



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjukvårdspersonals upplevelser i mötet med patienter med fetma

En litteraturstudie

Isabelle Sellgren

Henrietta Vallin

Handledare: Peter Petersson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2014

Sjukvårdspersonals upplevelser i mötet med patienter med fetma

Isabelle Sellgren
Henrietta Vallin

Sammanfattning

Bakgrund: Då fetma ökar i världen behöver sjukvårdspersonal vara förberedd för att möta dessa patienter ute i vården. I ett möte sker en kontinuerlig kommunikation, vilket i sin tur har en stor betydelse på relationer, då det är en ömsesidig process. Det krävs vidare forskning för att utvärdera hur patientens vikt påverkar mötet med sjukvårdspersonal. Det var därför av intresse att forska vidare inom detta område.

Syfte: Att beskriva sjukvårdspersonals upplevelser i mötet med patienter med fetma.

Metod: Metoden var en litteraturstudie med kvalitativ metod baserad på sju vetenskapliga artiklar. Analysen genomfördes utifrån Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Efter analysprocessen framkom tre kategorier som beskrev studiens resultat. Att känna medkänsla. Att känna frustration. Att känna oro.

Slutsats: Då fetma alltmer blir ett växande problem i världen kan detta leda till att sjukvårdspersonal i sitt arbete kommer att möta dessa patienter i större utsträckning. Det behövs därför vidare forskning för att sjukvårdspersonal ska ha en trygg grund att stå på inför mötet med patienter med fetma. Endast då kan fetma bekämpas.

Nyckelord: fetma, mötet, sjukvårdspersonal, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Fetma	4
Mötet	5
Metod	7
Urval	7
Kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Resultat	10
Att känna medkänsla	10
Att känna frustration	11
Att känna oro	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
Självständighet	18
Referenser	20
Bilaga 1 Databassökningar	22
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	24
Bilaga 3 Artikelöversikt	25

Inledning

Övervikt och fetma blir allt viktigare hälsofrågor runt om i världen World Health Organization [WHO] (2014). WHO (2014) har uppskattat att mer än en miljard vuxna lever med övervikt i världen, varav 500 miljoner av dessa definieras som feta (ibid). Då fetma ökar i världen behöver sjukvårdspersonal vara förberedd för att möta dessa patienter ute i vården (Banning, 2005). Enligt Green och Gillet (1998) är mötet mellan sjukvårdspersonal och patient det centrala för omvårdnaden. Interaktionen mellan de båda parterna har stor betydelse för den kommande omvårdnaden (ibid). Enligt en studie av Merrill och Grassley (2008) framgår det att kvinnor känner sig respektlöst bemötta av sjukvårdspersonalen på grund av sin övervikt. De kände sig inte lika mycket värda som smala kvinnor. Enligt Mold och Forbes (2013) visar ett flertal studier att personer med fetma blir diskriminerade, vilket inverkar negativt på relationen mellan patient och sjukvårdspersonal. Med tanke på den ökande förekomsten av fetma och de olika behandlingsalternativ som finns, krävs ytterligare arbete för att förstå hur förekomsten av fetma påverkar sjukvårdsinteraktioner (ibid). Gudzone, Huizinga & Cooper (2011) menar att det krävs vidare forskning för att få mer kunskap om hur patientens vikt påverkar mötet med sjukvårdspersonal (ibid). Av denna anledning var det av intresse att forska vidare hur sjukvårdspersonalen upplever mötet med patienter med fetma.

Bakgrund

Fetma

WHO (2014) definierar fetma som onormal eller överdriven ansamling av fett som kan förändra hälsan. Body Mass Index (BMI) är ett verktyg som enkelt används för att bedöma fetma hos vuxna. Det räknas ut genom att personens vikt i kilo divideras med kvadraten på sin längd i meter. Ett BMI på 30 klassificeras som fetma. Denna typ av mått bör betraktas som vägledning, eftersom den inte kan motsvara samma grad av fetma hos olika individer (ibid). Som ett komplement till denna metod kan midje- och höftmetoden användas enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2002). Denna metod går ut på att mäta midjeomfånget då fettmassan kan ansamlas i buken. När en ökning av fettmassa är

lokaliserad till bålen är risken för att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar och typ 2-diabetes betydligt större (ibid).

Enligt WHO (2014) dör ca 3,4 miljoner människor varje år till följd av fetma, vilket gör detta globalt sett till en av de vanligaste dödsorsakerna. Dessutom ökar riskerna för att drabbas av flera typer av cancer. En av orsakerna till fetma innebär en obalans mellan intag av energi och för liten energiförbrukning (ibid). SBU (2002) påstår att energi från mat och dryck kommer från fett, kolhydrater och proteiner. I de länder där fetma är vanligt förekommande beror det på att andelen fett i maten är för hög och står för 40 % av energiintaget. En av anledningarna till att människan äter för mycket fettrik kost är för att den innehåller rikligt med smakämnen. Utvecklingen av fetma sker under längre tid, då det varit obalans i energiförbrukningen och energiintaget under längre tid. Vid ett intag av extra energi på 50 kcal per dag utan att vara fysisk aktiv under en längre period, kan leda till fetma (ibid). Vidare anser SBU (2002) att även ärftliga faktorer kan ha en betydande roll för att framkalla fetma (ibid). I en studie på enäggstvillingar där de har växt upp i olika miljöer, har det visats att båda tvillingarna får samma kropps- och viktutveckling som de biologiska föräldrarna (Stunkard et al., 1986). Detta kan därför påvisa att ärftlighet har en betydande roll enligt Grilo och Pogue-Geile (1991).

WHO (2014) belyser vikten av att fetma till stor del kan förebyggas, samt minskas hos de individer som redan lever med fetma. Därmed minskas även risken för komplikationer, såsom olika cancersjukdomar och diabetes. Det individen själv kan göra för att förebygga eller minska fetma är att begränsa energiintaget samt öka den fysiska aktiviteten. Även på samhällsnivå kan en del förändringar göras, t.ex. sänka priserna på hälsosam mat samt sänka priserna på t.ex. friskvårdsanläggningar. På så sätt kan även individer med låga inkomster ha råd att utöva fysisk aktivitet under ordnade former. Livsmedelsindustrin kan också spela en viktig roll för att samhällets medborgare ska få bättre kostvanor, genom att minska ned på salt, socker och fett i färdiga maträtter. Den kan även sänka priserna på sunda livsmedel så att alla kan ha möjlighet att köpa dem (ibid).

Mötet

I ett möte sker en kontinuerlig kommunikation. Kommunikationen har stor betydelse i relationer, då det är en ömsesidig process där tankar och känslor beskrivs för en annan person. Detta sker även mellan sjukvårdspersonal och patient, vilket leder till att

sjukvårdspersonal lär känna patienten så att de kan tillgodose dess behov (Travelbee, 1971). I en studie av Finch (2006) framkommer det att sjukvårdspersonal behöver förstå vikten av god kommunikation i mötet med patienter för att en god relation ska kunna skapas, som vidare påverkar omvårdnaden. Vidare anser Travelbee att kommunikation mellan patient och sjukvårdspersonal är grundläggande för god omvårdnad, samt ser kommunikationen som sjukvårdspersonalens viktigaste redskap. Bara genom att etablera en äkta mellanmännisklig relation kan omvårdnadens mål och syfte uppnås. Travelbee menar att det är sjukvårdspersonalens uppgift att hjälpa patienten att finna mening för det de genomlider för att kunna förebygga hälsa samt främja hälsa (ibid).

Travelbee (1971) definierar termen mötet som en kontakt mellan två individer, som har en ömsesidig påverkan på varandra. Det kan ske både verbalt och icke verbalt. Även Dunne (2005) menar att kommunikation är en process som möjliggör ett utbyte av information eller känslor mellan två eller flera parter, både verbalt och icke verbalt. Vidare definierar Travelbee mötet mellan patienter och sjukvårdspersonal som en process, vilken hon kallar för interaktionsprocessen. Processen består av fem olika faser: Det första mötet-Framväxt av identiteter-Empati-Sympati-Samförstånd. Alla dessa faser ökar förståelsen för skapandet av mellanmänniskliga relationer. Enligt Travelbee (1971) beskrivs interaktionsfaserna enligt följande.

I det första mötet mellan sjukvårdspersonal och patient skapas uppfattningar om varandra. Här får individerna en känsla av varandras personligheter. Då mötet sker mellan två individer, såsom sjukvårdspersonal och patient finns det redan förutfattade meningar om hur dessa patienter ska vara. Därför är det viktigt att som sjukvårdspersonal se patienten som en individ. Vad sjukvårdspersonal tycker om sina patienter, kommer påverka samt ha inflytande på interaktionerna med varje individ, som är i behov av omvårdnad. Vidare i interaktionsprocessen karakteriseras framväxt av identiteter genom att förutfattade meningar om varandra försvinner. Istället börjar sjukvårdspersonal och patient skapa en relation med varandra. I denna fas är det viktigt att sjukvårdspersonal tar tillvara på sina tidigare erfarenheter, för att se den unika människan i individen. Empati karakteriseras av förmågan att förstå andras känslor och tankar. Sjukvårdspersonalens tidigare erfarenheter har en betydande roll för empatin för att kunna sätta sig in i patientens situation. Ett empatiskt förhållningssätt förbättras när sjukvårdspersonal känner sympati, vilket är nästa steg i interaktionsprocessen. Sympati är en känslomässig samhörighet mellan sjukvårdspersonal och patient. När sjukvårdspersonal känner sympati för en patient som lider, kommuniceras

det på ett sätt som är betydelsefullt för individen. Detta kan ske verbalt, dock sker det oftast icke verbalt genom känslor och tankar. Interaktionsfasens sista fas är när det har uppkommit ett samförstånd mellan sjukvårdspersonal och patient, då det skett en närkontakt samt en ömsesidig förståelse (ibid).

Hur ett möte upplevs är enligt Eriksson (1991) något personligt. Detta kan bara förstås eller tolkas av personen själv. Upplevelser är en medvetenhet och en tolkning ur personens egen livsvärld (ibid). Även Travelbee (1971) beskriver upplevelsen som subjektiv. Den förändras med personens erfarenheter av livet och är unik från person till person. Varje människas livserfarenhet påverkar hur upplevelsen blir. Två människor som haft liknande upplevelser i livet kan skapa förståelse för varandra, dock inte förstå upplevelsen fullt ut, då upplevelsen är personlig (ibid).

Syfte

Beskriva sjukvårdspersonals upplevelser i mötet med patienter med fetma.

Metod

Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ metod baserad på vetenskapliga studier. Kvalitativ forskning används för att få en fördjupad förståelse om människors uppfattningar och upplevelser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Genom att analysera och sammanställa aktuell forskning anser Olsson och Sörensen (2007) att detta ger ny kunskap och förståelse. För att samla in material som hör till de kvalitativa metoderna använder forskaren sig av t.ex. intervjuer, fokusgrupper, fallstudier, observationer och att skriva berättelser (ibid).

Urval

Sjukvårdspersonal i den här studien innebär sjuksköterskor, distriktssköterskor och läkare. Cinahl och Pubmed användes som databaser till studien då de båda innehåller vetenskapliga studier (Forsberg & Wengström, 2013) som passade in på syftet. Cinahl är en databas som omfattar omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Pubmed är en version av Medline som är en databas som täcker medicin, omvårdnad och odontologi. Dock inkluderar Pubmed material från olika tidskriftsbolag och kan därför publicera artiklar innan de har kommit ut på Medline (ibid). För att databassökningarna skulle bli så effektiva som möjligt, bör det tas

hjälp av en bibliotekarie som är kunnig på sökteknikerna (Forsberg & Wengström, 2013). Därför togs det hjälp av en bibliotekarie på Blekinges Tekniska Högskola.

Sökord som användes var: *adult, attitude, attitudes, attitude to health, attitude to obesity, belief, beliefs, encounter, experience, experiences, health personnel, health care provider, nurse, nurses, nursing, nurse attitudes, nurse attitudes to obesity, nurse-patient relation, obesity, professional, professional-patient relation*. Sökorden kombinerades på flera olika sätt tillsammans med de Booleska sökoperatorerna OR och AND. Willman et al. (2006) poängterar att OR används för att bredda antal träffar och AND för att begränsa mot syftet. Booleska sökoperatorer är ord som kombinerar söktermer på olika sätt, där alla databaser förstår de Booleska termerna (ibid). Vidare användes ämnesordlistorna i båda databaserna, eftersom Willman et al. (2011) anser att sökorden på det sättet blir mer passande. Ämnesordlistan i Cinahl kallas Cinahl Headings och motsvarigheten i Pubmed kallas Meshtermer (ibid). En fritextsökning gjordes i Cinahl och kombinerades med Cinahl Headings (se bilaga 1) tillsammans med de Booleska sökoperatorerna. I pubmed gjordes endast Meshsökningar (se bilaga 1) där sökorden kombinerades på flera olika sätt tillsammans.

Inklusionskriterier för studien var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, peer reviewed, research article samt utförda med en kvalitativ metod. Inklusionskriterier var även att artiklarna skulle handla om sjukvårdspersonal, som arbetar med vuxna patienter med fetma över 18 år. Exklusionskriterier för studien var artiklar som handlade om barnfetma, barnmorskor och gravida kvinnor.

Kvalitetsgranskning

Sökningarna resulterade i nio artiklar som svarade till syftet. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevan (2006). Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (se bilaga 2). En artikel kunde som mest få 11 poäng och graderingen utgick från hur många poäng en artikel fått i procent. Artiklar med mer än 70 % togs med i studien. Artiklarna lästes igenom enskilt och diskuterades sedan tillsammans innan kvalitetsbedömningen utfördes. Detta av anledning att kontrollera att de stämde överens med arbetets syfte. Utförandet av kvalitetsgranskningen gjordes genom att svara på de frågor som fanns i bedömningsformuläret.

Granskningsprotokollet bör utformas och anpassas efter varje enskild litteraturstudier och vissa förändringar i protokollet bör göras. Därför exkluderades råder datamättnad, råder analysmättnad och genereras teori från granskningsprotokollet (Willman et al., 2006). För varje ja fick artikeln 1 poäng och för varje nej eller vet ej fick artikeln 0 poäng. 7 av 9 artiklar återstod efter kvalitetsgranskningen (se bilaga 3).

Analys

De 7 artiklar som återstod analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Detta gjordes genom att ta fram meningsbärande enheter, kondensera, koda och till sist dela in i kategorier.

De sju artiklar som kvarstod efter kvalitetsgranskningen lästes igenom ett flertal gånger och översattes med hjälp av översättningssida på internet som heter Google translate. Det togs även hjälp av lexikon för att slå upp enskilda ord. Detta för att översättningen skulle bli så korrekt som möjligt. Enligt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av analysmetod tas meningsenheter ut från texten som passar in på studiens syfte (ibid). Det skapades en tabell på datorn för att få en helhetsbild på alla delarna i innehållsanalysen. Tabeller gjordes på datorn för att få en helhetssyn på innehållsanalysen. Meningsenheterna togs ut enskilt som sedan sammanställdes och diskuterades. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att meningsenheterna är en bärande del av texten, då det är viktigt att behålla sammanhanget i meningen (ibid). I nästa steg översattes meningarna till svenska. Vidare kondenserades meningarna, vilket gjordes genom att korta ned texten, utan att förlora dess innehåll. Därefter kodades meningarna. Att koda meningsenheter är som att ge dem en etikett, vilket ses som ett redskap att reflektera över insamlad data på nytt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). I nästa steg skapades kategorier av koderna. Kategorierna ska återspegla budskapet från studierna, som meningsenheterna är framtagna ifrån (ibid). Nedan är några exempel på hur analysen gjordes (se tabell 1).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Kategori
"I feel sorry for them because I have a feeling that they are discriminated against or made fun of because their obesity". (Zuzelo & Seminara, 2006, s.71)	Jag tycker synd om dem för att jag har en känsla av att de blir diskriminerade eller görs narr av på grund av sin fetma.	Tycker synd om dem på grund av att de blir diskriminerade	Ömkan	Att känna medkänsla
"They often say 'I don't understand it, I don't eat anything', but actually we know they do." (Hansson et al., 2011, s.7)	De säger ofta 'Jag förstår det inte, jag äter inte något', men egentligen vet vi att de gör det.	De vill gå ner i vikt men de vill inte förändra	Brist på motivation	Att känna frustration
"...expressed concerns about patient's evasive behaviour..." (Hansson et al., 2011, s.7)	...uttryckte oro för patienternas undvikande beteende...	Oro för undvikande beteende	Uttryckte oro för patienternas beteende	Att känna oro

Resultat

Att känna medkänsla

Kategorin visade att sjukvårdspersonal kände medkänsla för patienter med fetma då de visste att diskriminering förekom. De ville inte få dessa patienter att känna skuld över sin vikt, utan ville vara ett stöd samt visa att de brydde sig.

Sjukvårdspersonal försökte visa empati i mötet med patienter med fetma, då de kände till att det förekom diskriminering. De kände även medlidande, då de hade känslan av att andra har gjort narr av dem på grund av deras vikt. Då det framkommit att diskriminering förekom ansåg sjukvårdspersonal att deras bemötande var en viktig del i processen, för att patienterna

skulle känna att de fick det stöd som behövdes för att inte känna sig provocerade (Hansson Rasmussen & Ahlström, 2011; Zuzelo & Seminara, 2006).

I feel sorry for them because I have a feeling that they are discriminated against or made fun of because of their obesity (Zuzelo & Seminara, 2006, s.71).

Därför försökte sjukvårdspersonalen vara lyhörda, när frågor om livsstil och vikt kom upp. Det framkom att sjukvårdspersonal ville skapa en bra relation, genom att försöka förstå patienternas situation, i hur det är att leva med fetma. De uttryckte att det handlar mycket om tröstande ord för att möta dessa patienter (Hansson et al., 2011, s.6).

It's very much a question of comforting words or, so to speak, off-loading the blame (Hansson et al., 2011, s.6).

Sjukvårdspersonal ville inte få dessa patienter att känna skuld för sin övervikt, utan ville vara det stöd som behövdes för att vidare kunna ta tag i problemen, som kan komma med fetman. De försökte då se bortom fetman och försökte se dem som den människa de är, samt ge samma omvårdnad och respekt, som de ger till alla patienter, oavsett vikt (Hansson et al., 2011; Zuzelo & Seminara, 2006).

I try to look past outward appearances and try to see them, 'the person' with the same caring and respect that I would afford to all the patients (Zuzelo & Seminara, 2006, s. 70).

Att känna frustration

Kategorin visade att frustration uppkom bland annat vid svårigheter att motivera patienten till viktnedgång eller då de upplevde ovilja från patientens sida att förändra sin livsstil.

Sjukvårdspersonal upplevde att det förekom att patienter med fetma var oärliga, vilket också ledde till frustration.

Sjukvårdspersonal upplevde att patienter med fetma ofta skämdes över sitt utseende och att låg grad acceptans av större kroppar i samhället fungerat som en drivkraft för att minska i vikt. Däremot fanns det annan sjukvårdspersonal som tyckte det motsatta, nämligen att det

fanns lite motivation att gå ner i vikt, eftersom så många andra i samhället var feta. Patienter som fått t.ex. diabetes eller hjärtinfarkt, där vikten kan ha varit en bidragande faktor eller haft någon anhörig som blivit drabbad, var ofta mer motiverade att göra något åt sin vikt. Ryggont eller ont knä kunde också vara motiverande faktorer, men viss personal ansåg att många patienter bara anpassade sig till sin övervikt och inte sökte hjälp, innan de upplevt många kroppsliga problem. Frustration uppkom hos sjukvårdspersonal, när patienter ville gå ner i vikt, men inte ville göra de förändringar som krävdes, då de ville ha en enkel väg ut. Sjukvårdspersonal uttryckte även frustration, när det inte gick att motivera eller uppmuntra patienterna till viktnedgång (Hansson et al., 2011; Brown & Thompson, 2007; Mercer & Tessier, 2001).

Patients want to lose weight but they don't want to change. Start walking instead of taking the bus, and eat less, that's all there is to it. Or the motivation might be there but they don't really want to do it, only if they think it's important (Hansson et al., 2011, s. 7).

Vidare ansåg sjukvårdspersonal att patienterna inte är helt ärliga, då sjukvårdspersonal upplever att patienterna ofta hävdar att de äter lite och tränar mycket fast att de inte går ner i vikt. Sjukvårdspersonal påstår då, att detta strider mot vetenskapliga bevis. Vidare upplevde sjukvårdspersonal att patienter med fetma har orealistiska förväntningar på vården. De uppfattade att dessa patienter ville ha tjänster som om de var på hotell. Patienter med fetma som kände sig hjälplösa uppfattades av sjukvårdspersonal som omotiverade och de hade en känsla av, att de ville att andra skulle göra saker åt dem. Frustration beskrevs från sjukvårdspersonal, då de ansåg att överviktiga och feta patienter ses som lata och viljesvaga (Drake et al., 2005; Hansson et al., 2011; Sikorski et al., 2012).

They often say 'I don't understand it, I don't eat anything', but actually we know they do (Hansson et al., 2011, s.7).

Ibland undvek sjukvårdspersonal att ta upp frågor om vikten, eftersom de ansåg att de inte skulle ha tid att ta itu med problemet senare. Eftersom de upplevde att det fanns konkurrerande uppdrag som hindrar dem från att arbeta mer aktivt med dessa patienter. Däremot fanns det annan sjukvårdspersonalpersonal som ansåg att deras främsta uppgift var

att behandla sjukdomar. Övervikt och fetma sågs mer som tillstånd som skulle kunna innebära en risk för diabetes eller någon annan sjukdom (Hansson et al., 2011).

I don't think you should take it for granted that we're the ones to intervene. We're trained in medical care. Overweight and obesity are more of a societal problem (Hansson et al., 2011, s.4)

Att känna oro

Kategorin visade att oro uppkom hos sjukvårdspersonal när de upplevde att patienter med fetma visade tecken på dålig självkänsla. Oro uppkom även när patienter med fetma inte kom till inbokade möten.

Sjukvårdspersonal upplevde att patienter med fetma inte hade samma självförtroende och självkänsla som en normalviktig patient. Viss sjukvårdspersonal beskrev det som att det var samhällets fel att patienterna kände så. Sjukvårdspersonal beskrev i samband med patienternas försök till hälsosammare livsstil och viktminskning att patienternas självkänsla blev sämre, då de inte såg några resultat. Sjukvårdspersonals känslor av att veta att patienterna upplevde skam, samt hade dålig självkänsla gjorde att flertalet av sjukvårdspersonalen inte ville ta upp frågor angående deras vikt. De var oroliga att patienterna då skulle känna ett ännu större misslyckande eller att patienter med fetma inte själva uppfattade sig som feta. Sjukvårdspersonal kände oro över att de skulle skapa dåliga relationer och minska förtroendet även i andra avseenden, som inte hade med viktminskning att göra. Vid inbokade möten där samtalen handlade om övervikt och förändringar, hände det ofta att patienterna inte kom till mötet eller inte hade kunnat följa råden sen sist. Istället kom det bortförklaringar, som att det t.ex. var brist på pengar eller familjeproblem, som gjorde att de inte kunde komma till mötet eller inte följa råden. Det oroade sjukvårdspersonal och de ansåg att patienterna hade ett underligt beteende (Hansson et al., 2011; Wright, 1997).

Staff indicated that patients with obesity often made excuses for not coming to appointments, following advice or taking exercise (Hansson et al., 2011, s.7).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ metod, vilket kändes som ett bra val, eftersom vi skulle undersöka upplevelser hos sjukvårdspersonal. Enligt Willman et al. (2006) är kvalitativ metod lämplig när något ska förklaras, beskrivas eller få en djupare förståelse för människans upplevelse (ibid). Att använda sig av en litteraturstudie är enligt Olsson och Sörensen (2007) till fördel för att inte störa pågående verksamhet inom sjukvården. Även Axelsson (2008) påstår att det är en fördel att börja med en litteraturstudie för att lära sig att ta in ny kunskap, samt kunna värdera och sammanställa ny kunskap, för att vidare använda kunskapen i sitt arbete, oavsett avdelning på sjukhuset (ibid). Detta var passande då mötet med patienter med fetma kan förekomma på flertalet områden där sjukvårdspersonal befinner sig.

Databassökningar gjordes i databaserna CINAHL och PubMed. Båda dessa databaser inriktar sig på omvårdnad inom hälso- och sjukvården enligt Willman et al. (2006), och ansågs därför relevanta för studien. I CINAHL fanns största kunskapen om hur sökprocessen gick till. Därför hamnade fokuset på sökningarna där, då PubMed var en relativt ny sökmotor att arbeta i. Två tillfällen bokades in med en bibliotekarie för att få stöd i sökord och sökning, samt hur de olika sökmotorerna används. Att använda en bibliotekarie var ett bra stöd för att komma igång med artikelsökningarna. Sökorden kombinerades främst med AND för att få en inriktning mot studiens syfte. Den booleska termen AND var ett bra verktyg att använda då det blev lättare att hitta artiklar som svarade till studiens syfte. I något enstaka fall i CINAHL kombinerades sökorden med OR för att vidga sökningen, då sökorden kunde ha samma innebörd. Sökningarna gjordes på varsin dator och plockades enskilt ihop för att sedan gemensamt gå igenom titlar och abstract som kändes relevanta för syftet. Sökningarna pågick under flera veckor då det var brist på kvalitativa studier inom ämnet. Därav gick mer tid än förväntat åt till att enbart söka efter artiklar, som passade in på studiens syfte. Detta kan ses som positivt, då det har ägnats mycket tid åt att läsa och tolka innebörden i studierna, vilket kan resultera i ett mer tydligt resultat.

Kravet på artiklarna var att de skulle vara skrivna engelska, då det kändes relevant att arbeta med ett språk som kunde hanteras. Dock, eftersom engelska inte är modersmålet kunde det

finnas brister i översättningen till svenska. Därför valdes det att ta hjälp av ett svenskt-engelskt lexikon för att översättningen skulle bli så korrekt som möjligt, då brister i tolkningen av texterna ville undvikas. Att endast använda sig av artiklar som var skrivna på engelska var tillräckligt för att det skulle bli hanterbart, samt att svenskt-engelskt lexikon var till stor hjälp för att förstå innebörden i studierna. Utan lexikon hade processen troligen tagit längre tid. Eftersom fetma är ett globalt växande problem valdes det att ta med studier från hela världen. Willman och Stoltz (2002) menar att resultatet förstärks genom att använda sig av studier från olika länder som har liknande resultat. Dock kan det vara en nackdel då hälso- och sjukvården ser olika ut i olika länder (Olsson, 2013). Den geografiska spridningen sågs ändå relevant att ta med i dennes studies resultat, då syftet var att beskriva sjukvårdspersonals upplevelser i ett möte. Vid artikelsökningarna framkom det ett stort utbud av studier som handlade om barnfetma. Dessa valdes att inte tas med då studiens syfte utgick från vuxna patienter över 18 år. En studie innehöll intervjuer från både patienter med fetma, normalviktiga personer och sjukvårdspersonal. Men då sjukvårdspersonalens del i resultatet lätt kunde urskiljas valdes denna studie att användas.

Samtliga artiklar som svarade till studiens syfte kvalitetsgranskades utifrån Willman et al. (2006) modell H (bilaga2). Modellen valdes med anledning av att den tog med frågor, som var relevanta till kvalitativa studier, samt att den var lätt att förstå. Innan kvalitetsgranskningen diskuterades alla frågor gemensamt för att förståelsen skulle vara densamma för att undvika olikheter i tolkningen som kunde leda till ett ostabilt resultat. Vidare utfördes kvalitetsgranskningen gemensamt på en dator för att ta del av varandras kunskaper. 6 artiklar fick en hög kvalitet och 1 artikel fick medelkvalité. 2 artiklar av de 9 som kvalitetsgranskades valdes att tas bort då de inte uppfyllde kriterierna. Till denna studie valdes att inkludera artiklar med både hög (Grad I: 80 %) och medel (Grad II: 70 %) kvalitet då Willman et al. (2006) menar att en procentsats under 60 % (Grad III) bedöms som en låg kvalitet och bör inte inkluderas i studiens resultat. Procenträkning gjorde det enkelt att räkna ut vilka artiklar som skulle ingå i studien. Genom att använda sig av procenträkning menar Willman et al. (2006) att möjligheten för att jämföra olika studier ökar (ibid).

Artiklarna lästes igenom flera gånger enskilt för att sedan diskuteras tillsammans. Genom att diskutera artiklarna tillsammans gavs det en bild av om förståelsen var likvärdig angående artiklarnas innehåll. Under diskussionen framkom det att liknande förståelse funnits. Meningsenheter togs ut ur texten enskilt, som sedan sammanställdes tillsammans. I det skedet

diskuterades det om meningarnas innehåll, samt hur de tolkats. Enligt Krippendorff (2004) kan olika tolkningar göras men ändå vara trovärdiga (ibid). Det enades om att tolkningarna var likvärdiga. Tabeller gjordes på datorn för att få en helhetssyn på innehållsanalysen, vilket gjorde det lättare att se var de skulle passa in. Därefter översattes meningarna för att sedan kortas ned, dock behålla det viktiga i meningarna. Detta för att ingen väsentlig fakta skulle gå förlorad. Detta kallas kondensering. Internet och lexikon användes för att få hjälp med översättningen. Att använda sig av översättning på internet var bra för att snabbt kunna förstå studiens innehåll. Nackdelar var att översättningen i vissa fall inte blev helt korrekta, så då togs det stöd av lexikon. Vidare sattes koder på meningsenheterna, vilket menas att innehållet kort beskrivs (Lundman & Graneheim, 2012). När meningsenheterna fått sina koder lästes dessa igenom och sattes ihop till olika kategorier, som är sista momentet i innehållsanalysen. Denna del av innehållsanalysen var den, som till en början upplevdes som mest problematisk. När kategorierna tagits fram färgades dessa i olika färger. Att färga kategorierna ansågs, som ett bra sätt för att lättare se, vad som hörde ihop med vad.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjukvårdspersonalen kände till att det förekom diskriminering av patienter med fetma. Detta styrker Mold och Forbes (2013) då ett flertal studier visar på att personer med fetma blir diskriminerade (ibid). I resultatet framkom det att sjukvårdspersonalen kände medlidande för patienten, eftersom de visste att patienter med fetma utsätts för diskriminering. Sjukvårdspersonalen ansåg även att deras bemötande var en viktig del i mötet med patienter med fetma. De menar att de försöker se bortom fetman och försöker se varje patient som en individ, samt ge samma respekt och omvårdnad, som de ger till alla. Detta styrker Travelbee (1971) då hon menar att det är viktigt för sjukvårdspersonal att se varje patient som en individ, för att undvika förutfattade meningar.

Sjukvårdspersonalen ville skapa en bra relation för att försöka förstå patienternas situation i hur det är att leva med fetma. Gudzone, Clark, Appel & Bennett (2012) poängterar att en etablerad långsiktig relation mellan sjukvårdspersonal och patient ligger till grund för att diskutera viktminskning (ibid). Sjukvårdspersonalen uttryckte även att det handlar mycket om tröstande ord för att kunna möta dessa patienter på ett bra sätt. Detta kan då kopplas till Travelbee (1971), som menar att mötet är en kontakt mellan två individer, som har en ömsesidig påverkan på varandra och det kan ske både verbalt och icke verbalt (ibid).

Det framkom vidare i resultatet att sjukvårdspersonalen upplever frustration i mötet med patienter med fetma. Frustration uppkom till viss del när patienter ville gå ned i vikt, men inte ville göra några förändringar. Sjukvårdspersonalen uttryckte även frustration, när de inte kunde motivera eller uppmuntra patienterna till viktnedgång. I en studie av Gudzone, Clark, Appel & Bennett (2012) framkommer det att kommunikation är den stora tekniken för att motivera sina patienter att gå ner i vikt (ibid). Travelbee (1971) menar för att sjukvårdspersonal ska kunna tillgodose patientens behov, måste en äkta mellanmännisklig relation skapas. Enligt Travelbee sker det genom kommunikation. Vidare för att stödja dessa patienter menar Travelbee att ett samförstånd måste ha skapats för att både sjukvårdspersonal och patient ska kunna gå vidare i en ömsesidig förståelse (ibid). Frustration hos sjukvårdspersonal kan leda till att kvalitén på mötet med patienter med fetma blir sämre. Detta styrks av Gudzone, Huizinga och Cooper (2011) som menar att kvalitén på mötet blir sämre om negativa känslor och inställningar förekommer hos sjukvårdspersonal i mötet med patienter med fetma. Frustration uppstod när sjukvårdspersonalen upplevde patienterna som omotiverade att göra någonting åt sin vikt. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att uppmuntra, stödja och motivera patienten i sin väg mot bättre hälsa. Det styrks av Travelbee (1971) då hon menar att det är sjukvårdspersonalens uppgift att hjälpa patienten att finna mening för det de genomlider för att kunna förebygga ohälsa samt främja hälsa (ibid). I resultatet framkom det att personalen upplevde frustration i samband med att patienterna hade orealistiska förväntningar på vården. De upplevde att patienterna trodde de låg på hotell. Detta kan tyda på bristfällig kommunikation mellan sjukvårdspersonal och patient, då kommunikation är sjukvårdspersonalens viktigaste redskap enligt Travelbee (1971).

I resultatet framkom det att personalen upplevde oro samband med frågor som rörde patientens vikt. Dels för att sjukvårdspersonalen visste om att en del patienter upplevde skam och hade dålig självkänsla, men också för att sjukvårdspersonalen inte visste om patienterna själva uppfattade sig som feta. De kände oro över att de skulle skapa dåliga relationer. Gudzone, Clark, Appel & Bennett (2012) menar att kommunikation är nyckeln till att förbättra patientens självkänsla i samband med viktminskning (ibid). Detta styrker Travelbee (1971) då hon menar att mötet mellan sjukvårdspersonal och patient är en process. De fem faserna i interaktionsprocessen ökar förståelsen för varandra och skapar en mellanmännisklig relation. Först när det skett en närkontakt, samt en ömsesidig förståelse har det uppkommit ett samförstånd mellan de två parterna (ibid).

Alla kategorier som framkommit ur resultatet visar tydligt på att brist på kommunikation är ett återkommande problem i mötet med patienter med fetma. För att sjukvårdspersonal ska kunna se individen bakom fetman, menar Travelbee (1971) att en relation måste skapas, vilket sker genom kommunikation (ibid). Slutligen kopplas resultatet till sjuksköterskans kärnkompetenser, där en av kärnkompetenserna innefattar personcentrerad omvårdnad (McCance & McCormack, 2013). Med personcentrerad omvårdnad menar Svensk sjuksköterskeförening (2010) att sjukvårdspersonalen ska se individen bakom patientens ohälsotillstånd, i det här fallet bakom fetman (ibid).

Slutsats

Sjukvårdsvårdspersonalen var rädda för att ta upp problemet med patienten, då de trodde att det skulle kränka och skapa oro hos patienten. För att motivera en patient att gå ner i vikt är det av största vikt att mötet med sjukvårdspersonalen blir tryggt, för att patienten ska känna tilltro till personalen. Sjukvårdspersonalen möter ofta patienter med fetma med mer försiktighet än normalviktiga. Vidare när patienter med fetma inte följer rekommendationer om kost och träning uppkommer frustration. Det finns förmodligen de patienter, som hade behövt ett mer tydligt bemötande från början, precis som en del patienter måste närmas med mer försiktighet för att få förtroende för sjukvårdspersonalen.

Det är en adekvat uppgift för sjukvårdspersonal att ha känslan för hur mötet med individen ska fortskridas, för att patienten både ska känna sig motiverad, utan att känna sig diskriminerad. Då fetma allt mer blir ett växande problem i världen kan detta leda till att sjukvårdspersonal i sitt arbete kommer möta dessa patienter i större utsträckning. Det behövs därför vidare forskning för att sjukvårdspersonal ska ha en trygg grund att stå på inför mötet med patienter med fetma.

Självständighet

Isabelle Sellgren och Henrietta Vallin har båda varit delaktiga och ansvariga för material som samlats in och sammanställts i inledning, bakgrund, metod och resultat.

Informationssökningen har gjorts gemensamt men också enskilt där Isabelle och Henrietta gjorde sökningar på varsin dator. Dock gick vi sedan gemensamt igenom sammanställningar av de studier som verkade relevanta. Isabelle Sellgren har haft huvudansvaret för

skrivandeprocessen och Henrietta Vallin har haft ansvaret för utformning av tabeller och bilagor i arbetet. Meningsenheter har valts ut var för sig. Kondensering, kodning och kategorisering utfördes sedan tillsammans för att utesluta missförstånd och feltolkningar. Allt annat har gjorts gemensamt av Isabelle och Henrietta. Notera att huvudansvar inte innebär att personen haft fullständigt ansvar.

Referenser

- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-218). Lund: Studentlitteratur.
- Banning, M. (2005) The management of obesity: the role of the specialist nurse. *British Journal of Nursing*, 14 (3), 139-144.
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (5), 535-543.
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20 (13), 57-64.
- Drake, D., Dutton, K., Engelke, M., McAuliffe, M., & Rose, MA. (2005). Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute setting. *Surgery for obesity and related diseases*, 1 (5), 462-466.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen - en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Finch, LP. (2006). Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors. *International Journal for Human Caring*, 10 (4), 14-22.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Green, M.S., & Gillett, A. (1998). Caring for patients with morbid obesity in hospital. *British Journal of Nursing*, 7 (13), 785-792.
- Grilo, C.M., & Pogue-Geile, M.F. (1991). The nature of environmental influences on weight and obesity: a behavior genetic analysis. *Psychol Bull*, 110 (3), 520-533.
- Gudzune, K.A., Clark, J.M., Appel, L.J., & Bennett, W.L. (2012) Primary care providers' communication with patients during weight counseling: a focus group study. *Patient Education and Counseling*, 89 (1), 152-157.
- Gudzune, K.A., Huizinga, M.M., & Cooper, L.A. (2011). Impact of patient obesity on the patient – provider relationship. *Patient Education and Counseling*, 85 (3), 32-325.
- Hansson, M. L., Rasmussen, F., & Ahlstrom, I. G. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BioMed Central Family Practice*, 12 (7), 1-10.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. New York: Sage Publications.

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcenterad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81-110). Stockholm: Liber.

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

Mercer, W.S., & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners and practice nurses attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, 59 (4), 248-253.

Mold, F., & Forbes, A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations*, 16 (2), 119-142.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Olsson Ström, K. (2013). *Vård- och omsorgssystemets utformning och finansiering- en internationell utblick (Vår framtida välfärd, 3)*. Stockholm: Svensk försäkring.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma: problem och åtgärder*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Sikorski, C., Riedel, C., Lupp, M., Schulze, B., Werner, P., König, H-H., & Riedel-Heller, G. S. (2012). Perception of overweight and obesity from different angles: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 271- 277.

Stunkard, A.J., Sørensen, T.I., Hanis, C., Teasdale, T.W., Chakraborty, R., Schull, W.J., & Schulsinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. *The new England journal of medicine*, 314 (4), 193-198.

Svensksjuksköterskeförning (2012) Personcenterad vård. Stockholm

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis company.

WHO. (2014). *Obesity and overweight*. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (2014-11-04).

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Wright, J. (1998). Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (4), 307-315.

Zuzelo, P.R., & Seminara, P. (2006). Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37 (2), 65-73.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl (Observera att en del dubbelträffar har gjorts)

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Obesity AND Attitude* AND Nurs*	67	2014-10-22	16	3
Obesity AND Nurse attitudes	27	2014-10-22	10	3
Obesity AND Nurse patient relations	22	2014-10-22	4	1
Attitude to obesity AND Nurs*	32	2014-10-22	3	0
Professional-patient relations AND Attitude to obesity	1	2014-10-22	0	0
Nurs* AND Attitude to obesity	8	2014-10-23	2	0
Obesity AND Work experience	2	2014-10-23	0	0
Obesity AND Experience AND Nurse	21	2014-10-23	5	2
Obesity AND Experiences AND Nurse	9	2014-10-23	1	0
Obesity AND Attitudes of health personnel	6	2014-10-23	4	0
Obesity AND Attitudes to health AND Nurse*	13	2014-10-23	1	0
Obesity AND Nurs* AND Belief*	21	2014-10-23	4	0
Obesity AND Encounter AND Nurs*OR Healthcare professional	2	2014-10-24	0	0
Obesity AND Nurse attitudes to obesity	0	2014-10-24	0	0
Obesity AND Health care provider nurse	0	2014-10-24	0	0

Sökningar i PubMed (Observera att en del dubbelträffar har gjorts)

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökt datum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Obesity, adult, attitude of health personnel	279	2014-10-23	8	3
Obesity AND Nurse attitudes	0	2014-10-23	0	0
Obesity AND Nurse patient relations	28	2014-10-23	3	1
Professional-patient relations AND Obesity	227	2014-10-23	8	1
Nurses AND Obesity	116	2014-10-23	5	1
Obesity AND Attitude to health AND nurses	23	2014-10-24	1	0
Obesity AND Nurse attitudes to obesity	0	2014-10-24	0	0
Obesity AND Health personnel AND Nurses	284	2014-10-24	5	3

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

(Reviderat granskningsprotokoll)

Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Willman et al., 2006).

Beskrivning av studien, t.ex. metodval.....

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

Relevant? Ja Nej Vet ej

Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till Ja Nej Vet ej

en teoretisk referensram?

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Drake, D., Dutton, K., Engelke, M., Mcauliffe, M., & Rose, MA. 2005 USA	Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute care setting	Fokusgrupper som intervjuades med öppna frågor	17 sjuksköterskor (14 kvinnor och 3 män)	Medel
Hansson, M. L., Rasmussen, F., & Ahlstrom, I. G. 2011 Sverige	General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care	Semistrukturerade intervjuer	10 allmänläkare (6 kvinnor, 4 män) och 10 distriktssköterskor (7 kvinnor, 3män)	Hög
Zuzelo, P. R., & Seminara, P. 2006 USA	Influence of Registered Nurses' Attitudes Toward Bariatric Patients on Educational Programming Effectiveness	Tematisk analys av kvalitativa data.	119 Sjuksköterskor	Hög
Brown, I., & Thompson, J. 2007 England	Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management	Kvalitativ intervjustudie	15 kvinnliga sjuksköterskor	Hög
Sirkorski, C., Riedel, C., Luppa, M., Schulze, B., Werner, P., König, H-H., & Riedel-Heller, S, G. 2012 Tyskland	Perception of overweight and obesity from different angles	Kvalitativ intervju studie, semi-strukturerad med fokus grupper	3 fokusgrupper <ul style="list-style-type: none"> • Normalviktiga • Överviktiga • sjukvårdspersonal 	Hög
Mercer, W. S., & Tessier, S. 2001 Englan	A qualitative study of general practitioners and practice nurses attitudes to obesity management in primary care	Semi-strukturerade intervjuer	10 läkare (7 kvinnor och 3 män) 10 kvinnliga sjuksköterskor	Hög
Wright, J. 1998 England	Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study	Semi-strukturerade intervjuer	10 kvinnliga sjuksköterskor	Hög