

EXAMENSARBETE

Kvinnors upplevelse av att leva med övervikt

Catarina Laestadius, Petronella Lindgren

Hälsovetenskapliga utbildningar

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Kvinnors upplevelse av att leva med övervikt

- en litteraturstudie

Catarina Laestadius
Petronella Lindgren

Women's experience of living with overweight
- a study of literature

Examensarbete, Omvårdnad C, 51-60 p
Vårterminen 2004
Termin 6
Sjuksköterskeprogrammet 120 p
Handledare: Åsa Lindström

Kvinnors upplevelse av att leva med övervikt

- en litteraturstudie

Catarina Laestadius

Petronella Lindgren

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

ABSTRAKT

Fetma och övervikt blir allt vanligare i hela världen. Det har blivit vår tids stora folksjukdom och sambandet med en lång rad andra sjukdomar är tydligt. Samhällets skönhetsideal påverkar kvinnor vars kroppar inte överensstämmer med de gällande normerna. Dessa kvinnor lever med en ständig kamp, dels mot sin egen övervikt, men även mot samhällets fördomar avseende överviktiga. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med övervikt. Tolv artiklar som motsvarade syftet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i sex kategorier som alla belyser olika aspekter av det undersökta syftet: Att förstå att man hanterar känslor genom att äta; Att vara avskyvärd och hindras av övervikten; Att bli sårad av respektlöst bemötande; Att känna hopplöshet och resignation; Att känna vikten som ett skydd och Att vara nöjd med sig själv. Studien avser att vara till hjälp för personal inom vården att utveckla omvårdnadsinterventioner, t ex att utforma omvårdnadsmiljön på ett bra sätt samt att utforma individuellt anpassade, långsiktiga omvårdnadsstrategier som bättre tar till vara dessa kvinnors särskilda behov och förutsättningar.

Nyckelord: övervikt, kvinnor, upplevelse, omvårdnad, kvalitativ innehållsanalys

Medellivslängden i Sverige har under 1900-talet ökat med omkring 20 år. Därmed har också personliga livsmönster och omgivningsfaktorer i allt större grad fått betydelse för vår hälsa, sjuklighet och död. Felaktiga matvanor, rökning, alkoholmissbruk och otillräcklig fysisk aktivitet, spelar en allt större negativ roll för vårt hälsotillstånd. Många studier visar på klara samband mellan matvanor, livsstil, sjukdomsförekomst (SoS, 2001).

En av våra vanligaste folksjukdomar är obesitas (övervikt). World Health Organization (WHO) beskriver obesitas som ett av de allvarligaste förbisedda folkhälsoproblemen och en tilltagande epidemi. Både i-länder och u-länder har sett en drastiskt och stadigt ökande fetmaproblematik under det senaste årtiondet. Ännu mer alarmerande är den hastighet med vilket problemet ökar hos barn och vuxna trots att vi idag vet konsekvenserna (Spence-Jones, 2003).

I USA är övervikt ett ökande problem. En nyligen gjord studie beskriver hur 61 % av den vuxna befolkningen lider av övervikt eller fetma samt att ungefär 44 % av kvinnorna i USA försöker gå ned i vikt och 34 % försöker hålla sin vikt. Data från American Obesity Association (AOA) påvisar fetman som en bidragande faktor till åtminstone 300 000 dödsfall per år. Ungefär 62 000 000 läkarbesök i USA per år beror på fetmarelaterade problem (Jackson, Wright, Marena, Cashman & Moreland, 2002). I Sverige är ungefär var tredje vuxen person överviktig och mellan fem till tio procent lider av uppenbar fetma (SoS, 2001).

En samlad bedömning av internationella studier av kostnader för fetma och följsjukdomar till fetma pekar på att de direkta sjukvårdskostnaderna kan utgöra omkring 2 % av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Detta motsvarar en kostnad på cirka 3 000 000 kronor per år i Sverige. Därtill kommer indirekta kostnader på grund av sjukfrånvaro och förtidspensioner som är minst lika höga som de direkta sjukvårdskostnaderna (SBU 2002:160, s 9-10). Sjukvårdskostnaderna för vuxna med överviktsrelaterade sjukdomar i USA var ungefär 70 miljarder dollar 1999 och i dagens läge har kostnaden stigit till ungefär 100 miljarder dollar. De ekonomiska konsekvenserna av obesitas angår både individen som lider av obesitas och samhället. Överviktiga kvinnor hade sjukpenning nästan 2 gånger så ofta som andra och förtidspensionering var 4 gånger vanligare hos feta kvinnor. Med tanke på fetma-epidemin så finns det kraftfulla ekonomiska argument för att primärt och sekundärt förebygga övervikt och fetma (Evers Larsson, 2003, s 4).

Övervikt är ett komplext tillstånd som kräver ett mångfacetterat omhändertagande. Det är också ett kroniskt tillstånd som fordrar livslång behandling (Owens, 2003). Forskning visar att den mest effektiva behandlingsmetoden innebär att man angriper problemet ur flera vinklar t ex kosten, fysisk aktivitet, beteendeterapi, i vissa fall läkemedel och kirurgi (Spence-Jones, 2003). Definitionen av övervikt som ofta används i forskningssammanhang bygger på så kallat "body mass index", BMI. Övervikt definieras som BMI 25-30, fetma - obesitas som BMI 30 eller mer. Måttet baseras på en kombination av kroppslängd och kroppsvikt. Män har genomgående högre BMI än kvinnor och i västvärlden ökar måttet med stigande ålder både hos män och hos kvinnor (SBU 2002:160, s 7). BMI beräknas genom att kroppsvikten delas med kroppslängden i kvadrat (kroppslängden x kroppslängden). Ett kompletterande mätinstrument är midjemåttet eller höftomfånget som används för att ge en bild av andelen buk fett, eftersom detta i många olika undersökningar visat sig vara en större risk för hälsan än det fett som lägger sig runt stuss och lår (de traditionellt kvinnliga fettdepåerna). Risken ökar när midjemåttet överskrider 80 cm hos kvinnor och 94 cm hos män (Evers Larsson, 2003, s 2).

Vid fetma, åtminstone före 65 års ålder, föreligger en klar ökning av risken för olika sjukdomar och förtida död. Risken ökar med stigande grad av fetma och speciellt vid bukfetma. De följsjukdomar som man klart kan se har samband med fetma är t ex typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt. Övervikt kan inte ses som en ensam isolerad företeelse utan utgör en viktig grundorsak i ovan nämnda sjukdomstillstånd. Faktorer som bidrar till utveckling av övervikt är genetiska, biologiska, sociala, psykologiska och etniska (SoS, 2001).

Fetma, särskilt svår fetma, medför ofta negativ inverkan på livskvaliteten i både fysisk och psykisk mening. Studier av personer med fetma har visat att den hälsorelaterade livskvaliteten kan bli mycket låg. De allmänt förekommande fördomarna om fetma, vilka kan leda till nedsättande och fördömande attityd gentemot personer med fetma, resulterar ofta i stort personligt lidande och skuldbeläggning. Ingen önskar sig fetma – tillståndet är i hög grad genetiskt styrt och utlöses i kombination med sociala, kulturella och samhällsenliga faktorer som individen, särskilt i unga år, har svårt att bärga sig mot (SBU 2002:160, s 10).

Diskriminering av överviktiga människor är vanligt, särskilt avseende kvinnor. Många tycker att de har blivit respektlöst behandlade av arbetsgivare och arbetskamrater och än mer anmärkningsvärt, av personal inom sjukvården. De vanligaste exemplen på diskriminering

gällde elaka kommentarer från barn, familjen och läkare, förutfattade meningar, diskriminering på arbetsmarknaden, fysiska hinder och att folk stirrar. Vanliga coping strategier var att ignorera anmärkningar, kommentarer och stirrandet eller att skämta om det. Andra strategier var självkärlek och trösttalande (Evers Larsson, 2003, s 5).

En kvinnas självbild är ofta förknippad med hennes utseende. Det slanka skönhetsideal som präglat västvärlden sedan årtionden har medfört att många lägger sig vinn om att inte bli överviktiga. Massmedia spelar en stor roll i att bestämma och upprätthålla den smala idealbilden hos kvinnor. Gå ned i vikt, träna och du blir lycklig är budskapet som ges via media och vissa författare menar att kvinnor är mer mottagliga för detta budskap än män (Riggs Jackson et al., 2002). Fetma är en frustrerande åkomma för både patient och läkare. Fetmans underliggande orsaker är sällan helt klara och behandlingen är svår och misslyckandena är många med dålig självkänsla som följd. Behandlingen av fetma kräver därför stor förståelse och ihållighet och bör fokusera på åtgärder som minskar missnöjet med den egna kroppen och därmed ökar självkänslan (Ciliska, 1998).

Kvinnor i åldern 23-40 år har en ökad risk för att gå upp i vikt. Det är typiskt att dessa kvinnor försöker hantera livsförändringar som giftermål, graviditet, moderskap, och att man går in på eller ut ur arbetsmarknaden. För att lära sig hantera dessa nya situationer förändrar kvinnor sina matvanor, sin fysiska aktivitet och sina prioriteringar, vilket kan resultera i viktuppgång, t ex nyblivna mammor upplever ibland en emotionell stress som är associerad till modersrollen, vilket förändrar dessas energi, förmåga och motivation till att hålla sin vanliga diet och fysiska aktivitetsnivå (Riggs Jackson et al., 2002). Allt detta tär hårt på kvinnors resurser och det kan vara svårt att känna livsglädje överhuvudtaget. Hur man klarar av att hantera dessa upplevelser är individuellt liksom vilka strategier som hjälper individen att ta itu med livssituationen och att uppnå välbefinnande trots sjukdomen. Det är förlusten av den bekväma, familjära kroppen som ger sjukdomssignalerna. En kronisk sjukdom kan ge en känsla av att inte riktigt passa in i världen eller att världen har förlorat sin förutsägbarhet samt dess samspel med själva personen. En ”ta-för-givet-pålitlighet” från sin kropp är inte längre att räkna med. Det uppkommer ett djupare förkroppsligat behov av att återfå kroppens samspel med själva personen, den familjära känslan av en bekväm kropp, eller som människor ofta förklarar det – att bli sig själv igen (Madjar, 1997, s 57-58).

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med övervikt.

METOD

Litteratursökning

Data till denna litteraturstudie beskriver främst kvinnors upplevelse av att leva med övervikt. Data inhämtades via systematiska och manuella litteratursökningar. De systematiska sökningarna gjordes främst med hjälp av bibliografiska referensbaser CINAHL, Psycinfo, Medline och Academic Search. Sökningen begränsades till de senaste 10 åren (1994 och framåt) för att få så nya uppgifter som möjligt. Sökningarna gjordes genom sökord på engelska och svenska, enskilt eller i kombination med varandra för att få mer specifikt resultat i ämnet övervikt, obesity, overweight, fatness, experience, qualitative analyse, living with, lived experience, upplevelse, women, kvinnor, health, quality of life, nursing, omvårdnad. Vi fann sammanlagt 107 artiklar, av vilka vi senare valde att analysera 12 artiklar som svarade mot syftet (tabell 1).

Analys

Vetenskapliga artiklar analyseras med en kvalitativ innehållsanalys som är en metod för att analysera verbal, visuell eller skriven data. Analysens innehåll kan tillämpas på alla slags mänskliga kommunikationsformer (Downe-Wambolt, 1992). Innehållsanalys är en analysmetod som tillämpas för att analysera skriven och verbal kommunikation som daganteckningar, brev, dialoger, böcker, rapporter och artiklar (Polit & Hungler, 1999, s 209). Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys kan forskaren få ökad kunskap om hur ett fenomen kan upplevas, och syftet med metoden är att få en djupare förståelse för det studerade fenomenet (Downe-Wambolt, 1992). Krav för genomförandet av en innehållsanalys är att materialet är skriftligt för att forskaren ska kunna strukturera upp materialet och identifiera olika teman. Analysen kan genomföras på en rad olika sätt och det finns inga universella regler för hur detta bör gå till (Polit & Hungler, 1999, s 209). Kvalitativ innehållsanalys genomförs i olika steg där målet är att nå fram till ett så detaljerat och systematiska resultat som möjligt (Burnard, 1991).

Denna litteraturstudie har analyserats med kvalitativ innehållsanalys, manifest ansats, inspirerad av Burnard, (1991). Materialet lästes igenom, tolv artiklar (tabell 1), ett flertal gånger var för sig och små anteckningar gjordes i kanten. Därefter extraherades 97 textenheter som svarade mot syftet och som beskrev olika synvinklar avseende detta. Det som var oväsentligt (drosse) föll därvid bort och en ny analys av textenheterna gjordes varefter dessa

kondenserades. Textenheterna delades vid behov upp i flera kondenseringar, allt för att inte förlora innehåll och kontext. Det blev sammanlagt då 197 st kondenseringar som åter lästes igenom och jämfördes mot syftet och mot originaltexten för att säkra validiteten och reliabiliteten. Jämförelsen resulterade i en kategorilista som förde samman de kondenseringar som hade ett liknande innehåll. De olika kategorierna lästes sedan igenom och jämfördes med varandra för att se om det fanns kategorier med ett liknande innehåll som då skulle kunna slås samman. Flera gånger under processens gång jämfördes de kategorier vi kommit fram till mot originaltexten och syftet. Den slutliga kategorilistan, innefattande sex kategorier (tabell 2), beskrev essensen av textmaterialet och svarade därmed på syftet med studien.

Tabell 1 Översikt av artiklar (n=12)

| Författare, år | Typ av studie | Deltagare | Metod | Huvudfynd |
|--|--|---------------------------------|---|---|
| Allan, 1994 | Kvalitativ Feministisk etnografisk metod | 20 överviktiga kvinnor | Ostrukturerade intervjuer | Beskrivning av lyckad viktne-d-gång: stöd av andra, individuella mål, hälsfaktorer, helhetssyn |
| Byrne, Cooper & Fairburn, 2003 | Kvalitativ | 76 kvinnor, alla ej överviktiga | Strukturerade och ostrukturerade intervjuer | Misslyckande att nå målvikt, misstrivsel med uppnådd målvikt, reglera känslor genom ätande, värdera sig själv efter vikt och form, ej konsekvent att hålla diet |
| Carryer, 2001 | Kvalitativ Feministisk litteraturstudie | 9 överviktiga kvinnor | Retroperspektiv intervjustudie | Behov av nya synsätt i vården av överviktiga |
| Cossrow, Jeffrey & McGuire, 2001 | Kvalitativ Innehållsanalys | 17 kvinnor och 14 män | Gruppintervjuer | Särbehandling pga vikt, stigmatisering |
| Hayward, Nixon, Jasper, Murphy, Harlan, Swirda & Hayward, 2000 | Kvalitativ Innehållsanalys | 2 överviktiga kvinnor | Semistrukturerad intervju | Livsstilsförändring genom : stödjande nätverk, subjektiv/objektiv syn på övervikt, rutiner, återfall, ändrat perspektiv, belöning/straff, känslor, balans i livet |
| Lyons, 1998 | Kvalitativ Fenomenologisk | 6 överviktiga kvinnor | Öppen intervju med följdfrågor | Orsaker till över-ätande: tidiga invanda mönster, vana vid viss typ av mat, ätvanor som vuxen, tappad kontroll, känslor, kompensation, förebyggande strategier |

Forts Tabell 1 Översikt av artiklar (n=12)

| Författare, år | Typ av studie | Deltagare | Metod | Huvudfynd |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Lopez, 1997 | Fenomenologisk | 6 kvinnor | Öppen intervju | Integrering av ny kunskap om mat i dagligt liv |
| Nauta, Harm & Jansen, 2000 | Kvalitativ Kvantitativ | 74 överviktiga kvinnor | Retroperspektiv Semistrukturerade intervjuer | Tankesätt hos överviktiga: negativ självbild, ovärdighet, depression, saknar självkontroll, bortstötta |
| Neumark-Sztainer & Story, 1997 | Kvalitativ Innehållsanalys | 61 överviktiga unga vuxna | Semistrukturerad intervju | Hur dietprogram bör vara utformade |
| Kiesinger, 1998 | Kvalitativ | 1 kvinna | Öppen intervju | Överätande handlar om känslor |
| Roberts & Ashley, 1999 | Kvalitativ Kvantitativ | 15 överviktiga kvinnor och män | Semistrukturerade intervjuer | Anledningar till önskan om vikt-nedgång och bibehållande av målvikt: oro för hälsa, ändrad självbild |
| Robinson & Keyser, 1998 | Kvalitativ Grundad teori | 20 överviktiga kvinnor | Semistrukturerade intervjuer | Ätmönster relaterat till olika situationer |

RESULTAT

Analysen resulterade i sex kategorier (Tabell 2) som alla svarade mot syftet ”Kvinnors upplevelse av att leva med övervikt”. Dessa kategorier presenteras i löpande text och åskådliggörs med hjälp av citat från de artiklar som använts i analysen.

Tabell 2 Översikt av kategorier (n=6)

Kategorier

Att förstå att man hanterar känslor genom att äta

Att vara avskyvärd och hindras av övervikten

Att bli sårad av respektlöst bemötande

Att känna hopplöshet och resignation

Att känna vikten som ett skydd

Att vara nöjd med sig själv

Att förstå att man hanterar känslor genom att äta

Att äta när man kände sig ledsen, arg, frustrerad, glad, stressad, ensam, rädd var ett genomgående beteende hos många av kvinnorna. Studier visar att detta var ett sätt att hantera en känsla som man inte riktigt visste hur man skulle reagera inför eller bearbeta (Hayward et al., 2000; Lyons, 1998; Byrne, Cooper & Fairburn, 2003). Kvinnor beskrev hur de gömde mat och åt i smyg för att inte utsätta sig för omgivningens åsikter om hur mycket de egentligen stoppade i sig. Detta resulterade i att de kände sig skyldiga vilket ytterligare resulterade i att de åt för att dämpa känslan av skam och skuld (Lyons, 1998). I en studie av Hayward et al. (2000) visar man på hur kvinnor kunde se mönstren att de åt när de var ledsen eller upprörd på annat sätt, men att de hade svårigheter att se sambandet mellan det emotionella och ätandet. Att se detta mönster och förstå det är en förutsättning för att kunna få ett perspektiv på problemet och därigenom kunna välja en annan riktning, ett annat beteende som svar på känslorna. När man förstår sambandet mellan skuld-känslor och överätandet och var det möjligt att kunna välja ett annat emotionellt uttryck och detta representerar en förändring i tankesättet. I studier av Lyons (1998) och Byrne et al. (2003) framkom att genom att förstå sambandet mellan känslor och ätandet kunde kvinnorna komma till en insikt om att kampen mot övervikt kommer att bli en livslång kamp, och att det krävs en konstant medvetenhet kring mat eftersom det är så lätt att bara äta, utan att tänka på det. I studien av Hayward et al. (2000) framkom även att några kvinnor hade ett behov av att gå med i någon organiserad grupp för att få stöd i den begynnande processen att gå ned i vikt. Att få stöd från andra i samma situation och känna att man inte är ensam betraktades som en hög motivationsfaktor.

“Once I moved to South Carolina I really put it on because I think I used the food to control the sadness, and depression, and loneliness, and being away from home” (Lyons, 1998).

”I kept candy in my underwear drawer and if I ate it I would push the wrappers down in the garbage can” (Lyons, 1998).

“My team has definitely helped me. They are so supportive, and it’s wonderful just knowing you’re not the only one out there...you’re like ‘Oh my God, I feel those things, or I’ve done that, and okay, so I’m not an idiot, or I’m not completely by myself’and it’s interesting that these are very intelligent women and they’re experiencing the same

issues that you are...and it makes you feel a little less stupid"(Hayward et al., 2000).

Att vara avskyvärd och hindras av övervikten

Att se på sig själv som onormal, grotesk eller avskyvärd var många kvinnors upplevelse av sin självbild, relaterat till deras övervikt (Nauta et al., 2000). Att se sig i spegeln väckte känslor som självförakt och avsky (Roberts & Ashley, 1999). I studierna gav många kvinnor också uttryck för att de skulle uppskatta sig själva mer om de var smala, att detta skulle innebära att man lättare skulle möta kritik och att man skulle vara mer framgångsrik om man var smal (Allan, 1994; Byrne et al., 2003). Att hitta passande kläder upplevdes som ett problem av dessa kvinnor. Det handlade dels om svårigheter att hitta sin storlek, men även att hitta modeller som inte var alltför "tantiga", men ändå smickrande för figuren. I studierna framkom också kvinnors önskan att någon tittade på dem med objektiva ögon och ärligt sade om plagget inte passade, vilket var svårt för deras vänner eftersom de inte ville sära kvinnornas känslor (Neumark-Sztainer & Story, 1997; Lopez, 1997). Många kvinnor beskrev att de under hela livet valde bort olika livsstilar och andra saker eftersom de såg på sina stora kroppar som antingen opassande eller oacceptabla för många olika miljöer och sammanhang. Man undandrog sig särskilt från att delta i sport och motionsaktiviteter och satte sig vid sidan av istället på grund av inbillad eller verklig stigmatisering (Carryer, 2001).

"I was at a family gathering of my husband's and my daughter knocked over a cup of boiling hot tea on my leg. I had trousers on and I just sat there and I didn't do anything about it although it was burning me, actually all my skin came off, because I was so self conscious...whereas if I'd been skinny I probably would have whipped my trousers off... borrowed a pair, but whose could I borrow – they were all skinny"(Carryer, 2001).

"I was just thinking when the family was away at Christmas time and everybody was canoeing, which I would quite like to have a go at. But I thought if I have any trouble getting into or out of that canoe or I tip it over"(Carryer, 2001).

"As a child, it was what kept me from developing friendships.

It kept me from laughing, running, playing, and simply living a child's life"(Kiesinger, 1998).

Att bli sårad av respektlöst bemötande

I flera studier beskriver flertalet kvinnor på ett eller annat sätt och i varierande sammanhang att de blivit utsatta för diskriminerande behandling, relaterat till deras övervikt. De som behandlade kvinnorna på detta vis fanns både inom den egna familjen, bland nära och kära, och ute bland främlingar på gatan, men även personal inom vården uppträdde olämpligt (Cossrow, Jeffery & McGuire, 2001; Lopez, 1997; Kiesinger, 1998; Allan, 1994). I flera studier kan man se att medias bild av hur en kvinnokropp skall se ut är ganska diskriminerande i sig. Kvinnornas uppfattning var att fast de försökte att inte beröras av denna bild, så blev det ändå så att den påverkade hur de såg på sig själva och de kände sig inte sexuellt attraktiva. Att veta att samhällets ideal har ändrats genom tiderna var en liten tröst, men hjälpte kanske inte så mycket här och just nu (Cossrow et al., 2001; Allan, 1994; Carryer; 2001). Kvinnor i flera studier upplevde att människor runt omkring dem utvärderade och dömde ut dem beroende på deras övervikt, att de inte ens försökte förstå vad fetma innebar och hånade överviktiga och stirrade, pekade och skrattade. Någon kvinna erkände till och med att även hon hade haft sådana tankar innan hon själv blev överviktig. Till och med på arbetsplatsen var diskrimineringen tydlig i vissa fall. I andra fall upplevde vissa kvinnor att särbehandlingen var så subtil att de inte riktigt kunde sätta fingret på vad som var annorlunda (Hayward et al., 2000; Cossrow et al., 2001; Kiesinger, 1998).

Något som också framkom i flera studier och som var mycket upprörande för kvinnorna var deras kontakter med vården. De berättade om särbehandling och dåligt bemötande av sjukvårdspersonal som de tyckte borde vara bättre insatt i både de psykosociala och de medicinska aspekterna av vad övervikten innebar för dem. Det vanligaste var att vårdpersonalen fokuserade på övervikten istället för den åkomma som kvinnorna faktiskt sökte för (Cossrow et al., 2001; Carryer, 2001). Det som sårade mest var när människor som stod kvinnorna nära och som kände dem väl, som familjen och närmaste vännerna, uttryckte sig klumpigt eller behandlade dem illa. En deltagare berättar att hennes farmor uttryckte att hon inte skulle äta så mycket, för då skulle hon minsann inte bli gift (Cossrow et al., 2001). Många kvinnor i studierna berättade om sin önskan att bli sedd som en hel person, inte bara som en överviktig person. Att det fanns mer innanför skalet och att det var frustrerande att

många människor inte kunde se längre än så (Allan, 1994; Cossrow et al., 2001; Neumark-Sztainer & Story, 1997).

”I went on a job interview and this is about 3 years ago where the guy right in front of me [the interviewer], right at the beginning of the interview, he wrote ‘Too Fat!’ on the form that he had in front of him”(Cossrow et al., 2001).

”Once going into A & E [emergency room] with suspected appendicitis, I was feeling really miserable. They left me there and then poked and prodded around of course and this doctor came in and he said of course you are overweight, and I thought well that was a brilliant deduction, I said ‘so it can’t possibly be appendicitis then, you know it’s just fat?’ ”(Carryer, 2001).

“ I just got back from a visit with my mother and brother, and they made terrible remarks about my weight. I came home in a foul mood and was really depressed”(Lopez, 1997).

Att känna hopplöshet och resignation

I några studier beskrev kvinnorna att de gett upp i sin strävan efter att försöka gå ned vikt och/eller att försöka bibehålla den nya vikten. De upplevde en hopplöshet när misslyckande efter misslyckande bara bekräftade deras egen uppfattning om att de inte skulle lyckas i sin föresats. En del hade varit överviktiga mer eller mindre hela sitt liv och de hade resignerat inför detta faktum. En kvinna uttryckte att hon kom från en släkt, där alla kvinnor var stora och varför skulle hon då försöka ändra på detta faktum, trots att hon inte var helt nöjd med sitt utseende (Hayward et al., 2000; Allan, 1994; Carryer, 2001; Nauta et al., 2000). Studier visade att dessa kvinnor valde mellan att fortsätta kämpa för att gå ned i vikt och vara mer eller mindre olyckliga och att resignera, de var inte nöjda med hur de såg ut, men orkade inte fortsätta kämpa. Många kvinnor uttryckte också att det måste vara ett naturens spratt, att de hade fått kroppar som inte passade in i tidens ideal och att detta gjorde att de hamnade i en cykel av misslyckade dieter och viktnedgångar och nu inte längre hade tillräckligt med motivation till fortsatt kamp (Allan, 1994; Byrne et al., 2003; Nauta et al., 2000).

"No matter how hard I try, I can't seem to lose weight"(Nauta et al., 2000).

"...If I tried to be thin, that's all my life would be about and I'd be miserable"(Allan, 1994).

Att känna vikten som ett skydd

I studierna beskrevs övervikten som en central del av flera kvinnors liv, man kände att om man inte var fet - vem skulle man vara då? Viktnedgång innebar, för dessa kvinnor, inte bara att förlora i vikt utan också att förlora en del av sin identitet. Att gå ner i vikt innebar inte bara en anpassning till en ny livsstil när det gäller mat utan främst en omvandling av jaget. Det var svårt att ändra på sin inre bild av vem man var (Hayward et al., 2000; Kiesinger, 1998; Lyons, 1998). I en studie uttrycktes också av några kvinnor att man var medveten om att man äventyrade sin hälsa, men att det var så svårt att släppa den trygghet som man tyckte att den stora kroppen utgjorde. Vikten hade en överlevnadsfunktion, den var som en trygg rustning som kunde tjäna som ett skydd mot omvärlden, att andra inte skulle se vem man var innerst inne (Kiesinger, 1998). En överviktig kvinna kan upplevas som stor och stark, vilket vanligtvis är manliga attribut. Man ser kroppens storlek som ett skydd mot obehagligheter. Med skydd menade de också att det inte krävdes lika mycket av dem, att förväntningarna var lägre. Övervikten skyddade dem också mot ovälkomna försök till kontakt från andra människor, kvinnor eller män, eftersom man inte visste riktigt hur man skulle hantera dessa; (Hayward et al., 2000; Lyons, 1998; Kiesinger, 1998). I en studie berättade en kvinna att hon hade blivit utsatt för sexuella övergrepp och övervikten var ett sätt att göra henne mindre attraktiv och på detta sätt skydda mot nya angrepp (Kiesinger, 1998).

"Five years ago I lost more than 100 pounds, and I never felt so terrified, alone, and vulnerable. I felt exposed. I grieved for the soft folds of flesh that kept me warm, safe, and secure. I grieved because I lost more than 100 pounds of the person I was, and I was terrified of what others might see"(Kiesinger, 1998).

"My weight became my security, my safety from outside harm. Although I jeopardized my health by getting so big, I was scared to death to lose it. In my mind 'losing weight meant losing me' "(Kiesinger, 1998).

Att vara nöjd med sig själv

I några studier berättade kvinnorna att de hade bestämt sig för att livet var för kort för att slösas bort genom att hålla på att önska att man är någon annan eller ser ut på ett visst sätt. De uttryckte att om man är naturligt stor, så skall man inte behöva förändra sig för att bli accepterad, de var nöjda med sig själv som de var (Hayward et al., 2000; Allan, 1994; Lopez, 1997). Dessa kvinnor levde på ett sätt som gjorde dem nöjda och glada. De önskade inte följa vissa regimer bara för att uppfylla något sorts ideal, detta skulle bara ta bort deras livsglädje. Kvinnorna i studierna var medvetna om att fetma medicinskt ses som en kronisk sjukdom, som många för en livslång kamp mot, trots detta upplevde de sig inte som sjuka utan upplevde hälsa i det tillstånd de befann sig. Många av kvinnorna hade kunskap om sina medicinska värden, såsom blodtryck, blodfetter med mera, och hade inga problem med dessa. De levde hälsosamt med bra kost och motionerade för att de tyckte om att leva så, inte för att uppnå något speciellt vikt mål. Flera av dem uttryckte också att det var viktigare att leva och vara hälsosam än vad vågen visar (Carryer, 2001; Byrne, Cooper & Fairburn, 2003; Robinson & Keyser, 1998).

”I also know that I will never deprive myself again and I want to make peace with my body and feel really healthy and energetic”(Robinson & Keyser, 1998).

”It’s like my life is not about exercise or counting calories or weight. It’s about being alive and happy with me”(Allan, 1994).

”I see myself in the mirror most days. I’m more concerned with what I look like rather than the numbers on a scale. I don’t really know how much I weigh, but I know that I look fine”(Byrne et al., 2003).

DISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med övervikt. Analysen resulterade i sex kategorier som belyser detta. Insikten om att man äter som ett kompensationsbeteende i situationer som egentligen handlar om att hantera känslor ledde till att kvinnorna kunde hantera sin problematik på ett djupare och mer konstruktivt sätt. Att se på sig själv som en avskyvärd person på grund av övervikten gjorde att kvinnorna valde

bort situationer i sociala sammanhang under hela livsspannet som gjorde dem medvetna om deras kroppar eller på annat vis ledde till att de upplevde obehag. Ett respektlöst bemötande från såväl nära och kära som från okända samt personal inom sjukvården innebar en känsla av sorg och förtvivlan över att inte bli accepterad för den man egentligen är, att inte bli sedd som en hel människa. Känslan av hopplöshet infann sig hos en del av kvinnorna efter att de upprepade gånger misslyckats i sina försök att gå ner i vikt. De resignerade inför sin övervikt och gav upp ytterligare försök till viktnedgång trots att de inte kände sig nöjda med sina kroppar. För en del av kvinnorna var vikten ett skydd mot omvärlden. Bara blotta tanken på att tappa vikt gjorde dem livrädda för vad andra skulle se bakom fasaden men framförallt för att de själva då skulle behöva se vem de egentligen var. Detta ledde till att de valde att fortsätta vara överviktiga trots att det innebar såväl fysiska som psykiska obehag för dem. Flera kvinnor uttryckte också att de var nöjd med sig själv och tyckte att de kunde duga som de var. Deras främsta fokus var att i första hand leva hälsosamt och må bra och leva ett fullt liv, snarare än att fokusera på vikt och viktreducering.

I litteraturstudien framkom att kvinnor går upp i vikt pga genetik och miljö men även beroende på invanda mönster t ex att man äter för att hantera sina känslor, ilska, sorg, ensamhet, glädje mm. Problematiken kring övervikt och fetma är mer mångfacetterad än att bara avse råd om kost och motion. Många kvinnor har en betydligt mer komplicerad väg att gå för att komma till rätta med sin övervikt. Att förstå att man hanterar känslor genom att äta innebar en möjlighet till förändring av sitt beteende. I en studie av Hu (2003), framkom att just beteendeförändring som regel utgör grunden i en framgångsrik överviktsbehandling. Beteendeförändring kan endast uppnås genom att man förstår varför man gör på ett visst sätt och hur det har blivit så. Man kan behöva hjälp utifrån för att få denna insikt, att se det mönster som man följer. I en studie av McCrone, Dennis, Tomoyasu & Carroll (2000) beskrivs att detta mönster ofta grundläggs redan tidigt i barndomen, om maten får stå för både belöning, tröst och straff. Om man då inte får andra resurser under uppväxten för att hantera olika situationer och känslor, så beskriver studien hur kvinnor som vuxna faller tillbaka i det invanda mönstret att äta, medvetet eller omedvetet, eftersom det fyller en funktion och man upplever en tillfällig lättnad eller bekräftelse.

I en studie av McCrone et al. (2000) påvisas sambandet mellan överätandet, depression och andra psykiska symtom. Det är därför viktigt när man försöker behandla kvinnors övervikt att man börjar med att gå på djupet och tillsammans med kvinnan försöker se vilka faktorer som

påverkar hennes övervikt. De emotionella behoven som kvinnorna försöker tillfredsställa genom att äta, måste därför bearbetas först innan man kan åstadkomma en lyckad och bibehållen viktnedgång. Kvinnor kan behöva extra hjälp för att få insikt om när och varför de äter och vad de äter. Genom att helt enkelt skriva en dagbok över när de äter, var de äter och hur mycket samt vad de kände just då kan man hjälpa dem till denna insikt. Det blir lättare för kvinnan att se och förstå sammanhang och hon kan då välja hur och när förändringar ska ske. Därmed mobiliseras den egna förmågan att styra sitt liv vilken är en hög motivationsfaktor när det gäller beteendeförändring. Detta kognitiva tankesätt utgår från att ens beteende påverkas av de tankar och känslor som föregick beteendet (O'Dea, 2002; Björntorp, 1997).

I litteraturstudien framkom även att kvinnor ofta fann stöd i att delta i någon form av gruppverksamhet för att försöka gå ned i vikt. Att se andra i samma situation och höra andras erfarenheter gjorde att de inte kände sig så ensam eller annorlunda. De lärde känna sig själva och andra och såg att andra gjorde samma misstag och att de blev hjälpta och kunde hjälpa andra och detta gjorde att det blev lättare att förändra sitt invanda beteende (Puhl & Brownell, 2003). Detta stämmer väl överens med en studie gjord av Lindsey (1996) som belyser hur viktigt det är för människor med kroniska sjukdomar att ha bra och nära relationer. Klem, Viteri & Wing (2000) beskriver i sin studie att gruppdeltagande gjorde det lättare att gå ned i vikt på grund av det stöd man upplevde sig få. I en studie av Adolfson, Carlson, Undén & Rössner (2002) beskrevs hur gruppmöten hjälpte flera av deltagarna att hålla sin måltidsplan och att känslan av att bli sedd och bekräftad och få stöd och kunna stödja andra var viktigt för att bibehålla beteendeförändringen och detta framkommer också i litteraturstudien.

Litteraturstudien beskrev hur en del överviktiga kvinnor upplevde sig vara avskyvärda och värdelösa. I studier av Puhl & Brownell (2003), Myers & Rosen (1998) samt Drury & Louis (2002) framkom att överviktiga kvinnor ofta hade en låg självkänsla och en felaktig kroppsuppfattning. Många av kvinnorna skattade sig som ännu mera överviktiga än de egentligen var och de såg sin övervikt som ett bevis på att de var misslyckade som människor. En människas självkänsla påverkar hennes uppfattning av sig själv i intersociala sammanhang. Har man en låg självkänsla kan situationer som innebära att man upplever ett utanförskap kännas hotfulla och man väljer att inte delta. Detta stämmer väl överens med resultatet i litteraturstudien där det tydligt framkom att känslan av att vara avskyvärd ledde till ett utanförskap, en känsla av att inte passa in i diverse sociala sammanhang som i i sin tur

förstärker den dåliga självkänslan. I studien av Puhl & Brownell (2003) beskrivs att vår självkänsla är något som formas under hela livet. Positiv kritik gör att man känner sig nöjd med sig själv och man får ett starkare självförtroende. Genom att ofta bli bekräftad i det man gör och att man upplever sig omtyckt som person läggs en grogrund för en sund tillit till sig själv som gör det lättare att hantera både kritik och motgångar framöver. En låg självbild genererar ofta negativa tankemönster som påverkar den egna utvecklingen genom att blockera alternativa bättre lösningar och tankesätt.

Vidare framkom i litteraturstudien hur kvinnor blev besvikna och sårade av det bemötande de fick från både nära och kära samt främmande människor. De överviktiga kvinnorna beskrev diskriminerande behandling i arbetslivet, social uteslutning, att de blev vägrade hälsöförmåner, att de blev dåligt bemötta inom vården och offentligt förlöjligande. Negativa stereotyper av överviktiga kvinnor innebär att de är fula, moraliskt och emotionellt handikappade, osexiga, missnöjda, svagsinnade och svåra att tycka om. I studien av Myers & Rosen (1999) rapporterades att så många som 98 % av de deltagande kvinnorna hade blivit verbalt trakasserade, kritiserade och retade av familjemedlemmar och av vänner. En kvinna beskrev hur hennes livspartner hånade henne och kallade henne vid öknamn, en annan berättade om hennes familjs elaka kommentarer, hur de pikade henne att hon borde gå ned i vikt. En tredjedel uttryckte att de blivit kallade negativa namn av vårdpersonal, att de hade uttryckt sig taktlöst. Tre fjärdedelar hade blivit dåligt behandlade på sina arbeten och hälften av dem hade kritiserats eller blivit pikade av överordnade. Detta visar att en överväldigande stor andel av de överviktiga kvinnorna erfarit diskriminerande behandling av olika slag från andra människor. Det som var svårast att smälta var vårdpersonalens bemötande, kvinnorna i litteraturstudien tyckte att dessa borde ha större insikt i överviktigas problematik och att de borde kunna uttrycka sig på ett mer taktfullt sätt. I studier framkom att överviktiga kvinnor undvek att söka vård eftersom de var rädda för att utsätta sig för förnedrande behandling samt för att de skämdes över sina stora kroppar (Hitchcock Noël & Pugh, 2002; Drury & Louis, 2002; Puhl & Brownell, 2003). Mest kränkande enligt resultatet i litteraturstudien var dock nära anhörigas dåliga uppförande, detta var människor som man älskade och litade på och som man tyckte skulle älska en för den man var innerst inne. Att få elaka kommentarer eller liknande från dem sårade djupt.

I litteraturstudien framkom att en del kvinnor hade resignerat inför sin vikt, de kände en hopplöshet och orkade inte längre ta tag i situationen. Forskning visar att många kvinnor som

deltagit i viktnedgångsprogram, inom 3-5 år är tillbaka på sin utgångsvikt (McCrone et al., 2000). Rydén & Karlsson (2001) beskriver hur kvinnor upplevde att en känsla av hjälplöshet infann sig eftersom de kände att situationen låg utanför deras kontroll och gjorde att de kände sig mentalt utmattade och ensamma. De hade försökt att gå ned i vikt flera gånger, men misslyckats och varje misslyckande gjorde att deras misströstan bara växte tills den genomsyrade deras liv. Deras självförtroende dalade och de hade en negativ självbild. Det kan vara svårt att bryta med en negativ självbild. Trots att man faktiskt gått ned i vikt och kan se det positiva resultatet både på vågen och i spegeln, så tar det lång tid att förändra den inre bild man har av sig själv. Detta kan göra att man tappar fokus, man är ändå inte värd bättre och så faller man tillbaka i gamla vanor, vilket leder till en ond cirkel av jojo-bantning. En studie av Puhl & Brownell (2003) förklarar att resignationen kan vara en sorts självbevarande coping strategi så att man inte ska behöva uppleva den upprepade besvikelsen. De skyllde sin övervikt på yttre omständigheter, sådant de inte kunde kontrollera, som till exempel hormonella störningar eller att kvinnorna i familjen alltid varit stor, att familjen ville att de skulle äta. De kände och beskrev sig själva som offer för omständigheterna. I litteraturstudien framkom att dessa kvinnor valde att leva med sin övervikt trots att de inte var nöjda med den kropp de såg i spegeln och trots att de visste att det innebar hälsorisker. Puhl & Brownell (2003) beskriver hur kvinnor valde att jämföra sig med kvinnor som hade ännu större övervikt och tyckte att de var ju ändå inte lika stora som dem, vilket fick dem att känna sig bättre för stunden.

I litteraturstudien beskrev kvinnor att de inte ville minska i vikt eftersom de upplevde att de då skulle förlora sig själva. De skulle tappa sin identitet. Dessa kvinnor hade ofta levt med sin övervikt under flera år, ofta hela sitt liv och det var svårt för dem att utveckla en ny identitet som en slank kvinna. De hade svårt att se sig själv i olika situationer som en ny person och de var rädda för att inte kunna leva upp till de nya förväntningar som ställdes på dem. Det är tryggare att förbli överviktig och i den roll man tilldelat sig i livet, eftersom man inte har erfarenhet av något annat. En kvinna beskrev hur hon hade gått ned i vikt och hamnade i en existentiell kris som slutade med att hon gick upp i vikt igen och då kände igen sig och upplevde trygghet. En studie visar samband mellan att hamna i en kris, bli deprimerad och i förloppet gå upp i vikt (Goodman, Robert & Whitaker, 2002). Ett gott självförtroende bygger på många faktorer i livet, bekräftelse som person från uppväxten och framåt, i skolan, som arbetskamrat, i familjelivet. Om så inte sker blir det svårare att hantera stress, kritik, ångest och man söker andra, ibland inte helt socialt acceptabla, sätt att ta itu med problemen. Till

dessa sätt hör bl a missbruk av olika slag och matmissbruk är ett av dem (O'Dea, 2002). Vidare i litteraturstudien beskrev kvinnor hur de gömde sig bakom sin övervikt. Det var en del av deras coping strategi, de upplevde att fetman skyddade dem från vissa krav, att man inte förväntade sig lika mycket från dem. Detta handlar om självstigmatisering och bekräftas av andra studier av Myers & Rosen (1999) och Drury & Louis (2002) som belyser människors fördomar om överviktiga såsom lata och dumma. Efter upplevda övergrepp var det också ett sätt att göra sig oattraktiv för det motsatta könet. För dem var vikten inte problemet utan lösningen. Många överviktiga kvinnor uppfattade sig inte som sexuellt attraktiva. Detta kan vara en effekt av medias fokusering på det slanka kvinnoidealet. Om man inte ser ut som kvinnorna på bilderna så är man alltså inte någon riktig kvinna och kan inte vara attraktiv för det motsatta könet.

Vidare framkom i litteraturstudien motsatsen, kvinnor som bestämt sig för att vikten inte skulle få regera deras livsföring. De kunde fokusera på andra värden i livet som de ansåg vara viktigare än att leva efter vissa regimer ifråga om kost och motion. Dessa kvinnor hade funnit en balans i livet som innebar att de var medvetna om sin hälsa och fokuserade på att leva ett gott liv och uppleva välbefinnande. Hälsoparametrar såsom blodtryck, blodfetter och blodglukos låg på normala värden och så länge hälsan inte var i omedelbar fara valde de att inte bekymra sig om sin vikt. Detta synsätt bekräftas i en studie av Bartlett (2003) som menar att om man är nöjd med sig själv och inte har några riskfaktorer såsom dåliga hälsoparametrar, bukfetma och dylikt, så behöver man inte bekymra sig om att gå ned i vikt. Det är dock viktigt att ändå gå på kontroller så att man håller hälsan under uppsikt. Flera levde ändå hälsosamt avseende kost och motion, men de hade valt detta eftersom de tyckte om att leva så, inte för att vikten dikterade detta.

Sjukvården måste börja erbjuda ett bra stöd för viktnedgång. Ett sådant stöd kommer att innebära ett minskat lidande för patienterna och det är dessutom kostnadseffektivt eftersom följsjukdomarna kostar samhället stora summor. Man kommer gärna med uppmaningar om viktnedgång, som om patienten inte redan är medveten om detta faktum, men man erbjuder inte en holistisk behandlingsform. Det blir en fråga om att behandla symtomen, inte orsaken (Drury & Louis, 2002). Resultatet av detta blir ofta att patienten visserligen i början följer dieten och motionsråden, men sedan faller tillbaka i gamla vanor eftersom grundorsaken inte är utredd. Behandlingen borde fokusera på att utveckla och bibehålla beteenden som resulterar i det önskade resultatet, en viktnedgång som blir bestående. Enligt en studie av

Miller (2001) skall ett behandlingsprogram för att ha den största potentialen för framgång, oavsett de initiala förutsättningarna, se till varje patients individuella behov. Det skall uppmuntra till en god kosthållning, en motionsform som upplevs nöjsam (och därmed blir något man önskar upprepa), sätta upp en plan för beteendeförändring och tillhandahålla en plan som innefattar hur man skall gå vidare med dessa mål. Detta innebär, efter att man utrett eventuella medicinska orsaker såsom exempelvis ämnesomsättningsrubbning och tagit hänsyn till varför kvinnan gått upp i vikt, kostråd och motionsråd anpassade efter individen, t ex bör en kraftigt överviktig kvinna välja en skonsam motionsform, simning, promenader och dylikt som inte i onödan belastar hennes leder. För att nå energibalans krävs det att patienten får möjlighet att skapa bra förutsättningar för hälsosamma, gradvisa förändringar kring mat och motion (Hu, 2003).

Målet med sjuksköterskans arbete är bland annat att ge patienter möjlighet till att uppleva välbefinnande och en av förutsättningarna för att detta skall kunna uppnås beror på patientens förmåga att kunna ta hand om sig själva så långt det är möjligt och sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienten att hitta verktyg för detta (Borchardt, 2000). I omvårdnaden av den överviktiga kvinnan är det viktigt med en individuell, skräddarsydd hälsoinformation och omvårdnadsplan. Genom samtal med patienten kan sjuksköterskan få en djupare förståelse för just denna patient, hur dennas liv gestaltat sig, hur livet fungerar runt omkring henne så att man kan utforma en individuell omvårdnadsplan. Detta är en viktig grund när man försöker visa patienten vilka resurser och svagheter som hon besitter. Det är särskilt viktigt att betona resurserna och de goda egenskaper som patienten innehar, det är dessa som man sedan måste bygga på när man försöker gå vidare i behandlingen och visa hur kvinnan skall använda dessa resurser när hon försöker förändra något i sitt liv (Carnevali, s 22, 1999). I en studie av Adolfsson et al. (2002) beskrivs hur empowerment-modellen används bl a inom diabetesvården. Denna modell skulle kunna vara ett viktigt verktyg även inom behandlingen av övervikt eftersom denna behandling är jämförbar med diabetesbehandlingen. Patienten måste själv ta ansvar för att genomföra beteendeförändringar och sådana kan inte tvingas på en person. Förändringarna måste förankras hos kvinnorna själva. Detta är motsatsen till att passivt följa sjukvårdens direktiv. Empowerment-modellen hjälper kvinnorna att själva förstå och ta tag i sina problem, känslor och värderingar, identifiera mål och val och slutligen besluta sig för och skapa en plan för genomförande av förändringar.

I litteraturstudien framkommer att de överviktiga kvinnorna upplever att de inte blir sedda som en hel person, att vårdpersonalen bara ser övervikten, inte den aktuella åkomsten. Det är viktigt att ha en positiv attityd och arbeta som en tränare med kvinnan och försöka se till hela kvinnan, inte bara ur en fysiologisk eller medicinsk synvinkel. Att som sjuksköterska ge utrymme för samtal om de faktorer som hindrar eller bidrar till att skapa förutsättningar för möjlighet till förändring kan t ex vara att inse att en ensamstående mamma inte har så stor möjlighet att medverka i kvällsgrupper eller liknande, utan man måste försöka skraddarsy en modell som passar just henne. I en studie av O'Dea (2002) beskriver man att involvering av familjen i omvårdnadsarbetet kan vara till hjälp för en del kvinnor. Överviktiga kvinnor i litteraturstudien beskriver att familjens motstånd mot förändringar i livsstilen kan vara besvärligt att överbrygga och kan förstöra motivationen hos kvinnan till att gå ned i vikt. Det kan vara bra för hela familjen att ändra livsstil. Förändringar i dieten kan införas gradvis och på så sätt göra det lättare att acceptera. Här kan förmåga till kommunikation, relationer och konflikthantering vara aspekter som lyfts fram eftersom detta är faktorer som säger en del om vem man är och vilken syn man har på sig själv (Bartlett, 2003). I bemötandet måste man utgå från patientens behov och önskemål vid just det unika tillfället. För detta krävs förförståelse och insikt i hur patienten upplever sin situation, sjukdom och behandling (Kihlgren, Johansson, Engström & Ekman, s 22, 2000).

Sjuksköterskan bör vara medveten om att det är känsliga saker som dryftas under de enskilda samtal som hålls för att få en bättre förståelse för den överviktiga kvinnans livsvärld och det är därför viktigt att vara lyhörd och hantera den information man får med varsamhet (Hitchcock-Noël & Pugh, 2002). Söderberg, Lundman & Norberg (1999) beskriver i en studie att ett gott möte innebär ett möte där patienterna känner tilltro, att någon lyssnar på dem och de ges tid att förtälja sin historia. Man visar även på bristen på förståelse hos omgivningen och inom hälsovården av dem som inte själva haft upplevelser av samma problem. I resultatet beskrivs hur en ung kvinna som söker läkare för att få ett recept blir hånad av läkaren när han hör hur mycket hon väger, att hon väger mer än en del vuxna. Hon känner sig kränkt och besöket kommer antagligen att färga hennes bild av vården och inge ett motstånd mot att söka vård i framtiden. I en studie av Lindsey (1997) belyses vikten av att patienten upplever stöd, respekt och bekräftelse som en förutsättning för att nå en god relation med vårdpersonalen. Överviktiga kvinnor i dagens samhälle utsätts för mycket stigmatisering och de är känsliga och man måste därför noga tänka över hur man lägger fram information. I en studie av Borchardt (2000) betonas att sjuksköterskan också måste reflektera över sina egna värderingar

och känslor kring övervikt eftersom vi själva är vårt viktigaste verktyg i mötet och omvårdnaden av den överviktiga kvinnan. Sjuksköterskans självkännedom lägger grunden för hur hågad hon/han är att lära känna patienten och dennas realitet och denna självkännedom uppkommer genom insikt och erfarenhet och är avgörande för omvårdnaden. Vidare beskriver Borchardt (2000) att en sjuksköterska som kan se på sig själv med kritiska ögon och reflektera över sin eget ansvar, sin omvårdnad, sin egen utveckling, livsstil, förmåga till problemlösning, förmåga till egen inläring och utlärande och ledarskap, är en sjuksköterska som kan se dessa processer även hos patienten. Att engagera sig i den egna utvecklingen, förändring av den egna livsstilen och inläringen gör att man bättre kan stödja detta även hos patienten.

I litteraturstudien framkom att kvinnor undvek att uppsöka vård eftersom de kände sig utpekade och att de blev dåligt bemötta. Genom enkla medel kan sjuksköterskan få kvinnorna att inte känna sig så utsatta inom vården. På många vårdinrättningar sker idag till exempel vägning av patienter helt öppet inför annan personal och andra, väntande patienter. Genom att väga patienter i en mer privat miljö så utsätter man dem inte för det obehag som offentligt vägande kan innebära. Man kan också se till att instrument och andra typer av nödvändig utrustning, till exempel blodtrycks-manschetter, britsar, vågar etc. är anpassade för stora personer eftersom t ex en för smal manschett som används på en kraftig överarm medför falskt förhöjda värden (Haugland, Hansen & Areklett, s 412-414, 2002). Utrustningen skall dessutom finnas nära inpå så att man inte behöver springa runt och leta och fråga annan personal var den kan finnas och därmed påkalla onödig uppmärksamhet. Det bör också finnas stolar utan armstöd, så att den överviktiga inte behöver klämma ned sig mellan armstöden eller helt enkelt tvingas stå under samtalet med doktor eller sjuksköterska (Holland, Krulish, Reich & Roche, 2000). Sjuksköterskan får försöka använda sin egen kreativitet för att försöka hitta lösningar på olika problem som kan uppstå, om britsen är för smal vid blodtryckstagnning t ex så får man kanske försöka ställa ett undersökningsbord bredvid britsen, så att patienten kan lägga ut armen på det och slipper känna sig obekvä.

I resultatet beskrivs hur kvinnor tappat hoppet om att gå ned i vikt. Som sjuksköterska är det i förändringsprocessen viktigt att uppmuntra kvinnan och försöka inge hopp, vilket bland annat kan innebära att man sätter upp rimliga delmål, som är lättförståeliga och möjliga att nå. Man bör inte ha orealistiska mål med en viktninskning. Dels är det lättare att nå små delmål och dels är redan en viktninskning på 5-10 % en vinst för hälsan som ger förbättrat blodtryck och en lättad av andra kardiovaskulära faktorer (Bartlett, 2003). Det är dessutom bevisat att en

långsam, gradvis, viktninskning är lättare att bibehålla framledes samt att detta ger mer generella effekter som ökad energi, förbättrad sömn och ökad rörlighet som i sin tur ökar motivationen till fortsatt viktnedgång (Drury & Louis, 2002; Hitchcock Noël & Pugh, 2002). En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att förmedla hopp till patienten. Fenomenet hopp är svårt att definiera, men har av sjuksköterskor uttryckts som ett realistiskt och framtidsorienterat fenomen. I omvårdnadsrelationen präglas förmågan hos patienten att känna hopp av sjuksköterskans agerande och behandling av patienten. Sjuksköterskan bör vara medveten om att hans/hennes bemötande kan både bygga upp, men även reducera, patientens förmåga till att känna hopp. Hur patienten upplever bemötandet har effekt på dennes förmåga till hopp. Sjuksköterskan har en unik möjlighet i interaktionen mellan patienten och dennes familj på grund av hans/hennes yrkesroll. Utmaningen för sjuksköterskan ligger i att försöka stödja och/eller återuppbygga patientens hopp. Med adekvat bemötande och behandling kan sjuksköterskan bygga upp patientens inre styrka och energi inför framtiden (Benzein, 1999, del IV, s 14).

I litteraturstudien beskrivs hur de överviktiga kvinnorna upplever att de inte fötts med kroppar som passar rådande skönhetsideal. Kvinnokroppen har genom tiderna varit i fokus genom olika ideal, mullig, kurvig, supersmal och så vidare och man har försökt ändra på dess utseende både genom dieter av olika slag samt genom korsetter och andra uppfinningar för att uppnå den rådande tidens förebild. Pendeln har slagit mellan olika ytterligheter. Dagens ideal är i det närmaste omöjligt att uppnå: ständigt ung, framgångsrik, brunbränd, vältränad, utan kroppsfett men ändå med stora bröst och kurvig stjärt, utan att ändra på kroppen med artificiell och kirurgisk hjälp. Det slanka idealet är så befast att en överviktig kropp anses vara en belastning och beroende på svaghet (Jeffcoate, 1998; Chang & Christakis, 2002). Kraftig övervikt och fetma har blivit ett negativt laddat begrepp. Resultatet av litteraturstudien visar på att många kvinnor upplever sig utsatta för diskriminering på grund av sin övervikt. Många fördomar florerar i samhället och den kraftigt överviktiga kvinnan är i största grad drabbad av denna fördomsfullhet som innefattar begrepp som beskriver den överviktiga som lat, dum, med bristande självkontroll, frossare och så vidare (Myers & Rosen, 1999). Studier pekar på att kvinnor påvisade mer psykosociala problem pga sin övervikt än män (Kolotkin et al., 2001; Drury & Louis, 2002). Ziebland, Robertson, Jay & Neil visar i en studie (2002) på skillnaden mellan de faktorer som gör att män och kvinnor går upp i vikt i medelåldern. Kvinnor går upp i vikt pga graviditet, menopaus/hormoner, ett stillasittande/inaktivt liv, att vara hemma med barnen, småätande/tröstätande samt att vara nöjd med sig själv och släppa

på sina egna restriktioner avseende vikten. Männerna går upp i vikt pga att man deltar mindre i sportslig utövning än när man var yngre, lathet, för att undervikt är mindre accepterat än övervikt hos män, viktuppgång innebär att man ser ”biffigare” ut, de ger upp att försöka vara attraktiva (kvinnor överser med övervikten) och öl-drickande. Idealet för mannen har också blivit smalare under det senaste årtiondet. Men männen har dock inte samma press på sig och den manliga övervikten renderar fortfarande ett visst mått av pondus. Paradoxalt nog är det ändå den manliga bukfetman som utgör den största hälsorisk, den kvinnliga som sätter sig kring höft och lår är mindre hälsovådlig. Kvinnor tenderar också att vara mer överseende med manlig fetma än vad männen är avseende kvinnors övervikt (Ziebland et al., 2002).

Kvinnor i litteraturstudien beskriver hur de diskrimineras i arbetsammanhang och att de har svårare att få jobb eftersom arbetsgivarna tvekar att anställa dem. Detta skapar ångest, ilska och tvivel på den egna förmågan. Kvinnors fetma leder i en del fall också till förtidspension på grund av utslitna leder, ryggar samt på grund av de följsjukdomar som fetman drar med sig. Allt detta kan leda till en ansträngd privatekonomi och gör kvinnans situation ännu tyngre. Även samhällsekonomiskt ses övervikt som en extra belastning på ansträngda budgetar inom stat, landsting, försäkringsbolag och försäkringskassa. Övervikt kan leda till flera kroniska följsjukdomar redan i tidig ålder, vilket medför höga kostnader och mycket onödigt lidande (Kolotkin, Meter & Williams, 2001; Hu, 2003; Rosmond & Björntorp, 1999; Chang & Christakis, 2002; Myers & Rosen, 1999). Övervikten påverkar hela individen, både socialt och ekonomiskt liksom andra kroniska sjukdomar. Det är därför viktigt att försöka få komma in med behandling så tidigt som möjligt, dels i förebyggande syfte avseende följsjukdomar, dels för att det blir svårare och svårare att bryta invanda mönster ju längre de fått fortgå.

Validiteten och reliabiliteten i denna studie har säkrats genom att hela tiden gå tillbaka och jämföra det undersökta materialet mot syftet med studien och originaltexten. En tabell har upprättats över de artiklar som ingår i analysen för att göra det lätt att söka ursprungskällan, vilket också ökar reliabiliteten. Detta styrker också validiteten eftersom det blir lättare att se att man undersökt det som man avsett att undersöka. Genom en utförlig beskrivning av analysarbetets olika steg säkras reliabiliteten. För att undvika subjektivitet har materialet lästs igenom var för sig och sedan tillsammans, vilket är en fördel. Eftersom artiklarna i studien genomgående varit på engelska kan vissa nyanser möjligen ha förlorats vid översättningen, vilket kan ses som en nackdel. En noggrann

jämförelse mellan ursprungstext och de översatta delarna har dock gjorts för att minska detta. Att generalisera litteraturstudiens resultat att gälla för alla överviktiga kvinnor går ej och är inte heller meningen med en kvalitativ studie. Att överföra resultatet till övriga överviktiga kvinnor blir läsarens sak att göra om denne så anser att det är möjligt (Holloway & Wheeler, s 250-256, 2002).

Att förebygga sjukdom samt återuppbygga och bibehålla hälsa är ett av omvårdnadens viktigaste mål. Styrkan med denna studie är bl a att den visar på fördomar och attityder som finns ute i samhället som kan verka emot detta mål. Överviktiga kvinnor tappar självförtroendet och får svårare att ta till sig hälsoförebyggande råd på grund av de fördomar som de möter både hemma, ute i samhället och i vården. Det är viktigt att se att de överviktiga kvinnorna inte kräver några fantastiska mirakelkurer, utan att man tar dem på allvar och ser på dem med en helhetssyn och inte bara ser övervikten. Oförmodat fann vi också att en del kvinnor använde vikten som ett skydd mot omvärlden. Dessa kvinnor behöver än mer stöd och uppmuntran och en långtgående planering för att kunna bryta igenom den barriär som övervikten blivit för dem. De behöver hjälp att se sina övriga värden, hjälp att utveckla sin personlighet, så att övervikten inte behöver vara hela deras identitet. En sjuksköterska med god kunskap om hur kroniskt sjuka människor upplever livet har en djupare förståelse för vikten av att patienten får behålla sin autonomi (Lindsey, 1997). Att beskriva människors upplevelse av att leva med övervikt möjliggör ett djupare och bredare perspektiv vilket ökar sjuksköterskans möjligheter till beredskap i sitt yrke, vilket indirekt leder till en bättre omvårdnad för patienterna.

REFERENSLITTERATUR

Anmärkning: Artiklar märkta med asterisk ingår i resultatet.

Adolfson, B., Carlson, A., Undén, A-L., & Rössner, S. (2002). Treating obesity: A qualitative evaluation of a lifestyle intervention for weight reduction. *Health Education Journal*, 61(3), 244-258.

*Allan, J. D. (1994). A biomedical and feminist perspective on women's experiences with weight management. *Western Journal of Nursing Research*, 16(5), 524-543.

Almås, H. (red.) (2002). *Klinisk omvårdnad 1*. Kapitel 18: Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. Stockholm: Liber AB.

Bartlett, S., (2003). Motivating patients toward weight loss. *Physician & Sportsmedicine*, Nov., 31(11), 8-16.

Benzein, E. (1999). *Traces of hope*.

(Avhandling för doktorsexamen, Umeå Universitet, Medicinska fakulteten, Sverige.)

Björntorp, P. (1997). Obesity. *Lancet*, 350, 423-427.

Borchardt, G.L. (2000). Role models for health promotion: The challenge for nurses. *Nursing Forum*, 35(3), 29-32.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

*Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27, 955-962.

Carnevali, D. (1999). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.

*Carrier, J. (2001). Embodied largeness: a significant women's health issue. *Nursing Inquiry*, 8(2), 90-97.

Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 119-133.

*Cossrow, N.H.F., Jeffery, R.W., & McGuire, M.T. (2001). Understanding weight stigmatization: A focus group study. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 208-216.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Drury, C. A. A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14, 554-561.

Evers Larsson, U. (2003). *Disability and effects of weight loss in obese women*. (Avhandling för doktorsexamen, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige.)

Goodman, E., & Whitaker, R.C. (2002) A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 109(3), 497-504.

*Hayward, L.M., Nixon, C., Jasper, M.P., Murphy, K.M., Harlan, V., Swirda, L., & Hayward, K. (2000). The process of restructuring and the treatment of obesity in women. *Health Care for Women International*, 21, 615-630.

Hitchcock-Noël, P. & Pugh, J.A. (2002). Management of overweight and obese adults. *British Medical Journal*, 325, 757-761.

Holland, D. E., Krulish, Y. A., Reich, H. K., & Roche, J. D. (2000). Expanding the care plan for a morbidly obese patient. *Nursing*, 30(12), 32.1-32.4.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Science Ltd.

- Hu, F.B. (2003). Overweight and obesity in women: Health risks and consequences. *Journal of Women's Health*, 12(2), 163-172.
- Jeffcoate, W. (1998). Obesity is a disease: food for thought. *Lancet*, 351, 903-904.
- *Kiesinger, C.E. (1998). From interview to story: Writing Abbie's life. *Qualitative Inquiry*, 4(1), 71-95.
- Kihlgren, M., Johansson, G., Engström, B. & Ekman, S-L. (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Klem, M. L., Viteri, J. E., & Wing, R. R. (2000). Primary prevention of weight gain for women aged 25-34: the acceptability of treatment formats. *International Journal of Obesity*, 24, 219-225.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Lindsey, E. (1996). Health within illness: experiences of chronically ill/disabled people. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 465-472.
- Lindsey, E. (1997). Experience of the chronically ill: A covert caring for the self. *Journal of Holistic Nursing*, 15(3), 227-242.
- *Lopez, K.M. (1997). Value conflict: The lived experiences of women in treatment for weight loss. *Health Care for Women International*, 18(6), 603-612.
- *Lyons, M.A. (1998). The phenomenon of compulsive overeating in a selected group of professional women. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1158-1164.
- Madjar, I. (1997). The body in pain, health and illness. I Lawler, J. (Red.). *The body in nursing*, 53-73. South Melbourne: Churchill Livingstone.
- Martinez Owens, T. (2003). Morbid obesity. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 162-165.

McCrone, S., Dennis, K., Tomoyasu, N. & Carroll, J. (2000). A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *Journal of Womens health & Gender Medicine*, 9, 1007-1013.

Myers, A., & Rosen, J.C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230.

*Nauta, H., Harm, J. H., Jansen, A., & Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 521-531.

*Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (1997). Recommendations from overweight youth regarding school-based weight control programs. *Journal of School Health*, 67(10), 1-11.

O'Dea, J., (2002). The new self-esteem approach for prevention of body image and eating problems in children and adolescents. *Healthy weight journal*, November/December, 89-93.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research. Principles and methods*
Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4, 53-78.

Riggs Jackson, A., Wright, D. E., Marena, A., Cashman, L., & Moreland, K. (2002). Weight control brochures for five target audiences of women ages 25 to 40. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 34(5), 283-284.

*Roberts, A., & Ashley, G. (1999). What are the characteristics of overweight and obese patients who achieve weight loss and what factors are most helpful? A quantitative and qualitative study of patients and interventions in a rural general practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12(Suppl 1), 20-27.

*Robinson, R., & Keyser, P. (1998). A grounded theory of women's eating patterns. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 2(2), 51-55.

Rosmond, R. & Björntorp, P. (1999). Psychosocial and socio-economic factors in women and their relationship to obesity and regional body fat distribution. *International Journal of Obesity*, 23, 138-135.

Rydén, A., & Karlsson, J. (2001). Obesity related-coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 177-188.

SBU 2002:160. *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturstudie.*
Göteborg: Elanders Graphic Systems

Spence-Jones, G. (2003). Overview of obesity. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 83-88.

Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001.

www.sos.se

Söderberg, S., Lundman, B. & Norberg, A. (1999). Struggling for dignity: The meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9(5), 575-587.