



**Seniorers aktivitetsvanor och
motivation till motion efter
hälsoprojektdeltagande
- en kvantitativ uppföljningsstudie**

Sofi Smedberg, Carolina Wierbecki

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete: 12:2013

Hälsopedagogprogrammet 2010-2013

Handledare: Sanna Nordin-Bates

Seminariehandledare: Åsa Bäckström

Examinator: Örjan Ekblom

Sammanfattning

Syfte

Syftet har varit att undersöka om Gymnastik- och idrottshögskolans (GIH:s) tre månader långa hälsoprojekt på sikt hade effekt på seniordeltagarnas aktivitetsvanor. Därtill studerades seniorernas motivation till fysisk aktivitet vid uppföljningen tio månader efter projektets slut.

Metod

GIH:s hälsoprojekt är ett stående inslag i hälsopedagogutbildningen vid GIH. Det omfattar ledarledd fysisk aktivitet, två gånger per vecka, under åtta veckor. Dessutom ingår individuella hälsotester och hälsosamtal före projektets start, och vid projektets slut. I denna studie gjordes en kvantitativ uppföljning av seniordeltagare tio månader efter projektets slut. De frågor som berörde fysisk aktivitet hämtades från *GIH:s hälsoenkät* och *Socialstyrelsens aktivitetsenkät*. De frågor som berörde motivation för motion utgjordes av SDT-skallorna *MPAM-R* (Frederick och Ryan 1997) och amotivationsskalan från *BREQ-2* (Markland och Tobin 2004). Det var 200 enkäter som skickades ut till seniorerna. Totalt 152 personer besvarade enkäten, varav 97 var kvinnor och 55 var män. Medelåldern för kvinnorna var $72,5 \pm 6,0$ (64-91) år och medelåldern för männen var $73,0 \pm 5,0$ (66-89) år. All databearbetning genomfördes i *Statistica*.

Resultat och diskussion

Sammanfattningsvis var seniorernas aktivitetsnivå högre vid projektets slut, jämfört med hur aktivitetsnivån såg ut före projektet och vid uppföljningen, enligt frågor med fasta svarsalternativ. Detta betyder att de vanligen återgått till sina ursprungsvanor cirka ett år efter hälsoprojektet. Troligen var det främst den fysiska träningen som ökade under hälsoprojektet. För gruppen totalt sett fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de tre olika skattningstillfällena avseende vardagsmotion. Antal timmar stillasittande följde samma mönster som den fysiska träningen, det vill säga att deltagarna var stillasittande färre timmar vid hälsoprojektets slut, jämfört med innan och vid uppföljningen. Seniorerna uppgav att deras främsta motivationsfaktorer för fysisk aktivitet var, i följande rangordning: hälsoskäl, glädjeskäl och utvecklingskäl. Utseendeskäl och sociala skäl skattades relativt lågt. Lågst var amotivation. Resultaten från Socialstyrelsens aktivitetsenkät visade att fasta svarsalternativ skiljde sig från självskattade siffror, samt att vidare utvärderingar av enkäten behövs.

Slutsats

GIH:s tidsbegränsade intervention tycks inte räcka för att åstadkomma långsiktiga effekter på motionsvanor. Seniorernas motivationskombination som framträtt tyder på att de borde vara tillräckligt motiverade till att vara fysiskt aktiva, då motivationsmönstret liknar det som enligt tidigare forskning visat sig vara fördelaktigt. Förklaringen till varför de inte fortsatt verkar inte stå att finna i bristande motivation, utan snarare i tidsbegränsningen av själva projektet, eller andra omkringliggande faktorer. Det förefaller sig därför viktigt att göra hälsoprojektet till en kontinuerlig verksamhet, alternativt att förlänga durationen till mer än tre månader, för att se om det är det som krävs för att seniorerna ska bibehålla sin förhöjda grad av motion eller fysisk träning långsiktigt.

Resultaten av detta arbete är av betydelse, eftersom Socialstyrelsens aktivitetsenkät används fortlöpande inom vården för att registrera aktivitetsnivå.

Nyckelord: interventionsuppföljning, fysisk aktivitet, hälsotester, hälsosamtal, Self-determination Theory, enkätundersökning, äldre.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
1. INLEDNING.....	2
1.1.Bakgrund.....	3
1.2.Teoretiska utgångspunkter	5
Figur 1: Förklaringsmodell av de olika typerna av motivation för fysisk aktivitet.....	6
1.3.Forskningsläge.	7
1.3.1.Interventionsuppföljningar: fysisk aktivitet.....	7
1.3.2.Motivationsperspektiv: fysisk aktivitet.....	9
1.4.Syfte och frågeställningar	12
2.METOD	12
2.1.Deltagare	12
2.2.Urval.....	13
2.3.Enkätmetodik	14
2.3.1.GIH:s Hälsoenkät.....	15
2.3.2.Socialstyrelsens aktivitetsenkät.....	15
2.3.3. Motivation for Physical Activity Measurement-Revised.....	16
2.3.4.The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire Revised Version	16
2.4.Reliabilitet och validitet.....	17
2.5.Etiska aspekter	17
2.6.Tillvägagångssätt.....	18
2.7.Databearbetning	18
3.RESULTAT	20
3.1.Senioreernas aktivitetsnivå vid uppföljningen, jämfört med innan hälsoprojektet och vid projektets slut.....	21
3.1.1.GIH:s hälsoenkät.....	21
Tabell 1: Svetteiga aktiviteter, antal dagar per vecka (fråga 1)	21
Tabell 2: Vardagsmotion minst 30 minuter sammanlagd tid, antal dagar per vecka (fråga 2).....	22
Tabell 3 : Aktiv minst 60 minuter, antal dagar per vecka (fråga 3).....	22
Tabell 4: Tillfredsställt motionsbehov (fråga 4).....	23
Tabell 5: Förändrade motionsvanor, senaste 6 månaderna (fråga 5).....	24
Motionsvanor efter hälsoprojektet (fråga 6)	24
Vanligaste aktiviteter (fråga 7).....	25
Tabell 6: Kroppsligt ansträngande vardag (fråga 8).....	25
Tabell 7: Vardagsmotion, till fots eller på cykel (fråga 9).....	26
Tabell 8: Stillasittande (fråga 10).....	27

3.1.2.Socialstyrelsens aktivitetsenkät.....	28
Tabell 9: Fysisk träning per vecka, tid angett i kategorier (fråga 1a)	28
Tabell 10: Fysisk träning per vecka, tid angett i minuter per vecka (fråga 1b).....	29
Tabell 11: Vardagsmotion per vecka, svarskategorier i minuter per vecka (2a)	30
Tabell 12: Vardagsmotion i självuppskattade minuter per vecka (fråga 2b).....	31
Tabell 13: Fysisk träning, minuter per dag (fråga 3).....	32
Tabell 14: Vardagsmotion, självuppskattade minuter, specificerat per dag (fråga 4)	33
Tabell 15: Totala aktivitetsminuter, specificerat per dag (fråga 3 x 2 + fråga 4)	33
3.2.Senioreernas motivation till motion vid uppföljningen, cirka ett år efter hälsoprojektdeltagande.	35
Figur 2: Genomsnittsvärden samt standardavvikelser för sex olika typer av motivation för fysisk aktivitet.....	35
4.SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	36
4.1. Fysisk aktivitet	36
4.2.Motivation för fysisk aktivitet vid uppföljningen	37
4.3.Brister och styrkor.....	39
4.4. Framtida forskning och projekt.....	42
4.5.Slutsatser	43
4.6.Slutord.....	44
5.KÄLLFÖRTECKNING	45

Bilaga 1: Litteratursökning

Bilaga 2: Frågor från GIH:s hälsoenkät

Bilaga 3: Frågor från Socialstyrelsens aktivitetsenkät

Bilaga 4: Frågor från MPAM-R och BREQ-2

Bilaga 5: Missivbrev

1. INLEDNING

1.1. Bakgrund

Oavsett åldersgrupp anses otillräcklig fysisk aktivitet vara en av de största riskfaktorerna för förtidig död (Conn, Minor, Burks, Rantz & Pomeroy 2003; Hickerson, Moore, Oakleaf, Edwards, Swanson & Henderson 2008; Hirsch, Diehr, Newman, Gerrior, Pratt, Lebowitz & Jackson 2010; Kruger, Ham & Sanker 2008). Vidare anses fysisk aktivitet vara den faktor som mest skulle kunna påverka svenska folkets hälsostatus (Ågren 2008, s. 5). Skulle alla vara tillräckligt fysiskt aktiva¹, skulle livsstilsrelaterade sjukdomar² minska avsevärt, liksom sjukvårdskostnaderna (Conn et al 2003; Hickerson et al 2008; Hirsch et al 2010; Kruger et al 2008). Mycket tyder på att kroniska sjukdomar, särskilt ”åldersrelaterade”, beror mer på fysisk inaktivitet, än på åldrandet i sig (Chen, Hung, Lin, Haung & Yang 2011; Kruger et al. 2008; Lees, Clark, Nigg & Newman 2005; Lexell, Frändin & Helbostad 2008, s. 194-196). Forskning har visat att äldre generellt sett tenderar att röra sig mindre och mindre med ökad ålder, oberoende av tidigare aktivitetsgrad (Sheperd 1997, s. 59). Därtill sker en så kallad aktivitetsoberoende åldersdegenerering med successivt minskad muskelmassa, bentäthet, rörlighet- och balans (Lexell et al. 2008, s. 196-197). Forskning har emellertid visat att det aldrig är för sent att börja träna samt att de som genom hela livet bedriver fysisk aktivitet - i mycket högre grad - bibehåller en god fysisk status och funktionsförmåga (Lexell et al. 2008, s. 194-196). Idag utgör de äldres andel av befolkningen cirka 17 procent (Lennartsson & Heimerson 2009, s. 145). I och med att medellivslängden ökat och att de äldres andel i befolkningen förväntas öka, är det av intresse att denna åldersgrupp bibehåller sin hälsa och livskvalitet (Lennartsson & Heimerson 2009, s. 145). Där har den fysiska aktiviteten en stor roll att spela. Exempelvis är det belagt att regelbunden fysisk aktivitet och träning kan förebygga och minska diverse åldersrelaterade fysiska och psykiska åkommor, vilket bidrar till ökad livskvalitet. Därmed är fysisk aktivitet och träning en betydande livsstilsfaktor, som kan öka självständigheten och välmåendet bland äldre, samtidigt som samhällets kostnader skulle minska. (Chen et al. 2011; Cohen-Mansfield, Shmotkin & Goldberg 2010; Kruger et al. 2008; Lees et al. 2005; Lexell et al. 2008, s. 194-196)

Trots att de flesta känner till fördelarna med att vara tillräckligt fysiskt aktiv, har studier visat att

¹ Den allmänna rekommendationen avseende fysisk aktivitet för vuxna är minst 30 minuter per dag, minst fem dagar i veckan, med en måttlig intensitet, alternativt högintensiv fysisk aktivitet 20 minuter, minst tre dagar i veckan. Utöver detta, bör man, för att bibehålla eller öka sin muskelstyrka och muskeluthållighet, bedriva styrketräning minst 2 gånger per vecka (8-10 övningar med 8-12 repetitioner per tillfälle). (Nelson, Rejeski, Blair, Duncan, Judge, King & Macerel 2007)

² Depression, cancer, hjärtkärlsjukdom, diabetes, metabola syndromet, stress, demens, schizofreni, osteoporos, fetma, övervikt m.fl. (Ågren 2008, s. 5)

befolkningen i stort inte är det, och att seniorer i mycket hög grad är inaktiva (Buman, Giacobbi, Dzierzewski, Morgan, McCrae, Roberts & Marsiske 2011; Grodesky, Kosma & Solmon 2006; King, Rejeski & Buchner 1998; Vlachopoulos & Gigoudi 2008). Alarmerande inaktivitetsstatistik har bidragit till politiska agendor och folkhälsoprojekt som syftar till att öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen, där äldre lyfts fram som en synnerligen viktig målgrupp (Conn et al. 2003; Statens folkhälsoinstitut 2009, s. 19). Staten har inom folkhälsopolitiken utformat olika målområden. Det som berör fysisk aktivitet benämns *Målområde 9* (Statens folkhälsoinstitut 2009, s. 19). *Målområde 9* innebär att staten uppmärksammar att samhället ska utformas på ett sådant sätt att förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen gynnas (Socialdepartementet 2007). I linje med statens folkhälsomål bedrivs insatser på flera olika nivåer i samhället. Statens folkhälsoinstitut har exempelvis bedrivit de regionala samverkansprojekten *Sätt Sverige i rörelse 2001* och efterföljaren *Håll Sverige i rörelse*. Syftet med dessa har varit att öka människors medvetenhet om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan samt att få till en beteendeförändring hos befolkningen. Detta genom att på olika sätt skapa stödande miljöer. (Statens folkhälsoinstitut 2009, s. 19) Vad som ofta glöms bort i olika typer av hälsosatsningar är att motivation är en avgörande faktor för att fysisk aktivitet ska bli av över huvud taget. Det räcker inte enbart med information om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan, eller att det finns förutsättningar för fysisk aktivitet. Oftast behövs ytterligare insatser för att åstadkomma beteendeförändringar. Därför är det av stor vikt att undersöka olika hälsosatsningar ur ett motivationsperspektiv, för att få kunskap om vad som krävs för att få en mer aktiv befolkning. (Teixeira, Carraca, Markland, Silva & Ryan 2012) Eftersom så många är inaktiva, innebär det sannolikt att många saknar den grad av motivation som behövs för att den fysiska aktiviteten ska bli av. Upplevd tidsbrist, ointresse eller bristande tilltro till sin egen förmåga att klara av aktiviteten är exempel på faktorer som ger upphov till bristande motivation, och därav för lite motion. (Teixeira et al. 2012) Det skulle därför vara gynnsamt att utveckla olika hälsosatsningar med en motivationsteoretisk bas (Fortier, Sweet, O'Sullivan & Williams 2007; Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos, Sardinha & Teixeira 2010). Self-determination Theory (SDT) är en omfattande motivationsteori som använts mycket inom forskning kring hälso- och motionsbeteenden (Ryan & Deci 2007). Inom ramen för denna teori behandlas motivation ur en rad olika aspekter, sett till olika former av motivation, samt olika typer av målsättningar i samband med fysisk aktivitet. SDT berör också beteendeförändringar och vad som motivationsmässigt krävs för att förändringen ska komma till stånd, liksom hur sociala och kulturella faktorer gynnar eller underminerar individens upplevda möjligheter och deras vilja att utföra något. (Ryan & Deci 2007) På så vis kan SDT ses som ett bra exempel på en motivationsteori med stor potential, sett till både utformning av bra hälsosatsningar med en motivationsteoretisk bas, och som

grund för uppföljning av hälsosatsningar ur ett motivationsperspektiv.

I mindre skala kan Hälsoprojektet, som är ett stående inslag i hälsopedagogutbildningen vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm ses som en satsning för att sätta folk i rörelse i enighet med de folkhälsopolitiska målen. Hälsoprojektet innebär en tidsbegränsad intervention som innehåller två månader ledarledd fysisk aktivitet, motivationssamtal och individuella hälsotester före och efter projektperioden. Ur ett bredare perspektiv är det intressant att följa upp om den här typen av interventioner på sikt kan ha effekt på deltagarnas aktivitetsvanor och motivation till motion. Detta eftersom det kan användas som underlag för och utveckling av effektiva framtida hälsosatsningar.

1.2. Teoretiska utgångspunkter

Self-Determination Theory (SDT) är den mest omfattande makro-teorin som handlar om mänskliga beteenden ur ett motivationsperspektiv, och har använts mycket inom forskning kring idrott och motion. (Ryan & Deci 2007, s. xi-xii) Därför användes SDT som teoretisk utgångspunkt i denna undersökning. Ryan och Deci menar att det inte finns något tvivel om att motivation³ krävs för att bedriva fysisk aktivitet. Vidare menar de att motivationsprocessen är svårbegriplig, att man själv sällan är medveten om vad det är som föder, skapar eller bibehåller ens motivation för fysisk aktivitet. (Ryan & Deci 2007, s. 1)

Inom SDT skiljer man mellan olika former och kvaliteter av motivation. Först och främst skiljer man mellan inre- och yttre motivation. *Inre motivation* innebär att man gör något för att man anser att aktiviteten eller beteendet har ett slags egenvärde. *Yttre motivation* handlar sammanfattningsvis om att man gör något, inte för aktiviteten i sig, utan för att uppnå något som kommer av aktiviteten. Inom SDT finns fyra former av yttre motivation, där graden av autonomi varierar. Är graden av autonomi låg, kallas motivationen enligt SDT kontrollerad, exempelvis *introjicerad reglering* och *yttre reglering*. (Ryan & Deci 2007, s. 8-9) Kontrollerade former av motivation leder i bästa fall till kortvariga beteendeförändringar (Ryan & Deci 2007, s. 18). Mer autonoma former av yttre motivation finns också, exempelvis *integrerad reglering* och *identifierad reglering*. Dessa former av yttre motivation har ett inneboende personligt värde, vilket i högre grad associeras med mer långsiktiga beteendeförändringar. Inom SDT anses vidare motivationen gå från att vara helt autonom (inre motivation) till att helt sakna autonomi (amotivation). (Ryan & Deci 2007, s. 8-9) Det är också viktigt att poängtera att enligt SDT

³ Motivation kan formellt betraktas som ett inre tillstånd som föder eller driver handlingar eller beteenden, samtidigt som den bestämmer handlingarnas eller beteendenas riktning och varaktighet.

förekommer sällan endast en typ av motivation åt gången, inför något. Olika former av motivation förekommer därmed samtidigt, men ofta i olika hög grad. (Teixeira et al. 2012, s. 2-3) Närmare förklaring av de olika formerna av motivation och grad av autonomi, i relation till fysisk aktivitet, ges nedan i *figur 1*:

INRE	YTTRE				INGEN
Inre motivation	Integrerad reglering	Identifierad reglering	Introjerad reglering	Yttre reglering	Amotivation
Avser motionsbeteenden där viljan, intresset, nöjet, njutningen eller glädjen av aktiviteten i sig styr beteendet. Motivationen kommer inifrån. Ingen övrig belöning eller bekräftelse behövs för att träningen eller motionen ska bli av.	Avser beteenden som känns helt rätt och som är i linje med ens mål och värderingar. På så vis fås tillfredsställelse genom motionsbeteendet, även om det i sig inte nödvändigtvis upplevs som roligt att träna eller motionera.	Avser konsekvensfokuserade motionsbeteenden. Man anser att aktiviteten har ett nyttovärde. Man motionerar eller tränar för att man uppskattar vad det resulterar i.	Avser beteenden som syftar till att undkomma skuld känslor, rädslor eller oro. Man upplever att man måste träna eller motionera för att undkomma negativa känslor, eller för att man behöver bevisa något för andra.	Avser motionsbeteenden som syftar till att man ska erhålla något för det man gjort, exempelvis få belöningar eller priser. Det kan också handla om att undkomma någon form av straff.	Avser total brist på vilja, lust eller energi i relation till en viss aktivitet eller ett visst motionsbeteende.
Hög autonomi (autonoma motiv)				Låg autonomi (kontrollerande motiv)	Ingen autonomi (inga motiv)
Integrerad	Hög internalisering	Internalisering	Lågre internalisering	Låg internalisering	Ingen internalisering

Figur 1: Förklaringsmodell av de olika typerna av motivation för fysisk aktivitet (Ryan & Deci 2007, s. 8).

Grundläggande i SDT är antagandet att individer aktivt strävar efter att tillfredsställa de basala psykologiska behoven, det vill säga, upplevelse av *autonomi* (självbestämmande), *kompetens* (tilltro till sin egen förmåga) och *samhörighet* (gemenskap med andra) (Ryan & Deci 2007, s. xi-xii). Dessa basala behov anses alltså vara grundläggande för att motivation ska kunna uppstå. Olika hög upplevelse av dessa basbehov, leder följaktligen till olika kvaliteter eller former av motivation. Är behoven fullständigt uppfyllda finns exempelvis förutsättningar för inre motivation. Är de inte fullständigt uppfyllda leder det i stället till olika former av yttre motivation, och i sämsta fall till amotivation. (Teixeira et al. 2012, s. 2-3) Vidare skiljer man inom SDT mellan inre och yttre mål (Ryan & Deci 2007, s. 15). Inre mål syftar till personlig utveckling, hälsa, och välbefinnande, medan yttre mål syftar till makt, inflytande, rikedom eller socialt erkännande. De inre målen ligger i linje med att uppfylla de psykologiska basbehoven, medan de yttre målen går emot uppfyllandet av dessa. Yttre- och inre mål, sett till fysisk aktivitet, kan enligt SDT särskiljas och klassificeras. (Teixeira et al. 2012, s. 2-3) Strävan mot yttre eller inre mål påverkar även välbefinnandet. De som främst drivs av yttre mål, mår generellt

sett sämre än de som drivs av inre mål. (Ryan & Deci 2007, s. 15)

1.3.Forskningsläge

Specifikt den typ av uppföljningsstudie som gjorts i den här uppsatsen, tycks ännu inte föreligga. Ingen har exempelvis tidigare följt upp GIH:s hälsoprojekt ur både ett aktivitets- och motivationsperspektiv. Det finns dock en hel del studier innehållandes interventioner med vuxna eller seniordeltagare som på olika sätt handlar om fysisk aktivitet och motivation för fysisk aktivitet (Buman et al. 2011; Campbell, MacAuley, McCrum & Evans 2001; Chen et al. 2011; Cohen-Mansfield et al. 2010; Conn et al. 2003; Conn, Valentine & Cooper 2002; Dacey 2009; Dunn, Andersen & Jakicic 1998; Fortier et al. 2007; Grodesky et al. 2006; Hickerson et al. 2008; Hirsch et al. 2010; King et al. 1998; Neupert, Lachman & Whitbourne 2009; Opendacker, Delecluse & Boen 2011; Rhodes & Pfaeffli 2010; Silva et al. 2010; Stephan, Boiché & Le Scanff 2010; Teixeira et al. 2012; van der Bij, Laurant & Wensing 2002; Vlachopoulos & Gigoudi 2008). Nedan presenteras essensen av fem utvalda artiklar och reviews, alla genomförda i en västerländsk kultur. Dessa har valts ut då de väl sammanfattar det relevanta forskningsfältet. Inkludering av ytterligare artiklar hade inte fördjupat bilden av forskningsfältet nämnvärt, utan bara fungerat som upprepande exempel. En förklaring till detta är att dessa utvalda artiklar och reviews motsvarar sammanlagt 86 studier. De artiklar som främst berör uppföljningar av interventioner med fysisk aktivitet tas upp under rubriken ”*Interventionsuppföljningar: fysisk aktivitet*”, och de som främst handlar om motivation för fysisk aktivitet, presenteras under rubriken ”*Motivationsperspektiv: fysisk aktivitet*”.

1.3.1.Interventionsuppföljningar: fysisk aktivitet

Uppföljningar av interventioner med fysisk aktivitet är vanligen begränsade till utvärderingar av långtidseffekter på fysiologiskt mätbara variabler (så som kondition, styrka, balans, blodfetter et cetera). Fokus ligger sällan på deltagarnas eventuella förändringar av motionsvanor, som en effekt av interventionen. Dessutom har forskningen främst fokuserat på yngre vuxna, eller exempelvis diabetessjuka eller obesa i alla åldrar. (Conn et al. 2003) Interventioner med fysisk aktivitet har även utvärderats ur ett kostnadsperspektiv, och visat sig vara hälsoekonomiskt lönsamma (Groessl, Kaplan, Blair, Rejeski, Katula, King, Fielding, Glynn & Pahor 2009; Hagberg och Lindholm 2006, Hagberg 2007a, b). Det har också undersökts hur den fysiska aktiviteten påverkar hälsan hos olika åldersgrupper. Man har funnit att fysisk aktivitet är extra viktigt för äldre, då chanserna till ett friskt långt liv ökar markant (Hirsch et al 2010). Äldre har dock inte varit en prioriterad målgrupp i interventionsavseende. Detta framhålls i en review av Conn, Minor, Burks, Rantz och Pomeroy (2003). Sjutton publicerade och opublicerade randomiserade kontrollerade studier (RCTs), som rapporterats på engelska mellan

1960-2000, vars syfte varit att på ett eller annat sätt genom interventioner öka fysisk aktivitet hos seniorer, har inkluderats. En rad olika intressanta aspekter framkom avseende uppföljningar av interventioner med fysisk aktivitet med seniordeltagare 65 år eller äldre. Man fann generellt att andelen seniorer som ökade sin fysiska aktivitetsnivå på grund av deltagandet i en experimentell intervention var signifikant. Dock motsvarade den ökade aktivitetsnivån inte de allmänna rekommendationerna, och därför inte heller den nivå av fysisk aktivitet som anses nödvändig för positiva hälsoeffekter. (Conn et al. 2003) Samtliga inkluderade RCT-studier omfattade uthållighetsträning eller utvärderade effekter på motionsbeteenden. Flera olika typer av interventioner förekom. Träningsanläggningsbaserade och hembaserade var bland de vanligaste. Vanliga metodologiska svagheter i de genomgångna studierna var att deltagarantalet var litet, att mätningarna av effekterna inte var standardiserade eller testade, samt att långsiktseffekten av interventionen inte följdes upp. Enbart sju av de 17 studierna undersökte bibehållandet av fysisk aktivitetsnivå sex månader eller senare efter interventionens slut. I fem av dessa sju studier rapporterades en högre grad av fysisk aktivitet i experimentgruppen jämfört med kontrollgruppen. Få studier berörde alla tre dimensionerna av fysisk aktivitet (intensitet, frekvens och duration) vid uppföljningen. Sammantaget visar den systematiska genomgången, enligt författarna, att det går att öka äldres fysiska aktivitetsnivå och hälsostatus genom interventioner, men att det behövs fler och bättre interventioner för att fånga upp ännu fler, och för att få deltagarna tillräckligt fysiskt aktiva. Vidare anser de det absolut nödvändigt att följa upp de interventioner som görs. Utan uppföljning är det svårt att veta vad som fungerar och vad som leder till en bibehållen ökad fysisk aktivitetsnivå hos deltagarna på sikt. (Conn et al. 2003)

Interventioners potential att förbättra äldres hälsa och öka deras aktivitetsnivå, samt vikten av att följa upp interventioner, är något som även betonas av Opdenacker, Delecluse och Boen (2011) i en välgjord RCT-studie med noggranna fysiologiska mätningar. Syftet med studien har varit att utvärdera och jämföra långtidseffekter av två olika typer av interventioner med fysisk aktivitet, sett till deltagarnas kardiovaskulära riskfaktorer (Opdenacker et al. 2011). Den ena interventionen var en strukturerad träningsintervention på en träningsanläggning och den andra en hembaserad livsstilsintervention. Sammanlagt 186 inaktiva, men annars friska kvinnor och män, i åldrarna 60-83 deltog i studien⁴. Den hembaserade livsstilsinterventionen gick ut på att hjälpa deltagarna att integrera fysisk aktivitet i sitt vardagsliv⁵. Den strukturerade anläggningsbaserade interventionen bestod av ledarledd fysisk aktivitet, tre gånger per vecka. Båda interventionerna varade i 11 månader och fokuserade på uthållighets-

⁴ Kontrollgruppen rekryterades separat för att matcha deltagarna i interventionsgrupperna. Kontrollgruppsdeltagarna fick genomgå samma tester som de i interventionsprogrammen. Fördelningen till de olika interventionsprogrammen var slumpmässig.

⁵ Till sin hjälp fick de ett individanpassat program, och stöd via telefonsamtal.

styrke-, flexibilitets- och balansträning. I båda interventionerna utfördes noggranna fysiska för- och eftertester av kondition, styrka, funktion, blodtryck och kropps-konstitution. (Opdenacker et al. 2011)

Studien belyser intressanta aspekter som är relevanta för olika interventionstypers möjligheter att leda till vidmakthållande av fysisk aktivitet. Författarna belyser potentialen hos båda typer av interventioner i hälsosatsningshänseende och ser både fördelar och nackdelar med respektive interventionstyp. Den strukturerade träningsanläggningsbaserade interventionstypen har fördelen att kvantiteten och kvaliteten av träningen kan övervakas och kontrolleras. Dock är dessa interventioner mer kostsamma, samtidigt som många äldre upplever att det är svårare att ta sig till en anläggning för att träna, samt att det även kan vara svårare att på egen hand fortsätta träna efter interventionens slut. Hembaserade interventioner har fördelen att deltagarna lär sig integrera den fysiska aktiviteten i sina egna liv, och att det därför potentiellt är lättare för deltagarna att bibehålla sin fysiska aktivitet efter interventionens slut, då de inte måste ta sig till en träningsanläggning för att fortsätta. En annan intressant aspekt som framkom i studien är att även deltagarna i kontrollgruppen signifikant hade förbättrat sin kondition vid uppföljningstestet jämfört med eftertestet. Deltagarna i kontrollgruppen ökade också sin fysiska aktivitetsnivå, vilket kan förklaras med att det i sig kan vara motiverande eller medvetandegörande att vara med om olika hälsotester. Detta är något som talar för att det är positivt i hälsosatsningshänseende att inkludera fysiska tester. (Opdenacker et al. 2011)

1.3.2. Motivationsperspektiv: fysisk aktivitet

Det finns mycket forskning kring motivationens betydelse för fysiska aktivitetsvanor, sett till ett vitt spann av åldersgrupper (Dacey 2009; Resnick 2007; Ryan & Deci 2007). SDT har applicerats i en rad olika interventionskontexter, exempelvis SDT-baserade interventioner, som syftar till att skapa motivation för fysisk aktivitet (Fortier et al. 2007; Silva et al. 2010). Det finns också exempel på interventioner med fysisk aktivitet, där man med enkäter och skalor ämnat mäta olika former av motivation till fysisk aktivitet (Teixeira et al. 2012). Förändring eller vidmakthållande av motionsvanor efter interventioner med fysisk aktivitet, har också varit fokus i olika former av uppföljningsstudier (Stephan et al. 2010; Teixeira et al. 2012). Även SDT-s användbarhet i relation till att påverka eller förklara hälsobeteenden, samt teorins kompatibilitet med exempelvis *Motivational Interviewing* (MI), har undersökts (Patrick & Williams 2012). Få experimentella studier har genomförts, tvärsnittsstudier är vanligast och väldigt få studier har utvärderat *amotivation* i förhållande till de andra motivationsformerna (Teixeira et al. 2012). Föreliggande forskning visar sammanfattningsvis att motivation för fysisk aktivitet ofta är komplex, på så vis att flera olika typer av motivation förekommer samtidigt inför en och samma aktivitet (Stephan et al. 2010). Vissa kombinationer av motivation tycks

dock i större utsträckning leda till regelbundna och varaktiga motionsvanor. Exempelvis tycks en hög autonomi, det vill säga en kombination av *inre motivation* (glädjen styr), *integrerad reglering* (värdesätter aktiviteten) och *identifierad reglering* (man gillar vad det ger), starkast predicera fysisk aktivitet. (Dacey, Baltzell & Zaichkowsky 2008; Kuvaja-Köllner, Valtonen, Komulainen, Hassinen & Rauramaa 2012; Teixeira et al. 2012) *Introjicerad reglering* (för att slippa dåligt samvete) och frånvaro av *amotivation* (totalt ointresse) tycks vidare också vara fördelaktigt sett till motivation för fysisk aktivitet (Dacey 2009; Stephan et al. 2010). Tvärtom tycks kombinationen av låg nivå av autonomi, exempelvis *yttre reglering* (man vill belönas av andra), och högre grad av *amotivation* minska benägenheten till att vara aktiv (Stephan et al. 2010). Forskningen har även visat att omkringliggande faktorer kan påverka motivationen och motionsbeteendet, exempelvis har de som deltagit i hembaserade interventioner, till skillnad från träningsanläggningsbaserade, lättare att fortsätta efter interventionens slut, även om de inte får lika bra träningseffekt som de som varit med i träningsanläggningsbaserade (Hickerson et al. 2008; Neupert et al. 2009). Dessutom kan det, som tidigare nämnts, vara motiverande i sig, att vara med om olika former av fysiska tester i samband med en intervention (Opdenacker et al. 2011).

Även om forskningsintresset för motivation i relation till fysisk aktivitet ökat kraftigt de senaste åren, finns mycket kvar att beforska. Detta framhålls i en systematisk genomgång av Teixeira, Carraca, Markland, Silva och Ryan (2012), där föreliggande empirisk forskningslitteratur från 1960-2011, som berör nyckelbegrepp inom SDT i relation till interventioner och motionsbeteenden, inkluderats. Totalt 66 studier är inkluderade i genomgången, varav majoriteten⁶ har publicerats de senaste sex åren (efter 2007). Studierna i denna systematiska genomgång har handlat om hälso- och fritidsrelaterad fysisk aktivitet hos vuxna⁷, dock inte seniorer. Majoriteten⁸ av dessa studier har omfattat kvantitativ analys av självrapporterad fysisk aktivitet samt självrapporterad motivation, med olika SDT-enkäter. (Teixeira et al. 2012)

Stephan, Boiché och Le Scanff (2010) har i en intressant studie fokuserat på äldre kvinnors träningsmotivation ur ett SDT-perspektiv. Även om studien inte är någon uppföljningsstudie är den intressant då den belyser motivationens betydelse för vidmakthållande av aktivitetsbeteenden, samtidigt som den hör till en av de få studier där amotivation analyserats. I denna studie jämfördes motivationen

⁶ 53 av dessa 66

⁷ Där deltagarna var 25-65 år, varför studier där barn, ungdomar eller elitidrottare uteslutits.

⁸ 55st

hos de kvinnor som valt att fullfölja en organiserad träningsintervention, med motivationen hos dem som hoppat av interventionen. 332 kvinnor fullföljde interventionen och 242 hoppade av. Kvinnorna fick fylla i enkäter om upplevd hälsa, träningsmotivation och aktivitetsdeltagande. (Stephan et al. 2010) Motivationen visade sig vara avgörande för om kvinnorna fullföljde programmet eller inte, samtidigt som det blev tydligt att det sällan rörde sig om en typ av motivation, utan om en komplex kombination av motivation. Vissa typer av motivation associerades med ett visst beteende. De kvinnor som hoppat av hade lägre nivå av upplevd autonomi och en högre nivå av *amotivation*, jämfört med kvinnorna som fortsatte. De som fortsatte hade högre nivå av *inre motivation*, och två former av yttre motivation: *identifierad reglering* och *introjicerad reglering* samt lägre nivå av *amotivation*, jämfört med dem som hoppat av. (Stephan et al. 2010) Generaliserbarheten hos studien kan emellertid ifrågasättas ur ett könsperspektiv eftersom den enbart omfattat kvinnor.

I en intressant uppföljningsstudie av Neupert, Lachman och Whitbourne (2009) belyses också vikten av motivation för att vidmakthålla fysisk aktivitet under och efter en intervention. Denna korrelationsstudie omfattade en sex månader lång videobaserad styrketränningsintervention⁹ med seniordeltagare, där man undersökte träningsrelaterad självtillit (kompetensupplevelse: ett av de psykologiska basbehoven) och dess inverkan på träningsbeteendet under och efter interventionen. Deltagarna följdes upp tre gånger: efter tre månader, vid interventionens slut, samt cirka ett år efter interventionens slut. Sammanlagt 102 kvinnor och män deltog. Studien fann att en för individen märkbar styrkeökning predicerade fortsatt träning, eftersom det fungerade som en motivationsfaktor sett till träningsrelaterad självtillit (det vill säga *kompetens*, ett av de psykologiska basbehoven). De deltagare som redan vid tremånaderskontrollen hade ökat intensiteten¹⁰ visade sig vid sexmånaderskontrollen vara mer benägna att fortsätta med sin träning, likaså vid ettårsuppföljningen. (Neupert et al. 2009) Att träningen var hembaserad, och ej övervakad, kan ses som en nackdel. Däremot var det instruktörsledda videobandet standardiserat på så vis att alla deltagare fick exakt samma instruktioner, samt att deltagarna kunde genomföra träningen när de passade dem, utan att behöva ta sig någonstans, vilket kan ses som fördelaktigt ur motivationssynpunkt. Andra svagheter med studien är att det inte utförts några fysiologiska mätningar av styrkeprogressionen, utan att resultaten endast grundats på deltagarnas självrapporterade progression och träning. Att deltagarna själva fått avgöra när det var dags att öka intensiteten, kan också vara en nackdel. Ingen kontroll- eller

⁹ Interventionen innebar ett styrketränningsprogram, där deltagarna individuellt fick träna hemma till en träningsvideo. Träningen bestod av tio gummibandsövningar, med durationen 35 minuter, tre dagar i veckan. De fick också två hembesök av en tränare som omfattade dels motivationssamtal, dels praktiska råd. (Neupert et al 2009)

¹⁰ Det vill säga, gått över till tjockare gummiband

jämförelsegrupp fanns, vilket hade varit önskvärt. (Neupert et al. 2009)

1.4.Syfte och frågeställningar

Syftet har varit att undersöka om GIH:s tre månader långa hälsoprojekt¹¹, på sikt kan ha haft effekt på deltagarnas aktivitetsvanor. En annan målsättning har varit att studera deltagarnas motivation till motion vid uppföljningen.

Frågeställningar:

- Hur såg seniorernas aktivitetsnivå ut vid uppföljningen tio månader efter projektslutet, jämfört med hur den såg ut före och precis efter deltagandet i hälsoprojektet?
- Hur såg seniorernas motivation till motion ut vid uppföljningen, tio månader efter hälsoprojektet?

2.METOD

En enkät, sammansatt av delar från fyra olika enkäter, skickades ut till 200 av seniordeltagarna i GIH:s hälsoprojekt vårterminen 2012. Enkätfrågorna togs från *GIH:s hälsoenkät*, *Socialstyrelsens aktivitetsenkät*, *Motivation for Physical Activity Measurement-Revised* (MPAM-R; Frederick & Ryan 1997) samt *The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire Revised Version* (BREQ-2; Markland & Tobin 2004).

2.1.Deltagare

Totalt 152 personer av 200 besvarade enkäten (som ses i bilaga 2-4), varav 97 var kvinnor och 55 var män. Medelåldern för kvinnorna var $72,5 \pm 6,0$ (64-91) år och medelåldern för männen var $73,0 \pm 5,0$ (66-89) år.

¹¹ som innehöll åtta veckor med ledarledd fysisk aktivitet två gånger i veckan, samt hälsosamtal och individuella hälsotester vid projektets start och slut

2.2.Urval

GIH:s hälsoprojekt omfattade flera olika grupper och har varit förlagda på Gymnastik- och idrottshögskolan samt i olika lokaler i tre olika kommuner i Stockholms län. I vissa projektgrupper var deltagarna åldersmässigt en heterogen grupp, samtidigt som vissa projekt på GIH inriktade sig på bland annat individer med depression. I två av de deltagande kommunerna var samtliga deltagare seniorer. Enbart seniorgrupperna följdes upp i den här undersökningen eftersom det var av intresse att fokusera på en mer homogen målgrupp. I en av dessa kommuner bedrevs totalt åtta stycken hälsoprojekt med sammanlagt 223 deltagare, medan det i en annan kommun enbart bedrevs ett hälsoprojekt med totalt 13 deltagare. Gemensamma nämnare för de hälsoprojekt som bedrevs i dessa två kommuner vårterminen 2012 var: seniordeltagare, standardiserade för-och eftertester med motiverande samtal vid projektstart- och slut, samt ledarledd träning två gånger per vecka under åtta veckor. Projekten omfattade olika typer av träning¹², anpassat till olika grupper och träningsanläggningar och leddes av olika personer (hälsopedagogstudenter eller idrottslärostudenter från GIH).

Hälsoprojektens olika utformning och ledning i de båda kommunerna, kan ha påverkat förutsättningarna för fortsatt aktivitet efter projekten, samt seniorernas motivation för motion. Värningen till de olika projekten i de två i studien inkluderade kommunerna gick till på lite olika sätt, och deltagarna hade efter avslutat projekt olika förutsättningar att fortsätta träna. Projekten i ena kommunen drevs som ett samarbete mellan kommunens äldreomsorg, GIH, och olika träningsanläggningar i kommunen. Seniorerna i denna kommun fick information om projekten bland annat via lokal media, varpå de fick anmäla intresse via kommunens hemsida eller via blanketter som fanns på kommunhuset. I anmälan fick de uppge vilken form av aktivitet de önskade, samt vilken intensitet de var intresserade av. Därefter delades de in i olika grupper som matchade deras önskemål och träningsanläggningens förutsättningar¹³. De olika träningsanläggningarna i denna kommun öppnade kostnadsfritt upp sina lokaler för hälsoprojekten under de tider då anläggningarna stod mer eller mindre tomma, i förhoppning om att kunna värva seniorerna som nya kunder efter projekten. Vissa anläggningar valde att erbjuda seniorerna specialerbjudanden med rabatter vissa klockslag om de ville fortsätta efter projektets slut.

¹² Framförallt vattengympa, stavgång, styrketräning, gympa.

¹³ Var de exempelvis intresserade av vattengympa hamnade de på Turkosen Medley, ville de styrketräna hamnade de på Actic, ville de gå ner i vikt hamnade de på itrim o.s.v.

Situationen i den andra kommunen skiljde sig vidare något från hur det såg ut i den ovan beskrivna. I denna kommun bedrevs projektet som ett samarbete med kommunens seniorcenter och GIH. Detta seniorcenter är en kommunalt driven dagverksamhet dit alla kommunens seniorer är välkomna. Där kan de kostnadsfritt delta i cirka 13 ledarledda rörelsepass per vecka, fika, gå kurser med mera. Värningen i denna kommun gick till som så att seniorerna fick skriva upp sig på en intresselista som fanns på seniorcentret. Därefter kontaktade projektledarna i kommunen seniorerna. Denna (enstaka) grupp blev relativt liten (13 deltagare) och deltagarna kunde inte välja mellan olika former av aktiviteter. Däremot kunde de kostnadsfritt fortsätta träna på seniorcentrets egna pass efter projektets slut, i samma lokal, ungefär samma tider och dagar, i mån av plats.

Två av projektgrupperna i den förstnämnda kommunen, uteslöts från studien eftersom de skiljde sig från de övriga. Viktminskning var primärt huvudfokus för den ena av dessa uteslutna grupper, vilket ligger utanför syftet med den här uppsatsen. Den andra uteslutna gruppen hade helt andra förutsättningar att fortsätta efter projektets slut, jämfört med de andra projektgrupperna. Detta eftersom de tränade i skolgymnastiksal, som de inte kunde få tillgång till efter projektets slut. Efter det att två projektgrupper uteslutits, återstod det 200 deltagare.

2.3. Enkätmetodik

Hälsoprojektdeltagarnas fysiska aktivitetsvanor och motivation till motion följdes upp kvantitativt med hjälp av en sammansatt enkät, tio månader efter projektets slut. Eftersom kvantitativa mätningar utfördes under hälsoprojektet, föll det sig naturligt att göra uppföljningen med delvis samma enkäter som användes under hälsoprojektet. Enkäten som skickats ut till seniorerna berörde frågor om fysisk aktivitet, upplevd hälsa och motivation för motion. De frågor som berörde fysisk aktivitet hämtades från *GIH:s hälsoenkät* och *Socialstyrelsens aktivitetsenkät*. De frågor som berörde motivation för motion utgjordes av SDT-skalorna *Motivation for Physical Activity Measurement-Revised* (Frederick & Ryan 1997) och amotivationsskalan från *The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire Revised Version* (Markland & Tobin 2004).

Både frågor från GIH:s hälsoenkät och Socialstyrelsens aktivitetsenkät har använts vid uppföljningen, eftersom de användes under hälsoprojektet 2012. Frågor från dessa enkäter har således inkluderats i uppföljningsenkäten, eftersom dessa mäter olika aspekter av fysisk aktivitet och på så vis kompletterar varandra. I frågorna från GIH:s hälsoenkät inkluderas exempelvis "inaktiv"/"stillasittande" tid, och i frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät får deltagarna även själva uppge duration vid de olika intensiteterna "fysisk träning" och "vardagsmotion". Frågorna från MPAM-R och BREQ-2 användes inte under Hälsoprojektet 2012, men inkluderades i den utskickade uppföljningsenkäten eftersom syftet

med denna studie delvis varit att studera seniorernas motivation till motion tio månader efter hälsoprojektdeltagandet.

Den utskickade enkätens olika delar kan ses i bilaga 2-4. Närmare förklaring av de olika delarna i enkäten som använts i den här undersökningen, presenteras nedan.

2.3.1. GIH:s Hälsoenkät

GIH:s hälsoenkät är ett frågeformulär som behandlar hälsa och välbefinnande, både kroppsligt och psykiskt. Frågorna besvaras via kryssrutor, vid enstaka tillfällen även via egna kommentarer. Den är framtagen av GIH:s hälsotestgrupp. (Andersson, Broman, Egholt, Ekblom, Fredriksson, Hultgren, Kirkegaard, Lindberg, Nilsson, Oddsson, Ovendal, Strand, Söderlund, Thedin Jakobsson, Wahlgren & Wedman 2011) GIH:s hälsoenkät innehåller nio frågor om upplevd hälsa, nio frågor om fysisk aktivitet, nio frågor om kost (tobak och alkohol), 20 frågor om medicinsk status, en fråga om framtid, sju frågor om övrig information (exempelvis utbildningsnivå och etnicitet). Flera svarsalternativ ges, och det alternativ som stämmer bäst kryssas för. Exempel på fråga avseende fysisk aktivitet är *"Hur många dagar per vecka är du vanligtvis fysiskt aktiv minst 30 minuter sammanlagd tid? (minst snabb promenadtakt)*. Svarsalternativen lyder: *"6-7 dagar/v", "4-5 dagar/v", "2-3 dagar/v", "1 dag/v", "0 dag/v"*. I den utskickade uppföljningsenkäten har även en fråga avseende aktivitetsvanor efter hälsoprojektet lagts till, som besvaras på samma sätt som övriga frågor i enkäten. Samtliga använda frågor om fysisk aktivitet från GIH:s hälsoenkät ses i bilaga 2.

2.3.2. Socialstyrelsens aktivitetsenkät

Socialstyrelsens aktivitetsenkät är framtagen av Socialstyrelsen, för bedömning av patienters grad av fysisk aktivitet, i linje med utformandet av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011, s. 16-18). Den användes i samband med GIH:s hälsoprojekt för första gången 2012. Den mäter fysisk aktivitet, liksom GIH:s hälsoenkät. I Socialstyrelsens enkät får deltagarna även själva skatta antalet minuter med måttlig och intensiv nivå per dag och vecka. Eftersom den kompletterar den information som fås via GIH:s hälsoenkät, inkluderades den även vid uppföljningen. Socialstyrelsens aktivitetsenkät innehåller fyra frågor. Första frågan lyder *"Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning, som får dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik, bollsport?"* Svaret anges först i kategorier (*"0 minuter/ Ingen tid", "upp till 30 minuter (upp till 0,5 timme)", "31-60 minuter (>0,5 – 1 timme)", "61-90 minuter (>1 – 1,5 timmar)", "91-120 minuter (>1,5 – 2 timmar)", "mer än 120 minuter (>2 timmar)"*). Därefter anges svaret i antal minuter per

vecka. Nästa fråga ser ut på samma vis, men berör vardagsmotion. De två sista frågorna berör också vardagsmotion och fysisk träning, dock specificerat per dag, för en hel vecka. Resultaten från frågorna om vardagsmotion och fysisk träning räknas ihop till "aktivitetsminuter". Fysisk träning ger högre antal aktivitetsminuter än vardagsmotion (fysisk träning räknas dubbelt). Det är önskvärt att det totala antalet aktivitetsminuter uppgår till minst 150 minuter per vecka. (Socialstyrelsen 2011, s. 16-18). Frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät som användes i uppföljningsenkäten ses i bilaga 3.

2.3.3. Motivation for Physical Activity Measurement-Revised

Skalan *Motivation for Physical Activity Measurement* (MPAM; Frederick & Ryan 1993) utvecklades för bedömning av träningsmotivation i linje med SDT: s ramverk. *Motivation for Physical Activity Measurement-Revised* (MPAM-R; Frederick & Ryan 1997) är en revidering av MPAM och representerar fem motiv till fysisk aktivitet; utveckling, glädje, utseende, hälsa och sociala anledningar¹⁴ (Wilson 2012, s. 296-298). Skalan innehåller påståenden som respondenten ska ta ställning till, i förhållande till sin aktivitet, och varför hen motionerar. Skattningsskalan sträcker sig från 1-7, där 1 motsvarar "instämmer inte alls" och 7 motsvarar "instämmer helt". (Wilson 2012, s. 296-298) Exempel på påståenden från enkäten, som tillhör respektive kategori är "För att det gör mig glad" (kategori glädjeskäl, inre motivation), "För att jag vill få nya färdigheter" (kategori utvecklingsskäl, yttre motivation), "För att jag vill vara i god fysisk form" (kategori hälsoskäl, yttre motivation), "För att jag vill träffa nya människor" (kategori sociala skäl, yttre motivation), samt "För att jag vill förbättra min kroppsform/figur" (kategori utseendes skäl, yttre motivation). Frågorna från MPAM-R (samt BREQ-2) som användes i uppföljningsenkäten kan ses i bilaga 4.

2.3.4. The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire Revised Version

Skalan *The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire Revised Version* (BREQ-2; Markland & Tobin 2004) är en modifiering av *The Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire* (BREQ; Mullan, Markland & Ingledew 1997). BREQ- skalorna är de mest använda i fråga om mätningar av vad som styr motivation och beteenden inom träningspsykologi. BREQ-2 mäter inre- och yttre motivation, samt amotivation. (Markland 2007) BREQ-2 innehåller påståenden som skall tas ställning till, på samma sätt som i MPAM-R. Eftersom amotivationspåståenden saknas i MPAM-R, kompletterades den med amotivationsskalan från BREQ-2. Amotivationsskalan innehåller fem stycken påståenden, exempel på dessa är: "Jag tycker träning är slöseri med min tid", samt "Jag ser inte

¹⁴ Skalan reviderades för att man skulle kunna särskilja mellan olika aspekter av anledningar, sett till utseende och hälsa, båda tillhörandes yttre motivation. Tidigare tillhörde dessa motiv samma kategori. Även frågor som handlar om social interaktion, som ett yttre motiv, lades till.

poängen med att träna”. Samtliga frågor från BREQ-2 (och MPAM-R) som användes i uppföljningsenkäten kan ses i bilaga 4.

2.4. Reliabilitet och validitet

GIH:s hälsoenkät i sin nuvarande form har inte testats för reliabilitet och validitet, men frågorna bygger på tidigare använda hälsoenkätfrågor, från exempelvis *LIV 2000*, *IPAQ*, *HPB*, *VHU* och *SIH* (Andersson et al. 2011). GIH:s hälsoenkät har också använts på ett stort antal personer. Den bearbetas och utvärderas även fortlöpande i forsknings- och utvecklingsarbetet vid GIH, samt inom utbildningen vid GIH. (Andersson et al. 2011) Socialstyrelsens aktivitetsenkät har inte heller testats för reliabilitet och validitet, dock har den använts på ett stort antal personer. Reliabilitetsstudier pågår emellertid av Socialstyrelsens aktivitetsenkät samt GIH:s hälsoenkät i skrivandets stund. Även studier av dessa två enkäters validitet har initierats med parallella accelerometermätningar inom GIH:s hälsoprojekt vårterminen 2013. MPAM-R utvecklades baserat på pilotstudier, litteratur och behovet av en skala som kan användas brett inom fältet, sport, träning och motion (Wilson 2012, s. 296-298). MPAM-R har använts i flera studier, dock i begränsande omfattning, jämfört med exempelvis BREQ-2¹⁵. Men tillgängliga bevis pekar åt att MPAM-R är reliabel på så vis att den påverkas minimalt av mätfel (Wilson 2012, s. 296-298). Skalan har visat sig vara valid, sett till relationen mellan vilka psykologiska behov som uppfylls i och med fysisk aktivitet, och beteendemönster¹⁶ (Wilson 2012, s. 296-298). Sammanfattningsvis kan MPAM-R ses som användbar vid mätningar av ett brett spektrum av motiv som representerar antingen inre eller yttre anledningar för fysisk aktivitet (Wilson 2012, s. 296-298). Detsamma kan sägas om BREQ-2 som är den mest använda skalan inom SDT, sett till fysisk aktivitet (Markland 2007). Som med alla självskattningsformulär finns dock vissa problem sett till reliabilitet och validitet. Det förutsätter att den som svarar på frågorna förstått frågorna och svarar sanningsenligt. Därtill kan det finnas minnesproblem.

2.5. Etiska aspekter

Deltagarna fick i missivbrevet information om undersökningens syfte, samt att det var frivilligt att delta. Där fanns också kontaktuppgifter med en uppmaning att ta kontakt vid eventuella frågor eller funderingar. Deltagarna fick också skriva under på att de gav sitt medgivande till att deras uppgifter

¹⁵ Exempelvis användes MPAM-R i 6 av de 12 studierna i *Exercise, Physical Activity, and Self-Determination Theory: A Systematic Review* av Teixeira et al (2012), där träningsmotiv/mål eller motivation för motion och motionsbeteenden studerades. I 15 av de 66 genomgångna studierna i samma artikel användes BREQ-2 (Behavioural Regulation in exercise Questionnaire revised version) för att mäta motivationsreglering.

¹⁶ Utseendemotiven verkar dock inte korrelera med träningsbeteende, medan de andra fyra MPAM-R kategorierna var associerade med fysisk aktivitet.

fick användas konfidentiellt, och presenteras anonymt, även om de behövde uppge namn, för att det skulle vara möjligt att analysera insamlad data korrekt, det vill säga matcha uppföljningsdata med äldre data från 2012. Om frågorna i enkäten upplevdes för personliga hade respondenterna möjlighet att hoppa över dessa. All data har sparats och förvarats så att ingen utomstående kan ta del av uppgifterna. Därför kan undersökningen anses ha genomförts i linje med forskningsetiska riktlinjer. (CODEX, Regler och riktlinjer för forskning 2013)

2.6. Tillvägagångssätt

Frågorna från MPAM-R och BREQ-2 som använts i uppföljningsenkäten blandades, för att minska den repetitiva känslan. Skalorna översattes från engelska till svenska för att säkra att samtliga deltagare skulle förstå frågorna. Därefter gjordes en translate-backtranslate procedur av MPAM-R. Det gjordes dock inte för amotivationsskalan från BREQ-2, eftersom dessa påståenden föreföll enkla att översätta utan språkförvrängning. Därefter pilottestades frågorna från MPAM-R och BREQ-2 av sex stycken utomstående aktiva seniorer. Samtliga av de som testade enkätfrågorna upplevde dessa som repetitiva. De ansåg även att vissa påståenden var otydliga. Efter pilottestningen förtydligades därför originalinstruktionen och vissa alternativa synonyma ord lades till där tveksamheter förekommit. Exempelvis lades "figur" till som ett förtydligande synonymt ord till "kroppsform". Vikten av att besvara alla frågor betonades också i instruktionen. Inga frågor togs bort från enkätendelen, och ingen ursprungsbetydelse har ändrats. Samtliga deltagare har sedan tidigare fyllt i frågorna från GIH:s hälsoenkät och Socialstyrelsens aktivitetsenkät tre gånger under projekten i samband med förtest 1, förtest 2 och eftertest. Av den anledningen har enbart motivationsenkätfrågorna pilottestats. Därefter skickades uppföljningsenkäten (med frågor från GIH:s hälsoenkät, Socialstyrelsens aktivitetsenkät, MPAM-R och BREQ-2) ut till seniorerna. De enkäter som besvarats och skickats åter analyserades slutligen i *Statistica*. I denna studie användes data från förtest 2, eftertest, samt uppföljningsenkäten.

2.7. Databearbetning

All databearbetning har skett i *Statistica* och i olika steg. Tidigare data från hälsoprojekten 2012 importerades först. Därefter skapades nya variabler för uppföljningsenkätfrågorna i samma datablad. Respondenternas svar fylldes på med vägledning av deras namn, som kodats i det följande analysförfarandet. För att besvara den första frågeställningen, om aktivitetsnivån vid uppföljningen skiljer sig från hur det såg ut innan hälsoprojektet eller vid eftertestet, analyserades frågor från GIH:s hälsoenkät och Socialstyrelsens aktivitetsenkät stegvis. Först användes nonparametriskt *Friedman ANOVA & Kendall's concordance* (comparing multiple dependent samples) för samtliga frågor, en i

taget. I och med detta test kontrollerades om en statistiskt signifikant skillnad fanns mellan förtestvärde¹⁷ (F), eftertestvärde (E) samt uppföljningsvärde (U). F motsvarar före hälsoprojektet, E motsvarar eftertestvärdet direkt efter avslutat hälsoprojekt och U motsvarar uppföljningen tio månader därefter. Alla analyser genomfördes grupperat utifrån kön, på ett sådant sätt att data för gruppen totalt, kvinnor och män, erhöles samtidigt, i separata flikar. Signifikansnivå för detta test sattes till $p < 0,05$. Förelåg statistiskt signifikant skillnad mellan F, E och U, testades därefter mellan vilka värden (F, E, U) det förelåg en signifikant skillnad med det ickeparametriska *Wilcoxon matched pairs test* (comparing two dependent samples). Om någon av grupperingarna (totalt, kvinnor, män) inte hade ett övergripande statistiskt signifikant värde, uteslöts den grupperingen från vidare analys. Även *Wilcoxon matched pairs test* gjordes stegvis och grupperat utifrån kön. Först testades F mot E, därefter F mot U och slutligen E mot U. Detta för att kunna besvara om det förelåg en statistiskt signifikant skillnad mellan hur aktivitetsnivån såg ut före, direkt efter avslutat hälsoprojekt och vid uppföljningen.

Signifikansnivån för *Wilcoxon matched pairs test* sattes till $p < 0,025$ enligt praxis för parvisa jämförelser av sammanlagt tre sammankopplade mättillfällen. Medelvärdena som erhöles för F, E och U åskådliggör i vilken riktning aktivitetsnivån ändrats för respektive gruppering (se tabeller i resultatdelen).

Analyserna har kontrollerats för internt bortfall. Med detta avses att om en individ inte besvarat en enkätfråga vid något av mättillfällena (F, E, U) uteslöts den individens data från vidare analys, för just den frågan. Analys har således gjorts enbart med kompletta värden för F, E eller U, för respektive fråga, på individnivå. Avseende Socialstyrelsens aktivitetsenkät analyserades fysisk träning, vardagsmotion, samt totala aktivitetsminuter på två olika sätt. Då fysisk träning kan vara 0 minuter per vecka, inkluderades skattade nollor i analysen. Då vardagsmotion eller totala aktivitetsminuter inte kan vara 0 minuter per vecka, såvida man inte är förlamad eller helt sängliggande, uteslöts alla skattade nollor från analysen av detta. Minutmedelvärden har vidare avrundats till närmsta hel- eller halv minut, för att göra det mer lättöverskådligt. Övriga medelvärden från GIH:s hälsoenkät och Socialstyrelsens aktivitetsenkät har avrundats till en decimal, för att göra resultaten mindre röriga. För att kunna besvara den andra frågeställningen rörande hur seniorernas motivation till motion såg ut vid uppföljningen beräknades först medelvärden för respektive motivationskategori (amotivation, utseendeskäl, sociala skäl, glädjeskäl, hälsoskäl, utvecklingsskäl), där de olika variablerna tillhörandes samma kategori först adderades, och därefter dividerades med antalet variabler för respektive kategori. Därefter beräknades medelvärden på gruppnivå. För att se om det fanns en skillnad mellan mäns och kvinnors skattningar

¹⁷ Förtest 2 har använts för analys i denna uppsats, ej förtest 1.

gjordes *Mann-Whitney U Test*, för respektive motivationskategori. Resultaten från motivationsdelen avrundades till två decimaler.

3.RESULTAT

Av totalt 200 utskickade enkäter, besvarades 152 stycken, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 76%. Således var det externa bortfallet relativt litet (24%). Det interna bortfallet skiljer sig åt mellan olika delar av uppföljningsenkäten. I frågorna från GIH:s hälsoenkät varierade antalet svarande individer mellan 117-150. I frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät varierade antalet svarande individer mellan 49-72. I motivationsdelen varierade antal svarande mellan 146-151.

Sammanfattningsvis hade seniorerna ökat sin totala aktivitetsnivå vid eftertestet, men de hade vid uppföljningen vanligen återgått till samma aktivitetsvanor som de hade innan hälsoprojektet. Avseende fysisk och psykisk hälsa erhöles ingen statistiskt signifikant skillnad före (F), precis efter (E) eller vid uppföljningen (U) av hälsoprojektet. Avseende fysisk aktivitet (måttlig eller hög intensitet) i minst 30 minuter sammanlagd tid, antal dagar per vecka, erhöles inte heller någon statistisk signifikans mellan de tre olika skattningstillfällena (fråga 2, GIH:s hälsoenkät). Detsamma gällde vanligtvis för skattningarna av vardagsmotion i Socialstyrelsens aktivitetsenkät (fråga 2a,b och 4). Det tyder på att det var främst den fysiska träningen som hade ökat precis vid projektets slut. Nedan presenteras resultaten, där resultaten för gruppen totalt sett, samt kvinnor och män, åskådliggörs.¹⁸

Sammanfattningsvis framkom av seniorernas skattningar av motivation till fysisk aktivitet vid uppföljningen tio månader efter projektets slut, en positiv motivationskombination. Det vill säga en högre grad av *autonoma* former av motivation (exempelvis *inre motivation*, *integrerad reglering* samt *identifierad reglering*), och en lägre grad av *kontrollerade* former av motivation (exempelvis *introjicerad reglering* eller *yttre reglering*), samt en synnerligen låg *amotivation*. (För närmare definition av de olika formerna av motivation, se *figur 1*, s. 6, i avsnittet teoretiska utgångspunkter).

¹⁸ I de resultat som presenteras nedan, har alla interna bortfall tagits bort i analysen, enligt det förfarande som beskrivits i databearbetning ovan. Analys har således gjorts enbart för de individer med tre kompletta värden för F, E eller U, för respektive fråga. Frågor, där egna skattade siffror uppgetts för vardagsmotion i Socialstyrelsens aktivitetsenkät, analyserades utan nollor. Detsamma gäller för analys av totala aktivitetsminuter. Fysisk träning har däremot analyserats med nollor (se förklarande stycke i metod och sammanfattande diskussion).

3.1.Seniorernas aktivitetsnivå vid uppföljningen, jämfört med innan hälsoprojektet och vid projektets slut

3.1.1.GIH:s hälsoenkät

De frågor från GIH:s hälsoenkät som använts i undersökningen ses i bilaga 2.

Tabell 1: Svettiga aktiviteter, antal dagar per vecka (fråga 1)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Medel före	3,0 ± 1,07	3,0 ± 1,1	3,0 ± 1,0
Medel efter	3,4 ± 0,9	3,5 ± 0,9	3,3 ± 0,9
Medel uppföljning	3,1 ± 0,9	3,1 ± 0,9	3,1 ± 0,9
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning p = ≤ 0,05	* (n = 128)	* (n = 79)	> 0,05 (n = 49)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 57)	* (n = 39)	
Före vs. uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,05 (n = 91)	> 0,05 (n = 60)	
Efter vs. uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 91)	* (n = 60)	

Tabell 1 visar aktivitetsnivåer före, efter och vid uppföljning.

Då medelvärdet ökade vid eftertestet för kvinnor och gruppen totalt sett, betyder det att dessa gick från att röra sig svettiga någon gång ibland, till att närma sig flera gånger i veckan (Tabell 1). Gruppen i stort och kvinnorna har vid uppföljningen tio månader efter hälsoprojektet gått tillbaka till sina ursprungliga vanor, eftersom det inte föreligger någon statistiskt signifikant skillnad mellan förtestvärde och uppföljningsvärde.¹⁹ Männerna tycks ha bibehållit samma grad av svettiga aktiviteter under samtliga tre mättillfällen, eftersom det inte finns någon signifikant skillnad mellan dessa.

¹⁹ Deltagarna har här svarat på frågan "vilket alternativ överensstämmer bäst med dig som person?" Medelvärdet 2 motsvarar "jag rör mig en hel del men aldrig så att jag blir andfädd och svettig", medelvärdet 3 motsvarar "jag rör mig en hel del och blir svettig och andfädd någon gång ibland". Medelvärdet 4 motsvarar "jag rör mig så att jag blir svettig och andfädd flera gånger i veckan".

Tabell 2: Vardagsmotion minst 30 minuter sammanlagd tid, antal dagar per vecka (fråga 2)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	3,4 ± 1,0	3,5 ± 1,0	3,4 ± 0,8
Efter	3,6 ± 1,0	3,7 ± 1,0	3,5 ± 0,9
Uppföljning	3,6 ± 0,9	3,6 ± 0,9	3,5 ± 0,9
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	> 0,05 (n = 128)	> 0,05 (n = 80)	> 0,05 (n = 48)

Tabell 2 visar vardagsmotion minst 30 min per dag, antal dagar per vecka, skattat före, efter och vid uppföljning.

Avseende fysisk aktivitet minst 30 minuter sammanlagd tid, antal dagar per vecka, erhöles inte någon statistisk signifikans mellan de tre olika skattningstillfällena (Tabell 2).

Tabell 3 : Aktiv minst 60 minuter, antal dagar per vecka (fråga 3)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,8 ± 1,1	2,8 ± 1,1	2,7 ± 1,1
Efter	3,0 ± 1,0	3,0 ± 1,1	2,9 ± 0,9
Uppföljning	2,7 ± 0,9	2,8 ± 0,9	2,6 ± 0,8
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 125)	> 0,05 (n = 80)	> 0,05 (n = 45)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	> 0,025 ²⁰ (n = 60)		
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 79)		
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 78)		

Tabell 3 visar aktivitet minst 60 min, antal dagar per vecka, skattat före, efter och vid uppföljning.

²⁰ P < 0,05. Hade enbart jämförelse mellan hur det såg ut innan hälsoprojektet och vid eftertestet gjorts, hade det varit statistiskt signifikant.

För gruppen totalt sett förelåg en statistiskt signifikant skillnad mellan hur många dagar per vecka de vanligtvis var fysiskt aktiva minst 60 minuter sammanlagd tid (med måttlig eller hög intensitet). Vid jämförelser mellan vilka av dessa mättillfällen det fanns en skillnad framkom ingen statistisk signifikans. Dock fanns för gruppen i stort en tydlig trend till att ha ökat antalet dagar per vecka då de var fysiskt aktiva minst 60 minuter sammanlagd tid, vid eftertestet, jämfört med innan hälsoprojektet (Tabell 3).²¹

Tabell 4: Tillfredsställt motionsbehov (fråga 4)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,8 ± 0,9	2,8 ± 1,0	2,9 ± 0,8
Efter	3,2 ± 0,7	3,2 ± 0,6	3,1 ± 0,8
Uppföljning	3,0 ± 0,7	3,0 ± 0,8	2,9 ± 0,7
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 131)	* (n = 81)	* (n = 50)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 47)	* (n = 33)	* (n = 14)
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 71)	> 0,025 (n = 47)	> 0,025 (n = 24)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 61)	> 0,025 (n = 39)	> 0,025 (n = 22)

Tabell 4 visar skattning av tillfredsställt motionsbehov före, efter och vid uppföljning.

Statistiskt signifikant ökat tillfredsställt motionsbehov sågs vid eftertestet jämfört med innan hälsoprojektet, totalt sett, för kvinnor och män (Tabell 4). Däremot fanns ingen skillnad mellan tillfredsställelsen av motionsbehovet vid jämförelse av hur det såg ut innan deltagande i hälsoprojektet, jämfört med hur det såg ut vid uppföljningen. Den statistiskt signifikanta minskningen av det tillfredsställda motionsbehovet vid uppföljningen jämfört med vid eftertestet visar samma tendens.²²

²¹ Medelvärde 1 motsvarar att man vanligtvis är fysiskt aktiv minst 60 min sammanlagd tid ingen dag per vecka, medelvärde 2 motsvarar en dag per vecka, medelvärde 3 motsvarar att det rör sig om 2-3 dagar per vecka, och medelvärde 4 motsvarar 4-5 dagar per vecka.

²² Medelvärde 4 motsvarar att den motion man får idag tillfredsställer ens behov att röra på sig helt och hållet, medelvärde 3 delvis, medelvärde 2 ganska dåligt och medelvärde 1 inte alls.

Tabell 5: Förändrade motionsvanor, senaste 6 månaderna (fråga 5)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,9 ± 0,8	3,0 ± 0,9	2,9 ± 0,7
Efter	3,9 ± 0,8	3,9 ± 0,8	3,7 ± 0,7
Uppföljning	3,0 ± 0,8	3,0 ± 0,9	3,0 ± 0,7
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 128)	* (n = 79)	* (n = 49)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 83)	* (n = 51)	* (n = 32)
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 73)	> 0,025 (n = 45)	> 0,025 (n = 28)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 103)	* (n = 67)	* (n = 36)

Tabell 5 visar skattning av förändrade motionsvanor de senaste 6 månaderna före, efter och vid uppföljning.

Vid eftertestet skattade samtliga grupper att de under de senaste sex månaderna hade ökat sin motion, vilket var statistiskt signifikant. Däremot fanns ingen skillnad mellan hur de skattade innan hälsoprojektet och vid uppföljningen, då medelvärdet också indikerar att de rörde sig ”som tidigare”²³. Detta betyder att de vid uppföljningen hade samma motionsnivå som de hade innan hälsoprojektdeltagandet. Den statistiskt signifikanta skillnaden i skattning vid uppföljningen, jämfört med hur de skattade vid eftertestet styrker detta, då medelvärdet gick från att ligga närmast ”ökat något”, till att ligga vid ”som tidigare” (Tabell 5).

Motionsvanor efter hälsoprojektet (fråga 6)

Vid uppföljningen lades en enkätfråga till rörande om de förändrat sina motionsvanor efter hälsoprojektet. På detta har gruppen, enligt medelvärdet 3,2 ± 0,8 (n = 150), svarat att de rör sig ”som tidigare”, vilket också är i linje med resultatet i fråga 5.²⁴

²³ Medelvärde 4 motsvarar att man de senaste sex månaderna förändrat sina motionsvanor genom att öka något, medelvärde 3 motsvarar som tidigare och medelvärde 2 motsvarar att man minskat något.

²⁴ Medelvärde 1 motsvarar att man efter deltagandet i hälsoprojekt 2012 förändrat sina motionsvanor genom att minska mycket, medelvärde 2 motsvarar att man minskat något, medelvärde 3 som tidigare, medelvärde 4 ökat något och medelvärde 5 ökat mycket.

Vanligaste aktiviteter (fråga 7)

I GIH:s hälsoenkät finns en öppen fråga där respondenten skall ange sina tre vanligaste fysiska aktiviteter. Exempel på seniorernas angivna fysiska aktiviteter är: promenader, stavgång, trädgårds- och hushållsarbete, simning, gympa, sittgympa, gym och golf. Samma aktiviteter återkom vid samtliga tre skattningstillfällen.

Tabell 6: Kroppsligt ansträngande vardag (fråga 8)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	1,4 ± 0,7	1,5 ± 0,7	1,3 ± 0,5
Efter	1,6 ± 0,7	1,6 ± 0,7	1,5 ± 0,6
Uppföljning	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,5	1,2 ± 0,4
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 117)	* (n = 73)	* (n = 44)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 35)	> 0,025 (n = 20)	* (n = 15)
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 37)	> 0,025 (n = 27)	> 0,025 (n = 10)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 59)	* (n = 38)	>0,025 ²⁵ (n = 21)

Tabell 6 visar skattning av ansträngande vardag före, efter och vid uppföljning.

Männen och gruppen totalt sett, men ej kvinnorna, skattade en statistiskt signifikant mer kroppsligt ansträngande vardag (arbete eller motsvarande) vid eftertestet, jämfört med innan hälsoprojektet. Det fanns däremot ingen statistiskt signifikant skillnad mellan hur ansträngande vardagen upplevdes före hälsoprojektet, och hur den upplevdes vid uppföljningen, sett till samtliga grupper (kvinnor, män, totalt). Att det dessutom förelåg en statistiskt signifikant minskning av den kroppsligt ansträngande vardagen vid uppföljningen (för gruppen totalt och kvinnorna) jämfört med hur den skattades vid eftertestet, talar för att samtliga grupper gått tillbaka till sina gamla vanor vid uppföljningen. Dock var

²⁵ p = 0,029

resultatet för männen i den sista jämförelsen inte statistiskt signifikant, även om det fanns en tydlig trend som indikerar samma riktning som för övriga grupper (Tabell 6).²⁶

Tabell 7: Vardagsmotion, till fots eller på cykel (fråga 9)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,4 ± 0,8	2,4 ± 0,8	2,4 ± 0,9
Efter	2,6 ± 0,8	2,6 ± 0,8	2,6 ± 0,9
Uppföljning	2,5 ± 0,8	2,6 ± 0,8	2,4 ± 0,8
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 118)	> 0,05 (n = 79)	* (n = 45)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 50)		> 0,025 (n = 19)
Före vs. uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 54)		> 0,025 (n = 19)
Efter vs. uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 61)		* (n = 16)

Tabell 7 visar skattning av vardagsmotion till fots eller på cykel per dag före, efter och vid uppföljning.

Totalt sett förelåg en statistiskt signifikant ökning av vardagsmotionen i form av aktiv transport mellan platser till fots eller på cykel vid eftertestet jämfört med hur de skattade innan hälsoprojektet. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan hur det såg ut innan och vid uppföljningen, vilket indikerar att gruppen totalt sett gått tillbaka till sina gamla vanor. Männen hade dessutom en statistiskt signifikant minskad vardagsmotion, av detta slag, vid uppföljningen jämfört med vid eftertestet, vilket indikerar att de återgått till gamla vanor (Tabell 7).²⁷

²⁶ Medelvärde 2 innebär att ens dagliga arbete eller motsvarande kroppsligt upplevs ganska ansträngande (går ganska mycket), medelvärde 1 motsvarar ej ansträngande (övervägande stillasittande).

²⁷ Medelvärde 4 motsvarar att man sammanlagt dagligen färdas mellan platser till fots eller på cykel över 60 minuter, medelvärde 3 motsvarar 31-60 minuter, medelvärde 2 motsvarar 10-30 minuter och medelvärde 1 mindre än 10 minuter.

Tabell 8: Stillasittande (fråga 10)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,4 ± 0,7	2,4 ± 0,8	2,4 ± 0,7
Efter	2,6 ± 0,7	2,5 ± 0,7	2,7 ± 0,7
Uppföljning	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,8
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 125)	> 0,05 (n = 79)	* (n = 46)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 51)		* (n = 20)
Före vs. uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 66)		> 0,025 (n = 25)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 86)		* (n = 35)

Tabell 8 visar stillasittande tid per dag före, efter och vid uppföljning.

I denna fråga skall medelvärdena tolkas omvänt mot andra tabeller, vilket betyder att höga medelvärden motsvarar få stillasittande timmar, och låga medelvärden motsvarar fler stillasittande timmar.

Gruppen totalt sett och männen (ej kvinnorna) minskade signifikant antalet timmar stillasittande tid per dag vid eftertestet, jämfört med hur de skattade innan hälsoprojektet. Det fanns inte någon statistiskt signifikant skillnad sett till stillasittande timmar per dag, för någon grupp, då skattningarna vid uppföljningen jämfördes med de innan deltagande i hälsoprojektet. Detta indikerar att vanorna vid uppföljningen var desamma som de varit innan hälsoprojektet. Att det för gruppen totalt och för männen förelåg en signifikant ökning av de stillasittande timmarna vid uppföljningen jämfört med vid eftertestet, indikerar också att de inte bibehållit de vanor de fick under hälsoprojektet (Tabell 8).²⁸

²⁸ Medelvärde 4 motsvarar att man är stillasittande 0-2 timmar per dag, medelvärde 3 motsvarar 3-4 timmar, medelvärde 2 motsvarar 5-7 timmar och medelvärde 1 motsvarar 8 timmar eller mer.

3.1.2.Socialstyrelsens aktivitetsenkät

Frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät ses i bilaga 3. Genomgående för resultaten av Socialstyrelsens aktivitetsenkät ses ett mycket större internt bortfall än för GIH:s frågor om fysisk aktivitet. Det innebär att många hoppat över att besvara denna del.

Tabell 9: Fysisk träning per vecka, tid angett i kategorier (fråga 1a)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	2,9 ± 1,8	3,1 ± 1,8	2,7 ± 1,9
Efter	4,1 ± 1,7	4,2 ± 1,5	3,9 ± 1,8
Uppföljning	2,9 ± 1,8	3,0 ± 1,9	2,7 ± 1,7
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 72)	* (n = 42)	* (n = 30)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 49)	* (n = 27)	* (n = 22)
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 51)	> 0,025 (n = 33)	> 0,025 (n = 18)
Efter vs. uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 65)	* (n = 41)	* (n = 24)

Tabell 9 visar fysisk träning per vecka, svarat i tidskategorier före, efter och vid uppföljning.

Statistiskt signifikant ökad fysisk träning, mätt i förutbestämda tidskategorier, för alla grupper, sågs vid eftertestet jämfört med innan hälsoprojektet. Dock fanns ingen signifikant skillnad mellan hur mycket de angav att de tränade innan hälsoprojektet och vid uppföljningen. Dessutom sågs signifikant lägre tid fysisk träning för alla grupper vid uppföljningen jämfört med vid eftertestet. Det tyder på att de återgått till sina vanliga vanor, avseende fysisk träning, vid uppföljningen (Tabell 9).²⁹

²⁹ Medelvärdena motsvarar hur mycket tid man ägnar åt fysisk träning en vanlig vecka, svaret anges i kategorier. Medelvärde 6 motsvarar mer än 2 timmar, medelvärde 5 motsvarar > 1,5-2 timmar, medelvärde 4 motsvarar > 1-1,5 timmar, medelvärde 3 motsvarar > 0,5-1 timme, medelvärde 2 motsvarar upp till 0,5 timme och medelvärde 1 motsvarar ingen tid.

Tabell 10: Fysisk träning per vecka, tid angett i minuter per vecka (fråga 1b)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	59 ± 72	52 ± 65	70 ± 81
Efter	90 ± 70	90 ± 57	91 ± 88
Uppföljning	67 ± 72	71 ± 79	62 ± 61,5
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 58)	* (n = 34)	> 0,05 (n = 24)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 43)	* (n = 26)	
Före vs. uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 45)	> 0,025 (n = 26)	
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 ³⁰ (n = 45)	> 0,025 ³¹ (n = 27)	

Tabell 10 visar fysisk träning per vecka angett i minuter före, efter och vid uppföljning.

Statistiskt signifikant ökad fysisk träning, uppgett i minuter med egna siffror, vid eftertestet jämfört med före hälsoprojektet, noterades totalt sett och för kvinnor. Ingen signifikant skillnad mellan hur de skattade före deltagande i projektet och vid uppföljningen sågs. Dessutom förekom en tydlig trend avseende minskning av minuter fysisk träning totalt sett och för kvinnor vid uppföljningen, jämfört med vid eftertestet. Det talar för att de vanligtvis återgått till sina ursprungliga vanor avseende fysisk träning. Analysen har gjorts utan bortfall, men med nollor (Tabell 10).³² Noteras bör att standardavvikelsen är i närheten eller till och med större än medelvärdet, vilket indikerar att medelvärdet inte är särskilt pålitligt som värde. Vid kontrollanalys då nollorna uteslöts från analys, oavsett om bortfall uteslöts eller inkluderades, sågs ingen statistisk signifikans alls (totalt, kvinnor, män). Det kan tala för att det blir missvisande att ta bort nollorna då fysisk träning skall analyseras.

³⁰ P = 0,035

³¹ P = 0,033

³² Medelvärdena motsvarar hur mycket tid man ägnar åt fysisk träning en vanlig vecka, svaret anges i minuter. Medelvärdena motsvarar tid i minuter. Minuterna har avrundats till närmsta hel eller halv minut.

Tabell 11: Vardagsmotion per vecka, svars-kategorier i minuter per vecka (2a)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	4,8 ± 1,7	5,0 ± 1,5	4,4 ± 1,8
Efter	5,3 ± 1,4	5,2 ± 1,4	5,3 ± 1,3
Uppföljning	5,1 ± 1,4	5,4 ± 1,2	4,7 ± 1,5
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	> 0,05 (n = 72)	> 0,05 (n = 41)	* (n = 31)
Före vs. efter p = ≤ 0,025			* (n = 18)
Före vs. uppföljning p = ≤ 0,025			> 0,025 (n = 21)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025			> 0,025 (n = 26)

Tabell 11 visar vardagsmotion per vecka angett i tidskategorier före, efter och vid uppföljning.

Statistiskt signifikant ökad vardagsmotion per vecka, angett i förutbestämda tidskategorier, vid eftertestet jämfört med innan hälsoprojektet, för män noterades (ej totalt och för kvinnor). Däremot sågs ingen skillnad mellan skattad vardagsmotion före projektet och vid uppföljningen. Det tyder på att männen återgått till sina gamla vanor (Tabell 11).³³

³³ Medelvärdena motsvarar hur mycket tid man ägnar åt vardagsmotion en vanlig vecka, svaret anges i kategorier. Medelvärde 7 motsvarar mer än 5 timmar, medelvärde 6 motsvarar > 2,5-5 timmar, medelvärde 5 motsvarar > 1,5-2,5 timmar, medelvärde 4 motsvarar >1-1,5 timmar, medelvärde 3 motsvarar >0,5 -1 timme och medelvärde 2 motsvarar upp till 0,5 timme, samt medelvärde 1 motsvarar ingen tid.

Tabell 12: Vardagsmotion i självuppskattade minuter per vecka (fråga 2b)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	174 ± 142	162 ± 91	190 ± 192
Efter	193 ± 117	188 ± 119	199 ± 116
Uppföljning	220 ± 187	224 ± 193	214 ± 238
Skillnader			
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	> 0,05 (n = 49)	> 0,05 (n = 28)	> 0,05 (n = 21)

Tabell 12 visar vardagsmotion angett i minuter per vecka före, efter och vid uppföljning.

För frågan avseende vardagsmotion i självuppskattade minuter per vecka, sågs ingen statistisk signifikans alls (totalt, kvinnor, män). Det var inte heller någon större skillnad sett till mönster eller medelvärden för de olika analysförfarandena oavsett om bortfall inkluderades eller togs bort, eller om nollor uteslöts eller inkluderades i analysen (Tabell 12). Att resultatet inte är signifikant talar för att vardagsmotionen varit oförändrad. Däremot skiljer sig medelvärdena med egna uppgivna siffror (2b) från frågan om vardagsmotion angett i förutbestämda kategorier (2a). Men observera att dessa självuppgivna minuter skulle innebära betydligt högre nivåer av vardagsmotion, jämfört med de fasta svarsalternativen om vardagsmotion (2a). Även om det inte är någon signifikant skillnad, visar medelvärdena från fråga 2b ett annat förändringsmönster, jämfört med övriga resultat. En ökning ses i 2b från F till E och en ytterligare stegring till U. Vanligtvis visar de andra resultaten från övriga frågor att aktivitetsnivån återgått till ursprungsvärdena vid uppföljningen tio månader senare. Observera även att det är stora standardavvikelser.

Tabell 13: Fysisk träning, minuter per dag (fråga 3)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	96 ± 103	86 ± 93	119 ± 116
Efter	144 ± 102	137 ± 99	152 ± 107
Uppföljning	80 ± 102	81 ± 118	79 ± 74
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 65)	* (n = 38)	* (n = 27)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 47)	* (n = 27)	> 0,025 ³⁴ (n = 20)
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 49)	> 0,025 (n = 30)	> 0,025 (n = 19)
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	* (n = 55)	* (n = 35)	* (n = 20)

Tabell 13 visar fysisk träning per dag angett i minuter före, efter och vid uppföljning.

Statistiskt signifikant ökning av fysisk träning framkom, då det specificerats i minuter per dag, vid eftertestet, jämfört med innan hälsoprojektet, totalt sett och för kvinnor (trend för män i samma riktning). Ingen signifikant skillnad sågs mellan hur de tränade innan projektet och vid uppföljningen, avseende alla grupper. Dessutom noterades signifikant mindre fysisk träning, för alla grupper, vid uppföljningen, jämfört med vid eftertestet. Det tyder på att de återgått till gamla vanor avseende fysisk träning (Tabell 13). Noteras bör att standardavvikelsen är nära- eller större än medelvärdet, vilket kan vara en indikation på att medelvärdet inte är särskilt tillförlitligt.

³⁴ p = 0,04

Tabell 14: Vardagsmotion, självuppskattade minuter, specificerat per dag (fråga 4)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	221 ± 156	211 ± 134	234 ± 182
Efter	261 ± 183	242 ± 145	284 ± 222
Uppföljning	266 ± 192	254 ± 123	280 ± 255
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	> 0,05 (n = 70)	> 0,05 (n = 36)	> 0,05 (n = 31)

Tabell 14 visar vardagsmotion per dag angett i minuter före, efter och vid uppföljning.

Ingen statistisk signifikans alls (totalt, kvinnor, män) sågs för vardagsmotion, specificerat i självuppskattade minuter per dag en hel vecka, oavsett om bortfall inkluderades eller togs bort, eller om nollor uteslöts eller inkluderades i analysen (Tabell 14). Det var inte heller någon större skillnad sett till medelvärdena vare sig om nollor uteslöts eller inkluderades. Noteras bör att dessa medelvärden motsvarar mer vardagsmotion än vad som framkommer i 2b, då vardagsmotion skattas med egna minuter, ett värde för en hel vecka.

Tabell 15: Totala aktivitetsminuter, specificerat per dag (fråga 3 x 2 + fråga 4)

Medelvärden			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före	413 ± 258	329 ± 225	459 ± 294
Efter	509 ± 260	471 ± 221	559 ± 299
Uppföljning	446 ± 344	459 ± 393	428 ± 271,5
Skillnader			
Tidpunkt	Totalt	Kvinnor	Män
Före, efter och uppföljning utan uppdelning. p = ≤ 0,05	* (n = 65)	* (n = 37)	> 0,05 (n = 28)
Före vs. efter p = ≤ 0,025	* (n = 58)	* (n = 33)	
Före vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	> 0,025 (n = 63)	> 0,025 (n = 36)	

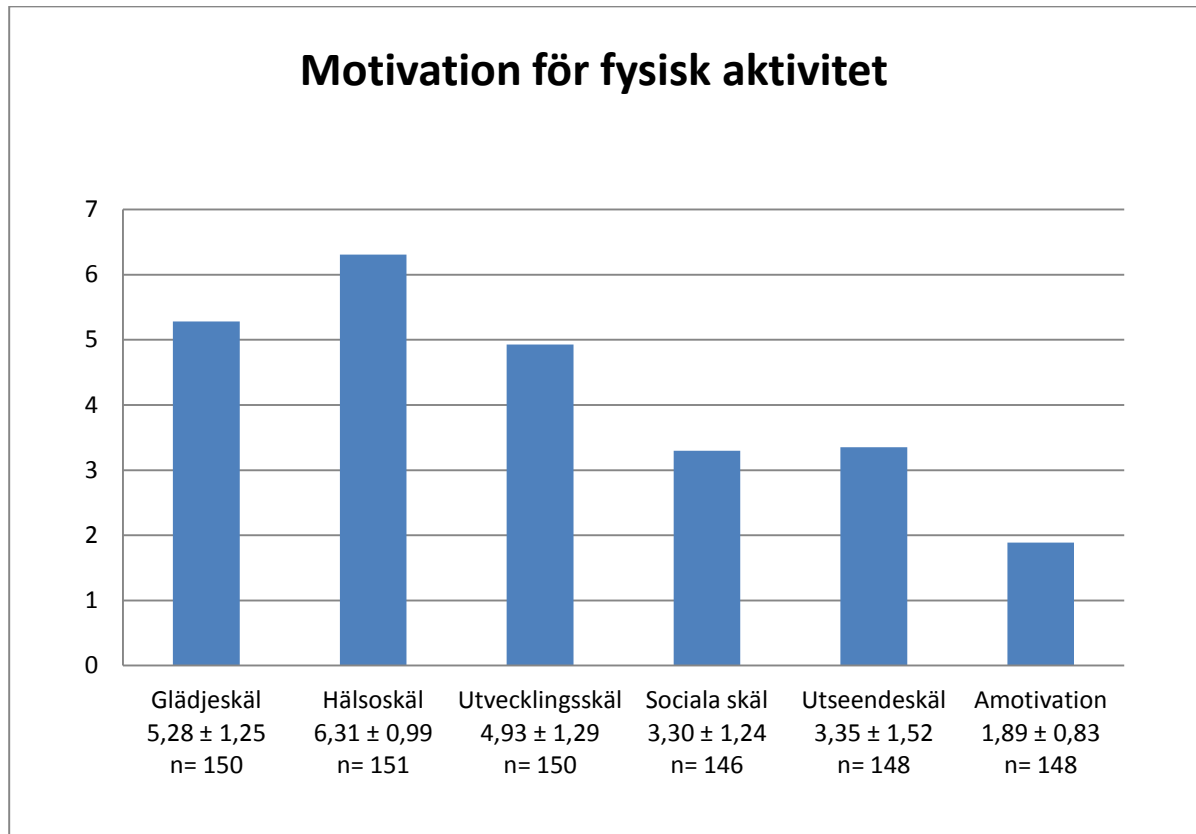
Efter vs. Uppföljning p = ≤ 0,025	*	> 0,025 (n = 35)	
	(n = 62)		

Tabell 15 visar totala aktivitetsminuter per dag före, efter och vid uppföljning.

De totala aktivitetsminuterna är en manuell ihopräkning av fysisk träning, multiplicerat med två (från fråga 3) samt adderande av vardagsmotionen (från fråga 4). Det betyder att dessa aktivitetsminuter bygger på självskattade minuter vardagsmotion och träning, specificerat varje dag, under en hel vecka. En statistiskt signifikant ökning av de totala aktivitetsminuterna sågs vid eftertestet jämfört med innan hälsoprojektet, för kvinnor och totalt sett (ej män). Ingen signifikant skillnad mellan uppföljning och hur de skattade innan hälsoprojektet noterades. Det kan tyda på att de gått tillbaka till sina gamla aktivitetsvanor vid uppföljningen. Detta styrks av att det dessutom är en statistiskt signifikant minskning av aktivitetsminuterna vid uppföljningen jämfört med aktivitetsminuterna vid eftertestet, totalt sett (dock ej för kvinnorna) (Tabell 15). Då det inte är rimligt att de totala aktivitetsminuterna kan bli noll, eftersom det kräver total inaktivitet, så som sängliggande eller förlamning, togs svar med nollor bort. En kontrollanalys har även gjorts med nollor inkluderade. Då framkom resultat som inte ter sig sannolika. Värdena var då vid F och E exempelvis betydligt lägre, jämfört med analys utan nollor. Dessutom skiljde sig förändringsmönstret från de övriga resultaten, med en signifikant ökning från F till E och ytterligare till U.

3.2.Seniorernas motivation till motion vid uppföljningen, cirka ett år efter hälsoprojektdeltagande

Resultaten från MPAM-R och BREQ-2 åskådliggörs nedan i *figur 2*. Då det inte fanns någon statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män, presenteras medelvärden för gruppen totalt sett. Motivationsenkäten ses i bilaga 4.



Figur 2: Genomsnittsvärden samt standardavvikelser för sex olika typer av motivation för fysisk aktivitet.

Som illustreras i figur 2, är det som främst motiverar seniorerna till fysisk aktivitet hälsoskäl: att de på ett eller annat sätt vill förbättra eller bibehålla sina fysiska färdigheter och förmågor. Detta mål tillhör *integrerad reglering*, vilket är den form av yttre motivation som ligger närmast *inre motivation*. Glädjeskäl är den näst högsta angivna anledningen till fysisk aktivitet, vilket betyder att deltagarna i relativt hög grad drivs av *inre motivation*. Utvecklingsskäl hör också till en av de mest angivna anledningarna, att de till exempel vill få nya färdigheter eller bli bättre på sin aktivitet. Utvecklingsskäl hör liksom hälsoskäl till *integrerad reglering*. Utseendeskäl och sociala skäl har av seniorerna skattats relativt lågt jämfört med de ovan nämnda formerna av motivation. Dessa anledningar är konsekvensfokuserade och handlar om att man vill uppnå något som kommer av att man utför

aktiviteten. *Amotivationen* är hos seniorerna synnerligen låg, vilket innebär att de ytterst lite instämmer i att de upplever en total brist på vilja, lust eller energi, när det kommer till fysisk aktivitet.

4.SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Syftet har varit att undersöka om GIH:s tre månader långa hälsoprojekt (som innehöll åtta veckor ledarledd fysisk aktivitet två gånger per vecka, samt hälsosamtal och individuella hälsotester vid projektets start och slut) på sikt kan ha haft effekt på deltagarnas aktivitetsvanor. Därutöver studerades seniorernas motivation till motion tio månader efter projektets slut. Aktivitetsvanorna hos de seniorer som deltog i GIH:s hälsoprojekt i två olika kommuner under våren 2012 följdes upp, dels ur ett aktivitetsperspektiv, dels ur ett motivationsperspektiv. Detta gjordes med hjälp av kvantitativ analys av utskickade självskattningsenkäter.

4.1. Fysisk aktivitet

Det visade sig sammanfattningsvis, sett till de fasta svarsalternativen i uppföljningsenkäten, att seniorernas aktivitetsnivå var högre vid eftertestet jämfört med hur de rörde sig innan deltagandet i projektet och vid uppföljningen tio månader efter projektets slut. Det betyder i stora drag att seniorerna tio månader efter projektets slut vanligen återgått till sina ursprungliga motionsvanor. Så en intervention med ledarledd fysisk aktivitet under åtta veckor tycks ge förbättringar avseende aktivitetsvanor direkt efter projektets slut, men tycks inte räcka för att åstadkomma långsiktiga effekter på seniorernas motionsvanor. Att deltagare går tillbaka till gamla vanor efter en interventions slut är emellertid inte ovanligt (Conn et al. 2003; Opendacker et al. 2011), varför resultatet i denna studie inte är förvånande. Det verkar som om det framförallt var den fysiska träningen som ökat vid eftertestet, medan vardagsmotionen i stort låg på samma nivå. Avseende vardagsmotion i Socialstyrelsens aktivitetsenkät erhöles nämligen ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de tre olika skattningstillfällena, totalt sett. Inte heller avseende fysisk aktivitet, minst 30 minuter sammanlagd tid (måttlig till hög intensitet), antal dagar per vecka, i frågorna från GIH:s hälsoenkät. Möjligen är det så att aktiviteter med minst 30 minuter sammanlagd tid i detta fall motsvarar vardagsmotion (och aktiviteter med minst 60 minuter sammanlagd tid (måttlig till hög intensitet) motsvarar fysisk träning), men det är svårt att säga med säkerhet. Intressant var att uppgivna antal timmar stillasittande följde samma mönster som den fysiska träningen, det vill säga att deltagarna var stillasittande färre timmar vid eftertestet, jämfört med innan hälsoprojektet och vid uppföljningen tio månader efter projektets slut. Frågan är om de färre antal timmarna stillasittande egentligen motsvarar en ökad vardagsmotion, men

att detta inte framkommer i självskattningarna av vardagsmotionen. En trolig anledning till att analysen av vardagsmotionen inte gav statistiskt signifikanta resultat, kan bero på att seniorerna upplevt det svårt att uppskatta denna variabel. Det har nämligen i tidigare forskning visat sig vara lättare att i enkätform skatta total fysisk aktivitet och högintensiv träning korrekt, jämfört med vardagsmotion eller måttlig intensitet (Hagströmer, Oja & Sjöström 2005).

Även om seniorerna inte bibehållit sin nivå av fysisk träning vid uppföljningen, är det troligt att deltagandet trots allt genererat långsiktiga positiva effekter för deras hälsa. Tidigare forskning har nämligen visat att betydande konditions- muskel- och balanseffekter kan mätas så långt som två år efter en liknande (dock längre) intervention med seniordeltagare, trots att aktivitetsgraden inte bibehölls efter interventionens slut (Opdenacker et al. 2011). Mot den bakgrunden ter det sig givetvis bättre att satsa på tidsbegränsade träningsinterventioner, än att inte genomföra träningsinterventioner alls. Vidare skulle det vara av intresse att följa upp deltagarnas fysiska kapaciteter tio månader efter avslutat projekt, samt att undersöka om en längre intervention (exempelvis sex månader lång) skulle generera andra effekter än den tre månader långa interventionen som undersökts i denna studie.

4.2.Motivation för fysisk aktivitet vid uppföljningen

Som sina främsta motivationsfaktorer för fysisk aktivitet uppgav seniorerna vid uppföljningen i följande rangordning: hälsoskäl, glädjeskäl och utvecklingsskäl. Hälsoskäl och utvecklingsskäl tillhör *integrerad reglering*, vilket är en självbestämd, inre reglerad form av yttre motivation, där man gör något för att man tycker att det är viktigt och på så vis tillfredsställande. Dessa skäl ligger dessutom i linje med att uppfylla de psykologiska basbehoven (Ryan & Deci 2007, s. 15; Teixeira et al. 2012, s. 2-3), och tillhör en av de former av motivation, som i tidigare forskning visat sig predicera en högre grad av regelbunden motion (Dacey, Baltzell & Zaichkowsky 2008; Kuvaja-Köllner, Valtonen, Komulainen, Hassinen & Rauramaa 2012; Teixeira et al. 2012). Glädjeskäl var den näst högsta angivna anledningen till fysisk aktivitet, vilket betyder att seniorerna i relativt hög grad tycks drivas av *inre motivation* i detta avseende, vilket också enligt tidigare forskning är positivt ur ett bibehållandeperspektiv (Dacey et al 2008; Kuvaja-Köllner et al. 2012; Teixeira et al. 2012). Utseendeskäl och sociala skäl skattades medellågt av seniorerna, vilket betyder att de inte i någon större utsträckning motiverades av att genom sin fysiska aktivitet förändra sin kroppsform eller figur, definiera muskler, komma i kontakt med andra människor, eller kände ett socialt tryck att vara aktiva. Dessa skäl hör till *yttre reglerade*, eller *kontrollerade*, former av *yttre motivation* och ligger inte i linje med de psykologiska basbehoven (Ryan & Deci 2007, s. 15; Teixeira et al. 2012, s. 2-3). Vidare befinner sig dessa anledningar (utseendeskäl

och sociala skäl) i en gråzon, där gränserna mellan *identifierad reglering*, *introjicerad reglering* och *yttre reglering* inte är lika tydliga. Anser man enbart att aktiviteten har ett nyttovärde i form av att man anser sig bli vackrare av det eller för att man genom sin aktivitet träffar andra människor, handlar det om *identifierad reglering*. Om man upplever att man måste träna eller motionera för att bibehålla sitt utseende, för att träffa andra eller slippa dåligt samvete, handlar det om *introjicerad reglering*. Om man motionerar för att undkomma straff eller få belöningar, handlar det om *yttre reglering*. (Ryan & Deci 2007, s. 8-9) Det är svårt att säga exakt var i denna gråzon seniorerna befinner sig, på grund av skalans utformning. Att dessa yttre former av motivation är relativt låga, är också enligt tidigare forskning positivt, eftersom dessa former av motivation inte tycks leda till varaktiga motionsvanor (Stephan et al. 2010). Lägst var amotivationen, vilket innebär att seniorerna i låg grad känner motvilja till att motionera, eller att fysisk aktivitet saknar mening och är slöseri med tid. Detta är också att betrakta som positivt (Stephan et al. 2010). Motivationsbilden som framträtt tyder på att seniorerna är tillräckligt motiverade till att vara fysiskt aktiva, eftersom att de har en kombination av motivation som enligt tidigare forskning visat sig vara fördelaktig (Dacey et al. 2008; Kuvaja-Köllner et al. 2012; Stephan et al. 2010; Teixeira et al. 2012). Eftersom de inte bibehållit den aktivitetsnivå de hade vid eftertestet, tycks förklaringen till varför de inte fortsatt, inte stå att finna i bristande motivation, snarare främst i tidsbegränsningen av själva projektet, eller i andra omkringliggande faktorer.

Eftersom seniorerna vid uppföljningen återgått till sina ursprungliga aktivitetsvanor är det intressant att försöka finna anledningar till detta, speciellt då de inte är amotiverade när det kommer till fysisk aktivitet. En möjlig barriär skulle kunna vara att seniorerna själva måste ansvara för sin träning, och bekosta den själva vid projektets slut³⁵. Tidigare forskning har visat att det ofta blir problematiskt för deltagarna att bibehålla aktivitetsnivån efter olika anläggningsbaserade interventioner. Dessa hinder kan handla om rent praktiska anledningar, såsom ekonomiska skäl. (Neupert et al. 2009; Opendacker et al. 2011) Om seniorerna ska fortsätta på egen hand, försvinner dessutom momentet med individuella tester och hälsosamtal. Det betyder att seniorerna efter projektet inte längre får något kvitto på att deras träning ger resultat, samt att den personliga kontakten med de som hållit i träningen försvinner. Just denna typ av stödfaktorer har visat sig viktigt för att öka den självbestämda motivationen, eftersom det kan öka upplevelsen av kompetens, samhörighet och autonomi, det vill säga stärka de psykologiska basbehoven (Ryan & Deci 2007, s. xi-xii). Tidigare forskning har ju även visat att olika fysiska tester i sig kan motivera till fysisk aktivitet, då testerna är medvetandegörande (Opendacker et al. 2011). Därför kan det ses som negativt att de individuella hälsosamtalen och den kostnadsfria möjligheten till

³⁵ med undantag för Täbygruppen som kan träna utan kostnad på Täby seniorcenter, i mån av plats.

testerna eliminerats i och med tidsbegränsningen av hälsoprojektet. Det förefaller sig därför viktigt att göra hälsoprojektet till en kontinuerlig verksamhet, för att se om det är det som krävs för att seniorerna ska bibehålla sin förhöjda grad av motion eller fysisk träning långsiktigt. Vid uppföljningen lades en separat fråga till i enkäten, där respondenterna skulle besvara om de skulle delta i GIH:s hälsoprojekt 2013. 64 % svarade ja medan 35 % svarade nej. Detta visar på ett relativt stort intresse för att vara med en gång till och kan ses som en indikation på att många skulle kunna vara intresserade av att fortlöpande delta i ej tidsbegränsade hälsoprojekt, eller projekt som varar längre än tre månader.

4.3. Brister och styrkor

Det kan ses som en styrka att delvis samma enkätfrågor använts vid uppföljningen, som före hälsoprojektet och vid eftertestet. Däremot är det en brist att inte kunna jämföra motivationen till motion med hur den såg ut före och precis efter hälsoprojektet. Denna brist beror emellertid på att motivationsfrågor inte tidigare inkluderats i hälsoprojektets enkäter. Dock kan det vara intressant att för första gången kunna ge en bild av hur seniorernas motivation för motion ser ut tio månader efter hälsoprojektdeltagande. En styrka är att amotivationsfrågor inkluderades vid skattningen av motivationen för fysisk aktivitet, vilket tidigare gjorts endast i liten utsträckning (Teixeira et al. 2012). Detta lät sig göras genom en kombination av frågor från SDT- skalorna BREQ-2 (Markland & Tobin 2004) och MPAM-R (Frederick & Ryan 1997).

En eventuell felkälla avseende uppföljningsenkäten är att frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät inte hade exakt samma utformning vid uppföljningen som vid skattningstillfällena före hälsoprojektet och vid eftertestet. Det som förändrats är minutintervallerna för kategorierna avseende fråga 1a och 2a. Vid skattningstillfällena före hälsoprojektet, respektive vid eftertestet, var kategorierna, "0 minuter / Ingen tid", "upp till 30 minuter (upp till 0,5 timme)", "30-60 minuter (>0,5-1h)", "(60-90 minuter (>1-1,5 timmar)", "(90-120 minuter (>1,5-2 timmar)" och så vidare. Vid uppföljningen var kategorierna istället "0 minuter / Ingen tid", "upp till 30 minuter (upp till 0,5 timme)", "31-60 minuter (>0,5-1h)", "(61-90 minuter (>1-1,5 timmar)", "(91-120 minuter (>1,5-2 timmar)" och så vidare. Då förändringen är marginell, lär det inte påverka resultaten så mycket. Att enbart frågor från enkäter som brukats i tidigare projekt eller forskning använts i denna uppföljningsstudie, kan också ses som en styrka.

Däremot upptäcktes att det finns eventuella brister sett till de använda enkätfrågorna, framförallt avseende frågorna från Socialstyrelsens aktivitetsenkät. Vid bearbetningen av resultaten från Socialstyrelsens aktivitetsenkät framgick det tydligt att den var svår att fylla i korrekt och konsekvent för de äldre.

Exempelvis borde de skattade aktivitetsminuterna överensstämma för alla de frågor som ska mäta samma sak (vardagsmotion eller träning), för att resultatet ska kunna ses som tillförlitligt. Så var dock inte fallet. Skillnaden var istället stor. Resultaten skiljde sig beroende på om de själva uppgett minuter aktivitet, eller fått kryssa i fasta svarsalternativ (jämför exempelvis resultaten från fråga 2a och 2b i resultatdelen). Exempelvis erhöles högre siffror då individerna skattade aktiviteterna per dag, en hel vecka, jämfört med om de skattade ett värde för hela veckan (se fysisk träning fråga 1b och 3, samt vardagsmotion fråga 2b och 4 i resultatdelen). Vidare visar frågorna med fasta svarsalternativ att seniorerna rör sig för lite (inte kommer upp i 150 minuter per vecka), ett mönster som också framkommer i frågorna från GIH:s hälsoenkät (med en majoritet av fasta svarsalternativ). Då seniorerna själva skattat minuter fysisk aktivitet, erhöles däremot siffror långt över 150 minuter per vecka. Det skulle innebära att de rör sig tillräckligt för att uppnå hälsoeffekter, och att ingen intervention för att öka aktivitetsnivån behövs. Att svaren inte överensstämmer visar att olika sätt att fråga, ger olika svar. Enligt vår tolkning visar de fasta svarsalternativen en mer sanningsenlig bild, eftersom de gett en bild som är i linje med övriga resultat från GIH:s hälsoenkät. Det ter sig alltså mer sannolikt att seniorerna rör sig för lite, snarare än att de skulle röra sig betydligt mer än folk i allmänhet, som vanligen inte kommer upp i 150 minuter aktivitet per vecka. Detta mot bakgrund av övriga resultat samt att det framkommit i tidigare forskning att seniorer vanligen i högre grad är mer inaktiva än befolkningen i stort. (Buman et al. 2011; Grodesky et al. 2006; King et al. 1998; Vlachopoulos & Gigoudi 2008)

Mot denna bakgrund kan man hävda att utformningen på Socialstyrelsens aktivitetsenkät inte tycks vara optimal. Att fylla i antalet minuter fysisk träning (samt vardagsmotion) i kategorier (tid per vecka), i minuter (per vecka), samt i minuter specificerat per dag en hel vecka, kan mycket väl upplevas för repetitivt eller komplicerat. Att så många dessutom valt att hoppa över att besvara Socialstyrelsens aktivitetsenkät, jämfört med andra delar i enkäten som skickats ut, indikerar ett ointresse eller oförmåga att fylla i den. Möjligen skulle enkäten vinna på att begränsas till ett sätt (kategorier, minuter per vecka eller minuter per dag en hel vecka) då man skall fylla i mängd vardagsmotion och fysisk träning. Förutbestämda kategorier ter sig mer fördelaktigt än egenskattade minuter, då självuppgivna minuter verkar kunna resultera i grova överskattningar. Vidare studier behövs dock för att ta reda på hur det verkligen ligger till. Här vore det givande att använda accelerometrar för att kunna bedöma det mest adekvata sättet att utforma frågorna på, samt för att bedöma riktigheten i de uppgivna svaren. Detta ter sig som vidare viktiga fynd, eftersom Socialstyrelsens aktivitetsenkät används fortlöpande inom vården.

I samband med analysförfarandet upptäcktes även vissa eventuella problem med hur Socialstyrelsens aktivitetsenkät vanligen analyseras. Detta problem hänger samman med hur enkäten är konstruerad, att det är möjligt att skatta vardagsmotionen (och därmed de totala aktivitetsminuterna) som noll, samt att det finns både förutbestämda svars-kategorier och delar som skall fyllas i med egna siffror. Det största problemet med enkätens nuvarande utformning är att det är möjligt att ha noll totala aktivitetsminuter per vecka, vilket skulle innebära total inaktivitet, vilket inte är sannolikt då seniorerna varit med i ett hälsoprojekt, och bevisligen inte har varit förlamade. I normalfall inkluderas värdet noll både för fysisk träning och vardagsmotion, så även för totala aktivitetsminuter per vecka. Vardagsmotion och totala aktivitetsminuter (fysisk träning i fråga 3 multiplicerat med två, adderat med vardagsmotionen i fråga 4) har i den här undersökningen valts att analyseras utan nollor (eftersom vardagsmotion eller totala aktivitetsminuter inte borde kunna vara noll)³⁶. Då nollorna inkluderades i analysen av vardagsmotionen erhöles resultat som inte skiljde sig nämnvärt från då nollor uteslöts, varken till medelvärden eller mönster. Men då nollor inkluderades i analysen av totala aktivitetsminuter erhöles helt andra medelvärden och mönster än i alla andra resultat (se resultatdelen tabell 15 och tillhörande text). Därför kan det i den här undersökningen valda analysförfarandet (att utesluta nollor från totala aktivitetsminuter) sannolikt ses som mer tillförlitligt eller verklighetstroget. Resultaten från Socialstyrelsens aktivitetsenkät bör mot ovanstående förklaringar således, i allmänhet, betraktas med viss försiktighet, exempelvis avseende minutmedelvärden för hur mycket de tränar eller bedriver vardagsmotion per dag eller vecka. Något som styrker detta är dessutom att standardavvikelse-erna för de självskattade minuterna aktivitet per vecka eller per dag en hel vecka ligger nära eller är större än medelvärdet, vilket indikerar att dessa medelvärden inte är särskilt tillförlitliga. Ett sätt att komma runt analysproblematiken skulle vara att utesluta möjligheten att kunna skatta vardagsmotionen (och därmed de totala aktivitetsminuterna) som noll per vecka eller dag, samt att göra enkäten enklare att fylla i (exempelvis genom att inte ställa frågor avseende en och samma sak, som ska besvaras på tre olika sätt, eller att helt utesluta de frågor som inte har fasta svarsalternativ).

Validitets- och reliabilitetsstudier av GIH:s hälsoenkät och Socialstyrelsens aktivitetsenkät pågår i skrivandets stund. Ovan förda resonemang kan ses som ett exempel på att det är viktigt att utvärdera enkäter ur validitets- och reliabilitetshänseende innan de börjar användas brett i landet.

Två av projektgrupperna med seniordeltagare (totalt 36 individer) exkluderades eftersom de skiljde sig från övriga projektgrupper. Den ena hade viktminskning som huvudfokus, vilket ligger utanför syftet med den här uppsatsen. Den andra uteslöts då träningen bedrevs i lokaler vars tillgänglighet var strikt

³⁶ Avseende fysisk träning (i Socialstyrelsens aktivitetsenkät) har analys gjorts där värdet noll inkluderats (eftersom fysisk träning kan vara noll), vilket är i linje med det normala analysförfarandet, exempelvis inom värden.

begränsad till perioden för hälsoprojektet, vilket innebär att denna grupp skulle ha helt andra förutsättningar att fortsätta med sin aktivitet efter hälsoprojektet, eftersom samtliga andra grupper teoretiskt sett hade möjlighet att fortsätta på samma anläggning de deltagit i hälsoprojektet på. Det skulle kunna ses som en brist att utesluta dessa två grupper, men det kan också anses som en styrka, eftersom det minskar skillnaderna mellan de grupper som inkluderats i studien, varför de urval som gjorts istället borde kunna göra resultaten mer tillförlitliga. Emellertid är det en brist att det i denna studie inte funnits en kontrollgrupp. Det var däremot inte möjligt att ha en kontrollgrupp i denna studie eftersom det var en uppföljningsstudie, vars planering genomfördes postumt sett till projektgenomförandet. För att kunna ha haft en kontrollgrupp, hade det behövt funnits en sådan redan vid tidpunkten för projektet, och det gjorde det inte.

Av totalt 200 utskickade enkäter, besvarades 152 stycken, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 76%. Således var det externa bortfallet relativt litet (24%), vilket kan ses som en styrka, eftersom analysunderlaget därmed blev större, och rimligen mer representativt för målgruppen, än om bortfallet varit större. Det interna bortfallet skiljer sig mellan olika delar av enkäten. I GIH:s hälsoenkät varierade antalet svarande individer mellan 117-150. I Socialstyrelsens enkät varierade antalet svarande individer mellan 49-72. I motivationsenkäten varierade antal svarande mellan 146-151. Att det interna bortfallet varierar mellan olika enkätfrågor, kan delvis förklaras med att enbart kompletta uppgivna svar för samtliga skattningstillfällen (F,E,U) togs med i analysen, samt att olika frågor kan ha upplevts mer eller mindre lätta eller viktiga att besvara.

4.4.Framtida forskning och projekt

Mot bakgrund av de resultat uppföljningen gett tycks det finnas mycket kvar att utveckla och beforska sett till vad som kan generera långsiktseffekter gällande motionsvanor, eftersom tidsbegränsade projekt inte tycks räcka, trots att motivationen inte brister. Flertalet studier samt reviews i forskningsläget betonar vikten av att följa upp interventioner (Conn et al. 2003; Opendacker et al. 2011). Därför tedde det sig viktigt att genomföra denna uppföljningsstudie av GIH:s hälsoprojekt, eftersom det tidigare inte gjorts. Således ter det sig viktigt att även i fortsättningen följa upp GIH:s hälsoprojekt, såväl som andra liknande motionsinterventioner, med både äldre och yngre deltagare. Det vore också intressant att vid uppföljningar även inkludera fysiologiska testdata. Detta för att kunna utvärdera långsiktiga fysiologiska effekter av hälsoprojektdeltagande, och för att kunna bedöma rimligheten i deltagarnas skattningar avseende om de bibehållit eller slutat med de motionsvanor de haft under hälsoprojektet. Det vore också intressant att låta deltagare bära accelerometrar under projekt, för att kunna verifiera riktigheten i självskattningarna av aktivitetsnivån. Detta skulle vara givande, eftersom det överlag visat sig särskilt

svårt att skatta måttliga aktiviteter korrekt i enkätform (Hagströmer et al. 2005). Att inkludera en motivationsenkät i hälsoprojekten i framtiden skulle också vara av intresse, inte minst med tanke på att interventionen innehåller motivationskomponenter i form av MI-samtal. Det skulle kunna vara så att MI-samtalen har påverkat seniorernas motivation för fysisk aktivitet, men det är i nuläget omöjligt att besvara. Eftersom motivationen har visat sig vara så viktig för bedrivande av fysisk aktivitet (Ryan & Deci 2007), ter det sig minst lika viktigt att utvärdera och följa upp som självskattningarna av fysisk aktivitet. Visar det sig exempelvis att motivationen brister blir det då möjligt att utforma riktade insatser för just motivationen, vilket bör ses som en stor potentiell möjlighet till interventionsförbättringar (Dacey 2009; Fortier et al. 2007; Resnick 2007; Ryan & Deci 2007; Silva et al. 2010). Detta skulle vara extra viktigt om gruppen inte hade varit lika motiverad som den i denna undersökning. Vidare vore det intressant att studera hur fysiologiska data i sig (med eller utan period med ledarledd fysisk träning) kan bidra till ökad motivation och fysisk aktivitet.

Då fysisk aktivitet visat sig vara extra viktigt just för äldre, då det genererar hälsoeffekter som möjliggör högre livskvalitet, självständighet och minskad sjukdom, är det märkligt att denna åldersgrupp inte vanligen prioriteras (Conn et al. 2003; Hirsch et al. 2010). Att det dessutom är hälsoekonomiskt lönsamt att bedriva interventioner av hälsoprojektkaraktär, betyder att det finns ett stort samhällsekonomiskt intresse att uppfylla genom att satsa på denna målgrupp i större och mer permanent omfattning (Groessl et al. 2009; Hagberg & Lindholm 2006, Hagberg 2007a, b). Att satsa pengar på kortsiktiga projekt som inte genererar långsiktiga vanor ter sig mot denna bakgrund som ett visst slöseri med resurser. Långsiktiga satsningar betalar sig med sannolikhet i det långa loppet, även om kortare interventioner också kan generera positiva hälsoeffekter. Denna studie är därför viktig för alla kommuner i Sverige att beakta. Även vårdcentraler och sjukhus bör beakta de fynd som gjorts avseende Socialstyrelsens aktivitetsenkät eftersom man i verksamheten använder denna enkät för att registrera aktivitetsnivå enligt Socialstyrelsens riktlinjer från 2011.

4.5.Slutsatser

Vid bearbetningen av resultaten från Socialstyrelsens aktivitetsenkät framgick det tydligt att den till vissa delar varit svår att fylla i korrekt och konsekvent. Det framgick även att analys av aktivitetsnivåerna kan bli problematisk. Problematik sågs främst vid skattningar med egna uppgivna siffror. Gällande frågor med fasta svarsalternativ framkom dock inte samma problematik. Exempel på för- och nackdelar med dessa olika sätt att utforma och tolka frågorna om olika fysiska aktivitetsnivåer

ges i den sammanfattande diskussionen. Resultaten av detta arbete är av betydelse, eftersom Socialstyrelsens aktivitetsenkät används fortlöpande inom vården för att registrera aktivitetsnivå.

Sammanfattningsvis finns det mycket kvar att utveckla och beforska sett till hur hälsoprojekt optimalt bör utformas för att åstadkomma långsiktiga effekter sett till fysisk aktivitet och motivation till motion. Interventionsuppföljningar är ett viktigt led för utveckling, både sett till projektens innehåll, men också sett till de skattningsformulär som används. Utan denna uppföljning hade exempelvis inte de eventuella bristerna i Socialstyrelsens aktivitetsenkät upptäckts. Således ter det sig viktigt att i fortsättningen följa upp GIH:s hälsoprojekt, såväl som andra liknande motionsinterventioner, med både äldre och yngre deltagare.

4.6.Slutord

Hälsa anses vara en grundläggande rättighet för alla, oavsett ålder, etnicitet eller kön. Med hälsa avses *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande”* (WHO 1948). Med detta i åtanke, och att det är så pass belagt att den fysiska aktiviteten är en avgörande påverkansfaktor för att uppnå hälsa, samt att motivation är en viktig förutsättning för fysisk aktivitet, anser vi att det borde vara en rättighet och självklarhet för seniorerna i Sverige att kunna ta del av hälsoprojekt på en kontinuerlig basis, som omfattar både motivations- och motionsaspekter. Vi hoppas att detta arbete kan stimulera till fler och utökade satsningar, samarbeten, mer objektiva mätningar och utvärderingar.

5.KÄLLFÖRTECKNING

Andersson E., Broman G., Egholt P., Ekblom Ö., Fredriksson M., Hultgren S., Kirkegaard S., Lindberg T., Nilsson J., Oddsson K., Ovendal A., Strand L., Söderlund K., Thedin Jakobsson B., Wahlgren L. & Wedman I. (2011). *GIH:s Hälsoenkät*. Gymnastik-och idrottshögskolan, Stockholm och GIH:s hälsotestgrupp. Första versionen, 2006, senaste versionen 110114.

Buman, P. M., Giacobbi. R. R., Dzierzewski M. J. Jr., Morgan, A. A., McCrae, S. C., Roberts, L. B. & Marsiske, M. (2011). Peer Volunteers Improve Long-Term Maintenance of Physical Activity With Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(2):257-266.

Campbell, G. P., MacAuley, D., McCrum, E. & Evans, A. (2001). Age Differences in the Motivating Factors for Exercise. *Journal of sport and Exercise Psychology*, 23:191-199.

Chen, M-K., Hung, M-H., Lin, S-H., Haung, T-H. & Yang, M-Y. (2011). Development of the model of health for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9):2015-2025.

Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D. & Goldberg, S. (2010). Predictors of Longitudinal Changes in Older Adults' Physical Activity Engagement. *Journal of Aging and Physical Activity*, 141-157.

Conn, S. V., Valentine, J. C. & Cooper, H. M. (2002). Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Annals Behavioral Medicine*, 24(3):190-200.

Conn S. V., Minor, A. M., Burks, J. K., Rantz, J. M & Pomeroy, H. S. (2003). Integrative Review of Physical Activity Intervention Research with Aging Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 2003 51:1159-1168.

Dacey, M., Baltzell, A. & Zaichkowsky, L. (2008). Older Adults' Intrinsic and Extrinsic Motivation Toward Physical Activity. *American Journal of Health Behavior*, 32(6):570-582.

Dacey, M. (2009). Link motivation and the stages of change to encourage exercise. *Functional exercise and activity for healthy aging*, 7(1):1-7.

Dunn, A. L., Andersen, R. E. & Jakicic, J. M. (1998). Lifestyle physical activity interventions. History,

short- and long-term effects, and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (4):398-412.

Fortier, S. M., Sweet, N. S., O'Sullivan, L.T. & Williams, C. G. (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 8:741-757.

Grodesky, M. J., Kosma, M. & Solmon, A. M. (2006). Understanding Older Adults Physical Activity Behaviour: A Multi-Theoretical Approach. *Quest* 2006, 58: 310-329.

Groessl, J. E., Kaplan, M. R., Blair, N.S., Rejeski, J. W., Katula, A. J., King, C. A., Fielding, A. R., Glynn, W. N. & Pahor, M. (2009). A Cost Analysis of a Physical Activity Intervention for Older Adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 6:767-774.

Hagberg LA, Lindholm L. Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(6):641-53.

Hagberg LA. *Cost-effectiveness of the Promotion of Physical activity in Health Care*. Avhandling 2007a. Umeå Universitet: Umeå.

Hagberg LA. Inaktivitet kostar samhället totals miljarder. *Idrottsmedicin*. 2007b:4:26-27.

Hagströmer, M., Oja, P., & Sjöström, M. (2005). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*: 9(6), 755-762.

Hickerson, B., Moore, A., Oakleaf, L., Edwards, M., Swanson, J. & Henderson, A. K. (2008). The Role of a Senior Center in Promoting Physical Activity for Older Adults. *Journal of Park and Recreation Administration*, 26(1):22-39.

Hirsch, H.C., Diehr, P., Newman, B. A., Gerrior, A. S., Pratt, C., Lebowitz, D. M. & Jackson, A. S. (2010). Physical Activity and Years of Healthy Life in Older Adults: Results from the Cardiovascular Health Study. *Journal of Aging and Physical Activity*. 18:313-334.

King, A. C., Rejeski, W. J & Buchner, D. M. (1998). Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4):316-33.

Kruger, J., Ham, A. S. & Sanker, S. (2008) Physical Inactivity During Leisure Time Among Older Adults-Behavioral Risk Factor Surveillance System , 2005. *Journal of Aging and Physical Activity*,16:280-291.

Kuvaja-Köllner, V., Valtonen, H., Komulainen, P., Hassinen, M. & Rauramaa, R. (2012). The impact of time cost of physical exercise on health outcomes by older adults: the DR's EXTRA Study, *The European Journal of Health Economics*, 2012 April 25 [Epub ahead of print]. PMID 22532236.

Lees, D. F., Clark, G. P., Nigg, R. C. & Newman, P. (2005). Barriers to Exercise Behavior Among Older Adults: A Focus-Group Study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13:23-33.

Lennartsson, C & Heimerson, I. (2009). Äldres hälsa. I: *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. s. 145-180.

Lexell, J., Frändin, K. & Helbostad, L. J. (2008) Äldre. I Ståhle, A. (red). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. S. 194-202.

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C. & Maceral, A. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medical Science in Sports and Exercise*, 19:1435-1445.

Neupert, D. S., Lachman, E. M. & Whitbourne, B. S. (2009). Exercise Self-Efficacy and Control Beliefs: Effects on Exercise Behavior After an Exercise Intervention for Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16: 1-16.

Opdenacker, J., Delecluse, C & Boen, F. (2011). A 2-Year Follow-Up of a Lifestyle Physical Activity Versus a Structured Exercise Intervention in Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 59:1602–1611.

Patrick, H. & Williams, C. G. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:18.

Resnick, B. (2007). Motivating older adults to exercise: It can be done!. *The Journal on Active Aging*, nov/dec: 8-14.

Rhodes, E. R. & Pfaeffli, A. L. (2010). Mediators of physical activity behavior change among adult non-clinical population: a review update. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7:37.

Ryan, M. R. & Deci, L. E. (2007). Active Human Nature: Self-Determination Theory and the Promotion and Maintenance of Sport, Exercise, and Health. In: Hagger, S. M. & Chatzisarantis, D. L.(ed). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. USA: Human Kinetics.

Rånsäddokumentet - råd och anvisningar för uppsatsskrivning
Version 6.2 2012

Sheperd, J. R. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. Champaign USA: Human Kinetics.

Silva, N. M., Vieira, N. P., Coutinho, R. S., Minderico, S. C., Matos, G. M., Sardinha, B. L. & Teixeira, J. P. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioural Medicine*, 33:110-122.

Stephan, Y., Boiché, J. & Le Scanff, C. (2010). Motivation and Physical Activity Behaviours Among Older Women: A Self-Determination Perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 34:339–348.

Teixeira, J. P., Carraca, V. E., Markland, D., Silva, N. M & Ryan, M. R. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2012 9:78.

van der Bij, A. K., Laurant, M. G. & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine*. 22(2):120-33.

Vlachopoulos, P. S. & Gigoudi, A. M. (2008). Why Don't You Exercise? Development of the Amotivation Toward Exercise Scale Among Older Inactive Individuals. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16:316-341.

Wilson, M. P. (2012). Exercise Motivation. In: Eklund, C. R., Kamata, A. & Tennenbaum, G. (ed).

Measurement in Sport and Exercise Psychology. United States: Human Kinetics. S. 293-301.

Ågren, G. (2008) Förord. I: Ståhle, A. (red). *FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. S. 5-6.

INTERNETKÄLLOR

CODEX, Regler och riktlinjer för forskning :

<http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml> [2013-05-21]

Markland, D. (2007). School of Sport & Exercise Sciences, Bangor University.

http://pages.bangor.ac.uk/~pes004/exercise_motivation/breq/breq.htm [2013-02-15]

Socialdepartementet: Regeringens proposition, 2007/08:110. *En förnyad*

folkhälsopolitik. <http://www.regeringen.se/content1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf> [2011-09-23]

Socialstyrelsen 2011.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-11/Documents/inikatorbilaga-sjukdomsförebyggande.pdf s. 16-18

Statens folkhälsoinstitut: Folkhälsopolitikens målområden, 2009.9. *Fysisk*

aktivitet, http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitekens-malomraden/9-Fysisk_aktivitet/ [2009-08]

World Health Organization 1948, Citerat från Wikipedia.

<http://sv.wikipedia.org/wiki/H%C3%A4lsa> [2012-04-24]

Bilaga 1

Litteratursökning

Syfte och frågeställningar:

Syftet är att undersöka GIH:s tre månader långa hälsoprojekt (med ledarledd fysisk aktivitet under åtta veckor, två gånger per vecka, samt individuella hälsotester och hälsosamtal vid projektets start och slut) på sikt kan ha effekt på deltagarnas aktivitetsvanor och motivation till motion. Aktivitetsvanor hos de seniorer som deltog i hälsoprojekten i Täby och Solna kommun under våren 2012 följdes upp. Detta gjordes dels ur ett aktivitetsperspektiv, dels ur ett motivationsperspektiv.

Frågeställningar:

- Hur såg seniorernas aktivitetsnivå ut vid uppföljningen jämfört med hur den såg ut före hälsoprojektet och precis efter deltagandet i hälsoprojektet?
- Hur såg seniorernas motivation till motion ut vid uppföljningen, cirka ett år efter hälsoprojektet?

Vilka sökord har du använt?

Motivation, physical activity, elderly, motivating, older adults, exercise, self determination theory, health behavior, ageing, aging, health, intervention, follow-up.

Var har du sökt?

I GIH:s bibliotekskatalog, artikeldatabaser (t ex PubMed och Ebsco) samt i sökmotor på webben (Google Scholar).

Sökningar som gav relevant resultat

Ebsco: self determination theory and elderly and exercise, self determination theory and older adults and exercise, self determination theory and older adults, motivation and older adults and physical activity, intervention and older adults and physical activity.

Google Scholar: physical activity interventions follow-up elderly.

Pubmed: older adults physical activity interventions, self determination theory physical activity intervention, self determination theory interventions exercise, self determination theory interventions exercise elderly.

Kommentarer

Utifrån de artiklar vi fick fram av sökningarna, sökte vi vidare på specifika artiklar i (som fanns i referenslistan i dessa artiklar). Vi har även hittat många artiklar via "related articles", samt fått tips av våra handledare. Mest artiklar fick vi fram via pubmed och ebsco.

Bilaga 2

Bakgrund

*Namn: _____

Vi behöver ditt namn enbart för att kunna sammanställa enkäterna korrekt. All data kommer presenteras anonymt.

Härmed santycker jag till att mina uppgifter från enkäterna får användas för konfidentiell sammanställning.

Datum: _____ Underskrift: _____

Ålder: _____ år

Hälsoprojektdeltagande 2012 (ringa in): Solna Täby

Anläggning: _____

Hälsoprojektdeltagande 2013 (ringa in): Ja Nej

Upplevd hälsa

1. Hur upplever du din ...

(Efter "Utestillfredsställelse")

	Mycket Utestillfredsställelse	Tillfredsställelse	Öppna Utestillfredsställelse	Öppna Utestillfredsställelse	ÖUtestillfredsställelse	Mycket ÖUtestillfredsställelse
...kroppsliga (fysiska) hälsa?						
...själsliga (psykliska) hälsa?						

Fysisk aktivitet

1. Vilket alternativ överensstämmer bäst med dig som person?

(Efter "Skolprojekt")

- Jag rör mig så att jag blir svettig och andfädd varje dag eller nästan varje dag
 Jag rör mig så att jag blir svettig och andfädd flera gånger i veckan
 Jag rör mig en hel del och blir svettig och andfädd någon gång ibland
 Jag rör mig en hel del men aldrig så att jag blir andfädd och svettig
 Jag rör mig ganska lite

2. Hur många dagar per vecka är du vanligtvis fysiskt aktiv minst 30 minuter sammanlagd tid?

(Efter "Skolprojekt")

(minst snabb promenadtakt)

- 6-7 dagar/vecka 4-5 dagar/vecka 2-3 dagar/vecka 1 dag/vecka 0 dag/vecka

3. Hur många dagar per vecka är du vanligtvis fysiskt aktiv minst 60 minuter sammanlagd tid?

(Efter "Skolprojekt")

(minst snabb promenadtakt)

- 6-7 dagar/vecka 4-5 dagar/vecka 2-3 dagar/vecka 1 dag/vecka 0 dag/vecka

4. Tillfredställer den motion du får idag ditt behov av att röra på dig?

(Efter "VHU")

- Helt och hållt Delvis Ganska dåligt Inte alls

5. Har du under de senaste sex månaderna förändrat dina motionsvanor?

(Efter "VHU")

- Ökat mycket Ökat något Som tidigare Minskat något Minskat mycket

6. Har du efter deltagandet i Hälsoprojektet 2012 förändrat dina motionsvanor?

- Ökat mycket Ökat något Som tidigare Minskat något Minskat mycket

7. Ange dina vanligaste fysiska aktiviteter (högst tre):

8. Hur kroppsligt ansträngande är ditt dagliga arbete (eller motsvarande)?

(Efter "LIV 2000")

- Mycket ansträngande (tungt kroppsarbete)
 Ansträngande (går mycket och lyfter dessutom ganska mycket)
 Ganska ansträngande (går ganska mycket)
 Ej ansträngande (övertygande stillasittande arbete)

9. Hur lång sammanlagd tid lär du dig dagligen mellan platser till fots (promenad) och/eller på cykel?

(Efter "IPAQ" och "HPO")

- Över 60 min Mellan 31-60 min Mellan 10-30 min Mindre än 10 min

10. Hur mycket stillasittande är du dagligen under din vakna tid?

(Efter "IPAQ")

(Både arbetstid eller motsvarande, och fritid. Räkna även med om du lär dig stillasittande mellan platser.)

- 0-2 timmar 3-4 timmar 5-7 timmar 8 timmar eller mer

Bilaga 3

Datum: _____ 2013

1. HUR MYCKET TID ÄGNAR DU EN VANLIG VECKA ÅT FYSISK TRÄNING, SOM FÅR DIG ATT BLI ANDFÄDD, TILL EXEMPEL LÖPNING, MOTIONSGYMNASTIK, BOLLSPORT?

Svarsalternativ A: Svartid: 0-100	Varaktighet: 15 svar: 1 minuter/vecka
<input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid	_____ minuter
<input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter	
<input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme)	
<input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar)	
<input type="checkbox"/> 90-120 minuter (1,5-2 timmar)	
<input type="checkbox"/> mer än 120 minuter (2 timmar)	

2. HUR MYCKET TID ÄGNAR DU EN VANLIG VECKA ÅT VARDAGSMOTION, TILL EXEMPEL PROMENADER, CYKLING, TRÄDGÅRDSARBETE? RÄKNA SAMMAN ALL TID (MINST 10 MINUTER ÅT GÅNGEN).

Svarsalternativ A: Svartid: 0-100	Varaktighet: 15 svar: 1 minuter/vecka
<input type="checkbox"/> 0 minuter/Ingen tid	_____ minuter
<input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter	
<input type="checkbox"/> 30-60 minuter (0,5-1 timme)	
<input type="checkbox"/> 60-90 minuter (1-1,5 timmar)	
<input type="checkbox"/> 90-150 minuter (1,5-2,5 timmar)	
<input type="checkbox"/> 150-300 minuter (2,5-5 timmar)	
<input type="checkbox"/> mer än 300 minuter (5 timmar)	

För bägge frågorna Svarsalternativ C: svar i tabell

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning, som får dig att bli andfädd till exempel löpning, motionsgymnastik, bollsport?		Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion till exempel promenader, cykling, trädgårdsarbete. Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).	
Träning (minuter)	Aktivitetsminuter	Vardagsmotion (minuter)	Aktivitetsminuter
Måndag		Måndag	
Tisdag		Tisdag	
Onsdag		Onsdag	
Torsdag		Torsdag	
Fredag		Fredag	
Lördag		Lördag	
Söndag		Söndag	
Totalt	_____ *2= _____	+ _____	= _____

Bilaga 5

Hej!

Du får detta brev eftersom du deltog i hälsoprojektet 2012.

Vi heter Sofi Smedberg och Carolina Wierbecki. Vi är två av de elever från hälsopedagogprogrammet på Gymnastik- och Idrottshögskolan som höll i ett av hälsoprojekten 2012.

Nu skriver vi vår C- uppsats som är en uppföljningsstudie av förra årets hälsoprojekt där seniorer deltagit. Vi intresserar oss för hälsoprojekts eventuella långsiktseffekter, sett till motivation och motion, specifikt för seniorer. Därför kontaktar vi er som varit med i Täby och Solna.

Vi skulle vara oerhört tacksamma om ni vill hjälpa oss genom att fylla i bifogade enkäter. Enkäterna handlar om upplevd hälsa, fysisk aktivitet och motivation.

Det är viktigt att du försöker svara så sanningsenligt som möjligt. Det finns inga rätta, felaktiga eller önskvärda svar, det är dina personliga svar vi efterfrågar.

Deltar du i ett hälsoprojekt 2013 ber vi dig svara utifrån hur det ser ut för dig i vanliga fall, när du inte är med i ett hälsoprojekt.

Enkätsvaren kommer sammanställas anonymt.

Besvara och returnera enkäterna i det förfrankerade kuvertet snarast möjligt,

helst inom 10 dagar.

Har ni frågor eller funderingar får ni gärna höra av er.

Vänliga hälsningar och tack!

Carolina Wierbecki

0737 08 31 88

carrowier@yahoo.se

Sofi Smedberg

0725 50 79 81

sofi.smedberg@hotmail.com

23. För att jag vill definiera
mina muskler så jag ser
bättre ut

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

24. Jag tycker träning är
slöseri med min tid

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

25. För att jag tycker
det är intressant/givande

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

26. För att jag vill bibehålla
min fysiska styrka för att
leva ett hälsosamt liv

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

27. För att jag vill vara
attraktiv inför andra

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

28. För att jag gillar min
aktivitet

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

Fortsätt på nästa sida!

17. För att jag skulle känna mig oattraktiv om jag inte är aktiv
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
18. För att jag vill bli bättre på min aktivitet
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
19. För att jag vill bibehålla min hälsa och mitt välbefinnande
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
20. För att jag vill träffa mina vänner
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
21. För att jag gillar att bedriva aktiviteter som fysiskt utmanar mig
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
22. För att jag vill få nya färdigheter
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

Fortsätt på nästa sida!

11. För att jag vill träffa nya människor

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

12. För att jag gillar att umgås med andra som delar mitt intresse för samma aktivitet

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

13. För att jag vill förbättra mitt utseende

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

14. För att jag gillar känslan av att delta

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

15. För att jag vill förbättra min kroppsform/figur

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

16. Jag ser inte varför jag skulle bry mig om att träna

instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

Fortsätt på nästa sida!

4. För att jag vill vara i god fysisk form
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
5. För att jag vill ha mer energi/ork
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
6. För att det gör mig glad
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
7. För att jag vill ha bättre kondition
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
8. För att jag finner min aktivitet stimulerande
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
9. För att jag vill bibehålla mina nuvarande fysiska färdigheter
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*
10. För att jag gillar utmaningen
- instämmer inte alls* 1 2 3 4 5 6 7 *instämmer helt*

Fortsätt på nästa sida!