment, motivation, barriers and adherence in a Danish community intervention study to reduce type 2 diabetes, dyslipidemia and hypertension, *Journal of Public Health*, 17, ss. 187-193. DOI: 10.1007/s10389-008-0235-4

Statens folkhälsoinstitut (2011). FaR[®] Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf> [2016-11-01]

Tse M. M., Vong S. K. & Tang S. K. (2012). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 1843-1856. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

BILAGA 1

Databaser och datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Utvalda
Cinahl	Transtheoretical model and exercise and change and health education	2006-2016, Peer-review, Engelska	25	2
Cinahl	Transtheoretical model and physical activity and increase exercise	2006-2016, Peer-review, Engelska	11	1
PubMed	Transtheoretical change model and physical activity and stage of change and behaviour change	2006-2016, Peer-review, Engelska	21	1
Cinahl	Motivational interview and physical activity and type 2 diabetes	2006-2016, Peer-review, Engelska	21	1
Cinahl	Motivational interviewing and physical activity and heart failure	2006-2016, Peer-review, Engelska	4	1
Cinahl	Physical activity on prescription and health care and physical activity	2006-2016, Peer-review, Engelska	101	2
PubMed	Motivational interview and depression and physical activity	2006-2016, Peer-review, Engelska	24	1
Cinahl	Physical activity and prescription and expectation	2006-2016, Peer-review, Engelska	2	1

BILAGA 2

Författare, årtal, titel & tidskrift	Syfte	Metod/Urval	Resultat
<p>1 Brodie D. A., Inoue A., Shaw D. G</p> <p>2006 UK</p> <p>Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p>	<p>Att undersöka effektskillnaden mellan motiverande samtal och standardvård. Dessutom båda behandlingsmetoderna i samband med fysisk aktivitet som livsstil hos patienter med kronisk hjärtsvikt.</p>	<p>En randomiserad kontrollerad. Kvantitativ studie.</p> <p>60 patienter deltog i studien. De delades in i tre grupper: en grupp som fick standardvård, en grupp som fick MI och en grupp som fick båda behandlingsmetoderna</p> <p>Inklusionskriterier: patienter skulle vara över 65 år, är diagnostiserad för kronisk hjärtsvikt, att de kunde gå och ge skriftligt informerats samtycke.</p> <p>Första hypotesen var att subventionen "det motiverande samtalet" skulle visa en ökad livskvalitet mer än vad standardvård gjorde. Andra hypotesen var att det stimulerade "beredskap för förändring" och self-efficacy vid fysisk aktivitet. Det skulle också visa en stor positiv förändring för den grupp som hade motiverande samtal som behandlingsmetod.</p>	<p>Resultatet visade att hypotesen som ställdes stämmer. Den grupp som fick MI hade mest ökad livskvalitet vid fysisk aktivitet.</p>

<p>2 Calhoun D., Brod R., Kirlin K., Howard B. V., Schulberg D. & Fiore C.</p> <p>2010 India</p> <p>Effectiveness of motivational interviewing for improving self-care among northern plains Indians with type 2 Diabetes</p> <p>Diabetes Spectrum</p>	<p>Att undersöka effekten av motiverande samtal (MI) och om det skulle kunna förbättra skötseln vid egenvård hos patienter med diabetes typ 2.</p>	<p>En kvantitativ pilotstudie. 26 personer deltog i studien, men bara 20 personer fullföljde. Vid första mötet fick alla deltagarna lämna prover på sitt långtidsblodsocker, blodsockertest samt en enkät med fem frågor angående deras vardagliga fysiska aktivitet.</p> <p>Under tre veckor fick deltagarna anteckna hur många timmar de var fysiskt aktiva. Dessutom ingick 30 minuters motiverande samtal två ggr/vecka.</p> <p>Studien pågick under tre månader.</p>	<p>Trots att det var bara 6 personer som inte fullföljde hela studien så har inte det påverkat resultat så mycket. Resultatet visade att deltagarna har ökat nivån av fysisk aktivitet dessutom ökat sitt välmående samt sänkt långtidsblodsockret.</p>
<p>3 Hirvonen N., Huotari M., Niemelä R. & Korpelainen R.</p> <p>2012 Finland</p> <p>Information Behavior in Stage of Exercise Behavior Change</p> <p>Journal of the American society for information science and technology</p>	<p>Att förstå hur informationen påverkar individers beteende i samband med fysisk aktivitet. Dessutom se vilka metoder och behov som vuxna män har för att erhålla eller undvika information om fysisk aktivitet vid en förändringsprocess.</p>	<p>En kvalitativ tvärsnittsstudie.</p> <p>I början innefattade studien 997 män varav 616 deltog. Åldrarna var 17-22 år och riktade sig till de som skulle mönstra inom Finlands försvarsmakt. Deltagarna kontaktades per telefon där frågor ställdes angående deras uppfattning om deras lämplighet till aktiv tjänst och hur det skulle uppnås. Frågorna innehöll även flera teman med fokus på sociodemografiska uppgifter t.ex. fysisk aktivitet,</p>	<p>Resultatet visade att beroende var i förändringsstadiet individen är, så påverkas mottagandet av hälsoinformation angående fysisk aktivitet.</p> <p>I stadiet pre-action (ej-begrundande, begrundande och förberedelsestadiet) är individen oftast okunnig, saknar motivation och är inte regelbundet fysiskt aktiv. Informationen påträffas oftast genom den passiva praxis i omgivningen. I ”action</p>

		informationsbeteende i samband med fysisk aktivitet och motion, beredskap att ändra beteendeförändring i samband med de fyra dimensioner i den transteoretiska modellen (Stages of change, self-efficacy, förändringsprocessen och motivation balans).	stadiet” är individen fysiskt aktiva i mer eller mindre 6 månader, informationen kommer oftast genom aktiv sökning eller aktiv skanning. Detta resultat stöder TTM, genom att individer kan dra nytta från individanpassade hälso-kommunikation strategier.
<p>4 Ingram D., Wilbur J., McDevitt J. & Buchholz S.</p> <p>2011 USA</p> <p>Women’s Walking Program for African American Women: Expectations and Recommendation from Participants as Experts</p> <p>Women & Health</p>	<p>Att undersöka:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. förväntningar och hinder från fysisk aktivitet. 2. deras feedback från programkomponenter 3. deras förslag till programbyte, för att förbättra deras fysiska aktivitet. 	<p>En kvalitativ studie där 33 kvinnor mellan 40 till 65 år deltog. Deltagarna delades upp i fyra olika grupper, beroende på aktuell behandling. Dessa behandlingar var fysisk aktivitet på recept, pulsmätare, automatiskt telefonsvararsystem, workshop och telefonstöd. Receptet på fysisk aktivitet bestod av 30 min individanpassad promenad 3-4 ggr/vecka. Studien pågick under ett års tid. Deltagarna intervjuades med öppna frågor som diskuterades och spelades in för analysen.</p>	<p>Resultatet visade att viktminskning hade skett i alla de grupper som deltog i studien. Dessutom hade de ökat sin fysiska aktivitet. Deltagarna upplevde att med hjälp av FaR hade de hittat en struktur för att skapa en träningsrutin.</p>
<p>5 Kallings L. V., Leijon M. E., Kowalski J., Hellénus M. & Ståhle A.</p> <p>2009 Sweden</p>	<p>Att undersöka självrapportera de som anslutning till för individualiserad föreskrivna av fysisk aktivitet FaR hos patienter i primärvården.</p>	<p>En kvantitativ studie.</p> <p>260 patienter deltog i studien som fick individanpassad fysisk aktivitet på recept.</p> <p>Patienterna skulle rapportera själva om sin fysiska aktivitet i 6</p>	<p>Resultatet visade att 65% av deltagarna var positivt inställda till ordinationen FaR.</p> <p>Telefonkontakten och uppföljningen av patientens utveckling, hade med hjälp av den TTM haft en positiv</p>

<p>Self-Reported Adherence: A method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients</p> <p>Journal of Physical and Health</p>		<p>månader. I studien ställdes frågor som mätte nivån av fysisk aktivitet, välmående och stadier av förändring.</p>	<p>inverkan för att påverka patientens inställning till fysisk aktivitet. Dessutom hade den hjälpt dem ta sig genom olika beteendeförändringar.</p>
<p>6 Kambiz K. S., Louice M. W., Shamsaddin N., Alireza H., Giti T., Mollie G. & Soghrate F.</p> <p>2006 Iran</p> <p>A home-based, transtheoretical change model designed to prevent osteoporosis in Iranian woman aged 40-65 years: a randomized controlled trial</p> <p>Health education research</p>	<p>Att utvärdera 12 veckors träningsprogram som baserades på stages of change (SoC) och handlingsätt i beteendeförändring från den transteoretiska modellen (TTM).</p>	<p>En randomiserad och kontrollerad kvantitativ studie.</p> <p>116 kvinnor mellan 45-60 årsåldern deltog i studien, vilka delades i två grupper. En med hälsovägledning i TTM och en utan.</p>	<p>Det visade sig att den grupp som fått information i ämnet förändringsprocessen enligt TTM fick en högre self-efficacy och en ökad fysisk aktivitet i jämförelse med kontrollgruppen.</p>
<p>7 Li-Xia Z., Shuk-Chung H., Janet W. H. S. & Hong-Gu H.</p> <p>2014 Hong Kong</p> <p>The effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched</p>	<p>Att undersöka om den "transteoretical model-based exercise stage-matched intervention" ESMI, skulle kunna ändra inaktiva kranskärlsjuka patienters beteende till att vara mer fysiskt aktiva.</p>	<p>En randomiserad, kvantitativ studie som innefattade 196 patienter varav 46 avbröt med verken under experimentets period. Deltagarna fördelades slumpvist till tre grupper: 1. konventionell 2. patient utbildad 3. ESMI Inklusionskriterier var att patienten är över 18 år,</p>	<p>Resultatet visade att genom en individanpassad TTM med rätt intervention i rätt stadie, så lyckades deltagarna i ESMI gruppen öka sin fysiska aktivitet från trettio till tvåhundra minuter per vecka. Dessutom ökades deras self-efficacy och de kunde hantera olika hinder</p>

<p>intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial</p> <p>Patient Education and Counseling</p>		<p>har antingen en diagnos med myokardinfarkt eller angina pectoris, dessutom genomgått percutaneous coronary intervention (PCI) minst tre månader innan studiens start. De skulle vara stillasittande, ingen eller oregelbunden fysisk aktivitet, tala och skriva på Mandarin dessutom vara tillgängliga under studien samt vid uppföljningen.</p>	<p>bättre för att behålla sin fysiska aktivitet än de övriga grupperna.</p>
<p>8 Lowther M. & Mutrie N.</p> <p>2007 UK</p> <p>Identifying Key processes of Exercise Behaviour Change Associated with Movement through the Stages of Exercise Behaviour Change</p> <p>Journal of Health Psychology</p>	<p>Att identifiera vilka handlingssätt i förändringsprocessen som skulle passa in i de stadierna där personer befinner sig i. Detta gjordes för att kunna stödja och motivera personer till öka deras fysisk aktivitet.</p>	<p>En longitudinell studie.</p> <p>312 personer deltog i studien.</p> <p>Hypotesen som provades, var att tillämpa tidiga handlingssätt i förändringsprocessen. Exempelvis: medvetandehöjande, miljö- och själv omvärdering, dessa skulle vara viktigare för deltagarna i de tidigare stadierna vid beteendeförändring. Det vill säga i ej-begrundande, begrundade och förberedelsestadiet. De senare handlings sätten t.ex. engagemang, hjälpa relationer, skulle vara viktigare i handling- och upprätthållande stadier.</p>	<p>Resultatet visade att hypotesen som ställdes stämmer. Det visade sig även att det handlingssätt av ”engagemang” (det vill säga att hjälpa deltagarna till att fokusera på sin tro att han/hon kan vara mer fysisk aktiv) var den mest lämpade arbetsmetod, för varje stadie.</p>

<p>9 Rossler K. K. & Ibsen B.</p> <p>2008 Denmark</p> <p>Promoting exercise on prescription: recruitment, motivation, barriers and adherence in a Danish community intervention study to reduce type 2 diabetes, dyslipidaemia and hypertension.</p> <p>Journal of Public Health</p>	<p>Att analysera patientens motivation, hinder och hur de antar fysisk aktivitet</p>	<p>En kvantitativ metod. En kvantitativ studie baserad på frågeundersökning. 1156 deltagare 67% kvinnor, 33% män. Inklusionskriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienterna skulle vara fysiskt inaktiva men ändå kunna delta i fysiska aktiviteter. 2. BMI <35 3. diagnostiserats med diabetes typ 2, högt kolesterolvärde eller högt blodtryck. <p>Deltagarna fick FaR och kostrådgivning. Studien pågick under ett år. Under den fyra första månaderna fick deltagarna gruppträning, för att de skulle kunna vara fysisk aktiva minst 3 ggr/vecka, samt vägledning angående deras kost med en dietist 8 ggr under ett år. Det ingick även MI som baserades på "principen om förändringsstadier". Efter ett år gjordes en uppföljning som utvärderade deltagarnas fysiska aktivitet.</p>	<p>Resultatet visade att FaR med olika hjälpmedel som kostrådgivning, ledde till en ökad fysisk aktivitet, bättre kondition, viktminskning, lägre BMI och en minskat bruk av tobak. Deltagarna fick mer insikt inom fysisk aktivitet, kost och hälsa.</p>
<p>10 Tse M. M., Vong S. K. & Tang S. K.</p> <p>2012 Hong Kong</p> <p>Motivational interviewing and exercise programme for community-</p>	<p>Att undersöka effekten av motiverande samtal (MI) i samband med fysisk aktivitet hos äldre personer med kronisk smärta.</p>	<p>En studie med blanda metoder. 56 äldre personer med kronisk smärta, rekryterades från två olika äldreboende som indelades slumpmässigt i två grupper. Experimentgruppen fick 8 veckors motiverande samtal (MI) och ett program med fysisk</p>	<p>Resultatet visade att personerna i experimentgruppen med kronisk smärta hade ökat sitt välmående och sin fysiska aktivitet samt minskat sin ångest och depression. Dessutom hade de ökat förståelsen om, hur de skulle hantera smärtan</p>

<p>dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>		<p>aktivitet. Kontrollgruppen fick endast ett program med fysisk aktivitet. Under MI användes öppna frågor för att uppmuntra deltagarna till att uttrycka och hur de upplevde sin smärtintensitet, smärt self-efficacy, ångest, lycka, depression, rörlighet och livskvalitet. Dessa upplevelser mättes före och efter programmet med fysisk aktivitet.</p>	<p>på ett bättre sätt än personerna i kontrollgruppen.</p>
---	--	---	--