

MAGISTERARBETE



LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR VID GASTROESOFAGEAL REFLUXSJKDOM.

PERSONERS UPPLEVELSER AV STÖD OCH
RÅDGIVNING – EN INTERVJUSTUDIE.

HELENA DAHL

Blekinge Tekniska Högskola
Magisterarbete
Vårdvetenskap
Sektionen för Hälsa
371 79 Karlskrona

LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR VID GASTROESOFAGEAL REFLUXSJUKDOM.

PERSONERS UPPLEVELSER AV STÖD OCH RÅDGIVNING – EN INTERVJUSTUDIE.

HELENA DAHL

Livsstilsförändringar vid Gastroesofageal refluxsjukdom. Personers upplevelser av stöd och rådgivning- en intervjustudie. Vårdvetenskap, Distriktsjuksköterskeutbildningen 15hp, Examensarbete i specialistprogrammet till Distriktsköterska 75hp. Hösterminen, 2014.
Handledare: Cecilia Fagerström.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) är en av de vanligaste sjukdomarna i västvärlden. Livsstilsförändringar är en viktig del i behandlingen av GERD. Eftersom detta är en stor patientgrupp i primärvården är det viktigt att som distriktsköterska ha förståelse för deras upplevelser av livsstilsförändringar. Det finns stora vinster att göra både för den enskilde patienten, i form av en känsla av hanterbarhet och bättre livskvalitet, men också stora samhällsekonomiska vinster, om en bättre symtomkontroll kan uppnås av denna stora patientgrupp genom råd om livsstilsförändringar. **Syftet** med studien var att belysa upplevelser av stöd och rådgivning vid livsstilsförändringar hos personer med GERD.

Metod: En kvalitativ metod användes i form av semistrukturerade intervjuer. Fem personer intervjuades och materialet transkriberades och analyserades med inspiration från Burnards modell i fyra steg. **Resultatet** presenteras i kategorierna: i) *Medvetenhet*, ii) *villkor i förändringsprocessen* med följande fyra underkategorier: *livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling, se samband mellan livsstil och symtom, tro på sin egen förmåga* samt *förändringens inverkan på livet*. iii) *Betydelsen av individanpassat stöd*. **Slutsats:** Personerna beskrev olika behov av stöd och rådgivning. För att en person skall lyckas med livsstilsförändringar krävs att rådgivningen ges utifrån en personcentrerad vård och utifrån kunskap om förändringsprocessens faser. Det skulle även vara betydelsefullt om fler distriktsköterskor får utbildning i samtalsmetodik, till exempel motiverande samtal för att bättre kunna möta patientens individuella behov.

Nyckelord: Gastroesofageal refluxsjukdom, livsstilsförändring, stöd, personcentrerad vård.

LIFESTYLE CHANGES AT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE.

PEOPLE'S EXPERIENCES OF SUPPORT AND COUNSELLING- AN INTERVIEW STUDY

HELENA DAHL

Lifestyle changes at gastroesophageal reflux disease (GERD). People's experiences of support and counselling- an interview study. Caring Science, District Nursing, 15ECTS credits Master Thesis, Program for Specialist Nursing in Primary Health Care 75ECTS credits. Autumn semester 2014, Supervisor Cecilia Fagerström.

ABSTRACT

Background: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common disease in Western society. Lifestyle changes are an important part of the treatment. GERD is a common patient group in primary care and that is why it is important for a district nurse to understand their experiences of lifestyle changes. There could be benefits made for the patient through a sense of coping and a higher quality of life, and also economic gains for the society if the symptom-control for this group could improve through lifestyle changes. The **aim** of the study was to elucidate people's experiences of support and counselling when making lifestyle changes because of GERD. **Method:** The study was conducted by using qualitative semi-structured interviews. Five persons were interviewed and the interview-data was transcribed and analysed, using Burnards four-step model. The **result** was presented in the following categories: i) *consciousness*, ii) *terms in the process of change*, with the following four subcategories: *lifestyle advice in conflict with pharmacological therapy, to see a connection between the lifestyle and symptoms, self-efficacy and the change's impact on life*, iii) *the importance of individually support*. **Conclusion:** The interviewees described different needs of support and counselling. If a person shall be able to succeed with lifestyle changes, the counselling needs to be person-centred and given with knowledge about the process of change. It could also be meaningful if more district nurses get educated in counselling approach, for example motivational interviewing, to be able to meet the patient's individual needs.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, lifestyle change, support, person-centered care

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Introduktion..... | 1 |
| Litteratursammanställning..... | 2 |
| <i>Symtom och påverkan på vardagen.....</i> | <i>2</i> |
| <i>Behandling av GERD.....</i> | <i>3</i> |
| <i>Livsstilsförändringar vid GERD.....</i> | <i>4</i> |
| <i>Förändringsprocessen.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Socialt stöd.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Information.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Personcentrerad vård och samtal om levnadsvanor.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Syfte.....</i> | <i>10</i> |
| Metod..... | 10 |
| Urval..... | 10 |
| Kontext och rekrytering..... | 11 |
| Datainsamling..... | 11 |
| Dataanalys..... | 13 |
| Etiska överväganden..... | 13 |
| Resultat..... | 14 |
| En medvetenhet..... | 15 |
| Villkor i förändringsprocessen..... | 15 |
| <i>Livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Se samband mellan livsstil och symtom.....</i> | <i>16</i> |
| <i>Tro på sin egen förmåga.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Förändringens inverkan på livet.....</i> | <i>18</i> |
| Betydelsen av individanpassat stöd..... | 19 |
| Diskussion..... | 21 |
| Metoddiskussion..... | 21 |
| <i>Forskarrollen.....</i> | <i>21</i> |

| | |
|----------------------------|----|
| <i>Urval</i> | 22 |
| <i>Datainsamling</i> | 23 |
| <i>Dataanalys</i> | 24 |
| Resultatdiskussion..... | 24 |
| <i>Slutsats</i> | 29 |
| Referenser..... | 30 |
| Bilageförteckning..... | 34 |

Introduktion

Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) är idag en av de vanligaste sjukdomarna i västvärlden. Hockley och Darba (2008) skriver att uppskattningsvis har 10-20 procent av Europas befolkning reflux besvär en gång i veckan eller oftare. Men endast en fjärdedel av dessa får behandling och resten försöker klara av sina symtom på egen hand. Även bland dem få som får behandling är risken stor att de inte får någon personcentrerad behandling på grund av dåligt utvecklade riktlinjer för den här patientgruppen (ibid). Forskning visar att livsstilsförändringar är en viktig del i behandlingen av GERD men vilka råd som har störst effekt på symtomen råder det viss motstridighet kring. Dibley, Norton och Jones (2009a) skriver att det inte finns så många interventionsstudier och att det därför inte finns några klara bevis för vilka livsstilsförändringar som har effekt på symtombilden vid GERD. Många av de livsstilsfaktorer som anses påverka symtombilden varierar från person till person och därför är det viktigt att fråga patienterna om deras upplevelser vid sin sjukdom (ibid). En studie av Mann och Seo (2008) visar att endast 54 % av gastroenterologer gav patienter råd om livsstilsförändringar. En annan studie visar att endast 12 % av patienterna som fick en GERD-diagnos gavs råd om livsstilsförändringar (Salyers, Mansour & El-Haddad, 2006). Det finns alltså anledning att anta att en stor del av patienterna inte får komplett behandling utan förskrivs medicinering och lämnas därefter till att klara sin sjukdom på egen hand. Detta trots att sjukdomen kan leda till allvarliga komplikationer som till exempel esofaguscancer. Det är viktigt att optimera behandlingen eftersom sjukdomen kraftigt kan påverka livskvalitén negativt för personer med GERD samtidigt som det är viktigt att på bästa sätt förebygga allvarliga komplikationer som får stora personliga och samhällsekonomiska konsekvenser. Eftersom detta är en stor patientgrupp i primärvården är det viktigt att som distriktssköterska ha förståelse för deras upplevelser av livsstilsförändringar, som är en del av behandlingen, samt vilket stöd patienterna önskar för att lyckas med livsstilsförändringar. Detta kan komma hela patientgruppen till godo men delar av resultatet kan även vara värdefullt när det gäller andra patientgrupper där livsstilsförändringar kan komma i fråga.

Det saknas studier som utgår ifrån patienternas upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar som kan förbättra deras symtombild och vilket stöd de önskar för att lättare lyckas genomföra dessa förändringar. Syftet med denna studie är att genom intervjuer med patienter som diagnostiserats med GERD få en djupare förståelse för vilka behov de har för att lyckas med livsstilsförändringar och att de därmed får redskap för att kunna hantera sin symtombild bättre. Eftersom det är en vanlig patientgrupp i primärvården är det värdefullt

kunskap att ha som distriktssköterska för att kunna stödja dessa patienter vid livsstilsförändringar.

Litteratursammanställning

Symtom och påverkan på vardagen.

GERD är ett stort och växande folkhälsoproblem i främst västvärlden. Förekomsten av symtom är stor och leder till avsevärt sänkt livskvalitet hos de som drabbas (Nilsson, Johnsen & Hveem, 2004). Sjukdomen utlöses av patologisk reflux i den gastroesofageala övergången vilket leder till halsbränna och sura uppstötningar (Forssell, 2010). Enligt Montrealdefinitionen är GERD ett tillstånd som uppstår när reflux av maginnehåll till matstrupen ger besvärande symtom och/eller komplikationer (Vakil, Zanten & Kahrilas, 2006). Forsell (2010) skriver att halsbränna är det vanligaste symtomet vid GERD och kan beskrivas som en brännande känsla från magen eller nedre bröstkorgen som strålar uppåt. Sura uppstötningar i munnen ger en sur, besk smak men kan också yttra sig som en riktig födoåkräkning. Andra symtom är smärta i mellangärdet, svårigheter att svälja, smärta vid sväljning och mättnadskänsla. Besvären ökar oftast vid framåtböjning och lägesförändring till liggande samt vid krystning. Det är dock inte alla som drabbas av GERD som har typiska symtom som halsbränna och sura uppstötningar, cirka 45 % beräknas sakna dessa och kan ha mer atypiska symtom. Hockley och Darba (2008) skriver att okontrollerad GERD kostar sjukvården mycket resurser i form av besök på akutmottagningar då besvären kan misstolkas som smärta från hjärtat och rädsla för eventuell hjärtinfarkt.

Vidare skriver Forssell (2010) att GERD påverkar patientens livskvalitet, främst genom sömnstörningar, trötthetskänsla och irritabilitet. Halsbränna är det symtom som påverkar livskvaliteten mest. Om reflux besvären kommer ofta (mer än två gånger per vecka) och är besvärande, blir livskvaliteten försämrad i samma nivå som för patienter med okontrollerad kärlkramp eller hjärtsvikt (ibid). Hockley och Darba (2008) skriver att en Gallupundersökning av 1000 personer med GERD visade att 80 % upplever halsbränna på natten och av dessa upplevde 75 % sömnbesvär som i sin tur påverkade deras arbetsförmåga (a.a). Obehandlad GERD kan ge allvarliga komplikationer som till exempel Barretts metaplasi, som innebär att slemhinnan i magsäcken förändras. Det bildas ett körtelepitel istället för ett skivepitel, som kan ge upphov till cellförändringar vilket i sin tur kan leda till esofaguscancer (Forssell, 2010). Uppskattningsvis har 8-10 procent av personer med GERD Barretts metaplasi, vilket innebär en 30 % ökad risk för cancer (Meletis & Zabriskie, 2007). Andra

komplikationer och symtom på GERD är laryngit, hosta, astma och tanderosioner (Vakil et al., 2006; Forsell, 2010) samt kronisk sinuit och magsår med magblödning (Hockley & Darba, 2008; Forsell, 2010).

Behandling av GERD

Behandlingen av GERD går ut på att minska eller eliminera de faktorer som kan leda till sjukdom i form av GERD samt att minska riskerna att utveckla Barretts metaplasi. Målet med behandlingen är bland annat att uppnå symtomfrihet och undvika recidiv. Behandlingen består av icke farmakologisk terapi, läkemedel och kirurgi. (Forsell, 2010).

Protonpumpshämmare är ett av de mest vanligt förskrivna läkemedlen internationellt. Förskrivningen av protonpumpshämmare (PPI) ökar för varje år och det pågår mycket forskning för att hitta orsaker till att sjukdomen växer i så snabb takt. Den nuvarande uppfattningen är att GERD behöver behandlas på mer än ett sätt (Dibley, Norton & Jones, 2010). Trots att behandling med protonpumpshämmare (PPI) har blivit en viktig del av behandlingen vid GERD visar forskning att upp till 50 % av patienterna med PPI behandling upplever återkommande besvär som inte alltid svarar på ökad dos (Dibley, Norton & Jones, 2009b). I en annan studie talas det om att så mycket som 61 % av personer som behandlas med PPI har återkommande symtom (Murie, Allen & Simmonds, 2012). I de fallen kan den icke-farmakologiska terapin ha stor betydelse för förbättrad symtomkontroll (Dibley et al, 2009b). Icke-farmakologisk terapi innebär till stor del livsstilsförändringar, och där kan distriktssköterskan ha en viktig funktion i att informera om vikten och vinsterna med livsstilsförändringar och att stödja personerna i förändringsprocessen.

Det finns flera anledningar till att sträva efter en minskad förskrivning av PPI-preparat. Murie et.al (2012) skriver att så mycket som 70 % av all förskrivning och förbrukning har beräknats vara onödig. Behandling med PPI-preparat har associerats med ökad risk för skelettfrakturer, ökad förekomst av lunginflammation och mag-tarminfektioner såsom clostridium difficile och enterit orsakad av campylobacter (ibid). Studier har även visat att långvarig PPI-behandling kan leda till vitamin och mineralbrist, bland annat minskar det upptaget av järn och magnesium. PPI-preparat interagerar med en rad andra läkemedel vilket kan försvåra behandlingen (Hart, 2013). Lägsta effektiva dos bör eftersträvas och beroende på patientens symtom och tillstånd kan behandlingen trappas ut eller ges vid behov (Hart, 2013; Forsell, 2010). Det är viktigt att patienten får ordentlig information om hur de ska ta sin medicin och

vilka livsstilsråd de bör följa för att få bästa möjliga livskvalitet. Det skulle leda till mindre användning av PPI vilket ger vinster för personen.

Livsstilsförändringar vid GERD

Mann och Seo (2008) skriver att förutom läkemedel är icke-farmakologisk terapi, vilket kan vara livsstilsförändringar, en viktig del av behandlingen av GERD (ibid). Det finns många livsstilsråd kopplade till GERD. Till exempel har vedertagna råd varit att undvika rökning, alkohol, choklad, fet mat, kaffe, te, livsmedel med högt syra innehåll (t ex tomater och citrusfrukter). Viktnedgång vid övervikt eller fetma och ökad fysisk aktivitet samt att undvika att sova i planläge är andra råd som ges till GERD-patienter (Forsell, 2010; Kaltenbach, Crockett & Lauren, 2006; Meletis & Zabriskie, 2007). Bevisen är dock inte helt tydliga för vilka livsstilsförändringar som har effekt på GERD-symtom. Vissa råd har dock mer klara bevis än andra. En norsk case-control studie (Nilsson et al. 2004) visar att rökning och högt födointag av salt ökade risken för reflux symtom. Däremot var personer, som drack mycket kaffe, åt bröd med högt fiberinnehåll och motionerade regelbundet, bättre skyddade mot reflux besvär. Konsumtionen av alkohol och te påverkade inte risken för reflux.

Kaltenbach et al. (2006) fann i sin systematiska litteraturöversikt att viktnedgång och att sova med höjd huvudända eller på vänster sida är de råd som har starkast evidens för minst reflux symtom medan åtgärder som att sluta röka, dricka alkohol eller andra förändringar av kosten inte hade någon bevisad effekt. Patrick (2011) skriver att forskning visat på god effekt av låg-kolhydratkost. En litteraturstudie av Talalwah och Woodward (2013) visar på effekten av rökning och alkohol vid GERD. De skriver att det inte finns bevis för att minskad alkoholkonsumtion har någon effekt på symtomen och begränsad evidens på effekten av rökstopp (ibid). Studier har även visat att psykisk stress kan ha betydelse för uppkomsten av GERD (Vemulapalli, 2008). Med tanke på att bevisen talat emot varandra så tycks det behövas fler randomiserade kontrollerade studier angående betydelsen av livsstilsförändringar men även andra studie designer kan vara av relevans för att bättre förstå patientens behov.

En svensk studie (Stake- Nilsson, Hulcrantz & Unge, 2013) har följt patienter med gastrointestinala besvär under en period av 18 år för att undersöka sambandet mellan livsstilsförändringar och dess inverkan på symtombilden. De fann att ökad motion och rökstopp gav mindre halsbränna och sura uppstötningar. De pekar också på ett kraftigt

samband mellan ett högre BMI och risken för GERD (ibid). Även Lagergren (2011) skriver att under de senaste 20 åren har många väl designade studier gjorts och de visar samband mellan fetma och utvecklandet av esofageala tillstånd såsom GERD, Barretts metaplasi och esofagus cancer (ibid).

Sammanfattningsvis visar forskningen alltså att det finns vissa åtgärder som med stor sannolikhet har effekt på symtombilden vid GERD, och dessa är vikt nedgång, rökstopp och ökad fysisk aktivitet samt att sova med höjd huvudända. Det är viktigt att vara medveten om att olika personer kan få symtom av olika anledningar och därför bör personerna ändå upplysas om vilka livsmedel som ofta rapporterats att förvärra symtomen. Det gör att personerna lättare kan utvärdera vilken effekt livsmedlen har för sin egen symtombild. Dibley, Norton & Jones (2009a) skriver att kaffe kan påverka vissa personer medan andra inte påverkas och detsamma gäller för de övriga livsstilsråden. Det är därför svårt att bestämma exakt vilka faktorer som påverkar symtombilden hos personer med GERD eller inte (ibid). Dessa motstridigheter gällande bevisen för livsstilsförändringar föranleder ett mer personcentrerat förhållningssätt där ett samtal kan ske utifrån varje patients behov och levnadsvanor samt vilka förändringar som bör göras för att de ska uppleva mindre symtom och en bättre livskvalitet. Således finns det stora vinster att göra både för den enskilde patienten, i form av en känsla av hanterbarhet och bättre livskvalitet, om en bättre symtomkontroll kan uppnås av denna stora patientgrupp genom råd om livsstilsförändringar.

Förändringsprocessen

När det gäller alla typer av livsstilsförändringar bör man som distriktssköterska vara medveten om, att personen i fråga måste vara motiverad till förändring. Alla typer av förändringar följer en process där personen kan befinna sig i olika faser. Är inte personen motiverad har informationen inte så stor påverkan. Information kan däremot hjälpa till att starta förändringsprocessen som kan föra personen närmre motivationsfasen. Det kan därför vara avgörande att personen får uppföljande information när motivationen blivit större. Faskunger (2013a) menar att som vårdare är det viktigt att väga in personens förutsättningar, motivation, självförtroende och dennes övergripande förändringsbenägenhet vid livsstilsrådgivning. Med motivation menas benägenhet till ett visst beteende och har definierats som ”sannolikheten att en person påbörjar, fortsätter och upprätthåller en specifik förändringsstrategi” (Miller & Rollnick, 2013). Det finns olika modeller för att få en person mer motiverad. Motiverande samtal är en modell som bygger på Proschaska och

DiClementes transteoretiska modell. Upphovsätten bakom MI, Miller och Rollnick (2013), skriver att en nyckelkomponent i MI är dess karaktär av samarbete. Rådgivaren undviker att hamna i den auktoritära hållningen och försöker istället att kommunicera utifrån en partnerliknande relation. Metoden motiverande samtal innebär utforskning mer än uppmaning, stöd snarare än övertalning och bevisföring. Rådgivarens roll är inte att förmedla vishet, insikt och verklighetsförankring utan att locka fram dessa egenskaper inom personen och dra fram dem. I motiverande samtal ligger ansvaret för förändringen hos patienten (ibid).

Ett annat viktigt begrepp vid beteendeförändring är *self-efficacy*. Det innebär att personen har en tro på sin egen förmåga att genomföra en handling, trots att det kan finnas hinder som försvårar beteendet. Patientens uppfattning om sin egen förmåga påverkar starkt det egna beteendet. Forskning har visat att *self-efficacy* är en väldigt viktig faktor för att försöka påverka motivationen i positiv riktning för att hjälpa en person till beteendeförändring (Faskunger, 2013). Detta är begrepp som är viktiga för en distriktssköterska att ha kunskap om för att kunna stödja personer till beteendeförändring.

Socialt stöd

Det är väl känt att socialt stöd kan underlätta en beteendeförändring. Stöd från omgivningen påverkar bl.a. känslor, tankar och beteenden på ett positivt sätt (Faskunger, 2013a; Cohen, 2004). Det ger människan en känsla av mening och sammanhang och gör det lättare att hantera stress. Stöd kan ges från flera i omgivningen, exempelvis vårdare och annan vårdpersonal, vänner och bekanta, familjen, en förening eller organisation eller genom interaktiv hälsokommunikation. Socialt stöd kan delas upp i emotionellt stöd som innebär uppmuntran, beröm och tillit, eller i instrumentellt stöd, vilket kan vara råd, fakta, påminnelser eller någon att träna med. Men det kan också vara så att vissa personer vill genomföra en beteendeförändring på egen hand, utan inblandning av andra (ibid).

Många personer söker information och rådgivning på egen hand. Det finns nya möjligheter till stöd, nämligen informationsteknik. Internet används idag för interaktiv rådgivning för personer med olika sjukdomar. Melander- Wikman (2012) skriver att informationsteknik inom hälso- och sjukvården kan underlätta för individen att vara delaktig i och påverka sin hälsa och att stärka känslan av *empowerment*, egenmakt. Dagens informations- och tekniksamhälle har skapat möjligheter för människor att vara pålästa om sina sjukdomar. Detta ställer också helt andra krav på sjukvården men det finns också oändligt många

outnyttjade möjligheter för att genom tekniken ge det stöd som vissa personer med en hög känsla av empowerment skulle behöva för att lyckas med livsstilsförändringar. Många personer vill klara av livsstilsförändringar på egen hand samtidigt som vissa personer kan uppleva det svårt att prata om sin livsstil i grupp med andra personer eller ens med någon inom sjukvården. Ur det perspektivet har informations- och kommunikationsteknik många fördelar då det kan komma många personer till godo med få personalresurser från sjukvårdens sida, det säkrar sekretess och är kostnadseffektivt (ibid).

Information

Mycket av patientutbildning går ut på att överföra information till patienten, eftersom patienten har rätt till information. Hansson Scherman (2013) skiljer på information och kunskap eller förståelse. Information är inte samma sak som kunskap, utan bara material till kunskap. För att informationen skall kunna leda till den kunskap och förståelse som önskas måste den bearbetas av den som skall förstå. Genom att ge personcentrerad information utifrån varje persons tankar, känslor och värderingar hjälper vi personen att bearbeta informationen och ta den till sig. Som distriktssköterska är det viktigt att vara medveten om att bara för att information ges är det inte säkert att personen tar den till sig. De kanske hör vad vi säger men för att förstå varför det är viktigt för just en själv måste information ges utifrån varje persons tankar och värderingar. För att informationen ska leda till en beteendeförändring är det viktigt att personen kan koppla informationen till sin egen situation (ibid).

Personcentrerad vård och samtal om levnadsvanor

Arborelius (2013) skriver att forskning har visat att kunskap endast har begränsad effekt när det gäller att påverka människors beteenden. Trots det bedrivs merparten av den individuella hälsorådgivningen utifrån tron att kunskap är avgörande för människors handlande. Detta synsätt utgår ifrån att människor är rationella men så är inte alltid fallet. Människor har ett inre behov av att bestämma själva och känna att de har kontroll över tillvaron. Ett personcentrerat förhållningssätt kan definieras som att distriktssköterskan är inställd på att inte styra personen mot ett i förväg bestämt mål, utan utgår från personens situation och diskuterar sig tillsammans fram till vad som passar just den personen (ibid).

McCormack och McCane (2013) har arbetat fram en modell som de kallar en personcentrerad process. Det innebär att personens tro och värderingar tas i beaktande. Andra viktiga faktorer är delat beslutsfattande, engagemang, att ha ett sympatiskt förhållningssätt och att ge holistisk

vård (ibid). En förutsättning för personcentrerad vård är ett partnerskap mellan vårdens företrädare och patienten själv. Ett optimalt partnerskap kan endast uppstå om vårdgivaren ser patienten som en jämbördig partner och inte som den underlägsne och okunnige. Vårdens företrädare är proffs i sin yrkesroll och det de är utbildade för. Patienten är den som har mest kunskap om sin egen sjukdom och hur den ska hanteras (Hedman, 2014). Det första steget för att initiera detta partnerskap är att lyssna till patientens berättelse som sätter personen och dennes livssituation och villkor – inte sjukdomen eller diagnosen- i centrum för vårdprocessen. Partnerskapet innebär att man delar information, delar samtalet samt delar beslutsfattandet. För att säkra detta partnerskap ska patientens perspektiv och erfarenheter dokumenteras (Kristensson Ugglå 2014). Eftersom vården ska ske med patienten i centrum och utgå ifrån patientens upplevelser och villkor är det viktigt att fråga patienter om deras upplevelser av livsstilsförändringar. Därför kan intervju passa bra som metod för denna studies syfte.

I den personcentrerade, såväl som i den hälsofrämjande vården är *empowerment* ett viktigt begrepp. Empowerment är en process som syftar till att skapa förutsättningar för individen att få mer makt över sin hälsa och att möjliggöra för människor att ta mer kontroll över sina liv. Det handlar om att locka fram den inneboende kraften. Empowerment bygger på tanken att människor har kapacitet att definiera sina problem och utveckla strategier för att hantera dessa. Det personcentrerade samtalet är inte en samtalsteknik utan ett förhållningssätt som handlar om att lyssna in personens berättelse för att identifiera dennes livskraft och resurser. Samtalet sker öppet och förutsättningslöst men kan, om personen vill göra en förändring, skapa underlag för att i efterföljande samtal leda fram till en mer renodlad samtalsteknik som till exempel motiverande samtal (Fors 2014). Insulander och Björvell (2013) menar att de allt större krav som kommer att ställas av kommande patientgenerationer, på medbestämmande och kontroll över de åtgärder som erbjuds i sjukvården, gör det ännu viktigare för personal i sjukvården att tillägna sig empowerment. *Patient empowerment* förutsätter att alla människor i någon mån har resurser för att ta kontroll över sin hälsa och att det är viktigt att vården stärker och tar tillvara dessa. Patienten får efter egen förmåga ökade möjligheter att bli stärkt i sin egenvård (ibid). Det är således ett viktigt begrepp att känna till vid livsstilsrådgivning.

Persson och Friberg (2009) har intervjuat personer som deltagit i livsstilsrådgivning och fått deras upplevelser av samtalet. De fann att det är viktigt att se varje patients livsvärld och erfarenheter för att lyckas med livsstilsrådgivning. Det är därför viktigt att ha tillräckligt med

avsatt tid för att skapa en relation med patienten innan rådgivningen börjar. Det hjälper patienten att inte känna sig i underläge. Patienterna vill också känna att informationen de får är individanpassad för just dem och att informationen inte känns standardiserad.

Rådgivningen får inte heller kännas påtvingad utan skall hjälpa personerna att hitta motivation och göra egna aktiva val som förbättrar deras hälsa (a.a).

Forskning vid andra kroniska sjukdomar som t.ex. kronisk obstruktiv lungsjukdom, astma, typ 1 diabetes och reumatoid artrit, har visat att patientinformationsprogram som innehåller information om sjukdomen och om livsstilsförändringar kan förbättra symtomen och ge bättre livskvalitet. Livskvalitén uppnås genom en känsla av hanterbarhet och självkontroll och detta kan ändra patienternas upplevelse av sin situation (Dibley et al., 2009a). Dibley et al. (2009b) beskriver hur patientinformationsprogram bör utformas för att uppnå bäst effekt. Informationen bör ges utifrån patienternas självupplevda behov. Ju mer relevant innehållet i informationen känns, desto större blir intresset från patienterna. Diskrepans kan uppstå när vårdpersonalens primära mål är att uppnå sjukdomskontroll, medan patienten vill uppnå bättre livskvalité (ibid). Det är alltså viktigt att först ta reda på behoven hos patienterna innan råd om livsstilsförändringar ges och att se till varje patients symtombild. Dibley et al. (2009b) skriver också att ett patientinformationsprogram för GERD-patienter måste ta hänsyn till varje patients unika behov då detta kan variera mycket. Många har återkommande symtom som utlöses av olika unika kombinationer av livsstilsfaktorer och andra triggande faktorer, t ex vissa läkemedel.

GERD är en av de vanligaste sjukdomarna i västvärlden och prevalensen ökar (Hockley & Darba, 2008). Det är därmed en vanlig patientgrupp i primärvården. Det är en sjukdom som kraftigt kan påverka livskvalitén hos de drabbade personerna och även kan leda till allvarliga komplikationer. Det räcker därför inte att endast behandla med medicin och lämna personerna att själva klara sin sjukdom, utan de förtjänar en vård som innehåller tydlig information om sjukdomen och hur de själva kan påverka sin sjukdomsbild. Detta kräver tid och resurser från sjukvårdens sida eftersom personer kan behöva stöd i olika omfattning vid livsstilsförändringar. Distriktssköterskan är en nyckelperson när det gäller hälsofrämjande arbete och har därför en viktig roll i rådgivning och stöd till den här patientgruppen. Det är därför av stor vikt att få förståelse för den här patientgruppens upplevelser och behov i samband med livsstilsförändringar för att som distriktssköterska i primärvården på bästa sätt kunna stödja dem vid livsstilsförändringar.

Syfte

Syftet med studien är att belysa upplevelser av livsstilsförändringar samt stöd och rådgivning bland personer med GERD.

Metod

Eftersom studiens syfte var att få förståelse för personers upplevelser genomfördes studien med kvalitativ design med induktiv ansats. I kvalitativ forskning uppstår kunskapen ur värdefulla djupintervjuer som är grundade i verkliga upplevelser från de som upplevt fenomenet som ska studeras. Det ställer krav på forskaren att vara flexibel allt eftersom ny kunskap framkommer. Forskaren blir själv forskningsinstrumentet (Polit & Beck, 2012). Creswell (1998) definierar kvalitativ forskning som en undersökningsprocess som strävar efter att förstå ett socialt eller mänskligt problem. Forskaren bygger upp en komplex och holistisk bild, analyserar ord och rapporterar detaljerade uppfattningar från informanterna (ibid). Oftast används kvalitativa metoder inom det naturalistiska paradigmet. Polit och Beck (2012) skriver att i det naturalistiska paradigmet strävar forskaren efter att framhålla de dynamiska, holistiska och individuella aspekterna av människors upplevelser utifrån varje människas unika sammanhang. I den naturalistiska forskningen analyseras informationen fortlöpande samtidigt som den samlas in. Ny kunskap framkommer under processens gång som gör att nya frågor kan behöva ställas för att stärka eller fälla hypoteser som uppstår (ibid). Målet med den kvalitativa forskningen är att dokumentera och tolka helheten av det som studeras i så stor utsträckning som möjligt i människors specifika sammanhang (Leininger, 1998). Kvalitativa studier brukar karaktäriseras av en närhet till undersökningsproblemet eller ett inifrånperspektiv, och det finns en närhet och en öppen interaktion mellan informant och forskare. Det råder ett jag-du-förhållande mellan forskare och informant. Förutsättningen är att genom språket ta del av varandras världar och att forskaren sedan kan tolka och beskriva den inhämtade informationen (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Urvalet gjordes utifrån vad Polit och Beck (2012) betecknar som ”purposeful sampling” som innebär att de fall som ger bäst förutsättningar för studien väljs ut (ibid). I det här fallet patienter som fått en GERD-diagnos och information om livsstilsförändringar. Ett begränsande urval gjordes till att personerna skulle ha en bevarad kognitiv förmåga och inte bristande kunskaper i att förstå eller tala det svenska språket. En geografisk begränsning var planerad så att patienter boende inom en geografisk radie på cirka 3 mil inkluderades för att

underlätta utförandet av intervjuerna och utifrån avsatt tid för studien. Den geografiska begränsningen fick senare förbises eftersom rekryteringen gick långsamt, vilket gjorde att en person boende 8 mil bort intervjuades.

Kontext och rekrytering

Rekrytering av personer till studien skedde genom två sjuksköterskor på en kirurgmottagning i södra Sverige i samband med att personerna genomgått en gastroskopi och fått en GERD-diagnos. Innan studien påbörjades hade skriftligt godkännande inhämtats från verksamhetschefen och flera samtal hållits med en av sjuksköterskorna på mottagningen för att få dennes uppfattning om rekryterings genomförbarhet. Innan rekryteringen påbörjades hölls en träff med den andra sjuksköterskan där information om studien och urvalet gavs samt skriftlig information som de kunde ge till patienterna. Det var personer som kom på polikliniska besök till mottagningen efter akuta, eller efter längre tids besvär med magen. Det var sjuksköterskorna själva som gastroskoperade och informerade patienterna om livsstilsråd vid GERD. Det genomsnittliga antalet patienter som sjuksköterskorna gastroskoperade beräknades av sjuksköterskorna uppgå till 15 per vecka i normala fall, men eftersom rekryteringen främst skedde under sommarens semesterperiod var antalet patienter något lägre. Sjuksköterskorna informerade sedan patienter som passade in i urvalet om denna studie och om de kunde tänka sig att bli kontaktade. Sjuksköterskorna som rekryterade patienterna fick skriftlig information angående urvalet.

Vid projektets start hade endast tre patienter tackat ja till att medverka. Förslag gavs till kirurgmottagningen om att intervjuerna kunde göras där direkt efter att patienterna fått sitt besök avklarad för att få ett större underlag. Det ansågs av de rekryterande sjuksköterskorna inte vara lämpligt eftersom patienterna kan vara mer eller mindre påverkade av undersökningen. Återkommande kontakt hölls med de rekryterande sjuksköterskorna och efter hand tillkom ytterligare fyra personer som tackat ja till att bli kontaktade, varav två kom att bli intervjuade. En hade ändrat sig och tackade nej och en gick inte att komma i kontakt med trots upprepade försök. Det totala antalet intervjuer blev fem. Av deltagarna var fyra kvinnor och en man och deltagarnas ålder var mellan 25 och 67 år.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer gjordes eftersom forskaren ville ha svar på vissa specifika frågor men samtidigt låta de medverkande prata så öppet som möjligt kring de ställda frågorna (se

bilaga 1). Polit och Beck (2012) skriver att forskaren vet vilka frågor han/hon vill ha svar på men kan inte förutse svaren. Forskarens roll är att uppmuntra deltagarna att prata så öppet som möjligt kring frågorna som ställs och att berätta med sina egna ord, detta genom att ställa öppna frågor utifrån en frågeguide för att få svar på alla sina frågor. Bli svaren inte så uttömmande kan följdfrågor ställas, också dem öppna för att undvika ”ja” och ”nej” (ibid).

Kvale och Brinkmann (2009) beskriver detta som en halvstrukturerad livsvärldsintervju med målet att erhålla beskrivningar av intervjupersonernas livsvärld för att sedan tolka innebörden av de beskrivna fenomenen. Forskaren kan inhämta ny kunskap under hela undersökningen. Samtalen med intervjupersonerna kan vidga och förändra forskarens uppfattning om det undersökta fenomenet, vilket kan leda till att fler frågor ställs än de som från början finns med i frågeguiden. Arbetssättet är helt i linje med en explorativ studiedesign (ibid).

Intervjuerna spelades in och transkriberades till skriven text av forskaren själv direkt efter intervjun. Då frågorna är specifika för personer som fått livsstilsrådgivning vid GERD och det var så få rekryterade patienter, gjordes ingen riktig provintervju. Efter första intervjun gjordes det små justeringar av vissa frågor för att om möjligt få dem ännu mer öppna. Det gjordes också tillägg av ett par frågor efter första intervjun eftersom ny kunskap framkom som behövde utforskas vid resterande intervjuer.

Innan varje intervju påbörjades informerade forskaren deltagaren om studiens syfte och att hen kunde välja att avbryta när som helst under intervjun om hen så ville. Forskaren försökte vinna deltagarens förtroende genom att vara en god lyssnare som försökte se situationen från den intervjuades perspektiv samt att använda sig av den icke-verbala kommunikationen. Ansiktsuttryck, nickningar osv är väldigt viktiga för att visa intresse för det som den intervjuade har att berätta. Forskaren försökte att hålla en professionell distans och inte bli för känslomässigt involverad i personens situation som att t ex börja ge råd (Polit & Beck, 2012). Det är lika viktigt att som forskare kunna lyssna till känslobudskapet i det som sägs och även lägga märke till hur det sägs och vad som inte sägs. Forskaren försökte också klargöra och vidga innebörden av det intervjupersonerna sade och presentera tolkningar av det som sades, som sedan kunde bekräftas eller bestridas av intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tre av intervjuerna ägde rum i personernas hemmiljö, en på Blekinge Tekniska Högskola och en på en vårdcentral. Platserna bestämdes utifrån patienternas önskemål, allt för att göra det så smidigt som möjligt för de personer som deltog. Den sammanlagda intervjutiden uppgick

till en timme och 43 minuter. Polit och Beck (2012) skriver att i kvalitativa studier görs datainsamling tills datamättnad har uppnåtts. Datamättnad har uppnåtts när det inte tillkommer någon ny information och ett överskott av material har samlats in.

Nyckelkomponenten är att samla in tillräckligt mycket djupdata för att kunna se mönster, kategorier och dimensioner av det undersökta fenomenet (ibid). Målet för studien var 10 intervjuer eller till dess datamättnad hade uppnåtts.

Dataanalys

Intervjuerna resulterade i 27 sidor transkriberat material. Manifest innehållsanalys med latent inlag gjordes av de utskrivna intervjuerna. Analysen gjordes med inspiration utifrån en modell i fyra steg framarbetad av Burnard (1996). Målet med innehållsanalys är att få fram nyckelkomponenterna i texten (ibid). Berg (2007) menar att innehållsanalys gör det möjligt att lyssna till orden i texten och bättre förstå den berättandes perspektiv. Först lästes materialet igenom och meningsbärande enheter i texten markerades samtidigt som noteringar och sammanfattningar gjordes i marginalen. Sedan skrevs de meningsbärande enheterna ner och kondenserades till kortare meningsenheter. Att kondensera en meningsenhet innebär att ta fram kärnan i texten. Meningsenheten kodades sedan och sattes under en kategori och i vissa fall en underkategori. Dalen (2008) skriver att målet med kodningen är att få fram en överordnad förståelse av materialet som bidrar till att teorier uppstår kring det undersökta fenomenet (ibid). Kategorierna ändrades ett flertal gånger allt eftersom mönster uppstod ur texten. Kvale och Brinkmann (2009) skriver att en kategorisering av intervjuerna ger en överblick över stora mängder utskrifter och underlättar jämförelser och hypotesprövning (ibid). Exempel ur dataanalysen visas i bilaga 2. Citat har använts under de olika kategorierna för att illustrera varje kategori (Burnard, 1996).

Etiska överväganden

Under projektplanen gjordes en etisk egengranskning samt en ansökan till Etikkommittén sydost för etisk rådgivning (Dnr EPK 223-2014). Etikkommittén såg inga hinder med undersökningen ur etiskt perspektiv. Klinikchefen på kirurgkliniken gav sitt samtycke till studien. Kvale och Brinkmann (2009) skriver att det finns fyra områden en forskare måste reflektera över vid en kvalitativ studie. De är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll (ibid). Patienterna informerades om studien och tillfrågades om de ville delta i studien efter de utfört gastroskopi med påvisad GERD-sjukdom och därmed uppfyllde urvalskriteriet. De fick skriftlig information om syftet med studien och

tillfrågades om forskaren fick ringa upp dem för att prata mer om studien samt bestämma tid för intervju. Det var således helt frivilligt att delta och patienterna upplystes om att de när som helst kunde välja att avbryta intervjun. All intervjudata kodades, varje person namngavs med en bokstav och all data behandlades konfidentiellt. Intervjuerna sparades på ett USB-minne som bara forskaren hade tillgång till. Då det saknas kunskap om patienters upplevelser vid GERD-sjukdom och vilka behov de har för att lyckas med livsstilsförändringar och därmed förbättra sin symtombild, ansågs värdet av studien vara större än det eventuella lidandet det innebar att delta då det leder till ökad kunskap som kommer hela patientgruppen till godo. Forskaren försökte tillämpa ett etiskt förhållningssätt och lyssna in intervjupersonernas känslor, utan att bli för känslomässigt engagerad. Risken att vissa personer skulle uppleva det som svårt att tala om sin livsstil togs i beaktande, men eftersom det var frivilligt att delta sågs den risken som förhållandevis liten.

Resultat

Analysen resulterade i tre huvudkategorier och fyra underkategorier som illustreras i Tabell 1.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier.

| Huvudkategori | Underkategori |
|-------------------------------------|--|
| Medvetenhet. | |
| Villkor för att förändra. | <p>Livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling.</p> <p>Se samband mellan livsstil och symtom.</p> <p>Tro på sin egen förmåga.</p> <p>Förändringens inverkan på livet.</p> |
| Betydelsen av individanpassat stöd. | |

Medvetenhet

Personerna upplevde att de blev väl informerade om livsstilsråd som kan ha betydelse för deras symtom, de var väl medvetna om vilka förändringar de borde göra. Livsstilsråden skiljde sig till viss del åt mellan de olika personerna, vilket upplevs vara naturligt eftersom symtomen och livsstilen skiljer sig åt. Personerna upplevde att de hade fått livsstilsråd som utgick ifrån deras livsstil och situation.

” (...) jag kanske skulle må lite bättre om jag börjar promenera för jag har gått upp lite i vikt och hon sa att det kan vara såhär, och det klart rökning och mat.” (B)

Personerna hade fått muntlig information efter undersökningen och de upplevde informationen de hade fått som klar och tydlig.

”Inte äta efter klockan sex på kvällen och ja... vad fick jag mer för råd? (...) så försöka att inte stressa fick jag som tips och då äta på bättre tider och inte efter klockan sex på kvällen.” (C)

Vissa hade fått illustrerat på bild vad det är som händer i magen vid refluxbesvär, vilket gav personerna en ökad förståelse för sina symtom och varför det till exempel är viktigt att inte äta för sent på kvällen. Ingen av personerna beskrev att de hade fått någon information om komplikationer till sjukdomen, vilket skulle kunna ha gjort dem mer motiverade till förändring.

Villkor för att förändra

Denna kategori innehåller fenomen som påverkar förändringsbenägenheten i både positiv och negativ riktning. Att ändra beteende är en process och den påverkas av många olika fenomen. I det här fallet har dessa villkor delats upp i följande underkategorier: *livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling, se samband mellan livsstil och symtom, en tro på sin egen förmåga och förändringens inverkan på livet.*

Livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling

Livsstilsförändringar som till exempel viktnedgång och stresshantering innebär beteendeförändringar vilket är en process som ofta tar lång tid. Personerna ville ha snabb hjälp och lindring och förlitade sig därför mer på medicinen. Livsstilsförändringar blev mer en parentes i sammanhanget, i de fall då de samtidigt fick medicin som för de flesta gav

snabb lindring. Detta tyder på att det finns en konkurrens mellan livsstilsråden och den farmakologiska behandlingen. Det blir lätt att välja den snabba vägen och inte den svåra men mera långsiktiga vägen. Om personerna upplevde god effekt av läkemedlen blev det svårare att hitta motivation till att även ändra sin livsstil eftersom de då redan hade fått lindring av sina symtom.

*”Jag slutade röka innan faktiskt, jag vet inte, jag tror inte att det är ...
enda förändringen är att jag tar en tablett varje dag.” (B)*

Personerna beskrev att deras förväntan spelade roll för förändringsbenägenheten. Har personen en förväntan på att få en medicin som ska hjälpa och lindra symtomen tycks personen mindre förändringsbenägen och tar inte till sig livsstilsråden på samma sätt.

*”jag tyckte ändå det kändes lite konstigt för jag har ändå haft så här
kramp i magen (...) Jag har ätit Omeprazol i ett par månader nu och
känner inte att det hjälper mot krampen, men då kunde hen inte skriva ut
något för det heller. Det kände jag med var lite så här... (A)*

Det framkom inte att personerna hade fått någon information om eventuella biverkningar som medicinen kan ge. Viljan att klara sig utan medicin skulle kunna gjort personerna mer motiverade till att förändra sina levnadsvanor.

Se samband mellan livsstil och symtom

Personerna upplevde att förändringsbenägenheten påverkades av den grad de kunde se ett direkt samband mellan sin livsstil och sina symtom.

*”Jag har alltid varit smal innan men det kan ju vara så att jag har fått
mer problem med halsbränna och så på grund av det. Så det är ju säkert
att det har att göra med det, men jag tycker mest att det är viss sorts
mat.” (B)*

Personerna upplevde att livsstilsförändringar inte gav någon snabb effekt på symtomen, vilket gjorde att personerna fick svårare att utvärdera effekten av förändringen. Det här försvåras också av det faktum att personerna i den här studien innan eller i samband med livsstilsråden även fick farmakologisk behandling utskrivna. Det gör att det blir svårt att utvärdera effekten

av livsstilsråden. Men personerna beskrev i vissa fall också deras nytillkomna eller tilltagande symtom som ett uppvaknande. De kände tydliga symtom som de kunde koppla ihop med sin livsstil vilket hjälpte dem att se effekten av livsstilen och det fick dem att överväga en förändring.

”Det är det vanliga som man egentligen känner till fast man aldrig har beslutat sig att genomföra det, men nu på grund av problemen som har uppstått så tar man ju det bättre på allvar.” (C).

Personerna beskrev också att motivationen till att ändra sin livsstil inte bara var att slippa ha problem med magen, utan att må bättre över lag. De såg flera vinster med till exempel viktnedgång och att sluta röka.

”Jag är så pass medveten att jag måste gå ner lite i vikt, inte bara därför att jag ska slippa ha halsbränna, det är mycket mer, för man vill ju må bättre.” (B)

Tro på sin egen förmåga

Det framkom under intervjuerna att personerna hade olika grad av tilltro till sin förmåga att lyckas förändra sin livsstil, olika grad av self-efficacy. Detta visade sig genom att personer med en hög tro på sin förmåga, sökte information på egen hand. De läste allt de kunde hitta på internet om sjukdomen och hur de själva kunde påverka sin symtombild. Det tycktes vara personer med en hög grad av tilltro till sin egen förmåga som bäst hade tagit till sig av livsstilsråden och som också hade börjat förändra sin livsstil. De hade också en annan insikt i riskerna med sjukdomen eftersom de själva hade sökt mycket information. Det kan också vara en anledning till att de hade en högre grad av förändringsbenägenhet.

”Man kan ju läsa jättemycket på internet om det och sen man vet ju precis vad orsakar problemet, vad man kan göra.” (B)

Personer som beskrev en dålig tro på sin förmåga hade svårt att lyckas förändra sin livsstil och de önskade också mer stöd i förändringsprocessen för att hitta motivationen och vidmakthålla den.

”(…), alltså man nedvärderar sig själv så lätt. Man vet ju hur man ska göra men att göra det, det är två olika saker. Och att ta ett beslut inom sig själv, och att verkligen fixa det, det är två olika saker. Att få motivation till det, att hitta styrkan i varje människa, motivation. För då fixar människorna detta själva.”(C)

Ovanstående citat illustrerar tydligt hur viktigt det är med en tro på sin egen förmåga för att få motivation till en livsstilsförändring. Personer som inte tror att de klarar av att ändra sitt beteende måste därför få hjälp att stärka sin självkänsla i första hand. Resultatet tyder på att en person med en hög tilltro till sin egen förmåga och som är medveten om riskerna med sjukdomen har en högre grad av förändringsbenägenhet.

Förändringens inverkan på livet

En annan viktig faktor som påverkar förändringsbenägenheten är förändringens inverkan på livet. Förändringsbenägenheten påverkas negativt när upplevda hinder anses större än vinsterna. Personerna beskrev att det är så mycket som påverkar symtombilden och de tyckte det var svårt att behöva undvika så många saker, framför allt olika sorters mat. Personerna beskrev också hur de justerade råden de fick så att de bättre passade in i deras liv.

”Men nu har jag slutat till och med med det, man vill ju inte liksom sluta med allt. Ok, cigaretterna det är en sak, men om jag ska sluta äta den mat och den mat (...) man vill ju inte sluta med allt bara för man vet man har det bekymret.” (B)

Personerna upplevde att det var svårt att lyckas med livsstilsförändringar som till exempel viktnedgång för att tidsbristen var ett problem. De upplevde att det var svårt att planera om i sina liv och få tid med nya aktiviteter i form av motion. Detta skapade en känsla av otillräcklighet som kanske ytterligare förstärkte deras stressnivå. Detta kunde ses hos deltagare med småbarn som hade svårt att prioritera sig själva.

”... hur ska man på bästa sätt få vardagen att fungera så att det inte går ut över att man inte träffar sin familj. Man får lätt skuld känslor när man väljer sig själv före de andra.” (C)

Personer som behövde fokusera på att minska sin stressnivå upplevde stora svårigheter i att ändra sitt beteende. Deras sätt att leva genomsyrade hela deras beteende. Även om personerna var väl medvetna om riskerna med stressen i sina liv upplevdes hindren i att behöva prioritera bort saker ur livet som större. Förändringen innebar att de även behövde ändra på sin personlighet, att inte alltid vara den som ställde upp i första hand. En person övervägde en förändring och hade gjort så under lång tid men hade svårt att ta steget till att verkställa förändringen, även då sambandet mellan stressen och uppkomsten av sjukdomen upplevdes som tydlig. Det tycktes vara så att i vissa fall ansågs inte sjukdomen som tillräckligt allvarlig för att ändra sitt beteende.

”Alltså, egentligen vet jag nog vad det är som behöver göras. Sen var det som jag sa, jag vet inte riktigt om jag är där än. Men jag har funderat på det och jag har funderat på det innan(...) vi gör många grejor och det är också en stress ibland. Jag har alltid varit sån och det är jättesvårt att ändra på det.” (D)

Betydelsen av individanpassat stöd

Personerna beskrev olika behov av stöd. Personer med en hög tilltro till sin egen förmåga önskade inte något stöd utan litade på sin egen förmåga att lyckas med livsstilsförändringar. De upplevde sig också som välinformerade på grund av att de hade sökt mycket information på egen hand. Det faktum att det fanns samband mellan kost och symtom påverkade också samt att det fanns ett tydligt samband hos en av personerna mellan viktuppgång och förvärrade symtom. Informationen som gavs vid gastroskopin var ändå av stor betydelse för det hjälpte personerna att tydligare se sambandet med sin livsstil. Att få information om betydelsen av viktuppgång fick en av personerna att börja träna.

”Får man bra råd är det ju klart att det hjälper dig. Kanske är det vissa saker som du inte visste kan hjälpa dig eller hur du ska göra. (...) om man inte är informerad själv. Det finns ju personer som inte har internet som inte kan kolla själva. Det klart att det hjälper när man får information. Kanske den enda saken som var nytt för mig, jag visste inte att om man går upp i vikt (...) och det är klart att det påverkar”(B)

Under intervjuerna framkom också att personer som inte upplevdes motiverade till förändring och som inte riktigt hade tagit till sig informationen eller förnekade den inte heller tyckte sig behöva något stöd. Kanske för att de inte hade insett riskerna med sjukdomen och inte heller såg något tydligt samband mellan symtomen och sin livsstil. De förnekade därför att de behövde göra livsstilsförändringar och ansåg sig därför inte heller behöva något stöd.

”Det är väl att veta hur jag ska gå tillväga och så få den här informationen, att du får ett råd att du kan tänka på det här och det här, lite så...” (A)

Personerna upplevde också stöd i att få veta vad symtomen berodde på och att få information om hur man själv kan påverka för att må bättre. De upplevde livsstilsråden som de fick vid gastroskopin både till viss del generella men även att de utgick ifrån deras egna symtom och deras livsstil.

Personer med en låg grad av tro på sig själva önskade mer stöd för att lyckas med livsstilsförändringar och att få hjälp att hitta motivationen och den inneboende kraften. De beskrev att de önskade ett återkommande stöd för att verkligen lyckas ändra sitt beteende och att ha någon som drev dem mot deras uppsatta mål. De upplevde att de behövde någon att dela ansvaret med för annars skulle inte förändringen bli av. De litade inte på sin egen förmåga att ta ansvar för sitt liv utan ville dela ansvaret med någon annan. De personerna ville också veta riskerna med sin nuvarande livsstil för att öka motivationen till förändring. De önskade få stöd utifrån sin egen situation och information om vad just deras livsstil kunde få för följder. Motivationen utvecklades ur rädslan att drabbas av en sjukdom.

”.. hjälp att printa in ett beteende (...) måste ha återkommande kontakt en gång i veckan för att se om man har uppnått sina mål. För annars kan man låta det hamna på is. För annars kan det bli: jaja hon sa det men det kan jag ta om typ ett år.” (C).

Ett par personer upplevde också att stöd i grupp hade varit bra för att kunna vara ett stöd för varandra, att kunna utbyta erfarenheter. Gruppstödet skulle då bestå av att få förståelse för den medicinska delen av sjukdomen samt hjälp med beteendeförändringar. De önskade också att det skulle finnas individuellt stöd att tillgå om behov fanns av det.

En av personerna hade fått GERD som en följd av långvarig stress under en sjukdomsutredning. Personen beskrev ett annat behov, nämligen behov av ett emotionellt socialt stöd. För att hantera sin stress blev vänner och anhöriga viktiga, samt viljan att få känna sig som vanligt. Resor och att få vara ute i naturen hjälpte till att skingra tankarna och minska stressen.

”Och sedan att prata med folk, prata med vänner. Ja, sedan har mannen och jag åkt bort (...) njutit av den biten, allt för att skingra mina tankar.”

(E)

Sammanfattningsvis hade personerna olika förutsättningar och livsberättelser med sig vilket gjorde att de hade olika behov av stöd.

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom syftet med studien var att belysa upplevelser av livsstilsförändringar samt stöd och rådgivning bland personer med GERD gjordes studien utifrån en kvalitativ ansats.

Diskussioner om kvalitativa studiers validitet, alltså att man undersöker det man har för avsikt att undersöka, har varit vida diskuterat och olika forskare använder olika begrepp för att diskutera en studies validitet. Polit och Beck (2012) beskriver fyra begrepp som har föreslagits av Lincoln och Cuba (1985). Begreppen är trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. I denna metoddiskussion kommer validiteten att diskuteras utifrån följande faktorer beskrivna av Dalen (2007): Forskarrollen, forskningsplanen (urval, metodik), datamaterialet, tolkningar och analytiska angreppssätt.

Forskarrollen

Forskarens förförståelse grundades i kunskap om förändringsprocessen och olika metoder för beteendeförändring som har aktualiserats under specialistutbildningens gång. Detta gjorde det lättare att tolka det som informanterna sa och ställa viktiga följdfrågor under intervjuerna men det var också till hjälp under analysprocessen. Däremot hade forskaren ingen förförståelse gällande information och stöd till aktuell patientgrupp innan projektet startades mer än vad som kom fram under de inledande samtalen med de rekryterande sjuksköterskorna och under arbetet med projektplanen. Dalen (2008) menar att förståelse

bestäms av en förförståelse. Denna omfattar åsikter och uppfattningar vi har på förhand gällande det studerade fenomenet. Forskaren kommer alltid bidra med en sådan förförståelse i mötet med informanterna och med det insamlade materialet. Forskarens roll blir att dra in sin förförståelse på ett sådant sätt att den bidrar till största möjliga förståelse av informanternas upplevelser och berättelser. Förförståelsen är således viktig för utvecklingen av förståelse och senare tolkning. För att förstå vad det egentligen handlar om behöver forskaren både ha teoretisk kunskap och vara analytiskt reflekterande. Analysprocessen ska ge teorianslutning av konkreta yttranden. Detta sker genom att forskaren tolkar yttranden och sätter in dem i en teoretisk ram (ibid).

Förförståelsen gjorde att det som personerna berättade lättare kunde teorianslutas, men nya kunskaper uppstod gällande livsstilsförändringar vid just GERD-sjukdom. Innan intervjuerna påbörjades skapades en förförståelse gällande intervjuteknik och vikten av forskarens förhållningssätt och roll genom att läsa olika metodböcker om intervju som forskningsmetod. Kvale och Brinkmann (2009) framhåller dock att konsten att intervjua lär man sig genom att utföra intervjuer. Eftersom det var första gången forskaren till denna studie gjorde en intervjustudie innebär det att resultatet kunde blivit tydligare om mer erfarenhet hade funnits om intervjuteknik och vilka svårigheterna var. Polit och Beck (2012) framhåller vikten av att forskaren lyckas vinna deltagarnas förtroende. Detta gjordes genom att intervjuaren höll ett empatiskt förhållningssätt och försökte känna av hur mycket personerna ville berätta. Å andra sidan är det viktigt att forskaren inte blir för känslomässigt engagerad och identifierar sig med intervjupersonerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskaren försökte hålla en professionell distans för att inte tolka och rapportera allting ur undersökningspersonernas perspektiv (Polit & Beck, 2012).

Urval

Personerna som medverkade i studien rekryterades med hjälp av två sjuksköterskor på en kirurgmottagning. Tanken var att rekryteringen skulle ha påbörjats i juni och skett så fort som möjligt för att personerna skulle ha hunnit reflektera över informationen och livsstilsförändringar fram till att intervjuerna påbörjades i slutet av sommaren. Men eftersom rekryteringen gick långsamt rekryterades de flesta patienter nära inpå intervjuerna. Det kan ha påverkat resultatet eftersom personerna inte hunnit reflektera över deras upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar och vilket behov av stöd de önskade. Det positiva var dock

att personerna fortfarande hade livsstilsråden färskt i minnet, vilket var positivt för studien eftersom reflektioner om hur de olika personerna tog till sig informationen kunde göras.

Urvalet bedöms vara positivt för studiens trovärdighet, eftersom personerna som medverkade hade olika ålder, kön och social bakgrund, vilket gör att det inte var en homogen grupp som studerades utan urvalet ansågs representera befolkningen (Polit och Beck, 2012). Det upplevdes frustrerande att vara beroende av andra för att rekrytera personer till studien men forskaren hade inte kunnat nå personerna på egen hand. Samtidigt ansågs en kirurgmottagning vara det ställe där förekomsten av valt fenomen är som störst. Nämligen rekrytering av personer som stämde in med urvalet eftersom en gastroskopi visar att det rör sig om en GERD-sjukdom och att personerna därmed passar in i urvalet. Det faktum att det endast var två kontaktpersoner att hålla kontakt med, gjorde det ändå förhållandevis enkelt att ha kontroll över rekryteringen.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer. Genom att ställa öppna frågor som inte kunde besvaras med ”ja” eller ”nej” gavs personerna en frihet att tala fritt om det valda ämnet. Följdfrågor ställdes ibland för att tydliggöra något personerna sa eller för att få dem att berätta mer om något som ansågs viktigt för studien. Forskaren lyssnade noggrant och gjorde sammanfattade reflektioner för att se om det som personerna berättade hade uppfattats korrekt av forskaren. Det ökar studiens bekräftelsebarhet. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det är lika viktigt att lyssna aktivt som att behärska frågetekniken. Målet med studien var att intervjua 8-10 personer men eftersom rekryteringen drog ut på tiden och pågick två veckor längre än vad som planerats i tidsplanen, samt att det fanns en begränsad tid avsatt för studien fick datainsamlingen avslutas efter fem intervjuer för att komma vidare med analys av materialet. Intervjuerna spelades in med diktafon, vilket gav ett tydligt ljudmaterial. Resultatet bedöms överförbart på flertalet andra patientgrupper där livsstilsförändringar är en del av behandlingen.

Målet med studien var att få ta del av olika personers upplevelser av stöd och rådgivning vid livsstilsförändringar. Eftersom personer kan befinna sig i olika faser vid beteendeförändringar skiljer sig upplevelsorna av fenomenet. Det är därför inte säkert att fler intervjuer hade ökat resultatets tillförlitlighet, men det kunde ha tillfört ytterligare aspekter och upplevelser av det som skulle undersökas. Dalen (2008) menar att det stärker studiens kvalitet om det är en och samma forskare som genomför intervjuerna, eftersom olika förförståelse och tolkningar

annars påverkar resultatet. Eftersom frågor om beteenden och levnadsvanor kan vara känsliga ämnen att tala om för vissa personer är det viktigt att som intervjuare vara lyhörd för hur långt man ska gå i sina frågor (Kvale & Brinkmann, 2009). Det faktum att ämnet kan kännas svårt att tala om kan också ha bidragit till att vissa av personerna inte berättade om alla sina upplevelser. Frågeställningarna anses av forskaren ha blivit besvarade med vald metod.

Dataanalys

Innehållsanalys gjordes av det transkriberade materialet utifrån Burnards (1996) modell i fyra steg. Denna modell passar bra för att analysera semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna transkriberades till skriven text av forskaren själv vilket skapade en närhet till materialet. Polit och Beck (2012) menar att förståelse och teorier uppstår först när forskaren är helt familjär med materialet (ibid). Texterna lästes igenom av forskarens handledare (CF) och de mönster som forskaren tyckte sig fått fram diskuterades med handledaren som såg samma mönster men som också tillförde andra aspekter utifrån materialet. Sedan fortsatte arbetet med att koda och kategorisera det transkriberade materialet. Forskaren hade avstämningar med handledaren under analysens gång för att undvika allt för subjektiva tolkningar och för att kategorierna skulle stämma med materialet. Detta stärker studiens trovärdighet. Eftersom endast fem intervjuer gjordes som var i snitt 20 minuter långa genomfördes en manifest innehållsanalys med latent inlag. I resultatet användes citat för att illustrera de olika kategorierna. Det stärker resultatets bekräftelsebarhet och pålitlighet.

Resultatdiskussion

Målet med studien var att få ta del av personernas upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar samt vilket stöd de önskade för att lyckas. Resultatet resulterade i tre huvudkategorier och fyra underkategorier.

En kategori handlar om personernas *medvetenhet* om livsstilsförändringar som skulle kunna hjälpa dem att förbättra sin symtombild. De hade fått information om livsstilsförändringar när de fick sin diagnos men det framkom inte att de hade fått information om allvarlighetsgraden av sjukdomen, eventuella komplikationer eller om biverkningar av läkemedlen som de också blivit ordinerade. Det tycktes vara så att personerna inte var medvetna om riskerna och allvarlighetsgraden av sjukdomen och att de därför inte var tillräckligt motiverade att ändra sina levnadsvanor. I en studie av Khan et al. (2013) framkom att endast 66 % av patienter med GERD som sökte primärvården för hjälp hade en djupare diskussion med sin läkare om

sjukdomen och en stor del av patienterna förstod inte fullt ut sin sjukdom och hur de skulle hantera den. I deras studie visade det sig också att närmare en tredjedel av patienterna (32 %) inte var medvetna om att GERD kan leda till cancer i matstrupen (ibid). Detta visar hur viktigt det är att patienter får en helhetsbild av sin sjukdom, vilket innebär att de även får information om riskerna med sjukdomen, för att lättare hitta motivation till att påverka sin livsstil. Det skulle kunna leda till bättre livskvalitet för personerna och mindre kostnader för hälso- och sjukvården. Det framkom även skillnader i medvetenhet mellan personerna och det visade sig att personer med en högre grad av tilltro till sig själva sökte mycket information på egen hand. Detta gjorde dem mer medvetna även om risker med sjukdomen.

Kategorin *villkor i förändringsprocessen*, beskriver vad det är som påverkar om en person lyckas eller inte lyckas med en livsstilsförändring. Det visade sig under intervjuerna att personerna hade en stark tro på läkemedlet som de fick ordinerat i samband med gastroskopin. Den gav många en snabb lindring vilket bidrog till att personerna tycktes bli mindre motiverade till att ändra sitt beteende. Faskunger (2013b) menar att beteendeförändringar innebär en process som ofta tar månader och år, snarare än timmar och dagar. Människor förändrar inte beteende abrupt. Förändring innebär oftast en successiv förflyttning från låg förändringsbenägenhet via beslut och planering för förändring, till hög förändringsbenägenhet innan förändringen sätts i handling (ibid). Detta kan förklara varför det är lätt att välja den snabba vägen till symtomlindring som läkemedel innebär och inte lägga så stor vikt vid livsstilsförändringar som innebär intrång i personens vardagsrutiner.

Men det tydligaste och kanske viktigaste fyndet är hur personens *tro på sin egen förmåga* påverkade motivationen och förändringsbenägenheten. Faskunger (2013a) menar att en persons uppfattning om sin egen förmåga starkt påverkar det faktiska beteendet. En hög grad av self-efficacy får personen att göra fler försök till förändring, trots hinder och försvårande omständigheter. Förändringsbenägenheten beskriver hur människor flyttar sig på en skala från ej redo till redo. Utmaningen vid stöd och rådgivning blir att försöka urskilja var personen befinner sig och skraddarsy sin vägledning utifrån personens förändringsbenägenhet (ibid). Self-efficacy finns med som en av fyra delkomponenter i den transteoretiska modellen, en modell som framför allt beskriver de olika stadierna i förändringsprocessen (Glans & Rimer, 2008). För att lyckas ändra sina levnadsvanor krävs det att personen har en hög grad av förändringsbenägenhet och motivation, men även en tro på sin egen förmåga att kunna ändra sitt beteende och där har stödet stor betydelse. För personer med en låg grad av self-

efficacy kan distriktssköterskan ha en central roll i att stödja personens tro på sig själv och erbjuda uppföljning under förändringsprocessens gång.

En annan delkomponent i den transteoretiska modellen är beslutsbalansen som innebär att personen väger för- och nackdelar med förändringen mot varandra (Glans & Rimer, 2008). Det kan kopplas till underkategorin *Förändringens inverkan på livet*. Personerna beskrev bland annat hur svårt det var att behöva avstå många saker, bland annat i kosten. Det gjorde att personerna vägde fördelar mot nackdelar. Till exempel valde de att ta ett glas vin trots att de visste att det skulle ge halsbränna och sura uppstötningar. Ett annat exempel är att tiden upplevdes som ett hinder för att motionera och träna eftersom det innebar dåligt samvete då familjen försakades.

Även underkategorin *se samband mellan livsstil och symtom* kan kopplas till beslutsbalansen. Om personerna såg ett samband mellan sjukdomen och sin livsstil gjorde det att de lättare kunde se fördelarna med livsstilsförändringen. De beskrev också att det inte bara var för att slippa GERD- symtom som de ville förändra sin livsstil, utan andra vinster som att må bättre över lag var det som sågs som den största vinsten. Det tycks därför vara en viktig del i stödet till den här patientgruppen att ta reda på vilka vinster personen ser med livsstilsförändringen och utgå ifrån dem. Att därmed se helheten och inte varje sjukdom som en separat del av personen. Det förutsätter att rådgivning ges utifrån en personcentrerad modell. Arborelius (2013) menar att en viktig del i ett personcentrerat förhållningssätt är att ta reda på patientens egna upplevda vinster och hinder. Målsättningen är att underlätta för patienten att själv ta ställning till sina levnadsvanor (ibid). Livsstilsförändringar har ju stor betydelse för uppkomsten av många sjukdomar och att ändra på osunda levnadsvanor påverkar så mycket mer än bara symtomen från GERD. Det är således viktigt att få personen att se alla vinster med livsstilsförändringen för att personen ska bli mer motiverad till livsstilsförändringar och det är viktig kunskap att ha som distriktssköterska vid stöd och rådgivning i livsstilsfrågor.

I huvudkategorin *betydelsen av individanpassat stöd* beskrev flertalet av personerna att de hade fått information angående livsstilsförändringar, både generellt och individanpassat, vilket de var nöjda med. De beskrev vidare olika behov angående det fortsatta stödet för att lyckas med de livsstilsråd de fått. Personer med en hög tro på sig själva och som hade en känsla av egenmakt önskade inte fortsatt stöd i samma utsträckning som personer med låg tro på sig själva. Personer med låg grad av self-efficacy beskrev att de önskade stöd för att bli motiverade och för att upprätthålla förändringen över tid, någon att dela ansvaret med. Det är

alltså viktigt att anpassa och skräddarsy stödet utifrån varje persons motivation och självförtroende. Även Farrell och Keeping-Burke (2014) menar att det behövs individanpassat stöd beroende på var i förändringsprocessen personen befinner sig. Fors (2013) menar att personcentrerad vård handlar om att skapa förutsättningar för en person att göra prioriteringar och fatta beslut som innebär att de uppnår en bättre hälsa. Det görs genom ett partnerskap mellan personen och distriktssköterskan, vilket innebär att man utgår ifrån lika villkor och visar en ömsesidig respekt för varandras kunskap. Den enskilda personen är expert på sin egen kropp och sina upplevelser och hur sjukdomen påverkar det dagliga livet. Det parterna kommer fram till resulterar i en personlig handlingsplan (ibid). Eftersom personer med hög grad av egenmakt beskrev att de själva sökte mycket information på internet och ville klara av livsstilsförändringarna på egen hand så skulle någon form av informationsprogram kunna vara till hjälp i form av IKT- verktyg. Melander Wikman (2012) menar att informationstekniken inom hälso- och sjukvården kan underlätta för individen att vara mer delaktig i sin vård och stödja personens egenmakt. Delaktigheten kan komma ur ett ökat informationsflöde via portaler på internet eller som riktad information till e-postadress eller som sms i mobilen (ibid). Även dagens utveckling av applikationer skapar många möjligheter som skulle kunna vara värdefulla för den här patientgruppen.

Några personer beskrev att stöd i grupp hade varit positivt för att kunna stödja varandra och utbyta erfarenheter, men att det även måste finnas tillgång till individuellt stöd om behov finns av det. De önskade att gruppstödet skulle innehålla information om sjukdomen och hjälp med beteendeförändring. De upplevde också att det var viktigt att känna till riskerna med sjukdomen för att bli mer motiverade till att göra en förändring. Det är alltså viktigt med stöd/rådgivning om hela sjukdomsbilden och riskerna med sjukdomen för att personerna ska förstå vinsterna med att ändra livsstil. Dibley et al. (2009a, 2009b) skriver att det effektivaste sättet att lyckas med patientinformationsprogram är att se patienten som en jämställd partner i vården och att ge informationen i grupp. Informationen ska innefatta kunskap om hur de kan lyckas med beteendeförändringar, öka deras tro på sig själva samt att hjälpa dem planera för hur de möter de svårigheter som sjukdomen innebär, allt utifrån deras självupplevda behov. Ett lyckat informationsprogram skulle ge patienterna bättre symptomkontroll och därmed högre livskvalitet och även leda till färre besök i hälso- och sjukvården (ibid).

Murie et al. (2012) beskriver ett personcentrerat patientinformationsprogram för personer med GERD med målet att minska förskrivningen av PPI-preparat. Personerna fick muntlig

och skriftlig information om sitt tillstånd, orsaker, riskfaktorer, alternativa behandlingssätt samt råd om livsstilsförändringar. Informationen gavs av en specialistsjuksköterska. Personerna fick hjälp att göra en handlingsplan för att minska eller helt avsluta sin PPI-behandling och personerna fick recept på ett alginatpreparat istället som kunde tas vid behov. Uppföljande samtal erbjöds till alla patienterna utifrån deras behov och handlingsplaner. Alla 20 patienterna rapporterade att interventionen hade varit till hjälp och 90 % var nöjda med symtomlindringen. Förståelsen för hur de själva kunde påverka symtomen ökade från 30 % till 90 % (ibid). Studiens intervention visade goda resultat och stämmer bra överens med det stöd som flertalet av personerna i denna studie önskade, nämligen helhetsinformation om sjukdomen, hjälp med en handlingsplan samt uppföljning.

Eftersom livsstilsförändringar kräver att personen är motiverad är det viktigt att som distriktssköterska ha redskap för att ta reda på var i förändringsprocessen personen befinner sig för att kunna hjälpa personen att hitta sin inre styrka och motivation om så krävs. En personcentrerad samtalsmetod som kan vara till hjälp i det här arbetet är motiverande samtal, MI. Miller och Rollnicks (2013) definition lyder: ”Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka en persons egen motivation och åtagande till förändring.” Det är viktigt att lyssna på personens berättelse, för att se världen genom den personens ögon och inte pracka på sin egen syn (ibid). Apovian och Gordon (2014) skriver att patienter blir mer mottagliga i konversationer som har en positiv inriktning och risken att de intar en försvarande ställning blir mindre. De skriver också att forskning visat att patienter som fått rådgivning genom motiverande samtal lyckas bättre med viktnedgång än de som fått traditionell rådgivning (ibid). Även i en litteraturstudie om beteendeförändringar (Farrell & Keeping-Burke, 2014) framkommer det att MI-baserade interventioner leder till beteendeförändringar som vidmakthålls över tid.

Även Socialstyrelsen (2011) framhåller hur viktigt det är att samtal om patienters livsstil sker genom hälsofrämjande samtal. Hälsofrämjande samtal syftar till att stärka personens egenmakt och att personen får en central roll i sin egen hälsoutveckling. Distriktssköterskans roll i hälsofrämjande samtal är att ge kunskap, verktyg och stöd i förändringsprocessen. Om patienten känner att kraven som ställs är för stora kan resultatet istället bli att personen känner sämre tro på sin förmåga och därmed riskera försämrad hälsa (ibid). Det är därför viktigt att de resurser som läggs på sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande åtgärder bedrivs på ett effektivt och korrekt sätt. Det kan därför vara av betydelse att

distriktssköterskor får utbildning i motiverande samtal för att ha ett fungerande redskap vid rådgivning och stöd till personer som behöver göra livsstilsförändringar.

I Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (2008) står det att distriktssköterskan ska stödja patientens delaktighet i vården och dennes egenvårdsförmåga samt att arbetet skall bygga på ett etiskt och holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt (ibid). Distriktssköterskan är därför en naturlig kompetens när det gäller att stödja personer vid livsstilsförändringar.

Slutsats

Personerna beskrev olika behov av stöd och rådgivning. Det som hade betydelse för behovet var framför allt deras tro på sin egen förmåga och hur tydligt de kunde se samband mellan sin livsstil och symtomen de upplevde. De beskrev också olika fenomen som gjorde dem mer eller mindre motiverade till livsstilsförändringar. Det framkom bland annat att det som försvårar livsstilsförändringar vid GERD är att det finns en konkurrens med farmakologisk behandling. Resultatet leder fram till slutsatsen att för att en person skall lyckas med livsstilsförändringar krävs att rådgivningen ges utifrån en personcentrerad vård och utifrån kunskap om förändringsprocessens faser. Det är viktigt att lyssna till personens berättelse för att känna av i vilken fas personen befinner sig för att därefter kunna skraddarsy stödet. Det skulle därför vara betydelsefullt om fler distriktssköterskor får utbildning i samtalsmetodik, till exempel motiverande samtal som i forskning visat goda resultat. Personernas upplevelser av livsstilsförändringar och behovet av stöd stämmer överens med litteraturens beskrivning av förändringsprocessen. Resultatet bedöms kunna överföras även på andra patientgrupper som är i behov av livsstilsförändringar, till exempel vid högt blodtryck eller övervikt. Det skulle vara betydelsefullt att undersöka personernas motivation innan ett livsstilssamtal och en tid efter för att mäta effekten.

Referenser

- Apovian, C., Gordon, D. (2014). Lifestyle interventions for obesity and weight-related complications. *The clinical advisor*, 47-54.
- Arborelius, E. (2013). Att tala med patienter om levnadsvanor. Klang Söderkvist (Red). *Patientundervisning (189-207)*. Lund: Studentlitteratur.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, November 1, 676-684.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. California: SAGE Publications, Inc.
- Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Dibley, L., Norton, C., Jones.R. (2009a). Is there a role for lifestyle education in the management of gastro-oesophageal reflux disease? *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 21, 1229-1240.
- Dibley, L., Norton, C., Jones.R. (2009b). Informing a patient programme for GORD: A literature review. *Gastrointestinal nursing*, 7 (5), 28-37.
- Dibley, L., Norton, C., Jones.R. (2010). Non-pharmacological intervention for gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *British Journal of General Practice*, December, 459-465.
- Farrell, T. C., Keeping-Burke, L. (2014). The Prevention of Cardiovascular Disease: Nurse Practitioners Using Behaviour Modification Strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24 (1), 8-15.
- Faskunger, J. (2013a). Beteendeförändring- att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. Söderkvist (Red). *Patientundervisning (115-134)*.
- Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. Ekman (Red). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik (226-243)*. Stockholm: Liber AB.
- Forsell, H. (2010). *GERD. Gastroesofageal refluxsjukdom*. Mölndal: A Lindgren & Söner AB.

- Hansson Scherman, M. (2013). Att lära sig ha en sjukdom. Klang Söderkvist (Red). *Patientundervisning (75-83)*. Lund: Studentlitteratur.
- Hart, A. M. (2013). Evidence-based recommendations for GERD treatment. *The Nurse Practitioner*, 38 (8), 26-34.
- Hedman, H. (2014). Patientens- personens röst. Ekman (Red). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosfi till praktik (7-19)*. Stockholm: Liber AB.
- Hockley, T., Darba. J. (2008). *Europé's Lost Patients: Untreated and Poorly Treated Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)*. <http://riscd2.eco.ub.es/~darba/GERD.pdf>. Hämtad: 2014- 04-15
- Insulander, L., Björvell, H. (2013). Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. Klang Söderkvist (Red). *Patientundervisning (135- 158)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kaltenbach, T., Crockett, S., Lauren, B. (2006). Are Lifestyle Measures Effective in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease? *Archives of Internal Medicine*, 166, 965-971.
- Khan, N., Bukhari, S., Lakha, A, Qazi, B., Davis, N., Shapiro, A.B et.al. (2013). Gastroesophageal reflux disease: The case for improving patient education in primary care. *The journal of family practice*, 62 (12), 719-725.
- Distriktssköterskeföreningen.(2008). *Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Danagårds Grafiska.
- Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. Ekman (Red). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosfi till praktik (21-62)*. Stockholm: Liber AB.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. SAGE Publications, Inc.
- Lagergren, J. (2011). Influence of obesity on the risk of esophageal disorders. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 8, 340-347.
- Leininger, M. M. (1998). Nature, Rationale, and Importance of Qualitative research Methods in Nursing. Leininger (Red). *Qualitative Research Methods in Nursing(1-25)*. USA: Greyden Press.
- Mann, N. S., Seo, S. (2008). Views and Practice of Gastroenterologists regarding Life-Style Changes in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *International Medical Journal*, 15 (5), 349-352.
- McCormack, B., McCane, T. (2013). *Person-centred Nursing. Theory and Practice*. Cornwall: TJ International Ltd.
- Melander Wikman, A. (2012). Definitioner och modeller för e-hälsa. Gard, Wikman (Red). *E-hälsa- innovationer, metoder, interventioner och perspektiv (17-31)*. Lund: Studentlitteratur.

Meletis, C. D., Zabriskie, N. (2007). Natural Approaches for Gastroesophageal Reflux Disease and Related Disorders. *Alternative & Complementary Therapies*, 64-70.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.

Murie, J., Allen, J., Simmonds, R., Wet, C. (2012). Glad you brought it up: a patient-centered programme to reduce proton-pump inhibitor prescribing in general medical practice. *Quality in Primary Care*, 20, 141-148.

Nilsson, M., Johnsen, R., Ye, W., Hveem, K., Lagergren J. (2004). Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro- oesophageal reflux. *Gut*, 53, 1730-1735

Olsson, H., Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Liber: Stockholm.

Patrick, L. (2011). Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): A Review of Conventional and Alternative Treatments. *Alternative Medicine Review*, 16 (2), 116-133.

Persson, M., Friberg, F. (2009). The dramatic encounter- experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 520-528.

Polit, D., Beck, C. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Willkins.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Illinois: Dow-Jones-Irwin.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. Glanz, K., Rimer. B. K., Viswanath, K (Red). *Health Behaviour and Health Education. Theory, Research and Practice*, 97-147.

Salyers, W. J., Mansour, A., El-Haddad, B. (2006). Lifestyle Modification Counseling in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology Nursing*, 30 (4), 302-304.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*.

Stake-Nilsson, K., Hultcrantz, R. Unge, P., Wengström. Y. (2013). Changes in symptoms and lifestyle factors in patients seeking healthcare for gastrointestinal symptoms: an 18-year follow-up study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 25, 1470-1477.

Talalwah, N. A., Woodward, S. (2013). Gastro-oesophageal reflux. Part 1: smoking and alcohol reduction. *British Journal of Nursing*, 22 (3), 140-146.

Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P. (2006). The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. *American Journal of Gastroenterology*, 101, 1900-1920.

Vemulapalli, R. (2008). Diet and Lifestyle Modifications in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Nutrition in Clinical Practice*, 23 (3), 293-298.

Bilageförteckning

Bilaga 1: Frågeguide.

Bilaga 2: Exempel ur dataanalysen.

Frågeguide

- Kan du beskriva livsstilsråden du fick?

- Hur upplevde du den informationen du fick angående livsstilsråd i samband med gastroskopin?
- *Räckte tiden? Mötte informationen dina behov? Vilken information hade du velat ha?*
- *Utgick råden ifrån dina symtom och levnadsvanor?*

- Om du har fått livsstilsråd; hur upplever du att genomföra förändringar efter de råd du har fått?
- *Vad har varit svårt i samband med genomförandet av livsstilsråden?*
- *Känner du att du bättre kan påverka din symtombild med råden du fått?*

- Önskar du något specifikt stöd för att bättre lyckas ändra levnadsvanor?
Beskriv hur det skulle se ut i så fall? (*Grupp, individuellt, skriftligt, IT-stöd?*)

- Anser du att sättet som du får informationen på har betydelse för hur du lyckas genomföra livsstilsförändringar?

- Vad är mest betydelsefullt för dig i samband med att genomföra livsstilsförändringar?
(Exempel: Saklig information? Någon som lyssnar? Bli tagen på allvar? Få handfasta råd om vilka förändringar du bör göra? Få hjälp med att förändra ett beteende, uppföljning, motivation?)

- Är det något mer du skulle vilja berätta angående livsstilsförändringar vid GERD-sjukdom?

Exempel ur dataanalysen.

| Meningsenhet | Kondenserad Meningsenhet | Kod | Underkategori | Huvudkategori |
|--|---|---|---|---------------------------|
| (...) jag kanske skulle må lite bättre om jag börjar promenera för jag har gått upp lite i vikt och hon sa att det kan vara såhär, och det klart rökning och mat. (B). | Må bättre av att gå ner i vikt och sluta röka samt maten | Tagit till sig information | | Medvetenhet |
| Inte äta efter klockan sex på kvällen och ja... vad fick jag mer för råd? (...) så försöka att inte stressa fick jag som tips och då äta på bättre tider och inte efter klockan sex på kvällen. (C) | Inte äta efter klockan sex, försöka att inte stressa | Bra kunskap om livsstilsråd | | Medvetenhet |
| Ja, tiden räckte, men jag tyckte ändå det kändes lite konstigt för jag har ändå haft så här kramp i magen (...) Jag har ätit Omeprazol i ett par månader nu och känner inte att det hjälper mot krampen, men då kunde hon inte skriva ut något för det heller. Det kände jag me var lite så här... (A) | Men jag tyckte det kändes lite konstigt för jag har haft kramp i magen. Men hon kunde inte skriva ut något för det heller | Känner att hon inte fått hjälp. Önskar behandling som hjälper | Livsstilsråd i konkurrens med farmakologisk behandling. | Villkor för att förändra. |

| | | | | |
|--|---|---|--|------------------------------------|
| Det var natten söndag till måndag för jag skulle börja jobba på måndagen. Och.. jag kände då..., det var samma vecka som mina lärare skulle komma, och då kände jag på natten att jag fick hemskt ont. (D) | Det var samma vecka som mina lärare skulle komma | Ser samband med stress | Se samband mellan livsstil och symtom. | Villkor för att förändra. |
| Man kan ju läsa jättemycket på internet om det och sen man vet ju precis vad orsakar problemet, vad man kan göra. Så jag tror inte att träffas i grupp hjälper mig. (B) | Kan läsa själv på internet, vet vad man kan göra. Träffas i grupp hjälper inte mig. | Vill klara förändringarna själv. | Tro på sin egen förmåga. | Villkor för att förändra. |
| Det skulle verkligen fungera bättre för man känner sig, alltså man nedvärderar sig själv så lätt. (A) | Nedvärderar sig själv så lätt. | Nedvärderar sig själv. | Tro på sin egen förmåga. | Villkor för att förändra. |
| Ja, om man kunde få en personlig coach så skulle man verkligen lyckas med alla sina mål för då kommer man inte undan dem. (C). | Med en personlig coach skulle man verkligen lyckas med alla sina mål för man kommer inte undan dem. | Önskar personlig coach för att nå sina mål. | | Betydelsen av individanpassat stöd |
| .. hjälp att printa in ett beteende (...) måste ha återkommande kontakt en gång i veckan för att se om man har uppnått sina mål. (C) | Hjälp att printa in beteende, viktigt med återkommande kontakt för att utvärdera sina mål | Uppföljning viktigt för att nå sina mål. | | Betydelsen av individanpassat stöd |