

Sundheds CVU Aalborg

Pia Luther

Hold SD - afgangsmodul 2006 - 1

Vejleder: Lotte Fock

23. juni 2006

**Sundhedsfaglig Diplomuddannelse
i sundhedsfremme og forebyggelse**

Afgangprojekt

Fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil

- *fysisk inaktivitet, en sundhedsrisiko på linie med rygning.*

1.0 INDLEDNING

Der er stor interesse i befolkningen for livsstil, og emnet fylder meget i medierne i disse år. Grunden hertil kan være, at mange aktuelle helbredsproblemer er relateret til vaner og livsstil. På trods af en stor viden på området, anslås livsstil i dag at være ansvarlig for ca. 40% af alle sygdomme. WHO har beregnet at i år 2020, vil 70% af alle sygdomme, globalt set, være forårsaget af livsstil, hvis tendensen ikke brydes.(1,2)

På baggrund af Lars Iversen et al.(3), definerer jeg livsstil som det enkelte menneskes handlinger, der enten har en positiv eller negativ indflydelse på dennes helbred. *"Livsstil dannes og påvirkes af en lang række både sociale og psykologiske forhold, som det enkelte menneske nok har indflydelse på, men langt fra kan gøres eneansvarlig for"* (3)

Med udgangspunkt i professor og overlæge Bente Klarlund Pedersens bog; "recept på motion" (1) kan man udlede, at det, i stedet for, umiddelbart, at behandle borgere, med helbredsproblemer relateret til livsstil, medikamentelt, ville være mere hensigtsmæssigt at støtte den enkelte borger i at ændre vaner og livsstil. Der er således tale om en forebyggende indsats, men også en sundhedsfremmende indsats i relation til at holde raske mennesker raske er påkrævet, hvis ovennævnte tendens skal brydes(4).

Men det kan imidlertid være svært at få andre til at ændre adfærd. Den sundhedsprofessionelle kan ikke lave om på den enkelte borger- det kan kun borgeren selv. Den sundhedsprofessionelle må således respektere, at patienten er eksperten i sit eget liv, og at borgeren selv må tage ansvaret for sine beslutninger.(4)

2.0 PROBLEMBESKRIVELSE

Risikoen for livsstilssygdomme, forårsaget af fedme, er en af de helt store sundhedsrisici og der ses en stadig voldsomt stigende overvægt- og fedmeforekomst blandt borgere, såvel nationalt som internationalt(5).

2.1 Fedmepandemi

Det anslås, at ca. 55% af den voksne danske befolkning er overvægtige, og 12-13% lider af egentlig fedme. Det antages at over 70% af amerikanere er overvægtige, og ca. 28-30% af voksne amerikanere lider af fedme.(6)

Vi står altså over for en fedmeepidemi, som vi ser den i USA - ikke kun i Europa, men også i mange andre dele af verden og dermed står vi over for en fedmepandemi. Den gennemsnitlige forekomst af fedme (BMI > 30 kg/m²) i Europa er i dag 15-20%, hvilket svarer til mindst 60 mio. europæere. Lægger man antallet af overvægtige til, når tallet op på 50-65% eller ca. 200 mio. europæere. Man kan sige, at, det på den måde, er blevet normalt, at være overvægtig, og i nogle lande er kun en ud af tre i dag normalvægtig. Det er vurderet, at vi i Europa kun er fem år efter udviklingen i USA, så der er behov for en intensiv indsats, hvis vi ikke, i Europa, inden længe, skal nå samme fedmeniveau som i USA.(7) Dog er der

en række forhold der har en afgørende betydning for, at danskere ikke er så overvægtige som befolkningen i USA. Dels ser det ud til at kostens sammensætning kan være en afgørende faktor, og dels har danskere et højere fysisk aktivitetsniveau end amerikanerne. Men, det vurderes, at der, uden forholdsregler, vil være risiko for, at forekomsten af fedme stiger og dermed medfører en markant stigning af fedmerelaterede sygdomme. (6)

"Physical inactivity, along with unhealthy diets, has contributed to the rapid increases in obesity in both adults and children in the last 20 years." (8)

2.2 Fysisk aktivitet og inaktivitet

Det er sandsynliggjort, at tynde mennesker, der lever et fysisk inaktivt liv, har større risiko for at få sygdomme og sundhedsproblemer end overvægtige, fysisk aktive personer har!(9)

Hvert år fører inaktivitet til mere end to mio. dødsfald på verdensplan.(10)

Ved fysisk aktivitet forstår jeg på baggrund af det 3. politiske folkesundhedsprogram, et hvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen, såsom rengøring, havearbejde, transport til og fra arbejde, fritidsaktiviteter, dans, lign. og idræt.(11)

Fysisk aktivitet og motion(fitness, engelsk) er i opgaven to sidestillede begreber. Den nuværende officielle danske anbefaling om fysisk aktivitet lyder: *"alle voksne bør dagligt være fysisk aktive 30 minutter af moderat intensitet helst alle ugens dage. De 30 minutter kan deles over flere omgange af 5-10 minutter"*. (12). Anbefalingen er altså forskellig fra de tidligere danske anbefalinger om fysisk aktivitet 4 timer om ugen.

Statens Institut for Folkesundhed har til opgave at monitorere udviklingen i befolkningens sundhedsvaner som baggrund for folkesundhedsprogrammet - såvel nationalt som regionalt. Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2000 (SUSY 2000) fra Statens Institut for Folkesundhed medtog derfor såvel spørgsmål, der skulle monitorere 4-timers rådet som 30-minutters rådet.

Resultaterne viste en stor diskrepans mellem succesraten for 4-timers rådet og 30-minutters rådet.(12)

Fysisk inaktivitet definerer jeg på baggrund af de officielle anbefalinger: Når den enkelte er mindre fysisk aktiv end ½ time om dagen ved moderat intensitet(12).

Undersøgelser viser altså, at flere og flere danskere bliver overvægtige og fede. Ifølge læge Bente Klarlund Pedersen er den bedste forklaring, at vores fysiske aktivitetsniveau er ændret markant over ganske få årtier. Denne livsstil matcher vores gener dårligt. Det er især de personer med "grådige gener", der, i dag, må bekæmpe disse. I stenalderen var denne type mennesker netop de stærke overleverere. (1)

De fleste af de ret få studier, hvori man har undersøgt den relative betydning af motion og overvægt for sygelighed og dødelighed, er baseret på data fra den samme kohorte, the Aerobics Center Longitudinal Study (ACLS) fra Cooper Instituttet i Dallas, Texas.

Generelt er konklusionerne fra denne kohorte, at et lavt motionsniveau er en risikofaktor for død, der er uafhængig af fedme, og at motion reducerer den overvægtsbetingede overdødelighed.(13)

2.3 Fysisk aktivitet og kost; to sammenhængende elementer

I sundhedsstyrelsens forebyggelsesprogram fremgår det, at regelmæssig fysisk aktivitet gør det lettere at holde en normal kropsvægt, fordi fysisk aktivitet forbedrer energiomsætning og appetitregulering.

Hvis man forbruger mindre energi end man indtager er der en risiko for overvægt. Meget overvægtige mennesker har vanskeligt ved at motionere tilstrækkeligt. Derfor er det mest effektive middel mod overvægt en kombination af diæt og motion. Motion alene er sjældent tilstrækkeligt til et markant vægttab, og diæt alene har sjældent permanent virkning. Til gengæld har motion vist at være centralt i forhold til at bevare sin vægt og vedligeholder et allerede opnået vægttab.

Det skal understreges, at den sundhedsmæssige værdi af fysisk aktivitet ikke kan måles gennem et vægttab. Vægttab udebliver ofte, selvom fedtmassen mindskes, fordi der sker en forøgelse af muskelmasse og blodvolumen. (14)

På baggrund af ovenstående, kan det udledes, at der er en meget betydelig sammenhæng mellem kost og fysisk aktivitet, når vi beskæftiger os med sund livsstil.

2.4 Sundhedsmyndighederne

For tre årtier siden var danskerne blandt de befolkninger i de vesteuropæiske lande, som blev ældst. I dag er billedet vendt, og danskernes levetid er blandt de laveste i Vesteuropa. (15)

I 1990'erne kom der først rigtig fokus på danskernes middellevetid. Før 1970'erne havde middellevetiden lagt i toppen i forhold til de lande vi normalt sammenligner os med, men herefter stagnerede den og endte med at ligge i bunden. (16) Derfor blev der nedsat et middellevetidsudvalg af den daværende sundhedsminister i 1992 og i 1998 udkom rapporten; "Danmarks dødelighed i 1990'erne". Den viste, at danskerne fortsat døde markant tidligere end befolkningerne i de lande, vi normalt sammenligner os med.(17)

Rapporten fra 1994 "Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark", havde dokumenteret, at der var store sociale forskelle i dødeligheden i Danmark. (s. 7). De socialt dårligt stillede grupper døde fortsat i en yngre alder og var mere belastede af sygdom og usund livsstil, sammenlignet med de bedrestillede grupper.(17).

Der er således en veldokumenteret sammenhæng mellem livsstil og dødelighed og inden for de seneste år er der set en tendens til at uligheden i livsstil er blevet større. (17 Kap 5).

Sundhed og sygelighed er altså stadig ulige fordelt

Derfor varsler regeringen en øget indsats for at forebygge de store folkesygdomme og de mange tidlige dødsfald, som ligger bag danskernes relativt dårlige middellevetid, i folkesundhedsprogrammet ; " Sund hele livet" – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10". (15)(16) Der udarbejdes sundhedsprogrammer og handlingsplaner på flere niveauer. På verdensplan drejer det sig om WHO's "Sundhed i det 21. århundrede(18). Lige som der nationalt er udarbejdet sådanne programmer inspireret af det internationale program, er der udarbejdet regionale(11). Men vores sundhed kan stadig ikke måle sig med de andre nordiske lande omkring os. Statistikkerne taler deres tydelige sprog: Som det eneste nordiske land har Danmark en middellevetid, som er under OECD-gennemsnittet(19). " *Sundhedsfremme og forebyggelse prioriteres for lavt og for usystematisk i det danske sundhedsvæsen. Alt for få borgere i risikozonen tilbydes borgerrettet forebyggelse, og alt for få kronisk syge bliver tilbudt den nødvendige patientrettede forebyggelse*"(19). Derfor har Dansk Sygepleje udfordret regeringen i "Forebyggelse af fremtiden - et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011. " *Der skal handling bag ordene i 'Sund hele livet', hvis det skal lykkes at iværksætte en målrettet indsats over for de store folkesygdomme og risikofaktorer*"(19). Regeringen, der har det overordnede ansvar i Danmark i forhold til danskernes sundhed, har udarbejdet det ovenfor nævnte folkesundhedsprogram(16). Heri fremsættes nogle overordnede mål og strategier for otte store folkesygdomme; aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger(KOL). En indsats i forhold til de i programmet opsatte risikofaktorer, er ligeledes en indsats i forhold til disse folkesygdomme (16) Programmet er et helhedsorienteret sundhedsprogram, der arbejder videre med Danmarks første samlede forebyggelsesprogram udformet af VKR- regeringen i 1989.(16)

I programmet fremgår det, i afsnittet om, fysisk aktivitet, der ses som en af risikofaktorerne, at 20-30 % af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko.(16) Det sundhedspolitiske mål, i relation til fysisk aktivitet, er at, " *Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen.*"(16). Med udgangspunkt i folkesundhedsprogrammet, er der udarbejdet de ovenfor nævnte regionale strategier, der, i den nordjyske region, er samlet i Det 3. sundhedspolitiske handlingsprogram 2000-2008 (11). I programmet er der opstillet sundhedsmål, Mål for risikofaktorer, er et af disse, herunder fysisk inaktivitet. Sundhedsmålet i forhold til fysisk aktivitet er at, "Antallet af fysisk aktive nordjyder skal øges" Følgende 3 delmål ud af 4, i forhold til fysisk aktivitet, finder jeg relevante, i forhold til min fremtidige praksis: - At formulere og implementere motionspolitikker. Formålet er at sikre oplysning om fysisk aktivitet samt at adgang til muligheder for at være fysisk aktiv bliver større. - At sikre oplysning og inspiration til fysisk aktivitet. Formålet er at formidling af viden om fysisk aktivitets betydning for sundhed følges

op af konkrete aktivitetstilbud samt inspiration til kropslig udfoldelse. - At sikre styrkelse og udbygning af tilbud om fysisk aktivitet. Formålet er at sikre, at især inaktive nordjyder tilbydes øget muligheder for forskellige former for fysisk aktivitet(11).

I strategierne tages det voksende problem og risikofaktor, overvægt, også meget alvorligt, da der nævnes at 40% af den danske befolkning er overvægtige, og problemet er stærkt stigende, især i de yngre aldersgrupper. (Tallet i dag er 55%). Der gøres opmærksom på, hvor svært det er at mindske overvægten, når den først er udviklet. Derfor lægges der i programmet vægt på, at der iværksættes en bred forebyggende indsats, især overfor børn og unge. Ligeledes lægges der vægt på, at informations- og rådgivningsaktiviteterne styrkes i programperioden. Sundhedsmålene er følgende: "Antallet af nordjyder, der spiser sundt, skal øges". "Antallet af svært overvægtige nordjyder skal nedbringes"(11)

Relevante delmål i forbindelse med mit fokus: "At støtte forebyggelsesarenaerne i at skabe rammer for sund kost". "At fremme sammenhæng mellem kost og motion". " Kost og motion er sammenhængende elementer, når målet er sund levevis. Amtet vil derfor i samarbejde med relevante samarbejdspartnere arbejde for, at tilbud om kost og motion i stigende grad koordineres og integreres".(11)

2.4.1 Sundhedsaftalerne

For at gøre indsatsen, i forhold til disse ovenforstående mål og delmål strukturerede, er der mellem amtet og kommunerne lavet sundhedsaftaler. Disse aftaler er blevet til, på baggrund af amtets ovenfor nævnte sundhedspolitiske handlingsprogram(11). I forhold til fx fysisk aktivitet vil amtet, via sundhedsaftalerne med den enkelte region, støtte udvikling af målrettede motionstilbud til særligt afgrænsede målgrupper der er fysisk inaktive, f. eks. alderspensionister, førtidspensionister, arbejdsløse, unge, udlændinge, samt ansatte der ikke kompenserer for stillesiddende arbejde i deres fritid. Brugere skal på det niveau de vil, involveres i planlægningen af aktiviteterne og der skal lægges vægt på socialt samvær og netværksdannelse. Målet med sundhedsaftalerne er, at den nordjyske befolknings middellevetid skal øges, at livskvaliteten for den nordjyske befolkning højnes og at den sociale ulighed i sundhed reduceres. Det er dermed ikke kun fokus på "at lægge år til livet", men også "at lægge liv til årene". Indsatsområderne for perioden 2000-2008 omfatter foruden manglende fysisk aktivitet, også, kost, overvægt, rygning, alkohol, trafikulykker samt hjemme- og fritidsulykker. Der understreger, at disse faktorer har stor betydning for nordjydernes sundhed. Udover disse livsstilsfaktorer er børn udpeget som en særlig målgruppe og endelig ulighed i sundhed(20).

2.4.2 Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen er underordnet indenrigs- og sundhedsministeriet. Missioner er at medvirke, som den centrale sundhedsfaglige myndighed gennem overvågning, tilsyn,

rådgivning, forvaltning og udvikling, til at sikre høj kvalitet og effektivitet i forebyggelse og behandling med henblik på at fremme mulighederne for et sundt liv for borgere i Danmark (21). Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens kampagne "Brug hovedet – brug kroppen" Rør dig 30 minutter om dagen(22) fra 2004 og erfaring fra min egen praksis, har jeg en antagelse om, at de fleste danskere ved, det er sundt at bevæge sig, men de færreste ved sandsynligvis ikke hvor sundhedsfarligt det er at være fysisk inaktiv. Nye undersøgelser viser, at fysisk inaktivitet er en sundhedsrisiko på linie med rygning og op mod 30% af den danske befolkning er så fysisk inaktive, at det går udover deres sundhed og trivsel. Konsekvensen er en stigning i livsstilssygdomme som, diabetes type 2, hjerte-karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser og forebyggelige kræftsygdomme(23). Det er sandsynliggjort at, fysisk aktivitet kan reducere og forebygge livsstilssygdomme og desuden modvirker fysisk aktivitet psykiske problemer som fx depression, angst og stress. (23)

2.5 Problemet set i et sundhedspolitisk perspektiv

Sundhedsmyndighederne har siden 1950'erne været optaget af, hvordan man kan påvirke befolkningens sundhedsadfærd. Den gang rettede indsatsen sig mod, at undgå smitsomme sygdomme og epidemier. Den nye tendens i vores tid er, at indsatsen retter sig mod områder, der ofte opfattes som personlige, herunder fx kost og motion.(3kap. 9)

Samtidig er det en grundlovssikret ret, at den enkelte kan vælge nøjagtig den livsstil han ønsker på trods af en eventuel sundhedsrisiko som følge heraf.

Med udgangspunkt i de to ovenstående udsagn, kommer man altså i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, til at skulle forholde sig til en række etiske og sundhedspolitiske dilemmaer. Herunder spørgsmålet om det enkelte menneskes autonomi i forhold til at vælge og ændre livsstil, (3 kap 12) og dermed spørgsmålet om hvorvidt, det kun er et individuelt anliggende, at vælge og forandre livsstil. (24 s.113).

Inspireret af Dansk sygepleje råds forslaget om en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse(19), ser jeg et stort sundhedspolitisk dilemma, hvis den enkelte, som følge af sin frie ret, vælger at leve usundt og derfor bliver syg af sin livsstil. Det vil, sandsynligvis, foruden forringelse i hans livskvalitet også få nogle økonomiske konsekvenser for samfundet. Desuden vil en sådan sundhedsadfærd påvirke vores børns opvækst, da vi som voksne er rollemodeller for dem. En central del af den sociale læringsteori er, at den menneskelige adfærd er lært ved at observere andres adfærd. I begyndelsen af livet er det netop primært far og mor, barnet observerer og lærer af. Bandure kalder dette fænomen for modeling (25 kap.3) (3 kap 9). Barnet har desuden heller ikke et reelt valg, når nu den fede og sukkerrigekost er købt ind og tilberedt, eller hvis mor og far ikke synes fysisk aktivitet er en nødvendig del af hverdagen

Som skrevet i indledningen, definerer jeg livsstil som det enkelte menneskes handlinger, der enten har en positiv eller negativ indflydelse på dennes helbred. *"Livsstil dannes og påvirkes af en lang række både sociale og psykologiske forhold, som det enkelte menneske nok har indflydelse på, men langt fra kan gøres eneansvarlig for"*(3)

På den måde er vores daglige adfærd overvejende styret af vores vaner og da en overvejende del af vores vaner er grundlagt i den tidlige barndom, er de dermed dybt forankret i personligheden. Derfor er vores livsstil i høj grad baseret på vaner, som er tillært ved imitation i løbet af socialiseringsprocessen fra barndommen til voksenlivet(24s. 75). Jeg vurderer herved, at vi i sundhedsarbejdet står overfor den udfordring at forsøge at ændre disse vaner, der er dybt forankrede i den enkeltes personlighed, det vil sige vaner, der dermed er en del af hans identitet.

2.5.1 Individ- og kollektivorienteret indsats

Inspireret af Lars Iversen et al.(3), kan livsstil siges at udvikle sig i en gensidig påvirkningsproces mellem personen og kollektivet (familie, skole, arbejdsplads, foreninger, lokalsamfund). Derfor må sundhedsfremme og forebyggelsen forholde sig til, såvel, det individuelle niveau ved at sætte den enkelte i stand til at udvikle en sund livsstil, som til det kollektive - eller sociale - niveau ved at skabe rammer, der netop gør dette muligt for den enkelte.

På baggrund af Saugstad(24) forstår jeg den individorienteret indsats, som sundhedsoplysning, rådgivning og træning i livsstilsændringer, patientuddannelses- og rehabiliterings-programmer, hvor man skræddersyr indsatsen i forhold til den enkelte, og hvor man direkte træner og understøtter adfældsændringer. Den kollektive indsats forstår jeg, ligeledes på baggrund af Saugstad(24) er rettet mod sociale systemer, og indsatsen har til formål at ændre den måde, hvorpå de fungerer og dermed vilkårene for det enkelte individ. Det kan ske gennem lovgivning, afgifter og tilskud, byplanlægning, regulering af markedet osv(24).

Inspireret af Saugstad(24), kan man udlede på baggrund af ovenstående, at der foruden den individorienteret indsats i Regeringens folkesundhedsprogram, fx "At sikre oplysning og information til fysisk aktivitet", også er lagt op til en kollektiv indsats, fx " At formulere og implementere motionspolitikker" samt "At støtte forebyggelsesarenaerne i at skabe rammer for sund kost", i det danske folkesundhedsprogram. Min antagelse om at kost og fysisk aktivitet er to sammenhængende begreber understøttes af ovenstående.

"De fleste politikere kan godt se problemerne, men vil helst se fedmeforebyggelse som et individuelt projekt efter devisen ,Folk kan selv vælge til og fra. Ingen forhindrer nogen i at fravælge slik og tilvælge gulerødder og motion;" ernæringsrådet formand, professor Bjørn

Richelsen(26). Hvis det forholder sig sådant, kunne man overføre budskabet fra dette udsagn, til, generelt, at omhandle den enkeltes valg af livsstil.

Inspireret af Saugstad(24), tolker jeg, at ovenforstående politiske budskabet om total handlefrihed og totalt ansvar, pålægger den enkelte et ansvar for forhold, der ligger udenfor hans umiddelbare rækkevidde. Saugstad kalder det for et "Blame the victim" budskab, som kan være svært at leve op til og kan resultere i skyldfølelse og opgivelse. De ovenfor nævnte "forhold", tolker jeg, som vores levevilkår, der er forskellige fra individ til individ. Disse forskellige levevilkår spiller en stor rolle i den ulighed i sundhed, vi, som før nævnt, har i Danmark.

2.5.2 Den salutogenetiske synsvinkel og sundhedsfremme

I WHO's internationale sundhedsprogram, "Sundhed i det 21. århundrede(18) fremgår det i kap 3 s. 28, at sundhed skabes, når den enkelte har tillid til at han kan mestre livet samt, at det er meningsfuldt for ham. Desuden skal han have tilstrækkelige ressourcer; mentale, fysiske, følelsesmæssige, sociale og materielle, til at mestre de krav, der stilles til ham. De sociale og materielle ressourcer tolker jeg, som de før nævnte levevilkår.

På baggrund af Aaron Antonovsky's teori om "oplevelsen af sammenhæng"(OAS) (4 kap.3), forstår jeg ovenstående således, at borgerens handlekompetence styrkes, når han får oplevelsen af" begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i livet. På den måde anlægges en salutogenetisk synsvinkel, hvor det handler om, at mennesker forbliver eller bliver sunde, i modsætning til den gængse patogenetiske synsvinkel, der stiller spørgsmålet, hvorfor folk bliver syge. Den salutogenetiske synsvinkel sidestilles på den måde med det sundhedsfremmende perspektiv, da der fokuseres på mulighedstænkning og den enkeltes ressourcer i forhold til at mestre, i stedet for på risikotænkning og forestillingen om at kunne fjerne alle risici i den enkeltes liv, som det er tilfældet i forebyggelsestraditionen.(4 kap 3 s. 85+104)

Jeg tolker på baggrund af ovenstående at det internationale sundhedsprogram ikke alene er individorienteret, men også fokuserer på levevilkårene eller som før beskrevet, den kollektive indsats.

I et internationalt perspektiv havde den sundhedspolitiske konference i Ottawa, Canada, i 1986 stor betydning for udvikling af begrebet, sundhedsfremme. Her blev sundhedsbegrebet netop omdefinert fra at være sygdomsfikseret og behandlerorienteret, til at fokusere på ressourcer og overskud i den enkeltes hverdag, (27 kap. 5) hvilket falder i tråd med ovenstående.

Fra jan. 2007 får kommunerne ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse og i den forbindelse har Det nationale råd for Folkesundhed fremlagt en politisk handlingsplan, for de områder, der har med kost, rygning alkohol og motion at gøre(KRAM) (28).

Mottoet lyder, at kommunerne skal give borgerne et KRAM.

2.6 Problemet set i for hold til egen praksis og erfaringer

Jeg tolker, ovenfor nævnte handlingsplan, som en intervention mod den stadige stigning i livsstilssygdommene og dermed et forsøg på, at bryde den ovenfor nævnte tendens. Der ligger her en enorm udfordring inden for det sundhedsfremmende og forebyggende område, hvilken, jeg i min fremtidige virke, som sundhedsprofessionel, håber på, at blive en del af, da jeg i samarbejde med en tidligere kollega åbner et sundhedshus(bilag 1): Aktiv livsstil bliver et hus med plads til den enkelte med mulighed for personlig og kompetent vejledning, støtte og opsamling i forhold til valg af en sundere livsstil, herunder kost, motion, rygestop og stresshåndtering. Aktiv Livsstil bliver et mindre eksklusivt sted med lukkede hold og trygge rammer, der har afsæt i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv. I modsætning til traditionelle motionscentre, der ofte fokuserer på vægtreduktion og muskelopbygning, vil vores fokus i relation til motion være, at den enkelte genfinder/finder glæden ved at være fysisk aktiv ligesom den sociale dimension vil blive vægtet højt. Vi vil tage udgangspunkt i den enkeltes forudsætninger samt ønsker for dermed at støtte ham, samt deltage i hans udviklingsproces i forhold til hans valg af en aktiv og sundere livsstil. Målet vil, for den enkelte, være en øget livskvalitet.

Vores målgruppe er dels overvægtige børn og deres familier, den enkelte borger, der ønsker et tilpasset tilbud samt tilbud om firmaaftaler.

Der vil i virksomheden blive tilknyttet diætister, fysioterapeut, psykoterapeut, kropsterapeut og forskellige instruktører og personlige trænere.

I min praksis som sundhedsprofessionel har jeg, umiddelbar, mulighed for at arbejde med den individorienteret indsats. I min tidligere praksis som sygeplejerske og motionsansvarlig i et psykiatrisk daghospital, samt erfaringer fra sund by, hvor det blev udbudt motion på recept, har jeg oplevet den enkelte borgers motivation i forhold til fysisk aktivitet ofte udspiller sig på et kontinuum. Motivationen kan veksle fra at være høj i en periode, til at dale mod mindre motiveret. Det kan resultere i, at den enkelte borger kan have svært ved, at fastholde den aktuelle livsstilsændring. I forbindelse med motion på recept oplevede jeg, at den enkelte i de fire måneder recepten løb, hvor den enkelte havde en tæt kontakt til den sundhedsprofessionelle, havde lettere ved, at fastholde det fysiske aktivitetsniveau.

Motivationen kunne også veksle her, men støtten fra den sundhedsprofessionelle hjalp ofte den enkelte til at genfinde motivationen. Når så de fire måneder var gået og den enkelte skulle sluses ud i en eller anden form for motionsforening blev det ofte sværere for ham, at opretholde det ønskede aktivitetsniveau. Ofte var de overladt til sig selv og den sociale dimension, som de havde oplevet på de små motionshold i sund by regi, var ikke at finde på samme måde i de nye omgivelser.

Den afgørende udfordring for den individorienteret indsats er altså ikke kun at opnå en umiddelbar adfærdsændring, men at fastholde den på lang sigt. Ifølge Afdelingschef Lars Iversen Ribe Amt, Psykiatri- og sundhedsområdet(29), er tilbagefald velkendte fra vægtkurre og rygestopkurser. Inspireret af hans artikel i Ugeskrift for læger 2004 understreger disse velkendte tilbagefald, at der er et begrænset forebyggende potentiale, i den individorienteret indsats. Ændringer i personens omgivelser, der understøtter adfærdsændringerne - f.eks. gennem udbud af fedtfattige fødevarer, røgfrie miljøer, lokale motionsmuligheder - er dermed nødvendige for at forestille sig markante effekter. Den individorienteret forebyggelse forudsætter således den kollektivrettet indsats for at få optimal effekt (29), hvilket underbygger det ovenfor skrevne. Her ser jeg en kæmpe udfordring i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i samarbejde med politiske og økonomiske tiltag.

3.0 PROBLEMSTILLINGER

Det er et problem :

- at der både nationalt og internationalt bliver flere overvægtige borgere,
- at problemet er stærkt stigende, især i de yngre aldersgrupper.
- at vi står overfor en fedmepandemi
- at overvægtige borgere er mindre fysisk aktive end normalvægtige borgere og der derfor er en højere dødelighed blandt de inaktive.
- at 20-30% af befolkningen, i Danmark, er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko,
- at de færreste borgere sandsynligvis ikke ved, hvor sundhedsfarligt det er at være fysisk inaktiv,
- at fysisk inaktivitet er en sundhedsrisiko på linie med rygning,
- at fysisk inaktivitet er med til at forårsage en stigning i livsstilssygdommene,
- at danskerne fortsat dør markant tidligere end befolkningerne i de lande vi normalt sammenligner os med,
- at der er store sociale forskelle i dødeligheden i Danmark, hvor de socialt dårligstillede grupper fortsat dør i en yngre alder og er mere belastede af sygdom og usund livsstil, sammenlignet med de socialt bedrestillede grupper,
- at der inden for de seneste år er set en tendens til at uligheder i livsstil er blevet større,
- at livsstil i dag anslås for at være ansvarlig for 40% af alle sygdomme, samt at WHO har beregnet at 70% af alle sygdomme globalt set vil være forårsaget af livsstil i år 2020,

- at sundhedsmyndighedernes indsats i forhold til befolkningens sundhedsadfærd besværliggøres, da områder som fx kost og motion opfattes som personlige. Dette medfører nogle sundhedspolitiske dilemmaer,
- hvis hovedvægten af politikerne helst ser livsstil som et individuelt projekt, velvidende at det er dokumenteret, at en kollektiv indsats i kampen mod livsstilssygdomme, er en forudsætning for at den individorienteret indsats får optimal effekt.
- at jeg som sundhedsprofessionel umiddelbart kun har mulighed for at arbejde på individorienteret niveau,
- at den enkelte borgers motivation i forhold til en livsstilsændring, herunder fysisk aktivitet, ofte udspiller sig på et kontinuum , hvilket kan resultere i, at den enkelte borger kan have svært ved at fastholde den aktuelle ændring.

3.1 Begrundelse for valg af problemstilling:

Den mest centrale problemstilling i forhold til mit fremtidige virke som sundhedsprofessionel i et sundhedshus, er for mig at se, at den enkelte borgers motivation i forhold til en livsstilsændring, herunder fysisk aktivitet, ofte udspiller sig på et kontinuum , hvilket kan resultere i, at den enkelte borger kan have svært ved at fastholde den aktuelle ændring. Da jeg i mit fremtidige virke som sundhedsprofessionel, skal deltage i, og støtte, den enkelte borgeres lærings- og udviklingsproces i relation til valg af en sundere livsstil, herunder fysisk aktivitet, bliver det yderst relevant for mig, at kunne tage udgangspunkt i den nyeste viden på området, fordi det er vigtigt at man rådgiver på baggrund af hvad der dokumenteret virker bedst.

Jeg har, valgt at arbejde med fysisk aktivitet og betydningen heraf samt konsekvenserne af fysisk inaktivitet, i opgaven, da fysisk inaktivitet, som beskrevet i problembeskrivelsen, er en af de mest determinerende sundhedsrisici. Da det er en forholdsvis ny viden, at inaktivitet er en sundhedsrisiko på linie med rygning ligger der en stor udfordring i at få denne viden formidlet i befolkningen og herefter få gjort fysisk aktivitet i den enkeltes hverdag til et reelt valg. Som nævnt i problembeskrivelsen står det sort på hvidt i internationale, nationale og regionale strategier, at der skal gøres en indsats i forhold til fysisk inaktivitet. Da fysisk inaktivitet er en risikofaktor på linie med rygning, kan man udlede, at problemet er et indsatsområde, der må prioriteres højt på sundhedsfremme og forebyggelses området. Ingen er i tvivl om rygningens skadelige virkninger og dermed bliver fysisk inaktivitet, en af de mest determinerende sundhedsrisici. Som skrevet i problembeskrivelsen, fremgår det fx af det nationale sundhedsprogram, at *"20-30 % af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko"*.(16 s.19-20) og som følge deraf skrives der at *"Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af*

hverdagen."(16). Da jeg arbejder i Nordjyllands amt inden for sundhedsfremme området bliver risikofaktoren, fysisk inaktivitet derfor et indsatsområde, der vil komme til at indgå som et af de områder, der, med stor sandsynlighed vil blive prioriteret højt og der ligger en stor udfordring på området i forhold til de før omtalte delmål på side 4 som udspringer af det regionale programs sundhedsmål i forhold til fysisk aktivitet; " *Antallet af fysisk aktive Nordjyder skal øges*" (11s.41). I forhold til delmålet " *At formulere og implementere motionspolitikker*, vil vi i Aktiv Livsstil fx opsøge firmaer og tilbyde at være behjælpelige på dette område. " *At sikre oplysning og inspiration til fysisk aktivitet*", bliver ligeledes en af vores store områder, både i forhold til firmaaftalerne, men også i forhold til den enkelte borger, der kommer i huset. Foruden motionstilbud vil Workshops og foredrag i relation til fysisk aktivitet blive integrerede dele i mit fremtidige arbejde i Aktiv Livsstil.

I opgaven sidestilles fysisk aktivitet og motion som to identiske begreber.

Med udgangspunkt i den nyeste evidensbaseret viden på området, vil jeg undersøge, hvordan den enkelte borger kan støttes i at fastholde en ønsket livsstilsændring i kampen mod fysisk inaktivitet og hvordan den sundhedsprofessionelle kan virke som katalysator i denne lærings- og udviklingsproces det medfører for den enkelte borger, velvidende, at denne individorienteret indsats ville få optimal effekt, hvis den blev suppleret med en kollektivrettet indsats.

I min praksis har jeg, som før nævnt umiddelbart mulighed for, at sætte ind på det individuelle plan.

4.0 PROBLEM FORMULERING:

Hvilke strategier, har været effektive i forhold til at kunne fastholde en ændret livsstil, fra at være fysisk inaktiv, til at være fysisk aktiv. Hvordan kan den sundhedsprofessionelle, i et sundhedsfremmende perspektiv, deltage i denne forandrings-/udviklings-proces.

4.1 Afgrænsning af problemformuleringen

Jeg vil afgrænse målgruppen til at inkludere raske borgere af kaukasisk oprindelse fra 16 – 80 år. Desuden afgrænser jeg strategierne til at omhandle det individorienteret niveau. Jeg vælger i opgaven kun, at arbejde med den voksne befolkning, velvidende at problemet i gruppen af børn, både hvad angår overvægt og fysisk inaktivitet, er et stigende problem som nævnt i problembeskrivelsen. Jeg har valgt den voksne del af befolkningen, da de bliver min primære målgruppe i fremtiden. Mit område bliver den voksne, der ønsker støtte og vejledning i forhold til en given livsstilsændring. I forhold til det regionale sundhedsprogram, vil vi forsøge at få et samarbejde med amtet/kommunen, med udgangspunkt i det før beskrevne - At sikre oplysning og inspiration til fysisk aktivitet. Formålet er at formidling af viden om fysisk aktivitets betydning for sundhed følges op af konkrete aktivitetstilbud samt

inspiration til kropslig udfoldelse. - At sikre styrkelse og udbygning af tilbud om fysisk aktivitet. Formålet er at sikre, at især inaktive nordjyder tilbydes øget muligheder for forskellige former for fysisk aktivitet(11.)

I forhold til begrebet "fastholde" vil det i opgaven betyde en ændret livsstil som mindst er vedligeholdt i et halvt år fra ændringen er påbegyndt. Dette kan i de enkelte undersøgelser været undersøgt ved Follow-up.

5.0 METODEAFSNIT

I det følgende beskrives og begrundes den resterende del af projektets opbygning og de valg, der i den forbindelse er truffet.

Jeg har valgt, at belyse problemformuleringen ved hjælp af et litteraturstudie, da jeg har en formodning om, at der findes en del litteratur indenfor området. Alternativt kunne interview eller spørgeskemaundersøgelse være relevant. Jeg kunne også selv have lavet en undersøgelse, hvis der havde været mere tid. Det kunne være spændende, på et senere tidspunkt, i Aktiv Livsstil, at lave sådan en undersøgelse.

5.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Jeg vil efterfølgende uddybe og redegøre for hvordan jeg forstår og bruger evidensbegrebet: Evidens betyder vidnesbyrd eller bevis og evidensbaseret viden kan siges at være fundamentet i nutidens kvalitetssikrings søgende sundhedsvæsen(30)Det vil sige, formålet er at gøre behandlingen professionel, effektiv og korrekt. Evidens er viden baseret på videnskabelige velfunderede undersøgelser(31 s.16).

Oprindeligt har det været den positivistiske tankegang, der har præget den evidensbaseret viden, hvor det handler om at forklare fænomener og tilstande(30).

Men da sygeplejen befinder sig i et felt mellem forklaring og fortolkning, må den suppleres med en humanistisk tilgang. Foruden at forklare objektive fakta, handler sygepleje jo netop også om at forstå og fortolke meninger og værdier. At sygepleje kan være evidensbaseret, kan underbygges med følgende definition af evidensbaseret medicin, der ikke siger noget om at den kliniske beslutning kun skal træffes på baggrund af forskningsresultater ej heller at en bestemt metode skal anvendes: " *Samvittighedsfuld eksplicit velovervejet anvendelse af den nyeste foreliggende viden i beslutningsprocessen om behandling af den enkelte patient*".(30) I opgaven bruger jeg "borger" i stedet for "patient" om målgruppen, da mit fokus skal ses i et sundhedsfremmende perspektiv. Med udgangspunkt i ovenfor nævnte definition, ses det at kravet i evidensbaseret medicin er, at beslutningsgrundlaget skal være eksplicit. Det vil sige at den sundhedsprofessionelle skal kunne argumentere for sit valg med udgangspunkt i den nyeste viden.

Der er altså ikke tale om et entydigt handlingsgrundlag, men en rådgivende foranstaltning i forbindelse med valget i den enkelte situation. Formålet med evidensbaseret sygepleje bliver

således, at finde den bedste viden om et problem, for på den måde at træffe den beslutning om handling, der er bedst til den enkelte borger. De afgørende faktorer der påvirker sygeplejens kliniske beslutningsproces er således foruden evidens også erfaringer, den enkelte borger og den aktuelle kontekst problemet optræder i.

For at få belyst min problemformulering, vil jeg inddrage den kvantitative forskning, da problemformuleringen sandsynligvis kan besvares ved at måle hvilke strategier, der har været effektive i forhold til at fastholde en ændret livsstil, fra at være fysisk inaktiv til, at være fysisk aktiv. Det vil sige, det er den videnskab, hvor den positivistiske logik præger evidensen, jeg i opgaven vil benytte mig af

5.1.1 Logisk positivistisk tilgang som videnskabsteoretisk perspektiv

I den logiske positivisme er det afgørende, man kan forudsige, hvad der skal være tilfældet, for at få svar på spørgsmålet samt, at man kan angive, hvordan det ville kunne undersøges. Dvs. der er tale om et succeskriterium(Måleredskab). Det handler altså om hårde fakta, der udspringer af rene teorifrie iagttagelsessituationer(32). Denne videnskabelige erkendelse er således deduktiv, da den bevæger sig fra det generelle; som definitioner, modeller og begreber der eksistere i forvejen, til det specifikke.(33). Formålet med kvantitative metoder er at beskrive forskellige fænomeners hyppighed rent kvantitativt samt undersøge den statistiske sammenhæng(assosiation) mellem fænomenerne. Man ønsker at belyse det studerede fænomen repræsentativt i statistisk forstand(33). I forhold til første del af problemformuleringen, hvor den kvantitative forskning vil kunne inddrages, vil succeskriteriet være at den enkelte borger er fysisk aktiv, dvs. aktiv i mindst ½ time om dagen ved en moderat intensitet(1). Dette er verificerbare¹ beskrivende udsagn, der er fri af værdier, følelser og holdninger. At udsagnet er fri af værdier, følelser og holdninger er en forudsætning i den logiske positivisme.(32)

5.1.2 Succeskriterier

Succes kriteriet i forbindelse med svaret på spørgsmålene i problemformuleringen vil, som nævnt ovenfor, i første omgang være, at den enkelte borger er blevet fysisk aktiv og derved har ændret sin tidligere inaktive livsstil. Det vil sige, at den enkelte borger er fysisk aktiv ved moderat intensitet ½ time om dage. Hovedfokus i opgaven vil imidlertid være, hvordan denne fysisk aktive livsstil fastholdes.

5.2 Projektets udformning

I projektet søger jeg at opnå en større forståelse for og indsigt i, hvilke strategier der vil være optimale at benytte sig af som sundhedsprofessionel, i mødet med den enkelte borger, der ønsker at blive støttet i at fastholde en aktuel livsstilsændring i forhold til fysisk aktivitet.

¹ Verificeres; afgøre om sætninger er sande eller falske

På baggrund af analyse og fortolkning af problembeskrivelsen, er der opstillet en problemformulering, som jeg, ved hjælp af teori og gennemgang af studier på området, vil forsøge at få belyst.

Den kritiske analyse, af disse studier, er opbygget således, at jeg ved hjælp af to kilder(31)(34), vil vurdere det enkelte studies kvalitet og anvendelighed i forhold til denne belysning. De anvendte studier er fundet ved hjælp af søgning i databaserne; The cochrane lib., Pub med. og Cinahl.

I forhold til at belyse sidste halvdel af problemformuleringen: " Hvordan kan den sundhedsprofessionelle, i et sundhedsfremmende perspektiv, kan deltage i denne forandrings-/udviklings-proces, vil jeg på baggrund af resultaterne af disse studier og den kritiske analyse heraf, forsøge at give et bud på implementering af de, i resultaterne brugte strategier, i min praksis som sundhedsprofessionel. Derudover vil jeg supplere med teorier lært på diplomuddannelsen i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. Teorien "Stages of Changes" vil være en af de valgte teorier, da den er brugt i to af studierne. Teori omkring forandrings- og udviklings-processer vil også blive inddraget i forhold til at belyse det sidste spørgsmål.

5.3 Søgestrategi

Da jeg som beskrevet vil bruge den kvantitative forskning på området har jeg primært søgt i databaserne; Pub-med og The cochrane lib. Pub-med er en bibliografisk database indenfor medicin, sygepleje, tandlægefaget, dyrlægefaget, sundhedsvæsen samt beslægtede fag. Pr. 1. januar 2006 indeholdt databasen henvisninger til ca. 16.000.000 artikler. The Cochrane lib.indeholder metaanalyser af kvantitativ forskning. D.v.s den bl.a. indeholder deldatabaserne The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Denne deldatabase indeholder fuldtekst artikler og 1. januar 2006 indeholdt den i alt 4.200 fuldtekstartikler. Desuden indeholder den The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) m.fl.

Derudover har jeg også søgt i Cinahl, som er en sundhedsfaglig database, hvor hovedvægten ligger på sygepleje samt nærtbeslægtede discipliner som fysioterapi, ergoterapi, m.m. Databasen henviser fortrinsvis til tidsskriftartikler, men der medtages også bøger, bogkapitler og disputatser. 1. januar 2006 var der ca. 1.000.000 henvisninger i databasen.

Inklusionskriterierne i forbindelse med valg og fravalg af studier er følgende: Studierne må ikke være ældre end fra år 2004, da jeg ønsker at bruge den nyeste evidens på området. Desuden vælger jeg kun studier der har beskæftiget sig med den raske voksne del af befolkningen, i Europa og USA af kaukasisk oprindelse. De inkluderede studier skal mindst have lavet follow-up et halvt år efter påbegyndt intervention. At det skulle være voksne, raske mennesker af kaukasisk oprindelse, var ikke med i min søgestrategi som søgeord. Kun i

Cinahl var voksen inkluderet i søgestrategien. Ellers fandt udvælgelsen, i forhold til disse kriterier, først sted efter søgningen på søgeordene. Derfor det store antal af artikler, som beskrevet efterfølgende.

Gennemgående søgeord: Physical Fitness Physical activity, exercise, health promotion, life style change, motivation og health behaviour (Bilag 2)

6.0 RESULTATER AF SØGNINGEN

8 artikler fra the Cochrane lib, 30 artikler fra Pub-med og 15 artikler fra Cinahl dukkede op.

Tre af disse studier er udvalgte til at hjælpe med at belyse problemformuleringen. Det første studie er en metaanalyse af 17 kvantitative studier. De to andre er primærstudier.

Efter at have søgt litteratur i de ovennævnte databaser, er jeg kommet frem til, at evidensen på området, der beskæftiger sig med at vurdere effektive strategier, der gør det muligt for den inaktive borger, at fastholde en ændret livsstil fra at være fysisk inaktiv til, at være fysisk aktiv, er spinkel. Som det fremgår af D.A. Klein et al.'s artiklen(35) har studier, gennem årtier, beskæftiget sig med at undersøge bestemmende faktorer for motionsadfærd, men måleredskabsbegrænsning, uoverensstemmelser i definitioner, kort programvarighed og strukturerede programmer med mangel af follow-up har begrænset anvendelsen af resultaterne fra disse studier. Desuden fremgår det af artiklen, at tidligere undersøgelser har fokuseret på opmuntring af stillesiddende individer til at tage initiativ til at fysisk aktivitet, men at det kun har "ridset overfladen" i forhold til hvordan man fastholder tilslutning, når individet først er startet. Dette falder i tråd med følgende i M Hillsdon et al.'s oversigtsartiklen " Interventions for promoting physical activity", at: " Little is known about the effectiveness of strategies to enable people to achieve an increase in their physical activity" (36). Det fremgår, at der er noget evidens for, at interventioner, der er designet til at øge fysisk aktivitet blandt borgere, kan føre til moderat kort- og middel- sigtede stigninger i deres fysiske aktivitet. Der nævnes at, der findes en stor mængde evidens på området, der omhandler den sundhedsfremmende og forebyggende effekt af fysisk aktivitet, men at evidens i forhold til effekten af strategier, til at opnå dette mål, mangler. Det sandsynliggøres, at det specielt er de langsigtede effektive interventioner på området, der mangler evidens i forhold til, altså fastholdelse af en aktiv livsstil over tid(36).

7.0 KRITISK ANALYSE AF DE FUNDNE STUDIER

Jeg vil efterfølgende vurdere kvaliteten af de tre udvalgte artikler.(34)(31 kap. 5) Formål, design datakilde, studiepopulation, kontrol, måleredskab og resultat er beskrevet i skemaet nedenfor. Efterfølgende laves en kritisk analyse af hver tekst for sig.

7.1 Resultatskema

| Forfatter Land År Database | a) Formål/intervention b) Inklusionskriterier i forhold til valg af studier | Design og Datakilde | Studiepopulation Type/antal/ inklusionskriterier | Kontrol | Målereds kab | Resultat |
|---|---|---|--|--|--|---|
| 1)M.Hillsdon et al. England År 2005 The Cohrane lib. | a) at vurdere effekten af interventioner, der fremmer fysisk aktivitet hos voksne fra 16 år og opefter. b) Inklusionskriterierne var RCT's som sammenligner interventioner, der opmuntrer stillesiddende voksne til at blive mere fysisk aktive. Desuden kræves mindst 6 måneders follow-up. Hvilke lande de 17 studier stammer fra fremgår ikke tydeligt, men det fremgår at alle sprog var inkluderet | Meta-analyse af 17 RCT's | N=6255 Ikke institutionaliserede voksne i alderen fra 16 til 95 år uden kronisk sygdom eller mindre end 10% individer med kronisk sygdomme. Begge køn med begrænset deltagelse i fysisk aktivitet | Det enkelte studie skal mindst udføre follow-up efter 6 mdr. | 1) total skøn af energiforbrug (Kcal/kg/uge, Kcal/uge) 2) Total minutter af fysisk aktivitet 3)Hyppighed af deltagelse i forskellige typer af fysisk aktivitet 4) Målt VO2max enten ml/kg/min eller ml/min. | Metaanalysen tyder på at fysisk aktivitets interventioner har en positiv og moderat effekt i forhold til selvrapporteret aktivitet og VO2max (ml/kg/min el. ml/min. i hvert tilfælde på kort- og middelsigt Kondital=iltoptagelse(ml/min.)/vægt(kg). Professionel rådgivning og guidning med løbende støtte kan opmuntre voksne til at blive mere Fysisk aktive. Interventionerne kan være "face to face" rådgivning baseret på Banduras social cognitive theory. Ugentlig adfærdsundervisning om færdigheder i forhold til at adoptere og fastholde fysisk aktivitet. Ligeledes tilbud om opfølgende aftaler, uddannelsesmateriale, opringninger pr. telefon og månedlige workshops om fysisk aktivitet. Også brug af aktivitetsmonitører kan opmuntre voksne til at blive mere fysisk aktive. Der er således evidens på området der beskriver nogle interventioner der har en positiv indvirkning på at ændre en inaktiv livsstil til en aktiv livsstil. Dog er det nødvendigt med flere studier, der undersøger hvilke metoder, der på lang sigt, bedst virker i forhold til at opmuntre forskellige typer af mennesker, til at blive mere fysisk aktive. |
| 2)D.A. Klein et al. USA År 2005 Cinahl | At undersøge bestemmende faktorer for motionsadfærd for på det grundlag at udvikle social- og adfærdsteoretiske modeller, knyttet til optagelse og fastholdelse af fysisk aktivitet. | Tværsnitundersøgelse med strukturerede interviews hvor svarerne er opgjort statistisk | N=159 Voksne i alderen 18-84 år fordelt i tre grupper à 53 Autonome motionister= AE: 37% k ¹ 16% m, dem som fx løber, går og cykler, det vil sige de motionerer uafhængig af strukturerede programmer. De program tilmeldte motionister= | | Forskelle i 1)grunde til.. 2)erfaring er med.. 3)strategier ifm.. fysisk aktivitet samt 4)valg af typer af | Resultatet af undersøgelsen, var at BE gruppen udover at være fysisk aktiv af fire samme grunde som de to andre grupper, nemlig for motionens skyld(94%), for fastholdelse af vægt(79%), for udseende(74%) og for sjov, også havde andre grunde for at deltage i fysisk aktivitet: Konkurrence, socialt samvær, forbedret søvn, øget pep og energi og øget opmærksomhed. Desuden deltager denne gruppe i større variation af forskellige former for fysisk aktivitet. Ovenstående områder er dermed vigtige i samarbejdet med den enkelte borger i forberedelsen til udformning til |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|
| | | | <p>PE: 37% k¹ 16% m,), dem som har brug for de strukturerede motionsprogrammer, fx aerobic hold og gågrupper. BE: 34% k¹ 19% m, dem der benytter sig af begge mønstre</p> | | fysisk aktivitet | <p>hans aktivitetsprogram. Den enkelte vil med større sandsynlighed fastholde et motionsprogram, hvis det er varieret og fleksibelt samtidig med at der er muligheder for at han/hun kan vælge aktiviteter på baggrund af psykosociale og psykesensoriske grunde. Det vil sige det er vigtigt inden et aktuelt fysisk aktivitetsprogram vælges til den enkelte, først at identificere; grunde for deltagelse, følelser omkring fysisk aktivitet og aktivitetspræferencer. Desuden skal der fokuseres på aktiviteter den enkelte synes er sjove at lave og som kan frembringe en følelse af nydelse og socialisering. Man må altså skaffe en bred vifte af tilbud fra både individuelle aktiviteter og strukturerede aktiviteter, der passer til den enkeltes præferencer. Dette fordi aktiviteterne gerne skulle passe ind i den enkeltes liv og skaffe fleksibilitet i dennes motionsvalg. Desuden pointeres det, at det er vigtigt, borgeren kan planlægge og forberede fysisk aktivitet samt planlægge sin tid.</p> |
| <p>3) Esther M.F. van Sluijs et al. Tyskland År 2006 Pub-med</p> | <p>At fastsætte niveau og bestemmende faktorer for fysisk aktivitet som resultat målinger kan måske have en uafhængig effekt på deltageres fysiske aktivitetsadfærd. Formålet er at undersøge denne effekt</p> | <p>Salomon four-group design (Bilag 3)</p> | <p>N=717 Studiepopulationen blev fundet i 29 forskellige lægepraksis i Tyskland. Inklusionskriterierne var forhøjet BT og/eller forhøjet kolesterol, NIDDM, 18-70 år, fysisk mulighed for at være mindst moderat fysisk aktiv, ikke i vedligeholdelsesstadiet i forbindelse med fysisk aktivitet. 2377 patienter blev inviteret. 1396 patienter svarede og 625 patienter blev ekskluderet.</p> | <p>Hele populationen besøgte deres undersøgere (læge el. sygeplejerske) i en 10 minutters konsultation, ved baseline. Områder som forhøjet blodtryk, s-kolesterol og NIDDM blev berørt og de blev alle rådet til at være mere aktive. De to interventions-grupper (3M+1M) modtog ved et lægekonsultationsbesøg, yderligere individuel tilpasset råd (PACE)², med udgangspunkt i teorien om Stages of changes. Dette råd blev fulgt op med 5-10 min. "telefon opkald 2 uger senere." Herefter endnu et followup konsultation 4 uge efter 1. konsultation. Endnu et telefonopkald blev foretaget 8 uger efter 2. besøg=12 uger efter 1. besøg. Follow-up (89% af studiepopulationen) 3M- gruppe måling ved: Baseline, 2 mdr og 6 mdr. En "subgruppe" bar et accelerometer (activity monitor)(3 1M- gruppe måling ved: 6 mdr.</p> | <p>1) Fysisk aktivitetsniveau selvrapporeret og objektivt målt 2) Efterlev. af ACSM /CDC guidelines 3) Fremmende faktorer for fysisk aktivitet. 4) Stages of changes</p> | <p>Brug af fx 1) pedometer, 2) anvendelse af de internationale anbefalinger i forhold til fysisk aktivitet, 3) spørgsmål i forhold til vurdering af fremmende faktorer for fysisk aktivitet som fx a) Selfefficacy i forhold til at give sig selv tid til fysisk aktivitet og i forhold til tilbagefald. b) barrierer for fysisk aktivitet. c) oplevet gavn af fysisk aktivitet. d) vidensniveau i forhold til fysisk aktivitet, kan anbefales i arbejdet på at fremme fysisk aktivitet i befolkningen, da resultatet af studiet er at målinger af fysisk aktivitet påvirker deltageres fysiske aktivitetsadfærd muligvis udløst af en vækket opmærksomhed i forhold til deres eget fysiske aktivitetsniveau</p> |

¹AE: Autonomous exercisers, PE: Program enrolees, BE: Combinations exercisers

² PACE=Physian-based Assessment and counselling for exercise= Lægebaseret vurdering af og rådgivning omkring motion.

7.1.1 Interventions for promoting physical activity

Artiklen(36) beskriver en engelsk metaanalyse af 17 RCT's. Kun 11 af studierne beskriver deres metode i forhold til randomiseringen. Interventionsgruppen i de enkelte studier blev sammenlignet med en ikke-interventionsgruppe(6 studier), en opmærksomheds- kontrol gruppe(3 studier) eller/og minimal-interventionsgruppe (8 studier). Deltagerne i "opmærksomhedskontrol gruppen" modtog ikke-motions relaterede råd om sundhed. Deltagerne i minimal interventionsgrupperne modtog råd eller skreven information om fysisk aktivitet. Den langsigtede effektivitet af disse interventionerne er ikke fastslået, da størstedelen af undersøgelserne, inkluderet i studiet, stoppede efter 12 mdr. Man kan udlede, at oversigtsartiklen, " Interventions for promoting physical activity" er et sekundærstudie af en god kvalitet. At studiet vurderes til at være af en god kvalitet, begrundes jeg i følgende(31,34):

Formålet fremgår tydeligt. Ligeledes er baggrund for undersøgelsen beskrevet i et afsnit for sig selv i introduktionen af forskningsartiklen. Her nævnes fysisk aktivitets vigtige rolle, både i et forebyggende og behandlende øjemed. På trods af den nuværende evidensbaserede nationale og internationale retningslinier(ACSM /CDC guidelines= de officielle anbefalinger for fysisk aktivitet), som anbefaler voksne at være fysisk aktive, i moderat grad, 30 minutter om dagen 5 dage eller flere om ugen, fremgår det af artiklen, at forekomsten af inaktive mænd i England er 60% og 74% i blandt kvinderne.

Desuden fremgår det tydeligt hvad forskningsspørgsmålene er, som alle kan inddrages i forhold til at belyse denne opgaves problemstilling; "hvilke strategier har været effektive i forhold til at kunne fastholde en ændret livsstil, fra at være fysisk inaktiv, til at være fysisk aktiv: Fx *"Er den mest intense intervention mere effektiv i forbindelse med at ændre fysisk aktivitet end mindre intense interventioner (fx. En større hyppighed og varighed af professionel kontakt og støtte imod en enkelt kontakt)* Om studiet besvarer de videnskabelige spørgsmål, er ligeledes et kvalitetsbevis. Det vurderes, at inklusionskriterier, som fremgår tydeligt af artiklen, i forbindelse med udvælgelsen af de 17 primærstudier, lægger op til en besvarelse af de videnskabelige spørgsmål.

Hvert forskningsspørgsmål bliver forsøgt besvaret i et afsnit for sig.

6255 tilsyneladende raske voksne primært hvide, veluddannede og midaldrende mennesker deltog i primærstudierne. Studierne inkluderede begge køn. Dog rekrutterede tre af studierne kun mænd og to studier rekrutterede kun kvinder. Størstedelen af deltagerne var frivillige rekrutteret fra fire miljøer; primary health care = sundhedscenter, arbejdspladser, universitet og lokalsamfundet.

Angående etniske grupper som deltagere, var dette reporteret i otte studier, med en deltagelse fra 3% til 39,5%.

At studiepopulationen primært var hvide, midaldrende og veluddannede kan give et skævt resultat i relation til social ulighed i sundhed. Denne del af befolkningen er netop den dem, der tager sundhedsbudskaberne til sig, sandsynligvis, fordi de har overskud til dette og at målet, for den enkelte, er realiserbart(24).

Populationen var frivillig rekrutteret fra fire miljøer. Det er således med stor sandsynlig mennesker, der er motiveret for at tage sundhedsbudskaber til sig, siden de melder sig frivilligt. Det bekræfter ovenfornævnte antagelse om denne del af befolkningens overskud i forhold til at tage sundhedsbudskaberne til sig.

Nogle studier havde kun inkluderet kvinder og andre mænd. 5 studier ud af 17 kan på den måde være svære at sammenligne, da der er forskel i mænd og kvinders motionsvaner(37)

7.1.2 Making physical activity stick: What can we learn from regular exercisers.

Artiklen(35) beskriver et amerikansk primært studie. Om studiet er af god kvalitet, er det, som nævnt, vigtigt, at formålet fremgår tydeligt, hvilket det gør i artiklen. Ligeledes om baggrund for undersøgelsen er beskrevet i begyndelsen af artiklen, hvilket den er: Baggrunden er, at tidligere undersøgelser har fokuseret på opmuntring af stillesiddende individer uden at undersøge langsigtede perspektiver i forhold til at fastholde en aktiv livsstil. Kritik af fx måleredskabsbegrænsning og manglende follow-up trækkes frem og fremhæves som en mulig årsag til, at resultaterne i disse studier har begrænset anvendelse. Desuden nævnes at kun en ud af fire i den voksne befolkning efterlever de fysiske aktivitetsanbefalinger.

I stedet for at spørge hvorfor individer dropper ud af fysisk aktivitet, præsenteres forskningsspørgsmålet ved at der spørges om, hvorfor individer fortsætter med at være fysisk aktiv. At forskningsspørgsmålet fremgår tydeligt er, som nævnt, et kvalitetsbevis. Målgruppens karakteristika, bestemmende faktorer for motion samt kognitive og adfærdsmæssige færdigheder i forhold til motion, blev undersøgt: Der blev set på grunde for, erfaringer med, strategier i forhold til fysisk aktivitet samt valg af fysisk aktivitet.

De 159 deltagere er blevet delt op i tre grupper. Denne opdeling blev foretaget på baggrund af den enkeltes motions præferencer: Autonome motionister(AE), de programtilmeldte (PE) og den gruppe, der benytter sig af begge mønstre(BE). Det fremgår ikke af teksten om deltagerne har været inaktive før i deres liv. Dette kan medføre bias i forhold til resultatet, hvis dette ikke er tilfældet.

Undersøgelsen viste at, der var statistisk signifikant forskel i "selvmotivationen" i de tre grupper. Jeg sidestiller "selvmotivation" med indre motivation, på baggrund af konteksten ordet optræder i, i artiklen. AE-gruppen havde stor indre motivation, PE-gruppen havde lille indre motivation og BE-gruppen havde middel indre motivation. Det samme var gældende for den enkeltes selfefficacy. Den indre motivation fremstår således som en vigtig faktor i forhold til at bevare en fysisk aktiv livsstil.

På den enkeltes svar på hans nuværende niveau af motion, fastslog undersøgerne den enkeltes niveau af motivationsadfærd baseret på Stages of Changes modellen. 66% i BE gruppen befandt sig i vedligeholdelsesfasen mod 60% i AE gruppen og 39% i PE gruppen. Denne tværsnitsundersøgelse indikerer, at det må være gavnlig at behandle nye klienter/motionister, som var de en del af BE-gruppen, i hvervtilfælde i begyndelsen og gennem de første 6 mdr:

Om studiet besvarer det videnskabelige spørgsmål, er ligeledes et kvalitetsbevis, som det fremgår i 7.1, hvilket jeg vurderer at det gør.

7.1.3 Physical activity measurement affected participations behaviour...

Artiklen(37) beskriver et Tysk primærstudie. Baggrund for undersøgelsen er beskrevet kort i abstractet og uddybet i kapitlet, "introduction" først i artiklen: Feedback på eget fysisk aktivitetsniveau og/eller sundhed har vist sig, at have indflydelse på såvel hensigt som adfærd hos den enkelte borger. De fleste eksisterende studier, i forbindelse med fremme af fysisk aktivitet, har ikke haft til hensigten at samle information om fysisk aktivitetsadfærd og dens fremmende faktorer, for at bruge dem som feedback. De eksisterende studier har typisk brugt information opnået ved hjælp af fx spørgsmål, pedometerer, sundheds tests og aktivitets monitører som middel i forbindelse med en intervention i forhold til fremme af fysisk aktivitet. Forfatterens antagelse er således, at omfattende målinger måske er mere effektive end selve interventionen

Formålet fremgår tydeligt i abstractet og uddybes i kapitlet "introduction".

For at få svar på forskningsspørgsmålet, har de valgt et design, Salemon four group design (bilag 3). Populationen blev inddelt i fire grupper, heraf to interventionsgrupper og to kontrolgrupper: 1) Førtest og eftertest kontrolgruppe(3M) 2) kun eftertest kontrolgruppe(1M) 3) førtest og eftertest interventionsgruppe(3M) 4) kun eftertest interventionsgruppe(1M).

Til vurdering af fremmende faktorer for fysisk aktivitet blev tidligere validerede og udbredt brugte spørgsmål anvendt: Det vil sige spørgsmål om; Selfefficacy i forhold til 1) at give sig selv tid til fysisk aktivitet og 2) i forhold til tilbagefald. 3) Barrierer for fysisk aktivitet. 4) Oplevet gavn af fysisk aktivitet. 5) Vidensniveau i forhold til fysisk aktivitet blev også vurderet.

Statistisk signifikant måleeffekt blev fundet i 1) Efterlevelse af ACSM/CDC guidelines(selvrapporteret) 2) Selfefficacy i forhold til at modstå tilbagefald. 3) Viden og 4) Opmærksomhed.

Konklusionen på studiet var at målinger af fysisk aktivitet påvirker deltagernes fysiske adfærd i en positiv retning, sandsynlig udløst af en øget opmærksomhed omkring deres eget aktivitetsniveau. Men får man folk til at bevæge sig ved at måle dem? Der er igen her sandsynlighed for en skævhed i forhold til resultatet i relation til social ulighed i sundhed. Dem der deltog var måske allerede motiverede for en adfærdsændring. Ville de der fx ikke

svarede på invitationen eller som nægtede at deltage også have fået ændret deres fysiske adfærd ved at blive målt? Desuden kan selvrapporterede resultater mangle validitet, da det er sandsynliggjort, at mennesker kan have tendens til både at overdrive og underdrive eget aktivitetsniveau(37). I forhold til Accelerometret kunne dette være placeret på en anden person eller flere kan have haft det på. Dette ville give flere skridt til den enkelte, end han i virkeligheden havde taget.

8.0 SAMMENFATNING

-Professionel rådgivning og guidning=vejledning med løbende støtte kan opmuntre voksne til at blive mere fysisk aktive. (BANDURA)Eksempler som, "face to face" rådgivning baseret på Banduras social cognitive theory, adfærdsundervisning om færdigheder i forhold til at adoptere og fastholde fysisk aktivitet. Ligeledes tilbud om opfølgende aftaler, uddannelsesmateriale, opringninger pr. telefon og månedlige workshops om fysisk aktivitet, kan anbefales på baggrund af resultaterne af studiet.

-Den enkelte vil med større sandsynlighed fastholde et motionsprogram, hvis det er varieret og fleksibelt samtidig med at der er muligheder for at han/hun kan vælge aktiviteter på baggrund af psykosociale og psykesensoriske grunde. SELFEFFICACY=virkekraft OG STAGES OF CHANGES. Det er derfor vigtigt at identificere; grunde for deltagelse, følelser omkring fysisk aktivitet og aktivitetspræferencer. Desuden skal der fokuseres på aktiviteter den enkelte synes er sjove at lave og som evt. kan frembringe en følelse af nydelse og socialisering. Man må altså skaffe en bred vifte af tilbud fra både individuelle aktiviteter og strukturerede aktiviteter, der passer til den enkeltes præferencer. Dette fordi aktiviteterne gerne skulle passe ind i den enkeltes liv og skaffe flexibilitet i dennes motionsvalg. Indre motivation fremstår som en fremmedende faktor i forhold til at fastholde en fysisk aktiv livsstil.

Desuden pointeres det, at det er vigtigt borgeren kan planlægge og forberede fysisk aktivitet samt planlægge sin tid.

-Brug af fx pedometer eller aktivitetsmonitører, anvendelse af de internationale anbefalinger i forhold til fysisk aktivitet, spørgsmål i forhold til vurdering af fremmede faktorer for fysisk aktivitet som fx 1)Selfefficacy i forhold til at give sig selv tid til fysisk aktivitet og i forhold til tilbagefald. 2) barrierer for fysisk aktivitet.3) oplevet gavn af fysisk aktivitet. 4) vidensniveau i forhold til fysisk aktivitet, kan anbefales i arbejdet på at fremme fysisk aktivitet i befolkningen, da resultatet af studiet er, at målinger af fysisk aktivitet påvirker deltagers fysiske aktivitets adfærd, hvilket indikerer at selve målingen er det, der resulterer i et større fysisk aktivitetsniveau hos den enkelte og ikke selve interventionen Dette er muligvis udløst af en vækket opmærksomhed i forhold til deres eget fysiske aktivitetsniveau SELFEFFICACY OG STAGES OF CHANGE

9.0 DISKUSSION

I det følgende vil jeg diskutere resultaterne af undersøgelserne op imod teorier i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv. Det vil sige en diskussion af, hvordan man generelt kan beskæftige sig med udfordringerne i relation til min problemformulering. Når den enkelte borger skal fastholde en ændret livsstil fra at være fysisk inaktiv, til at være fysisk aktiv og den sundhedsprofessionelle skal være en del af hans forandringsproces, kan man, med udgangspunkt i resultaterne af de tre studier, dels udlede at, der er evidens for, at det er vigtigt, der skabes en dialog mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren i det sundhedsfremmende arbejde. Dette begrundes jeg med, at det dels fremgår af resultaterne, at borgerens grunde for deltagelse og følelser omkring fysisk aktivitet (psykesensoriske grunde) samt hans aktivitetspræferencer skal identificeres, i sundhedsarbejdet, inden der laves et motionsprogram.

Dette falder i tråd med Saugstads teori om succes i forhold til, at motivere folk til at ændre livsstil netop opnås, der hvor det lykkes at skabe en dialog mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren. (24 s.95) På den måde bliver grundlaget lagt for, at borgeren selv kan foretage nogle realistiske valg på baggrund af sine egne erfaringer, holdninger, følelser, værdier etc, i samarbejde med den sundhedsprofessionelle. Valget får på den måde afsæt i den enkeltes egen identitet, holdninger og følelser og på den måde muliggøres den enkeltes refleksion, over adfærdsændringen i forhold til hans dagligdag og livsverden og man kan således forsøge at gøre adfærdsændringen vedkommende for den enkelte (4). Dette begrundes yderligere med følgende citat af Tone Saugstad: ” *En beslutning om at handle virker desuden stærkere, når den formuleres og defineres af den handlende selv, frem for af et udefrakommende påbud*”. (24 s 96).

I forhold til at identificere den enkeltes grunde for og følelser omkring deltagelse i fysisk aktivitet, i sundhedsarbejdet, inden der laves et motionsprogram, vurderer jeg handler om det at afklarer, hvilke type adfærdsændring, der er tale om, inden sundhedsarbejdet påbegyndes. Saugstad arbejder med fire forskellige adfærdsmaal. De forskellige adfærdsændringer griber forskelligt ind i det enkelte menneskes livsform og kræver derfor forskellig grad af personlig involvering. Der er forskel på om adfærdsændringen kræver at den enkelte skal ophøre med, ændre eller udskifte en vane. (24 Kap. 6). Jeg tolker på baggrund af ovenstående, at det har stor betydning for den enkeltes motivation, hvilket af målene den enkelte adfærdsændring kræver, da graden af afsavn vil være forskellig i forhold til de forskellige adfærdsmaal.

Inspireret af Kyrstein og Vestergaard (38) vurderer jeg, det, at tage udgangspunkt i borgerens grunde for deltagelse og følelser omkring fysisk aktivitet samt hans aktivitetspræferencer er det samme som, at tage udgangspunkt i de specifikke deltagerforudsætninger. På baggrund af deres teori (38 Kap. 5), forstår jeg deltagerforudsætninger som alle de forhold vedrørende

den enkelte, som på en eller anden måde får betydning for, hvordan han påvirkes i og af forandringsprocessen. I opgaven sidestiller jeg en forandringsproces med en læreproces. Kyrstein og Vestergaard deler deltagerforudsætninger op i filosofiske -, generelle – og specifikke deltagerforudsætninger (38., s. 96-102). De ”specifikke deltagerforudsætninger (38., s.100-102) involverer netop; følelser, intellekt, erfaringer, intuition, værdier, oplevelser, holdninger og adfærd. De er dermed forskellige fra person til person og kendetegner derved den enkeltes identitet. I forhold til at muliggøre, at en læring kan finde sted og dermed en adfærdsændring, pointeres det at der er vigtigt, at få synliggjort disse individuelle forudsætninger. At appellere til borgerens følelser er ifølge Saugstad netop en måde, at fremme motivationen hos den enkelte på og motivation er essentiel, idet den ifølge Saugstad er det eneste, der kan skabe varig ændring.(24 s.95)

At tage udgangspunkt i den enkeltes identitet i sundhedspædagogikken, vurderer jeg, med afsæt i Antonovsky’s teori om ”oplevelse af sammenhæng”(4., Kap. 3 og 5) kan styrke den enkeltes mestringsstrategi i forhold til adfærdsændringen og dermed sandsynliggøre en varig ændring. Dette begrundes jeg med, at den enkelte, på den måde, får mulighed for at hans oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldheden, i forhold til adfærdsændringen, styrkes.

Ifølge Kyrstein og Vestergaard giver mening netop grobund for motivation(38., s.102-107 og som nævnt ovenfor, er motivationen essentiel i forhold til livsstilsændringer, idet den er det eneste, der kan skabe varig ændring. Dermed bliver motivation drivkraften i al adfærdsændring (24 s.89). For at vække eller bevare den enkeltes motivation for en adfærdsændring, tolker jeg derfor at disse ændringer netop skal betyde noget for den enkelte, hvilket muliggøres når udgangspunktet således er den enkeltes erfaringer, holdninger, følelser, værdier etc. Af det 2. studie fremgår desuden motivationsfaktorer som, fastholdelse af vægt, bedre udseende, forbedret søvn og øget energi. For at adfærdsændringen skal give den enkelte mening tolker jeg på Baggrund af Antonovsky’s terminologi(4., Kap. 3),at det gælder om, at den enkelte, kan begribe eller forstå vigtigheden i en adfærdsændring. Dette mener jeg tilgodeses i sundhedsarbejdet, ved netop at inddrage den enkeltes erfaringer, holdninger, følelser etc, som beskrevet ovenfor, i forhold til den aktuelle adfærdsændring. Jeg udleder ud fra dette, at andre forsøg med adfærdsændringer, ville være aktuelle at inddrage i dialogen, da det netop handler om at tage udgangspunkt i den enkeltes erfaringer. På den måde kan man forsøge at gøre adfærdsændringen vedkommende for den enkelte ved at benytte sig af allerede eksisterende færdigheder i den aktuelle adfærdsændring. Foruden begribeligheden, kan man ligeledes udlede, på baggrund af Antonovsky’s teori OAS (4., Kap.3), at håndterbarheden er endnu en vigtig faktor til fremme af motivation hos den enkelte, i forbindelse med en adfærdsændring. Dette begreb, tolker jeg indebærer, at den enkelte har en fornemmelse af at kunne overskue og udføre

forskellige handlinger i forbindelse med at gennemføre den aktuelle adfærdsændring. Her vil det også være aktuelt at inddrage den enkeltes erfaringer med eventuelle andre adfærdsændrings forsøg, både indenfor det samme område, men også andre, for på den måde at inddrage den enkeltes identitet, følelser, holdninger og færdigheder i forhold til en adfærdsændring. Håndterbarheden vurderer jeg til dels kan sidestilles med begrebet "self-efficacy". I to af studierne er teorien om selfefficacy brugt i relation til adfærdsændringen. Selfefficacy definerer jeg på baggrund af Dalum et al's fortolkning af Albert Bandura's teori: "Self-efficacy er den enkeltes forventninger til selv at kunne udføre en bestemt handling eller adfærdsform i en given situation"(25). At jeg ikke sidestiller to begreber helt, som betydende det samme, begrundes jeg med, at håndterbarheden også indeholder aspektet, at kunne inddrage andre mennesker som ressource i adfærdsændringen, hvorimod det i selfefficacy begrebet handler om selv at kunne udføre en bestemt handling.

Det sidste begreb i OAS; meningsfuldhed(4) kan siges at være det essentielle, da det er meningsfuldheden der giver den enkelte en fornemmelse af, at den aktuelle adfærdsændring er værd at investere energi i. Dette underbygges med, som nævnt ovenfor i Kyrstein og Vestergaard's terminologi(38., s.102-107) at mening er det, der danner grobund for motivation. I resultaterne fremstår "self-motivation" (her sidestillet med indre motivation), som en fremmede faktor i forhold til at fastholde en fysisk aktiv livsstil. I Kyrstein og Vestergaard's terminologi er målet netop, at den enkelte er indre motiveret, da det er det indre ønske om at lære noget, der hos den enkelte, er forudsætningen for, at der sker en læring og dermed en adfærdsændring(38 s. 106). Dette kan yderligere ses som en udfordring til den sundhedsprofessionelle, da motivation ifølge Kyrstein og Vestergaard kan opdeles i ydre og indre motivation.(38., s. 105-106) Derved bliver graden af motivation afhængig af, hvorvidt den enkelte er indre eller ydre motiveret. Inspireret af Kyrstein og Vestergaard(38 s.105)udleder jeg således, at de borgere, der viser interesse og har lyst til at fastholde en adfærdsændring, er indre motiveret, som fx AE-gruppen, i det andet studie, er. De har derfor de største forudsætninger for en varig ændring, da de kan se en mening med den. Den ydre motiverede borger, er ikke på forhånd motiveret af lyst, og jeg tolker derfor, at meningen for den enkelte i forhold til adfærdsændringen ikke føles så stærk, som hos den indre motiverede borger. PE-gruppen var den gruppe der kom tættest på en ydre motivation. Den ydre motiverede borger kan påvirkes af ydre forhold, som for eksempel vores forsøg på, at vække hans interesse gennem direkte motivation. Det er her lysten kan vækkes på grund af udsigten for gevinst. Indirekte motivation vil ifølge Kyrstein og Vestergaard, være det samme som at tvinge den enkelte til adfærdsændringen gennem for eksempel at informere om de sundhedsskadelige risici ved en given adfærd.(38., s. 105-107). På den måde vil der være nogle borgere, der møder op med en ydre indirekte motivation, som f. eks kan være forårsaget, af de forskellige sundhedskampanjer, sundhedsstyrelsen gennemfører. Dvs. at

pjece, "Brug hovedet – Brug kroppen(22), kan være en udløsende faktor for den enkeltes ydre indirekte motivation i forhold til en adfærdsændring. Ligeledes måling af den enkeltes fysiske aktivitetsniveau kunne være en ydre indirekte motivation. Det 3. studie har sandsynliggjort, at det er selve målingen af den enkeltes fysiske aktivitetsniveau, der påvirker hans fysiske aktivitets adfærd, så det på den måde er selve målingen, der resultere i et større fysisk aktivitetsniveau og ikke selve interventionen. En måde at måle aktivitetsniveauet på er netop, dels at spørge til fremmede faktorer: at spørge til self-efficacy i forhold til at give sig selv tid til fysisk aktivitet samt i forhold til tilbagefald.

Ovenstående er netop det at tage udgangspunkt i erfaringer, følelser og aktivitetspræferencer. Ligeledes gælder det barrierer for fysisk aktivitet, oplevet gavn af fysisk aktivitet samt vidensniveau i forhold til fysisk aktivitet. Aktivitetsmonitorer/pedometerne ville være et rigtig godt supplement i forhold til de motiverende faktorer, samt anvendelse af de officielle retningslinier i relation til fysisk aktivitet. Disse ydre motivationsfaktorer kunne på sigt fremelske en indre motivation(38).

I forhold til resultatet, at identificere; grunde for deltagelse, følelser omkring fysisk aktivitet og aktivitetspræferencer samt fokuserer på aktiviteter den enkelte synes er sjove at lave og som evt. kan frembringe en følelse af nydelse, kunne man også tolke således, at det kunne gøres ved hjælp af spørgeskemaer enten sendt pr. post, pr. e-mails eller udleveret første gang motionisten kommer i huset. Jeg foretrækker at side overfor den enkelte i dialogen, da jeg vurderer det vil øge succesraten i forhold til at støtte den enkelte i en varig ændring. Dette kan underbygges med det 1. af studierne, hvor det har vist sig, at professionel rådgivning og guidning med løbende støtte eksempelvis "face to face" rådgivning baseret på Banduras social cognitive theory, kan opmuntre voksne til at blive mere fysisk aktive. "Face to face" rådgivning tolker jeg i den forbindelse på baggrund af Leif becker Jensen(39)som en dialog, da der i denne rådgivningsaktiviteten er to ligeværdige parter, der møder hinanden ansigt til ansigt(Face to face), hvor formidlerens opgave netop er at finde ind til borgerens vidensunivers og begynde formidlingsprocessen lige der. Formidlingssituationen er dog asymmetrisk i viden, kompetence og rollefordeling.(39). Det 3. studie underbygger dette, da spørgsmåle i forhold til vurdering af fremmede faktorer for fysisk aktivitet som fx a)Selfefficacy i forhold til at give sig selv tid til fysisk aktivitet og i forhold til tilbagefald. b) barrierer for fysisk aktivitet.c) oplevet gavn af fysisk aktivitet. d) vidensniveau i forhold til fysisk aktivitet, kan anbefales i arbejdet på at fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Dette kan realiseres i dialogen. Dette studie har dog et andet fokus, da det handler om målinger af fysisk aktivitet og ikke selve dialogen. Det øgede fysiske aktivitetsniveau er således muligvis udløst af en vækket opmærksomhed i forhold til deres eget fysiske aktivitetsniveau.

Som nævnt ovenfor, har det 1. studie ligeledes fundet, at adfærdsundervisning om færdigheder i forhold til at adoptere og fastholde fysisk aktivitet, kan være en succesfuld strategi. Som nævnt, er der i undersøgelsen brugt Prochaska og DiClementes´ Transteoretiske model, Stages of Changes i relation til sundhedsadfærd. Denne model påpeger netop almene træk ved menneskets forandringsproces og har derfor et godt potentiale som udgangspunkt for diskussion af forandring(25 s.47). Udgangspunktet i modellen, er at man i forandringsprocessen bevæger sig mellem nogle forskellige stadier. Egentlig er ved ligeholdsstadiet det afsluttende stadie, men tilbagefald betragtes som en naturlig og ofte uundgåelig del af processen, hvor mange skal igennem de forrige stadier flere gange mod en endelig adfærdsændring. Det er derfor vigtigt at betragte et tilbagefald som en læringsproces, hvor de opnåede erfaringer skal bruges til at blive klogere på.(25 s.50-53). I forbindelse med en sundhedsfremmende og/eller forebyggende indsats er en vigtig pointe i modellen, at henvende sig til den enkelte ud fra hvor i processen han befinder sig. Opfølgende aftaler og uddannelsesmateriale er netop endnu to af de, i 1. studies resultater, succesfulde strategier. I opfølgings aftalerne kunne Stages of Changes og sundhedsstyrelsens brochure ”brug kroppen – Brug hovedet (Bilag 4) danne grundlag for samtalerne og eventuelt indgå som noget af det uddannelsesmateriale den enkelte borger skulle modtage. Ifølge Stages of Changes, kræver den enkeltes motivation for at fastholde adfærdsændringen i øvrigt opbakning fra hans nærmiljø som fx arbejdsplads, familie og venner. Hvis den enkelte falder for fristelsen og dermed genoptager den tidligere adfærd, vil det ifølge Prochaska og DiClementes være vigtigt, at han tænker tilbage på den oprindelige motivation for adfærdsændringen. I den forbindelse pointerer Prochaska og DiClementes også at den enkelte, netop i vedligeholdelsesfasen, har brug for positiv feedback fra omgivelserne, længe efter at adfærdsændringen er påbegyndt. Ligeledes vil det være væsentligt at få afdækket den enkeltes ambivalente følelser for og imod ændringen af hans vaner, i den forbindelse vil erfaringer fra tidligere mislykkedes forsøg være vigtige at få frem i lyset(25), hvilket falder i tråd med resultatet, at skabe en dialog. Det vil sige at den enkelte borger ifølge Prochaska og DiClementes kan fastholde motivationen ved hjælp af støtte fra omgivelserne, brug af tidligere oplevede erfaringer fra evt. mislykkedes forsøg og stadig være på vagt overfor situationer, der tidligere har udløst trang til den tidligere adfærd. Skal man i sundhedsarbejdet implementere ovenstående, er det netop nødvendigt med de opfølgende aftaler og løbende støtte i den enkeltes adfærdsændring. Ligesom det fremgår af resultatet af den 2. undersøgelse at psykosensoriske grunde for valg af fysiske aktiviteter øger sandsynligheden for at den enkelte fastholder et motionsprogram, gælder det samme for mulighed for at vælge aktiviteter på baggrund af psykosociale grunde. Det vil sige den sociale dimension må vægtes højt, også i vedligeholdelsesstadiet.

10.0 PERSPEKTIVERING

Fysisk aktivitet er en vigtig faktor i relation til vores sundhed og velbefindende. Valg af livsstil er til dels et personligt ansvar og jeg mener, det er vigtigt, at den enkelte tager ansvar for sit eget liv, men risikoen består i, som jeg ser det, at det individorienteret budskab, hvis, det udelukkende fokuserer på livsstil og ukritisk accepterer de rådende levevilkår, kan være årsag til, at nogle borgere vil være uden for rækkevidde, i forhold til de forskellige sundhedsbudskaber og dermed en sund livsstil. Denne ukritiske accept skaber og forstærker sandsynligvis den, i opgaven nævnte, sociale ulighed i sundhed.

I forhold til anden del af problemformuleringen; hvordan den sundhedsprofessionelle, i et sundhedsfremmende perspektiv, kan deltage i den enkelte borgers forandrings-/udviklingsproces, vil jeg efterfølgende redegøre for en implementering af resultaterne fra de tre undersøgelser i min fremtidige praksis. Som nævnt i problembeskrivelsen tilbyder vi i Aktiv Livsstil den enkelte motionist mulighed for, personlig og kompetent vejledning, støtte og opsamling i forhold til valg af en sundere livsstil. Som skrevet, vil vi gøre dette med udgangspunkt i den enkeltes forudsætninger samt ønsker. I forhold til den personlige vejledning, vil vi tilbyde et "sundhedstjek" inden den enkelte borger opstarter de fysiske aktiviteter i og uden for vores hus. Her ville vi kunne implementere ovenstående resultat, nemlig at skabe en dialog med borgeren i forhold til adfærdsændringen. Med udgangspunkt i borgerens grunde for deltagelse, følelser omkring fysisk aktivitet og aktivitetspræferencer, altså den enkeltes erfaringer, holdninger, følelser, værdier etc. i relation til fysisk aktivitet, kan vi, således, i samarbejde med borgeren, finde aktiviteter, der passer ind i hans liv og skaffer fleksibilitet i hans motionsvalg. Vi må skaffe en bred vifte af varierede og fleksible tilbud fra både individuelle aktiviteter og strukturerede aktiviteter, der passer til den enkeltes præferencer (Bilag 1). Med udgangspunkt i den enkeltes aktivitetspræferencer, må vi, med reference til resultaterne, ligeledes kunne tilbyde aktiviteter, den enkelte synes er sjove at lave og som evt. kan frembringe en følelse af nydelse, hvilket vi vil forsøge at efterkomme med vores tilbud. Derfor ser jeg det, som en god ide, at være åben over for nye ideer fra den enkelte samt overfor, hvad der rør sig i den "fysiske aktivitetsarena". Vi kunne derfor, på det grundlag budgettere med kurser og workshops til begge indehavere, så mulighed for ny inspiration bliver en naturlig del af huset.

I vores workshops, kunne vi præsentere Stages of Changes for deltagerne. På den måde kunne vi måske vække den enkeltes opmærksomhed omkring adfærdsændringen som en proces, forstået på den måde, at der vil blive sat ord på fx tilbagefaldet, som en naturlig og brugbar del i forhold til målet mod den varige ændring.

Denne adfærdsmodel kunne således herefter danne grundlaget for såvel de individuelle samtaler som gruppesamtalerne og foredrag. Modellen kunne indgå i begge former for samtaler som en del af noget uddannelsesmateriale. En anden del af dette materiale kunne

fx være, den før nævnte brochure "Brug hovedet - brug kroppen" fra sundhedsstyrelsen (Bilag nr. 4) (22). Vi vil stimulere den sociale dimension. Oplevelsen af at man kender de mennesker man laver de fysiske aktiviteter sammen med samt at det evt. er venner eller arbejdskammerater vil sandsynligvis være en motiverende faktor for den enkelte borger. Ligeledes vil det sociale samvær før og efter motionen blive vægtet højt. At benytte sig af aktivitetsmonitører og de officielle retningslinier for fysisk aktivitet samt afklaring af den enkeltes aktivitetsniveau på forskellig vis, ville kunne bruges i samarbejdet med den enkelte borger, som motiverende faktorer. Mit fremtidige virke bliver således inden for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats og spørgsmålet om man som sundhedsformidler, overhovedet kan forsvare, at blande sig i den enkeltes liv, melder sig? Det mener jeg selvfølgelig man kan, men balancen er hårfin og må finde sin plads et sted mellem, på den ene side, at respektere den enkeltes ret til at leve sit eget liv, som i sin ekstreme form vil gå i retning af at lade ham "sejle sin egen sø" og på den anden side at interessere os oprigtigt for hans velbefindende, hvilket i sin ekstreme form vil ende i bedrevenen og paternalisme, hvor hans integritet ikke accepteres og respekteres. Det handler derved om, at få placeret ansvaret, så den enkelte får gjort livsstilsændringen til sit eget projekt.

11.0 KONKLUSION

Som det fremgår af opgaven, er det nødvendigt, i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv, at gøre en indsats i forhold til ændring af vaner og livsstil i en stor del af befolkningen. Den sundhedsfremmende indsats skal således arbejde for at holde raske mennesker raske, hvorimod den forebyggende indsats skal reducere og eliminere allerede opståede helbredsproblemer relateret til vaner og livsstil. Når den sundhedsprofessionelle, i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv, skal deltage i og støtte den enkelte borgers lærings- og udviklingsproces i relation til at fastholde en fysisk aktiv livsstil, kan jeg i relation til problemformuleringen konkludere følgende på baggrund af resultaterne af, den i opgaven, undersøgte nyeste evidens på området:

Man må i sundhedsarbejdet, via dialog, forsøge at etablere en tillidsfuld relation i mødet med den enkelte borger og prøve at tage udgangspunkt i borgerens egne erfaringer, holdninger, følelser, værdier etc. Dialogen kan således fx tage form af "face to face" rådgivning og vejledning med løbende støtte og opfølgende samtaler i relation til adfærdsændringen, workshops og adfærdsundervisning om færdigheder i forhold til at adoptere og fastholde fysisk aktivitet med udgangspunkt i uddannelsesmateriale. På den måde får borgeren mulighed for, at forholde sig bevidst til den aktuelle adfærdsændring, og således mulighed for at styrke sin handlekompetence, i forhold til at fastholde den. Dette afspejler en hermeneutisk tilgang, hvor det handler om, at koble viden og færdigheder til den enkeltes viden, holdninger, følelser, identitet og færdigheder, i stedet for kun at sende klar

”ekspert-viden”. Det indebærer at den sundhedsprofessionelle ikke opfatte sig selv som eksperten, der ved hvad der skal gøres i den enkelte situation, men i stedet opfatter sig selv, som reflekterende praktiker, der i samarbejde med borgeren, afsøger muligheder, med udgangspunkt i dennes identitet, holdninger, følelser og færdigheder. Borgeren får derved mulighed for selv at formulere problemer og handlemåder og en fastholdelse bliver derved mere sandsynlig

Desuden er det vigtigt at skaffe en bred vifte af tilbud fra både individuelle og strukturerede aktiviteter, der passer ind i den enkeltes præferencer. Dette understreger udfordringen, i det regionale sundhedsprogram, hvor et af delmålene til de formulerede sundhedsmål lyder: *”-At sikre styrkelse og udbygning af tilbud om fysisk aktivitet”*. Formålet er at sikre, at især inaktive nordjyder tilbydes øget muligheder for forskellige former for fysisk aktivitet. I den forbindelse er to vigtige motivationsfaktorer, at der dels fokuseres på aktiviteter den enkelte synes er sjove at lave samt fokus på den sociale dimension. Dette for at styrke den indre motivation, da det er det indre ønske om at lære noget, der hos den enkelte, er forudsætningen for, at der sker en læring og dermed en adfærdsændring og motivation er således essentiel i forhold til livsstilsændringer, idet den er det eneste, der kan skabe varig ændring. For nogen vil gevinsten ved en fysisk aktiv livsstil som, fastholdelse af vægt, bedre udseende, forbedret søvn og øget energi også være en motiverende faktorer. I forhold til at skabe en varig ændring, mangler der på området evidens for strategier i forhold til fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil på lang sigt. Her ligger således en stor udfordring for fremtidig forskning.

11.1 Metodediskussion

Jeg vurderer, på baggrund af min diskussion omkring hvordan man generelt kan beskæftige sig med udfordringerne i relation til min problemformulering, at denne er blevet besvaret ved hjælp af den valgte deduktive arbejdsmetode. På den anden side kan man sætte spørgsmålstegn ved, om resultater fra andre nationers undersøgelser af deres befolkningsgrupper, kan overføres til danske forhold. Et dansk studie ville måske have givet et andet resultat. Dog viser de tre udvalgte studier i samme retning mod dialogen, som en væsentlig faktor, når borgeren skal støttes i en fastholdelse af en aktiv livsstil.

Som skrevet i problembeskrivelsen, er den afgørende udfordring for den individorienteret indsats ikke kun at den enkelte borger opnår en umiddelbar adfærdsændring, men at han fastholder den på lang sigt. Her udgør den enkelte borgers oplevede kvalitet, i den fysisk aktive livsstil, en afgørende faktor, da det netop er den enkelte, der kan redegøre for lige præcis de faktorer, der har spillet ind i forhold til hans adfærdsændring. Til at undersøge dette område, ville den kvalitative forskning, hvor den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang præger evidensen, have været anvendelig. Det vil sige at den kvalitative arbejdsmetode, der går fra det specielle i det enkelte interview, til analytisk at sige noget om

det generelle(induktive arbejdsmetode), også kunne have været benyttet, såvel alene eller som supplement til den deduktive arbejdsmetode.

Jeg har, af pladsmæssige hensyn, begrænset opgaven til, at beskæftige sig med den kvantitative forskning på området, som nævnt i afgrænsningen. En udvidelse af begrebet "den nyeste evidens" i relation til inklusionskriterierne i forhold til studierne publikations år have sandsynligvis givet flere relevante studier.

I forhold til valg af inkluderede studier i mit litteraturstudie, kunne andre former for adfærdsændringer have været inddraget i forhold til at undersøge effektive strategier i forhold til fastholdelse af en adfærdsændring. Fx ligger der formentlig meget evidens omkring fastholdelse af ændrede kostvaner eller rygestop. På de områder er der sandsynligvis evidens i forhold til det langsigtede perspektiv, som netop mangler i relation til fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil.