



Mittuniversitetet
MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

Tjock i en smal värld

- **Sjuksköterskans pedagogiska funktion vid viktnedgång hos överviktiga patienter**

Ståhl, Linda

Öberg, Anette

Examensarbete (Omvårdnad C) 15 hp

Mars 2011

Sundsvall

Abstrakt

Bakgrund: Av den globala befolkningen, 2005, var 1,6 miljarder vuxna överviktiga och minst 400 miljoner vuxna led av fetma. Sjuksköterskor ska ha förmågan att uppfatta och förebygga hälsorisker och motivera till förändrad livsstil som till exempel viktnedgång. **Syfte:** Att få förståelse för patienter med övervikt samt att belysa sjuksköterskans pedagogiska funktion vid viktnedgång hos dessa patienter. **Metod:** Litteraturstudie med 18 klassificerade och värderade vetenskapliga artiklar som analyserats och bearbetats. **Resultat:** Analysen gav två kategorier och fem subkategorier; *den överviktige patientens upplevelser* – beslut, försvarsmekanismer och hinder, motivation samt *sjuksköterskans pedagogiska funktion* – kommunikation och relation, stöd. **Diskussion:** Sjuksköterskan spelar en viktig roll i hanteringen av överviktiga och feta patienter och bemötandet de får är en avgörande faktor för viktnedgången. **Slutsats:** Då övervikt och fetma utvecklats till en global epidemi finns i dag ett stort behov av att hälso- och sjukvården arbetar förebyggande mot övervikt och fetma.

Nyckelord: litteraturstudie, pedagogisk funktion, sjuksköterska, stöd, viktnedgång, övervikt

Tjock i en smal värld - Sjuksköterskans pedagogiska funktion vid viktnedgång hos överviktiga patienter

STÅHL LINDA
ÖBERG ANETTE

Mittuniversitetet, Sundsvall
Institutionen för hälsovetenskap
Omvårdnad, C
Mars 2011

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	3
<i>Frågeställning</i>	3
Metod	4
<i>Litteratursökning</i>	4
<i>Bearbetning</i>	5
Fas 1	5
Fas 2	6
Fas 3	6
<i>Klassificering och värdering av studier</i>	6
<i>Innehållsanalys</i>	7
<i>Etiska överväganden</i>	7
Resultat	8
<i>Den överviktige patientens upplevelser</i>	8
Beslut	8
Förvarsmekanismer och hinder	9
Motivation	10
<i>Sjuksköterskans pedagogiska funktion</i>	11
Kommunikation och relation	12
Stöd	13
Diskussion	15
<i>Metoddiskussion</i>	15
<i>Resultatdiskussion</i>	16
<i>Slutsats</i>	19
Referenslista	20
Bilagor	
<i>Bilaga 1. Granskningsmall.</i>	
<i>Bilaga 2. Översikt av inkluderade artiklar.</i>	

Bilaga 3. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Bilaga 4. Exempel på analysförfarandet.

Bakgrund

Enligt WHO's planläggning 2005 av den globala befolkningen var 1,6 miljarder vuxna (äldre än 15 år) överviktiga och minst 400 miljoner vuxna led av fetma (URL 1). Vid en kartläggning av Sveriges befolkning 2008-2009 visade det sig att 52,8 % av alla män, 16-84 år, och 37,2 % av alla kvinnor, 16-84 år, var överviktiga eller feta (SCB 2008).

Ett sätt att bedöma om en person är underviktig, normalviktig, överviktig eller lider av fetma är att räkna ut Body Mass Index (BMI). Det beräknas genom att dividera kroppsvikten i kilogram (kg) med kroppslängden i meter (m) i kvadrat ($BMI = \text{kg}/(\text{m}^2)$) (URL 2).

Tabell 1. Klassifikation av BMI-värden.

Klassifikation	BMI (kg/m²)
Undervikt	<18,5
Normalvikt	18,5-24,99
Övervikt	25-29,99
Fetma	>30

(URL 2).

De genomsnittligt förväntade antal dagar på sjukhus är betydligt fler hos patienter med fetma och övervikt än hos patienter med normalvikt. Denna skillnad i antal vård dagar på sjukhus leder till en sammanlagd kostnad för den svenska hälso- och sjukvården på cirka 2,1 miljarder kronor per år på grund av övervikt och fetma. Till sjukhuskostnaden tillkommer indirekta kostnader till följd av dödsfall före pension, förtidspensionering på grund av sjukdom och kortvarig frånvaro från arbetet på grund av sjukdom. Indirekta kostnader till följd av övervikt och fetma kostar det svenska samhället 14,5 miljarder kronor (Borg, Persson, Ödegaard, Berglund, Nilsson & Nilsson, 2005).

Risken att drabbas av följsjukdomar ökar i takt med att vikten ökar. Ett högt BMI är en stor riskfaktor för att drabbas av ett flertal kroniska sjukdomar så som

hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, muskel- och skelettsjukdomar samt olika typer av cancer (URL 1).

Den grundläggande orsaken till övervikt och fetma är en obalans mellan ett högt kaloriintag och en lägre kaloriförbrukning. Globalt sett har en kostförändring skett där energirika livsmedel som innehåller mycket fett och socker men lite vitaminer och mineraler blivit allt vanligare (URL 1). För de flesta överviktiga handlar det inte om att äta mindre mat utan att välja rätt sorts mat. Kosten ska vara balanserad mellan proteiner, kolhydrater och fett (SLV 2010).

Den fysiska aktiviteten har minskat till följd av stillasittande arbete, nya transportmedel samt ökad urbanisering (URL 1). Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse där skelettmuskulaturen dras samman och resulterar i en ökad energiförbrukning. Begreppet innebär kroppsrörelse både under arbetstid och fritid samt alla former av kroppsövningar, motion och friluftsliv (Shephard & Balady, 1999). Fysisk aktivitet kan komplettera och ibland ersätta läkemedel då rörelse sätter igång hälsosamma förändringar i kroppen. Det kan därför vara både förebyggande och behandlande att röra på sig vid övervikt. Fysisk aktivitet på recept (FaR) kan fås utskrivet av läkare, sjuksköterska eller annan legitimerad vårdpersonal. Dessa kan komma med förslag på lämplig aktivitet men det är patientens livsstil och intressen som ska styra valet av aktivitet (Roos, 2009).

Målet med den svenska hälso- och sjukvården är i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att främja god hälsa och vård på lika villkor. Så långt det är möjligt ska vården bedrivas i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska förebygga ohälsa och upplysa patienten om metoder för att förebygga sjukdom och skada (HSL 1982:763). Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska beskriver sjuksköterskans pedagogiska funktion som att bemöta patienter med empati och på ett respektfullt och lyhört sätt. En legitimerad sjuksköterska ska ha förmågan att uppfatta och förebygga hälsorisker och motivera till förändrad livsstil, bedöma patientens förmåga till egenvård samt informera och stödja patienter och närstående i syfte att förhindra ohälsa och främja hälsa (SOSFS 1995:15). I enlighet med högskoleförordningen ingår det i sjuksköterskeutbildningen att

informera och undervisa olika grupper samt genomföra handledande uppgifter (SFS 1993:100).

Motiverande samtal bygger på att patienten själv är medveten om sin potential till förändring av beteenden som leder till en förbättrad hälsa. Detta innebär att även små förändringar är av intresse då de visar en början på en föränderlig process hos patienten. Bäst resultat av metoden ges om samtalet pågår i ungefär 60 minuter alternativt i fem eller fler sessioner där samtalet pågår i cirka 20 minuter. En långvarig uppföljning, 12 månader eller mer, ger bäst resultat. Där målet är en fysiologisk förändring, som viktnedgång och ökad fysisk aktivitet, har motiverande samtal har en bra effekt (Rubak, Sundbaek, Lauritzen & Christensen, 2005).

Self-efficacy är en modell som kan underlätta samtal i vården. Modellen handlar om de förväntningar patienten har på att klara av och genomföra en handling i en viss situation, med andra ord tilltron till den egna förmågan. Self-efficacy handlar inte om tilltro generellt utan om tilltron till att ändra ett specifikt beteende i en specifik situation (Fossum, 2007, s. 191).

Svåra situationer kan bemästras med hjälp av olika strategier. Det finns två typer av coping-strategier, den ena strategin närmar sig problemet och den andra strategin undviker det. Den vanligaste coping-strategin för att närma sig problemet är att diskutera problemet med andra. Den vanligaste undvikande strategin är att undvika att tänka på problemet (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich & Bryant, 2009).

Syfte

Syftet var att få förståelse för patienter med övervikt samt att belysa sjuksköterskans pedagogiska funktion vid vikttnedgång hos dessa patienter.

Frågeställning

Vilket behov av stöd från sjuksköterskan behöver dessa patienter?

På vilket sätt ska sjuksköterskan motivera överviktiga patienter till vikttnedgång?

Metod

Denna uppsats är en litteraturstudie vilket innebär att en sammanställning av existerande forskningsmaterial har gjorts (jfr. Forsberg och Wengström, 2008, s.21). En inledande litteratursökning gjordes för att ge svar på ett antal viktiga frågor inför den fortsättande avgränsningen av forskningsproblemet. Detta låg till grund för problemformuleringen. Efter problemformuleringen bestämdes syftet vilket avgränsade uppsatsen ytterligare. I bakgrunden beskrevs utgångspunkter som var viktiga för förståelsen av resten av uppsatsen (jfr. Friberg, 2006, s. 29-32,74).

Litteratursökning

Litteratursökningen gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed, se översikt Tabell 2. Inklusionskriterier beskriver vad artiklar som behålls för analys ska innehålla och exklusionskriterier beskriver vad de texter som valdes bort innehöll (Friberg, 2006, s. 34). Artiklar som inkluderades var originalartiklar, skrivna på engelska och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna skulle handla om människor och vara publicerade de senaste tio åren. Exklusionskriterier var artiklar som inte svarade mot syftet, översiktsartiklar samt artiklar som inte gick att få upp i fulltext.

Med utgångspunkt från syftet och forskningsfrågorna skapades sökord till litteratursökningen. Följande sökord användes: lifestyle, motivat*, nurs*, overweight, pedagogy, support och weight loss. Efter orden nurse och motivate användes en asterisk (*) för att få fler böjningsformer på ordet som söktes, det vill säga trunkering (jfr. Friberg, 2006, s. 58). Manuella sökningar genomfördes via artiklar och böckers referenslistor samt på relaterade artiklar i databasen Pubmed.

Tabell 2. Översikt av litteratursökningar gjorda 2011-01-31.

Databas	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Antal inkluderade
PubMed	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND overweight AND pedagogy	48	4	1

PubMed	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND overweight AND weight loss AND motivat*	19	1	1
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND overweight AND lifestyle	36	1	0
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND weight loss AND support	41	4	3
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND overweight AND weight loss	23	2	2
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Nurs* AND weight loss AND lifestyle	17	1	0
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Support AND overweight AND weight loss	59	15	8
Cinahl	Humans, english, published in the last 10 years	Weight loss AND motivat*	6	1	1

Bearbetning

Bearbetning skedde enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 16 -17) i tre faser.

Fas 1

En första bedömning gjordes genom att läsa igenom titlar och abstrakt för att välja ut de artiklar som granskades mer ingående. Totalt har 249 träffar via systematisk sökning och tio via manuell sökning gått igenom på detta sätt. De titlar och abstrakt som motsvarade syftet valdes ut för fortsatt granskning i fas 2. Detta motsvarade 29 artiklar via systematisk litteratursökning och sex artiklar via manuell sökning.

Fas 2

35 artiklar motsvarade studiens syfte och inklusionskriterierna i fas 1. De lästes i sin helhet. Elva artiklar motsvarade inte syftet vid noggrannare granskning och exkluderades. Övriga 24 artiklar gick vidare till fas 3.

Fas 3

De 24 vetenskapliga artiklarna klassificerades enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 15 – 16). Slutligen granskades den vetenskapliga kvaliteten enligt tabell 3 och 4 samt med hjälp av en granskningsmall, se bilaga 1. För att underlätta analysen gjordes en enkel och klar strukturering av innehållet. Bedömningen och struktureringen dokumenterades och redovisades, se bilaga 2. Sex artiklar bedömdes vara av låg (III) vetenskaplig kvalitet och uteslöts. Varav de resterande 18 artiklarna bedömdes fem artiklar ha en hög (I) respektive 13 artiklar ha medel (II) vetenskaplig kvalitet. Dessa artiklar granskades ytterligare för att ingå i resultatet.

Klassificering och värdering av studier

Klassificering utfördes i enlighet med SBU/SSF nr 4 (1999, s. 15 -16) och indelades i följande grupper:

- Randomiserad kontrollerad studie (C) det vill säga en prospektiv studie där en slumpvis fördelning av patienter har gjorts till en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Prospektiv studie (P). Denna typ av studie innebär en jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.
- Retrospektiv studie (R). I dessa studier analyseras ett historiskt material, med hjälp av exempelvis journalhandlingar.

Kvalitativ omvårdnadsforskning har enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 15 -16) en lång tradition, kvalitativa studier ingick därför:

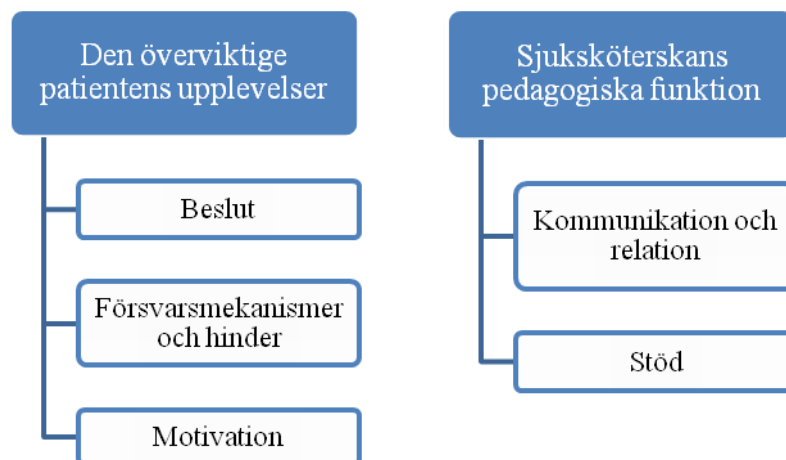
- Kvalitativ studie (K). I denna typ av studie analyseras data, som insamlats genom intervjuer, berättelser eller observationer i syfte att fördjupa förståelsen för studerade fenomen, t ex personens upplevelser och erfarenheter.

Förutom klassificering värderades studiernas vetenskapliga kvalitet enligt en tregradig skala; hög (I), medel (II), eller låg (III) vetenskaplig kvalitet se bilaga 3.

Innehållsanalys

Under analysen bröts artiklarna ned från en helhet till delar och blev sedan en ny helhet (jfr. Friberg, 2006, s.110-111). Artiklarna lästes och analyserades både var för sig och gemensamt, vilket gjorde att tillförlitligheten ökade. Upprepade gånger lästes artiklarna igenom och meningsenheter togs ut för vidare analys. Likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat identifierades och huvudresultaten granskades ingående inför kategoriseringen. Vid skapandet av kategorier och subkategorier diskuterades huvudresultaten noggrant för att fånga upp deras kontext till subkategorier. Två kategorier med tre respektive två subkategorier bildades (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 162-165; Polit & Beck, 2008, s. 507, 509-510) se figur 1 för översikt. För exempel på analysförfarandet, det vill säga huvudresultat, subkategorier och kategorier, se bilaga 4.

Figur 1. Översikt av kategorier och subkategorier.



Etiska överväganden

Vid urval och presentation av resultat gjordes etiska överväganden. Mot den forskning som berördes hölls ett etiskt förhållningssätt. Innehållet diskuterades och begrundades under hela studiens gång för att en förvrängning av det inte skulle ske. Artiklarna i denna litteraturstudie inkluderades om de fått ett etiskt godkännande från en etisk kommitté, saknades detta granskades deras urvalsmetod och det etiska övervägandet. Inga artiklar inkluderades enbart för att

de främjade syftet eller exkluderats för att de motsade syftet (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 77).

Resultat

Resultatet i denna litteraturstudie omfattar 18 vetenskapliga artiklar, fördelat på nio kvantitativa artiklar, sex kvalitativa artiklar samt tre artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Studierna har utförts i följande länder: Nederländerna, Spanien, Storbritannien, Taiwan och USA.

Studiernas klassificering och värdering presenteras i bilaga 2.

Genom denna litteraturstudie används begreppen överviktig och fet samt patient om de överviktiga patienterna.

Den överviktige patientens upplevelser

Under denna kategori presenteras följande subkategorier: beslut, försvarsmekanismer och hinder samt motivation.

Beslut

Beslutet att gå ned i vikt präglas av en viss skörhet och kommer gradvis. Åtgärder för viktnedgång föregås av stadier av eftertänksamhet. Ett lyckat försök av att gå ned i vikt kommer ibland efter flera misslyckade försök som slutat i återfall (Tod & Lacey, 2004; Visram, Crosland & Cording, 2009).

Majoriteten av överviktiga och feta upplever ett lågt självförtroende inför att förlora vikt. Personlig insikt kommer i tre mönster och inkluderar ett erkännande av problemet, en beredskap till att vidta åtgärder och ett beslut att genomföra förändringar. Patienter som behåller sin viktminskning avslöjar ett mönster av en period av inledande kaos, därefter en tid av val, sedan en förändring och slutligen framväxten av nya beteenden. Känslan av att ta kontroll över sitt liv manifesteras genom en känsla av egenmakt som för patienten framåt och hjälper till att stödja processen. Då engagemanget växer upplevs en ny energi och en ökad känsla av kontroll över sitt liv. Denna erfarenhet verkar vara en del av en självförstärkande cykel (Berry, 2004).

Upplevelser av stigmatisering, mobbing eller diskriminering på grund av övervikt bidrar till beslutet om viktnedgång (Visram et al., 2009). Skam eller förnedring associerat till specifika händelser underlättar beslutet att gå ned i vikt.

Förnedrande kommentarer är vanliga faktorer för att ta steget till att gå ned i vikt. Kommentarererna är mest märkbara när de kommer ifrån någon närstående. Sociala situationer kan skapa en självmedvetenhet som leder till en begränsning i vardagen vilket sänker livskvaliteten och skapar motivation till att gå ned i vikt (Berry, 2004; Tod & Lacey, 2004). Kosmetiska skäl kan också vara en av orsakerna till att söka hjälp med sin viktnedgång (Greener, Douglas & van Teijlingen, 2010; Visram et al., 2009). En annan anledning till att gå ned i vikt är för att bli accepterad av samhället eftersom att fetma uppfattas som socialt oacceptabelt (Barberia, Attree & Todd, 2007; Visram et al., 2009).

Andra faktorer som påverkar beslutet är att anhöriga och vänner anser att en viktnedgång bör ske av hälsoskäl (Barberia et al., 2007). Problem med hälsan är den vanligaste anledningen till att gå ned i vikt. För en del är det medvetenheten om att ett växande hälsoproblem kan bli värre utan en viktnedgång. För andra är beslutet att gå ned i vikt direkt kopplat till en varning från hälso- och sjukvården, ofta från deras sjuksköterska. Beslutet att gå ned i vikt kan bero på rädsla för en förtidig död (Greener et al., 2010; Tod & Lacey, 2004). En remiss från vårdpersonal legitimerar oron och ger ett större engagemang för viktnedgången (Visram et al., 2009). Rädsla för att inte få se sina barn och barnbarn växa upp skapar mycket ångest och bidrar till beslutet (Greener et al., 2010; Tod & Lacey, 2004; Visram et al., 2009). Ytterligare orsaker är att försöka förbättra sin kondition och rörlighet med slutmålet att minska isolering och därmed förbättra den psykiska hälsan (Visram et al., 2009). Det finns en uppfattning om att män tenderar att förneka och skjuta fram sina viktproblem längre än kvinnor. När män väl tagit beslutet att gå ned i vikt är de mer konsekventa och beslutsamma och i allmänhet är de framgångsrika i sin viktnedgång (Tod & Lacey, 2004).

Förvarsmekanismer och hinder

Både överviktiga och feta uppgår att fetma och övervikt har en extremt negativ ton och att dessa begrepp inte passar dem. För att beskriva sig själva föredrar de termer som grov benstomme eller kurvig kropp. Många överviktiga och feta har

uppfattningen att det är de som är underviktiga som är mer utsatta för sjukdom (Thomas et al., 2009).

Det är vanligt att skylla övervikten på genetiska anlag, dålig ekonomi, familjens matvanor, inlärda beteenden, sjukdom och händelser i livet. Dessa faktorer anses stå utanför den enskildes kontroll. Sociala faktorer som arbetsmiljö och dagliga rutiner har en negativ inverkan på att förändra kosten och att öka den fysiska aktiviteten (Greener et al., 2010). Strategier för att ignorera sin övervikt är att inte väga sig eller genom att klä sig för att dölja sin viktuppgång (Tod & Lacey, 2004).

De vanligaste hindren till att följa en diet är brist på viljestyrka och tid att laga maten. Andra hinder är att använda mat som ett nöje, en belöning eller som spänningsreducerande samt hunger (Barberia et al., 2007). Ytterligare svårigheter är rädsla för att uppleva förödmjukelse i en viktminskningsgrupp på grund utav att vikten visas för alla, förödmjukelse associerat till en rädsla för att vara den största personen i en viktminskningsgrupp samt tidigare misslyckade försök att gå ned i vikt med olika moderna dieter (Tod & Lacey, 2004; Visram et al. 2009).

Tröstätare tenderar att uppleva fler hinder till att följa en diet, dessa hinder är mer benägna att vara interna det vill säga en brist på viljestyrka eller svårigheter att ändra sin användning av mat. De kan behöva extra insatser för att kunna hantera situationer av stress, ångest eller depression som lockar till tröstätande med andra resurser än mat så som avslappning, meditation eller motion (Barberia et al., 2007).

Motivation

Att kunna agera för sig själv och frambringa den rätta viljan uppges vara det som möjliggör en viktnedgång. Motivation till att gå ned i vikt är kopplat till självkänsla och självförtroende (Tod & Lacey, 2004). Att delta i ett formellt program och lära sig om vikten av bra kost och motion är ett sätt att göra en bestående livsstilsförändring (Berry, 2004; Gallagher, Jakicic, Napolitano & Marcus, 2006).

Personlig kontakt är en avgörande faktor för att få patienter att inse hur allvarlig deras situation är samt till att ge motivation för att skapa förändringar i sina liv.

Att erbjuda olika alternativ i fråga om format och inställning hjälper till att en mängd olika behov ska kunna tillgodoses. Framgångsrika interventioner involverar personal som är stödjande, icke dömande och levererar information på ett sätt som är lätt att förstå, i en avslappnad och informell miljö (Visram et al., 2009). Personlig rådgivning kring fetma är bättre än rådgivning via Internet (Harvey-Berino et al., 2010; Svetkey et al., 2008). Dock är Internetbaserade viktminskningsprogram lovande på grund av deras potential för billig spridning samt att tekniken snabbt blir integrerad i kommunikation, lärande samt hälso- och sjukvården (Svetkey et al., 2008). Vid användandet av Internetbaserade viktminskningsprogram är patienternas viktminskning beroende på deras engagemang (Webber, Tate & Bowling, 2008).

Möjligheten att utbyta erfarenheter med andra människor som uppfattas vara i en liknande situation värderas högt. Den sociala aspekten av en grupps insatser rapporteras att underlätta viktminskningen genom att ge patienter möjlighet att lära av sina kamrater (Berry, 2004; Visram et al., 2009). Överviktiga och feta som träffas personligen för att utbyta erfarenheter har mer behållning av varandra än de som endast chattar (Harvey-Berino et al., 2010).

Allt eftersom viktminskningens framgång växer förstärks det nya beteendet och känslan av kontroll ökar. Kunskap är makt som och hjälper till att upprätthålla det nya beteendet. Socialt stöd och validering är viktigt för att behålla viktminskningen. Den positiva energin stimulerar till att behålla viktminskningen och för att göra andra förändringar i livet. Bibehållen vikt medför minskad sårbarhet, ökat självförtroende och självkänsla samt kontroll över sitt liv, både personligt och yrkesmässigt (Berry, 2004).

Sjuksköterskans pedagogiska funktion

Under denna kategori presenteras följande subkategorier: kommunikation och relation samt stöd.

Kommunikation och relation

Sjuksköterskan är ofta den som får den första kontakten med patienter som söker hjälp för sina viktproblem. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan antar en stödjande attityd gentemot dessa patienter då viktnedgången är kopplat till bemötandet. Överviktiga och feta förnekar ofta sina viktproblem därför är det viktigt för sjuksköterskan att inte bara fokusera på åtgärder i samtalet. Det som behövs är att stödja personen genom stegen av förändring tills de är redo att erkänna problemet och börja planera åtgärder. Att som sjuksköterska höja patientens självkänsla och självförtroende är otroligt viktigt. Hälso- och sjukvården ska inte vara ännu ett ställe där dessa människor känner sig förödmjukade (Tod & Lacey, 2004).

Vårdpersonal har i allmänhet en selektiv strategi till medicinsk utredning för att diagnostisera och ge råd till feta och överviktiga patienter. Detta i tron om att det är den mest effektiva användningen av den begränsade tiden de har för att hinna med de övriga konkurrerande kraven primärvården möter. En vanlig strategi hos vårdpersonal är att ta upp ämnet vikt när det är direkt relaterat till ett tillstånd som patienten uppvisar (Leverence, Williams, Sussman & Crabtree, 2007).

Personalen i hälso- och sjukvården måste förstå vilken nivå patienterna är på för att undervisa och motivera dem till att motionera regelbundet samt uppnå bättre livskvalitet (Lee, Chang, Liou & Chang, 2006). Det är viktigt att sjuksköterskan når dessa personer i rätt tid och på rätt sätt annars finns risken att man slösar energi på viktnekningsprogram på patienter som inte kommer att genomföra dem (Tod & Lacey, 2004). Sjuksköterskor bör försöka hålla en kontinuerlig, stödjande och positiv relation med sina patienter i en viktnedgångsprocess. Då de har en viktig roll att spela i förebyggande behandling och hantering av övervikt och fetma genom att hjälpa patienter att hantera betydande händelser i livet och underlätta deras tillgång till stöd och hjälp (Visram et al., 2009). Förtroendet för sjuksköterskans sakkunskap och hennes förmåga att få patienterna att känna stöd och få respons sina framgångar är betydande (Jackson, Coe, Cheater & Wroe, 2007).

Vid en jämförelse av patienter som träffar en sjuksköterska respektive en allmänläkare är viktnedgången signifikant bättre hos de som träffar en sjuksköterska (ter Bogt, Bemelmans, Beltman, Broer, Smit & van der Meer, 2009). Sjuksköterskor är mer benägna än allmänläkare att ta upp frågan om vikt, både när det inte finns några medicinska problem och när det är ett medicinskt problem. Anledningen till att frågan inte tas upp är rädsla för att patienterna ska reagera känslomässigt på meddelandet. Till exempel finns det farhågor om att patienter kan ta illa upp, ha invändningar eller bli arga, de kan vara trötta på att höra samma budskap samt att patienter ska ta avstånd från sjukvården (Michie, 2007).

Att få feedback på kroppsmätningar, så som vikt, BMI, blodtryck och p-glukos, vid viktnedgång visar goda resultat och är generellt mycket bra. Kostplanering och broschyrer upplever patienter som användbara. Det är viktigt att hälsoråd ges på rätt sätt, de ska uppmuntra istället för att få patienter att känna skuld (Jackson et al., 2007). Överviktiga och feta upplever att en bra stödperson vid viktnedgång är empatisk, åtar sig att samarbeta med dem för att öka deras fysiska aktivitet, har en nära och vårdande relation, är positiv och undviker kritik samt har erfarenhet av framgångsrik viktnedgång eller annan beteendeförändring (Thomas et al., 2009).

Stöd

Sjuksköterskor spelar en viktig roll i att ge livsstilsinterventioner inom primärvården i dag och är identifierade som den mest lämpliga yrkesverksamma enheten att skapa viktnedgångsprogram till patienter (Michie, 2007; The Counterweight Project Team, 2004). Inom primärvården har sjuksköterskor en viktig roll för att ge stöd och utbildning både för viktnedgång och i förebyggande syfte (Jackson et al., 2007). Kontinuerligt och långsiktigt stöd från en sjuksköterska är nödvändigt för att upprätthålla patientens motivation (Greener et al., 2010; Visram et al., 2009). Det psykosociala stödet vid viktnedgång är avgörande för att den ska bli lyckad. Tidigare försök att gå ned i vikt kan ha misslyckats på grund av för lite motivation eller en brist på stöd (Tod & Lacey, 2004).

Att redan tidigt i viktminskningsprocessen påverka patientens motivation för regelbunden motion är relaterat till övergripande framgång i behandlingen av fetma (Teixeira et al., 2006). Förskrivning av höga nivåer av fysisk aktivitet ger en bättre långsiktig viktminskning än konventionella viktminskningsprogram. Fysisk aktivitet är mer effektivt för att upprätthålla viktminskning än för att öka den initiala viktminskningen (Jeffery, Wing, Sherwood & Tate, 2003). Ökad träning har samband med hälsorelaterad livskvalitet hos överviktiga och feta (Lee et al., 2006). Sjuksköterskan ska vägleda patienten till att välja fysiska aktiviteter de trivs med och ska stärka deras känsla av självständighet och självbestämmande för att nå större framgång i en långvarig viktkontroll (Teixeira et al., 2006).

För hälso- och sjukvården är det en betydande utmaning att få patienter att upprätthålla sin ursprungliga motivation till att gå ner i vikt över längre tidsperioder. Många gånger blir patienter mindre motiverade när viktminskningen planar ut efter den första snabba viktminskningen. Detta i kombination med orealistiska förväntningar om målet med viktnedgången hindrar långsiktig framgång (Greener et al., 2010).

Vårdpersonal identifierar ofta de främsta hindren för viktminskning i befolkningen som en brist på tro och motivation för enskilda personer som försöker gå ner i vikt, sociologiska- och miljömässiga hinder samt befintlig hälso- och sjukvård och dess oförmåga att effektivt hantera övervikt och fetma (Greener et al., 2010). Interventioner som syftar till att skapa en mer positiv inställning till dieter är mer framgångsrika om de förstärker föreställningen om hälso-, motions- och utseendeförbättringar, tar hänsyn till individuella matpreferenser och smaker samt individens förhållande till mat när man utformar dieten (Barberia et al., 2007).

Det finns en brist på lämplig utbildning och utbildad personal inom primärvården, vilket bidrar till en dålig kommunikation och samordning av hälso- och sjukvården (Greener et al., 2010; Michie, 2007). På många vårdcentraler finns heller inte resurser för att hjälpa patienterna med viktminskning eller prevention såsom psykologer, hälsopedagoger, dietister och sjukgymnaster tillgängliga (Greener et al., 2010; Leverence et al., 2007).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att få förståelse för patienter med övervikt samt att belysa sjuksköterskans pedagogiska funktion vid viktning hos dessa patienter. Då övervikt är ett så pass stort ämne i vården idag fanns det även många artiklar inom ämnet. Sökorden valdes utifrån syftet och frågeställningarna. De sökord som användes gav bäst träffar som fritextord, trots att några av dem var MeSH-termer. Liknande sökningar gjordes i databaserna PubMed och Cinahl men endast de sökningar som resulterade i granskning av artiklar redovisades i metoden. Ytterligare sökningar på manuellt vis gjordes via artiklars referenslistor för att utöka sökningen samt hitta primärkällan. Sökningarna gav många träffar på överviktiga och fetas upplevelser trots att detta inte fanns med som sökord. Dessa artiklar inkluderades då sjuksköterskan behöver förståelse för dessa aspekter i samarbetet med den överviktige.

Litteraturstudier bör innehålla så aktuell forskning som möjligt (jfr. Forsberg & Wengström, 2008, s. 34). Denna litteraturstudie innehåller därför artiklar publicerade de senaste åtta åren. För att litteraturstudien skulle få ett djup och en bred vetenskaplig bas användes kvalitativa och kvantitativa artiklar samt artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats.

Samtliga artiklar som inkluderades var skrivna på engelska vilket kan göra att felaktiga tolkningar kan ha gjorts och därmed påverkat resultatet. Något som styrker litteraturstudien är att den utfördes av två författare. Detta gjorde att diskussioner och reflektioner pågick under arbetets alla delar.

Hur vida resultatet är generaliserbart går att diskutera. Artiklarna som inkluderades är gjorda i skilda delar av världen där vårdens förutsättningar skiljer sig. Då övervikt och fetma är ett globalt problem (jfr. URL 1) ger artiklarnas spridning en övergripande bild av situationen. Merparten av de inkluderade artiklarna kommer ifrån Storbritannien och USA. Ingen av de inkluderade artiklarna kom från Sverige vilket gör att generaliserbarheten i Sverige blir något lägre lokalt gentemot övergripande i hela världen.

Alla delar i arbetsprocessen är väl dokumenterade och belysta vilket gör att denna litteraturstudie går att replikera. Detta bidrar till studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie syftar till att få förståelse för patienter med övervikt samt att belysa sjuksköterskans pedagogiska funktion vid viktnedgång hos dessa patienter. Huvudresultatet i denna studie visar att beslutet att gå ned i vikt är en stor och skör process för patienten (jfr. Tod & Lacey, 2004; Visram et al., 2009). Den vanligaste orsaken till att beslutet fattas är hälsoproblem vilket medför en oro som bekräftas av hälso- och sjukvårdspersonal (Greener et al., 2010; Tod & Lacey, 2004; Visram et al., 2009). Patienter blundar ofta för sina problem med övervikt och fetma genom att beskriva sin kroppsform som kurvig, att inte våga sig eller att skylla på genetiska anlag (Greener et al., 2010; Thomas et al., 2009; Tod & Lacey, 2004). Motivation möjliggör viktnedgång (jfr. Tod & Lacey, 2004) och skapas via personlig kontakt som är stödjande och icke dömande (Visram et al., 2009). Då sjuksköterskan ofta får den första kontakten med överviktiga och feta patienter är det viktigt att höja deras självförtroende och självkänsla för att hälso- och sjukvården inte ska bli ännu ett ställe där de känner sig kränkta på grund av sin övervikt (Tod & Lacey, 2004). Det är en betydande utmaning att få patienter att behålla motivationen för viktnedgång under en längre period (Greener et al., 2010) då tidigare försök ofta misslyckats på grund av bristande motivation och stöd (Tod & Lacey, 2004).

I kategorin den överviktige patientens upplevelser framkommer det att många patienter har både lågt självförtroende och låg tilltro till den egna förmågan att gå ned i vikt (jfr. Berry, 2004). Detta tyder på att utmaningen för sjuksköterskan är att stärka patienten inför sin egenvård. Orem (2001, s. 56) har utvecklat fem generella hjälpmetoder sjuksköterskan kan använda för att hjälpa patienten i situationer liknande den ovan nämnda. Genom att sjuksköterskan gör något eller handlar för patienten, handleder och undervisar, ger fysiskt och psykologiskt stöd samt skapar en miljö som främjar utveckling stärks egenvården (Orem, 2001, s. 56). Detta kan tolkas som att sjuksköterskan ska hjälpa patienten att ta kontroll över sitt liv och sina handlingar och därmed stärka patientens självförtroende för

egenvård vid viktnedgång. Carels et al. (2007) anser att då önskad viktnedgång inte fås av standardbehandlingar ska mer intensiva behandlingsalternativ sättas in vilket ger ett bättre resultat. Denna vårdmodell kallas stepped care och minskar sannolikheten för onödig behandling och ger en bättre viktnedgång (Carels et al., 2007). Denna modell kan vara bra då den sparar in resurser på de patienter som inte behöver dem och fångar upp patienter som viktnedgången inte fungerar för. Av resultatet framkommer det att det alltid är viktigt att utforma viktnedgångsprogram utifrån varje enskild patient vilket denna vårdmodell styrker.

Många överviktiga och feta väljer att gå ned i vikt på grund av stigmatisering, diskriminering och negativa kommentarer (Berry, 2004; Tod & Lacey, 2004; Visram et al., 2009). Tas beslutet om att gå ned i vikt till följd av ovan nämnda anledningar kan självförtroendet troligtvis kopplas till vikten och utseendet och inte prestationen som faktiskt klarats av i och med en viktnedgång. Vi anser att beslutet om att gå ned i vikt bör tas för patientens egen skull och inte för att passa in i den norm samhället har i dag för att beteendeförändringen ska bli bestående och att välbekanta beteenden inte ska tas tillbaka när stressfaktorer konfronteras (jfr. Berry, 2004). Resultatet visar att sjuksköterskan ska framhäva hälsoskäl till en viktnedgång (jfr. Greener et al., 2010; Tod & Lacey, 2004) för att patienten ska se den personliga vinningen och inte gå ned i vikt bara för att passa in.

I resultatet framkommer det att överviktiga och feta tenderar att skylla sin övervikt på grov benstomme, familjens matvanor samt genetiska anlag (jfr. Greener et al., 2010; Thomas et al., 2009). Istället för att ta tag i problemet ignoreras och tänks det inte på vilket är en vanlig undvikande coping-strategi (jfr. Martyn-Nemeth et al., 2009). Detta tyder på att sjuksköterskan måste få patienten att förstå allvaret i situationen innan viktnedgång kan diskuteras, vilket kan vara svårt då patienten byggt upp en mur av försvarsmekanismer. Genom att använda motiverande samtal kan sjuksköterskan få patienten att bli medveten om problemet och sin potential till att förändra beteendet (jfr. Rubak et al., 2005). Det har vidare framkommit i resultatet att sjuksköterskan och den personliga kontakten är en avgörande faktor för en lyckad viktnedgång (jfr. Visram et al., 2009). Detta kan ses som att sjuksköterskan har ett stort ansvar men även en

möjlighet att hjälpa dessa patienter. Sjuksköterskan har den pedagogiska utbildningen (jfr. SFS 1993:100) och är därför mest lämpad att hantera patienter i denna situation samt erbjuda det stöd och hjälp de behöver. Ansvar innebär att sjuksköterskan ska fånga upp dessa patienter i tid och skapa en tillitsfull relation (jfr. Tod & Lacey, 2004). Det har visat sig att utsträckningen av problemet tas upp och hur patienterna blir bemötta till stor del beror på sjuksköterskans yrkespersonlighet. Vi anser att ett ödmjukt förhållningssätt och en holistisk syn är grunden för att problemet ska kunna tas upp på ett bra sätt så att en lösning kan arbetas fram.

I kategorin sjuksköterskans pedagogiska funktion har det framkommit att kommunikation och relation mellan patient och vårdpersonal är av stor betydelse vid viktnedgång, vilket kan förstås då dessa patienter säkert känner sig väldigt utsatta. Bemötandet dessa patienter får i hälso- och sjukvården är direkt kopplat till vilket resultat viktnedgången ger (jfr. Tod & Lacey, 2004). Resultatet tyder på att en viktnedgångsprocess stärks av att patienterna får beröm, uppskattning men också feedback som visar de positiva hälsoeffekter viktnedgången har gett (jfr. Jackson et al., 2007). Tolkningen av detta kan vara att patienterna då får en bekräftelse på att all tid och energi de lagt ner på att gå ned i vikt verkligen gett resultat, inte bara på vågen utan även för hälsan.

Överviktiga och feta föredrar att sjuksköterskan som ska hjälpa dem med deras viktnedgång har egen erfarenhet av liknande beteendeförändring (Thomas et al., 2009). Även möjligheten att utbyta erfarenheter med någon som uppfattas vara i samma situation uppfattas som givande (Berry, 2004; Visram et al., 2009). Vi anser att en sjuksköterska som ska motivera en patient att gå ned i vikt inte bör vara överviktig eller fet då sjuksköterskan ska vara en förebild för patienten och anhöriga (jfr. Zapka, Lemon, Magner & Hale, 2009). Detta för att stärka trovärdigheten i det sjuksköterskan säger.

För att upprätthålla en viktminskning är det viktigt att motivera patienten till fysisk aktivitet (Jeffery et al., 2003). En metod i hälso- och sjukvården har utvecklats som är FaR (Roos, 2009) där sjuksköterskan får möjligheten att på ett tydligt och formellt sätt klargöra betydelsen av fysisk aktivitet som en behandlingsform

för överviktiga och feta patienter. Vi menar att det viktigaste är att patienterna rör på sig på något sätt inte hur de gör det. Därför bör patienterna få vara med och bestämma lämpliga aktiviteter som passar deras levnadsätt (jfr. Roos, 2009; Teixeira et al., 2006). Då patienterna själva valt aktivitet är det troligt att ett engagemang skapas och att de blir mer delaktiga, vilket kan leda till att de även blir mer självständiga i sin viktning.

Ett flertal studier har visat att det finns en brist i utbildningen av sjuksköterskor i hanteringen av överviktiga och feta patienter som behöver en viktning (Greener et al., 2010; Michie, 2007). Vi menar att sjuksköterskor behöver denna kunskap inom alla vårdnivåer. Det kan tyckas att primärvården är den första kontakt dessa patienter möter och att det största ansvaret bör ligga på primärvården. Därmed menas inte att det ska blundas för problemet inom öppen- och slutenvården. På grund av nedskärningar och besparingar finns inte den tid som skulle behövas för dessa patienter (jfr. Leverence et al., 2007). I slutändan skulle det dock löna sig för hälso- och sjukvården att förebygga och behandla överviktiga och feta då de indirekt kostar samhället mer att ha dem obehandlade med tanke på arbetsfrånvaro och längre vårdtider (jfr. Borg et al., 2005).

Slutsats

Av resultatet har det framkommit att mer forskning inom området krävs, speciellt med tanke på sjuksköterskans bemötande och sätt att ta upp problemet med vikten med överviktiga och feta patienter. Inte bara att det krävs ett bra bemötande utan en beskrivning på hur sjuksköterskan ska gå till väga mer detaljerat behövs. Hälso- och sjukvården skulle gynnas av en arbetsplan i arbetet mot övervikt och fetma.

Då övervikt och fetma utvecklats till en global epidemi finns i dag ett stort behov av att hälso- och sjukvården arbetar förebyggande mot övervikt och fetma. Problemet måste tas upp på samhällsnivå innan det eskalerar ytterligare. Med friskvårdstimmar och liknande har samhället kommit en liten bit på vägen men det finns mycket kvar att förbättra.

Referenslista

Med en asterix (*) framför referensen menas de referenser som ingår i resultatet.

*Barberia, A. M., Attree, M., & Todd, C. (2008). Understanding eating behaviours in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment. *Journal of clinical nursing* 17(7), 957-966.

*Berry, D. (2004). An emerging model of behaviour change in women maintaining weight loss. *Nursing science quarterly* 17(3), 242-252.

Borg, S., Persson, U., Ödegaard, K., Berglund, G., Nilsson, J-Å., & Nilsson, P. M. (2005). Obesity, Survival, and Hospital Costs – Findings from a Screening Project in Sweden. *Value in Health* 8(5), 562-571.

Carels, R. A., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., Kaplar, M. E., Young, K., Baylen, C. A., & Versland, A. (2007). Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health psychology* 26(3), 369-374.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fossum, B. (2007). *Kommunikatin. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

*Gallagher, K. I., Jakicic, J. M., Napolitano, M. A., & Marcus, B. H. (2006). Psychosocial factors related to physical activity and weight loss in overweight women. *Medicine & science in sports & exercise* 38(5), 971-980.

*Greener, J., Douglas, F., & van Teijlingen, E. (2010). More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. *Social science & medicine* 70(7), 1042-1049.

*Harvey-Berino, J., West, D., Krukowski, R., Prewitt, E., Van Biervliet, A., Ashikaga, T., & Skelly, J. (2010). Internet delivered behavioural obesity treatment. *Preventive medicine* 51(2), 123-128.

HSL 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.

*Jackson, C., Coe, A., Cheater, F. M., & Wroe, S. (2007). Specialist health visitor-led weight management intervention in primary care: exploratory evaluation. *Journal of advanced nursing* 58(1), 23-34.

*Jeffery, R. W., Wing, R. R., Sherwood, N. E., & Tate, D. F. (2003). Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity improve outcome? *American journal of clinical nutrition* 78(4), 684-689.

*Lee, P. H., Chang, W. Y., Liou, T. H., & Chang, P. C. (2006). Stage of exercise and health-related quality of life among overweight and obese adults. *Journal of advanced nursing* 53(3), 295-303.

*Leverence, R. R., Williams, R. L., Sussman, A., & Crabtree, B. F. (2007). Obesity counselling and guidelines in primary care- a qualitative study. *American journal of preventive medicine* 32(4), 334-339.

Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Bryant, F. B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in nursing & health* 32(1), 96-109.

*Michie, S. (2007). Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, health & medicine* 12(5), 521-525.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book.

Polit, D. F., & Beck, T. C. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8:e uppl.). London: Lippincott Williams & Wilkins.

Roos, I. (2009, juni). FaR- rörelse på recept. *Vårdguiden*. Hämtad december, 14, 2010 från <http://www.varldguiden.se/Tema/Halsa/Motion-och-rorelse/FaR---fysisk-aktivitet-pa-recept/>

Rubak, S., Sundbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.

SBU/SSF nr. 4. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

SCB 2008. *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

SFS 1993:100. Högskoleförordning. Stockholm: Socialdepartementet.

Shephard, R. J., & Balady, G. J. (1999). Exercise as Cardiovascular Therapy. *Circulation- journal of the American heart association* 99(7), 963-972.

SLV 2010. *Övervikt och fetma*. Uppsala: Livsmedelsverket.

SOSFS 1995:15. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.

*Svetkey, L. P., Stevens, V. J., Brantley, P. J., Appel L. J., Hollis J. F., Loria C. M., Vollmer, W. M., Gullion, C. M., Funk, K., Smith, P., Samuel-Hodge, C., Myers, V., Lien, L. F., Laferriere, D., Kennedy, B., Jerome, G. J., Heinith, F., Harsha, D. W., Evans, P., Erlinger, T. P., Dalcin, A. T., Coughlin, J., Charleston, J., Champagne, C. M., Bauck, A., Ard, J. D., & Aicher K. (2008). Comparison of strategies for sustaining weight loss- the weight loss maintenance randomized controlled trial. *Journal of American medical association* 299(10), 1139-1148.

*ter Bogt, N. C. W., Bemelmans, W. J. E., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J., & van der Meer, K. (2009). Preventing weight gain- one-year results of a randomized lifestyle intervention. *American journal of preventive medicine* 37(4), 270-277.

*Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., Sardinha, L. B., & Lohman, T. G. (2006). Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Medicine & science in sports & exercise* 38(1), 179-188.

*The Counterweight Project Team (2004). A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 17(3), 191-208.

*Thomas, J. L., Stewart, D. W., Lynam, I. M., Daley, C. M., Befort, C., Schreber, R. M., Mercurio, A. E., Okuyemi, K. S., & Ahluwalia, J. S. (2009). Support needs of overweight African American women for weight loss. *American journal of health behaviour* 33(4), 339-352.

*Tod, A. M., & Lacey, A. (2004). Overweight and obesity: helping clients to take action. *British journal of community nursing* 9(2), 59-66.

*Visram, S., Crosland, A., & Cording, H. (2009). Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention. *British journal of community nursing* 14(11), 495-501.

*Webber, K. H., Tate, D. F., & Bowling, J. M. (2008). A randomized comparison of two motivationally enhances internet behavioural weight loss programs. *Behaviour research and therapy* 46(9), 1090-1095.

Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of nursing management* 17(7), 853-860.

URL 1

World Health Organization (2011)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> 2011-03-07

URL 2

World Health Organization (2011)

http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/ 2011-03-07

Bilaga 1. Granskningsmall.

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999)).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

.....

Titel:.....

.....

.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....

.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomiserad Kontrollerad
Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):.....Bortfall (N) ...

Tidpunkt för studiens genomförande?.....

Studiens längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering?	Ja	Nej
Är perspektiv/kontext presenterade?	Ja	Nej
Finns ett etiskt resonemang?	Ja	Nej
Urval relevant?	Ja	Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna?	Ja	Nej
Är metoden tydligt beskriven?	Ja	Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat?	Ja	Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej
Representativt Ja Nej
Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej
Storleken beskriven Ja Nej
Interventionen beskriven Ja Nej
Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....
.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej
-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A . (1999).

Bilaga 2. Översikt av inkluderade artiklar.

Författare Årtal Land	Titel	Studiens syfte	Design Intervention Instrument	Deltagare	Analysmetod	Huvudresultat	Studiedesign- kvalitet
Barberia et al. (2007) Spanien	Understanding eating behaviors in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment.	Att få kunskap som kan främja effektiviteten av ätbeteende förändringsinterventioner för att hjälpa överviktiga att gå ner i vikt.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	N=17	Grounded theory	Interventioner för att skapa en mer positiv syn på dieter blir bättre om de förstärker tron på förbättrad hälsa och utseende. Uppföljningar gjorde att dieten följdes bättre.	K – I
Berry (2004) USA	An emerging model of behaviour change in women maintaining weight loss.	Att undersöka kvinnors upplevelser av viktnedgång och att bibehålla vikten.	Kvalitativ Newman's theory of HEC Dialektisk hermeneutik Djupintervjuer	N=20	Innehållsanalys	De som behöll sin vikt nedgång hade ett initialt kaos, sedan skedde förändringen och slutligen skapades ett nytt beteende. De som inte lyckades bibehålla vikten fortsatte pendla mellan olika livsmönster.	K – II
Gallagher et al. (2006) USA	Psychosocial factors related to physical activity and weight loss in	Att undersöka om psykosociala faktorer relaterade till fysisk aktivitet hos överviktiga kvinnor, som tidigare var stillasittande, blir	Kvantitativ Prospektiv Intervention	N=165	ANOVA Pearsons korrelations test Duncan post hoc analys Spearman rho	Interventionen ledde till ökat self-efficacy för fysisk aktivitet och beteendeförändringar. Self-efficacy och beteendestrategier i	P – I

	overweight women.	påverkade av 6 mån beteendeviktminsknings program.			correlations test	viktminskningsprogram kan förbättra fysisk aktivitet vilket leder till förbättrade resultat vid viktminskning.	
Greener et al. (2010) Storbritannien	More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers.	Att förstå den tro de överviktiga, hälsoprofessionen och de som sätter policyn kring övervikt har kring vad som orsakar fetma och vad som är effektivt för att reducera den.	Kvalitativ Deskriptiv Djupintervjuer	N=63	Innehållsanalys Biomedicinskt/ socioekologiskt perspektiv	Enbart fokus på utbildning, högre medvetenhet samt individuella beteendeförändringar kommer inte att ändra trenden med allt mer övervikt och fetma hos populationen.	K – II
Harvey-Berino et al. (2010) USA	Internet delivered behavioural obesity treatment.	Att utreda effektiviteten av ett internet beteendeinriktat viktminskningsprogram samt att om man lägger till personlig rådgivning ger ett bättre resultat.	Kvantitativ Randomiserad Intervention Prospektiv	N=481	SAS GLIMMIX t-test Chi-två test	Personlig rådgivning kring fetma är bättre än rådgivning via dator. Att lägga till periodvis med personlig rådgivning till data-rådgivning förbättrade inte resultatet för data-rådgivningen.	C – I
Jackson et al. (2007)	Specialist health visitor-	Att utvärdera effektiviteten och hur	Kvantitativ Kvalitativ	N=89	ANOVA Chi-två test	Det är viktigt att hälsoråd ges på rätt	P – II K – II

Storbritannien	led weight management intervention in primary care: exploratory evaluation.	patienter accepterar en specialist hälsovägledande viktkontroll i primärvården.	Prospektiv Intervention		Pariga t-test	sätt, de ska uppmuntra istället för att få patienten att känna skuld. Sjuksköterskor inom primärvården har en viktig roll i att ge stöd och utbildning både för viktminskning och i förebyggande syfte.	
Jeffery et al. (2003) USA	Physical activity and weight loss: does prescribing higher physical activity improve outcome?	Alla deltagarna får standard behavioural therapy(SBT). Syftet är att jämföra två grupper, en med lågt kaloriintag och en med hög fysisk aktivitet, vilka som går ner mest i vikt.	Kvantitativ Prospektiv Randomiserad Intervention	N=202	ANOVA	Förskrivning av höga nivåer av fysisk aktivitet ger en bättre långsiktig viktminskning än konventionella viktminskningsprogram.	C – II
Lee et al. (2006) Taiwan	Stage of exercise and health-related quality of life among overweight and obese adults.	Att förstå korrelationen mellan nivå av träning och hälsorelaterad livskvalitet hos överviktiga och feta vuxna i Taiwan.	Kvantitativ Tvärsnittstudie	N=212	Chi-två test Pearsons korrelations test ANOVA Scheffe´s post hoc test t-test MANOVA	Träningsmängden har samband med hälsorelaterad livskvalitet hos överviktiga och feta. Vårdpersonal måste förstå vilken nivå patienterna är på för att undervisa och motivera dem till att motionera	P – II

						regelbundet samt uppnå bättre livskvalitet.	
Leverence et al. (2007) USA	Obesity counselling and guidelines in primary care- a qualitative study.	Jämföra hur fetmarådgivningen som ges på kliniker mot de generella riktlinjerna mot fetma.	Kvalitativ Deskriptiv Semistrukturerade intervjuer	N=30	Innehållsanalys	Uppmärksamheten kring fetma i primärvården är låg. Övervikt togs endast upp då det var direkt kopplat till det patienten sökte vård för. Resurser för att hjälpa patienten saknades.	K – II
Michie (2007) Storbritannien	Talkning to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK.	Att undersöka sjuksköterskors kommunikation med sina överviktiga patienter.	Kvantitativ och kvalitativ Tvärsnittsstudie	N=87	Pearson's chi-två-test	Det var vanligt att inte ta upp problem med övervik, särskilt om medicinska problem fanns. Det finns utrymme i primärvården att prata om övervikt. Vårdpersonal måste öva för att bli bättre och få självförtroende.	P – II K – II
Svetkey et al. (2008) USA	Comparison of strategies for sustaining weight loss- the weight loss maintenance	Att jämföra två interventionsgrupper i att behålla vikten med en kontrollgrupp efter ett sex månaders vikttnedgångsprogram.	Kvantitativ Randomiserad Kontrollerad Intervention Prospektiv	N= 1029	T-test Chi-två-test	Personlig rådgivning kring fetma är bättre än rådgivning via Internet. Internet-baserade viktminsknings-	C – I

	randomized controlled trial.					program är lovande på grund av deras potential för billig spridning samt att tekniken snabbt bli integrerad i kommunikation, lärande samt hälso- och sjukvården.	
ter Bogt et al. (2009) Nederländerna	Preventing weight gain- one-year results of a randomized lifestyle intervention.	Att utreda den långsiktiga effekten av livsstilsrådgivning med sjuksköterska och dess potential att bromsa trenden av övervikt och fetma. Att identifiera patienter och studera det som är karakteristiskt för patienter som går ner i vikt.	Kvantitativ Randomiserad Kontrollerad Intervention Prospektiv	N=457	Student's t-test Chi-två-test ANOVA	De som hade medicinsk anledning att gå ned i vikt gick ned mer än de som inte hade det. 75% av gruppen som blev motiverade att gå ned i vikt av sjuksköterska ville gå ned. Sjuksköterskor gav oftare råd till feta patienter än överviktiga.	C – I
Teixeira et al. (2006) USA	Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control.	Att utreda hur förändringar i psykosociala variabler relaterade till träning, matvanor och kroppsbild under ett viktreduceringsprogram	Kvantitativ Randomiserad Kontrollerad Intervention Prospektiv	N=136	Linjär regression LOCF Parigt t-test Pearson's korrelation	Den kognitiva processen under viktkontroll och viktminskning är viktig. Ett initialt fokus på enbart kost är associerat till en	C – II

		och utvärdera deras association till viktnedgång hos medelålders, överviktiga eller feta kvinnor upp till ett år efter interventionen.				kortsiktig viktnedgång. Ändras däremot motivationen till träning spelar det en större roll i det långa loppet.	
The Counterweight Project Team (2004) Storbritannien	A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme.	Att förbättra handhavandet av fetma i primärvården genom att pröva nya evidensbaserade riktlinjer. Att utveckla en modell som ska användas som en del i arbetet mot fetma.	Kvalitativ Kvantitativ Randomiserad Prospektiv Intervention	N=1256 (80st vårdcentraler)	Strukturerade intervjuer Enkäter	Sjuksköterskor spelar en viktig roll i att ge livsstilsinterventioner i primärvården i dag och är identifierade som den mest lämpliga yrkesverksamma enheten att göra ett viktminskningsprogram till patienter.	K – II C – II
Thomas et al. (2009) USA	Support needs of overweight African American women for weight loss.	Att undersöka behovet av social stöd hos överviktiga Afroamerikanska kvinnor vid viktnedgång.	Kvantitativ och kvalitativ Prospektiv	N = 66	Grounded theory T-test Chi-två test Innehållsanalys	En stödperson vid viktminskning ska: vara empatisk, åta sig att samarbeta för att öka den fysiska aktiviteten, ha en nära och vårdande relation, vara positiv och undvika kritik samt ha erfarenhet av	K – II P – II

						framgångsrik viktminskning eller annan beteendeförändring.	
Tod & Lacey (2004) Storbritannien	Overweight and obesity: helping clients to take action.	Att undersöka vilka faktorer som motiverar eller hindrar folk att ta tag i sin vikt.	Kvalitativ Deskriptiv Semistrukturerade intervjuer	N = 16	Innehållsanalys	Beslutet om viktnedgång är komplext och ömtåligt. Orsaker till att man tar tag i saken är: skam, hälsa, rädsla och image. Orsaker till att man inte gör något är: förnekelse, tidigare dåliga erfarenheter och det ekonomiska.	K – I
Visram et al. (2009) Storbritannien	Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention.	Att finna bevis som kan utveckla bättre strategier för prevention och behandling av övervikt i primärvården	Kvalitativ Intervention Semistrukturerade intervjuer	N = 20	Innehållsanalys	Viktuppgång är ofta kopplat till livshändelser som förändrar patientens aptit och aktivitet. Faktorer som får patienter att söka hjälp för sin fetma är hälsoproblem och för att förbättra deras image. Personliga meddelanden och stöd från professionella var viktiga faktorer för att	K – II

						få en lyckad viktnedgång. Sjuksköterskan har en viktig roll.	
Webber et al. (2008) USA	A randomized comparison of two motivationally enhances internet behavioural weight loss programs.	Att undersöka efficacy med tillägg av motiverande chatter veckovis jämfört med vanliga viktnedgångs-internet program med fokus på beteende.	Kvantitativ Randomiserad Kontrollerad Intervention	N = 66	T-test ANOVA Pearson's R koefficient Spearman's rho	Vid användandet av ett Internetbaserat viktminsknings-program är patienternas viktminskning beroende av deras engagemang. Genom att vara aktiv på hemsidan ökar viktminskningen.	C – II

Bilaga 3. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet:

Studier med kvantitativ metod, enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 48).

	I: Hög	II: Medel	III: Låg
C	Prospektiv randomiserad studie. Större väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inkl. behandlingsteknik. Antalet patienter tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.	-	Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.	-	Litet antal patienter, tveksamma statistiska metoder.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t.ex. multivariantanalys, fallkontrollmetodik, etc.).	-	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Studier med kvalitativ metod, enligt SBU/SSF nr 4 (1999, s. 48).

	I: Hög	II: Medel	III: Låg
K	Studie med kvalitativ metod. Väldefinierad frågeställning, relevant urval samt väl beskriven undersökningsgrupp och kontext. Metod och analys väl beskriven och genomförd, resultatet är logiskt och begripligt, god kommunikerbarhet.	-	Dåligt/vagt formulerad frågeställning, undersökningsgrupp för liten/otillräckligt beskriven metod/analys ej tillräckligt beskriven eller bristfällig resultatredovisning.

Bilaga 4. Exempel på analysförfarandet.

Författare	Huvudresultat	Subkategori	Kategori
Tod & Lacey (2004) England	Beslutet om viktnedgång är komplext och ömtåligt.	Beslut	Den överviktige patientens upplevelser
	Orsaker till att agera är: skam, hälsoaspekter, rädsla och för att förbättra sin kroppsbuild.	Beslut	Den överviktige patientens upplevelser
	Orsaker till att inte göra något är: förnekelse, tidigare dåliga erfarenheter av viktminskning och ekonomiska faktorer.	Försvarsmekanismer och hinder	Den överviktige patientens upplevelser
	Vikten att sjuksköterskan når patienterna i rätt tid, på rätt sätt annars finns risken att man slösar energi på viktnedgångsprogram på de som inte kommer att genomföra dem ändå.	Stöd	Sjuksköterskans pedagogiska funktion