

4. Att bli fysiskt aktiv

Författare

Anita Wester, filosofie doktor, legitimerad psykolog, undervisningsråd, Skolverket, Stockholm

Lina Wahlgren, hälsopedagog, doktorand, Master of Science, Gymnastik- och idrotts-
högskolan, Stockholm, och Hälsovetenskapliga institutionen, Örebro universitet, Örebro

Ingemar Wedman, professor, Gymnastik- och idrottshögskolan, Stockholm, Växjö universitet
och Högskolan i Gävle

Inledning

Att regelbunden fysisk aktivitet ökar hälsa och välbefinnande för den enskilda och besparar samhället stora kostnader är i dag kända fakta. Man räknar med att kostnaden till följd av otillräcklig fysisk aktivitet uppgår till cirka 6 miljarder kronor per år (1). Inte bara i samhället som helhet utan även inom skolan arbetar man för att öka den fysiska aktivitetsnivån (2).

Många känner till nyttan med fysisk aktivitet och förespråkar regelbunden sådan, men är ändå passiva i sitt dagliga liv. Forskningen som behandlar att gå från att vara fysiskt passiv till att vara aktiv, visar att denna process är mer besvärlig än vad man först kan tro. Beteendeförändring är en i vissa avseenden svårfångad process (3–6).

Med de rekommendationer för fysisk aktivitet som i dag finns (minst 30 minuter om dagen (7) är en majoritet av den vuxna befolkningen inaktiv (8). Inaktiviteten resulterar bland annat i bristande ork och övervikt. Det dagliga livet ställer också allt mindre krav på naturlig fysisk aktivitet. Vi kan byta hjul på bilen via en verkstad. Vi kan ta hissen i stället för trappor etcetera. Övervikten kommer smygande och viktökningen blir därmed inte så påfallande – omständigheterna ”bäddar in” både ork och övervikt.

Fysisk aktivitet i ett tidsperspektiv

I en studie från Västerbotten sker sedan länge en hälsouppföljning bland personer som fyller 40, 50 och 60 år. Studien genomförs av Västerbottens Läns Landsting och omfattar en mångfald av data, inklusive några frågor om fysisk aktivitet. Som en del av studien genomfördes en uppföljning av cirka 16 000 personer efter 10 år (9, 10). Se tabell 1.

Tabell 1. Svar på frågan hur ofta personerna hade genomfört motionsaktiviteter efter att först ha bytt om till träningskläder. 16 000 personer har svarat på samma fråga med 10 års mellanrum.

Första året Tionde året	Aldrig	Då och då	1 ggr/ vecka	2–3 ggr/ vecka	Mer än 3 ggr/ vecka	Totalt
Aldrig	4 022	933	503	354	112	6 004
Då och då	1 679	1 336	685	522	136	4 358
1 ggr/vecka	988	814	824	642	153	3 421
2–3 ggr/vecka	287	272	286	469	162	1 476
Mer än 3 ggr/vecka	133	111	88	169	171	672
Totalt	7 109	3 526	2 386	2 158	754	15 931

De frågor som ställs i detta sammanhang avser alltså motion där man byter om till träningskläder. Det visar sig då att så gott som alla klassas som fysiskt inaktiva, och cirka 4 000 motionerar inte alls ombytta, inte ens under en period på 10 år.

Tankar om ett förändrat levnadssätt

För 25 år sedan genomförde Riksbankens Jubileumsfond en konferens med titeln ”Att förändra levnadssätt”, vilket också blev titeln på en bok som utkom efter konferensen (11). Vid denna konferens deltog ett antal forskare med olika intresseområden, bland annat rökavvänjning, fysisk aktivitet, diabetesuppföljning med flera. Det gemensamma budskapet från dessa forskare var att det är svårt att ändra ett beteende oavsett vilket beteende det är fråga om.

Beteendeförändringsmodeller inom området fysisk aktivitet

Ett antal modeller har använts och används i dag för att försöka förstå, förklara och förändra beteenden inom olika hälsorelaterade områden (12). Inom området fysisk aktivitet har följande teorier och modeller använts eller används vid forskning kring beteendeförändring: *Classic learning theories*, *Health belief model*, *Transtheoretical model*, *Relapse prevention*, *Social cognitive theory*, *Theory of planned behavior*, *Social support* och *Ecological perspective* (7, 13). Ett exempel där olika modeller kombineras är *Groningen Active Living Model* (GALM), som fokuserar på äldre människor (14). Vanligast förekommande i dag är *Transtheoretical model* och *Social cognitive theory*. Det förefaller som om teoribaserade beteendebaserade interventioner ökar den fysiska aktiviteten. Exempelvis kan förbättringar i fysisk aktivitet ses vid sjukdomstillstånd, såsom hjärt-kärlsjukdom, när beteendeförändringsprogram använts vid behandling. Vidare verkar interventioner som inne-

fattar livsstilsförändringar, det vill säga förändringar inom flera områden, såsom fysisk aktivitet och kost, öka den fysiska aktiviteten (15).

Den transteoretiska modellen

En av de populäraste och mest använda modellerna för att beskriva och förändra beteende är den transteoretiska modellen (transtheoretical model). Den transteoretiska modellen är utvecklad, och vidareutvecklad, av de amerikanska forskarna Prochaska, DiClemente och Norcross i början på 1980-talet. Arbetet med modellen startade med en analys av teorier som använts för beteendeförändring inom psykoterapi. Syftet med analysen var att samordna de olika teorierna med varandra till en modell. Den transteoretiska modellen kan därför definitivt sägas vara *transteoretisk*, eftersom den samordnar beteendeförändringsprinciper och handlingsätt för förändring från ett antal olika interventionsteorier (5, 16).

Efter arbetet med att samordna de olika teorierna undersöktes hur ofta olika handlingsätt användes av människor vid exempelvis rökavvänjning. De visade sig då att människor använder olika handlingsätt vid olika tidpunkter i sitt arbete med att sluta röka. Följaktligen anses beteendeförändring ske via förflyttning mellan olika stadier (5, 16).

Den transteoretiska modellen har alltså sin grund i rökavvänjning, men har även använts inom andra hälsorelaterade områden, till exempel vid alkoholmissbruk, övervikt och fysisk inaktivitet (5, 16). Även om den transteoretiska modellen inte direkt är utvecklad för området fysisk aktivitet, verkar den vara lovande för användning inom området (17). Modellen förefaller även vara lovande för användning vid arbete med fysisk aktivitet vid rehabilitering (18). Ett populärvetenskapligt och praktiskt tillämpbart exempel på den transteoretiska modellen kopplat till området fysisk aktivitet är J. Faskungers bok *Motivation för motion* (6).

Den transteoretiska modellen består av flera olika delar. En av delarna kallas för *förändringsstadier* (stages of change) och innehåller olika stadier utifrån människors benägenhet till förändring, det vill säga var en människa befinner sig i beteendeförändringsprocessen. En annan del kallas för *handlingsätt för förändring* (processes of change¹) och innehåller olika handlingsätt, med vilka människor förflyttar sig mellan de olika förändringsstadierna. Den tredje delen fokuserar på varför människor förändras och består bland annat av aktivitetsspecifik *självtrillit* (self-efficacy) och motivationsbalans (5, 16). I arbete med beteendeförändring är det viktigt att använda modellens alla delar för att nå ett lyckat resultat, det vill säga för att förändra ett beteende (17).

1. Faskunger använder begreppet "process", men den tolkning som här görs är att det engelska ordet "process" snarast innebär en form av handlingsätt.

Förändringsstadier

Enligt den transteoretiska modellen ses beteendeförändring som en process över tid och förändringsstadierna är sex till antalet: *Förnekelsestadiet*, *begrundandestadiet*, *förberedelsestadiet*, *handlingsstadiet*, *aktivitetsstadiet* och *vidmakthållandestadiet* (5, 6, 16).

I **förnekelsestadiet** befinner sig människor som inte är regelbundet fysiskt aktiva och inte heller är intresserade av eller har för avsikt att förändra sitt inaktiva beteende. En anledning till att de befinner sig i förnekelsestadiet kan vara för lite kunskap eller information om riskerna med att vara fysiskt inaktiv. En annan anledning kan vara att de försökt förändra sitt beteende ett antal gånger men misslyckats och därmed tappat tron på sin förmåga att förändras. Oavsett anledning undviker människor i förnekelsestadiet att läsa om, tala om och att tänka på sitt inaktiva riskbeteende. De förnekar att fysisk inaktivitet är ett problem för dem (5, 6, 16).

I **begrundandestadiet** befinner sig människor som inte är regelbundet fysiskt aktiva, men som har för avsikt att förändra sitt inaktiva beteende inom de närmsta sex månaderna. De förstår att den fysiska inaktiviteten är ett problem för dem och funderar uppriktigt på hur de ska gå tillväga för att bli fysiskt aktiva. Vissa människor kommer dock inte vidare, utan fastnar i begrundandestadiet under en lång tid. De blir ”kroniska begrundare”. Människor i detta stadium är inte redo för traditionella aktivitetsorienterade interventioner, där deltagaren förväntas bli aktiv på en gång (5, 6, 16).

I **förberedelsestadiet** befinner sig människor som inte är regelbundet fysiskt aktiva, men som har planer på att bli fysiskt aktiva inom en snar framtid, oftast inom en månad. Vanligtvis har människor i förberedelsestadiet prövat någon form av fysisk aktivitet under det gångna året och har även en konkret plan för genomförandet. För människor i förberedelsestadiet passar aktivitetsorienterade interventioner, eftersom de är redo att bli fysiskt aktiva (5, 6, 16).

I **handlingsstadiet** befinner sig människor som är regelbundet fysiskt aktiva och har varit så sedan sex månader tillbaka. Förändringar i handlingsstadiet är mer synliga för omgivningen än i de andra förändringsstadierna. Det är därför lätt att tro att människor i handlingsstadiet har uppnått en beteendeförändring, men handlingsstadiet bör endast betraktas som en del i beteendeförändringsprocessen. Ett regelbundet fysiskt aktivt beteende kräver tid för att etableras (5, 6, 16).

I **aktivitetsstadiet** befinner sig människor som är regelbundet fysiskt aktiva och som har varit så längre än sex månader. Liksom i de andra stadierna finns även i aktivitetsstadiet utmaningar. Människor i aktivitetsstadiet bör fokusera på arbetet med att befästa och stärka vinsterna med att vara fysiskt aktiv, utifrån lärdomar från de andra förändringsstadierna. De bör även arbeta med att förebygga återfall (5, 6, 16).

I **vidmakthållandestadiet** befinner sig människor som fullt ut har tagit till sig ett beteende. De har full tillit till sitt beteende och till att de inte kommer att återgå till det gamla, oavsett situation. Beteendet sker vanemässigt och automatiskt (5, 6, 16). Ett exempel är att man utan eftertanke tar på sig säkerhetsbälte när man sätter sig i en bil (19). Vidmakthållandestadiet är omdebatterat. Eventuellt är det så att vidmakthållandestadiet är för strikt och det realistiska målet för områden som fysisk aktivitet är att befinna sig i ett livslångt aktivitetsstadium (5, 16, 20). Möjligtvis skulle vidmakthållandestadiet kunna kopplas till området vardagsmotion, exempelvis att man alltid reflexmässigt väljer trappan i stället för hissen.

Beteendeförändringsprocessen bör inte ses som en linjär process, utan som spiralformad. Förflyttningen mellan stadierna kan ske både framåt och bakåt. Återfall bör betraktas som en naturlig del i processen. Det är därför viktigt att arbeta med återfallsprevention, så att återfallen inte blir mer än snedsteg. Ofta behöver människor gå igenom både med- och motgångar för att lyckas med en förändring (5, 16).

I arbete med beteendeförändring är det viktigt att veta i vilket förändringsstadium människor befinner sig, så att insatserna överensstämmer med människors mottaglighet. Om insatser och förändringsstadier inte överensstämmer kan antalet som faller ifrån komma att öka. Inom området fysisk aktivitet kan det vara lätt att tänka på aktivitetsorienterade interventioner som en möjlighet till beteendeförändring. Att lyckas med aktivitetsorienterade interventioner förutsätter dock att människor befinner sig i förberedelsestadiet och framåt. Detta verkar dock inte vara fallet. En majoritet verkar i stället befinna sig i de tidigare förändringsstadierna, förnekelsestadiet och begrundandestadiet (5, 16, 21).

För att få information om vilket förändringsstadium människor befinner sig i kan nedanstående påståenden, som redovisas i tabell 2, användas (5).

Tabell 2. Påståenden som kan användas för att få information om vilket förändringsstadium en person befinner sig i.

	Förnekelsestadiet	Begrundandestadiet	Förberedelsestadiet	Handlingsstadiet	Aktivitetsstadiet
1. Jag är regelbundet fysiskt aktiv och har varit så länge än sex månader.	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
2. Jag är regelbundet fysiskt aktiv och har varit så sedan sex månader tillbaka.	Nej	Nej	Nej	Ja	
3. Jag är inte regelbundet fysiskt aktiv, men jag har planer på att bli fysiskt aktiv inom en snar framtid; inom en månad.	Nej	Nej	Ja		
4. Jag är inte regelbundet fysiskt aktiv, men jag har för avsikt att förändra mitt fysiskt inaktiva beteende inom de närmsta sex månaderna.	Nej	Ja			

Om man svarar nej på alla påståenden hamnar man i förnekelsestadiet. Svarar man nej på de tre första påståendena och ja på det sista hamnar man i begrundandestadiet. Svarar man nej på de två första påståendena och ja på det tredje hamnar man i förberedelsestadiet. Svarar man nej på det första påståendet och ja på det andra hamnar man i handlingsstadiet. Slutligen, svarar man ja på det första påståendet hamnar man i aktivitetsstadiet (5). Ett ja på det första påståendet skulle även kunna innebära att man hamnar i vidmakthållandestadiet.

Handlingssätt för förändring

Aktiviteter eller handlingssätt som människor använder i respektive förändringsstadium för att förflytta sig till ett annat, kan ge bra riktlinjer för interventioner, det vill säga de kan ge en bra vägledning för den som ska förändra beteendet. De handlingssätt som har visat sig ha starkast empiriskt stöd är tio till antalet. Följande fem handlingssätt kan betraktas som erfarenhets- eller tankemässiga: *medvetandegörande*, *känsloupplevelse*, *social omvärdering*, *personlig omvärdering* och *närmiljöstrategier*, och följande fem kan betraktas som beteende- eller aktivitetsinriktade: *beteendeanpassning*, *socialt stöd*, *belöning*, *engagemang* och *situationskontroll* (5, 6, 16).

Medvetandegörande innefattar att söka efter ny kunskap och information om fysisk aktivitet.

Känsloupplevelse innebär negativa känslor kopplade till fysisk inaktivitet, till exempel andfåddhet och övervikt. De negativa känslorna kan minska och kan även bli positiva när den fysiska aktiviteten ökar i omfattning.

Social omvärdering innebär att omvärdera hur fysisk aktivitet och fysisk inaktivitet påverkar omgivningen. Detta kan omfatta personens bedömning av hur en fysiskt inaktiv livsstil påverkar familj och vänner.

Personlig omvärdering innefattar att tanke- och känslomässigt omvärdera det personliga värdet med fysisk aktivitet, till exempel att fysisk aktivitet gör mig starkare och piggare.

Närmiljöstrategier innefattar att medvetandegöra, acceptera och att finna möjliga alternativ för fysisk aktivitet i samhället, bland annat vardagsmotion.

Beteendeanpassning innebär att hantera situationer som medför fysisk inaktivitet i vardagen. Ett exempel är att i stället för att man tar hissen väljer man trapporna.

Socialt stöd innefattar att ta hjälp av andra för att kunna öka det fysiskt aktiva beteendet.

Belöning innefattar att förändra ett fysiskt inaktivt beteende genom att belöna ett fysiskt aktivt beteende.

Engagemang innefattar att tro på, att välja och att engagera sig i en ökad fysisk aktivitet, det vill säga att känna att man klarar av att vara regelbundet fysiskt aktiv.

Situationskontroll innefattar att ta kontroll över de situationer och orsaker som leder till fysisk inaktivitet, till exempel att undvika situationer med alltför mycket stillasittande.

Olika handlingssätt används i de olika förändringsstadierna. Utifrån empirin är det lämpligt att i de första förändringsstadierna använda sig av tankemässiga, känslomässiga och självvärderande handlingssätt för förflyttning framåt i förändringsstadierna. I de senare stadierna verkar människor använda sig mer av engagemang, beteendeanpassning, belöning, situationskontroll och socialt stöd för att förflytta sig till aktivitetsstadiet eller vidmakthållandestadiet. För att lyckas med en beteendeförändring är det viktigt att använda sig av rätt handlingssätt vid rätt tidpunkt, det vill säga vid rätt förändringsstadium (5, 16).

Handlingssätten för förändring bör inte förväxlas med tekniker för beteendeförändring. De olika handlingssätten kan innehålla många strategier eller tekniker för att uppnå förändring och dessa kan även variera mellan människor (5). Exempelvis kan tekniker som används i förändringsprocessen ”belöning” variera. Någon belönar sig med att bada bastu vid ett av tre genomförda fysiska aktivitetspass per vecka. Någon annan belönar sig med biobiljetter efter en månads regelbunden fysisk aktivitet. Bastubad och biobiljetter kan sägas utgöra olika tekniker för handlingssättet belöning.

Processer

De handlingssätt för förändring som har berörts ovan har kopplingar till vissa processer, bland andra motivationsbalans och aktivitetsspecifik självtillit (self-efficacy). De senare är själva drivkraften eller motorn, som via olika handlingssätt gör att förflyttning från ett förändringsstadium till ett annat sker. Dessa processer kan ses som ett slags spiral som rör sig mellan ett visst stadium eller vissa handlingssätt och sedan vidare till nästa stadium och (delvis) andra handlingssätt och hela tiden driver förändringen framåt, dock ibland med återfall. *Motivationsbalansen* återspeglar en människas benägenhet att förändras utifrån personliga för- och nackdelar med det nya beteendet. Det verkar som om det är viktigare att arbeta med att öka fördelarna än att arbeta med att minska nackdelarna (5, 16).

Begreppet *aktivitetsspecifik självtillit* (self-efficacy) är hämtat från social kognitiv teori (22). För att beskriva begreppet self-efficacy på svenska används situations- eller aktivitetsspecifikt självförtroende eller självtillit, det vill säga tillit till den egna förmågan (6, 15). Det är en form av självförtroende som människor har avseende den personliga förmågan att klara av olika situationer. Den aktivitetsspecifika självtilliten är således varierande utifrån bland annat aktivitet, situation och krav på färdigheter inom ett specifikt område (5, 6, 22). Exempelvis kan en och samma person ha stark tilltro till sin förmåga att leda grupper, men en svag tilltro till sin förmåga att gå ned i vikt. Ett annat exempel är att en och samma person kan ha stark tilltro till sin förmåga att vara fysiskt aktiv när det är sol, men en svag tilltro till sin förmåga att vara fysiskt aktiv när det regnar.

Människors aktivitetsspecifika självtillit kan utvecklas positivt via följande fyra områden. Det första området handlar om att skaffa sig positiva erfarenheter. Att lyckas leder till en starkare tilltro till den egna förmågan. Det andra området handlar om att omges av positiva förebilder. Att se andra människor övervinna liknande problem stärker tilltron till den egna förmågan. Det tredje området handlar om att skaffa sig stöd från omgivningen. Positiv och realistisk feedback kan stärka den aktivitetsspecifika självtilliten. Det fjärde området handlar om att fokusera på positiva känslomässiga och kroppsliga tillstånd. Inom området fysisk aktivitet är det viktigt att tänka på att aktiviteten i sig kan skapa negativa känslor, såsom trötthet, värk och smärta. För att kunna hantera dessa negativa känslor krävs en hög aktivitetsspecifik självtillit (22). Det har visat sig att den aktivitetsspecifika självtilliten har en betydande roll vid beteendeförändring inom området fysisk aktivitet (15).

Att etablera regelbundna motionsvanor

Undersökningen

I ett avhandlingsarbete av Wester-Wedman (3, 4) redovisas resultaten av ett projekt där 44 fysiskt inaktiva personer, lika många män och kvinnor, följdes under 24 månader i sina försök att bli regelbundna motionärer. De i studien ingående personerna undersöktes med hjälp av bland annat enkäter, självskattningar, intervjuer, dagböcker och konditionsmätningar. De motionsformer som studerades var jogging eller rask promenad. Deltagarna rekryterades via annonser och var i åldern 30–50 år med varierande utbildnings- och yrkesbakgrund.

Med den transteoretiska modellens terminologi befann sig dessa personer i förberedelsestadiet eller kanske till och med i begrändandestadiet. Ett år efter studiens start gjordes en uppföljande telefonintervju med de personer som anmält sig men inte kommit med i försöket. Där framkom att endast ett fåtal av de 115 (av totalt 120) personer som kunde nås hade ändrat sina motionsvanor i positiv riktning under det gångna året, det vill säga projektet i sig utgjorde ett socialt stöd, med andra ord ett av den transteoretiska modellens handlingsätt för förändring.

Data samlades in var tredje månad under de första 18 månaderna och därefter efter 24 månader, vilket gör att processen i förändrade motionsvanor² kunde studeras på ett tämligen ingående sätt.

Hinder och deras förändring över tid

Av analyserna framgick att under de första månaderna mötte de blivande motionärerna hinder och problem av skilda slag. Det var inte bara att knyta på sig skorna och ge sig ut och jogga eller promenera för att sedan upptäcka att man var regelbunden motionär.

2. Begreppet motion/motionsvanor avser i det följande jogging eller snabb promenad.

Många beslut måste fattas och många praktiska detaljer lösas. Var ska jag jogga? Hur långt? Hur ska jag klä mig? Skor? Måste träningskläderna tvättas varje gång? Var förvaras de mellan träningarna? Jag blir svettig i håret! Vad ska grannarna säga? Andra hinder som ofta nämndes hängde samman med att det krävdes vissa praktiska arrangemang för att kunna genomföra motionen, framför allt skapandet av nya rutiner och att exempelvis ordna barnpassning. Störande trafik, dåligt väder, dåligt väglag, rädsla för hundar, rädsla för att bli antastad, rädsla för mörker, bristande motivation, tidsbrist, skador och sjukdom var andra hinder som dök upp hos nybörjarmotionären. För att stödja och hjälpa deltagarna med bland annat ovanstående frågor och funderingar hade de under de tre första månaderna tillgång till handledare som själva var regelbundna motionärer (3, 4).

Så småningom hittade man svar på frågorna och lösningar på de olika praktiska problemen, till exempel en spik i källaren där träningskläderna kan hänga mellan träningspassen. Den här fasen tar självfallet olika lång tid för de enskilda individerna, men efter några månader har det mesta löst sig och det gick relativt lätt att förverkliga motionsplanerna. Viktigt är dock att komma ihåg att det hela tiden händer saker i människors liv, som gör att planerade motionspass kan behöva ställas in och ibland kan det bli fråga om att ”börja om” igen. Detta är inget unikt, utan händer de flesta (3, 4).

Upplevelser och deras förändring över tid

Att börja motionera ger redan från första stund olika upplevelser, vilka förändras i omfattning och till innehåll över tid. I början finns en hel del negativa upplevelser kopplade till bristande kondition och muskelstyrka, men också känslor av enformighet och tristess under själva motionerandet. Samtidigt finns också positiva känslor av befrielse, harmoni, avkoppling, härlig miljö och skönt med ”fart i kroppen”. Efter motionerandet kommer en relativt kortvarig positiv känsla – ”det är skönt att ha genomfört motionen” (3, 4).

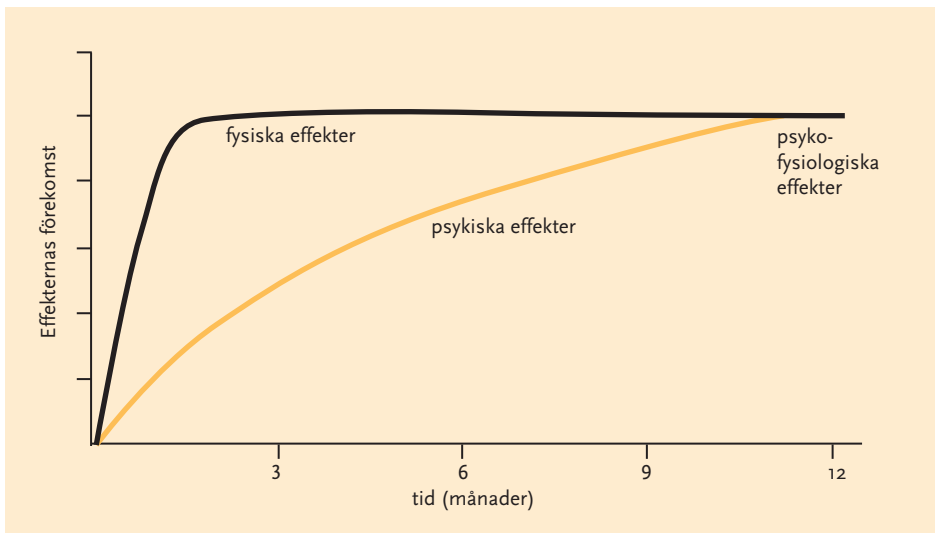
Förändringen över tid kan sammanfattas med att till en början handlar det om både negativa och positiva känslor i samband med motionerandet, men när man är en van motionär finns nästan enbart de positiva känslorna och upplevelserna under motionen kvar.

Effekter och deras förändring över tid

Att motion ger positiva effekter råder stor enighet om. Av Wester-Wedmans (3) studie framgår att både typ av effekt, liksom dess omfattning, förändras över tid. De effekter som motionärerna talar om kategoriseras som psykiska respektive fysiska, i båda fallen dels kortsiktiga och dels långsiktiga, samt kognitiva – klar i hjärnan, rensar tankarna – och sociala – gemensamt intresse, nytt samtalsämne.

Vad gäller de psykiska och fysiska effekterna förändras de över tid från att i hög grad vara kortsiktiga/specifika till att i båda fallen bli alltmer långsiktiga. Dessutom förändras balansen mellan de båda typerna av effekter över tid så att de fysiska, som är mer framträ-

dande i början, efter en länge tid av regelbunden motion får ge plats även åt psykiska effekter. Exempel på kortsiktiga/specifika fysiska effekter är till exempel att orka jogga en längre sträcka och bli mindre andfådd under motionerandet, medan långsiktiga fysiska effekter kan vara bättre kondition, viktnedgång eller att man fått benmuskler. Kortsiktiga psykiska effekter kan till exempel vara att känna sig avslappnad efter joggingen, uppiggad efter motionen, medan långsiktiga kan vara att känna sig lugnare, få bättre självförtroende, starkare psyke och bli gladare och stabilare (3). Förändringen av effekterna över tid åskådliggörs i figur 1.



Figur 1. Utveckling av fysiska och psykiska effekter över tid.

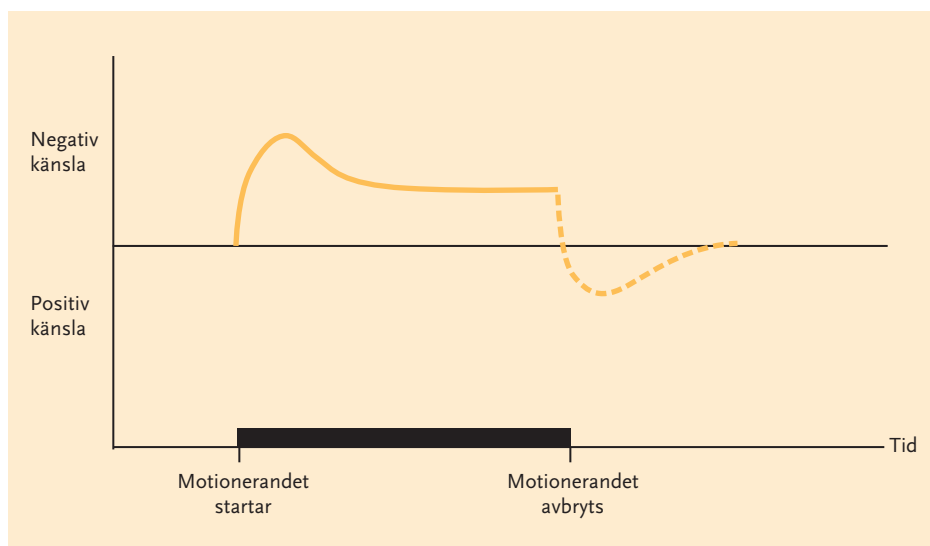
Motivbildens förändring

Som beskrivits ovan sker en utveckling och förändring av hinder, upplevelser och effekter allteftersom motionerandet fortskrider. Nybörjarmotionären har inga erfarenheter eller upplevelser att luta sig mot och i början krävs därför ”yttre” belöningar, exempelvis uppmuntrande tillrop från familj och vänner, viktminskning eller förbättrad joggingtid per kilometer (24). Det handlar i det skedet om att upprepa beteendet så ofta så möjligt med hjälp av dessa utifrån kommande belöningar. Med transteoretiska termer kan man tala om handlingssätten socialt stöd eller belöning. Man har då ännu inte blivit regelbunden motionär i den meningen att vanorna har etablerats.

Allteftersom tiden går och beteendet upprepats får motionären fler och fler positiva upplevelser och fler upplevda effekter som blir av en mer långsiktig karaktär. Dessa erfa-

renheter införlivas i motivbilden och får allt större betydelse som motiv för fortsatt motionsutövande, medan de yttre motiven minskar i betydelse. Det sker en förändring av motivbild från ”utifrån motiverat” till ”inifrån motiverat” beteende. Motiven har internaliserats och motionsvanorna är etablerade (3, 4). Individens har gått från handlingsstadiet via aktivitetsstadiet och i vissa fall till vidmakthållandestadiet.

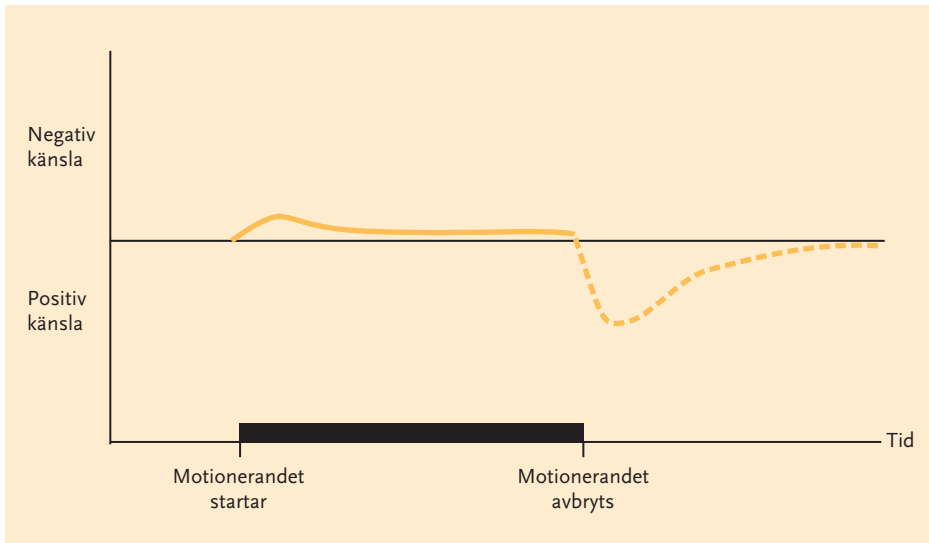
De ovan beskrivna förändringarna över tid av upplevelser och effekter av motionerandet kan illustreras grafiskt med hjälp av en fri tolkning av Solomons opponent-process theory of acquired motivation (23).



Figur 2. Upplevelser av fysisk aktivitet i ett inledande skede.

Av figur 2 framgår att upplevelsen av själva motionspasset i initialskedet är övervägande negativ, medan den omedelbara eftereffekten är positiv och relativt kortvarig. De negativa upplevelsorna under motionspasset utgörs framför allt av fysiska olustkänslor – tunga ben, tung andning, men också känslor av tristess och enformighet.

Den positiva eftereffekten som inträder omedelbart efter motionens slut kan ses som en kontrasteffekt som oftast har innebörden att ”det är skönt att det är över”.



Figur 3. Upplevelser av fysisk aktivitet efter en tids motionerande.

Figur 3, som beskriver förloppet hos den erfarna motionären, visar att upplevelsen under själva motionerandet är i det närmaste neutral. Den fysiska ansträngning som motionerandet ändå innebär upplevs inte alls lika negativt, eftersom kondition och muskelstyrka förbättrats, något som många gånger ger utrymme för positiva känslor under motionerandet.

Den positiva känslan efter motionerandet är hos den erfarna motionären både starkare och mera utsträckt i tid. Innehållet i denna känsla är också enligt motionärerna själva kvalitativt annorlunda än nybörjarmotionärens omedelbara eftereffekt.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det tar tid att övergå från att vara passiv till att vara regelbundet aktiv, minst sex månader eller längre. Detta är mycket individuellt och beror bland annat på individens livssituation i övrigt, till exempel ålder, kön, familje- och arbetssituation. Under perioden hinner mycket att hända – årstiden varierar, en semester kan infalla, vädret kan tidvis vara dåligt och jobbet och familjen kanske kräver extra mycket uppmärksamhet. Till detta kommer tillfälliga sjukdomar eller skador och det är också mycket annat som ska hinnas med på fritiden (3, 4).

Kvinnor och män

I detta kapitel har talats helt neutralt om ”motionärer” utan att problematisera eventuella skillnader mellan kvinnor och män. Av Wester-Wedmans (3) studie framgår att män och kvinnor upplever olika slag av hinder och omfattningen av dem. Upplevelser och effekter är även olika till art och omfattning samt att den tid det tar att gå från nybörjare till regelbunden motionär skiljer sig åt, bland annat beroende på ovannämnda faktorer. Dock fort-

skriker processen på samma sätt med samma faktorer inblandade, om än i olika takt, för kvinnor och män. En uppföljande studie visar att många kvinnor när de själva väljer motionsaktivitet föredrar mindre fysiskt krävande motionsformer, till exempel promenad i stället för jogging (25).

Den fysiska aktiviteten måste anpassas till den enskildas förutsättningar

En viktig del av de många budskap som ges i anslutning till att utöva regelbunden fysisk aktivitet är att förutsättningarna varierar mellan människor. Ålder, kön och religion är några förutsättningar. Dit hör även att vara förälder eller inte, att ha vissa funktionshinder med mera. En del av dessa förutsättningar kan inte förändras och påverkar möjligheterna att utöva regelbunden fysisk aktivitet. I stället måste den fysiska aktiviteten anpassas till dessa förhållanden och se annorlunda ut för exempelvis en ensamstående förälder än för en person som lever under andra förutsättningar.

Till detta kommer det centrala med att åstadkomma en påverkan i riktning mot att vara fysiskt aktiv. Den transteoretiska modellen ger förutsättningar för att så kan ske (5). Enligt denna modell accepteras att förändringen innebär en förflyttning från att vara helt ointresserad av fysisk aktivitet till att vara en regelbunden motionär. Förflyttningen är ungefär densamma för alla, men förändringen kan se olika ut för enskilda individer. I princip handlar det om att gå från en hög grad av yttre motivation till hög grad av inre motivation (3).

Det tar sålunda betydligt längre tid att anpassa sig psykologiskt än vad det gör fysiologiskt. Det är först när de två kurvorna (se figur 1) möts som motionen fungerar av sig själv – alltså till följd av inre motivation. Förändring tar tid (3, 5, 14). Det måste därför vara en central del i förändringsprocessen att den får ta tid och att det yttre stödet ska finnas kvar under lång tid, på ett eller annat sätt. Inom sjuk- och hälsovården kan exempelvis vårdcentralerna få en särskild uppgift i detta avseende.

Acknowledgement

Stort tack till professor Yngvar Ommundsen, Norges idrettshögskola, Oslo, för konstruktiva synpunkter och uppdateringar.

Referenser

1. Bolin K, Lindgren B. Fysisk inaktivitet. Produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Stockholm: Friluftsgenerationer i samverkan (FRISAM); 2006.
2. Bunkefloprojektet. <http://www.bunkeflomodellen.com/>.
3. Wester-Wedman A. Den svårfångande motionären. En studie avseende etablerandet av regelbundna motionsvanor. Diss. Umeå: Umeå universitet; 1988.
4. Wester A. Den svårfångade motionären. I: Kindeberg T, Svederberg E, Svensson L, red. Pedagogik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur; 2001. ss 185-206.
5. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Quill; 2002.
6. Faskunger J. Motivation för motion. En handbok för hälsovägledning steg för steg. Farsta: SISU Idrottsböcker; 2002.
7. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
8. Boström G. Levnadsvanor och hälsa. I: Ardbo C, red. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. ss. 292-332.
9. Västerbottens läns landsting. Manual 2004 för Västerbottens hälsoundersökning. Umeå: Samhällsmedicin, Landstingskontoret, Västerbotten; 2004.
10. Weinehall L. Personlig kommunikation 2007-06-07.
11. Arvidsson O, red. Att förändra levnadssätt. Rapport från ett symposium om metoder att förbättra folkhälsa, 1 och 2 oktober 1981. Riksbankens Jubileumsfond 1982:3. Stockholm: Liber/Allmänna förlag; 1982.
12. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 3. uppl. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
13. Sallis JF, Owen N. Physical activity & behavioral medicine. Thousand Oaks (CA och London): Sage; 1999.
14. Stevens M. Groningen Active Living Model. Development and initial validation. Diss. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2001.
15. SBU. Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt. Mars 2007. Rapport 18. Stockholm: Statens beredningar för medicinsk utvärdering; 2007.
16. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. I: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 3. uppl. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. ss. 99-120.
17. Spencer L, Admans TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise. A systematic and comprehensive review of the literature. Health Promotion Practice 2006;7:428-43.

18. Guillot MA, Kilpatrick M, Hebert E, Hollander D. Applying the transtheoretical model to exercise adherence in clinical settings. *American Journal of Health Studies* 2004;19:1-10.
19. Prochaska JO. Staging. A revolution in helping people change. *Manag Care* 2003;12:6-9.
20. Fallon EA, Hausenblas HA. Transtheoretical model. Is termination applicable to exercise? *American Journal of Health Studies* 2004;19:35-44.
21. Weinberg RS, Gould, D. *Foundations of sport and exercise psychology*. 2. uppl. Champaign (IL): Human Kinetics; 1999.
22. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
23. Solomon RL. The opponent-process theory of acquired motivation. The costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist* 1980;35:691-712.
24. Jung J. *Understanding human motivation. A cognitive approach*. New York: MacMillan; 1978.
25. Wester-Wedman A. Hur gick det sen för motionärerna? En uppföljning av motionsprojektet. I: Patriksson G, red. SVEBI:s årsbok 1990. Svensk förening för Beteendevetenskaplig Idrottsforskning; 1990.