

# EXAMENSARBETE

## **Svårigheter och möjligheter i mötet mellan sjuksköterska och patient med övervikt eller fetma.**

En litteraturöversikt.

## **Difficulties and opportunities in the meeting between the nurse and patient with overweight or obesity.**

A literature review.

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad  
- Nivå C Högskolepoäng 15  
Vårtermin År 2009

Carina Johansson  
Ewelina Wadman

Handledare: Stina Thorstensson  
Examinator: Mia Berglund

## **SAMMANFATTNING**

Titel: Svårigheter och möjligheter i mötet mellan sjuksköterska och patient med övervikt eller fetma. En litteraturöversikt.

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng

Författare: Johansson, Carina; Wadman, Ewelina

Handledare: Thorstensson, Stina

Sidor: 17

Månad och år: Juni, 2009

Nyckelord: Fetma, övervikt, svårigheter, möjligheter, sjuksköterska

---

Fetma är ett ökande folkhälsoproblem runt om i världen. Sjuksköterskan har som uppgift att förebygga ohälsa hos patienter. Genom att veta patienternas svårigheter och möjligheter underlättar det mötet med sjuksköterskan. Men samtidigt måste sjuksköterskan vara medveten om sina attityder för att skapa en bra relation genom att samtala. Syftet är att beskriva svårigheter och möjligheter som kan påverka mötet mellan sjuksköterskor och patienter med övervikt eller fetma. Resultatet av litteraturöversikten bygger på 11 vetenskapliga artiklar. Dessa hittades både genom en systematisk sökning av databasen Cinahl och genom manuell sökning. Resultatet visar att sjuksköterskor har svårigheter att jobba med patienter med övervikt som inte har någon motivation. Sjuksköterskor bör också vara uppmärksamma på hur de uttrycker sig och bemöter patienter med övervikt. Sjuksköterskor och patienter har olika erfarenheter av varandra i mötet. Vilket kan ge en dålig start för en bra relation.

## **ABSTRACT**

Title: Difficulties and opportunities in the meeting between the nurse and patient with overweight or obesity. A literature review

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Johansson, Carina; Wadman, Ewelina

Supervisor: Thorstensson, Stina

Pages: 17

Month and year: June, 2009

Keywords: Obesity, overweight, difficulties, opportunities, nurse.

---

Obesity is a public health problem that is increasing around the world. Nurse's task is to prevent unhealthiness with patients. Knowing the patients' barriers and motivations helps facilitate the meeting between the nurse and the patient. But at the same time nurses have to be aware of their attitudes in order to create a good relationship through conversation. The aim is to describe the difficulties and possibilities that may affect the meeting between nurses and patients with overweight or obesity. The result of the literature survey is based on 11 scientific articles. These were found both by a systematic search of the database Cinahl and by a manual search. The result concludes that nurses have difficulties in working with patients with obesity who have no motivation. The nurses should be more aware of how one expresses oneself and treats patients with overweight. Nurses and patients have different experiences of each other in their meetings and that can result in difficulties in forming a positive relationship.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Övervikt och fetma	2
Orsaker till övervikt och fetma	3
Konsekvenser av övervikt och fetma.	3
Behandling av fetma och övervikt	3
Hälsa	4
Möte och kommunikation	5
Motiverande samtal	5
Sjuksköterskans yrkesansvar	5
Definitioner	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Urval	7
Datainsamling	7
Analys	8
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Vårdpersonalens förhållningssätt som kan påverka mötet	9
Patientens svårigheter	10
Patienternas drivkrafter för att gå ner i vikt	10
Patienternas önskemål från vården	11
Att ta upp viktfrågan	11
Anledningar till att inte söka vård	12
DISKUSSION	14
Metod	14
Resultat	14
FORTSÄTTFORSKNING	16
KONKLUSION	16
IMPLEMENTERING I PRAKTIKEN	17
REFERENSER	18
BILAGOR	
Bilaga 1 The International Classification of adult underweight, overweight and obesity, BMI.	I
Bilaga 2 Översikt över artiklar i resultat delen.	A

## Inledning

Övervikt och fetma är ett hot mot hälsan (Socialstyrelsen Folkhälsorapport, 2005). I Sverige är övervikt och fetma än så länge inte lika vanligt som i ett flertal andra Europeiska länder och USA. Varje år sker markant ökning och ungefär hälften av männen och en tredje del av kvinnorna har övervikt eller fetma i Sverige. Antalet personer med fetma har fördubblats sedan 1980. Även andelen av övervikt har ökat. Det finns skillnader i folkgrupper i landet och även regionala. Fetma är vanligare på landsbygden och bland arbetare än bland storstadsregionerna och tjänstemän. Även utbildningsnivån har påverkat klyftan mellan normal vikt och överviktig/fetma. Det krävs åtgärder i Sverige för att bromsa viktökning hos befolkningen. Konsumtion av energirika födoämnen måste minska och fysiska aktiviteter måste öka (a.a.). Sjuksköterskor har ett ansvar att förebygga ohälsa i landet (Socialstyrelsen, 2005). Patienter med övervikt och fetma behöver ofta mycket stöd och motiverande hjälp än bara ”att gå ner i vikt!”. Fokus i denna studie är att undersöka och ge ökade kunskaper för att kunna stödja dessa patienter på bästa möjliga sätt.

## Bakgrund

### Övervikt och fetma

Övervikt och fetma definieras som onormal eller överdriven fettansamling som kan försämra hälsan (WHO, 2006). Världshälsoorganisationens (WHO) internationella definition på Body Mass Index (BMI) är ett enkelt måttindex som vanligen används för att klassificera undervikt, övervikt och fetma hos vuxna (se bilaga 1). Det definieras som vikten i kg dividerad med kvadraten på höjden i meter ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Exempelvis, en vuxen som väger 70kg och vars höjd är 1.75m kommer att ha ett BMI på 22,9.  $\text{BMI} = 70 \text{ kg} / (1.75 \text{ m})^2 = 70 / 3,0625 = 22.9$  (WHO, 2009). BMI ger den mest användbara måttet på övervikt och fetma eftersom det är samma för båda könen och alla åldrar för vuxna. Det bör dock betraktas som en fingervisning, eftersom det kanske inte överensstämmer med samma grad av fetma hos olika individer. WHO definierar övervikt som ett BMI lika med eller högre än 25 och fetma ett BMI större än eller lika med 30. Denna indelning ger ett riktmärke för individuell bedömning, men det finns belägg för att risken för kroniska sjukdomar i befolkningen ökar successivt från ett BMI på 21 (WHO, 2006).

WHO: s senaste prognoser tyder på att globalt under 2005 var cirka 1,6 miljarder vuxna (ålder 15 +) och 20 miljoner barn under 5 år överviktiga. Minst 400 miljoner vuxna hade fetma (WHO, 2006). WHO förutspår att år 2015, kommer cirka 2,3 miljarder vuxna att vara överviktiga och mer än 700 miljoner kommer att ha fetma. Detta är inte bara ett problem i höginkomstländer. Övervikt och fetma är nu dramatiskt på uppgång i låg- och medelinkomstländer, särskilt i städer (WHO, 2006). Det finns en svensk studie som påvisar regionala skillnader inom fetma och andra hälsorisker. Människor som bor i områden med låg socioekonomisk status är betydligt mer benägna att röka, vara fysiskt inaktiv och har fetma, jämfört med individer som lever i områden med måttlig socioekonomisk status

(Cubbin et al., 2006). En annan studie visade också på att den socioekonomiska nivån och utbildningsnivån har en betydelse för utveckling av fetma (Turconi et al., 2006.).

### **Orsaker till övervikt och fetma**

Den grundläggande orsaken till fetma och övervikt är en energiobalans, personen tillgodoser sig fler kalorier än vad hon/han gör sig av med (WHO, 2006) men kan även orsakas av endokrina rubbningar (Lindskog, 2004). Den globala övervikten och fetman beror på en rad faktorer. Exempelvis har det skett en förändring av kosten, människan äter mer energirika livsmedel idag. Kosten består av fett och socker med låga halter av vitaminer, mineraler och andra mikronäringsämnen. Idag finns det även fler stillasittande arbeten och fler olika transportmedel att välja mellan. Den ökande urbaniseringen i samhället bidrar också till den ökning av övervikt och fetma som sker (WHO, 2006). Torres och Nowson (2007) fann att långvarig stress kan vara en orsak för både undervikt och fetma. Författarna menar att det finns både yttre och inre faktorer som påverkar aptiten och därmed även mängd och typ av mat. Inre faktorer påverkas av hormoner och ökar eller minskar födointaget. Många yttre faktorer kan också påverka födointaget exempelvis ekonomi och påverkan av andra människor. Stressen påverkar även dygnsrytm och därmed kan stressen rubba våra tider för att äta. Det är svårt att avgöra hur mycket stress som påverkar då det inte finns några exakta studier på långvarig stress. Men författarna tror då att långvarig stress kan vara en större riskfaktor för övervikt och fetma.

### **Konsekvenser av övervikt och fetma**

Övervikt och fetma leder till allvarliga hälsokonsekvenser. Ökad BMI är en stor riskfaktor för kroniska sjukdomar såsom; hjärt-kärlsjukdom (främst hjärtsjukdom och stroke) - som redan är världens största dödsorsak och dödar 17 miljoner människor varje år och diabetes - som snabbt blivit en global epidemi. Enligt ett WHO-projekt kommer andelen dödsfall till följd av diabetes att öka med mer än 50 % över hela världen inom de närmaste 10 åren. Belastningsskador särskilt artros och vissa cancerformer (endometrial, bröst och tjocktarm) kommer även att öka. Fetma hos barn är förenat med en högre risk för tidig död och funktionshinder i vuxen ålder (WHO, 2006). Eftersom det finns en rad samband mellan fetma och exempelvis Diabetes typ 2, hypertoni, lågt HDL-kolesterol, hjärtkärlsjukdom, obstruktiv sömnapné, artros, cancer och infertilitetsproblem är det viktigt att sjukvårdspersonal tänker på detta. Det finns även samband mellan fetma och psykosociala problem, inklusive depression, ångest och relativt låg hälsorelaterad livskvalitet (Internetmedicin, 2008).

### **Behandling av fetma**

Det finns ett antal olika metoder för behandling av fetma hos vuxna. Olika kostbehandlingar begränsar intaget av energi och ger en negativ energibalans, vilket leder till viktminskning. Oftast ges råd om kost i kombination med fysisk aktivitet. En kostbehandling innebär att personen får råd om hur de ska äta. Det kan vara inriktat på antal måltider, kalori restriktion, vegetarisk kost eller att vissa måltider ska ersättas med näringspreparat. Kostbehandlingar ger i genomsnitt 3-10 kg vikt nedgång under det första året (SBU rapport, 2002). Med fysisk aktivitet menas alla typer av rörelser som ger en ökad energiförbrukning. Det kan vara allt från att gå, bära, lyfta, aktiv transport (promenad eller cykling), fysisk aktivitet i arbetet, fysisk aktivitet på fritiden, motion eller träning.

Den fysiska aktiviteten och dess effekter är beroende av bland annat aktivitetens intensitet, varaktighet, vilken typ av träning som utförs, ålder och även genetiska faktorer. Dessa faktorer påverkar den totala energiförbrukningen av en aktivitet (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Det finns olika läkemedel såsom Xenical® och Reductil®. Dessa läkemedel ger i genomsnitt 2-5 kg viktminskning utöver det som koständringar och den regelbundna motionen ger. Kirurgi finns också att tillgå vid fetma. Denna metod kan vara aktuell då personen har en mycket kraftig övervikt och andra metoder i regel inte fungerar. Kirurgisk behandling ges till de personer som ligger på ett BMI >40. Ibland kan det även ske på ett BMI >35 om personen har risk att utveckla komplicerande och allvarliga följsjukdomar. Ett kirurgiskt ingrepp reducerar vikten i genomsnitt med 25 procent upp till fem år efter operationen. Efter 10 år kvarstår viktminskningen med cirka 16 procent. Denna behandling har en betydande effekt på hälso- och livskvaliteten för denna grupp av människor. Dock medför ingreppet risker för komplikationer (SBU rapport, 2002). Kirurgiska ingrepp ger en avsevärd viktminskning och även den fysiska och mentala hälsan upplevs bättre hos dessa personer som genomgår operationer (Tompkins, Bosch, Chenowith, Tiede & Swain, 2008; O'Brien et al., 2006).

## Hälsa

Enligt Eriksson (1989) är WHO:s definition: ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom” (s. 16.). Eriksson (1989) menar att det finns en paradox i förhållandet mellan hälsa och sjukdom, eller att människan befinner sig väl eller illa. Det finns mycket som tyder på att människan måste passera stadier av väl- och illabefinnande. Författaren ser ohälsa som en följd av att människan mött olika slags hinder och att hon med större eller mindre framgång försökt bemästra detta. Hälsa och sjukdom ses ofta som motsatta förhållanden. En människa som insjuknar i en svår sjukdom kan ofta leda till att hon börjar värdera sin hälsa och börjar kämpa för den. Hälsan ses som något naturligt och ursprungligt hos människan som hör samman med den mänskliga naturen, människan som kropp, själ och ande. Hälsan måste därmed ses och förstås som en del av det mänskliga livet. Författaren utgår ifrån att hälsa inte är något statiskt tillstånd utan en rörelse som uppstår i en spänning mellan två motsatser, ett varande och ett icke varande. Hälsa kan också definieras som ett tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis som frånvaro av sjukdom. Hälsobegreppets objektiva dimension utgörs av sundhet och friskhet. Medans välbefinnande är den subjektiva dimensionen. Den psykiska hälsan betecknas av sundhet och friskhet den fysiska. Välbefinnande är individens upplevda tillstånd av välbehag (a.a.).

Antonovsky (1991) har ett annat synsätt på hälsa. Där KASAM - känsla av sammanhang, har en betydelse för hälsan. Det finns ett frågeformulär, för att mäta känslan av sammanhang. Känslan av sammanhang är en mycket viktig faktor bakom upprätthållandet av hälsa – ohälsa och rörelser mot dess friska pol. Det finns tre centrala komponenter i KASAM; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. KASAM är antingen stark eller rigid och är beroende på hur stark självet är och ens identitet. Människan utsätts för olika prövningar, stressorer och hur personen tacklar detta beror på hur ens KASAM ser ut och påverkar därmed våra hälsoeffekter. Framgångsrik problemlösning är med andra ord beroende av KASAM i dess helhet.

## **Möte och kommunikation**

Första mötet mellan sjuksköterskan och patienten är viktigt och avgörande för hur relationen utvecklas (Travelbee 1971). Det är sjuksköterskan som bör bryta sitt stereotypa tänkande och utgå från att varje patient är en egen individ. Detta ska ske för att det ska bildas en mellanmänsklig relation som skapar förtroende från båda håll (a.a.). Kommunikation är en ömsesidig process för att förmedla tankar och känslor. Den kan förmedlas både verbalt och icke verbalt. När detta fungerar väl blir det lättare för patienten att uttrycka sina behov och för sjuksköterskan att förstå dem bättre. När patienten befinner sig inom vården men inte får den hjälp som behövs finns det risk att utveckla vårdlidande. Detta lidande uppkommer ofta på grund av att ett lidande inte uppmärksammas (Dahlberg, 2002). Följden kan bli att patienten fråntas känslan att ta aktiv del i sin egen behandling/vårdande. Patientens värdighet kränks och känslan av att ha blivit åsidosatt finns. Att inte bli hörd eller sedd kan få patienten att känna sig förolämpad och förödmjukad. Patienten känner sig maktlös när de själva inte får påverka vårdandet, och inte heller få det förklarat för sig (a.a.).

## **Motiverande samtal**

Motiverande samtal är en metod som styrs utifrån patienterna. Motiverande samtal skall framkalla patientens egna motivationer, sjuksköterskor skall bygga på den motivation som redans finns hos patienten men även förstärka det som finns och hjälpa till att hitta nya motivationer. Samtal är ett viktigt redskap i motiverande samtal. I samarbetet är det viktigt att sjuksköterskan låter patienterna styra det som händer. Samtalen ska inte tvinga fram förändring utan utmana. Sjuksköterskan ska vara utforskande och skapa en positiv stämning som främjar förändring. Att framkalla handlar om att finna motivation och inte förmedla den. Syftet med detta är att bidra till förändring hos patienterna på deras villkor (Barth & Näsholm 2006).

## **Sjuksköterskans yrkesansvar**

Dulong och Poulsen (1993) beskriver att sjuksköterskans yrkesroll består av att utöva praktisk omvårdnad. Varje sjuksköterskas syfte i vårdhandlingen grundar sig i ens egen självuppfattning men även yrkets historia och utveckling. En sjuksköterska konfronteras ofta med en rad olika problem som är relaterade till hälsa och sjukdom hos befolkningen. I yrket skall sjuksköterskan kunna se vem som behöver omvårdnad, vad som är målet och hur målet skall uppnås. Det ingår i professionen att hjälpa patienter att klara av sitt vardagliga liv på ett tillfredställande vis trots sjukdom, kristillstånd, medicinsk behandling, handikapp eller åldersrelaterad oförmåga. Målet med att utöva omvårdnad handlar om att patienten skall uppnå välbefinnande och hälsa oavsett om det handlar om tillfriskande, anpassning till en kronisk sjukdom eller handikapp och så vidare. Hälsopedagogik är en väsentlig del i yrkesrollen. Hälsopedagogik är att förmedla kunskap om en sund livsstil men även ett arbete att motivera människor till att förändra ett ohälsosamt beteende. Sjuksköterskan skall ha kunskap om de hälsoproblem som finns i samhället och skapa sig en insikt i detta. Tillsammans med andra yrkesgrupper skall hon ingripa och motarbeta sjukdomsframkallande förhållanden (a.a.). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) anges att sjuksköterskan skall ha förmåga att informera och undervisa patienter i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa.



Sjuksköterskan skall uppmärksamma de patienter som inte själva uttrycker informationsbehov men även uppmärksamma de patienter som har ett speciellt informationsbehov. Sjuksköterskan skall kunna identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov även ge motivation till förändrade livsstilsfaktorer.

## **Definitioner**

Författare av denna studie har valt att översätta health visitors, practice nurse till sjuksköterska. Ordet provider valde författarna att översätta till vårdpersonal.

Vårdpersonal i denna studie innebär yrkeskategorierna läkare och sjuksköterskor.

Mötet sker mellan patienter och vårdpersonal i olika sammanhang, exempelvis på en vårdcentral eller ineliggande på sjukhus.

## **Problemformulering**

Eftersom övervikt och fetma är ett växande problem och är ett hot mot hälsan är det viktigt för sjuksköterskorna att möta upp detta. Övervikt och fetma har många riskfaktorer och därför är det angeläget att problemet tas upp så fort som möjligt. Det krävs åtgärder för att bromsa den ökande viktuppgången hos befolkningen. Den fysiska aktiviteten måste öka och konsumtionen av energirika livsmedel måste dras ned. Problemet är hur och när i mötet med patienten sjuksköterskan ska börja diskutera vikten. Det är viktigt att bemöta patienten på ett respektfullt sätt och veta hur sjuksköterskan går tillväga för en bra dialog där patienten inte känner sig överkörd. Sjuksköterskor har ett ansvar inom hälso- och sjukvården att förebygga ohälsa i samhället. Ett problem är hur sjuksköterskan kan motivera patienter med övervikt och fetma att fortsätta leva hälsosamt och inte gå tillbaka till sina gamla vanor. Att inte hjälpa patienter med övervikt och fetma kan ses som en brist i professionen. Att inte kunna uppfylla dessa krav kanske beror på brist på kunskap och/eller erfarenhet av bemötande och motiverande av patienter.

## **Syfte**

Syftet är att beskriva svårigheter och möjligheter som kan påverka mötet mellan sjuksköterskor och patienter med övervikt eller fetma.

## **Metod**

I en litteraturoversikt skapas en översikt inom ett visst vårdvetenskapligt område eller i ett problemområde inom sjuksköterskans verksamhet. Detta kan bidra till att ett kunskapsläge inom ett visst område kartläggs. Som författare innebär det att ta reda på förekommande forskning och få en uppfattning om vad som studerats. Författaren tar även reda på vilka teoretiska utgångspunkter som används och vilka metoder som andra författare använt sig utav. Resultatanalysen i en litteraturoversikt kan ge kunskap som kan påverka det praktiska

vårdarbetet på flera sätt men påvisar även vad som saknas inom det valda problemområdet (Friberg, 2006).

## Urval

I en litteraturöversikt används data som består av vetenskapliga artiklar. Det är syftet och studiens problemformulering som har avgjort vilka artiklar som använts. (Friberg, 2006). Ett urval av artiklar gjordes för att hitta den mest relevanta data. Detta innebär att vissa artiklar exkluderas och andra inkluderas. Avgränsningen motiverades utifrån problemformuleringen. I urvalet av vetenskapliga artiklar skall de uppfylla vissa krav och utformas enligt bestämda regler.

Det viktigaste inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga. Enligt Forsberg & Wengström (2008) ska en vetenskaplig artikel ha en vedertagen form och struktur. Den ska följa vissa riktlinjer och vara kritisk granskad av oberoende experter i forskningsområdet. Som inklusionskriterium valdes även att artiklarna publicerats efter år 2000. Detta för att ha den senaste forskningen. Artiklarna skulle handla om vuxna patienter med övervikt eller fetma. Artiklarna kunde baseras på antingen en kvalitativ eller kvantitativ studie. Fördelen med detta är att forskningsområdet kan belysas ur olika synvinklar (a. a.). I studien skulle det framföras: sjuksköterskans och/eller patientens attityder, upplevelser, svårigheter, motivationer, management och bemötande. Exklusionskriterier var att artiklarna fick inte handla om barn eller tonåringar. Inte heller om dietisternas attityder, olika bantningskurer, magsäcksoperationer, andra sjukdomar som orsakas av övervikt och fetma exempelvis diabetes.

## Datainsamling

Datainsamling består av artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. För den systematiska sökningen användes databasen Cinahl. Cinahl är den databas som är specialiserad på omvårdnadsforskning. Den innehåller även mer tidskrifter än vad Medline gör (Forsberg och Wengström 2008). Författarna har använt sig av en systematisk och osystematisk sökning. Sökningen börjades osystematisk för att få idéer och tips på bra sökord. Första sökningen bestod av (MM "Obesity") and support not child\*. Författarna hittade några bra artiklar och lånade deras MAJOR and MINOR headings för vidare sökningar. För att sedan avgränsa till en smalare och mer specifik sökning. För att få ett bra och bred resultat är det lämpligt att använda sig av både systematisk och osystematisk sökning (Friberg 2006). Sökningarna skedde mellan 2009-03-31 till och med 2009-05-06.

*Tabell 1: Redovisar över författarnas sökningar i databasen Cinahl.*

Sökning	Övrigt	Antal träffar	Antal använda
(MM "Obesity") and support not child*		335	2
(MM "Obesity") and (management and nurse*) not child*	Full linked text, abstract, 2000-2009	16	3
obesity and management not child	Full linked text	230	1
Obes* and barriers and patient not child	Full linked text	8	1
(MM "obesity") and psychosocial factors	Full linked text, 2000-2009	188	1

Författarna har även använt sig utav manuell sökning som innebär exempelvis att författarna läser igenom referenslista på en intressant artikel som belyser problem området (Forsberg & Wengström, 2008). Denna sökning resulterade i 3 artiklar. Allt som allt resulterade sökningen i 11 artiklar som använts i resultatdelen.

Författarna hade tagit fram 15 artiklar från början men under bearbetningen visade sig att 4 av artiklarna inte stämde överens med inklusionskriterierna och valdes därmed bort.

## **Analys**

Artiklarna som valts ut har kvalitetsgranskats och analyserats för att sedan sammanfattats i resultatet (Friberg, 2006). Detta bidrar till en beskrivande översikt av det valda problemområdet. Författarna har använt sig av checklistor vid artikelgranskning som Forsberg och Wengström (2008) tagit fram. Dessa frågor gäller både för kvalitativa och kvantitativa artiklar. De utvalda artiklarna lästes igenom flera gånger för att säkerställa urvalet men även för att förstå vad de handlar om. Jämförelsen av artiklarna inriktas mot skillnader och likheter i resultat innehåll. Utifrån detta kunde likheterna och skillnaderna sorteras och beskrivas i resultatet. Resultaten i kvantitativa och kvalitativa artiklar är av olika sort och kan därför inte jämföras exakt (Friberg, 2006). Författarna kommer att beskriva likheter och skillnader i olika tema med rubriker som belyser vad som kommit fram utifrån de utvalda artiklarna. Detta görs för att ge läsaren en förståelse för området (a.a.).

## **Etiska övervägande**

Författarna av litteraturöversikten har i största mån strävat efter att ge läsarna en så uppriktig bild inom det område som undersöks. Denna strävan har gjorts för att bidra till realitet och exakthet inom vetenskaplig kunskap. Med detta menas förvrängning, fabricering, plagiering och stöld av data är inte tillåtet. Det är författarnas ansvar att använda sig av korrekt översatt material. Detta för att inte tolka texten på ett felaktigt sätt. Vid en litteraturöversikt finns det en risk att författaren gör ett selektivt urval av data. Med det menas att det som väljs stödjer den egna ståndpunkten. Det kan även bli att mängden data som samlats in är för begränsad. (Friberg, 2006). Författarna av denna studie har haft detta i åtanke vid urval och ett kritiskt förhållningssätt vid läsning av de utvalda studierna och även i det egna uppsatsskrivandet

## Resultat

I analysen av valda artiklar har författarna valt att dela in resultatet i 6 teman. Dessa teman bestämdes utifrån artiklarnas innehåll. En översikt på artiklarna finns som bilaga (nr 2).

Teman som används i resultatet heter:

- Vårdpersonalens förhållningssätt som kan påverka mötet
- Patientens svårigheter
- Patienternas drivkrafter för att gå ner i vikt
- Patienternas önskemål från vården
- Att ta upp viktfrågan
- Anledningar till att inte söka vård

### Vårdpersonalens förhållningssätt som kan påverka mötet

I studie visade det sig att en stor majoritet av vårdpersonalen var överens om att fetma är ett stort problem och att hälsoriskerna inte är överdrivna. När det gäller åsikter om orsaker så var väldigt få överens om att det antingen finns en särskild medicinsk orsak, eller miljöfaktorer som orsakar fetma. Dock anser en majoritet att familjens historia var en viktig faktor. En majoritet var överens om att personliga val om mat och motion är en orsak till fetma. Det fanns också en tendens mot en övertygelse om bristande vilja och makten kring mat som en orsak till övervikten dock höll inte alla med. Mycket få deltagare verkade överens om att patienterna är motiverade till livsstils förändring, och närmare hälften höll inte med att patienter är motiverade. Men ungefär hälften håller inte med om att fetma beror på brist på personlig kontroll. En majoritet tyckte inte att patienter med fetma var mer lata än andra patienter. Det som var positivt var att väldigt få deltagare hade en känsla av äckel i möte med dessa patienter. Ungefär hälften av vårdpersonalen var överens med uttalanden om att det är givande att arbeta med patienter som är överviktiga. Över hälften kunde känna empati med patienterna (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007). I en studie gjord av Brown & Thompson (2007) visar de upp att sjuksköterskorna hade en delad attityd angående orsaken till varför patienterna var överviktiga. Vissa ansåg att det var något individuellt som påverkades av olika faktorer till exempel hur många barn kvinnan hade fött, kulturella saker, tillgången till maten. Andra såg det mer som en livsstil, något som patienten väljer själv. Man blir vad man äter. Det var inte många som ansåg att övervikten berodde på genetiska eller medicinska faktorer (a.a.).

Timmerman, Reifsnider, Allan (2000) beskriver att manliga sjuksköterskor och läkare har svårare att jobba med patienter som är överviktiga då de inte kände någon glädje i det. Läkarna upplevde att det är svårt att jobba med patienter som inte har någon motivation till att gå ner i vikt. Det ses som ett hinder i att kunna ge rätt råd gällande vikten. Däremot upplevde inte de kvinnliga sjuksköterskor och läkare detta, utan de hade svårare att ge råd om den fysiska aktiviteten. Både läkare och sjuksköterskor uppgav att dem största svårigheterna i deras jobb är patienternas återfall i viktökning, bristen av patientens intresse av att ändra sitt beteende och brist på tiden. De mindre svårigheterna var brist på kunskap, att ge rätt stöd och brist på rätt utbildningsmaterial.

Det fanns en tendens att sjuksköterskor med högt BMI var mer kritiska och subjektiva kring patienter med fetma eftersom de var kritiska mot sig själva men mer öppna med att diskutera fetma. I kontrast till de med lågt BMI som var mer försiktiga. De ansåg att deras egna erfarenheter inte kunde tillämpas på patienter och att de var försiktigare med kommentarer som kan uppfattas kritiska mot människor som har fetma (a.a.).

### **Patientens svårigheter**

Kvinnorna i Chang et al., (2008) studie såg familjen som ett stort hinder eftersom de prioriterar den som först. Många kvinnor såg till barnens behov före sina egna. Att köra barnet till biblioteket prioriterades före den planerade motionen. Maten som kvinnorna lagar måste passa hela familjen. Att göra i ordning en sallad är inget som resten av familjen vill ha till middag.

*You have to feed them (husband and children), and they don't want to eat a leafy salad with light dressing or none. They'll look at you like, 'No' where's my steak...cheese. (a.a. s. 1025)*

Thomas et al. (2008) påvisar också att kvinnorna upplever brist på stöd från familjen vid måltider. De har ingen lust och tid att laga två måltider en till familjen och en till sig själva. Likaså påverkar kostnaden valet av vad man lagar, alltså dietmaten är dyrare.

Deltagare i Chang et al., (2008) studie upplevde att de inte hade tid till att äta regelbundet och riktiga mål. Istället för det åt de bara ett stort mål sent på kvällen och hade under dagen bara små ätit. Det förekom också att de efter att ha ätit upp sin mat åt upp familjens rester också i stället för att slänga det.

*I only eat one time a day because I'm afraid I'm not going to be able to have enough time later on the day to eat. So I eat one great big giant meal... (s. 1025 a.a.)*

Att viktminskningen av dieten tog tid var också svårighet. Kvinnorna hade inte tid att vänta, blev ofta frustrerade och gav upp (a.a.). Thomas et al. (2008) identifierar att familjen, tid och pengar och brist på stöd från läkaren var de stora svårigheterna.

### **Patienternas drivkrafter för att gå ner i vikt**

Drivkraften som kvinnorna hittade var exempelvis att kunna ha på sig ett visst klädesplagg igen. Många kvinnor upplevde det som ansträngande att leka med barnen, samtidigt kunde de vända det till något positivt (Chang et al., 2008).

*I mean with me I always been big, and I don't have problem with my weight. But it do become when I can't I got two boys, 5 and 3. They running, I can't run. I'll be like okay slow down boys. (a.a. s. 1025)*

Fysiska besvär såsom, svårigheter att gå upp för trappan, knä och ryggsmärtor och oron att utveckla följsjukdomar till övervikten exempelvis diabetes. Detta ansåg kvinnorna skulle kunna motivera dem till att gå ner i vikt (a.a.).

## **Patienternas önskemål från vården**

Patienterna tycker att läkaren bör ta upp frågan angående vikten. Något som patienterna upplever att läkare slarvar med. Men nästan hälften anger att vikten har tagits upp, patienterna tillhör fetma kategorin i studien (Potter, Vu & Croughan-Minihane, 2001). Sjuksköterskorna ansåg att det var deras jobb att ge information om livsstilsrelaterade risker, motivera och stödja patienter i deras livsstilsförändringar (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007; Green McCoubriet & Cullingham, 2000). Dock rapporterar sjuksköterskor och läkare att det inte finns tid för att sätta sig ner och prata om patientens livssituation (Timmerman, Reifsnider, Allan, 2000).

Ämnen som patienten ville att vårdpersonal informerar om och diskuterar var hälsorisker med fetma, förslag på fysik aktivitet och diet råd. Patienterna hade som önskemål att läkaren skulle bli mer insatt i vikten och sätta upp realistiska viktmål (Potter, Vu & Croughan-Minihane, 2001). Dock visar en annan studie (Ruelaz et al. 2007) att vissa patienter inte ville att vårdpersonalen skulle vara för involverade i deras övervikt. Patienterna hade uppskattat om det fanns grupper såsom "WeightWatchers" fast gratis. Patienterna ville ha en kontinuerlig kontakt med en person som kunde stödja dem eller en grupp. Detta för att få en hjälp på vägen och upprätthålla motivationen (Brown, Thompson, Tod & Jones 2006).

*I think that if there was sort of a class where you could go and get weighed every week up at the clinic... and possibly I feel perhaps a lot of people like myself would go... say, just for the sake of argument, every Tuesday there's this class,... for you to be able to just go and get weighed and discuss if you've got a problem with, not necessarily a doctor, but one of the nurses. (a.a. s. 670)*

Thomas et al. (2008) kommer fram till att det var en stor brist i det. Många kvinnor blir tillsagda om att gå ner i vikt på grund av medicinska orsakerna men det sker ingen uppföljning.

## **Att ta upp viktfrågan**

Vissa sjuksköterskor använde sig av datoriserade hjälp medel. Efter att ha fyllt i alla värden i datorn kom den fram till ett resultat. Sjuksköterskorna kunde då säga att datorn visar att du är överviktig (Brown & Thompson 2007).

*I actually, sort of, put it sideways and say, 'Well the computer's saying that, in fact, you are overweight or obese (a.a. s. 538).*

Andra pratade runt problemet, frågade om livsstil och generellt om hälsan i stället för att gå direkt på övervikt och fetma (Brown & Thompson 2007) .

*I think sometimes, even to talk about any issue, food or anything, at least it's a bit more gentle but I would never say to somebody, if somebody say to me, 'You are, do you know you are clinically obese?' I would be absolutely floored (a.a. s 538).*

Detta gjordes för att det skulle vara lättare att ta upp själva problemet. Vissa sjuksköterskor tror att patienterna är medvetna om sin övervikt. Därför kan det vara bättre att visa att sjuksköterskan finns där när patienten är redo att tala om sin vikt (a.a.). Sjuksköterskorna tar även upp att det var ett problem att ta upp viktfrågor med patienten. Det var obekvämt och ett känsligt område. Sjuksköterskor tar upp att attityden i övriga samhället är negativt. Detta gör att det blir svårare att få rätt relation med patienten. Sjuksköterskor vill inte skrämna patienterna med att ta upp frågan och därmed riskera att patienten inte kommer tillbaka (Brown & Thompson 2007).

*I find it quite difficult because I don't want to offend someone, I don't wanna start off by putting them on sort of the back foot, and then them never coming back. (a.a. s. 538).*

Lättast var när patienten sökte hjälp själv eller om de hade exempelvis diabetes och därigenom kunde viktfrågan tas upp. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt hur de uttryckte sig. Ordet Fetma kan anses negativt (Brown & Thompson, 2007). Även patienter enligt Thomas et al. (2008) upplever ordet som förkrossande att säga till någon då den har så många negativa betydelser.

### **Anledningar till att inte söka vård**

Att inte söka vård kan bero på många saker. Det fanns en del vikt relaterade orsaker så som att patienten har gått upp i vikt, att bli vägd, bli uppmanad till att gå ner i vikt, att ta av sig kläder och att problemet patienten söker för bör åtgärdas med viktminskning. Det fanns även ett tydligt samband mellan hög BMI och att undvika/fördröja att söka vård i högre utsträckning (Drury & Louis, 2002).

Patienter upplever att det var jobbigt att inte passa in i sjukvården. Det finns inte tillräckligt stora stolar i väntrummet, undersökningskläderna är för små, blodtrycksmanschetten är för liten och sjuksköterskor gör en stor sak utav det (Merill & Grassley, 2008). Dock tyckte mycket få patienter i en annan studie att de blivit otrevligt bemötta i vården på grund av deras storlek (Ruelaz et al. 2007). Men i Merrill & Grassley (2008) studie beskriver en kvinna mötet med en läkare så här:

*When I was delivering my son...I think I weighed 215 pounds when he was born and I just felt huge..I can remember in the delivery room the doctor saying something to me...during the birthing process. He said, 'Just relax and just envision yourself on a beach like a big ole whale beached' ...That hurt me so much because already I felt big (Merrel & Grassley s.142).*

Patienterna vill bli sedda som vem som helst, inte som en fet patient. När de söker vård vill de ha lika vård som vilken annan patient, de vill ha en rättvis bedömning, allt skall inte förknippas med deras fetma (Merrill & Grassley, 2008).

## **Diskussion**

### **Metod**

Studien är en litteraturöversikt då författarna ville ge ökad kunskap inom området. Hade en kvalitativ studie gjorts hade författarna fått avgränsa sig till antingen patienter eller sjuksköterskor. Författarna har också valt att använda sig utav både kvalitativa och kvantitativa studier för att området ska specificeras och belysas ur olika synvinklar (Forsberg & Wengström, 2008). Målet var att alla artiklar skulle ha genomgått en etisk granskning, detta redovisas inte alltid i de utvalda artiklarna. Författarna valde ändå att ta med de relevanta artiklarna efter eget etiskt ställningstagande. Då författarna upplevde att deltagarna i studierna var väl informerade och anonyma.

Tanken var att författarna skulle använda sig av båda könen i undersökningarna. Det visade sig att de flesta studierna som författarna har med har gjorts på kvinnor, dock finns det några studier som har med både och. En del av studierna som finns med i resultatet står det inte specifikt vilket kön deltagarna har. Det är konstigt att det finns flest studier på kvinnor då det faktiskt är fler män än kvinnor som är överviktiga (Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2005). Studier som gjorts på sjuksköterskor blir den största andelen kvinnor och när det är läkare är det män. Det är något som författarna är medvetna om. Författarna hade kanske kunnat få mer studier på män om andra sökord hade valts, exempelvis obesity AND men Not child. Detta gäller även motiverande samtal. Författarna ville undersöka hur man använder sig av metoden motiverande samtal Dock hittades inga relevanta artiklar inom detta område.

Tidsbegränsningen och urvalet av sökord kan ha gett ett mindre urval av artiklar som skulle ha kunnat ge en större resultatdel och en annan inriktning. Men då området har stora luckor i forskningen var det svårt att hitta rätt artiklar.

Artiklarna som användes i litteraturstudien kom enbart från England och USA. Detta kan påverka resultatet i denna studie då dessa inte kan omfatta de olika kulturerna i världen. Beroende på vilken kultur patienten har kan exempelvis svårigheter skilja sig åt. För att resultatet skulle kunna gälla generellt hade det behövts studier från flera olika länder. Ett annat alternativ hade varit att välja ett land och koncentrera sig på det. Men även en jämförelse studie hade kunnat genomföras med tanke på att det finns mest forskning från dessa länder.

### **Resultat**

Som sjuksköterska är det bra att vara medveten om vilka svårigheter patienterna har för en lyckad viktning och ett bra möte. Både Chang et al. (2008) & Thomas et al. (2008) kom fram till att kvinnors stora svårighet var att familjens stöd inte var tillräckligt. Kvinnorna hade inte tid till att äta regelbundet, familjen ville inte äta nyttig mat och ekonomin spelade också en roll. Enligt WHO (2006) är en av orsakerna till övervikt och fetma är en energiobalans. Det finns en rad faktorer exempelvis kosten, människan äter



mer energirika livsmedel som består av mer fett och socker än vitaminer och mineraler. Torres & Nowson (2007) kommer fram till att maten som köps påverkas av ekonomin. Sjuksköterskor i studien (Brown & Thompson, 2007) hade en delad attityd till varför patienten är överviktig. Bland annat togs det upp att tillgången till maten var en orsak och att patienten väljer själv vad de äter. Även Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson (2007) påvisade samma sak. Däremot definierar Lindskog (2004) även att övervikt och fetma kan bero på endokrina rubbningar. Detta var något som få sjuksköterskor trodde på (Brown & Thompson, 2007; Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007). Sjuksköterskor tycker att det var patientens ovilja att ändra på sin livsstil vilket nästan alltid var en svårighet för behandlingen. Dock tyckte de inte att det var bristen på kunskapen hos patienten som var en stor svårighet utan snarare att patienter var väl insatta i konsekvenser med fetman (Jallinoja et al. 2007). Genom att veta patientens svårigheter och möjligheter kan det underlätta för sjuksköterskor att motivera patienten på rätt sätt i mötet. Därför bör varje sjuksköterska ta reda på varje patients individuella svårigheter.

Övervikt och fetma kan leda till en rad olika hälsokonsekvenser, såsom hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, belastningsskador med mera (WHO, 2006; Internetmedicin, 2008). Men detta verkar inte som om patienterna blir motiverade utav på samma sätt som att kunna ha på sig ett visst klädesplagg igen. Dock var det en motivation när olika ansträngningssymtom uppkom. Vissa kvinnor kunde visserligen tänka sig att gå ner i vikt på grund av oron för att utveckla följsjukdomar (Chang et al. 2008) men det var inte huvudorsaken till att gå ner i vikt.

I sjuksköterskors roll ingår det att förebygga ohälsa, de skall vara uppmärksamma på de patienter som inte själva förmedlar ett informationsbehov och kunna identifiera hälsorisker men även kunna ge motivationen till att förändra till en bättre livsstil (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskor var medvetna om att det var deras jobb att ge information om livsstilsrelaterade hälsorisker och att sjuksköterskor skall motivera och stödja patienterna (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007; Green McCoubriet & Cullingham, 2000). Dock visade en studie (Timmerman, Reifsnider, Allan, 2000) att manliga sjuksköterskor och läkare hade svårare att jobba och motivera patienter med övervikt. Men patienter ville att läkaren tog upp diskussionen och ämnen som hälsorisker, fysisk aktivitet och diet. Patienterna ville även att läkaren skulle vara mer insatta och sätta upp realistiska mål för viktneidgången (Potter, Vu, Croughan – Minihane, 2001). Många patienter hade uppskattat en viss uppföljning (Brown, Thompson & Jones, 2006; Thomas et. al. 2008) Dock skall man komma ihåg att vissa patienter inte ville att vårdpersonalen skulle involvera sig i patientens vikt (Ruelaz et. al. 2007). Detta bör sjuksköterskor och läkare ha i åtanke. Motiverande samtal bygger på att patienterna får bestämma själv takten men att de får stöd och hjälp att hitta motivation från en sjuksköterska (Barth & Näsholm, 2006). Detta tror författarna av studien skulle passa patienter med övervikt och fetma då de vill ha hjälp men ändå bestämma själva. Men det finns säkert fler metoder som fungerar.

Enligt Dulong & Poulsen (1993) skall sjuksköterskan kunna lägga upp mål och hur målet skall uppnås. Det är även viktigt hur sjuksköterskor tar upp viktfrågan med patienten. Sjuksköterskor kan använda sig utav datoriserade program som visar med siffror att patienterna ligger över gränsen för övervikt (Brown & Thompson, 2007). Detta kan även vara ett bra sätt att börja prata med patienten. Men även att prata om livsstil, generellt om hälsan kan vara en bra start för att komma in på ämnet utan att behöva använda sig utav

ord som fetma. Ordet fetma har för många en negativ klang därför väljer flera sjuksköterskor att inte använda det (a.a.). Travelbee (1971) menar på att första mötet mellan sjuksköterskan och patienten är avgörande för hur relationen utvecklas. Det är sjuksköterskan som borde bryta sitt stereotypa tänkande och utgå från patienten som en egen individ. Patienternas önskan (Merill & Grassley, 2008) var att bli sedda som en vanlig patient och inte den feta patienten. Författarna i denna studie anser att det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om sina attityder och åsikter. Det är bra att sätta sig ner och reflektera över hur de bemöter patienter och varför dem bemöter dem som dem gör. Detta för att bli mer medveten om attityderna och därmed kunna ändra dem. Detta skulle även kunna tas upp på möten med jämna mellanrum, för att reflektera varandras tillväga gångsätt och ge varandra tips och stöd till förändring i sitt beteende.

Det är en intressant upptäckt att sjuksköterskor med högre BMI är mer kritiska och subjektiva kring patienter med fetma. De kunde vara hårdare i språket än sjuksköterskor med lågt BMI (Brown & Thompson, 2007). Detta tycker författarna är underligt. Eftersom som sjuksköterskor med högt BMI borde veta hur det känns att vara i den situationen. De borde vara mer medvetna om svårigheterna och känna mer empati för dessa patienter. Däremot är det inte konstigt att de har högre krav eftersom de kan vara mer kritiska mot sig själva och se sig själv i patienten. Sjuksköterskor med låg BMI hade svårare att prata med patienterna då de kände att deras erfarenhet inte var tillräckliga (a.a.). Sjuksköterskor bör istället tänka på att de får erfarenheter utav de patienter de jobbar med och utnyttja det i nästa nya möte. Erfarenheter som sjuksköterskan har behöver inte vara själv upplevda, utan lärda av andra eller genom att införskaffa sig ny kunskap genom att vara forsknings konsument.

Fetma är ingen sjukdom i sig, men kan däremot leda till en rad olika följsjukdomar. Det är viktigt att komma ihåg att patienten fortfarande kan vara frisk, och känna sig frisk trots eventuell övervikt. Eriksson (1989) definierar hälsa som ett tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis en frånvaro av sjukdom. För att kunna hjälpa patienten på vägen kan det vara bra för sjuksköterskan att ta reda på hur patienten känner sig: 'Känner sig patienten frisk eller sjuk?'

## **Fortsatt forskning**

Författarna anser att forskning på manliga deltagare saknas, då inga artiklar blev funna inom detta område. Det skulle vara intressant inför framtiden att undersöka om deras erfarenheter av bemötandet och deras svårigheter är desamma som kvinnors.

## **Konklusion**

Patienter med övervikt har svårigheter när det gäller motivation till att gå ner i vikt. Patienterna upplever att vårdpersonal har svårt att förbise deras övervikt och vill gärna diagnostisera allt på grund av den. Patienter vill ofta få hjälp, men de får inte den. Vårdpersonal har många gånger en dålig inställning mot patienter med övervikt. Men vårdpersonal upplever också svårigheter i mötet med dessa patienter. Vårdpersonalen

måste fundera över sin inställning för att kunna ge rätt stöd och motivation. Sjuksköterskor och patienter har olika erfarenheter av varandra i mötet. Vilket kan ge en dålig start för en bra relation.

## **Implementering i praktiken**

Sjuksköterskor måste redan innan mötet reflektera över vilka attityder och åsikter denne har mot patienterna. Detta kan göras på egen hand men även tillsammans med sina arbetskamrater. Exempelvis kan en grupp sjuksköterskor gå igenom olika fall där de får tala om hur de hade gått tillväga och få tips och idéer från varandra. Något som är viktigt att komma ihåg är att alla patienter är en egen individ. Därför är det nödvändigt att ta reda på varje patients egna svårigheter och utifrån dem lägga upp en individuell målsättning och handlingsplan. Det finns kanske inte alltid tid för varken sjuksköterskan eller patienten att komma för täta besök. Därför kan det vara bra att erbjuda telefonkontakt, antingen att patienten ringer själv eller att sjuksköterskan hör av sig. Sjuksköterskor bör vara positiva även när patienten inte har uppnått de mål som satts upp. Detta för att bevara motivationen hos patienten dock skall sjuksköterskor vara tydliga med att försöka få patienten att hålla målen. Det är aldrig roligt att klä av sig inför någon okänd, speciellt om patienten inte trivs med sig själv. Att kunna erbjuda rätt storlek på undersökningskläder och att inneha rätt storlek på undersökningsmaterial kan göra att patienten känner sig bekvämare i situationen. Vid vägning skulle patienten kunna ha på sig sina egna kläder och vid fortsatt vägning ha på sig liknande kläder. Det kan även vara bra att sjuksköterskor förbereder patienten innan besöket på vad som skall ske. Detta för att patienten ska kunna förbereda sig mentalt inför de olika kontrollerna. Sjuksköterskor bör ta del av ny forskning då övervikt och fetma blir allt vanligare. Ju mer sjuksköterskan kan om övervikt och fetma desto lättare blir det att motivera patienten.

## Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Danmark: Studentlitteratur.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. & Thompson, J.(2007). Management of obesity in primary care : nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing* 59(4), 29-341.
- Brown. I. & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 535-543.
- Brown. I. & Thompson, J., Tod, A. & Jones, G. (2006). Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patient. *British Journal of General Practice* 56, 666-672.
- Chang, M., Nitzke, S., Guilford, E., Adair, C., & Hazard, D. (2008). Motivators and barriers to health eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *The American Dietetic Association* 108, 1023-1028.
- Cubbin, C., Sundquist, K., Ahle'n, H., Johansson, S-E., Winkelby, M., & Sundquist, J. (2006). Neighborhood deprivation and cardiovascular disease risk factors: Protective and harmful effects. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 228–237.
- Dahlberg. K., (2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet, *Vård I Norden*, 63( 22), 4–8.
- Drury, C. & Louis, M. (2002). Exploring the Association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of The America Academic of Nurse Practitioner* 14(12), 554-561.
- Dulong, J. & Poulsen, C. (1993). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Norstedts förlag AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* Stockholm: Natur & kulturen.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Green, S., McCoubrie, M. & Cullingham, C. (2000). Practice nurses' and health visitors knowledge of obesity assessment and management. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. 13(6) 413- 23.
- Internetmedicin (2008). Hämtad från WWW. 2009-01-31

[http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=425](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=425).

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., et al. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25, 244-249.

Lindskog, B. (2004). *Medicinsk Terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad från WWW 2009-02-16

[http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf).

Merril, E. & Grassley, J. (2008). Women's stories of their experience as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing* 64(2), 139-146.

O'Brien, P.E., Dixon, J.B., Laurie, C., Skinner, S., Proietto, J., McNeil, J., et al. (2006). Treatment of Mild to Moderate Obesity with Laparoscopic Adjustable Gastric Banding or an Intensive Medical Program. *Annals of Internal Medicine*, 9(144), 625-633.

Potter, M., Vu, J. & Croughan-Minihan, M. (2001). Weight management: What patients want from their primary care physicians. *The Journal of Family Practice* 50(6), 513-518.

Ruelaz, A., Diefenbach, P., Simon, B., Lanto, A., Arterburn, D. & Shekelle, P. (2007). Perceived barriers to Weight management in primary care-perspectives of patients and providers. *Society of General Internal Medicine* 22, 518-522.

SBU (2002). *Fetma – problem och åtgärder: en systematiks litteraturöversikt*. Hämtad från WWW 2009-02-08

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från WWW 2009-01-21

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Hämtad från WWW 2009-01-21

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>.

Statens folkhälsoinstitut (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Hämtad från WWW 2009-02-14 [http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/R200613\\_Fysisk\\_aktivitet\\_0701.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf).

Thomas, A., Moseley, A., Stallings, R., Nichols-English, G. & Wagner, P. (2008). Perception of obesity: black and white differences. *Journal of Cultural Diversity* 15(4), 174-180.

Timmerman, G., Reifsnider, E., & Allan, J. (2000). Weight management practices among primary providers. *Journal of The American Academic of Nurse Practitioner* 12 (4), 113-116.

Tompkins, J., Bosch, P. R., Chenowith, R., Tiede, J. L., & Swain, J. M. (2008). Changes in Functional Walking Distance and Health-Related Quality of Life After Gastric Bypass Surgery. *American Physical Therapy*, 8(88), 928-935.

Torres, S.J., & Nowson, C.A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition* 23, 887–894.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of nursing*. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Turconi, G., Guarcello, M., Maccarini, L., Bazzano, R., Zaccardo, A., & Roggi, C. (2006). BMI values and other anthropometric and functional measurements as predictors of obesity in a selected group of adolescents. *European Journal of Nutrition*, 3(45), 136-143.

Vasan, R.S., Pencina, M.J., Cobain, M., Freiberg, M.S., & D'Agostino, R.B. (2005). Estimated Risks for Developing Obesity in the Framingham Heart Study. *Annals of Internal Medicine*, 7(143), 473-480.

Världshälsoorganisationen - WHO (World Health Organization), (2006). Hämtad från WWW. 2009-01-30

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Världshälsoorganisationen - WHO (World Health Organization), (2009). Hämtad från WWW. 2009-02-10

[http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).

## Bilaga 1

Tabell 3: The International Classification of adult underweight, overweight and obesity, BMI.

Classification	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	
	Principal points	cut-off
<b>Underweight</b>	<b>&lt;18.50</b>	<b>&lt;18.50</b>
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
<b>Normal range</b>	<b>18.50 - 24.99</b>	<b>18.50 - 22.99</b>
		<b>23.00 - 24.99</b>
<b>Overweight</b>	<b>≥25.00</b>	<b>≥25.00</b>
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
<b>Obese</b>	<b>≥30.00</b>	<b>≥30.00</b>
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Källa: WHO (2009).

## Bilaga 2

Tabell 4: Översikt över artiklar i resultat delen.

Författare, år	Titel	Syfte	Design	Resultat
Merril, E., & Grassley, J. 2008	Women's stories of their experience as overweight patients	This paper is a report of a study to illuminate the meaning of women's experiences as overweight patients in their encounters with healthcare services and healthcare providers.	Hermeneutik fenomenologisk metod. 8 kvinnor blev intervjuade.	Resultatet presenteras i fyra teman: kämpa för att passa in, att inte känna sig mänsklig, att inte vara bekräftad, vågra att ge upp. I dessa teman beskriver kvinnorna sina upplevelser och erfarenheter från möten i vården.
Chang, M., Nitzke, S., Guilford, E., Adair, C., & Hazard, D. 2008	Motivators and barriers to health eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers	The purpose of this study was to identify personal and environmental factors motivating or preventing healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese non-Hispanic black and non-Hispanic white mothers.	Systematisk kvalitativ studie. 22 kvinnor intervjuades	Sammanfattar mödrarnas upplevelser och döpt dem efter teman som handlar om olika motivationer, hinder, miljömässiga faktorer och livsstilsfaktorer.
Drury, C., & Louis, M. 2002	Exploring the Association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance	To explore the stigma of obesity and its effect on health care utilization, associations between self-esteem, attribution for weight, body mass index (BMI),	Kvantitativ. 216 kvinnor fick svara på ett frågeformulär.	Handlar att kvinnor med högre BMI undviker söka vård. Författarna tar även fram några orsaker så som att bli vägd, att bli tillsagt att gå ner i vikt.



		satisfaction with medical care and the behaviour of delaying/avoiding health care were examined.		
Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L., & Thompson, J. 2007	Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes.	This paper is a report of a study to investigate patterns of clinical practice, beliefs and attitudes of primary care nurses with respect to obesity management.	Correlational kvantitativ studie. Strukturerade frågeformulär skickades till 564 sjuksköterskor och Health Visitors.	Handlar om sjuksköterskans attityder och övertygelser. Hur ofta och vilka råd dem ger till patienterna. Skillnader på olika sjuksköterskor och vilka råd dem ger.
Timmerman, G., Reifsnider, E., & Allan, J. 2000	Weight management practices among primary providers	This pilot study examined how primary care providers manage patients with weight problems, an important component of primary care.	Kvalitativ studie. 17 sjuksköterskor och 15 läkare fick svara på ett frågeformulär	Läkarna och sjuksköterskornas barriärer med att jobba med överviktiga patienter och vilken uppföljning patienterna får.
Ruelaz, A., Diefenbach, P., Simon, B., Lanto, A., Arterburn, D. & Shekelle, P. 2007	Perceived Barriers to Weight Management in Primary Care – Perspectives of Patients and Providers.	To identify beliefs about obesity that act as barriers to weight management in primary care by surveying both patients and providers and comparing their responses.	Kvantitativ studie. 48 vårdgivare och 488 patienter fick svara på ett frågeformulär	Handlar om vårdgivare och patienternas skillnader på svar angående övertygelser om vikten. Vårdgivarna upplevde bland annat brist på självkontroll och brist på tid hos patienterna för viktne gång. Patienterna var mer benägna att vilja sköta sin vikt kontroll själva.
Potter, M., Vu, J. & Croughan-Minihane, M.	Weight Management: What Patients	We wanted to determine the weight management	Kvantitativ studie där 410 patienter från två olika primärvårdsenheter	Beskriver patientens önskemål på hur läkare kan hjälpa

2001	Want from Their Primary Care Physicians.	experiences of patients want from their physicians.	fick fylla i ett formulär i väntrummet angående deras erfarenheter.	dem. Många patienter hade diskuterat sin vikt med läkaren. Det dem ville ha mer hjälp med var bland annat, diet råd, hjälp med att sätta upp realistiska mål och tränings rekommendationer.
Brown, I., Thompson, J., Tod, A. & Jones, G. 2006	Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients.	To explore obese patients' experiences and perceptions of support in primary care.	Kvalitativ studie med semi strukturerade intervjuer med 28 patienter i olika åldrar, bakgrunder, fetma och erfarenheter i primärvården.	Resultatet är indelat i olika teman: Nivåer av stöd, ambivalens och tvetydighet, eget ansvar och stigma, attribuera alla problem till vikten och vägar till utveckling
Brown, I. & Thompson, J. 2007	Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management.	This paper is a report of a study to explore primary care nurses' attitudes, beliefs and perceptions of own body size in relation to giving advice about obesity.	En kvalitativ studie där 15 sjuksköterskor från primärvården intervjuades.	Att ta upp viktfrågan visade sig vara ett känsligt område. Sjuksköterskans egen kroppsstorlek påverkade deras attityder och känslighet till fetma patienter.
Thomas, A., Mosley, G. Stallings, R. Nichols-English, G. & Wagner, P. 2008	Perceptions of obesity: Black and white differences	The purpose of this study was to gain first-hand accounts or the perceptions of obesity among both White and Black women and to determine if differences between these groups existed in body image, social perceptions of obesity,	Kvantitativ och kvalitativ studie. Fokusgrupper och enkäter. 17 svarta kvinnor och 13 vita kvinnor	Resultatet handlar om hur svarta och vita kvinnor hanterar övervikten, deras barriärer deras attityder till orsaken till övervikten

		knowledge of health risks, perceived helpfulness of physician, self-efficacy, and weight loss attitudes and behaviour.		
Green, S., McCoubrie, M. & Cullingham, C. 2000	Practice Nurses' and Health Visitors' knowledge of obesity assessment and management.	The aim of this survey was to examine HVs and PNs knowledge concerning the assessment and management of obesity by use of a questionnaire.	Kvantitativ studie. Ett frågeformulär skickades ut till 35 Health visitors och 49 practice nurses	Handlar om vilka råd som ges och hur mycket kunskap som finns bland Health visitors och Practice nurses