

# **En beskrivning av hur ett hälsofrämjande program byggs upp**

En systematisk litteraturstudie

Jenni Ekman, Hanni Hettula och Vanessa Strengell

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	4026, 4027, 4028
Författare:	Jenni Ekman, Hanni Hettula, Vanessa Strengell
Arbetets namn:	En beskrivning av hur ett hälsofrämjande program byggs upp
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med forskningen var att beskriva hur ett hälsofrämjande program kan struktureras för dess syfte, mål och resultat skall uppnås. Studien var en systematisk litteraturstudie i form av en forskningsöversikt. Artiklarna kvalitetgranskades och resultaten analyserades enligt en innehållsanalys. Frågeställningarna var 1) vad ska programmet innehålla för att kunna vara hälsofrämjande 2) hur kan det hälsofrämjande programmet göras klientcentrerat och 3) hur kan gruppledaren inverka på den hälsofrämjande gruppverksamheten. Varje skribent har ansvarat för en egen frågeställning.</p> <p>Som teoretisk referensram användes Ann Wilcocks ”<i>An Occupational Perspective of Health</i>”, som är ett ergoterapeutiskt synsätt på hälsa.</p> <p>Resultaten sammanställdes och delades in i sex kategorier; intervention, klientens perspektiv, förhållande till klienten, ledarens förhållningssätt, kommunikation och omgivning. Skribenterna har fått svar på frågeställningarna och har uppnått syftet med forskningen. Alla de olika kategorierna inom resultaten fungerar i en växelverkan med varandra för att skapa ett hälsofrämjande program där dess syfte, mål och resultat uppnås. Ledaren och klienten är det centrala i innehållet i ett hälsofrämjande program, som sedan påverkas av omgivningen samt kommunikationen mellan ledare och klient. Därför är det även viktigt med klientens perspektiv, ledarens förhållningssätt samt förhållande mellan klient och ledare för att interventionen skall främja klientens hälsa. Ledaren och klienten ligger som grund för bildandet av programmet, och tillsammans skall de lägga ihop de aktiviteter som passar klientens behov och önskemål för att nå målet med programmet. Ledaren, klientcentreringen och innehållet är grundstenarna för ett hälsofrämjande program där syfte, mål och resultat uppnås.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande program, innehåll, klientcentrering, ledare, grupp, hälsa, forskningsöversikt
Sidantal:	66
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational therapy
Identification number:	4026, 4027, 4028
Author:	Jenni Ekman, Hanni Hettula, Vanessa Strengell
Title:	A description of how a health promotion program can be structured
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this examination was to describe how a health promotion program can be structured so that its purpose, goal and result would be achieved. This was a systematic literature study in the shape of a review. The quality of the articles has been looked over and the results were analysed according to the content. The research questions were 1) what a health promotion program should include to be health promoting 2) how to make a health promotion program client-centered, 3) how a group leader can impact the group in a health promotion program. Each writer has vouched for their own research question.</p> <p>As theoretical frame of reference, "<i>An Occupational Perspective of Health</i>" by Ann Wilcock, was used because it brings up health in an occupational therapy perspective.</p> <p>The results were compiled and divided into six categories; intervention, the clients' perspective, the relation to the client, the leaders approach, communication and environment. Findings show that the results have given answers to the purpose and research questions for this study. This is seen in the engagement of the different categories in the results. The findings through the categories work in correlation, and together they create a health promotion program where the purpose, goals and results are achievable. The leader and the client build the content in health promotion, which on the other hand is affected by the environment and the communication between client and leader. Therefore it is important to take the clients' perspective into consideration. Also the leaders approach and the relationship between the leader and the client is important to notice so the intervention would promote the clients' health. The leader and the client are together the foundation for building of the program, they should together choose the activities that suit the clients' needs and requests to achieve the goal. In other words, the leader, client-centering and content are the most important in the foundation of a health promotion program where purpose, goals, and results are achieved.</p>	
Keywords:	Health promotion program, content, client-centered, leader, group, health, review
Number of pages:	66
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	4026, 4027, 4028
Tekijä:	Jenni Ekman, Hanni Hettula, Vanessa Strengell
Työn nimi:	Miten terveyttä edistävä ohjelma tulee rakentaa
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Arola
Toimeksiantaja:	
<p><b>Tiivistelmä:</b>  Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla miten terveyttä edistävä ohjelma tulee rakentaa, jotta sen tavoite, päämäärä ja tulos saavutetaan. Tutkimus oli systemaattinen kirjallisuustutkimus, joka tehtiin tieteellisenä yleiskatsauksena. Valittujen tutkimusartikkelien laatu tarkastettiin ja tulokset analysoitiin sisällysanalyysin avulla. Tutkimuskysymykset olivat: 1) Mitä terveyttä edistävän ohjelman kuuluu sisältää jotta se edistäisi terveyttä 2) miten terveyttä edistävä ohjelma saadaan asiakaslähtöiseksi ja 3) miten ryhmänohjaaja voi vaikuttaa ryhmään terveyttä edistävässä ohjelmassa. Jokainen tutkimuksen kirjoittaja oli vastuussa yhdestä tutkimuskysymyksestä.</p> <p>Ann Wilcockin, <i>“An Occupational Perspective Of Health”</i>, toimii opinnäytetyön perustana ja teoreettisena viitekehysenä, joka on toimintaterapeuttinen näkökulma terveydestä.</p> <p>Tulokset koottiin yhteen ja ne jakautuivat kuuteen luokkaan: menetelmä, asiakkaan näkökulma, suhde asiakkaaseen, johtajan lähestymistapa, viestintä/vuorovaikutus ja ympäristö. Tulosten pohjalta voimme päätellä, että kysymyksiin on saatu vastaukset ja tavoite on saavutettu. Tämä näkyy valittujen luokkien välisenä vuorovaikutuksena toisiinsa ja terveyttä edistävän ohjelman luominen onnistuu - tavoite, päämäärä ja tulos saavutetaan. Ohjaajan ja asiakkaan muodostama kokonaisuus ja yhteistyö on terveyttä edistävän ohjelman sisältö, ympäristö sekä viestintä asiakkaan ja ohjaajan välillä vaikuttavat sisältöön. Tämän takia asiakkaan näkökulma, ohjaajan lähestymistapa sekä suhde ohjaajan ja asiakkaan välillä ovat tärkeitä, jotta terveyttä edistävän ohjelman menetelmä hyödyttäisi asiakasta. Ohjaaja ja asiakas ovat terveyttä edistävän ohjelman tärkeimmät osat, ja yhdessä heidän pitäisi koota ne toimintatavat, jotka parhaiten sopivat asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin. Ohjaaja, asiakaslähtöisyys ja sisältö ovat terveyttä edistävän ohjelman perustus, jotta tavoite, päämäärä ja tulos saavutetaan.</p>	
Avainsanat:	Terveyttä edistävä ohjelma, sisältö, asiakaslähtöisyys, ohjaaja, ryhmä, terveys, tieteellinen yleiskatsaus
Sivumäärä:	66
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>9</b>
2.1	Innehållet i ett hälsofrämjande program .....	11
2.2	Klientcentrering och hälsofrämjande program .....	13
2.3	Ledare för ett hälsofrämjande program .....	13
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>16</b>
4.1	Tidigare forskning angående innehåll .....	16
4.2	Tidigare forskning gällande klientcentrerade metoder .....	18
4.3	Tidigare forskning angående ledare för hälsofrämjande program .....	19
<b>5</b>	<b>Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>Metodbeskrivning</b> .....	<b>21</b>
6.1	Datainsamling .....	22
6.2	Urval .....	24
6.3	Kvalitetsgranskning .....	25
6.4	Analys .....	27
6.5	Etiska aspekter .....	28
<b>7</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>29</b>
7.1	Metoder .....	35
7.2	Klientens perspektiv .....	38
7.3	Förhållandet till klienten .....	40
7.4	Ledarens förhållningssätt .....	42
7.5	Kommunikation .....	44
7.6	Omgivning .....	46
<b>8</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>48</b>
8.1	Resultatdiskussion .....	48
8.2	Metoddiskussion .....	51
8.3	Slutdiskussion .....	53
	<b>Källor</b> .....	<b>55</b>
	<b>Bilagor</b> .....	<b>61</b>

Tabell 1 Datainsamling.....	22
Tabell 2 Checklista .....	26
Tabell 3 Inkluderade artiklar gällande innehåll .....	29
Tabell 4 Inkluderade artiklar gällande klientcentrering .....	31
Tabell 5 Inkluderade artiklar gällande ledare .....	33

## **FÖRORD**

Ett stort tack till vår handledare Annikki Arola och våra familjer. Tack!

# 1 INLEDNING

När det blev dags att börja skriva examensarbetet efter flera år av studier på ergoterapilinjens i Arcada så var vi tre vänner som bestämde oss för att slå våra huvuden ihop och skriva tillsammans. Till en början tyckte vi det var knepigt att välja ämne, eftersom det finns så mycket valmöjligheter. Att forska vidare inom ett område som behöver fortsatt forskning kändes som ett bra alternativ. Att gå djupare in på hälsa och dess betydelse var något som intresserade oss, eftersom människor idag tycks bli mer och mer medvetna om den egna hälsan. Vi ansåg att det skulle vara relevant att göra en forskning kring hälsofrämjande program.

Idéen till denna forskning fick vi från ett tidigare examensarbete skrivet av Heidi Kallio, *Ett psykoedukativt program i ergoterapi; Ett klientperspektiv på programmet "en meningsfull dag"*, som behandlade hälsofrämjande program.

Hälsofrämjande program är alla olika aktiviteter som människan gör planerat, även om oplanerade aktiviteter kan främja hälsan så är de inte hälsofrämjande aktiviteter. WHO (World Health Organisation) har beskrivit hälsofrämjande program som ett koncept för människan som inser att den har ett behov av att ändra på sina behov och vanor, för att främja hälsan. (Tones & Tilford 2001:18)

Hälsofrämjande program är ett väldigt brett område i sig, därför har skribenterna valt att fokusera på grupp som enhet. Målet med examensarbetet är att utifrån en systematisk litteraturstudie beskriva hur ett hälsofrämjande program kan struktureras för att dess mål, syfte och resultat skall uppnås. Frågeställningarna är; vad ska programmet innehålla för att kunna vara hälsofrämjande, hur kan det hälsofrämjande programmet göras klientcentrerat och hur kan gruppledaren inverka på den hälsofrämjande gruppverksamheten. Frågeställningarna har varsin skribent, som enskilt fokuserar på att besvara den egna frågeställningen. Jenni Ekman forskar kring hur en ledare skall vara inom ett hälsofrämjande program, Hanni Hettula hur innehållet inom ett hälsofrämjande program skall se ut och Vanessa Strengell kring hur man får ett hälsofrämjande program klientcentrerat. Detta kommer vi att göra i form av en forskningsöversikt. Resultaten av frågeställningarna kommer i diskussionen att jämföras och kritiskt granskas.



Skribenterna hoppas att de som är intresserade av hälsa och dess främjande kommer att ha nytta av resultaten. Inte bara i sina studier, utan också för personligt bruk, för att hjälpa till att bli medvetna om den egna hälsan och hur man själv kan påverka den genom att vara aktiv och medverka i olika sorters hälsofrämjande program.

Bakgrunden har skribenterna skrivit tillsammans, tidigare forskningen gjorde skribenterna på eget håll och resultatredovisningen gjordes både på eget håll och tillsammans. I resultatredovisningen arbetade skribenterna självständigt förutom då det gällde två kategorier, kommunikation och omgivning, som sammanslogs. Diskussionen gjorde skribenterna tillsammans.

## **2 BAKGRUND**

I detta kapitel beskrivs begreppet hälsa, eftersom man bör ha en klar bild av dess mening innan man kan övergå till hälsofrämjande program. Redan i antikens Grekland hade man olika uppfattning om vad hälsa och hälsofrämjande program är, man ansåg det vara viktigt att människan själv engagerade sig i olika rutiner för att själva upprätthålla sin hälsa. Läkekonsens fader Hippokrates uppfattade redan på sin tid att sjukdom berodde på människans levnadsvanor, föda och miljö. Dessa uppfattningar har formats och spekulerats kring ända till vår tid. (Wester 2010:12)

Green & Tones (2010:9), hänvisar till WHO:s definition av hälsa som innebär; ”Ett stadi-  
die av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara avsaknaden av sjukdom och svaghet” (Green & Tones 2010:9). Denna definition har trots allt blivit kritiserad, därför har man fortsatt att definiera hälsa.

(Green & Tones 2010:17) I The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 november 1986, hänvisas till WHO:s definition av hälsa:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group

must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to well-being. WHO. 1986:1[...] (Green & Tones 2010:17)

Wilcock (1998:97) definierar hälsa genom att se varje människa som en aktiv varelse, fokus ligger på vad det är som gör och håller människan frisk, istället för att fokusera på vad som gör människan sjuk. Aktivitet är en mekanism som gör att människan kan förstå önskan, tillfredsställa behov och att klara av/ anpassa sig till miljön man lever i, detta medför att människan upprätthåller sina fysiska, psykiska och sociala färdigheter, som är a-o för hälsan. (Wilcock 1998:97,110)

Ett hälsofrämjande program går ut på att försöka förbättra hälsotillståndet hos människor både individuellt och i grupper. Man vill som sagt förbättra hälsan men även uppmuntra människan att lägga upp mål för att få kontroll över olika komponenter i livet, såsom miljön, sociala relationer och ekonomi. (Ewles & Simnett 2003:37)

Det finns flera olika sätt att definiera vad ett hälsofrämjande program är. För att skapa en gemensam uppfattning över detta begrepp så kommer skribenterna nedan att nämna olika sätt att se på definitionerna.

Green & Tones (2010:16) säger att en vanlig definition på hälsofrämjande (Health promotion) kan beskrivas som vilken aktivitet som helst som förbättrar hälsan. De nämner även att man på 1970-talet började intressera sig av hur miljön och sociala influenser kan påverka hälsotillståndet hos människan. Eftersom människan ändrar sitt beteende utgående från yttre faktorer, ansågs dessa faktorer vara mycket viktiga gällande hälsan. WHO fick komma med en definition av hälsofrämjande eftersom det under en lång tid har debatterats över vad det egentligen innebär och vad dess värde är för människan.

Hälsofrämjande program är processen där man strävar till att öka eller förbättra kontrollen över den egna hälsan. Att sträva till att nå en perfekt balans mellan psykiskt, fysiskt och socialt välmående. Individerna eller gruppen måste kunna identifiera och förstå ambitioner, att uppfylla begär och att ändra på eller klara sig med omgivningen. Hälsan är en resurs i det vardagliga livet men inte ett måste för att leva. Hälsan betyder mycket för

människans personliga och sociala välbefinnande. Därför är hälsofrämjande program inte bara ett ansvar inom hälsosektorn, utan handlar om mer än en hälsosam livsstil och välmående. (Green & Tones 2010:17)

Green & Tones (2010:21) nämner att det största problemet som WHO stötte på under sina konferenser gällande hälsofrämjande program var att identifiera relevanta aktiviteter dessa program skulle innehålla. Men med klara värden och mål kan man sätta upp rätt aktivitet. Kriterierna är rättvisa och att ha makt över sig själv dvs. empowerment. Om en aktivitet inte innehåller dessa kriterier så kan det inte klassificeras som ett hälsofrämjande program. Dessa två kriterier, dvs. rättvisa och ha makt över sig själv, är grundpelarna för hälsofrämjande program, tillsammans med hälsa som en rättighet, frivillighet, självständighet, delaktighet, samarbete och social rättvisa. (Green & Tones 2010:21)

## **2.1 Innehållet i ett hälsofrämjande program**

Enligt Tones & Tilford (2001:18) skulle det vara riktigt logiskt att förklara hälsofrämjande program som allt det människan gör som på något vis främjar hälsan. De vill dock poängtera att det främst handlar om aktiviteter som är planerade för just det syftet, att främja hälsan. Även om man kan uppnå hälsofrämjande situationer utan planering vill Tones & Tilford (2001:18) få fram att de är av åsikten att planerade hälsofrämjande aktiviteter ger ett bättre resultat än de aktiviteter som inte är planerade för detta ändamål.

Det är logiskt att hälsofrämjande program används inom vårdsektorn. Tones & Tilford (2001:263) förklarar dock att man på sjukhus i första hand fokuserar på att ta hand om skadade och att rehabilitera, och prioriterar därför inte program som främjar hälsan och förebygger ohälsa. I dagens läge har detta dock ändrats en del och numera är det mer vanligt att man också på sjukhus försöker anpassa sig till förebyggande av hälsan och hälsofrämjandet. (Tones & Tilford 2001:263). Alma Ata Declaration, är en organisation som vill lyfta fram betydelsen av främjandet av hälsan, har gjort en hel del för hälsofrämjande program inom primärvården. De har utvecklat ett system för att vården skall vara förebyggande, rehabiliterande och kurerande. Detta system innehåller åtta viktiga

komponenter: information om hälsa, sanitet och rent vatten, hälsosam kost och matlagning, barn- och modervård, vaccination mot de stora smittsamma sjukdomarna, förebygga sjukdomar, skötsel vid behov och ett lager av viktig medicin. (Tones & Tilbur 2001:263).

Tones & Tilford (2001:220) förklarar att skolan är ett väldigt centralt område för utvecklingen av hälsofrämjande aktiviteter, eftersom att barn i åldern 5 till 16 tillbringar upp till 15 000 timmar där. Det finns oändligt med möjligheter för främjandet av hälsan i skolomgivningen. Trots detta skall man inte sätta för stor press på skolmiljön och dess insats, med tanke på att man måste ta i beaktande livet utanför skolan, så som dålig ekonomi, dysfunktionell familjesituation eller avsaknad av stödjande vänner, förklarar Tones & Tilford (2001:220). Tones & Tilford (2001:220) menar att skolans uppgift när det gäller främjandet av hälsan är utbildning och information. Det finns ett stort samband mellan utbildning och hälsa, då människor med nedsatt nivå av utbildning har större sannolikhet att få dålig hälsa i vuxenlivet. Med hjälp av utbildning kan man förhindra ett av de största orsakerna för dålig hälsa, och med hjälp av utbildning kan man hjälpa människor att få fler arbetsmöjligheter vilket i sin tur främjar hälsan. (Tones & Tilford 2001:220)

Arbetsplatsen är ett område där hälsofrämjande program och information om hälsa skulle vara väldigt viktigt och skulle nå ut till många, då en stor procent av befolkningen har ett jobb. Tones & Tilford (2001:300) menar dock att det är utmanande med hälsofrämjande program just på detta område då det finns många åsikter om det är nödvändigt eller ej. När man ser på saken ur arbetsgivarens perspektiv kan hälsofrämjande program leda till ökad motivation och produktivitet bland arbetstagarna, det minskar också på kostnaderna för bland annat arbetshälsovården, menar Tones & Tilford (2001:304-305). Det finns många olika metoder för att främja hälsan på arbetsplatsen, bland annat att göra arbetsplatsen säker för att förhindra fysiska skador samt ge grundhälsa. Detta kan göras med hjälp av att anpassa miljön och verktygen som används på arbetsplatsen så de inte kan orsaka skada, samt att hålla koll på att det inte sprids gifter i luften, förklarar Tones & Tilford (2001:308). En annan metod för att främja hälsan är genom information och utbildning, som t.ex. föreläsningar om att sluta röka, besök hos psykolog, att delta i program för vikttnedgång och andra konditionsprogram. Något som också

är hälsofrämjande är att se till att de psykosociala kraven inte är för höga, dvs. se till att arbetstagaren inte är stressad på grund av långa arbetsdagar eller dylikt, menar Tones & Tilford (2001:308).

## **2.2 Klientcentrering och hälsofrämjande program**

När man arbetar klientcentrerat inom hälsofrämjande program är kärnan att ge klienten en känsla av så kallad self- empowerment, alltså att stärka personens egen förmåga. Personen skall betraktas som jämlik och ha möjligheten att bestämma över och fatta egna beslut angående sin egen hälsa. Målet är att försöka uppmuntra och hjälpa personen att själv identifiera och ta i beaktande vad de vill veta mera om och vad som bör förändras. Detta för att sedan göra beslut och val utgående från deras egna intressen och värderingar. (Ewles & Simnett 2003:44)

Hälsofrämjande program hjälper dessutom till att täcka olika områden såsom kommunikation, kapacitetsbyggande och politiskt orienterade närmelsesätt för att hjälpa klienten ta kontroll och få mera kraft i att ta itu med frågor och val gällande sin egen hälsa. (Laverack 2007:6)

Enligt Kielhofner (2008:164) är det viktigt att bygga upp en förståelse för personen från personens perspektiv (Kielhofner 2008:164). Vi är alla unika individer och vi har alla ett personligt behov. Man skall reagera på personens egna behov vare sig man har ett proaktivt arbetssätt som innebär att man själv tar initiativ eller reaktivt arbetssätt som betyder att man reagerar på krav. (Ewles & Simnett 2003:99)

## **2.3 Ledare för ett hälsofrämjande program**

Ledarna är de som håller en eller flera grupper inom hälsofrämjande program. Gilkeson (1997:15) hänvisar till Abraham Maslow: "Each time one takes responsibility, this is an actualizing of the self" (Gilkeson 1997:15). Vilket är det första steget mot att vara i ledning och för att sedan bli en ledare (Gilkeson 1997:15).

En ledare skall komma ihåg att varje situation ser olika ut, därför kan en ledare inte följa samma mönster varje gång. Varje ledare är även unik, men de kan alla ha gemensamma värden, mål, kommunikations färdigheter, observationsmetoder samt ha självförtroende och kunna visa empati för gruppdeltagarna. Genom att ha dessa färdigheter kan alla lära sig att bli en ledare. Andra färdigheter som en ledare behövs är att kunna motivera sina gruppdeltagare, visa tillit och empowerment. (Gilkeson 1997:3-4,12-13)

Ledaren måste vara medveten om sitt eget beteende och dess roll, för att kunna ge det stöd deltagarna behöver samt kunna påverka deltagarnas intresse, motivation och inspiration. Det bör även tilläggas att ledarens egen personlighet såsom ålder, utbildning, livserfarenheter och vanor påverkar hurudan man är som ledare. (Gilkeson 1997:17)

En effektiv ledare är någon som vågar ta risker, kan stötta andra till att vara kreativa, visar respekt och kan dela med sig av sin kunskap till andra. Att vara en bra ledare innebär också att man skall kunna vara en bra följare, kunna sträva till att nå de mål som ledaren lagt upp för gruppen samtidigt kunna lyssna och kunna värdera vad deltagarna har för åsikter och tillsammans nå målen. (Gilkeson 1997:16)

### **3 TEORETISK REFERENS RAM**

Den teoretiska referensramen som användes var Ann A. Wilcocks ”An Occupational Perspective of Health”, som är ett ergoterapeutiskt synsätt på hälsa.

Människan är en aktiv varelse. Det finns en tredelad sammankoppling mellan överlevnad, hälsa och aktivitet. Aktivitet leder till att människan kan uppfylla sina vardagliga behov som sedan är väsentliga för överlevnad, för att kunna anpassa sig till miljöombyten, och att kunna utveckla och öva upp olika förmågor för att behålla hälsan. (Wilcock 1998:21)

Wilcock (1998:36) anser att människan har ett hälsosamt tankesätt, det är det som kontinuerligt aktiverar oss till olika aktiviteter. Att vara engagerad i en aktivitet leder till ett

samband mellan hälsa och överlevnad. Människans drivkraft är att överleva, vilket innebär att man måste delta i aktiviteter som fullgör ens behov. Kvaliteten på överlevnad för individer, kommuner och samhället beror på deras hälsa, dvs. deras fysiska, psykiska och sociala välmående. Nödvändig näring, säkerhetsbehov, fysisk, psykisk och socialkapacitet uppfylls genom aktivitet. Hälsan är utgångspunkten för varje individ, för att kunna leva ett hälsosamt liv måste människan även leva i harmoni med miljön. (Wilcock 1998:36-37)

Wilcock (1998:97) definierar hälsa genom att se varje människa som en aktiv varelse, fokusen ligger på vad det är som gör och håller människan frisk, istället för att fokusera på vad som gör människan sjuk. Man har fokuserat mer på sjukdom än hälsa, Wilcock (1998:98) nämner att hälsa är mer än saknaden av sjukdom. Hälsa kan innebära att hålla borta problem, att leva hälsosamt, vara fysiskt aktiv, ger energi och förbättrar sociala förhållanden och leder till psykosocialt välmående. Detta kan även sammankopplas med WHO:s definition som citerades tidigare i arbetet. (Wilcock 1998:97-98)

Wilcock (1998:110) vill att människan skall leva ett aktivt liv, genom att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välmående. Hon vill även få fram att det finns en tydlig sammankoppling mellan hälsa och aktivitet. Eftersom aktivitet är en mekanism som gör att människan kan förstå önskan, tillfredsställa behov och att klara av samt anpassa sig till omgivningen man lever i, håller upp sina fysiska, psykiska och sociala färdigheter, som är a och o för god hälsa. (Wilcock 1998:110)

Ekonomiska och kulturella faktorer påverkar aktiviteter och hälsan. Hälsa och välmående är resultat från att vara aktiv. Människan följer sina biologiska behov och användningen av färdigheter är de viktigaste komponenterna för att upprätthålla de fysiska, psykiska och det sociala välmåendet. Men även en balans mellan de färdigheter människan har för att kunna göra rätt val och kunna leva i harmoni med omgivningen. (Wilcock 1998:121,123)

Ergoterapi reflekterar över naturliga och biologiska faktorer angående hälsa och välmående. Allting som människan gör har effekt på hälsan, detta genom att vara engagerad i

aktiviteter. Aktiviteter måste väljas noggrant för att kunna förbättra och upprätthålla hälsan och minska på dålig hälsa. (Wilcock 1998:165)

Ergoterapins syn på aktivitet och hälsa har med tiden påverkat kommunerna med hjälp av klara vetenskapsgrunder, så att de har kunnat förbättra hälsosektorns syn på hälsan. Ergoterapeuters ideologi stämmer bra överens med hälsofrämjande program, eftersom ergoterapeuternas huvudmål är att sträva till att människor skall leva ett hälsosamt och innehållsrikt liv. (Wilcock 1998:187)

Wilcock (1998:245) tror att många inte förstår vad ergoterapi egentligen är och hur den ser på hälsa, eftersom de flesta tror att det är mycket mer invecklat och att ergoterapeuter alltid koncentrerar sig på ett visst ämne inom ergoterapin. Det är viktigt att tänka på människan som en aktiv varelse som strävar till att överleva, göra, att vara och att ha god hälsa, men också komma ihåg att alla människor är olika. Även om de känner sammankopplingen mellan överlevnad, hälsa och aktivitet, så kan de vara från olika kulturer och ha olika värden. Det är därför viktigt att tänka på att alla människor är unika varelser. (Wilcock 1998:245)

## **4 TIDIGARE FORSKNING**

Artiklarna söktes på databasen EBSCO- Academic search elite, PubMed, SAGE Journals och Google Scholar. Sökorden som användes var health promotion, health promotion program, group, group process, group activity, methods, intervention, client, approach, client-centered, perspective, leader, leadership och how to be a leader. Artiklarna som valts är publicerade efter år 2000 och är forskningsartiklar.

### **4.1 Tidigare forskning angående innehåll**

Hälsofrämjande program är ett växande fenomen som får mer och mer uppmärksamhet i samhället. Några av de vanligaste sjukdomarna just nu, t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes, är till stor andel relaterade till människans eget beteende. Ökningen



i intresset av fysiska aktiviteter innebär att risken för kroniska sjukdomar, som på något vis är relaterade till en ohälsosam livsstil, minskar. Med hjälp av fysiska aktiviteter och hälsofrämjande program förbättrar depressioner och ångest samt den allmänna synen på livet (Osaba et al. 2012:2). Enligt Roden & Jarvis (2012:272) måste hälsofrämjande program konstant uppdateras och anpassas eftersom världen konstant förändras och kraven likaså. Hälsan måste tas i beaktande på en global nivå för att förändring skall ske och pandemin av kroniska sjukdomar skall avta. (Roden & Jarvis 2010:272)

Whitehead (2011:2184) förklarar att hälsofrämjande program utövas i ”områden”, dvs människans omgivning, där man lär sig, jobbar, leker och älskar. För att detta skall fungera måste hälsofrämjande program vara något som följer med hela livet, där av är det viktigt att det finns tillgång till hälsofrämjande program på alla olika områden där dessa aktiviteter tar plats (Whitehead 2011:2184). Whitehead (2011:2190) menar att det har gjorts väldigt mycket forskning kring hälsofrämjande program och dess utövande, men att man borde lägga mer tid på att koppla ihop hälsofrämjande program med omgivningen för att det skall ha en långvarig inverkan. (Whitehead 2011:2184, 2190)

Hälsofrämjande program är väldigt viktigt för hela samhället och det gäller att alla skall ha rätt att få möjligheten till ett sundare liv. Enligt Verhaege et al. (2012:2) visar forskning inom mental ohälsa att det har kommit fram att människor som har någon form av mental störning lider stor risk för att bli överviktig, där av är det viktigt att man ger uppmärksamhet till den målgruppen. Det har kommit fram att man med hjälp av att man upprätthåller en hälsosam kroppsvikt och form med hjälp av en hälsosam kost och regelbunden fysisk aktivitet minskar risken att få somatiska sjukdomar samt förbättrar den allmänna hälsan och välmåendet, förklarar Verhaege et al. (2012:2).

Enligt Svedberg (2011:127) är det viktigt att man inom hälsofrämjande program för mental hälsovård uppmärksammar klienterna om allt det positiva med hälsa, och inte bara koncentrerar sig på minskandet av sjukdomen (Svedberg 2011:127). Det är känt att hälsofrämjande program för barn och ungdomar är väldigt viktigt inför framtiden, men nu har det gjorts forskningar som menar att fysisk aktivitet inom de första fem åren lägger en stor grund för ett livslångt välmående, förklarar Mistry et al. (2012:1688). På

detta vis minskar man sannolikheten av att få en mängd av olika, mycket vanliga, sjukdomar som människor lider av i dag. (Mistry et al 2012:168)

Tak et al. (2010:609) har gjort en forskning för att reda ut vare sig implementeringen av ett hälsofrämjande program gällande frukter och grönsaker skulle minska barns intag av ohälsosamma, kaloririka mellanmål under skolans raster. Detta gjordes genom att några gånger i veckan servera en portion grönsaker eller frukter några gånger i veckan kostnadsfritt. Enligt Tak et al. (2010:612) visade resultaten att barnen som deltog i interventionen på efterhand mer ofta tog med sig grönsaker och frukter, samt mer sällan ohälsosamma mellanmål än barnen i kontrollgruppen.

Hughes et al. (2011:883) förklarar att även om det har forskats en hel del kring implementeringen av hälsofrämjande program på arbetsplatsen, finns det luckor i forskningen. En viktig aspekt som inte blivit uppmärksammas i forskning är ålder, och eftersom medelåldern av de som fortfarande är i arbetslivet blivit högre, förklarar Hughes et al. (2011:883) att det är viktigt att forska kring detta.

## **4.2 Tidigare forskning gällande klientcentrerade metoder**

Hälsofrämjande program har enligt WHO år 1986 beskrivits som ”processen för att möjliggöra för människor att öka kontrollen över hälsan samt förbättra den”. Detta är också en av de fem interventionerna som tas upp inom ergoterapi i den amerikanska referensramen *Occupational Therapy Practice Framework*. Ergoterapin fokuserar ofta på själva individen, men för att evaluera ergoterapiens betydelse inom hälsofrämjande program så bör man också se på hälsan utgående från samhällets hälsa. (Mallison et al. 2009:220) I en forskning som berör utvecklingen av hälsofrämjande arbete i kommuner i Sverige så har man kommit fram till att det lokala hälsofrämjande arbetet har utvecklats på basen av kommunernas egna behov och intressen. Hälsofrämjande aktiviteter inom kommunerna har ändrats från att vara individuella och uppbyggda på basen av olika livsstilar till att grundas utgående från en holistisk synvinkel på vad hälsa är. (Jansson & Tillgren 2010:455)

En forskning berörande individer med ryggmärgsskador och relaterade neurologiska handikapp och deras medverkan *Project Shake-It-Ups* och dess effekt på att förbättra medverkan i hälsofrämjande program och förbättrad *empowerment* hos deltagarna visade positiva resultat. (Block et al. 2005:185) Man menar att största delen av de mål som uppnåddes var tack vare stödet deltagarna fick av så kallade *case-coordinators* som talade med deltagarna individuellt angående deras egna önskningar och vilka mål de önskade att uppnå genom programmet. Koordinatören höll dessutom kontakten med deltagaren via telefon och besök under programmets gång för att uppmuntra. (Block et al 2005:189) När man som skötare gör hembesök är det viktigt att möta individen på en personlig nivå och se på hälsa som en dynamisk och personlig process. Detta eftersom hembesök är en personlig upplevelse för klienten. (Cowley 1995:439)

Inom den primära hälsovården är kommunikationen viktig när det kommer till hälsa. En forskning (Mahmud et al. 2013:1) hade lagt upp som syfte att skapa bättre förståelse för hur man kommunicerar inom hälsofrämjande program och om hur kommunikationen förstås och tas emot. Man kom fram till att det framkom problem vad det gäller gemensam förståelse om de olika närmelsesätten inom hälsofrämjande program och vad de innebär. På grund av detta uppkom det brister inom sättet man närmar sig på och i själva kommunikationen. (Mahmud et al. 2013:1,11).

### **4.3 Tidigare forskning angående ledare för hälsofrämjande program**

Ledare som visar omtanke, respekt, uppskattning och stöd för gruppdeltagarna brukar ha en god effekt på grupp trivsel och grupp effektivitet. Dessa komponenter (omtanke, respekt, uppskattning och stöd) samt att kunna strukturera aktiviteter för gruppen mot de mål de lagt upp, är huvudkomponenterna för ett effektivt ledarskap då det gäller hälsofrämjande grupper. (Tabernero et al. 2009:1394)

Ett strukturerat grupptillfälle enligt Lee et al.(2010:1028) leder till att gruppdeltagarna lär sig nya färdigheter och kan bygga upp ett nytt socialt nätverk. Men det är även viktigt att ledaren har en klar vision för gruppen och uppmuntrar deltagarna aktivt och tillå-

ter dem att dela med sig av sina egna tankar och idéer eftersom detta inspirerar deltagarna att göra sitt bästa, det har en positiv effekt på gruppdynamiken och genom gemensam förståelse kunna nå målet med gruppen. (Lee et al. 2010:1028, Tabernerio et al. 2009:1394)

En ledare måste även klara av att lösa konflikter och upprätthålla deltagarnas tillfredsställelse, gemensamhet och prestationsnivå. Därför behöver ledaren också kunna anpassa sig och vara ansvarig för deltagarnas behov, styrkor och resurser, så gruppen i det hela kan utvecklas och framskridas i sinom tid. Men om en ledare inte klarar av att se deltagarnas visioner och behov kan det vara mycket svårt att få gruppen att samarbeta och nå målen för gruppen. (Cramer et al. 2006:69, Carmel 2010:991, Lee et al. 2010:1029)

I grupp är det viktigt för ledaren att komma ihåg att deltagarna har olika kunskaper, erfarenheter och färdigheter. Ledaren bör vara medveten om detta eftersom ledaren och gruppdeltagarna kan sedan tillsammans bilda nya kunskaper och färdigheter. (Cramer et al. 2006:69, I-Chuan et al. 2011:601)

Easterling (2010:56) påpekar i sin forskning att det är mycket viktigt för en ledare att vara medveten om sina egna styrkor och svagheter, ledaren måste så att säga känna sig själv. Det leder till att ledaren vet vad han/hon går för, klarar av att lösa konflikter, kan göra rätt beslut och vågar prova på nya saker, allt i mån om att gruppdeltagarna skall få det stöd det behöver för att nå målet med gruppen. (Easterling 2012:56)

Så som det nämndes ovan lyfter även Tabernerio et al. (2009:1400-1401) att ledarens beteende och den rollen ledaren har påverkar betydligt gruppen, grupp processen samt gruppens prestation. Men enligt Cramer et al. (2006:69) är det också gruppdeltagarna som måste visa intresse och vilja att prestera och nå målen för gruppen. (Cramer et al. 2006:69, Tabernerio et al. 2009:1400-1401)

Då en grupp känner tillfredsställelse och deltagande har det visat sig att detta relaterar till en positiv gruppmiljö och starka band mellan gruppen och andra grupper. Ledaren har då förstås stor roll i detta. (Cramer et al. 2006:68)

## 5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Utgående från bakgrunden och tidigare forskningen är det tydligt att man ofta använder sig av grupsituationer inom hälsofrämjande program. I hälsofrämjande program är innehållet, klienten och ledaren det centrala. Forskningen kommer att lyfta fram en sammankoppling mellan innehåll, klient och ledare samt hur de tillsammans fungerar inom ett hälsofrämjande program och påverkar det.

Syftet med ett hälsofrämjande program är att nå ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välmående. Målet med det hälsofrämjande programmet är att få en hälsosam livsstil och välmående, att få vara självständig och delaktig samt att kroniska sjukdomar skall avta. Målet är även att uppleva rättvisa och att ha makt över sig själv, dvs. en känsla av empowerment. Ett lyckat resultat är att uppnå alla dessa komponenter.

Syftet med forskningen är att beskriva hur ett hälsofrämjande program kan struktureras för att syfte, mål och resultat skall uppnås.

Frågeställningar är;

- 1) vad ska programmet innehålla för att kunna vara hälsofrämjande
- 2) hur kan det hälsofrämjande programmet göras klientcentrerat
- 3) hur kan gruppledaren inverka på den hälsofrämjande gruppverksamheten

## 6 METODBESKRIVNING

Skribenterna har tillsammans gjort en systematisk litteraturstudie i form av en forskningsöversikt där de redde ut hur ett hälsofrämjande program skall struktureras för att dess syfte, mål och resultat skall uppnås. Sedan beskrevs vad programmet skall innehålla, hur programmet kan göras klientcentrerat och hur ledaren kan inverka på programmet då det gäller grupper. Forskningen koncentrerade inte enbart på hälsofrämjande arbete ur en ergoterapeutisk synvinkel, utan mer från ett bredare perspektiv. Skribenterna strävade till att få ett så reliabelt resultat som möjligt, och mätte det som skulle mätas, dvs. validiteten skulle vara synlig. Reliabiliteten i forskningen ifrågasattes och skribenterna var kritiska mot innehållet i artiklarna samt resultaten som uppnåddes ge-

nom dem. Under kvalitetsgranskningen, då en artikel var nära gränsen för låga poäng, lästes och granskades artikeln en gång till, för att försäkra om att artikeln verkligen hade rätt poäng. Validiteten mättes genom att under hela processen gå tillbaka till syftet och frågeställningarna, för att hela tiden hålla dessa i fokus.

En systematisk litteraturstudie byggs upp på vetenskapliga artiklar där man utgår ifrån klara frågeställningar och ett klart syfte. Enligt Forsberg & Wengström (2003:194) skall man systematiskt söka, kritiskt granska och kvalitetsgranska de vetenskapliga artiklarna för att skapa en helhetsbild av resultaten och för att kunna vara säkra på att artiklarna är pålitliga. (Forsberg & Wengström 2003:34) Skribenterna har följt dessa steg i processen. Då skribenterna beskrev begrepp i bakgrunden användes relevanta böcker som berörde ämnet. Böcker som var publicerade tidigare än 2000-talet har ändå valts att inkluderas i bakgrunden eftersom skribenterna konstaterade att informationen inte har ändrats. Metodbeskrivningen tar ställning till urvalsmetoder, datainsamling, genomförandet av datainsamling och analysmetoder, men även etiska aspekter tas i beaktande (Forsberg & Wengström 2003:58-59).

## 6.1 Datainsamling

Datainsamlingen började i januari år 2012 och avslutades i februari 2013. Artiklarna hittades bland annat på Arcadas databaser och bibliotek. Arcada databaserna som användes var EBSCO, Cinahl, PubMed, SAGE Journals och avhandlingar från Karolinska institutet. I tabellen (Tabell 1; Datainsamling) nedan beskrivs processen för hur datainsamlingen gick till. Tabellen är indelad i kolumner med databas, sökord, antal träffar, antal lästa abstrakt och antal valda artiklar.

*Tabell 1 Datainsamling*

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa abstrakt</b>	<b>Antal valda artiklar</b>
Academic Search Elite - EBSCO	Group Therapy AND Leader	100	7	1

Academic Search Elite - EBSCO	Leadership AND Health promotion programme	213	4	1
Academic Search Elite - EBSCO	Leadership AND health promotion programme AND Group	56	5	1
Academic Search Elite - EBSCO	How to be a leader AND Group	417	3	1
Academic Search Elite - EBSCO	Leadership skills AND group	256	4	1
Academic Search Elite - EBSCO	Health promotion AND Intervention AND Group	2,383	7	2
Academic Search Elite - EBSCO	Health promotion AND Intervention	6,147	10	3
Academic Search Elite - EBSCO	Health promotion	29,020	13	1
Academic Search Elite - EBSCO	Health promotion AND Workplace	1,834	5	1
Academic Search Elite - EBSCO	Health Promotion AND Occupational Therapy	7	5	5
Academic Search Elite - EBSCO	Client approach AND Health Promotion	18	8	1
Academic Search Elite - EBSCO	Patient-centered AND Health Promotion	121	9	1
Academic Search Elite - EBSCO	Occupational Therapy AND Health Promotion Groups	1	1	1
Academic Search Elite - EBSCO	Communication AND Health Promotion	2336	6	1

PubMed	Health Promotion AND Client-centered	16	9	1
PubMed	The value of leadership	10,943	10	1
PubMed	The value of leadership AND Health promotion	1025	4	2
PubMed	Leadership requirements	6113	4	1
PubMed	Health promotion	16,448	6	1
Sage Journals Online (Sage Premier)	Health promotion practice	342	3	2
Sage Journals Online (Sage Premier)	Health promotion AND Workplace	2,112	4	1

## 6.2 Urval

Elektronisk datasökning användes i datainsamlingen av artiklar. Skribenterna valde att läsa abstrakten till de artiklar vars rubriker verkade ha en anknytning till frågeställningarna. Där efter läste skribenterna de artiklar som väckte intresse och de artiklar som valdes hade relevant information för att få svar på frågeställningarna. En del artiklar valdes bort eftersom de inte fanns publicerade i fulltext varken elektroniskt eller i pappersform eller så var de kostnadsbelagda. Bortfallet av artiklar från antal träffar till valda artiklar var stort, eftersom antalet träffar var stort och med den tid skribenterna hade måste de gallra bort en hel del artiklar på basen av rubrik samt abstrakt. Påverkan av detta enorma bortfall kommer att beaktas.

Inklusionskriterierna för forskningen var att artiklarna skulle vara publicerade efter år 2000 för att få så relevant information som möjligt. Artiklar som är publicerade före



detta granskades noggrannare, genom att upprepade gånger läsa innehållet, för att försäkra pålitligheten. De skulle också ha med ämnet i arbetet att göra, det vill säga hur en ledare skall vara, hur innehållet i programmet skall se ut och hur få programmet klientcentrerat. De skulle också vara ur ett hälsofrämjande perspektiv. Artiklarna fick även beröra gruppverksamhet eftersom det är essentiellt i arbetet. Språket på artiklarna skulle vara publicerade på antingen finska, svenska eller engelska. Sökningen skedde i beaktande av alla artiklar som fanns tillgängliga, men artiklarna som användes skulle gå att fås tag på i full text, endast abstrakt räckte inte.

Exklusionskriterierna för forskningen var att sträva till att inte använda artiklar som var publicerade före 2000, och som ovan redan nämnts skulle de skulle ha med ämnet att göra. Artiklar som inte lyfter fram hur en ledare skall vara, hur innehållet i programmet skall se ut och hur få det klientcentrerat har inte använts, och de måste även vara forskningsartiklar. Exempelvis sådana artiklar som inte hade med hälsofrämjande program att göra eller inte handlade om hälsa. Artiklar som handlade om hälsofrämjande program ur ett individuellt perspektiv användes inte i arbetet. De artiklar som inte var publicerade på svenska, finska och engelska togs inte i beaktande.

Några av de sökord som användes var: *Health promotion, Health promotion programme, Group, Group Process, Leader, Leadership, How to be a leader, client-centered, client perspective, methods, intervention* och *approach*.

### **6.3 Kvalitetsgranskning**

I forskningen användes både kvalitativa och kvantitativa forskningsartiklar, detta för att få bättre förståelse och information i större utsträckning. Skribenterna har följt Forsberg & Wengströms (2003:194-210) riktlinjer i kvalitetsgranskningen av forskningsartiklarna.

Skribenterna kvalitetsgranskade de valda artiklarna med hjälp av checklistorna i boken Forsberg & Wengström (2003: 194-210). Skribenterna modifierade checklistorna ef-

tersom det inte klart nämndes hur mycket poäng respektive checklista gav. Med andra ord så gjordes en egen gemensam poängsättning som var likadan för alla skribenter inom detta examensarbete som finns att hittas som bilaga, se bilaga 1-4. Skribenterna räknade ut max-poängen, och dividerade sedan dessa poäng med tre, för att få fram poängen för låg, medelhög och hög kvalitet. Den totala poängen för varje artikel innebar att man kunde jämföra kvaliteten och tillförlitligheten mellan olika studier. Skribenterna ändrade alla påståenden i Forsberg & Wengströms checklistor (2003: 194-210) till frågor, så att man kunde svara ja/nej. I tabellen nedan kommer det fram max poängen och kvalitetspoängen för studierna som skribenterna har med i forskningen.

Tabell 2 Checklista

<b>Metod</b>	<b>Max poäng</b>	<b>Låg Kvalitet</b>	<b>Medelhög kvalitet</b>	<b>Hög kvalitet</b>
Systematisk litteraturstudie	17	➤ 6	7 – 11	12 – 17
Kvantitativ studie, randomiserad kontrollerad studie	32	➤ 10	11 – 20	21 – 32
Kvantitativ studie, kvasi - experimentell studie	22	➤ 7	8 – 14	15 – 22
Kvalitativ studie	31	➤ 10	11 -20	21 – 31

I tabellen (tabell 3, 4 och 5; Inkluderade artiklar) har skribenterna ändrat benämningarna låg kvalitet, medelhög kvalitet och hög kvalitet till nummer ett till tre (1-3). Ett (1) innebär låg kvalitet, två (2) medelhög kvalitet och tre (3) hög kvalitet. Ändringarna gjordes för att göra poängsättningen lättare att tolkas.

## 6.4 Analys

Skribenterna valde att använda sig av innehållsanalys. Denna analysmetod eftersom den anses lämplig vid textanalys (Forsberg & Wengström 2008:150). Syftet med denna forskning var att beskriva hur ett hälsofrämjande program kan struktureras för att syfte, mål och resultat skall uppnås, därför ansåg skribenterna att innehållsanalys var ett bra val av analys eftersom man därför stegvis kan bearbeta informationen och få fram olika mönster och teman.

Skribenterna har grundligt läst artiklarna flera gånger och fått en uppfattning om innehållet och sett samband mellan upprepade ämnen som svarar på frågeställningarna samt syftet. Utifrån detta har skribenterna bildat sina kategorier. Därefter har skribenterna streckat under återkommande ord och meningar i de inkluderade artiklarna som passar in i kategorierna. Understreckningen har skett i olika färger för respektive kategori för att hålla ordning och göra processen av innehållsanalysen smidigare. Slutligen har kategorierna fyllts med relevant information från innehållet i artiklarna.

Kategorierna som bildas var till en början åtta stycken, men under resultatprocessen insåg skribenterna att fyra kategorier var liknande, och bestämde därför att sammanlåda dessa. Slutligen var det sex kategorier kvar.

Utgående från artiklarna som använts i forskningen kring innehållet i ett hälsofrämjande program kan man dela in resultatet i två olika kategorier. Dessa två kategorier är; omgivning och metoder. Omgivning innebär den omgivning som hälsofrämjande program utövas i, dvs. arbetsplats, skola, sjukhus och dylikt samt varför det är en omgivning som är lämplig för utövandet av hälsofrämjande program. Det var tydligt att arbetsplatsen var den omgivningen som man forskat mest kring gällande implementeringen av hälsofrämjande program. Metoder innefattar alla olika aktiviteter, metoder och åtgärder som används i ett hälsofrämjande program och varför man gör dem.

Dessa två kategorier är grunden för artiklarna gällande innehållet i ett hälsofrämjande program.

På basen av de artiklar som används i forskningen angående klientcentrering inom hälsofrämjande program delades resultatet in i tre stycken olika kategorier, dessa är: Kommunikation inom klientcentrering, Klientens perspektiv och Förhållandet till klien-

ten. Kategorin gällande kommunikation har sammanslagits med ledarens kategori för kommunikation. Dessa tre kategorier, och de aspekter som tas upp inom dem, fungerar i symbios med varandra för att hjälpa att försöka uppnå klientcentrering inom olika hälsofrämjande program.

I artiklarna gällande ledare framkom det tre tydliga kategorier. Dessa tre kategorier har upprepats i många forskningsartiklar och de svarar även på hur en ledare skall vara för att nå ett hälsofrämjande programs syfte, mål och resultat för en grupp. Faktorer som påverkar är; Kommunikation, ledarens personlighet och miljö.

De här tre kategorierna kan ses som de faktorer som kan se till att ett hälsofrämjande program med dess syfte, mål och resultat kan uppnås. Ledarens personlighet, kommunikation och miljö leder till motivation inom gruppen och ett bra förhållande mellan gruppdeltagare och ledare. Med allt detta klarar gruppen av att nå de mål de lagt upp, förbättrar trivseln inom gruppen, arbetsmiljön och hälsan kan förbättras och effektiviteten hos deltagarna. Tillsammans kan ledaren och gruppen nå allt detta.

## **6.5 Etiska aspekter**

Inom forskning är det viktigt att ta i beaktande etiska aspekter. Forsberg & Wengström (2008:77) definierar fusk och ohederlighet som avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen. Man får inte använda sig av plagiering, stöld eller egen påhittad data. Alla de resultat som har uppnåtts skall lyftas fram i arbetet, inte endast de som stöder målet med forskningen. (Forsberg & Wengström 2008:77) Den forskningsetiska delegationen lyfter fram flera olika riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Till dessa riktlinjer hör bl.a.

Skribenterna har använt sig av relevant och pålitlig litteratur samt återgett informationen på rätt sätt utan plagiering av källan. Enligt Forsberg & Wengström (2008:77) är dessa riktlinjer det viktigaste att ta i beaktande under forskningsprocessen. De artiklar som inkluderats i forskningen har tagit i beaktande etiska aspekter och alla artiklar har blivit inkluderade, vare sig de gett ett positivt resultat för forskningens syfte eller inte.

## 7 RESULTAT

I detta kapitel kommer skribenterna att presentera sina resultat. Varje skribent står för respektive ämne, trots det har skribenterna samarbetat och det har uppstått liknande kategorier som sammanslagits. De sex kategorierna är; Metoder, Klientens perspektiv, Förhållande till klienten, Ledarens förhållningssätt, Kommunikation och Omgivning.

I tabellerna här nedan visas en översikt av alla forskningsartiklar som inkluderades i forskningen. Tabell 3 tar upp de inkluderade artiklar som använts i forskningen gällande innehåll, tabell 4 tar i sin tur upp de inkluderade artiklar som använts i forskningen gällande klientcentrering och tabell 5 tar upp de inkluderade artiklar som använts i forskningen gällande ledare. Tabellerna har indelats i kolumner med författare och årtal, syfte, typ av studie, resultat och kvalitet (K). Ett (1) innebär låg kvalitet, två (2) medelhög kvalitet och tre (3) hög kvalitet.

Tabell 3 Inkluderade artiklar gällande innehåll

Författare och årtal	Syfte	Typ av studie	Resultat	K
Brown, S & Smith, E. 2009	Att mäta om ett hälsofrämjande program utlärnt av personer som arbetar med mental ohälsa kan inverka positivt på hälsan för personer som har mentala problem.	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie	Resultatet visar att undersökningsgruppen gick lite ner i vikt, medan kontrollgruppen gick upp i vikt. Resultatet visar även att deltagarna i båda grupperna förbättrat sin kost och börjat motionera mer. Detta med hjälp av program innehållande viktkontroll, hälsosam kost, motion och strukturerade dagliga aktiviteter.	3
Condon, L. 2011	Att utreda vad skötare som utför hembesök anser om ändringarna i riktlinjerna i frågan om tjänster som erbjuds för förskolebarn i områden med stora ojämlikheter i hälso-	Kvalitativ studie	Resultaten visade att barnen endast får grundtjänsterna, även om behovet av ett bredare och bättre hälsosystem är stort. Man borde tolka riktlinjerna som är utsatta på lokalt håll för att det skall göra någon nytta.	2

	frågor.			
De Heer et al. 2009	Att bedöma effektiviteten och överskottet av ett hälsofrämjande program i form av information om hälsa samt fysisk aktivitet för spanska lågstadielever.	Kvantitativ studie  Randomiserad kontrollerad studie	Resultaten visade att man med hjälp av detta program, innehållande ett 30 minuter långt undervisningstillfälle följt av 45-60 minuter motionering, fick ett mindre BMI, bättre aerobisk förmåga och större planer på att äta hälsosamt.	3
Fledderus, M et al 2010	Att utreda om en intervention baserad på acceptans- och förbindelseterapi samt uppmärksamhet hade positiv inverkan på främjandet av positiv mental hälsa.	Kvantitativ studie  Randomiserad kontrollerad studie	Resultaten visade att klienterna som deltagit i interventionen upplevde sig emotionellt och psykologiskt mer välmående än de som var på väntelistan.	3
Hoddinott et al. 2010	Att lägga ihop en referensram för intervention inom grupper med syfte att främja hälsan.	Systematisk litteratur studie	Det finns väldigt lite litteratur om hälsofrämjande processer inom grupper, där av är denna referensram ett steg mot rätt riktning för att förbättra processen.	2
Kolbe-Alexander et al. 2012	Att med hjälp av intervjuer gjorda av välmående-specialister inkorporera ett hälsofrämjande program till arbetsplatsen.	Kvantitativ studie  Kvasi- experimentell studie	Resultaten tyder på att både personal och arbetsgivare anser att ett hälsofrämjande program bör finnas då det redan efter 12 veckor visade resultat i välmåendet.	3
Parker, W et al. 2012	Att utföra en granskning över tillgänglighet och effektivitet av material samt hälsofrämjande metoder och material som för tillfället används av hälso-specialister.	Kvantitativ studie  Kvasi - experimentell studie	Resultaten visade att det används diagnostiserande tester, så som blodtrycks- och viktmätning, livsstilsförändring genom individuell rådgivning samt information genom broschyrer, planscher, böcker samt grupp-sessioner som metod för att främja människors hälsa.	3
Pillay, J et al.	Att utreda effektiviteten av ett tio	Kvantitativ	Forskningen skall ge en grund för implementeringen	3

2012	veckor långt hälsofrämjande program på arbetsplatsen	studie Randomiserad kontrollerad studie	av en intervention bestående av fysisk aktivitet med hjälp av en stegräknare på arbetsplatsen.	
Whitehead, D. 2006	Att undersöka och tydliggöra hur situationen för hälsofrämjande program på arbetsplatsen se ut och hur det kunde se ut i framtiden.	Systematisk litteraturstudie	Resultatet visar att arbetsgivaren borde vara mer mån om att se till att arbetstagaren mår bra och känner sig trygg på arbetsplatsen. Förutom fysiska metoder för att främja hälsan, borde man också se till att den mentala biten stämmer, så arbetstagaren är trygg, nöjd, har möjlighet för befordran, har möjlighet att utvecklas, har flexibla arbetsomständigheter, har bra kommunikation och dylikt på sin arbetsplats.	2

Tabell 4 Inkluderade artiklar gällande klientcentrering

<b>Författare och årtal</b>	<b>Syfte</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Resultat</b>	<b>K</b>
Block et al. 2009	Att evaluera förändringarna i möjligheten att nå och lägga upp mål och upplevelsen av att leva självständigt hos deltagarna i Projekt Shake-It-Up.	Kvantitativ studie Kvasi-experimentell studie	Det fanns statistiskt signifikanta skillnader i undersökningen, deltagarna fick bättre skicklighet i att leva självständigt och självsäkerhet i deras möjlighet att lägga upp och nå mål.	3
Boland, M & Staines, A 2008	Att mäta hälsorelaterade beteenden hos klienter med intellektuella-, fysiska- eller sensoriska handikapp som medverkar i olika typer av tjänster för handi-	Kvantitativ studie Kvasi-experimentell studie	Klienterna beskrev ett ökat behov av kreativ terapi, fysisk aktivitet, avslappningsterapi och sociala aktiviteter. Hälsorelaterade beteenden togs bra upp av klienterna och före-	3

	kappade.		språkarna.	
Brobeck et al 2011	Att beskriva hur vårdare inom den primära hälsovården upplever motiverande intervjuer som metod inom hälsofrämjande program.	Kvalitativ studie	Man menar att motiverande intervjuer inom hälsovården upplevdes som en användbar, berikande och krävande metod. Den hjälper till att främja uppmärksamheten och vägledningen inom det vårdande förhållandet.	3
Eklund et al. 2008	Att jämföra ett aktivitetsbaserat hälsofrämjande program med ett individuellt. Med äldre som har ålderförändringar i gula fläcken i fokus. En undersökning av dess inverkan på ADL, allmänna hälsan och upplevelsen av egen hälsa.	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie	Äldre med synskador visade minskade problem med hälsan i det dagliga livet när de deltog i hälsofrämjande program där de själva fick rapportera om det de ville förändra i den egna hälsan. Medlemmar som arbetade i grupp kunde upprätthålla de dagliga aktiviteter som de själv ansåg vara värdefulla fastän synen försämrades, medan den individuella gruppen blev mer beroende av hjälp.	3
Houston, A. & Cowley, S. 2002	Att demonstrera existensen för ett flexibelt närmelesätt vid bedömning av behov för skötare som genomför hembesök	Systematisk litteraturstudie	De som utför hembesök behöver ett närmelesätt som ger möjlighet att lyssna till klientens perspektiv och som ger dem både möjlighet och tid att bygga upp ett terapeutiskt förhållande. Ett empowerment baserat närmelesätt är grunden till hembesökets filosofi.	2
Kääriäläinen, M. & Kyngäs, H.	Att beskriva kvaliteten av patientundervisning som evaluerats av häl-	Kvantitativ studie Kvasi- expe-	Informationstillfällen för klienten som har en god kvalitet bör vara klientcentrerat och ha en fun-	3



2010	sopersonal.	rimentell studie	gerande växelverkan mellan de båda parterna.	
Naumanen-Tuomela, P. 2001	Att beskriva finska företagshälsovårdarens uppgifter, karaktär, grundförutsättningar, konsekvenser, förändringar, utvecklingsområden och expertis ur klienternas perspektiv.	Kvalitativ studie	Klienterna beskrev företagshälsovårdarnas arbete som holistiskt, mångsidigt, ansvarsfullt, intressant, konfidentiellt, aktivt, flexibelt, klientcentrerat och självständigt.	3
Stark et al. 2010	Att undersöka de uppmärksamhetskrav som kan fungera som hinder för att arbeta med hälsofrämjande program med beteendet hos äldre som bor i kommunen	Kvantitativ studie  Kvasi-experimentell studie	Genom att minska hinder med krav på uppmärksamhet och ta beaktande det nuvarande hälsotillståndet kan man inspirera klienten att medverka i meningsfulla aktiviteter inom hälsofrämjande program.	3
VanderPloeg, W. 2001	Att lyfta fram begreppet hälsofrämjning inom palliativ vård ur ett ergoterapeutiskt perspektiv	Systematisk litteraturstudie	Eftersom ergoterapeuter är viktiga inom palliativ vård uppmanas de att bredda sitt professionella tänkande och samarbeta med trenderna inom hälsofrämjande program. Att kommunicera med det multiprofessionella teamet på arbetsplatsen, klientens familj och klienten är viktigt, man skall skapa en interaktion genom att aktivt lyssna på alla parterna.	3

Tabell 5 Inkluderade artiklar gällande ledare

Författare och årtal	Syfte	Typ av studie	Resultat	K
----------------------	-------	---------------	----------	---

Duck, J. & Fielding, K. 2003	Deltagares syn på ledare, gruppens kontext samt subgrupper.	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad studie	Kom fram att ledarens identitet spelar stor roll, viktigt att ledaren är rättvis samt ansåg deltagarna att en bra grupphållning behövs för att en grupp skall fungera.	3
El Ansari et al. 2010	Ta reda på hur deltagarna för en grupp anser vad som är viktigt hos en ledare.	Kvantitativ studie Kvasi- experimentell studie	Det kom fram att en bra ledare behöver bra kommunikationsmekanism.	3
Gurt et al. 2011	Undersöka konceptet hälso- inriktat ledarskap, skillnaden mellan den och "vanligt" ledarskap och identifiera om de påverkar arbetstagar- nas stress och överlag begreppet ledarskap.	Kvantitativ studie Kvasi - experi- mentell studie	Det fanns inga större skillnader mellan dessa sätt att leda. Men de kom däremot fram till att genom att blanda olika sätt att leda, kan man bättre nå ett gott ledarskap.	3
Hoddinott et al. 2010	Att lägga ihop en referensram för intervention inom grupper med syfte att främja hälsan.	Systematisk literaturstudie	Grupper ämnade för att främja hälsan måste stödas av en interaktion mellan grupple- daren, gruppdeltagare och med omgivningen, för att kunna nå effek- tivt resultat.	2
Laurent, T. & Brad- ney, D. 2007	Ta reda på om tränare för någon idrott har samma sorts kommuni- kations-, och andra me- toder som andra ledare.	Kvantitativ studie Kvasi- experi- mentell studie (Tvärsnittstudie)	Tränare och överlag ledare använder sig av rätt samma metoder. De lyfter speciellt fram att en tränare måste veta att deras eget be- teende påverkar grup- pen, vilket vilken le- dare som helst bör veta.	3
O'Donnell et al. 2009	Två studier där man sö- ker svar på hur över- vakning påverkar gruppdeltagares syn på ledarskapet beroende på	Kvantitativ studie Randomiserad kontrollerad stu- die	Viktigt att dela med sig av sin identitet, an- nars litar deltagarna inte på ledaren.	3

	om ledaren delar med sig av sin identitet eller inte.			
Seguin et al.  2008	Utforska och beskriva förhållandet mellan socioekonomisk, personella, beteende, program och ledarskap och hur de syns i samhället. Kan vem som helst vara en ledare, eller behövs det någon som är utbildad.	Kvantitativ studie  Kvasi- experimentell studie (Tvärsnittstudie)	Kom fram att det behövs mer tränade och utbildade ledare i samhället, för att människor skall kunna bli mer aktiva i samhället.	3
Terry, P.  2003	Artikeln vill utreda ledarskapsrollen i ett hälsofrämjande program.	Systematisk litteraturstudie	Kom fram till att ledaren inom hälsofrämjande program måste hela tiden vara aktiva, samarbeta, tala om vad hälsofrämjande program är, fungera som ledare.	2
Viers et al.  2010	Forska sambandet mellan ledares kommunikations stilar, karismatisk ledarskap, människo-orienterat ledarskap och uppgifts-orienterat ledarskap.	Kvantitativ studie  Kvasi- experimentell studie	Kom fram att alla dessa ledarskaps stilar på något sätt går hand i hand. Men viktigt att komma ihåg att en ledare skall kunna stöda, kommunicera, leda och vara noggrann då det gäller deltagare i en grupp.	3

## 7.1 Metoder

Det finns mängder av olika typer av interventioner när det kommer till hälsofrämjande program, de är även alla olika för olika målgrupper.

Hälsofrämjande program skall innehålla information angående metoder med vilka deltagarna kan främja sin egen hälsa. Detta kan bl.a. göras genom planscher, broschyrer,

böcker, användningen av klubbar och stödgrupper, individuell rådgivning, rådgivning i grupper samt i form av gästföreläsare, förklarar Parker et al (2012:4).

Hoddinott et al (2010:1) förklarar att gruppinterventioner är ett bra alternativ för hälsofrämjande program, då man med hjälp av socialt stöd kan ändra skadliga beteendemöns-ter, så som att sluta röka, viktminskning samt hur man på egen hand sköter en kronisk sjukdom så som diabetes. Det finns dock en hel del forskning som tyder på att gruppinterventioner inte är lika effektiva som individuella program. (Hoddinott et al. 2010:1) Med tanke på detta borde man kanske sträva till att ge möjligheter för mera medverkan inom individuella program, för att då uppnå ett effektivt resultat inom hälsofrämjande program. Ett helhetstäckande hälsofrämjande program på arbetsplatsen skall motivera de inblandade individerna och deras familjer att upprätthålla sin hälsa, och det skall även skapa en hälsosam omgivning på arbetsplatsen, förklarar Whitehead (2006:60).

Whitehead (2006:60) hänvisar till en forskning som lagt fram några riktlinjer för vad ett hälsofrämjande program på arbetsplatsen skall innehålla, till dessa hör bl.a. att cheferna på arbetsplatsen skall vara motiverade att implementera ett hälsofrämjande program, samarbete, stödande omgivning samt systematiska och problem-fokuserade tillvägagångssätt (Whitehead 2006:60). Det är viktigt att se till att innehållet i det hälsofrämjande programmet är motiverande för deltagarna, för att programmet skall ge tillfredställande resultat. Detta på grund av sammankopplingen mellan motivation och utförande.

När det kommer till hälsofrämjande program på arbetsplatsen är det vanligen fysiska, psykiska och livsstils-relaterade aktiviteter som man använder sig av, även om det finns andra faktorer att ta i beaktande, menar Whitehead (2006:60). Aktiviteter som hör till dessa grupper är bl.a. bevakning av tobaks- och alkohol/drogbruk, stresshantering, plan för mental ohälsa, motion och kondition, viktkontroll, system för att hålla koll på allvarliga sjukdomar, ryggproblem, hälsosam kost samt information om hälsa (Whitehead 2006:60-61). Implementeringen av ett hälsofrämjande program på arbetsplatsen bland annat leder till motiverade arbetstagare, högre moral, minskad frånvaro bland arbetstarna samt ökad allmän effektivitet på arbetsplatsen (Whitehead 2006:61). Aktiviteter

är alltså en stor del av vad ett hälsofrämjande program skall innehålla för att uppnå goda resultat.

Fysisk inaktivitet är ett problem över hela världen och fastän om man är medveten om lösningen för detta är den väldigt svår att uppnå, för att inte tala om att upprätthålla. Detta på grund av att det är fråga om en beteendemässig förändring som skall ske, förklarar Pillay et al. (2012:2). Eftersom aktiviteter är en lösning för fysisk inaktivitet, så borde hälsofrämjande program i form av aktiviteter på arbetsplatsen inspirera arbetarna att aktivt delta. Pillay et al. (2012:2) menar att man på arbetsplatsen också kan delta i en frivillig hälsokontroll, för att bedöma hälsorisker. Dessa består oftast av uträkningar av BMI-värdet och midjemått, blodprov, blodtryck samt undervisning om hälsorelaterade risker. Pillay et al. (2012:2) tar upp att man i tidigare forskning fått bevis på att stegräk-nare, på grund av praktiska skäl, är en bra lösning för hälsofrämjande program på arbetsplatsen. (Pillay et al. 2012:2) Det krävs med andra ord inte mycket av innehållet i ett hälsofrämjande program, för att det skall gynna deltagarna.

Kolbe-Alexander et al (2012:2) hänvisar till tidigare forskning där man kommit fram till att man vid hälsofrämjande program på arbetsplatsen skall inleda interventionen med intervjuer, för att implementeringen av programmet skall vara så effektivt som möjligt. Enligt Kolbe-Alexander et al (2012:4-5) använder man sig oftast av gruppundervisning, övervakad motion eller individuella rådgivnings-sessioner som intervention vid hälsofrämjande program på arbetsplatsen. Av dessa är det motion inom grupp som varit den minst effektiva interventionen för hälsan. (Kolbe-Alexander 2012:2-5) Här ser man återigen att man genom individuella metoder kan nå bättre resultat inom ett hälsofrämjande program.

Fledderus et al (2010:2372) förklarar att man måste använda empirisk forskning och evidensbaserade teorier som grund för interventionerna inom ett effektivt hälsofrämjande program för personer med mentala störningar. Fledderus et al (2010:2373) förklarar att man med hjälp av acceptans- och förbindelseterapi samt ”mindfulness” kan förbättra en människas psykologiska flexibilitet, vilket innebär att man vågar konfrontera sina negativa upplevelser istället för att förtränga och gömma sig för dem. (Fledderus et al 2010:2372-2373). Innehållet i ett hälsofrämjande program skall vara uppbyggt av

evidens som stöder metoderna i fråga. Med andra ord skall programmet byggas upp av aktiviteter och interventioner som verkligen har bevisad effekt. Ett exempel på evidensbaserad intervention är ”mindfulness” interventioner som är välkända och evidensbaserade, samt innebär stressminskning samt kognitiv terapi. (Fledderus et al 2010:2372-2373)

När det är frågan om människor med mentala störningar börjar det bli mer och mer uppenbart att många problem ligger i kost, rökning samt övervikt. För denna målgrupp kan intervjuer med motiverande syfte, undervisning, att skriva dagbok samt tillgängligheten av gym och kliniker för att sluta röka vara bra interventioner att inleda med, förklarar Brown & Smith (2009:373).

Hälsofrämjande program för barn är det främsta sättet för barn att få hälsovård i England, förklarar Condon (2011:2210). Detta utgörs genom hälsovårds-specialister som ser till att allt med ett barns hälsa och utveckling går rätt till med hjälp av olika metoder. (Condon 2011:2210) Det är viktigt att se till att innehållet i hälsofrämjande program passar för barnens behov eftersom det ofta är olika typer av aktiviteter och interventioner för barn och vuxna.

## **7.2 Klientens perspektiv**

Hälsofrämjande program tar itu med problem som klienten själv anser vara viktigt. Man kan inte möjliggöra en annan person, utan personen kan endast möjliggöra sig själv. Detta innebär att ingen annan kan påverka en annan människa, man kan endast påverka sina val själv. Inom hälsofrämjande program kan man ändå hjälpa klienten genom att visa hur man kan gå till väga för att uppnå god hälsa. (Houston & Cowley 2002:642) Empowerment som innebär att möjliggöra fungerar som ett sätt att hjälpa sig själv. Empowerment definieras enligt WHO som en mekanism med vars hjälp människor, organisationer och samhällen kan bemästra deras händelser. (Houston & Cowley 2002:641) Man lyfter fram hur viktigt det är att hjälpa klienten att känna sig värdefull och att han/hon ges möjligheten att själv få vara med och påverka och bestämma i processen och strävan efter god hälsa. Det är otroligt viktigt att hälsofrämjande program enbart tar

tag i de problem som klienten själv anser vara viktiga. (Houston & Cowley 2002:644, 648) För att uppnå klientcentrering inom hälsofrämjande program är det alltså viktigt att ha klienten i fokus, verkligen ta i beaktande hans egna önskemål och hjälpa klienten att själv möjliggöra förändringar i hälsan.

Detta tas också upp inom den personliga effektiviteten (self-efficacy) som är en del av empowerment, som reflekterar över hur människor upplever den egna förmågan att uppnå mål och klara sig igenom svåra situationer på egen hand. När man själv klarar av att uppnå sina mål och erövra utmaningar kommer känslan av att man kan prestera och man mår därmed bra i livet. Medan oförmåga att kunna lägga upp och uppnå mål leder till en sämre livskvalitet, eftersom personer som känner att de inte klarar av saker oftast inte deltar och tar tag i olika situationer på samma sätt som en som tror på sig själv. (Block et al 2010:742) Här ser man hur viktigt det är att klienten själv lägger upp och nå mål och är delaktig i processen. För att klientcentrering skall ske bör klienten få stöd och motivering i sin strävan mot god hälsa.

Individer med en bra livsstil är de som har en mening och ett syfte med livet sett från alla vinklar, oavsett om de själva upplever sig ha god hälsa eller inte (vanderPloeg 2001:47). Motiverande intervjuer har använts för att hjälpa individer att förstå problemen inom sin egen livsstil och därefter hjälpa att göra positiva förändringar i dagliga livet. Med hjälp av hälsovårdarens stöd kan klienten få tillbaka kontrollen över den egna hälsan. Motiverande intervjuer har bevisats vara mer effektiva än traditionella metoder när det kommer till att motivera klienten till att vara en aktiv deltagare i förändringarna i processen. Metoden är också effektiv när det gäller att hjälpa klienten att göra förändringar i sin livsstil. Man kom fram till att det var mer effektivt när klienten själv kom fram till en slutsats gällande den egna hälsan än att få höra liknande förslag på annat håll. Även om klienten inte för tillfället är motiverad till att göra förändringar i sin livsstil så hjälper metoden klienten att ta små steg emot att förstå att en förändring behövs i framtiden. (Brobeck et al 2011:3323, 3326-3327) Fastän motiverande intervjuer hör till kommunikation och kommer att tas upp senare inom resultaten, så är det även en viktig del inom klientcentrering när det kommer till att hjälpa klienten att förstå problemen inom sin egna livsstil.

Ur klientens perspektiv anses arbetssjuksköterskor vara viktiga eftersom de fungerar som en länk mellan arbetare och arbetsgivare. Detta när det gäller frågor om hälsan på en arbetsplats. Genom ny information och rådgivning på arbetsplatsen har klienterna på egen hand kunnat främja sin egen hälsa. Enligt klienter har arbetssjuksköterskor hjälpt dem med råd och genom att lyssna när det har funnits behov. (Naumanen-Tuomela 2001:541) Klienter ansåg dessutom att det var relevant att arbetssjuksköterskor håller sin expertis uppdaterad så att de på bästa sätt kan möta klienternas olika behov. Det var också viktigt att arbetssjuksköterskorna var medvetna om klienternas förväntningar och behov så att de kan organisera olika typer av aktiviteter och tjänster för sina klienter. (Naumanen-Tuomela 2001:543) Detta är ett bra exempel på vad klienterna själv anser vara viktigt inom ett klientcentrerat hälsofrämjande program som man kan ta del av på arbetsplatsen.

De äldre personer som deltar i hälsofrämjande program visar minskade problem med hälsan i det dagliga livet. Medlemmar som arbetar i grupp kan upprätthålla dagliga aktiviteter som de själv anser vara värdefulla trots att synen försämras. (Eklund et al 2008:73) Genom att minska hinder som kräver allt för mycket uppmärksamhet och genom att ta i beaktande det nuvarande hälsotillståndet, kan äldre inspireras till att medverka i aktiviteter inom hälsofrämjande program, exempelvis genom program som stöder dem i livet och inspirerar till att bidra till kommunen. De som arbetar inom hälsovårdssektorn kan hjälpa äldre, familjen och kommunen genom att mäta och sänka krav i omgivningen. Genom detta förbättras äldres förmåga att delta i olika typer av hälsofrämjande aktiviteter. (Stark et al 2010:185) Om klienten själv får vara med och medverka i processen genom att berätta om sina behov ur sitt eget perspektiv så har god klientcentrering uppnåtts inom ett hälsofrämjande program.

### **7.3 Förhållandet till klienten**

Hälsofrämjande program anses vara värdefulla och viktiga. Hälsovårdare har som mål att skapa ett bra förhållande med klienten. Det är viktigt att skapa ett band med klienten



och vinna dess förtroende. (Brobeck et al 2011:3323) Detta är någonting som säkert kan generaliseras även hos andra som arbetar inom hälsofrämjande program.

Man menar att förhållandet mellan den som arbetar med hälsofrämjande arbete i form av hembesök och klienten möjliggör att hälsofrämjande arbete påbörjas och uppnås. Komplikationer har dock uppkommit i situationer där hembesöket har gjorts ur ett perspektiv som kräver att man går igenom klientens förflutna. Genom detta närmelsesätt kan man misslyckas med att fokusera på klientens nutida och framtida perspektiv, vilket är en metod som tidigare visats vara effektiv för att fokusera på att hjälpa klienten att komma igenom svåra situationer i livet. (Houston & Cowley 2002:644) Hälsovårdare som genomför hembesök i ett hälsofrämjande syfte behöver ett system som ger dem möjlighet att lyssna på klienterna, och som ger dem möjlighet att bygga upp ett terapeutiskt förhållande som hjälper dem att använda sitt professionella omdöme och tillvägagångssätt vid rätt tillfälle. (Houston & Cowley 2002:648) Det är viktigt att lyssna, ta klientens nuvarande situation i beaktande och skapa ett förhållande där man har förtroende för varandra. Detta bör tas i beaktande om man vill skapa ett klientcentrerat hälsofrämjande program som främjar relationen från bägge parter.

Det finns stora förändringar i hur man förhöll sig till klienterna för tjugo år sedan jämfört med idag. Innan var det vanligt att klienten satt tyst och lyssnade på vad sköterskorna hade att säga, och endast fick ett alternativ på hur hälsan skulle kunna förbättras. Med åren så blev det mer och mer vanligt att sjuksköterskorna behandlade sina klienter jämlikt och samarbetade med klienterna. (Naumanen-Tuomela 2001: 540-542)

När man arbetar ur ett hälsofrämjande perspektiv är det väsentligt att arbeta utgående från en holistisk synvinkel, klient-centrering, interaktion och samarbete med klienten för att uppnå bästa möjliga resultat för bättre hälsa, hälsosammare arbetsmiljö och hälsosammare livsvanor. (Naumanen-Tuomela 2001:538-539) Det framkommer också att klienterna var medvetna om att arbetssjuksköterskornas viktigaste arbetssätt var att bidra med tjänster i preventivt syfte. Dessa kunde exempelvis vara hälsouppföljning, rådgivning, besök på arbetsplatserna och samarbete i både grupper och i form av olika sorters projekt för att skapa en god arbetsmiljö och arbetshälsa. (Naumanen-Tuomela 2001:

542) Det är många faktorer som påverkar när man skapar ett klientcentrerat förhållande inom hälsofrämjande program. En del av förhållandet och själva samarbetet med klienterna är att se till att klienterna hålls medvetna om vilka typer av hälsofrämjande program det finns erbjudet.

De flesta hälsovårdare har upplevt att deras roll inom hälsofrämjande program har blivit tydligare när de har använt sig av motiverande intervjuer. Man har också tack vare metoden fått vägledning inom förhållandet till klienten, hälsovårdare känner att de också har blivit mer förstående och har en större respekt för sin klient. Alla skall få samma vård och bli behandlade på samma sätt oberoende bakgrund eller andra faktorer. (Brobeck et al 2011:3323,3328) Också inom denna kategori togs motiverande intervjuer upp, denna gång som en bra metod när det gäller att bygga upp ett bra förhållande. För att skapa ett bra förhållande är det alltså viktigt att ha förståelse och lyssna på klientens behov.

## **7.4 Ledarens förhållningssätt**

Då det gäller grupper med målet att förbättra hälsan och välmående är det viktigt att ledaren håller en personlig interaktion- och kommunikationsnivå till gruppen. Detta innebär att ledaren måste formulera vad som är väsentligt i gruppen, vägleda och stöda deltagarna till de mål de satt upp. Ledaren för en sådan grupp skall även klara av att lyfta fram deltagarnas individuella färdigheter och ge dem den respons de behöver för att nå målen. För att en ledare skall kunna sträva till att förbättra individers hälsa och välmående i en grupp är det mycket viktigt att ledaren kan anpassa sitt beteende så att han/hon minskar på stressfaktorer som kan påverka gruppdeltagarna och istället kunna förbättra deltagarnas välmående. För att kunna nå detta måste ledaren även klara av att stöda deltagarna. (Gurt et al. 2011:109, 110) Ledaren måste kunna anpassa sig efter grupp och enskilda individers behov samt deras personlighet för att vara en ledare inom ett hälsofrämjande program.

Ledaren kan även nå gruppen med hjälp av att dela med sig av sin egen identitet, det gör att deltagarna i gruppen lär känna ledaren och får en känsla av att ledaren är en av dem.

Eftersom detta är viktigt för grupp deltagarna ger de även lov till ledaren att få makt över dem. Med den makten ledaren skapar kan de påverka och leda gruppen utan besvär. (O'Donnell et al. 2009:1047) För att ledaren skall kunna skapa auktoritet i gruppen är det viktigt att denne först bildar ett förhållande med deltagarna.

En bra ledare är en noggrann ledare som kan stärka och ge argument för vad de gör. Ledaren måste vara medveten om sitt eget beteende och vilka roller han/hon har, för att de skall kunna ge stöd och påverka deltagarnas intresse, motivation, inspiration. Det är även viktigt att ledaren visar empati till gruppdeltagarna och med det klara av att forma ledarskapet. (O'Donnell et al. 2009:1047, Viers et al. 2010:376)

Ledarens egen personlighet, såsom etiska aspekter, ålder, utbildning, livserfarenheter och vanor påverkar hurudan man är som ledare (Seguin et al. 2008:2, Laurent et al. 2007:125). Personlighet, ledarstil samt förhållandet mellan ledaren och deltagarna påverkar gruppen. Förhållandet mellan ledare och deltagare ökar trivsel i gruppen, eftersom ledaren blir en av dem. Det är viktigt att ledaren klarar av att dela med sig av sin sociala identitet, det ökar motivationen hos deltagarna samt känslan av att vara en del av gruppen som gör det lättare för ledaren att leda och påverka. (Duck et al. 2003:387, 388) Det finns många aspekter, så som personlighet, ledarstil och förhållande, som påverkar hur ledaren skall agera för att ett syfte och mål skall uppnås i ett hälsofrämjande program. Personlighet samt att höra till gruppen är två väsentliga förhållningssätt när man fungerar som ledare.

De färdigheter som ledaren innehar kommer att ha stor betydelse för hur interventionen och resultatet kommer att uppnås, därför bör ledaren vara medveten om sina egna färdigheter. Färdigheter såsom att vara öppen, kunna dela med sig av sin identitet samt kunskap leder till en positiv effekt på deltagarna och detta stöder med tiden ledarens och deltagarnas förhållande. (El Ansari et al. 2010:502, Seguin et al. 2008:439)

## 7.5 Kommunikation

Motiverande intervjuer inom hälsovården har visat sig vara en effektiv metod, den främjar medvetenhet och ger vägledning i förhållandet mellan klient och intervjuare. Denna typ av intervju gör att klienten själv blir mera aktiv då det gäller förändringar i det dagliga livet. Här är det dessutom viktigt för intervjuaren att visa förståelse för klientens situation och ge rum för klienten att själv påverka sina val utan att ställa krav. Man måste komma ihåg att hålla klienten i fokus och se denne som den viktigaste personen i dialogen. (Brobeck et al 2011:3322,3327) Det framkom fem olika tekniker inom motiverande intervjuer som underlättar kommunikationen och därmed förbättrar förståelse. Dessa är bekräftelse, reflekterat lyssnande, öppna frågor, sammanfattning och inledande diskussion om förändring. (Brobeck et al 2011: 3323, 3325) En effektiv ledare klarar av att påverka gruppdeltagarnas beteende och enligt Terry (2003:165) är detta möjligt om ledaren har en bra kommunikationsmetod. En effektiv ledare klarar av att påverka gruppdeltagarnas deltagande och tillförlit genom att lösa problem, stöda, samarbeta med gruppen, kommunicera, leda, skapa och göra rätt val. (Terry 2003:165, El Ansari et al. 2010:512) Man kan generalisera metoden med tanke på att en intervjuare också fungerar som en ledare som kommunicerar. I en grupp kan en ledare ta exempel av metoden för inom motiverade intervjuer, för att även stöda ett klientcentrerat arbetssätt.

Det är dessutom viktigt att intervjuaren visar sympati och respekt gentemot klienten. Att aktivt lyssna till förändringarna som klienten vill åstadkomma och målen som klienten vill uppnå genom medverkan i hälsofrämjande program är också en viktig del inom kommunikationen. (Brobeck et al 2011: 3323, 3325) Personer med intellektuella handikapp och begränsade expressiva färdigheter kan ge relevant information angående deras egna behov så länge som de rätta frågorna är väl strukturerade och läggs fram väl. (Boland et al 2007:207) Detta har också stor betydelse inom grupper, eftersom det där är viktigt att man kommunicerar och visar respekt gentemot deltagarna. I grupp kan kommunikationen ske på många olika sätt. För att påverka gruppen och kunna nå målen med gruppen krävs det att ledaren kan kommunicera med alla i gruppen både verbalt som nonverbalt (Terry 2003:165, El Ansari et al. 2010:512). Men det behövs även riktlinjer, kommunikation, samarbete och stöd från ledaren till gruppen. Ledaren ser även till att

deltagarna kan nå personliga mål genom gruppdeltagandet, skapa nya färdigheter genom att ge den respons och beröm som deltagaren behöver för att nå detta. (Viers et al. 2010:365, 376, Hodinott et al. 2010:7, Gurt et al. 2011: 109, Laurent et al. 2007: 123)

Klienter som är döende har kanske inte möjlighet att medverka i de aktiviteter som uppfattats meningsfulla och varit en del av den tidigare livsstilen. Detta betyder ändå inte att medverkan blir mindre viktig. Här är det viktigt att ta en roll som kommunikatör i samarbetet med klienten. (vanderPloeg 2001:47) Som ledare är det att kunna hjälpa att utforma lämpliga aktiviteter, därför skall ledaren också hålla sig uppdaterad när det kommer till olika kommunikationsmetoder för att nå klienter inom hälsofrämjande program (Terry 2003:164,166). Här krävs det att ledaren är kunnig och anpassar kommunikationen enligt både situation och målgrupp. Detta för att skapa ett så klientcentrerat hälsofrämjande program som möjligt. Man skall också utföra ett multiprofessionellt arbete. Kommunikation med teamet på arbetsplatsen, klientens familj och klienten är också väsentligt, man skall skapa en interaktion genom att aktivt lyssna på alla parterna (vanderPloeg 2001:47) .

Att informera klienten angående hälsa är en viktig del inom alla områden där man arbetar med att främja hälsa. Detta eftersom en lyckad klient undervisning har en positiv effekt på klientens egna och dennes närståendes välmående. Forskning visar att det har varit brist på klient undervisning i grupp. Förutsättningarna för en klientcentrerad undervisning är att personalen fungerar målinriktat, aktivt och på ett överensstämmande sätt. Samarbetet mellan personalen och klienten skall dessutom ha en väsentlig roll i undervisningen. Oavsett de metoder bör informationen vara begriplig och verkligen uppfylla klientens egna behov. (Kääriäläinen & Kyngäs 2010:548-549) När det gäller äldre klienter så har olika typer av äldreboende en stor publik när det kommer till att ha kontroll, informationstillfällen och interventioner genom flera olika typer av hälsofrämjande program. (Stark et al 2010:184) Information är alltså en väsentlig del inom kommunikationen. Här har man tillfälle att göra klienten medveten om sina möjligheter och nuvarande situation i den egna hälsan.

I en forskning om hälsovårdare som gör hembesök kom det fram att man har som mål att identifiera vilket behov som är viktigast för klienten genom att lyssna och reagera på små tecken i interaktionen (Houston & Cowley 2002:644). Laurent (2007:120) anser att vara ledare är som en process som strävar till att nå ett visst mål. Målen når ledaren dock inte ensam utan det är tillsammans med gruppdeltagarna och genom samspelet och kommunikationen mellan deltagare och ledare och genom den inspiration som ledaren ger gruppen som dessa mål kan uppnås. O'Donnell (2009:1047) påpekar att det är ingen ledare utan grupp, båda är lika viktiga delar av grupp processen. (O'Donnell et al. 2009:1047, 1051, Laurent et al. 2007:120) Klientcentreringen blir synlig i processen genom att ledaren tillsammans med klienten eller gruppen kommunicerar på basen av deltagarnas önskemål och därefter tillsammans lägger upp lämpliga mål. En ledare måste kunna ge det stöd gruppdeltagarna behöver eftersom det förebygger medverkan, ökar trivseln och deltagandet i gruppen (El Ansari et al. 2010: 502). Ledaren kan även skapa känslan av att vara en av gruppen, och detta gör ledaren genom att dela med sig av sin egen identitet, som sedan påverkar gruppen positivt och ledaren får möjligheten att leda gruppen mot det mål de lagt upp (Duygulu et al. 2010: 634, O'Donnell et al. 2009: 1051).

## **7.6 Omgivning**

WHO (World Health Organization) har på 1980-talet utvecklat hälsofrämjande program som är specifikt anpassade för olika omgivningar, detta utgående från Ottawa Charter for Health Promotion. Dessa olika omgivningar var ursprungligen arbetsplatsen, skolan, samhället samt hemmet och familjen. Med tiden har detta dock utvecklas med nya omgivningar, så som universitet och fängelse. (Whitehead 2006:59). Omgivningen omfattar självaste kontexten inom vilken hälsofrämjande program sker.

Enligt Hoddinott et al. (2010:3) är miljö-aspekten det första och viktigaste steget när man planerar och bedömer en intervention i grupp. Det är viktigt att ta i beaktande på vilket sätt omgivningen kommer att påverka själva gruppens sammanställning och resultatet av interventionen. Det har forskats väldigt lite gällande omgivningens påverkan på

människans beteende, även om det är en viktig faktor. (Hoddinott et al. 2010:3) Faktorer såsom ledare, kontext och situation spelar en stor roll på hur det hälsofrämjande programmet kommer att se ut, beroende på hur bra dessa faktorer stöder varandra eller inte. En ledare måste förstå miljön, situationen och gruppsamverkan för att kunna nå ett fungerande ledarskap. (Seguin et al. 2008:439) Omgivningar inom samhället, så som kyrkan eller olika familjecenter väcker annorlunda känslor än vad en hälsostation eller andra liknande hälsoomgivningar. En gruppleddare som jobbar med hälsoservice kan också bete sig annorlunda i omgivningar som inte är hälsorelaterade. (Hoddinott et al. 2010:3).

En effektiv ledare klarar av att anpassa sig enligt miljön och denna anpassning är viktig eftersom ledaren i vilket grupptillfälle som helst alltid kommer att vara beroende av situation och miljö. (Duygulu et al. 2010:634) Miljön eller omgivningen kan även påverka deltagarnas resultat. Även miljö, stöd och faktorer som organisationen man exempelvis jobbar för påverkar ledarskapet. (Gurt et al. 2011:109, Seguin et al. 2008:438, Laurent 2007:123). Det är viktigt att ta i beaktande hur ledaren påverkar både gruppen och omgivningen, på samma sätt som omgivningen påverkar hur ledaren och gruppen är. För att vara en bra ledare måste man vara medveten om omgivningen och dess påverkan, så att även innehållet skall ge önskad effekt inom ett hälsofrämjande program.

Arbetsplatsen är en omgivning som mer och mer börjar anses som en av de viktigaste omgivningarna att utöva hälsofrämjande program i. Detta på grund av att hälsan och välmåendet för arbetarna på arbetsplatsen påverkar hälsan inom enskilda familjer, det lokala samhället och även samhället i övrigt. Denna omgivning påverkar med andra ord även främjandet av hälsan inom andra omgivningar. (Whitehead 2006:59). Kolbe-Alexander et al. (2012:2) förklarar att arbetsplatsen är en omgivning som har möjligheten att nå många människor på samma gång och på så sätt på ett positivt sätt inverka på riskfaktorer och hälsa hos människor. Förutom detta kan man även med hjälp av hälsofrämjande program på arbetsplatsen öka produktiviteten hos arbetstagarna och minska på hälsovårdskostnader. (Kolbe-Alexander et al. 2012:2).

Pillay et al. (2012:2) hänvisar till en kritisk granskning över effektiviteten av ett på arbetsplatsen förekommande hälsofrämjande program i form av fysisk aktivitet, fysisk

kondition och hälsa som ser positivt på implementeringen av ett hälsofrämjande program för att öka den vanemässiga nivån av fysisk aktivitet bland arbetstagarna. (Pillay et al. 2012:2) Genom att ledaren klarar av att anpassa sig till den situation och omgivning som gruppen är i kan ledaren enligt Laurent (2007:120) öka på produktiviteten, förbättra arbetsmiljön, minska på mental ohälsa så som utbrändhet och få människan att känna tillfredställelse på exempelvis arbetet. (Laurent 2007:120)

Skolan som omgivning har många fördelar då det gäller för implementering av hälsofrämjande program (De Heer 2011:3). I princip alla barn går i skolan, vilket gör att man har möjlighet att nå många barn på detta vis. Skolan har även ypperliga utrymmen för hälsofrämjande interventioner samt åtnjuter förtroende inom samhället, förklarar De Heer (2011:3). Oberoende var hälsofrämjande program inom grupper sker, är det alltid viktigt att ta i beaktande omgivningen. Dessa program kan utövas lite var som helst, med olika typer av interventioner. För att uppnå bra resultat i aktiviteten måste man anpassa innehållet utgående från omgivning och målgrupp.

Avslutningsvis kan antas att ledare, gruppdeltagare och kontexten är alla tre viktiga komponenter för att ett hälsofrämjande program skall kunna nås. (Gurt et al. 2011:109, Laurent 2007:120).

## **8 DISKUSSION**

Syftet med detta arbete var att beskriva hur ett hälsofrämjande program kan struktureras för att syfte, mål och resultat skall uppnås. Detta gjordes genom en systematisk litteraturstudie i form av en forskningsöversikt. I kapitlet kommer skribenterna att diskutera resultat och metod samt kritiskt granska innehållet. Vi kommer även att koppla ihop resultatet med den teoretiska referensramen.

### **8.1 Resultatdiskussion**

Denna forskning har gjorts för att kunna beskriva hur ett hälsofrämjande program kan byggas upp genom dess innehåll, klientcentrering samt ledare. Resultaten från fråge-



ställningarna fokuserade på sex stycken kategorier: intervention, klientens perspektiv, förhållande till klienten, ledarens förhållningssätt, kommunikation och omgivning. Resultaten från alla kategorier stöder syftet och frågeställningarna samt beskriver hur ett hälsofrämjande program byggs upp.

Resultaten visar att det finns en hel del olika metoder inom hälsofrämjande program, och att dessa metoder skiljer sig en hel del mellan olika målgrupper. För att dessa metoder ska vara effektiva, krävs det att en ledare är kunnig, kan kommunicera med gruppen och lyssnar på klienternas behov, det vill säga är klientcentrerad. Det framgår från resultatet att en ledare som är effektiv klarar av att påverka, motivera och stöda gruppdeltagarna. Detta leder till ett gott samarbete och gör att deltagarna presterar bättre. Då en ledare för ett hälsofrämjande program delar med sig av tillräckligt med information och kunskap, kan klienten även på egen hand främja sin hälsa. Med andra ord skall innehållet i programmet bestå av information. Det uppkom även att klienterna gärna ville engagera sig i aktiviteter på arbetsplatsen för att öka trivsel och främja hälsan. Detta överensstämmer med Wilcocks (1998:21) tankar om att människan är en aktiv varelse, och därför går hälsa och aktivitet hand i hand.

Många av artiklarna handlar om hälsofrämjande program på arbetsplatsen. Orsaken till detta kan vara att människan tillbringar en så stor del av sin vakna tid på jobbet, och man på så sätt lätt kan nå en stor grupp människor. I de flesta artiklarna kommer det fram att dessa interventioner är fysiska, psykiska eller livsstils-relaterade. Även detta överensstämmer med Wilcocks (1998:110) teori om att människan strävar till ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Arbetsplatser där man utövar hälsofrämjande program är det ledarens uppgift att ge det stöd som behövs för att öka trivseln, medverka och prestationen hos arbetarna, detta framkommer tydligt i Duygulu et al. (2010:634) forskning.

Det framkommer att när en klient själv får bestämma och komma till en slutsats gällande den egna hälsan, så motiveras denne att göra en förändring i sin livsstil mot det positiva. Därför är det viktigt att ledaren skapar ett förhållande med klienten genom att kommunicera, för att på så sätt veta hur den skall bygga ihop innehållet för att nå god hälsa. Detta stöds av Brobeck et al. (2011:3325) där man tar upp att aktivt lyssnande till

förändringar som klienter vill göra, samt målen som klienten vill uppnå, genom medverkan i hälsofrämjande program är en viktig del inom kommunikation.

Hälsofrämjande program är ofta en process som handlar om att informera människor om olika typer av metoder för hur man skall förändra sin ohälsosamma livsstil. Detta kan göras genom broschyrer, böcker, rådgivnings-sessioner samt föreläsningar. Parker et al. (2012:4) tar upp detta i sin forskning. För att ett hälsofrämjande program skall ge goda resultat, krävs det att klienten först själv är medveten om sin nuvarande situation och sin egen hälsa. Detta eftersom det är omöjligt att göra en förändring i en annan människas hälsa, det måste komma från personen själv.

Det som nämns i många av artiklarna är betydelsen av omgivningen för själva interventionen, och även för gruppdeltagarna och ledaren. Hoddinott et al. (2010:3) stöder denna teori genom att förklara att omgivningen är det första och viktigaste steget vid planeringen av en grupp-intervention. Omgivningen beaktas även i Wilcocks (1998:37) tankar där hon uttrycker att man skall leva i harmoni med omgivningen för att må bra. Ledaren måste även vara medveten om detta för att bygga ihop bästa möjliga intervention, och för att på så sätt kunna ta i beaktande varje individuell klients önskemål och behov.

I många artiklar nämns det hur viktigt samspelet mellan ledare, situation och kontext är, och hur det påverkar resultatet. Detta kan man se bland annat i Seguin et al. (2008:439). Det är dock också viktigt att hela tiden ha en öppen dialog med klienten, för att innehållet av programmet skall intressera och gynna klienten på bästa möjliga vis. För att en ledare skall kunna leda ett hälsofrämjande program behöver ledaren ett sätt att kommunicera med sina deltagare, men det är viktigt att komma ihåg att ledarens personlighet påverkar gruppen samt miljön. Alla dessa tre kategorier stöder ett gott ledarskap för ett hälsofrämjande program.

När det gäller ledare lyfter både tidigare forskningen samt resultaten upp ledarens förhållningsätt och hur det påverkar gruppen, kommunikation samt miljöaspekter. Det kommer också fram i tidigare forskningen samband med klientcentrering och hur en ledare skall vara, eftersom en bra ledare även måste kunna hålla klienten i fokus, genom att klienten får dela med sig av sina egna tankar kan det leda till en god effekt på klien-

tens sätt att samarbeta i gruppen och gruppdynamiken (Tabernerio et al. 2009:1394, Lee et al. 2010:1028).

På basen av våra resultat kan vi konstatera att vi fått svar på våra frågeställningar, respektive syfte. Detta eftersom alla de olika kategorierna inom resultaten fungerar i en växelverkan med varandra för att skapa ett hälsofrämjande program där dess syfte, mål och resultat uppnås. Ledaren och klienten utgör innehållet i ett hälsofrämjande program, som sedan påverkas av omgivningen samt kommunikationen mellan ledare och klient. Därför är det även viktigt att klientens perspektiv, ledarens förhållningssätt samt förhållandet mellan klient och ledare så att interventionen skall främja klientens hälsa. Ledaren och klienten ligger som grund för bildandet av programmet, och tillsammans skall de lägga ihop de aktiviteter som passar klientens behov och önskemål för att nå målet med programmet. Ledaren, klientcentrering och innehållet är grundstenarna för ett hälsofrämjande program där syfte, mål och resultat uppnås.

## **8.2 Metoddiskussion**

Vi valde att göra en systematisk litteraturstudie i form av en forskningsöversikt, eftersom man får ett perspektiv på ett brett område. Eftersom frågeställningarna var så omfattande och berörde olika områden inom hälsofrämjande program, ansåg vi att vi ville använda en metod som tog sig an ett bredare perspektiv.

I denna forskning har det inkluderats tjugosju (27) forskningsartiklar. Av dessa artiklar är tjugotvå (22) artiklar av hög kvalitet, medan fem (5) artiklar är av medelhög kvalitet. Inga av de inkluderade artiklarna var av låg kvalitet. Vi anser att dessa artiklar uppfyllde kraven för forskningen och var av stöd för vårt syfte. Det fanns dock fler tillgång till artiklar som omfattade innehåll och ledare, än vad det fanns gällande klientcentrering. Detta begränsade inkluderade artiklar gällande klientcentrering. Det var även väldigt svårt att hitta artiklar som fanns tillgängliga i full text, vilket begränsade antalet inkluderade artiklar. Inga artiklar hittades manuellt, utan alla artiklar söktes elektroniskt. Vi valde att utesluta manuell sökning eftersom vi ansåg att den elektroniska sökningen gav oss tillräckligt med material. Detta kan ha påverkat resultatet, eftersom vi kunde ha

gått miste om många bra artiklar som endast finns i manuell form, men vi är trots det nöjda med de artiklar vi lyckats hitta på grund av att man elektroniskt hittar de artiklar som är nyligen publicerade.

I bakgrunden använde vi oss av några verk som var publicerade före år 2000, men ändå inkluderades de i vår forskning eftersom vi anser att de fortfarande har relevant information kring hälsofrämjande program. Vi har även använt oss av en äldre upplaga angående vår teoretiska referensram, och orsaken var att vi inte fick tag på den nyaste upplagan. Vi anser inte att detta har påverkat resultatet då den informationen som valdes inte har ändrats betydelsefullt med åren.

Vi valde att endast använda oss av kostnadsfria artiklar, därför är vi medvetna om att vi eventuellt gick miste om värdefull information. Trots det var vi villiga att ta denna risk, eftersom ingen av oss var beredd på att betala för artiklar.

Under processen av datainsamling var bortfallet av artiklar stort, detta på grund av att sökorden resulterade i stora mängder artiklar och på grund av brist på tid och resurser hade vi inte möjlighet att läsa så många. Redan på basen av att vi ögnade igenom rubriker och abstrakt kunde vi eliminera massvis av artiklar eftersom de varken behandlade frågeställningarna eller syftet för forskningen. Sökningen gjordes på flera databaser, men flest artiklar hittades på databasen Academic Search Elite – EBSCO. Vi blev förundrade över att det inte fanns så mycket artiklar angående hälsofrämjande program på andra databaser.

Under processen följdes inklusions- och exklusionskriterier noggrant. Med tanke på att det hittades ett så stort antal artiklar från databaserna, kunde vi ha begränsat publiceringsåret för inkluderade artiklar. På detta vis skulle vi kanske ha löst problemet med den stora mängden artiklar som hittades men inte lästes. De flesta artiklar som inkluderades i forskningen var utländska, därför skulle det ha varit intressant att läsa lite fler nordiska, eller till och med finska, artiklar.

Inom kvalitetsgranskningen valde vi att modifiera Forsberg & Wengströms (2003:194-210) checklistor. Detta gjorde vi genom att ändra listorna till frågor som enbart kunde besvaras med JA eller NEJ. Detta underlättade kvalitetsgranskningen och gjorde den smidigare med tanke på att man inte behövde gå så långt in på djupet. Trots detta har vi ändå funderat på om kvalitetsgranskningen blev allt för ytlig, eftersom poängen för de flesta artiklar var så höga. Vi anser ändå att artiklarna i allmänhet var av god kvalitet och uppfyllde de krav vi hade för att nå ett bra resultat med god validitet.

Som analysmetod valdes innehållsanalys, vilket var ett bra val med tanke på att vi ville beskriva istället för att ytligt granska artiklarna. Eftersom riktlinjerna för innehållsanalys är så tydliga och systematiska, var det lätt för tre skribenter att både tillsammans och på eget håll kunna analysera och skapa kategorier. Detta eftersom alla var på samma nivå och visste hur man skulle gå tillväga. Vi anser också att på grund av att våra frågeställningar var så tydliga, var det lätt att bilda kategorier samt fylla dem med innehåll.

Vid arbetets slut kan vi konstatera att vi följt noggrant de etiska riktlinjerna och vi har varken varit oetiska eller ohederliga under processen.

### **8.3 Slutdiskussion**

Eftersom vi är tre skribenter ville vi att varje skribents tidigare forskning samt resultat skulle synas tydligt, så att läsaren märker att det är tre olika skribenter som forskat kring olika frågeställningar men ändå kunnat sammanställa de likheter som kom fram.

Förslag på fortsatt forskning är att göra en liknande forskning som berör innehåll, klientcentrering samt ledare i hälsofrämjande program i Finland eller Norden. Detta eftersom de inkluderade artiklarna i denna forskning var till största delen utländska. Vi anser att det skulle vara intressant att få mer information gällande likheter och olikheter kring nationella och internationella hälsofrämjande program. Oberoende vad forskningen skulle behandla så skulle det vara väsentligt att tyngdpunkten skulle ligga på växelverkan mellan innehåll, klientcentrering och ledare inom ett hälsofrämjande program.

Dessutom märkte vi att forskningar kring hälsofrämjande program mest koncentrerade sig på vuxna i arbetslivet. Därför anser vi att det också skulle vara bra att forska kring andra målgrupper, exempelvis barn och deras hälsa.

Under processen har vi lärt oss en hel del om hälsa och hur man främjar den. Det har varit intressant att se kopplingen mellan innehåll, klientcentrering och ledare samt hur mycket alla tre tillsammans påverkar ett hälsofrämjande program. Eftersom vi alla är ergoterapi studerande så tyckte vi att det var intressant att få mera bevis på att all aktivitet påverkar hälsan. Detta eftersom ergoterapeuter dagligen använder sig av aktivitet inom sitt yrke, i strävan efter att främja klientens hälsa.

Vi anser att våra resultat kommer att ha relevans för ergoterapeuter i arbetslivet eftersom man utgående från vårt arbete får en mer konkret förståelse för hur man kan bygga upp innehållet i ett hälsofrämjande program. Man får även riktlinjer för hur man skall vara en ledare för att uppnå goda resultat. Som ergoterapeut och som arbetare inom andra hälsosektorer är det viktigt att arbeta utgående klientens perspektiv och denna forskning ger en inblick i hur och varför man skall arbeta klientcentrerat.

## KÄLLOR

- Block, Pamela; Everhart Skeels, Sarah; Keys, Christopher B; Rimmer, James H. 2005. Shake-It-Up: Health Promotion and capacity building for people with spinal cord injuries and related neurological disabilities. *Disability and Rehabilitation*. 2005;27(4): 185-190. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012
- Block, Pamela; Vanner, Elizabeth A; Keys, Christopher B; Rimmer, James J; Everhart Skeels, Sarah. 2010. Project Shake-It-Up: Using health promotion, capacity building and a disability studies framework to increase self-efficacy. *Disability and Rehabilitation*, 2010, 32(9): 741-754. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012
- Boland, M; Daly, L; Staines, A. 2007. Methodological Issues in Inclusive Intellectual Disability Research: A Health Promotion Needs Assessment of People Attending Irish Disability Services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 21. 199-209. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012
- Borg, Barbara; Bruce, Mary Ann. 1991. *The Group System: The Therapeutic Activity Group in Occupational Therapy*. SLACK Incorporated: USA. 271s.
- Brobeck, Elisabeth; Bergh, Håkan; Odencrants, Sigrid; Hilding, Cathrine. 2011. Primary Healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3322-3330. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 16.12.2012
- Brown, Steve; Smith, Emily. 2009. Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: A randomized controlled trial. *Journal of Mental Health*. 2009; 18(5): 372-378. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 11.3.2013.
- Carmel, Martin M. 2010. Making sense of polarities in health organizations for policy and leadership. *Journal of evaluation in clinical practice*. Vol 16, 990-993. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 6.3.2013.
- Cramer, Mary E; Atwood, Jan R; Stoner, Julie A. 2006. A Conceptual Model of Understanding Effective Coalitions Involved in Health Promotion Programing. *Public Health Nursing*. Vol. 23 No.1, 67-73. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 6.3.2013.
- Condon, Louise. 2011. Do targeted child health promotion services meet the needs of the most disadvantaged? A qualitative study of the views of health visitors working in inner-city and urban areas in England. *Journal of advanced nursing*, 2011: 2209-2219. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 7.3.2013.

- Cowley, Sarah. 1995. Health-as-process: a health visiting perspective. *Journal of advanced nursing*, 1995(22): 433-441. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 6.1.2012
- De Heer, Hendrik; Koelhy, Laura; Pederson, Rockie, Morera, Osvaldo. 2011. Effectiveness and spillover of an after-school health promotion program for hispanic elementary school children. *American Journal of Public Health*. Vol 101, No. 10. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 3.8.2012.
- Duck, Julie; Fielding, Kelly. 2003. Leaders and their treatment of subgroups: implications for evaluations of the leader and the subgroup. *European Journal of Social Psychology*. Vol. 33, 387-401. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 7.1.2013.
- Duygulu, Sergul & Kublay, Gulumser. 2010. Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of Advanced Nursing* 67(3), 633–642. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 22.11.2012
- Easterling, Doug. 2012. Scaling up Civic Leadership: Combining Individual- Level Change and Cultural Change. A publication of the national civic league. 10/1102, 21105, 51-64. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 11.3.2013.
- Eklund, Kajsa; Sjöstrand, Johan; Dahlin-Ivanoff, Synneve. A randomized controlled trial of a health-promotion programme and effect in a ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2008. 15: 68-74. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 12.11.2012
- El Ansari, Walid, Oskrochi, Reza; Phillips Ceri. 2010. One Size Fits All Partnerships? What Explains Community Partnership Leadership Skills? *Health Promotion Practice*. 11: 501-514. Tillgänglig: SAGE Journals. Hämtad 2.2.2012.
- Ewles, Linda; Simnett, Ina. 2003. *Promoting Health: A Practical Guide*, 5 uppl. Elsevier Limited. 349s.
- Fledderus, Martine; Bohlmeijer, Ernst; Smit, Filip; Westerhof, Gerben. 2010. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 2010, Vol 100: 2372-2378. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 5.3.2013.
- Forsberg, Christina; Wengström, Yvonne. 2003. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och prestation av omvårdnadsforskning*. Natur och kultur: Stockholm. 216s.
- Gilkeson, Grace Emanue. 1997. *Occupational Therapy Leadership- Marketing Yourself, Your Profession and Your Organization*, 1 uppl., F.A. Davis Company: Philadelphia. 344s.



- Green, Jackie; Tones, Keith. 2010. *Health Promotion, Planning and strategies*, 2 uppl. SAGE: Storbritannien. 576s.
- Gurt, Jochen, Schwennen, Christian; Elke, Gabriele. 2011. Health- Specific leadership: Is there an association between leader consideration on the health of employees and their strain and well-being? *Work & Stress*. Vol. 25:108-127. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 5.11.2012.
- Hoddinott, Pat; Allan, Karen; Avenell, Alison; Britten, Jane. 2010. Group Interventions to Improve Health Outcomes: a framework for their design and delivery. *BMC Public Health*. 10:800. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 12.11.2012.
- Houston, A.M; Cowley, S. 2002. An empowerment approach to needs assesment in health visiting practice. Blackwell science Ltd. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11 640-650. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 12.11.2012
- I-Chuan, Li; Chen, Chi-Yu; Hsu, Ling-Ling; Lin, Chih-hsuan; Chrisman, Noel. 2011. The effects of an educational training workshop fo community leaders on self-efficacy of program planning skills and partnerships. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (3), 600-613. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 6.3.2013.
- Jansson, Elisabeth VG; Tillgren, Per E. 2010. Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*. 2010; 10:455. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 12.2.2012
- Kielhofner, Gary. 2008. *Model of Human Occupation: Theory and Application*, 4 uppl. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore. 565s.
- Kolbe-Alexander, Tracy; Proper, Karin; Lambert, Estelle; van Wier, Marieke; Pillay, Julian; Nossel, Craig; Adonis, Leegale; Van Mechelen, Willem. 2012. Working on wellness (WOW): A worksite health promotion programme. *BMC Public Health*. Vol 12, Issue 1, 372-383. Tillgänglig: Academic Search Elite - EBSCO. Hämtad: 20.11.2012
- Kääriäläinen, Maria; Kyngäs, Helvi. 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24 548-556. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 26.1.2012
- Laurent, Timothy; Bradney, Debbie. 2007. Leadership Behaviors of Athletic Training Leaders Compared With Leaders in Other Fields. *Journal of Athletic Training*. Vol. 42, Nr. 1, s. 120-125. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 2.2.2012.
- Laverack, Glenn. 2007. *Health Promotion Practice; Building Empowered Communities*. Licensing Agency Ltd. London. s.156.

- Lee, How; Spiers, Judith; Yurtseven, Ozden; Cummings, Greta; Sharlow, Janice; Bhatti, Aslam; Germann, Paula. 2010. Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management*. Vol. 18, 1027-1039. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 7.11.2012.
- Mahmud, Amina Jama; Olander, Ewy; Eriksén, Sara; Haglund, Bo JA. 2013. Health communication in primary health care – A case study of ICT development for health promotion. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. (www) bio-medicalcentral.com/1472-6947/13/17. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 13.03.2013.
- Mallison ,Trudy; Fischer, Heidi; Rogers, Joan C; Ehrlich-Jones, Linda; Chang, Rowland. 2009. Human Occupation for Public Health Promotion: New Directions for Occupational Therapy Practice With Persons With Arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*. 2009 March-April, 63(2): 220-226. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 12.2.2012
- Mistry, Kamila; Minkowitz, Cynthia; Riley, Anne; Johnson, Sara; Grason, Holly; Dubai, Lisa; Guyer, Bernard. 2012. A new framework for childhood health promotion: The role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *American Journal of Public Health*. Vol 102, No. 9. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 12.11.2012
- Naumanen-Tuomela, Paula. 2001. Finnish Occupational Health Nurses' work and expertise: the clients' perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd. 34(4). s. 538-544. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 6.2.2012
- O'Donnell, Aisling T., Jetten, Jolanda; Ryan, Michelle K. 2009. Watching over your own: How surveillance moderates the impact of shared identity on perceptions of leaders and follower behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 40: 1046-1061. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 7.11.2012.
- Osaba, Maria-Antonia; Del Val, José-Luis; Lapena, Carolina; Laguna, Vicencia; Garcia, Araceli; Lozano, Olga; Martin, Ziortza; Rodriguez, Romulo; Borrás Enriqueta; Orfila, Francesc; Tierno, Maria. 2012. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. *BMC Public Health*. 12:209. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 12.11.2012
- Pillay, Julian; Kolbe-Alexander, Tracy; Proper, Karin; van Mechelen, Willem; Lambert, Estelle. 2012. Steps that count!: The development of a pedometer-based health promotion intervention in an employed, health insured South African population. *BMC Public Health*, Vol 12: 880-887. Tillgänglig: Academic Search Elite - EBSCO. Hämtad: 7.3.2013.
- Roden, Janet; Jarvis, Lynda. 2012. Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses: Is the Ottawa Charter for Health Promotion a useful framework?

Contemporary Nurse. Vol 41, Issue 2. 41(2):271-284. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 12.11.2012.

Seguin, Rebecca, Palombo, Ruth, Economos, Christina, Hyatt, Raymond, Kuder, Julia; Nelson, Miriam. 2008. Factors related to leader implementation of a nationally disseminated community-based exercise program: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 5:62, 1-12. Hittas även på: <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/62>. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 27.1.2012.

Stark, Mary Ann; Chase, Carla; DeYoung, Alice. 2010. Barriers to Health Promotion in Community Dwelling Elders. *Journal of Community Health Nursing*, 27:175-186. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012

Svedberg, Petra. 2011. Attitudes to health promotion interventions among patients in mental health services – differences in relation to socio-demographic, clinical and health-related variables. *Journal of Mental Health*. 20(2): 126-135.

Tak, Nannah. 2010. The effects of a fruit and vegetable promotion intervention on unhealthy snacks during mid-morning school breaks: results of the Dutch Schoolgruitem Project. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2010(22): 609-615. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 7.3.2013.

Terry, Paul. 2003. Leadership and achieving a vision- How does a profession lead a nation? *American Journal of Health Promotion*. Vol. 18, No. 2: 162-167. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 27.1.2012.

Taberner, Carmen; Chambel, José; Curral; Luis; Arana, José. 2009. The role of task-oriented versus relationship-oriented leadership on normative contract and group performance. *Social behavior and personality*. 37 (10), 1391-1404. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad 11.3.2013.

Tones, Keith; Tilford, Silvia. 2001. *Health Promotion – Effectiveness, efficiency and equity*, 3 uppl. Nelson Thornes Ltd. Storbritannien. 527s.

VanderPloeg, Winifred. 2001. Health Promotion in palliative care: an occupational perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*. Nr.48, 45-48. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012

Verhaege, Nick; De Maeseneer, Jan; Maes, Lea; Van Heeringen, Cornelis; Bogaert, Veerle; Clays, Els; De Bacquer, Dirk; Annemans, Lieven. 2012. Health promotion intervention in mental health care: design and baseline findings of a cluster preference randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 12:431. Tillgänglig: Academic Search Elite. Hämtad: 12.11.2012

Viers, Reinout, Bakker-Peiper, Angélique; Oostenveld, Wyneke. 2010. Leadership = Communication? The relations of leaders' communication styles with leadership styles, knowledge sharing and leadership outcomes. *J Bus Psychol*. Vol. 25, No. 3: 367-380. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 27.1.2012.

Wester, Lars. 2010. *Hälsa – Mål eller medel?* Eget Förlag. Oy Fram Ab. Jakobstad. 288s.

Whitehead, Dean. 2006. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*. 14, 59-68. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012

Whitehead, Dean. 2011. Before the cradle and beyond the grave: a lifespan/settings-based framework for health promotion. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 2183-2194. Tillgänglig: Academic Search Elite – EBSCO. Hämtad: 2.8.2012

Wilcock, Ann Allart. 1998. *An Occupational Perspective of Health*, 1 uppl. USA: SLACK Incorporated, 266s.

# BILAGOR

## *Bilaga 1. Checklista för systematiska litteraturstudier*

### **Checklista för systematiska litteraturstudier**

1. Kommer syftet fram i artikeln? JA/ NEJ
2. Kommer det upp vilka databaser som genomförts? JA/ NEJ
3. Nämns sökord? JA/NEJ
4. Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning? JA/ NEJ
5. Har författaren sökt efter icke-publicerade forskningsresultat? JA/ NEJ
6. Nämns inklusionskriterierna? JA/ NEJ
7. Nämns begränsningar som gjorts? JA/ NEJ
8. Är inkluderade studier kvalitetsbedömda? JA / NEJ
9. Kommer det upp hur många artiklar som tagits med? JA/ NEJ
10. Nämns artiklarna som valts bort? JA/ NEJ
11. Nämns motivering för bortfallen av artiklar? JA/ NEJ
12. Nämns huvudresultaten? JA/ NEJ
13. Gjordes en metaanalys? JA/ NEJ
14. Drar författaren slutsatser? JA NEJ
15. Instämmer du med författarens slutsatser? JA/ NEJ
16. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/ NEJ
17. Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas i vårt arbete? JA/ NEJ

MAX POÄNG 17 POÄNGEN ARTIKELN FICK: \_\_\_\_\_

Under 6 = Låg kvalitet

Mellan 7 -11= Medelhög kvalitet

Mellan 12-17 = hög kvalitet

## *Bilaga 2. Checklista för RCT*

### **Checklista för kvantitativa artiklar dvs. RCT (Randomiserade kontrollerade studier)**

1. Kommer syftet fram i studien? JA/ NEJ
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna? JA/ NEJ
3. Är designen lämplig utifrån syftet? JA/ NEJ
4. Nämns inklusionskriterierna? JA/ NEJ
5. Nämns exklusionskriterierna? JA/ NEJ
6. Är undersökningsgruppen representativ? JA/ NEJ
7. Kommer det fram var undersökningen genomfördes? JA/ NEJ
8. Kommer det fram när undersökningen genomfördes? JA/ NEJ
9. Är powerberäkning gjord? JA/ NEJ
10. Nämns det antalet personer som krävdes i grupp? JA/ NEJ
11. Nämns det hur många som inkluderades i (experimentgrupp) EG och (kontrollgrupp) KG? JA/ NEJ
12. Var gruppstorleken adekvat? JA/ NEJ
13. Nämns målet med interventionen? JA/ NEJ
14. Nämns innehållet i interventionen? JA/ NEJ
15. Nämns det vem som genomförde interventionen? JA/ NEJ
16. Nämns det hur ofta interventionerna gavs? JA/ NEJ
17. Kommer det fram hur kontrollgruppen behandlades? JA/ NEJ
18. Kommer det fram mätmetoder? JA/ NEJ
19. Var reliabiliteten beräknad? JA/ NEJ
20. Var validiteten diskuterad? JA/ NEJ
21. Var demografiska data liknande i EG och KG? JA/ NEJ
22. Nämns skillnader bland grupperna? JA/ NEJ
23. Nämns det hur stort bortfallet var? JA/ NEJ
24. Var den statistiska analysen lämplig? JA/ NEJ
25. Nämns huvudresultaten? JA/ NEJ
26. Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG? JA/ NEJ
27. Drar författaren slutsatser? JA/ NEJ

28. Instämmer du med hans slutsatser? JA/ NEJ
29. Kan resultaten generaliseras? JA/ NEJ
30. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/ NEJ
31. Överväger nyttan av interventionen eventuella risker? JA/ NEJ
32. Skall denna artikel inkluderas i vårt arbete? JA/ NEJ

MAX POÄNG 32      POÄNGEN ARTIKELN FICK: \_\_\_\_\_

Under 10 = Låg kvalitet

Mellan 11- 20 = Medelhög kvalitet

Mellan 21- 32 = Hög kvalitet

*Bilaga 3. Checklista för kvasi – experimentella studier*

**Checklista för kvantitativa artiklar (Kvasi-experimentella studier)**

1. Nämns syftet med studien? JA/ NEJ
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna? JA/ NEJ
3. Är designen lämplig utifrån syftet? JA/ NEJ
4. Nämns inklusionskriterierna? JA/NEJ
5. Nämns exklusionskriterierna? JA/ NEJ
6. Är urvalsmetoden angiven? JA/ NEJ
7. Är undersökningsgruppen representativ? JA/ NEJ
8. Nämns det var undersökningen genomfördes? JA/ NEJ
9. Nämns det vilket antal deltagare som inkluderas i undersökningen? JA/ NEJ
10. Nämns det vilka mätmetoder som använts? JA/ NEJ
11. Var reliabiliteten beräknad? JA/ NEJ
12. Var validiteten diskuterad? JA/ NEJ
13. Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? JA/ NEJ
14. Nämns bortfallet? JA/ NEJ
15. Fanns en bortfallsanalys? JA/ NEJ
16. Nämns huvudresultaten? JA/ NEJ
17. Erhölls signifikanta skillnader? JA/ NEJ
18. Drar författaren slutsatser? JA/ NEJ
19. Instämmer du med slutsatserna? JA/ NEJ
20. Kan resultaten generaliseras? JA/ NEJ
21. Kan resultaten ha klinisk betydelse? JA/ NEJ
22. Ska denna artikel inkluderas i vårt arbete? JA/ NEJ

MAX POÄNG 22      POÄNGEN ARTIKELN FICK \_\_\_\_\_

Under 7 = Låg kvalitet

Mellan 8-14 = Medelhög kvalitet

Mellan 15- 22 = Hög kvalitet



#### *Bilaga 4. Checklista för kvalitativa artiklar*

##### **Checklista för kvalitativa artiklar**

1. Kommer syftet med studien fram? JA/ NEJ
2. Används det en kvalitativ metod? JA/ NEJ
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? JA/ NEJ
4. Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? JA/ NEJ
5. Kommer det fram var undersökningen genomfördes? JA/ NEJ
6. Finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades? JA/ NEJ
7. Är urvalsmetoden angiven? JA/ NEJ
8. Är undersökningsgruppen lämplig? JA/ NEJ
9. Är fältarbetet tydligt beskrivet? JA/ NEJ
10. Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt? JA/ NEJ
11. Är datainsamlingsmetoden angiven? JA/ NEJ
12. Är data systematiskt samlade? JA/ NEJ
13. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? JA/ NEJ
14. Är teman utvecklade som begrepp? JA/ NEJ
15. Finns det episodiskt presenterade citat? JA/ NEJ
16. Är de individuella svaren kategoriserade och bredden på kategorierna tolkade? JA/ NEJ
17. Är svaren kodade? JA/ NEJ
18. Är analys och tolkning av resultat diskuterade? JA/ NEJ
19. Är resultaten trovärdiga? JA/ NEJ
20. Är resultaten pålitliga? JA/ NEJ
21. Finns stabilitet och överensstämmelse? JA/ NEJ
22. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? JA/ NEJ
23. Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data? JA/ NEJ
24. Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? JA/ NEJ
25. Stöder insamlade data forskarens resultat? JA/ NEJ
26. Har resultaten klinisk relevans? JA/ NEJ
27. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? JA/ NEJ
28. Finns risk för bias? JA/ NEJ
29. Drar författaren slutsatser? JA/ NEJ

30. Håller du med om slutsatserna? JA/ NEJ

31. Ska artikeln inkluderas? JA/ NEJ

MAX POÄNG 31

POÄNGEN ARTIKELN FICK: \_\_\_\_\_

Under 10: Låg kvalitet

Mellan 11-20: Medelhög kvalitet

Mellan 21-31: Hög kvalitet