

Viktrelaterade lidandesituationer

-vuxna personers upplevelser av att leva med övervikt/fetma
samt hantering av dessa upplevelser

FÖRFATTARE	Agneta Klementsson
PROGRAM/KURS	Examensarbete1 Omvårdnad/OM 1640 HT2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisa Donnerdal
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	Viktrelaterade lidandesituationer – vuxna personers upplevelser av att leva med övervikt/fetma samt hantering av dessa upplevelser
Titel (engelsk):	Weight-related suffering situations - adults experiences of living with overweight/obesity and handling of these experiences
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete 1, Omvårdnad/OM 1640
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Agneta Klementsson
Handledare:	Lisa Donnerdal
Examinator:	Hans Ragneskog

SAMMANFATTNING

Övervikt och fetma är ett växande problem bland världens befolkning som medför ökade risker för att drabbas av olika sjukdomar och en förtida död. Övervikt och fetma har också en negativ påverkan på livskvaliteten där faktorer så som upplevelser av lidande och hälsa kan ha betydelse. Syftet var att beskriva vuxna personers upplevelse av att leva med övervikt/fetma utifrån faktorer som kunde orsaka lidande samt hur de hanterade dessa upplevelser. Till denna litteraturstudie söktes vetenskapliga artiklar i databaserna Cinahl och PubMed, samt manuellt. Fjorton artiklar valdes ut efter att ha kvalitetsgranskats. Faktorer som Katie Eriksson angivit som vanliga orsaker till lidande användes som utgångspunkt vid den deduktiva analysen. Det framkom att överviktiga och feta personer hade erfårit negativa upplevelser relaterade till vikt som kunde innebära lidande. Det handlade t.ex. om att andra personer gav dem elaka kommentarer, stirrade på dem, ignorerade dem eller gjorde negativa antaganden om dem. Övervikt och fetma kunde också utgöra ett fysiskt hinder vid besök på platser som inte var anpassade för stora kroppar. Olika sätt att hantera dessa upplevelser var bl.a. att försöka minska sin vikt, vägra minska sin vikt, äta, gråta, använda sig av humor, försöka tänka positivt, dra sig undan och försöka undvika vissa situationer. De sökte även stöd hos andra personer. Överviktiga/feta personer beskrev en ständig kamp mot vikten, vilket kan ses som ett sätt att försöka eliminera det lidande som övervikten/fetman kunde innebära. Dagens forskning är till stor del inriktad på preventiva åtgärder mot övervikt/fetma och på viktnedgång. Denna studie visar att det också finns ett behov av forskning med fokus på vad som kan lindra eller eliminera viktrelaterat lidande samt vad som kan få överviktiga/feta personer att känna välbefinnande och uppleva hälsa, trots deras vikt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Inledning	1
Övervikt och fetma	1
Livskvalitet	2
Hälsa	2
Lidande	3
SYFTE	4
METOD	4
RESULTAT	6
Skuld och skam	6
Fördömelse	6
Icke självvald ensamhet	8
Att inte vara välkommen/betydelsefull i en gemenskap	9
Att inte bli tagen på allvar/räknas med	10
Kärlekslöshet	11
Strategier för att hantera viktrelaterade lidandesituationer	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
REFERENSER	20
BILAGOR	
1. Resultatet av artikelsökning	
2. Artikelsammanställning	

INTRODUKTION

Inledning

Sjuksköterskan möter överviktiga/feta personer i olika vårdsituationer. Att sträva efter att de ska känna välbefinnande och slippa onödigt lidande ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde (1). Under de nio år jag har arbetat som sjuksköterska har jag i olika vårdsituationer mött personer med övervikt/fetma. Vissa av dessa möten har envist dröjt sig kvar i mitt minne.

Det handlade om kvinnan som behövde hjälp att torka sig efter toalettbesök eftersom hon själv inte nådde pga. sitt stora omfång. Det var en hjälp som flera i personalstyrkan ansåg vara helt onödig då de tyckte att hon borde klara en sådan sak själv och dessutom hade sig själv att skylla vad det beträffade fetman.

En annan kvinna med knäbesvär som hela sitt vuxna liv hade försökt minska sin vikt men inte lyckats behålla en viktninskning under längre tid och därför vid detta vårdtillfälle hade övervikt fick kostråd av läkaren. Dessa råd bestod av att läkaren kommenterade den chokladbit som låg på kvinnans sängbord och talade om hur olämpligt det var att hon åt den eftersom hon då inte skulle gå ner i vikt och inte heller slippa den smärta hon hade i sina knän.

Andra händelser som etsat sig fast i mitt minne är små men kanske ändå betydelsefulla. Det är de gånger det inte har gått att erbjuda patienten sjukhuskläder eftersom den största storleken har varit för liten. En liknande händelse är den när det inte har gått att finna en tillräckligt stor blodtrycksmanschett som kan nå runt patientens arm. Slutligen vill jag berätta om en patient som tvingades transporteras i sin sjukhussäng istället för i rullstol pga. att det inte fanns en tillräckligt rymlig rullstol.

Dessa händelser och möten har väckt flera frågor hos mig. Frågan om hur de överviktiga/feta personerna upplevde de situationer som jag ovan har beskrivet kommer jag aldrig att få svar på. Inte heller på frågan om hur väl mina kollegor kunde tänka sig in i dessa personers livssituation.

En fråga som kan besvaras är hur det upplevs att leva med övervikt/fetma. Svaret på denna fråga kan ge vårdpersonal en ökad kunskap om och en förståelse för dessa patienters liv. Det kan vara en grund för att skapa bättre förutsättningar för positiva möten mellan överviktiga/feta patienter och vårdpersonal.

Övervikt och fetma

Body mass index (BMI) används som ett mått på om en person har undervikt, normalvikt, övervikt eller fetma. BMI räknas ut genom att vikten (kg) divideras med längden (m) i kvadrat (kg/m^2). Ett BMI ≥ 25 klassas som övervikt och BMI ≥ 30 som fetma (2). BMI anger dock inte hur mycket av en persons vikt som är muskler och hur mycket som är fett (3). BMI säger inte heller något om var på kroppen fett är placerat vilket har betydelse då bukfetma i sig är en riskfaktor för att utveckla komplikationer (4, 5). Ett midjemått > 80 cm hos kvinnor och >94 cm hos män anses ge en ökad risk för att drabbas av fetmarelaterade komplikationer (6).

Fetma och övervikt är ett globalt ökande hälsoproblem. År 2005 beräknades 23,2 procent, dvs. 937 miljoner, av jordens vuxna befolkning vara överviktiga och antalet vuxna personer med fetma beräknades vara 9,8 procent, dvs. 396 miljoner (7). I Sverige har andelen överviktiga och feta personer över 16 år ökat från 30,7 procent år 1980-81 till 43,5 procent år 2004-05 (8). Andelen vuxna personer med fetma uppgick till 10 procent år 2002-03, vilket är en fördubbling av antalet personer med fetma i Sverige på 20 år (9).

Fetma, dvs. BMI > 30, medför en ökad risk för att dö i förtid (4, 10, 11). Bukfetma är en faktor av betydelse då den också ger en ökad risk för förtida död (4, 5). Det finns ett samband mellan övervikt/fetma och risken för att drabbas av vissa sjukdomar och andra tillstånd som påverkar hälsan. Vissa cancersjukdomar förekommer oftare hos personer med övervikt och fetma än hos personer med normalvikt (12, 13). Studier visar också att övervikt och fetma ger en ökad risk för att drabbas av diabetes, hypertoni, förändringar i blodfetter (13, 14), hjärtsjukdomar, gallsten (13) samt inkontinens hos kvinnor (15, 16).

Livskvalitet

Livskvalitet kan beskrivas som något som anger livets värde (17). Det är ett begrepp som berör livets olika delar inom de fysiska, psykiska, sociala och spirituella områdena. Det handlar om personers subjektiva och ibland även objektiva uppfattningar (18) om vad som gör livet bra och värt att leva (18, 19). Saker som påverkar livskvaliteten kan vara välbefinnande (18, 19), hälsa (18), lidande (19), upplevelse av lycka, tillfredsställelse med livet (18, 19) och hur väl vi kan leva det liv vi önskar (19).

Övervikt och fetma påverkar livskvaliteten (20-25). Studier där vuxna personers fysiska funktion, smärta, generell hälsa, vitalitet, sociala funktioner, emotionell och psykisk hälsa bedöms visar att överviktiga personer jämfört med normalviktiga personer inom flera av de undersökta områdena upplever en större negativ påverkan, vilket innebär en sammantaget sämre livskvalitet. Vid fetma försämras livskvaliteten ytterligare (20, 22, 23).

En studie visar att vid ett BMI ≥ 35 är livskvaliteten jämförbar med den negativa livskvalitetpåverkan som kan ses vid astma, hypertoni och diabetes (23). Det finns ett samband mellan storlek på BMI och påverkan på livskvaliteten vilket innebär att ett högt BMI ger en sämre livskvalitet än ett lägre. Denna försämring tycks också accelerera när BMI ökar. Ovan nämnda livskvalitetstudier anger hur livskvaliteten är för en grupp i förhållande till en annan grupp. Det säger ingen om hur livskvaliteten är för den enskilda personen i gruppen (20, 22, 23). Således har inte alla personer med fetma en negativ påverkan på sin livskvalitet likväl som inte alla normalviktiga personer upplever sig ha bra livskvalitet (21).

Hälsa

Vad olika personer lägger i begreppet hälsa är individuellt och påverkas av t.ex. livserfarenheter, värderingar och sjukdom (26). The World Health Organization definierar hälsa som "ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp" (27).

Katie Erikssons sätt att beskriva hälsa är som en helhet där den fysiska kroppen, själen och anden hör ihop. Hon menar också att lidande och hälsa hör ihop och är en naturlig del i livet. Lidandet kan föra fram en person till en ny helhet. Människan kan under denna färd utvecklas på olika vis och bli en ny, rikare helhet dvs. uppnå hälsa. Hälsa och lidande

förutsätter inte varandras frånvaro. Hälsa kan upplevas trots lidande om lidandet är av sådan art att det går att uthärda (28).

Lidande

Den omvårdnadsteoretiska anknytningen görs till Katie Erikssons teori om lidande som här beskrivs:

Lidandet är en del av allt mänskligt liv och innehåller en sorg över det vi har mist eller håller på att mista. Det är en plågende kamp mellan ont och gott, mellan liv och död, mellan lidandet och lusten. Lidandet är unikt för den som upplever det och står i relation till vad individen uppfattar som viktigt för just henne/honom. Den största anledningen till lidande handlar om att människan objektivt och/eller subjektivt har berövats sin värdighet som människa. Värdighet handlar bl.a. om det värde individen själv upplever sig ha och vilket värde andra tillskriver henne/honom (28).

Eriksson (28) beskriver vad hon anser vara vanliga orsaker till att lidande uppkommer:

En av dessa orsaker är känslor av skuld som människan kan känna då den handlar mot det den egentligen anser är rätt. En annan orsak är att bli fördömd av någon annan eller att fördöma sig själv. Likaså kan icke självvald ensamhet, att inte känna sig välkommen eller få uppleva sig som betydelsefull i en gemenskap, samt känslan av att inte bli tagen på allvar, att inte räknas med, orsaka lidande. Slutligen är också kärlekslöshet, både vad det beträffar att få och att ge kärlek, en vanlig orsak till lidande enligt Eriksson (28).

En annan källa till lidande är skam som t.ex. kan förorsakas av att människan känner sig misslyckad. En och samma upplevelse kan orsaka både skam och skuldkänslor. Att ha förorsakat en annan människas lidande eller att inte ha förmågan att handla på ett korrekt sätt i en viss situation är exempel på detta. Att tvingas visa sina svagheter samt känslan av att vara till allmän beskådan eller att känna sig blottad kan också ge lidande i form av skuld och/eller skamkänslor (28).

Lust, som bl.a. är förknippat med lycka och positiva upplevelser, kan ses som lidandets motsats. Lust är ett medel i kampen mot lidandet och det onda. Även om lidandet är ont i sig själv kan det tillsammans med lusten vara en drivkraft i livet på så vis att människan strävar ifrån lidandet mot lusten. Denna kamp kan mynna ut i något bra för människan och få den att växa och utvecklas (28).

Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande är tre former av lidande som kan ses inom vården enligt Eriksson. Sjukdomslidande kan vara kroppsligt i form av en fysisk smärta. Det kan också vara av själslig eller andlig art bestående av känslor av skam, skuld och förnedring som är knutet till sjukdom och behandling. Dessa känslor kan orsakas av patienten själv, vårdpersonal eller andra människor. Vårdlidande är det lidande som uppstår pga. vårdandet i vården. Det kan handla om att kränka patientens värdighet, att straffa, att fördöma, utöva makt eller att inte se patientens behov och inte ge den vård patienten behöver. Livslidande är ett lidande som har med hela människans livssituation att göra och hur den påverkas och förändras av sjukdom och ohälsa. Det kan handla om ett hot mot människans hela existens eller en förändring som blir ett hinder för det som tidigare var självklart i livet. Kan inte lidandet elimineras bör det strävas efter att lindras. Att lindra patientens lidande handlar till

stor del om att tillgodose patientens behov av vård, visa respekt och bekräfta dennes värdighet som människa (28).

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att beskriva överviktiga/feta vuxna personers upplevelse av att leva med övervikt/fetma utifrån faktorerna skuld och skam, fördömelse, icke självvald ensamhet, att inte vara välkommen eller betydelsefull i en gemenskap, att inte bli tagen på allvar eller räknas med och kärlekslöshet samt att beskriva strategier de använde sig av för att hantera viktrelaterade lidandesituationer.

METOD

Denna litteraturstudie består av fjorton vetenskapliga artiklar. Litteratursökningen genomfördes under tiden 2008-09-27-2008-09-29 i databaserna Cinahl och PubMed. Vid sökningen i Cinahl användes begränsningarna "Peer Reviewed", "All Adult" och att artiklarna skulle vara publicerade efter 1998-01-01. Vid sökning i PubMed användes begränsningarna "Human", "All Adult" och att artiklarna skulle vara publicerade efter 1998-01-01. För att säkerställa att de artiklar som hittats via PubMed var publicerade i vetenskapliga tidskrifter kontrollerades tidskrifterna utifrån dokument (29, 30) där det angavs om tidskriften var "Peer Reviewed". I de fall tidskrifterna inte gick att finna i dessa dokument studerades tidskriftens hemsida där informationen gick att finna.

Sökorden "Overweight OR Obesity" användes i kombination med andra sökord. För att vara öppen för olika böjningsformer av de sökord som kombinerades med "Overweight OR Obesity" användes trunkering. Ett försök att trunkera ordet "Obes" gjordes men detta resulterade i ett oöverskådligt antal träffar. Det ledde till beslutet att använda ordet "Obesity", som gav färre antal träffar och som ansågs vara ett relevant sökord. Sökningen påbörjades med "Overweight OR Obesity" i kombination med "Experience* ". Denna kombination gav 288 träffar i Cinahl och 1567 träffar i PubMed. Därför lades ytterligare ett sökord till vilket resulterade i ett överskådligt antal träffar. Olika kombinationer av sökord rörande känslor, upplevelser och inställningar användes. De funna artiklarna gav även nya uppslag till sökord som prövades. "Stigma*" var ett sådant sökord som ledde till att användbara artiklar hittades. Orden "Qualitative*" och "Quantitative*" användes också i olika kombinationer med andra sökord, vilket gav träffar där artiklar kunde väljas ut till denna litteraturstudie. Fullständig redogörelse för sökningar och dess resultat finns redovisat i Bilaga 1.

För att välja ut relevanta artiklar lästes alla abstrakt igenom. I de fall då det inte fanns något abstrakt gjordes en bedömning utifrån titeln. Ansågs artikeln kunna innehålla relevant information för syftet söktes artikeln upp för att göra en bedömning av dess innehåll. Artiklarna skulle beskriva överviktiga/feta vuxna personers upplevelser och/eller erfarenheter av att vara överviktig/ fet. Artiklar där de överviktiga/feta personerna som deltog i studien hade en diagnostiserad ätstörning eller annan sjukdom och där artikeln handlade om upplevelser av övervikt/fetmans relation till ätstörningen/sjukdomen exkluderades. Tjugo artiklar valdes ut vid sökningarna i Cinahl och PubMed. En genomgång av dessa artiklars referenslistor resulterade i ytterligare en artikel som uppfyllde de kriterier som använts vid sökningarna i databaserna.

Tjugoen utvalda artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av de checklistor som fanns i Riktlinjer för examensarbete (31) och med stöd från Fribergs bok (32) där det fanns förslag på hur kvalitetsgranskning av artiklar kan genomföras. Denna granskning resulterade i att sju artiklar exkluderades. En av dessa artiklar ansågs ha låg kvalitet där bl.a. återkopplingen mellan bakgrund, syfte och resultat var bristfällig/oklar. I en artikel var deltagarna normalviktiga och i två artiklar framgick det inte om deltagarna var normalviktiga, överviktiga eller feta. Tre artiklar exkluderades pga. att det vid granskningen visade sig att de inte kunna ge svar på denna studies syfte. De studier som inkluderades efter kvalitetsgranskningen finns redovisade i Bilaga 2.

Den metod som användes vid analys av artiklarna var deduktiv (31, 33). De faktorer som Eriksson (28) angav som vanliga orsaker till lidande, användes vid bearbetningen av texterna för att finna och kategorisera innehåll till resultatet. Till *skuld*, som var en av ovan nämnda faktorer, lades även *skam* då dessa begrepp ligger nära varandra. För att täcka de svar som söktes i syftet skapades ytterligare en kategori, kallad *hantering*.

De utvalda artiklarna lästes ännu en gång igenom för att få en helhetsbild av dess innehåll. Därefter färgkodades artiklarnas resultat innehåll. Varje kategorirubrik fick en egen färg och det artikelinnehåll som berörde en viss kategori kodades med samma färg. Då tveksamheter uppstod angående under vilken rubrik som innehållet skulle placeras gavs det de färger som vid den tidpunkten ansågs vara relevanta. När samtliga artiklars resultat hade färgkodats gick de igenom ännu en gång för att se om de ansågs ha kodats med rätt färg. Vid denna genomgång plockades också de färgkodade styckena ut från artiklarna och samlades under den rubrik de tillhörde. Därefter gjordes en ny bedömning av de delar där det hade varit tveksamheter om vilken kategori de tillhörde. Det innehåll som redan hade kategoriserats gav en viss vägledning vid denna bedömning. Det gick vid det här skedet av analysen att se vissa mönster som talade för eller emot en viss placering. När beslut hade fattats om vilken kategori innehållet ansågs tillhöra sorterades det in på samma vis som de övriga färgkodade styckena. Därefter påbörjades arbetet med att finna likheter/olikheter, samt skapa texter och tabeller av de delar som hade samlats under varje rubrik.

Tre av de inkluderade studierna (34-36) presenterade sina resultat kategorivis i tabeller. Varje kategoris resultat byggde på en till elva undersökta situationer eller strategier. Resultatet för varje enskild situation eller strategi redovisades ej. Det fanns inte heller någon beskrivning av samtliga undersökta situationer och strategi. Från varje kategori gavs det dock ett till två exempel på beskrivningar av de situationer eller strategier som undersöktes. I denna litteraturstudie går dessa exempel att finna i den löpande texten. De olika kategorierna, dess resultat och antalet situationer eller strategier som varje kategori innehöll, redovisas i Tabell 1-6.

Resultatet presenteras under rubrikerna skuld och skam, fördömelse, icke självvald ensamhet, att inte vara välkommen/betydelsefull i en gemenskap, att inte tas på allvar/räknas med, kärlekslöshet samt strategier för att hantera viktrelaterade lidandesituationer.

RESULTAT

Skuld och skam

Personers upplevelser av att bli anklagade och skuldbelagda av sjukvårds- och omsorgspersonal pga. sin fetma beskrevs av Pain och Wiles (37). I undersökningar framkom det också att släktingar, vänner och sjukvårdspersonal var personer som utövade påtryckningar på de överviktiga/feta personerna, för att de skulle minska sin vikt (37-39). Vikten sågs av överviktiga/feta personer som något de själva hade orsaka och stod ansvariga för (40, 41). Ett ständigt misslyckande i kampen mot vikten var ett återkommande tema i flera studier (40-42). En kvinna beskrev det på följande vis:

"Oh I am just so tired of myself. [I] don't need to be this heavy; [I] need to get it off. And the harder I am on myself, the more I go and eat" (41 sid 311).

Kunskapen om de sjukdomsrelaterade riskerna som övervikt/ fetma för med sig innebar dock inte alltid att de överviktiga/feta personerna såg sin egen övervikt/fetma som en riskfaktor (38, 43). I två studier beskrev deltagarna att övervikt/fetma sågs som ett hot mot hälsan och något som de borde göra något åt först när/om någon i deras närhet drabbades av en fetmarelaterad sjukdom (38, 39). Överviktiga/feta personer beskrev också hur de kände sig generade över sina kroppar inför andra personer (38, 43, 44).

Fördömelse

Afroamerikanska och vita kvinnor i USA med BMI > 30 upplevde att samhället såg övervikt/fetma som något som inte var acceptabelt (45). Social oacceptans pga. vikten beskrevs även av Parker och Keim (46). Det var inte enbart omgivningen som hade en negativ inställning till övervikt/fetma. Överviktiga/feta personer kände själva ett missnöje med och en avsky inför sina kroppar (38, 39, 44). En kvinna beskrev det på följande vis:

"I look around at the mirror and see myself, I look and I just can't believe it. I am, my body is so ugly" (35 sid 417).

Alla överviktiga/feta personer upplevde dock inte en oacceptans från andra personer eller från sig själv rörande vikten och kroppsstorlek. Överviktiga danska män beskrev vikten som något som inte behövde utgöra ett hinder för att de skulle acceptera sig själva även om de hade en önskan om en lägre vikt. De ansåg också att en anledning till att överviktiga män kunde uppleva att de såg bra ut trots sin vikt var att män, generellt sett, är okritiska mot sig själva beträffande sitt utseende och sin vikt (42). I en studie (38) framkom det att självkänsla och en känsla av att känna sig vacker ansågs ha större betydelse än vad vikten och kroppsstorleken hade för att kvinnorna skulle känna sig attraktiva.

Elaka kommentarer och antydningar relaterade till vikten från barn och vuxna var något som erfarits av överviktiga/feta personer (34-36, 41, 43). Det kunde handla om vuxna personer som gav dietförslag och råd beträffande utseendet. Barns sätt att uttrycka sina elakheter på kunde vara att de gjorde sig roliga över personen eller kallade den för fet (34-36). Andra händelser där personer stirrade på de överviktiga/feta personerna eller pekade på och skrattade åt dem beskrevs i flera studier (34-36, 41, 43). Det fanns också erfarenheten

av att ha blivit slagen eller utsatt för annat fysiskt våld pga. vikten. Förekomsten av att ha upplevt elaka kommentarer, stirrande och våld pga. vikt redovisas i Tabell 1 (34-36).

Tabell 1 Andel personer som upplevt dåligt bemötande pga. övervikt eller fetma (34, 35) samt variation (35) och medelvärde av förekomst (34-36) för dessa upplevelser.

Kategori av upplevelse relaterad till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Friedman et. al (35)			Myers och Rosen (36) n=146
	Grupp 1 (se bil. 2) Kvinnor n= 2449		Grupp 2 (se bil. 2)				n= 93			
	Andel %	Medel-frekvens *	män n= 111		Kvinnor n=111					
Andel %			Medel-Frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Frekvens variation ** ***	Medel-frekvens **
Elaka uttalanden från barn (fyra situationer)	63	1,38	66	1,47	69	1,55	76,3	0-7	1,62	2,88
Elaka uttalanden från andra personer, icke barn/familj (elva situationer)	48	1,04	49	1,07	49	1,12	89,1	0-3,9	1,24	1,83
Blivit storrade på (fem situationer)	37	0,81	40	0,81	46	0,88	57,0	0-3,2	0,71	1,90
Fysiskt attackerade (en situation)	9	0,17	11	0,20	10	0,21	4,3	0-2	0,09	0,47

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (35, 36).

*** Anger det lägsta och högsta medelvärdet i gruppen av studiedeltagare, beräknat på de situationer som ingår i kategorin (35).

Icke självvald ensamhet

Smalhet ansågs vara något som gjorde en person populär (42). En expedit som inte ägnade den feta kunden någon uppmärksamhet var ett exempel på ignorans och undervikande som överviktiga/feta personer råkade ut för (41). I studier gjorda av Friedman et. al (35) och av Puhl och Brownell (34) framkom det att hälften av deltagarna hade blivit ignorerade, undervikna och/eller uteslutna i olika situationer pga. sin vikt. I genomsnitt hade dessa upplevelser inträffat någon eller några gånger i livet men variationen var stor (Tabell 2) (34-36).

Tabell 2 Andel personer som upplevt dåligt bemötande pga. övervikt eller fetma (34, 35) samt variation (35) och medelvärde av förekomst (34-36) för dessa upplevelser.

Kategori av upplevelse relaterad till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Friedman et. al (35)			Myers och Rosen (36)
	Grupp 1 (se bil. 2)		Grupp 2 (se bil. 2)				n= 93			n=146
	Kvinnor n= 2449		män n= 111		Kvinnor n=111					
Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Medel-Frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Frekvens variation ** ***	Medel-frekvens **	Medel-frekvens **	
Avstånds-tagande och uteslutande (två situationer)	48	0,87	54	0,96	50	0,83	55,9	0-9	1,63	1,78

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (35, 36).

*** Anger det lägsta och högsta medelvärdet i gruppen av studiedeltagare, beräknat på de situationer som ingår i kategorin (35).

Att inte vara välkommen/betydelsefull i en gemenskap

Övervikt/fetma beskrevs som något som utgjorde ett hinder på arbetsmarknaden (42, 43, 46). Smala personer ansågs ha större chans att få en anställning (43) och också ha större möjlighet att få ett bra/eftertraktat arbete (42) jämfört med överviktiga/feta personer. Danska överviktiga män menade att arbetsgivare var ovilliga att anställa överviktiga/feta personer. Männen trodde att det hos arbetsgivare fanns en uppfattning om att överviktiga/feta personer kunde ge företagen en dålig image och att de var mindre effektiva samt hade högre sjukfrånvaro än normalviktiga personer (42). Erfarenheter av arbetsdiskriminering pga. övervikt/fetma var något som förekom bland amerikanska män och kvinnor. Det kunde handla om att de förlorat sitt arbete eller nekats en anställning pga. sin vikt eller kroppsstorlek (Tabell 3) (34-36).

Övervikt/fetma kunde också innebära ett fysiskt hinder som gjorde det svårt för personerna att använda sig av offentliga anläggningar och att ta sig fram på platser där utrymmen och inredning inte var anpassad för stora personer (37, 41). Ett exempel på detta beskrevs i Rogge et. al. (41) på följande vis:

"we were given tickets through work to a game/.../My ass was too big for the seats, so it was very difficult for me to fit into seat. During the game, it was very uncomfortable, so that was...very embarrassing." (41 sid 308).

Förekomsten av upplevelser där vikten/storleken var ett hinder för att den överviktiga/feta personen t.ex. skulle få plats på stolen/sätet vid besök på teatrar eller restauranger redovisas i Tabell 3 (34-36).

Tabell 3 Andel personer som upplevt dåligt bemötande pga. övervikt eller fetma (34, 35) samt variation (35) och medelvärde av förekomst (34-36) för dessa upplevelser.

Kategori av upplevelse relaterad till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Friedman et. al (35)			Myers och Rosen (36)
	Grupp 1 (se bil. 2)		Grupp 2 (se bil. 2)				n= 93			n=146
	Kvinnor n= 2449		män n= 111		Kvinnor n=111					
Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Medel-Frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Frekvens variation ** ***	Medel-frekvens **	Medel-frekvens **	
Diskriminering rörande arbete (tre situationer)	25	0,54	23	0,49	28	0,55	33,3	0-3	0,34	0,88
Vikt/kroppstorlek som ett fysiskt hinder (sju situationer)	50	1,16	53	1,16	52	1,18	96,8	0-7	1,78	2,14

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (35, 36).

*** Anger det lägsta och högsta medelvärdet i gruppen av studiedeltagare, beräknat på de situationer som ingår i kategorin (35).

Att inte bli tagen på allvar/räknas med

I flera studier (40, 41, 47) beskrev deltagare hur symtom och besvär som de sökte sjukvård/läkare för inte togs på allvar. De upplevde att läkarna skyllde alla problem på övervikten/fetman. Förekomsten av liknande händelser som ovan nämnts eller situationer där läkaren gjorde den överviktiga/feta personen till åtlöje redovisas i Tabell 4 (34-36).

Svårigheter med att få erkännande för de problem och behov den feta personen hade, framkom i en studie gjord av Pain och Wiles (37). De intervjuade männen och kvinnorna upplevde att personalen/de personer som skulle bedöma hjälpbehovet varken lyssnade eller försökte förstå dem. I samma studie beskrevs också flera händelser där det vid sjukhusvistelser hade varit svårt eller omöjligt att få fram sängar, rullstolar och liftar anpassade till de feta personernas storlek och vikt.

Klädinköp var ett annat problem som de överviktiga/feta personerna upplevde (39, 43, 44, 46). Det fanns en önskan om att kunna gå in i en vanlig klädaffär för att köpa fina, snygga, attraktiva kläder i stora storlekar (39, 43, 44, 46) istället för att vara hänvisad till specialaffärer (39). En överviktig 35-årig kvinna beskrev det på följande vis:

"It is annoying that all the clothes in the shops are small for me/.../I know that I can go to certain shops, but it makes me angry. I am not going to wear grandma's clothes, clothes for old ladies" (39 sid 963).

Vid intervjuer med feta män och kvinnor framkom det att de utgick ifrån att andra personer hade negativa tankar och åsikter om dem relaterat till deras fetma. De trodde t.ex. att andra personer ansåg dem vara dumma i huvudet som inte gjorde något åt sin vikt eller som tillät sig frossa i mat (40). Det handlade alltså om vad de feta personerna trodde och

inte om hur det förhöll sig i verkligheten. Undersökningar gjorda i USA (34-36) visade dock att överviktiga/feta personer upplevde att andra personer även gjorde negativa antaganden om dem. Det kunde röra sig om att de hade låga förväntningar på den överviktiga/feta personen eller att de antog att den hade känslomässiga problem pga. av sin övervikt (Tabell 4).

Tabell 4 Andel personer som upplevt dåligt bemötande pga. övervikt eller fetma (34, 35) samt variation (35) och medelvärde av förekomst (34-36) för dessa upplevelser.

Kategori av upplevelse relaterad till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Friedman et. al (35)			Myers och Rosen (36)
	Grupp 1 (se bil. 2) Kvinnor n= 2449		Grupp 2 (se bil. 2)				n= 93			n=146
	Andel %	Medel-frekvens *	män n= 111		Kvinnor n=111					
Andel %			Medel-Frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Frekvens variation ** ***	Medel-frekvens **	Medel-frekvens **	
Opassande uttalanden av läkare (fyra situationer)	53	1,12	54	1,11	62	1,21	89,1	0-4,5	1,29	1,88
Andra personers negativa antaganden (tre situationer)	68	1,58	70	1,59	74	1,67	78,3	0-6,3	1,79	2,49

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (35, 36).

*** Anger det lägsta och högsta medelvärdet i gruppen av studiedeltagare, beräknat på de situationer som ingår i kategorin (35).

Kärlekslöshet

Partners, make/maka och andra närstående personers kommentarer och sätt att göra sig rolig över den överviktiga/feta personen var något som framkom i flera undersökningar. Negativa kommentarer kunde innebära att familjemedlemmar kallade de överviktiga/feta personerna för elaka saker som relaterades till vikten eller att de retades och hackade på dem för att de skulle gå ner i vikt (34-36, 44-47). Andelen överviktiga/feta personer som upplevt viktrelaterade negativa kommentarer från närstående personer undersöktes i tre studier (34-36) och redovisas i Tabell 5.

Överviktiga/feta personer hade också upplevt att partners, make/maka eller familjemedlemmar inför andra personer skämdes över dem eller pga. dem. Det kunde t.ex. visa sig genom att en partner inför andra personer inte ville visa att han/hon hörde samman med den överviktiga/feta personen (Tabell 5) (34-36).

Tabell 5 Andel personer som upplevt dåligt bemötande pga. övervikt eller fetma (34, 35) samt variation (35) och medelvärde av förekomst (34-36) för dessa upplevelser.

Kategori av upplevelse relaterad till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Friedman et. al (35)			Myers och Rosen (36)
	Grupp 1 (se bil. 2)		Grupp 2 (se bil. 2)				n= 93			n=146
	Kvinnor n= 2449		män n= 111		Kvinnor n=111					
Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Medel-Frekvens *	Andel %	Medel-frekvens *	Andel %	Frekvens variation ** ***	Medel-frekvens **	Medel-frekvens **	
Negativa uttalanden från familje-medlemmar (sju situationer)	51	1,05	62	1,21	53	1,08	97,9	0-5,7	1,47	1,88
Närståendes genans (tre situationer)	50	0,98	52	1,01	50	0,99	86,0	0-6	1,56	1,53

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (35, 36).

*** Anger det lägsta och högsta medelvärdet i gruppen av studiedeltagare, beräknat på de situationer som ingår i kategorin (35).

Att vara smal beskrevs som något som gjorde en person attraktiv och som ökade chanserna/möjligheterna att träffa en partner (41, 42, 46). Två överviktiga/feta kvinnor beskrev sina erfarenheter av detta på följande vis:

"I was not dating/.../I had a lot of guy friends. They were not calling me in a romantic way./.../ I was everybody's best friend, but nobody's girlfriend." (41 sid 309.)

"men do not like fat women, and I have been rejected for the very fact that I was fat. It didn't matter about the personality or what type of person I was inside, it was just that I was fat, and now that hurts" (46 sid 285).

I en studie (46) framkom det dock att det också fanns överviktiga/feta kvinnor som ansåg att övervikt/fetma inte behövde innebära minskade möjligheten att träffa en partner. Kvinnorna beskrev det som att vissa män ville ha smala kvinnor och vissa män tyckte om stora kvinnor.

Strategier för att hantera viktrelaterade lidandesituationer

De överviktiga/feta studiedeltagarnas sätt att hantera upplevelser av skuld och skam, fördömmelse, icke självvald ensamhet, att inte var välkommen/betydelsefull i en gemenskap, att inte bli tagen på allvar/räknas med och kärlekslöshet, varierade och beskrevs på olika vis. En sätt var att försöka minska sin vikt. Viktminskning sågs av överviktiga/feta personer som något som kunde infria deras längtan efter och önskan om att slippa de negativa effekter som de upplevde eller ansåg hörde samman med övervikt/fetma (42, 43, 46). Dessa upp-

levelser och åsikter kunde, hos vissa deltagare, fungera som motiverande faktorer vid en viktminskning (38, 39, 42, 44).

Puhl och Brownell (34) och Myers och Rosen (36) studerade förekomsten av användandet av olika strategier vid vissa negativa situationer/upplevelser relaterade till övervikt/fetma (Tabell 6). Viktminskning var ett av de sätt som undersöktes. Det kunde innebära att personen påbörjade en diet eller sökte läkare för att göra en operation i viktminskningssyfte. Att reagera på motsatt vis, dvs. att vägra försöka gå ner i vikt, var dock vanligare än att försöka minska vikten. Denna vägran kunde bero på att de överviktiga/feta personerna inte trodde sig kunna klara av att gå ner i vikt och därför inte ville försöka eller att en viktminskning egentligen inte var deras egen önskan utan något som andra personer ansåg att den överviktiga/feta personen borde genomföra. Att vägra gömma sig/vara osynlig pga. sin vikt var ett tillvägagångssätt som också användes. Det kunde innebära att de gjorde saker som det inte förväntades att överviktiga/feta personer skulle göra eller att de medvetet försökte göra sin stora kropp synlig.

Andra strategier som användes för att hantera negativa viktrelaterade upplevelser var att äta, söka stöd hos vänner, familjemedlemmar och hos andra överviktiga/feta personer eller att gå i terapi. Överviktiga/feta personer fann även tröst och styrka i sin tro på gud eller på ödet. Hantering genom att försöka se situationen som den andra personens problem förekom också. Det kunde innebära att den överviktiga/feta personen försökte se det som att de andra personerna betedde sig barnsligt eller att det var de som förlorade något på att de inte gillade den överviktiga/feta personen. Positivt tänkande och att försöka ta väl hand om sig själv var andra strategier som användes. Det kunde handla om att de tänkte på att det var insidan som räknades eller att de prioriterade sig själv före andra och gjorde saker som de själva tyckte om. Personerna försökte också skaffa sig kunskap om och utbilda/informera andra om hur det var att leva med övervikt/fetma samt hur livet kunde påverkas av detta (Tabell 6) (34, 36). I en studie framkom det att 35,6 procent av de överviktiga/feta personerna önskade att andra personer skulle veta hur svårt det var att minska vikten och vilken frustration det innebar att ständigt misslyckas med dessa försök (47).

Känslor av genans medförde bl.a. att överviktiga/feta personer undvek att motionera på platser där det fanns risk för att andra personer kunde se dem/stirra på dem (43). Personer beskrev också hur de undvek att se sig själv i spegeln för att slippa påminnas om sin överviktiga/feta kropp och hur de med kläders hjälp försökte dölja de kroppsdelar som de upplevde som generande (38). Undvikande av situationer som kunde medföra negativa viktrelaterade upplevelser var en av de kategorier som undersöktes av Puhl och Brownell (34) samt Myers och Rosen (36) (Tabell 6). Det kunde t.ex. handla om att den överviktiga/feta personen sa upp sig från sitt arbete om den upplevde diskriminering eller blev illa behandlade på sin arbetsplats. Andra områden som studerades var humor, så som att skratta, skoja och ge snabba, vitsiga kommentarer samt ignorans, som kunde innebära att den överviktiga/feta personen inte låtsades höra. Det framkom också att överviktiga/feta personer tänkte negativa tankar om sig själva så som att ingen kunde tycka om dem pga. deras vikt eller att de drog sig undan och grät.

Att få ögonkontakt och tilltala den andra personen eller försöka utstråla självsäkerhet var strategier som överviktiga/feta män och kvinnor använde sig av för att få övertaget i en situation. De kunde också hantera negativa situationer genom att svara vänligt och försöka vara trevliga. Andra tillvägagångssätt som undersöktes var otrevligt bemötande så som att

stirra och säga något elakt tillbaks till en person samt fysiskt våld, vilket kunde innebära att de slogs eller använde sina stora kroppar för att skrämmas (Tabell 6) (34, 36).

Tabell 6 Strategier vid hantering av negativa upplevelser relaterade till övervikt/fetma orsakade av andra personer eller vikt som fysiskt hinder. Andelen personer som använde sig av strategierna (34) samt medelvärde för hur ofta de användes (34, 36).

Kategori av strategier vid hantering av negativa upplevelser relaterade till övervikt/fetma	Puhl och Brownell (34)						Myers och Rosen (36) n=146
	Grupp 1 (se bil. 2) Kvinnor n= 2449		Grupp 2 (se bil. 2)				
			män n= 111		Kvinnor n=111		
	Andel %	Medel- frekvens *	Andel %	Medel- frekvens *	Andel %	Medel- frekvens *	
						Medel- frekvens **	
Skapa övertag i situationen (tre strategier)	93	1,99	93	2,13	89	1,97	4,49
Positiva tankar om sig själv (tio strategier)	91	1,94	92	1,97	92	2,02	4,52
Stöd från icke överviktiga/feta personer (fem strategier)	89	1,84	85	1,80	90	1,93	3,52
Tro/böner/religion (tre strategier)	86	1,92	89	1,88	86	1,85	4,25
Försöka tycka om sig själv/ta väl hand om sig själv (tre strategier)	86	1,71	84	1,74	85	1,78	3,71
Stöd från andra överviktiga/feta personer (sju strategier)	84	1,52	87	1,62	86	1,61	2,00
Att synas/vägra vara osynlig (sex strategier)	84	1,54	85	1,52	84	1,57	3,22
Ignorans av situationen (sex strategier)	83	1,63	89	1,66	86	1,72	3,05
Situationen ses som den andra personens bekymmer (fyra strategier)	82	1,73	88	1,77	83	1,82	3,46
Äta (en strategi)	79	1,87	79	1,94	80	1,99	3,65
Humor användning (tre strategier)	78	1,64	91	1,85	79	1,68	3,42
Inte försöka minska vikten (fyra strategier)	75	1,40	76	1,42	77	1,44	3,47
Gråta (två strategier)	74	1,57	75	1,60	76	1,65	3,03
Negativa tankar om sig själv (fyra strategier)	73	1,51	69	1,51	75	1,54	3,71
Trevligt bemötande (åtta strategier)	72	1,34	77	1,39	76	1,37	2,72
Viktminskning (tre strategier)	63	1,02	68	1,13	69	1,07	1,72
Söka och dela med sig av kunskap om bemötande och fördomar relaterade till vikt (åtta strategier)	51	1,01	61	1,10	51	1,08	1,43
Undvikande av situation (åtta strategier)	41	0,86	46	0,89	53	0,98	1,77
Terapi (två strategier)	27	0,54	28	0,52	23	0,53	1,22
Fysiskt bemötande (två strategier)	25	0,38	15	0,25	20	0,34	0,98
Otrevligt bemötande (sju strategier)	22	0,64	12	0,59	26	0,67	1,35

*Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "mer än en gång i livet" och 3 = "många gånger" (34).

**Skalans siffror motsvarar följande: 0 = "aldrig", 1 = "en gång i livet", 2 = "flera gånger i livet", 3 = "ungefär en gång/år", 4 = "flera gånger/år", 5 = "ungefär en gång/månad", 6 = "flera gånger/månad", 7 = "ungefär en gång/vecka", 8 = "flera gånger/vecka" och 9 = "dagligen" (36).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva överviktiga/feta personers upplevelser av att leva med övervikt/fetma. Vid den deduktiva analysen användes Erikssons (28) beskrivning av vanliga orsaker till lidande som referensram. Detta val innebar att överviktiga/ feta personer förutsattes uppleva sin vikt som en orsak till lidande.

Utöver de faktorer som Eriksson (28) beskrev som vanliga orsaker till lidande togs även begreppet skam med vid analysen, då hon i andra sammanhang tog upp den som orsak till lidande. Det kunde därför antas att också skam har en betydande roll för uppkomsten av detta. Skam och skuldkänslor ligger nära varandra och nämns ofta tillsammans även om de inte är synonyma med varandra. De kan upplevas samtidigt och vara reaktioner på en och samma händelse vilket också beskrevs av Eriksson. Med grund i det som ovan har nämnts fattades beslutet att använda *skam och skuld* som en kategorirubrik vid den deduktiva analysen.

Det gick inte att finna någon litteratur som på ett klart sätt beskrev hur arbetets gång kan se ut då en deduktiv analys används vid litteraturstudie. I Riktlinjer för examensarbete (31) fanns en kort beskrivning av vad det kan innebära att använda sig av ett deduktivt analys-sätt. Den deduktiva processen har dock beskrivits av Polite och Beck (33).

En given referensram vid analysen upplevdes som en styrka för den deduktiva metoden då den tydliggjorde vad det var som söktes i texterna. Svårigheterna var att på ett objektivt sätt tolka det som stod i texterna och placera det under rätt område. Då en beskrivning passade in under flera områden gav sammanhanget i situationen vägledning vid placeringen. Ett induktivt analys-sätt hade förmodligen medfört liknande svårigheter.

Begränsningen att söka efter vetenskapliga artiklar publicerade efter 1998-01-01 gjordes pga. att övervikt/fetma under de senaste årtionden har ökat (8, 9). Det kan tänkas påverka inställningen till överviktiga/feta personer och sättet att bemöta dem. Begränsningen gör dock att vissa studier kan ha exkluderats pga. ålder trots betydelsefullt innehåll. Valet att inte begränsa sökningarna till artiklar som hade abstrakt gjordes för att inte missa relevanta forskningsresultat. Det var dock ingen artikel som valdes ut bland de som saknade abstrakt.

Flera av de upplevelser som beskrevs i de kvalitativa studierna hade också undersökts kvantitativt. Nio av studierna var gjorda i USA (34-36, 38, 41, 43-45, 47), en i Australien (44), två i Storbritannien (37, 40), en i Spanien (39) och en i Danmark (42). Samtliga undersökningar är gjorda i västvärlden vilket innebär att det kan vara det västerländska kropps-idealet som dominerar och påverkar synen på övervikt/fetma. USA är dock över-representat bland de länder studierna är gjorda i, vilket kan göra att resultatet är mer representativt för det landet än för övriga länder. Det hade varit värdefullt att kunna jämföra resultat från liknande undersökningar gjorda i andra länder, t.ex. Sverige. Resultaten i studier som använt kvantitativa metoder (34-36) skilde sig dock åt trots att de var gjorda i samma land. Det visar att andra faktorer än de geografiska också har betydelse. Vid sökningen i Cinahl och PubMed hittades flera svenska studier rörande övervikt/fetma. De

behandlade dock enbart själva viktminskningen och inte upplevelser av att vara överviktig/fet. De valdes därför inte ut.

Två studier (34, 47) använde sig av material från samma datainsamling. Rekrytering av deltagarna hade skett via en viktminskningsorganisationens hemsida och via organisationens månadstidning. I en av studierna (34) framkom det att fem procent av deltagarna var normalviktiga. I den andra studien (47) redovisas inte någon förekomst av normalviktiga deltagare. Den beskrivning av urvalet som gjordes i den sistnämnda studien gör att det kan antas ha förekommit normalviktiga personer även där. Det framkom ingen förklaring till att normalviktiga personer deltagit i dessa undersökningar. Valet gjordes att ändå inkludera dessa studier. Det grundades på att deltagarna var medlemmar i en viktminskningsorganisation. De borde således ha varit överviktiga/feta tidigare och därför också ha upplevt hur det kan påverka livet.

Myers och Rosen (36) utarbetade ett frågeformulär för att undersöka förekomsten av vissa viktstigma och strategianvändning vid dessa upplevelser hos överviktiga/feta personer. Puhl och Brownell (34) och Friedman et. al (35) hade delvis använt sig av ovan nämnda frågeformulär vid sina datainsamlingar. Det medförde möjligheten att kunna jämföra resultat mellan studierna. Puhl och Brownell (34) hade dock använt sig av en modifierad skala för att ange frekvensvärde, vilket innebar att dessa värden inte var direkt jämförbara med de frekvensvärden som redovisades i de två andra studierna (35, 36).

I de undersökningar där personer av båda könen var välkomna att delta var männen underrepresenterade till antalet (34-37, 40, 44, 47). Till en studie var män inbjudna men ingen valde att delta (41). Det fanns också forskare som hade valt att rekrytera enbart kvinnor (38, 39, 43, 45, 46) eller enbart män (42). Ett litet antal män i förhållande till antalet kvinnor gör att det sammanlagda resultatet i denna litteraturstudie kanske är mer representativt för överviktiga/feta kvinnor än för män. Puhl och Brownell (36) valde att matcha 111 kvinnor beträffande ålder och vikt mot de 111 män som deltog i studien. Detta gjordes för att kunna se eventuella skillnader och likheter i upplevelsorna mellan könen. En annan studie (42) undersökte 13 danska mäns tankar om och erfarenheter av att leva med övervikt/fetma. Dessa två studier ger en bild av vad överviktiga/feta män kan uppleva men resultatet är inte generaliserbart med tanke på antalet deltagare. Frågor som väcks av detta är varför det är så få män som väljer att delta i studier angående övervikt/fetma och varför de som deltar väljer att göra det, samt hur väl de motsvarar den genomsnittliga överviktig/feta mannen.

Resultatdiskussion

Det resultat som framkom visar att överviktiga/feta personer har upplevelser relaterade till vikten som kan innebära lidande och att de påverkas av detta. Lidandet är dock något som är unikt och står i relation till vad som är viktigt för den som upplever det (28). Det visade sig genom att det som hos vissa personer gav negativa upplevelser inte gjorde det hos andra.

Att göra något som är emot vad personen själv anser är rätt kan innebära ett lidande i form av skuld och skamkänslor (28). Om den överviktiga/feta personen såg sin vikt som något som var fel och något som därför borde åtgärdas, kunde misslyckade viktminskningsförsök (40-42) och andra personers påtryckningar för att få personen att minska sin vikt (37-39) upplevas som ett svek både mot personen själv och mot andra personer.

Det var inte underligt att överviktig/feta män och kvinnor hade en önskan om att minska sin vikt då det ansågs kunna innebära ett eliminerande eller lindrande av det lidandet som orsakades av övervikten/fetman (42, 43, 46). I en studie (34) framkom det att två tredjedelar av de överviktiga/feta personerna använde sig av viktminskning för att hantera negativa upplevelser orsakade av andra personer eller av vikten/kroppen som ett fysiskt hinder. Det var en strategi som de i genomsnitt hade använt en till flera gånger i livet (34, 36). Hanteringen av situationer som berörde ohälsa/sjukdom eller självfördömelse pga. vikten undersöktes inte i dessa studier. Därför finns det anledning att tro att viktminskning är något som används mera frekvent och av flera överviktig/feta personer än vad som framkom i ovan nämnda undersökningar.

Viktrelaterade negativa upplevelser kunde för vissa personer vara motiverande faktorer vid viktminskning (38, 39, 42, 44). Det stärker tanken på att lidande är något som kan föra människan från lidande mot lust och hälsa (28). En vägran att försöka minska vikten var en reaktion på det lidande som överviktiga/feta personer upplevde (34, 36). Det nämndes flera orsaker till denna vägran. En anledning var att de inte ville gå ner i vikt för att anpassa sig efter andra personer åsikter och kroppsideal. Det tyder på att personen såg sig själv som värdefull trots sin övervikt/fetma. Det kan också ses som en rörelse i riktning från lidandet mot lusten och ett accepterande av övervikten/fetman.

Ett mindre konstruktivt sätt med kortvarig effekt var att lindra lidandet genom att äta (34, 36) vilket kan skapa ännu mera lidande i form av t.ex. ökad vikt, skuld känslor och självfördömelse. Resultat från en studie (34) pekar på att det är ett sätt som många överviktiga/feta personer använder sig av för att hantera negativa upplevelser som uppkommit pga. vikten. Det genomsnittliga användandet av denna strategi var i Puhl och Brownells studie (34) mer än en gång i livet och i Myers och Rosens studie (36) flera gånger per år. Det är inte tillräckligt frekvent för att kunna anses orsaka en persons övervikt/fetma. Eftersom det är ett medelvärde är det dock tänkbart att vissa personer använder den här strategin oftare än andra personer. Ätande kan också vara något som används av överviktiga/feta personer vid andra negativa upplevelser än de som undersöktes, vilket i så fall skulle kunna ha betydelse för den vikt personen har.

De lidandesituationer som beskrevs kunde också innebära ett hinder för att de överviktiga/feta personerna skulle kunna leva det liv de önskade, vilket kan påverka livskvaliteten (19). Det kunde t.ex. handla om att vara hänvisad till att klä sig på ett visst vis pga. sin vikt (39, 43, 44, 46). Att som ung kvinna t.ex. tvingas klä sig som en gammal dam eller i stora, ofrömliga t-shirts och joggingbyxor kan innebära att kvinnan utåt sett visar upp en bild av sig själv, som inte stämmer med den person hon egentligen är. Kläder är för många personer en stor del av identiteten. Det första intrycket handlar också ofta om vad som syns och inte om hur en person är. Kläder kan, i positiv eller negativ riktning, ytterligare förstärka den uppfattning som andra personer har av den överviktiga/feta personen. Att inte bli sedd för det den är, kan ge en känsla av att inte räknas med eller inte tas på allvar, vilket kan leda till lidande (28). I tre av de fyra studier, där svårigheter med att köpa kläder framkom, var deltagarna kvinnor (39, 43, 46). I den fjärde studien (44) var 80 procent kvinnor. Det är därför svårt att avgöra om bekymret med att hitta fina och attraktiva kläder är ett problem, som upplevs på samma vis även av män.

Då merparten av studierna är kvalitativa går det inte att avgöra om förekomsten av upplevelser av de faktorer som enligt Eriksson (28) är vanliga orsaker till att lidande upp-

kommer, skiljer sig åt mellan överviktiga och feta personer. De studier som använt sig av kvantitativa metoder har inte heller gjort någon jämförelse mellan överviktiga och feta personers erfarenheter. Rent fysiskt sett är det skillnad på att ha överviktig och att ha fetma. En större kropp tar mer plats än en mindre vilket innebär problem i miljöer som inte är anpassad för en stor kroppshydda (37, 41). Livskvaliteten försämras vid övervikt/fetma i takt med att BMI stiger (20, 22, 23). Lidande är en faktor som kan påverka livskvaliteten (19). Utifrån detta finns det anledning att tro att ett högre BMI också kan innebära ett ökat lidande och flera negativa upplevelser relaterade till vikten än vad ett lägre BMI gör. Eftersom övervikt och fetma har ökat de senaste årtionden är det möjligt att det redan har skett en viss anpassning i samhället som påverkar människors synsätt. Kanske ses redan en viss grad av övervikt som normal och acceptabel.

I två studier (34, 35) hade samma sorts frågeformulär använts för att undersöka förekomsten av negativa upplevelser relaterade till övervikt/fetma. Undersökningarnas resultat skilde sig dock åt. Med ett undantag så hade en större andel av personerna i Friedmans et. al. (35) studie erfarit negativa upplevelser jämfört med vad som redovisades av Puhl och Brownell (34). Båda studierna var gjorda i USA. Samtliga deltagare, som till 90 procent bestod av vita amerikaner, hade rekryterats via de ställen där personerna fått hjälp med sin viktnedgång. Den studie (34) där 2560 kvinnor och 111 män ingick, var betydligt större än den grupp, bestående av 24 feta män och 69 feta kvinnor, vars erfarenheter Friedman et. al. (35) studerade. Av deltagarna i Puhl och Brownells (34) undersökning var fem procent normalviktiga, 17 procent överviktiga och resterande hade fetma. Den högre andelen deltagare som hade negativa upplevelser i Friedmans et. al. (35) studie kan ha samband med att samtliga personer hade fetma. Om erfarenheterna hos gruppen av feta personer som ingick i den andra studien (34) hade jämförts med vad de feta personerna erfarit i Friedman et. al. (35) undersökning är det möjligt att resultaten hade legat närmre varandra.

Upplevelser av att som patient inte bli tagen på allvar för sina symtom eller att bli behandlad på ett otrevligt sätt av vårdpersonal pga. sin vikt (34-36, 40, 41, 47) borde inte förekomma. Svårigheten är dock att veta vad som ligger bakom dessa upplevelser. Förhoppningsvis är det inte med avsikt som sjukvårdspersonal förlöjligar, är elaka eller skyller på övervikten/fetman. Ett felaktigt eller klumpigt sätt att säga en sak på kan leda till att det uppfattas på annat vis än vad avsikten var från början. Eftersom inga svenska studier ingår i den här litteraturstudien är det svårt att säga i vilken utsträckning liknande händelser förekommer inom den svenska sjukvården. I inledningen till denna studie finns dock exempel som visar på att det gör det. Problem med att hitta utrustning och hjälpmedel som behövs för att kunna vårda/hjälpa patienter som är överviktiga/feta/stora (37) kan också innebära ett lidande. De händelser som här har beskrivits rörande överviktiga/feta personers erfarenheter av vård är alla exempel på det Eriksson benämner som vårdlidande och/eller sjukdomslidande (28).

Alla överviktiga/feta personer upplever inte alla de sorters lidande som beskrevs. Det finns kanske till och med de som inte upplever något lidande alls pga. sin övervikt/fetma. Med tanke på vad som framkom i de studier som använt sig av kvantitativa metoder (34-36), går det dock att konstatera att det finns överviktiga/feta personer som upplever flera olika situationer som kan innebära lidande och att de använder sig av flera olika sätt för att hantera dessa upplevelser. En situation kan innehålla flera sorters lidande och dessutom generera ytterligare lidande. Ett exempel är när en annan persons fördömlighet leder till att den överviktiga/feta personen fördömer sig själv. Är den fördömande personen dessutom

en partner eller make/maka kan situationen också innebära lidande i form av upplevd kärlekslöshet.

Överviktiga/feta personer uttryckte en oro för de åsikter som andra personer kunde tänkas ha om dem och en oro för att situationer skulle uppstå som kunde leda till negativa upplevelser pga. vikten (40). Med grund i vad som framkom i denna litteraturstudie är denna oro kanske också befogad. Som sjuksköterska är det viktigt att ha en förståelse för detta vid mötet med överviktiga/feta personer. Många av de situationer som beskrevs rör inte själva sjukvården men överviktiga/feta personers negativa erfarenheter av hur andra bemöter dem är något som de bär med sig och som finns inom dem oavsett vilken miljö de befinner sig i. Alla vill vi väl tro att vi är fördomsfria och behandlar alla lika, i alla fall i vår yrkesroll som sjuksköterskor. Det resultat som framkommit här kan få oss att tänka efter och reflektera över våra egna tankar och sätt att vara. Vilka tankar får vi när vi ser/möter en överviktig/fet person? Varför får vi dessa tankar? Påverkar det oss och vårt sätt att bemöta den överviktiga/feta personen?

Enligt Eriksson (28) handlar förhindrande eller lindrande av vårdlidande om att försöka tillgodose patientens behov, att respektera och bekräfta hans/hennes värdighet. Detta kan ske genom att försöka se personen bakom övervikten/fetman. De upplevelser som överviktiga/feta personer har beskrivit i denna studie kan ge sjuksköterskan en ökad förståelse för hur livet påverkas av vikten och en beredskap för att kunna möta de behov som kan vara speciella för överviktiga/feta personer. Det är betydelsefullt att snabbt kunna skaffa fram patientkläder, rullstolar och annan utrustning om det inte finns att tillgå på den egna avdelningen. Dessa saker kan ha stor betydelse för att en person ska känna sig välkommen.

Att kunna erbjuda stöd och hjälp till personer, som behöver minska sin vikt, är väsentligt då en lägre vikt innebär många vinster i form av en förbättrad livskvalitet (20-25), minskade hälsorisker (12-16) och ett eliminerande/lindrande av viktrelaterat lidande (34-36, 40, 41, 47). Ansvaret ligger hos de överviktiga/feta personerna själva men det framkom att många av dem, trots en stark önskan om att slippa sin övervikt/fetma, förde en ständig kamp mot sin vikt (40-42). Dessa misslyckanden kan i sig orsaka ytterligare lidande. Det handlar kanske också om olika syn på att lyckas. Att minska sin vikt kan innebära att personen går från ett högre BMI till ett lägre BMI men fortfarande har fetma. Att som sjuksköterska hjälpa överviktiga/feta personer att acceptera sig själva så som de är, handlar också om att främja hälsa och välbefinnande.

Den forskning som idag bedrivs är till stor del inriktad på preventiva åtgärder mot övervikt/fetma och på viktminskning. Forskning om hur överviktiga/feta personer i Sverige upplever lidande relaterat till vikt efterlyses. Det vore också värdefullt att få kunskap om vad dessa personer anser kunna lindra eller kanske eliminera viktrelaterat lidande och få dem att må bra samt uppleva hälsa trots sin övervikt/fetma. Det faktum kvarstår att det idag finns många överviktiga och feta personer i vår värld och att dessa ökar till antalet (7-9). I väntan på lösningen av övervikten/fetmans gåta har även dessa personer rätt till att må bra och känna välbefinnande trots sin vikt.

REFERENSER

1. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor [läst 2008-10-03]. Tillgänglig: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
2. The World Health Organization (WHO)-BMI classification [läst 2008-09-07]. Tillgänglig: www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
3. The World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical report series. No.894.Geneva: 2000.
4. Koster A, Leitzmann M F, Schatzkin A, Mouw T, Adams K F, van Eijk J, Hollenbeck A R, Harris T B. Waist Circumference and Mortality. *Am J. Epidemiol* 2008;167(12):1465-75.
5. Zhang C, Rexrode K M, van Dam R M, Li T Y, Hu F B. Abdominal Obesity and the Risk of All-Cause, Cardiovascular, and Cancer Mortality. *Circulation* 2008;117:1658-67.
6. Karolinska institutet - Om fetma [läst 2008-09-15]. Tillgänglig: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=16984&l=sv>
7. Kelly T, Yang W, Chen C-E, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes* 2008;32:1431-37.
8. Statistiska centralbyrån (SCB), Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), tabell HA 13 Överviktiga eller feta.[läst 2008-09-07]. Tillgänglig: http://www.scb.se/templates/tableOrChart_49531.asp
9. Statistiska centralbyrån (SCB). Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), Kraftig ökning av fetma i Sverige 1988-89-2003-03. [läst 2008-09-07]. Tillgänglig: http://www.scb.se/templates/tableOrChart_47936.asp
10. Adams K F, Schatzkin A, Harris T B, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R, Hollenbeck A, Leitzmann M F. Overweight, Obesity and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *N Eng J Med* 2006;355(8):763-78.
11. Ringbäck Weitoft G, Eliasson M, Rosén M. Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. *Scand J Public Health* 2008;36:169-76.
12. Reeves G K, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *Br Med J* 2007;335:1134.
13. Field A E, Coakley E H, Must A, Spadano J L, Laird N, Dietz W H, Rimm E, Colditz G A. Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Arch Intern Med* 2001;161(13):1581-86.
14. Bays H E, Chapman R H, Grandy S. The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia: comparison of data from two national surveys. *Int J Clin Pract* 2007;61(5):737-47.
15. Lawrence J M, Lukacz E S, Liu A I, Nager C.W, Luber K M. Pelvic Floor Disorders, Diabetes and Obesity in Women. *Diabetes Care* 2007;10(30):2536-41.
16. Townsend M K, Danforth K N, Rosner B, Curhan G C, Resnick N M, Grodstein F. Body Mass Index, Weight Gain, and Incident Urinary Incontinence in Middle-Aged Women. *Obstet Gynecol* 2007;110(2):346-53.

17. Nordstedts svenska ordbok Finland: WS Bookwell: Finland; 2004.
18. King R, Hinds P. Quality of life. 2 nd ed.: USA: Jones and Bartlett Publisher; 2003.
19. Brülde B. Teorier om livskvalitet. Lund: Studentlitteratur; 2003.
20. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and Obesity on health-related quality of life-a Swedish population study. *Int J Obes* 2002;26(3):417-24.
21. Sarac F, Parýldar S, Duman E, Saygýlý F, Tüzün M, Yýlmaz C. Quality of Life for Obese Women and Men in Turkey. *Prev Chronic Dis* 2007;4(3):1-11.
22. Davis B R, Hamel M.B, Wee C C. Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health Qual Life Outcomes* 2008;6:11.
23. Haomiao J, Lubetkin I E. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *J Publ Health* 2005;27(2):156-64.
24. Aasprang A, Andersen J, Sletteskog N, Våge V, Bergsholm P, Natvig G. Helse relatert livskvalitet for og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. *Tidsskrift Nor legeforen* 2008;128(5):559-62.
25. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-Year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *Int J Obes* 2007;31:1248-61.
26. Ewles L. Simnett I. Hälsoarbete-en praktisk vägledning. Lund: Studentlitteratur;1994.
27. World Health Organization. WHO definition of Health. [läst 2008-09-09]. Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
28. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber AB; 1994.
29. Granskningslista 1 för Peer reviewed. [läst 2008-10-03]. Tillgänglig: <http://www.ebscohost.com/titleLists/ap-complete.xls>
30. Granskningslista 2 för Peer reviewed. Cinahl. [läst 2008-10-03]. Tillgänglig: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/jlookup?cdbysset.dat+Peer+Reviewed>
31. Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Riktlinjer för examensarbete grundnivå. [läst 2008-10-05]. Tillgänglig: <http://kursportal.student.gu.se/data/OM1640/Kursinformation/Riktlinjer%20examensarbete%20I%20H08.pdf>
32. Friberg F (red.) Dags för uppsats. Lund: Studentlitteratur; 2006.
33. Polite F D, Beck C T. Nursing research: principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
34. Puhl R M, Brownell K D. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006;14(10):1802-15.
35. Friedman K E, Reichmann S K, Costanzo P R, Zelli A, Ashmore J A, Musank G J. Weight stigmatization and ideological beliefs relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res* 2005;13(5):907-16.
36. Myers A, Rosen J C. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *Int J Obes* 1999;23:221-30.
37. Pain H, Wiles R. The experience of being disabled and obese. *Disabil Rehabil* 2006;28(19):1211-20.

38. Befort C A, Thomas J L, Daley C M, Rhode P C, Ahluwalia J S. Perceptions and beliefs about body size, weight and weight loss among african american women: a qualitative inquiry. *Health Educ Behav* 2008;35(3):410-26.
39. Barberia A M, Attre M, Todd C. Understanding eating behaviors in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment. *J Clin Nurs* 2008;17(7):957-66.
40. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Brit J Gen Pract* 2006;56(530):666-72.
41. Rogge M M, Greenwald M, Golden A. Obesity, stigma and civilized oppression. *Adv Nurs Sci* 2004;27(4):301-15.
42. Sabinsky M S, Toft U, Raben A, Holm L. Overweight men's motivations and perceived barriers toward weight loss. *Eur J Clin Nutr* 2007;61:526-31.
43. Lambert L, Raidl M, Safaii S, Conner C, Geary E J, Ault S. Perceived benefits and barriers related to postpartum weight loss of overweight/obese postpartum WIC participants. *Top Clin Nutr* 2005;20(1):16-27.
44. Herriot A M, Thomas D E, Hart K H, Warren J, Truby H. A qualitative investigation of individuals experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes. *J Hum Nutr Diet* 2007;21(1):72-80.
45. Davis M, Clark J M, Carrese J A, Gary T L, Cooper L A. Racial and socioeconomic differences in the weight-loss experiences of obese women. *Am J Public Health* 2005;95(9):1539-43.
46. Parker S, Keim K S. Emic perspectives of body weight in overweight and obese white women with limited income. *J Nutr Educ Behav* 2006;36:282-89.
47. Puhl R M, Moss-Racusin C A, Schwartz M B, Brownell K D. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res* 2008;23(2):347-58.

Bilaga 1

Resultat av artikelsökning

Datum	Databas	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade	Använda artiklar, referensnr.
2008-09-27	Cinahl	Tid: 1998-01-01 - 2008-09-27 Peer Reviewed All Adult	(Obesity OR Overweight)	7574		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience*	288		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Emotion*	15	2	47
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Feeling*	11	1	47
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Suffer*	7		
			(Obesity OR Overweight) AND Suffer*	65		
			(Obesity OR Overweight) AND Emotion*	94	4	46, 47
			(Obesity OR Overweight) AND Feeling*	34	1	47
			(Obesity OR Overweight) AND Perception* AND Qualitative*	33	2	38, 47
			(Obesity OR Overweight) AND Perception* AND Quantitative*	6		
			(Obesity OR Overweight) AND Stigma*	21	3	41, 47
			(Obesity OR Overweight) AND (Bias OR Prejudic*)	76	1	47
			(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Qualitative*	5	3	38, 44, 45
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Qualitative*	31	7	37, 38, 41, 44, 45, 47
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Weight loss	66	4	38, 44, 45, 47,
			(Obesity OR Overweight) AND Attitude* AND Qualitative*	54	4	37, 43, 45,
			(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Weight loss	10	1	38

Datum	Databas	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade	Använda artiklar, referensnr.
2008-09-29	Cinahl	Tid: 1998-01-01 - 2008-09-29 Peer Reviewed All Adult	(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Quantitative*	0		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Quantitative*	5		
			(Obesity OR Overweight) AND Attitude* AND Quantitative*	11		
2008-09-28	PubMed	Tid: 1998-01-01 - 2008-09-28 Human All Adult	(Obesity OR Overweight)	31711		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience*	1567		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Emotion*	40	6	36, 47
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Feeling*	22	1	47
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Suffer*	54		
			(Obesity OR Overweight) AND Suffer*	659		
			(Obesity OR Overweight) AND Emotion*	332		
			(Obesity OR Overweight) AND Feeling*	168		
			(Obesity OR Overweight) AND Perception* AND Qualitative*	44	3	40, 42, 47,
			(Obesity OR Overweight) AND Perception* AND Quantitative*	9		
			(Obesity OR Overweight) AND Stigma*	62	6	34, 36, 40, 41, 47,
			(Obesity OR Overweight) AND (Bias OR Prejudic*)	363		
			(Obesity OR Overweight) AND (Bias OR Prejudic*) AND Qualitative*	6	2	41, 47
			(Obesity OR Overweight) AND (Bias OR Prejudic*) AND Quantitative*	9		
			(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Qualitative*	6	3	38, 39, 44

Datum	Databas	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Granskade	Använda artiklar, referensnr.
2008-09-28	PubMed	Tid: 1998-01-01 - 2008-09-28 Human All Adult	(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Qualitative*	31	8	37, 38, 40, 41, 44, 47,
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Weight loss	479		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Weight loss AND Qualitative*	10	5	38, 44, 47
			(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Weight loss	48	4	38, 39, 44, 45
			(Obesity OR Overweight) AND Attitude* AND Qualitative*	69	6	37, 39, 40, 41, 42
2008-09-29		Tid: 1998-01-01 - 2008-09-29 Human All Adult	(Obesity OR Overweight) AND Expectation* AND Quantitative*	1		
			(Obesity OR Overweight) AND Experience* AND Quantitative*	9		
			(Obesity OR Overweight) AND Attitude* AND Quantitative*	13		
2008-10-02	Genomgång av utvalda studiers referenslistor	Publicerade efter 1998-01-01			1	35

Bilaga 2

Artikelsammanställning

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
34	R M Puhl och K D Brownell	Confronting and coping with weight stigma :an investigation of overweight and obese adults	Obesity	2006	USA	Att undersöka förhållandet mellan stigma, källan till stigma, hur det hanteras, emotionella funktioner och ätbeteende.	Frågeformulär	<p>Grupp 1 2449 kvinnor BMI: medelvärde 37,6 kg/m² 5 % var normalviktiga, 17 % överviktiga och 78 % feta Ålder: 18-89 år 95% var vita amerikaner, 2 % var afroamerikaner, 1,5 % hade latinamerikanskt ursprung och 1,5 % hade annat ursprung.</p> <p>Grupp 2 111 kvinnor BMI: medelvärde 39,73 kg/m² 111 män BMI: medelvärde 38,05 kg/m² 5 % var normalviktiga, 18 % var överviktiga och 77 % var feta bland både kvinnorna och männen. Ålder: 19-84 år 94 % av kvinnorna och 87 % av männen var vita amerikaner.</p> <p>Rekryteringen skedde via en nationell icke kommersiell och icke vinstdrivande viktnedskningsorganisation vars medlemsantal översteg 200 000. Via organisationens hemsida och månadstidning fick medlemmarna information om studien och kunde sedan gå till en annan hemsida, som skapats enbart för studiens syfte. Där kunde de delta i studien genom att besvara en uppsättning frågor.</p> <p>Av de totalt 2560 kvinnliga studiedeltagarna plockades 111 kvinnor ut. Det gjordes genom matchning av vikt och ålder mot de 111 män som deltog i undersökningen. Dessa 111 kvinnor och 111 män bildade tillsammans grupp två. Denna grupp skapades för att kunna jämföra mäns och kvinnors erfarenheter. De återstående 2449 kvinnorna bildade grupp ett.</p>	44

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
35	K E Friedman, S K Reichmann, P R Costanzo, A Zelli, J A Ashmore och G J Musank	Weight stigmatization and ideological beliefs relation to psychological functioning in obese adults	Obesity research	2005	USA	Att undersöka förhållandet mellan erfarenheter av viktstigmatisering, psykologiska funktioner och åsikt/uppfattning om vikt.	Frågeformulär	24 män BMI: 30,5-62,1 kg/m ² Ålder: 19-70 år 69 kvinnor BMI: 30,0-74,2 kg/m ² Ålder: 18-73 år 88 deltagare var vita amerikaner, 1 var afroamerikan, 2 var latinamerikaner, 1 var från mellanöstern och 1 tillhörde landets ursprungsbefolkning. Deltagarna rekryterades via ett viktminskningscentral.	56

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
36	A Myers och J C Rosen	Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image and self-esteem	International journal of obesity	1999	USA	<p>1. Att sammanställa situationer av stigmatisering som personer med fetma möter och hur de hanterar det för att utarbeta ett frågeformulär med slutna frågor.</p> <p>2. Att undersöka hur ofta personer med övervikt/fetma möter olika stigma och vilka strategier de använder sig av när detta sker samt förhållandet mellan dessa variabler och psykologisk inställning</p>	<p>1. Frågeformulär med öppna frågor</p> <p>2. Frågeformulär</p>	<p>1: 42 kvinnor 21 män BMI: $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (alla deltagare hade eller hade haft detta BMI före sin operation). Dessa deltagare väntade på eller hade genomgått en operation i viktminskningssyfte.</p> <p>32 kvinnor 6 män BMI: bedömde sig själva som feta. Rekryterades via en e-maillista.</p> <p>7 personer som arbetade med feta patienter</p> <p>32 kvinnor BMI: Bedömde sig själva som feta Rekryterades via två tidskrifter som skriver om fetma där dessa kvinnorna alster hade publicerats.</p> <p>2. 112 kvinnor 34 män BMI: 27,1-80,9 kg/m^2 före behandling Ålder: 16-70 år Rekryteringen av deltagare skedde vid en viktminskningsklinik där de var patienter. 112 deltagare var gastric-by pass-patienter och 34 deltagare tillhörde en grupp som deltog i en icke-kirurgisk viktminskningsbehandling. 91,1 % av deltagarna var vita amerikaner, 3,4 % var afroamerikaner, 2,1 % tillhörde landets ursprungsbefolkning och 3,4 % hade annat ursprung.</p>	28

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
37	H Pain och R Wiles	The experience of being disable and obese	Disability and rehabilitation	2006	Storbritannien	Att undersöka de erfarenheter som personer med fysiska funktionshinder och kraftig fetma har vad det beträffar de utmaningar det innebär i och utanför hemmet.	Halvstrukturerade intervjuer.	4 kvinnor 2 män BMI: 48,6-71,5 kg/m ² Ålder: Tre deltagare var yngre än 50 år och 3 var mellan 50 och 64 år Deltagarna rekryterades genom personal som arbetade på hjälpmedelscentraler/ försäljningsställen för handikapphjälpmedel .	32
38	C A Befort, J L Thomas, C M Daley, P C Rhode och J S Ahluwalia	Perceptions and beliefs about body size, weight and weight loss among african american women: a qualitative inquiry	Health education & behavior	2008	USA	Att undersöka afroamerikanska kvinnors inställning till kroppsstorlek, vikt och viktminskning.	Fokusgrupper Halvstrukturerade frågor	62 afroamerikanska kvinnor BMI: > 30 kg/m ² Ålder: > 18 år Rekryteringen skedde via reklamblad som sattes upp och delades ut i ett samhälle där invånarna huvudsakligen bestod av afroamerikanska låginkomsttagare.	56
39	A M Barberia, M Attre och, C Todd	Understanding eating behaviors in Spanish women enrolled in a weight-loss treatment	Journal of clinical nursing	2008	Spanien	Att undersöka inställningen till viktminskning hos en grupp överviktiga och feta spanska kvinnor som genomgick en viktminskningsbehandling.	Halvstrukturerade intervjuer	10 kvinnor BMI: 25-29,9 kg/m ² 7 kvinnor BMI: > 29,9 kg/m ² Ålder: > 18 år Deltagarna rekryterades från ett privat sjukhus där de genomgick en viktminskningsbehandling.	43
40	I Brown, J Thompson, A Tod och G Jones	Primary care support for tackling obesity : a qualitative study of the perceptions of obese patients	The British journal of general practice	2006	Storbritannien	Att undersöka feta patienters upplevelser av stöd från vårdgivare (motsvarande den svenska primärvården).	Halvstrukturerade intervjuer	18 kvinnor 10 män BMI: > 30 kg/m ² Ålder: > 18 år Rekryteringen gjordes via vårdgivare från 5 olika praktiker som via brev tillfrågade personer med diagnostiserad fetma om de ville delta i studien.	29

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
41	M M Rogge, M Greenwald och A Golden	Obesity, stigma and civilized oppression	Advances in nursing science	2004	USA	Att undersöka hur det är att leva med fetma som en kronisk sjukdom utifrån den feta personens och dess familjs perspektiv.	Intervjuer	13 kvinnor BMI: > 30 kg/m ² Ålder: 24-57 år 11 kvinnor var vita amerikaner, 1 kvinna var av latinamerikanskt ursprung och 1 kvinna var afroamerikan. 4 män och 1 kvinna som var familjemedlemmar till de 11 kvinnorna deltog också i studien. Rekryteringen skedde via personliga kontakter (7 av kvinnorna) och via affischer som sattes upp på en läkarpraktik (6 av kvinnor).	42
42	M S Sabinsky, U Toft, A Raben och L Holm	Overweight men's motivations and perceived barriers toward weight loss	European journal of clinical nutrition	2007	Danmark	Att undersöka motivation och hinder för viktminskning hos danska män.	Fokusgrupp Halv-strukturerade frågor	13 män BMI: 25-30 kg/m ² Ålder: 39 år (genomsnitt) Rekryterades via två arbetsplatser och via personliga brev till män som tidigare deltagit i ett viktminsknings-program.	23
43	L Lambert, M Radl, S Safaii, C Conner, E J Geary och S Ault	Perceived benefits and barriers related to postpartum weight loss to overweight/obese postpartum WIC participants	Topics in clinical nutrition	2005	USA	Att klargöra en grupp kvinnors uppfattning om vad som kan ha positiv påverkan/underlätta och vad som kan utgöra hinder vid viktminskning.	Fokusgrupp med diskussion utifrån "Health Belief Model"	25 kvinnor BMI: 25,2-49,8 kg/m ² Ålder: 20-41 år 24 deltagare var vita amerikaner och en deltagare hade latinamerikanskt ursprung. Rekrytering skedde via personalen på två centraler där kvinnor ingick i ett särskilt program som utarbetats bl.a. för att ge stöd, undervisa och råd till mödrar och dess spädbarn/barn beträffande nu nutrition och kost. Kvinnorna blev tillfrågade av personal om de ville delta i studien. Rekryteringen skedde också via affischer som sattes upp på dessa ställen.	50

REF. NR.	FÖRFATTARE	TITEL	TIDSKRIFT	ÅR	LAND	SYFTE	METOD	URVAL	AN-TAL REF.
44	A M Herriot, D E Thomas, K H Hart, J Warren och H Truby	A qualitative investigation of individuals experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes	Journal of human nutrition and dietetics	2007	Australien	Att undersöka deltagarnas tidigare erfarenheter av viktminskning och varför de frivilligt deltar i viktminskningsstudier samt att förvissa sig om personernas upplevelse av de olika dieterna.	Fokusgrupper Halv-strukturerade frågor	25 kvinnor 7 män BMI: medelvärde:32 kg/m ² Ålder: genomsnitt 42,3 år vid studiens början Deltagarna rekryterades från en annan viktminskningsstudie.	24
45	M.Davis, J M Clark, J A Carrese, T L Gary och L A Cooper	Racial and socioeconomic differences in the weight-loss experiences of obese women	American journal of public health	2005	USA	Att undersöka hur ras och socioekonomiska faktorer påverkar kvinnors erfarenheter av viktminskning.	Fokusgrupper med diskussion utifrån teman	13 afroamerikanska kvinnor 14 vita amerikanska kvinnor BMI: 30,5-55 kg/m ² Ålder: 28-55 år. Deltagarna rekryterades hos en stor arbetsgivare i Maryland .	27
46	S Parker och K S Keim	Emic perspectives of body weight in overweight and obese white women with limited income	Journal of nutrition education and behavior	2006	USA	Att utveckla en förståelse för hur överviktiga/feta, vita amerikanska kvinnor med begränsad/låg inkomst uppfattar och ser på vikt/övervikt.	Halv strukturerade djup-intervjuer, Diskussion utifrån bilder och skalor	25 vita amerikanska kvinnor BMI: > 25 kg/m ² Ålder: 20-44 år Rekryteringen skedde via en hälsocentral, ett centra för hemlösa, matställen och med hjälp av listor över personer som fått matkuponger.	41
47	R M Puhl, C A Moss-Racusin, M B Schwatz och K D Brownell	Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults	Health education research	2008	USA	Att beskriva övervikta/feta personers subjektiva upplevelser av stigmatisering relaterade till vikten	Frågeformulär med öppna frågor	274 kvinnor 44 män BMI: medelvärde $\geq 27,75$ kg/m ² Ålder: 18-82 år Rekryteringen skedde via en nationell icke kommersiell och icke vinstdrivande viktminskningsorganisation vars medlemsantal översteg 200 000. Via organisationens hemsida och månadstidning fick medlemmarna information om studien och kunde sedan gå till en annan hemsida, som skapats enbart för studiens syfte, Där kunde de delta i studien genom att besvara en uppsättning frågor.	56