



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet för vuxna med övervikt och fetma

En litteraturstudie

Författare: Maria Linge och Camilla Pettersson

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet för vuxna med övervikt och fetma

En litteraturstudie

Författare: Maria Linge och Camilla Pettersson

Handledare: Elisabet Werntoft

Kandidatuppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Bakgrund: Övervikt och fetma ökar globalt och orsakar stort lidande, ett flertal följsjukdomar samt stora samhällsekonomiska kostnader. Fysisk aktivitet är en viktig komponent i omvårdnadsarbetet vid övervikt och fetma. Fysisk inaktivitet orsakar idag många dödsfall. **Syfte:** Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet för vuxna personer med övervikt eller fetma. **Metod:** En litteraturstudie genomfördes med nio vetenskapliga artiklar, och en integrerad analys användes. **Resultat:** Feedback, målsättning, samtal, information och undervisning, stegräknare samt gruppträning framkom som effektiva sjuksköterskeåtgärder för att öka fysisk aktivitet. Beteendeteoretisk förankring samt att åtgärderna personcentreras identifierades som faktorer vilka medför en positiv effekt. **Slutsats:** Studien påvisade vikten av en mångfacetterad intervention med tydlig personcentrering samt sjuksköterskans roll i detta.

Nyckelord

Övervikt, fetma, sjuksköterskeintervention, fysisk aktivitet, personcentrering

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Problemområde.....	3
Bakgrund.....	4
Teoretisk referensram	4
Orems egenvårdsteori.....	5
Sociokognitiv teori	6
Transteoretisk modell för beteendeförändring.....	7
Övervikt och fetma	7
Fysisk aktivitet.....	9
Följsamhet till behandling.....	10
Omvårdnadsåtgärder och personcentrerad vård	10
Syfte	11
Metod	11
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
Tabell 1, Sökschema PubMed	13
Tabell 2, Sökschema CINAHL.....	14
Analys av data.....	15
Forskningsetiska avvägningar.....	15
Resultat	15
Feedback.....	16
Målsättning	18
Information och utbildning	20
Samtal	21
Stegräknare.....	21
Gruppträning	22
Diskussion.....	23
Diskussion av vald metod.....	23
Diskussion av framtaget resultat	25
Slutsats och kliniska implikationer.....	28
Författarnas arbetsfördelning	29
Referenser.....	30

Introduktion

Problemområde

Övervikt och fetma är båda betydande riskfaktorer när det gäller flertalet kroniska sjukdomar, bland annat diabetes typ 2, hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer (WHO, 2015a). Det har även fastställts att fetma och fysisk inaktivitet är oberoende riskfaktorer för cancer (Wang et al., 2012). Enligt World Health Organisation (WHO, 2015b) reducerar fysisk aktivitet risken för hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2 och regelbunden medelintensiv fysisk aktivitet har även signifikant hälsofrämjande effekt (ibid.). Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting (2015) kom i sin undersökning fram till att överviktiga personer har en mer stillasittande vardag än normalviktiga. Även Health and social care information centre (2015) visade att en majoritet av personerna med övervikt och fetma utövar för lite fysisk aktivitet utifrån de nationella rekommendationerna. Med ökad ohälsa kommer ökade samhällskostnader. Fetma i sig, samt dess relaterade kroniska sjukdomar, resulterar i ökade sjukvårdskostnader (Wang, Sereika, Styn & Burke, 2013).

Övervikt och fetma orsakar även ett psykiskt lidande i form av stigmatisering. Personer som är överviktiga eller feta upplever sig ofta utsatta för stereotypa fördomar och stigmatisering (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell, 2008). De känner sig nedstämnda, ledsna, sårade och skamsna till följd av stigmatiseringen. Puhl och Heuer (2010) beskriver stigmatisering och diskriminering av överviktiga och feta personer som ett stort problem (ibid.).

För att förbättra hälsa och minska lidande hos överviktiga och feta personer behövs adekvata och effektiva omvårdnadsåtgärder. Enligt ICN (2009) ska sjuksköterskor i allmänhet kunna arbeta hälsofrämjande. Att arbeta hälsofrämjande innebär att kunna inkludera psykosociala och kulturella faktorer som påverkar hälsobeteenden. Sjuksköterskan ska kunna bedöma patientens motivation och vilja att lära samt uppmuntra patienten till lämpliga livsstilsförändringar. Dessutom bör sjuksköterskan ta en ledande roll i hälsoarbetet relaterat till övervikt och fetma genom att arbeta såväl preventivt som informativt på både individ- och samhällsnivå (ibid.).

Övervikt och fetma orsakar stort personligt lidande, ett flertal följsjukdomar och stora samhällsekonomiska kostnader. Sjuksköterskan har därför genom sitt hälsofrämjande arbete en central roll i både det preventiva och kurativa arbetet. Hälsofrämjande insatser i primärvården i form av rådgivning rörande fysisk aktivitet har dock visat sig vara otillräckliga (Peterson, 2007).

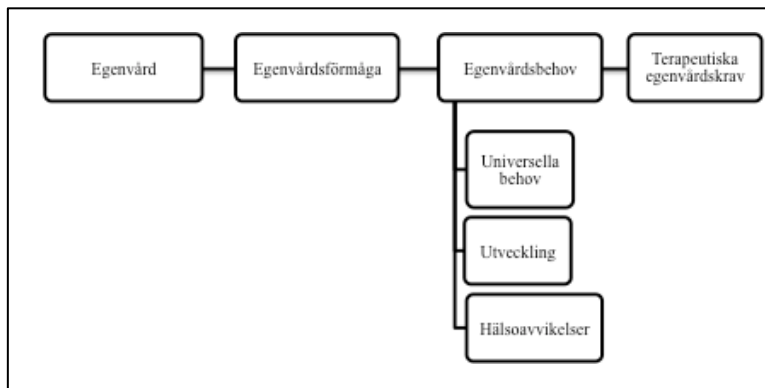
Bakgrund

Teoretisk referensram

Resultatet föll inom det humanistiska förhållningssättet vilket sätter människan i centrum och ser till hennes möjligheter och hinder (Stolt, 2003). Inom humanismen är holismen central med vilket menas att varje individ ska ses i sitt sammanhang. Ett humanistiskt förhållningssätt inom vården innebär att ett liv som sjuk är lika mycket värt som ett liv som frisk och patienter ska behandlas utifrån denna princip (ibid.). Det kan anses relevant att se patientens hinder men även möjligheter gällande fysisk aktivitet för att lättare kunna utforma individuella åtgärder som är effektiva samt ger möjlighet till god följsamhet. Detta stärks i Patientlagen (SFS 2014:821) kapitel 5 § 2 som belyser vikten av delaktighet i vården. Om en patient medverkar i vården genom att själv utföra vissa vård- eller behandlingsåtgärder, det vill säga egenvård, så ska dessa utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (ibid). Stolt (2003) skriver vidare att i det humanistiska förhållningssättet ska sjukvården sätta människan i fokus genom att respektera dennes integritet och fria val, försöka vara rättvis samt syfta till att göra gott. Detta är även relevant för studien då de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning (SSN, 2003) framhåller vikten av att följa de fyra etiska principerna om autonomi, att göra gott, att inte skada och rättvisa. Utgångspunkten i litteraturstudien är ett humanistiskt och holistiskt förhållningssätt och utgår huvudsakligen från sjuksköterskans perspektiv. Patientens perspektiv kan inte uteslutas då resultatet delvis kommer att innehålla patienternas syn på och skattning av interventionerna.

Orems egenvårdsteori

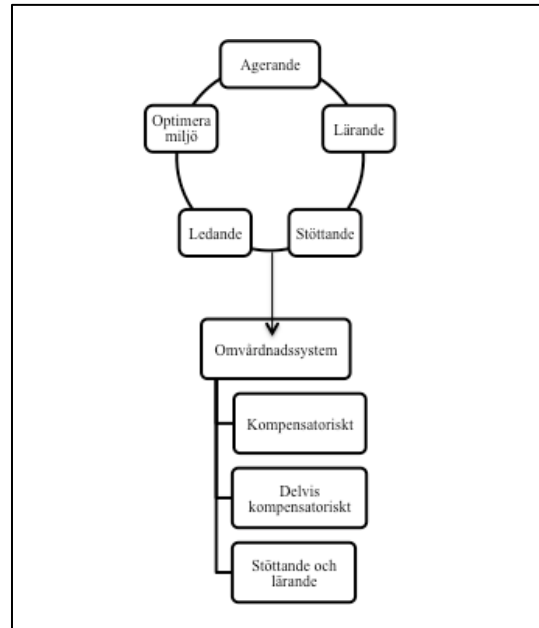
Orem (1985), baserar sin egenvårdsteori på fyra olika begrepp: egenvård, egenvårdsförmåga, egenvårdsbehov och terapeutiska egenvårdskrav (Figur 1).



Figur 1. Orems egenvårdsteori

Egenvård definieras som de aktiviteter och åtgärder en person självständigt gör i sitt liv för att förebygga samt upprätthålla sitt välmående och sin hälsa. Med *egenvårdsförmåga* menas personens förmåga att utföra egenvårdsaktiviteter. *Egenvårdsbehov* är de åtgärder som görs för att främja egenvård. Behoven kan delas in i tre kategorier där den första kategorin innefattar universella behov så som att tillgodose kroppen med tillräcklig mängd syre, mat, vatten och sömn. Den andra kategorin innefattar nödvändig utveckling som ett resultat av mognad och har sin grund i olika händelser som påverkar livssituationen, exempelvis en förändrad kroppsuppfattning. Hälsoavvikelser hör till den tredje kategorin och är ett resultat av en skada, sjukdom eller behandling. Till denna kategori hör även att söka hjälp inom vården, följa och genomföra de terapier som ordineras samt leva med effekterna och följderna av sjukdomen eller skadan. *Terapeutiska egenvårdskrav* hänvisar till alla egenvårdsaktiviteter som krävs för att möta de existerande behoven. När dessa inte är i balans uppstår en egenvårdsbrist (ibid.). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008) ska omvårdnaden syfta till att utveckla och stötta varje persons egenförmåga för att individen ska kunna klara av de vardagliga aktiviteterna. Egenvård vid övervikt och fetma handlar främst om Orems tredje kategori *egenvårdsbehov* (Orem, 1985) då sjuksköterskans roll är att hjälpa personen till följsamhet av de terapier som är aktuella i form av bland annat fysisk aktivitet och kosthållning. Sjuksköterskan ska kunna identifiera hälsorisker och samband mellan levnadsvanor och hälsa samt arbeta hälsofrämjande utifrån detta (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det hälsofrämjande arbetet präglas av dialog och delaktighet (ibid.).

Orem identifierar fem metoder och tre olika omvårdnadssystem (Figur 2) som sjuksköterskan kan använda sig av till vård vid egenvårdsbrist (Berman, Snyder & Frandsen, 2016). De fem metoderna för att hjälpa är agerande, ledande, lärande, stöttande samt att optimera miljön kring personen för att främja dennes förmåga att hantera nuvarande och kommande problem. Det första omvårdnadssystemet är ett fullständigt kompensatoriskt system som krävs för de individer som helt saknar förmåga att kontrollera sin miljö och hantera information. Det andra systemet riktar sig till individer som bara i viss mån klarar av att utföra egenvårdsaktiviteter och är därmed ett delvis kompensatoriskt system. Ett stödjande och undervisande system är det tredje som Orem tar upp vilket är avsett för individer som behöver lära sig att utföra egenvårdsåtgärder och samtidigt kräver stöttning (ibid.). Enligt sjuksköterskans kärnkompetenser ska sjuksjuksköterskan bedriva personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2015) och denna ska syfta till att bevara personens värdighet och integritet. Personens individuella behov och värderingar ska respekteras och prioriteras (ibid.). Med grund i sjuksköterskans kärnkompetenser kan ses att Orem's tre omvårdnadssystem passar bra i sjuksköterskans arbete för att individanpassa vården.



Figur 2. Omvårdnadssystem och metoder

Sociokognitiv teori

Banduras sociokognitiva teori syftar till att förklara människans beteendeförändringar. Dessa förändringar är i stor utsträckning motiverade och reglerade av det för personen ständigt pågående arbetet med sig själv (Bandura, 1991). De grundläggande faktorerna för en beteendeförändring i den sociokognitiva teorin är individens upplevda egenförmåga, förväntningar på resultat, målsättning samt upplevda möjligheter och resurser (Bandura, 2004). Även inläring och självstyrning är viktiga faktorer i teorin (Bandura, 1991). Den sociokognitiva teorin och dess olika faktorer appliceras främst på hälsofrämjande arbete och inläringen fokuserar då på hälsorisker och fördelar med olika hälsometoder. Individens

förväntningar på resultat handlar då om för- och nackdelar med olika hälsobeteenden. Den upplevda egenförmågan i beteendeförändringen är att ha kontroll över sina hälsovanor. Målen sätts upp med fokus på hälsa och till dessa skapas tillhörande konkreta planer och strategier för att uppnå dem (ibid.).

Transteoretisk modell för beteendeförändring

I Prochaskas transteoretiska modell för beteendeförändring, TTM, beskriven av Prochaska, Redding och Evers (2008), är förändring en process som utvecklas över tiden genom olika faser. Dessa faser är förnekelse, övervägande, förberedelse, handling, upprätthållande och avslutning. I *förnekelsefasen* befinner sig personer som är för dåligt informerade om konsekvenser av sitt beteende och dessa undviker gärna att prata och läsa om samt tänka på sitt riskbeteende. De har ingen avsikt att göra en förändring inom de närmsta sex månaderna. Personer i *övervägandefasen* är medvetna om både fördelarna och nackdelarna med en beteendeförändring och avser genomföra denna inom sex månader. I *förberedelsefasen* planeras att vidta åtgärder inom en månad och små steg mot en beteendeförändring har ofta redan gjorts. *Handlingsfasen* pågår sedan under max sex månader och består av betydande och observerbara framsteg i beteendeförändringen. Under *upprätthållandefasen* är risken för återfall liten och personerna känner sig mer självsäkra. I *avslutningsfasen* finns ingen lockelse att falla tillbaka i gamla mönster. Även om personerna i förändringsprocessen är deprimerade, ängsliga, arga, ensamma eller uttråkade så är de säkra på att de inte kommer återvända till sina gamla ohälsosamma beteenden. Vid beteendeförändringar gällande motion och viktkontroll kan ett rimligt mål vara att stanna i upprätthållandefasen eftersom återfall och frestelser är vanligt vid just de förändringarna och ett egentligt avslut sällan sker (ibid.).

Övervikt och fetma

WHO (2015a) definierar övervikt och fetma som en onormal fettmängd på kroppen, vilken i sin tur ger en risk för ohälsa. Vanligen mäts graden av övervikt och fetma genom Body Mass Index, BMI, vilket är en persons vikt i kilo delat på personens längd i meter i kvadrat (kg/m^2). En person med ett BMI > 25 räknas generellt som överviktig och en person med BMI > 30 klassas generellt som fet. Övervikt och fetma har tidigare varit ett problem främst i

höginkomstländer men ökar i dagsläget dramatiskt även i låg- och medelinkomstländer (ibid.). Enligt WHO:s statistik (2014b) för personer över 20 år, där båda könen inkluderades, var prevalensen av övervikt i Sverige 56 %. Motsvarande siffra var i USA 67 % och i Storbritannien 62 %. För samma urvalsgrupp var prevalensen av fetma 21 % i Sverige, 34 % i USA och 28 % i Storbritannien (WHO, 2014a). År 2014 uppskattades 1,9 miljarder av världens befolkning vara överviktiga, varav 600 miljoner led av fetma (WHO, 2015b). Övervikt och fetma till följd av fysisk inaktivitet beräknades år 2000 ha orsakat 1,9 miljoner dödsfall (Wang et al., 2012).

Övervikt och fetma är associerat med högre risk för bland annat hjärt- och kärlsjukdomar samt olika cancersjukdomar. Risken att drabbas av kranskärlsjukdomar ökar med 20 % vid övervikt och 50 % vid fetma (Lenz, Richter & Mühlhauser, 2009). En metabolisk konsekvens av fetma och framförallt bukfetma är utveckling av insulinresistens, vilket innebär en ökad risk för diabetes typ 2 (Bianchini, Kaaks & Vainio, 2002). Risken för att drabbas av diabetes typ 2 blir större desto högre BMI personen har (Lenz et al., 2009). Övervikt och fetma kan orsaka cancer i tjocktarm, bröst, njure, matstrupe samt livmoderslemhinna och risken att drabbas ökar med 200-400 % då en person har ett BMI > 25 (Bianchini et al., 2002).

Abu-Odeh (2014) beskriver begreppet stigmatisering som en märkning och särskiljning av utsatta grupper i samhället. Enligt Skärsäter (2014) är stigmatisering det en person upplever och ser som negativt för individen samt är något som förknippas med utstötning. Lewis, Thomas, Warwick Blood, Castle, Hyde och Komesaroff (2011) beskriver att vuxna individer med fetma utsätts för stigmatisering i form av attityder och bemötanden. Stigmatiseringen genomsyrar deras vardag och kommer till uttryck i många sociala sammanhang. Personerna upplever att de inte har samma rättigheter och värde som normalviktiga (ibid.). Stigmatisering är inte gynnsamt för att minska fetma eller förbättra livsstilen utan medför snarare allvarliga risker för patientens hälsa (Puhl & Heuer, 2010). Stigmatisering av överviktiga och feta personer kan ses som ett hot mot patienternas fysiska och psykiska hälsa då det ger en ökad risk för depression, låg självkänsla och missnöje med sin egen kropp (ibid.). Sjuksköterskans roll i detta blir i hög grad aktuell då sjuksköterskeprofessionens fyra ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Överviktiga och feta personers upplevelser av stigmatisering undersöktes av Puhl et al. (2008). Studien visade att stigmatiseringen främst kommer från vänner, föräldrar, främlingar, make/maka, andra familjemedlemmar samt hälso- och

sjukvårdspersonal. Studiedeltagarna beskrev att den vanligaste fördomen de möttes av var att de är lata. Andra fördomar var att alla överviktiga överäter, är ointelligenta, har bristfällig hygien och dålig självdisciplin. Fysiska utmaningar till följd av övervikten lyftes även fram, så som att hitta stolar som passar på bland annat restauranger och biosalonger, att hitta attraktiva kläder som passar samt förekomsten av smärta vid fysisk aktivitet (ibid).

Överviktiga och feta personers hälsorelaterade livskvalitet undersöktes av Wang et al. (2013) och deltagarna med ett högre BMI hade mer fysiska begränsningar än de med ett lägre BMI. Begränsningarna var relaterade till ett underskott av fysisk aktivitet och en allmänt dålig uppfattning av hälsa. Stigmatisering från hälsovårdspersonal är något som lyfts av Buxton och Snethen (2013), vilkas resultat visar på att vissa överviktiga och feta personer upplever att vårdpersonal endast ser deras viktproblematik och inte det problem de primärt sökt hjälp för. Att bli sedd och respekterad som en individ, och inte ett sjukdomstillstånd, anses viktigt.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är all rörelse vilket innefattar sammandragning av skelettmuskulaturen som ger en ökad energiförbrukning. Fysisk aktivitet ger positiva hälsoeffekter då det påverkar många olika system i kroppen (WHO, 2015c). Motion och fysisk aktivitet har välgörande effekter på det allmänna hälsotillståndet och förhindrar en rad olika sjukdomstillstånd eftersom det har direkta effekter på immunsystemet (Karacabey, 2005). Fysisk aktivitet ökar utsöndringen av endogena opiater, bland annat enkefaliner och endorfiner. Dessa hormoner ger ett tillstånd av eufori samt minskar stress (ibid.). Hälsöfrämjande fysisk aktivitet definieras av Folkhälsomyndigheten (u.å.b) på följande vis: "Hälsöfrämjande fysisk aktivitet är all fysisk aktivitet som förbättrar hälsan och den fysiska kapaciteten utan att leda till skada eller utgöra en risk". Socialstyrelsen (2011) definierar otillräcklig fysisk aktivitet som mindre än 150 minuter måttligt intensiv aktivitet i veckan. Risken ökar för hjärt- kärlsjukdomar, diabetes typ 2 och vissa typer av cancer vid en längre tid med låg eller ingen fysisk aktivitet (Vuori, 2007). Fysisk inaktivitet är den faktor som påverkar risken för dessa sjukdomar mest samt förvärrar tillstånden. De mest effektiva sätten för att öka den fysiska aktiviteten är att börja med vardagliga aktiviteter så som promenader, cykling och simning (ibid.). Fysisk inaktivitet orsakar dubbelt så många dödsfall som fetma (Ekelund et al., 2015) vilket betyder att adekvata åtgärder krävs (Socialstyrelsen, 2011) eftersom fysisk aktivitet minskar risken för en för tidig död (Ekelund et al., 2015)

Följsamhet till behandling

Begreppet patientföljsamhet definieras av Karolinska Institutet (2015) som “Frivillig Kooperation när patienten följer en föreskriven behandling”. Följsamhet är inte endast begränsat till administrering av läkemedel utan begreppet omfattar även beteenden som att gå på sina bokade tider på sjukhuset, äta en sund och balanserad kost samt träna regelbundet (Bassan, 2014). Att motivera patienter till följsamhet i behandlingar är en viktig del i sjuksköterskans arbete eftersom det leder till bättre resultat av behandlingen, minskade kostnader och ökad patientsäkerhet (Gardner, 2015). Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA, 2001) skriver att följsamhet är dåligt dokumenterad, men i de fall dokumentation finns visar den tydligt att en bristande följsamhet bidrar till en ökad sjuklighet. Långa behandlingar anges ha sämre följsamhet än korttidsbehandlingar och följsamheten till behandlingar är i genomsnitt 50 % som högst. För att öka följsamheten har ABLA (2001) satt upp gemensamma mål för olika professioner så som sjuksköterskor, läkare och farmaceuter. Målen utgår från begreppet *concordance* med vilket menas att det ska finnas en överensstämmelse och en samstämmighet mellan vårdgivare och patient gällande deras syn på patientens sjukdom och behandling (ibid.).

Omvårdnadsåtgärder och personcentrerad vård

Sjuksköterskan är skyldig att använda och förbättra sin kunskap om de fyra grundläggande områdena; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Inom dessa områden ska sjuksköterskan även observera möjligheter samt kunna utveckla ny kunskap (SSN, 2003). Detta överensstämmer med Patientlagen (SFS 2014:821) kapitel 1 § 7 som menar att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet som grundar sig i vetenskap och beprövad erfarenhet.

En omvårdnadsåtgärd definieras som en behandling eller åtgärd baserad på klinisk bedömning och kunskap som en sjuksköterska utför för att för främja patientens resultat (Berman et al., 2016). Med resultat menas exempelvis att öka patientens välbefinnande, öka följsamheten till en behandling eller se till så att patienten är väl smärtlindrad och en adekvat metod för att nå dit är personcentrerad vård. Enligt Ekman et al. (2011) innebär personcentrerad vård att individualisera vården utifrån patientens sammanhang, historia, familj samt individuella

styrkor och svagheter. I personcentrerad vård ska patienten involveras och vara en aktiv del i sin vård och beslutsfattande. Detta bidrar till bättre överrensstämmelser mellan vårdgivare och patient gällande följsamhet av behandlingsplaner, bättre hälsoreultat och ökad tillfredsställelse hos patienten (ibid.). Personcentrerad vård är viktigt i omvårdnadsarbetet då det är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Sjuksköterskor över hela världen möter överviktiga eller feta patienter som har ett lågt välbefinnande (Wang et al., 2013). Att kunna jobba personcentrerat utifrån patienters ålder, etnicitet, civilstånd och utbildning har stor betydelse för att kunna skraddarsy insatser för att förbättra patientens välbefinnande (ibid.).

NANDA International (2015) menar att syftet med evidensbaserade omvårdnadsdiagnoser är att främja rättvisa kliniska bedömningar, adekvata åtgärder utifrån dessa samt korrekt dokumentation. Omvårdnadsdiagnoser som kan bli relevanta till den undersökta patientgruppen är *fetma*, *övervikt* och *stillasittande livsföring*. Omvårdnadsdiagnoserna fetma och övervikt är nya för den femte upplagan av NANDA International (2015) vilket kan anses intressant i förhållande till hur vanligt förekommande WHO (2014a; 2014b) menar att övervikt och fetma är globalt sett samt att de orsakar så stora samhällskostnader (Wang et al., 2013) och stort personligt lidande (Puhl & Heuer, 2010).

Syfte

Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet för vuxna personer med övervikt eller fetma.

Metod

Studiens design är en litteraturstudie med icke-systematisk översikt. Denna design innebär att alla krav på en systematisk översikt inte uppfylls. En systematisk översikt, till skillnad från en icke-systematisk översikt, strävar efter att granska och sammanställa all relevant litteratur. Eftersom all litteratur inte granskas men värdefull kunskap ändå kan sammanställas så räknas en icke-systematisk översikt som en sekundärkälla (Kristensson, 2014). Litteraturstudien

gjordes utifrån en induktiv ansats och med detta menas att konkret och specifik data används som utgångspunkt för att generera det abstrakta och generella (Segesten, 2006).

Litteraturöversiktens syfte är vanligen just att skapa generalisationer, utveckla teorier och söka praktiska tillämpningar (Backman, 2008).

Urval

Litteratursökningen gjordes via databaserna PubMed och CINAHL. Sökord som använts i olika kombinationer är: *overweight, obesity, nurse, nurse intervention, nursing care, physical activity* och *physical inactivity*, både i fritext samt i MeSH-termer i PubMed respektive CINAHL headings i CINAHL (Tabell 1 och 2). Booelska operatörer som användes mellan sökorden var OR, AND och NOT. De studier som inkluderades i urvalet var de som handlar om övervikt och/eller fetma, fysisk aktivitet, sjuksköterskeprofessionens roll och vuxna (18-65 år). Exklusionskriterier var artiklar äldre än tio år och studier på andra språk än engelska och svenska.

Datainsamling

En gallring av sökträffarna genomfördes för att identifiera relevant litteratur. Första gallringen gjordes genom att läsa samtliga artiklars titlar och välja ut de som ansågs relevanta för studien (Friberg, 2012). Därefter lästes och granskades de kvarvarande artiklarnas abstrakt (Kristensson, 2014), och utifrån dessa rensades irrelevanta studier ut. Bortvalet av en artikel har skett på grund av att syftet, metoden, interventionen eller utfallsmåttet inte passade med litteraturstudiens syfte. De artiklar som inkluderades efter första gallringen lästes i sin helhet och granskades efter samma premisser som abstrakt (ibid.). Därefter gjordes en tredje mer noggrann kritisk granskning av de kvarvarande artiklarna utifrån granskningsmallen av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) för kvantitativa studier. Granskningsmallen anpassades till litteraturstudiens syfte och ämne. Därmed exkluderades frågorna om blindning i studierna då det ansågs att blindning inte är relevant eller användbart då en livsstilsintervention ska undersökas. Varje fråga gav en poäng och summan delades därefter med totalpoängen vilket resulterade i en procentsats. Kvalitetsgränserna definierades som 80-100 % för hög kvalitet, 60-79 % för medelkvalitet och under 59 % klassades som låg kvalitet.

Endast studier med hög eller medelkvalitet inkluderades. Under hela granskningen gjordes kontinuerlig dokumentation och bortval av artiklar motiverades (Kristensson, 2014). Tre studier hittades genom manuell sökning i andra artiklars referenslistor och en studie hittades genom artikelrekommendation på CINAHL. Totalt inkluderades nio artiklar till analysen. Dessa sammanställdes i en matris (Bilaga 1).

Tabell 1, Sökschema PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Läst abstract	Läst fulltext	Kvalitets- granskade	Valda
#1	Overweigt OR obesity	55825				
#2	Nurse OR Nurse intervention OR Nursing care	63795				
#3	Physical activity OR physical inactivity	69075				
#4	#1 AND #2 AND #3	413				
#5	Overweight [MESH] OR Obesity [MESH]	40372				
#6	Nursing care [MESH] OR Nurses [MESH]	12709				
#7	Exercise [MESH]	37872				
#8	#5 AND #6 AND #7	14	6	2	0	0
#9	#1 AND #6 AND #3	39	8	3	1	1

Tabell 2, Sökschema CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Läst abstract	Läst fulltext	Kvalitets- granskade	Valda
#1	Overweight OR obesity	24677				
#2	Nurse OR Nurse intervention OR Nursing care	41804				
#3	Physical activity OR physical inactivity	21440				
#4	#1 AND #2 AND #3	130				
#5	#4 NOT Children	106	30	13	4	4
#6	Obesity [CINAHL Headings]	21000				
#7	Nurses ⁺ [CINAHL Headings] AND Nursing intervention [CINAHL Headings] AND Nursing care ⁺ [CINAHL Headings]	181				
#8	Physical activity [CINAHL Headings]	8213				
#9	#6 AND #7 AND #8	1	1	0	0	0

Analys av data

Analysen av artiklarna, som slutligen gallrats ut genom litteratursökningen och kvalitetsgranskningen, gjordes med en integrerad analys (Kristensson, 2014). Den integrerade analysen gjordes i tre steg och det första steget innebar att de utvalda artiklarna lästes för att identifiera översiktliga likheter och skillnader i studiernas resultat. Steg nummer två innebar att kategorier skapades för att kunna sammanfatta de relaterande resultaten i artiklarna. Därefter, i det tredje steget, sammanställdes resultaten i de kategorier som tidigare identifierats (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

All omvårdnadsforskning ska vägledas av de fyra etiska principerna; principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (SSN, 2003). Det är därför viktigt i en litteraturstudie att artiklarna som används är etiskt granskade och godkända av gällande etisk nämnd i aktuellt land. I litteraturstudien avsågs att endast använda etiskt godkända studier. En redogörelse av att de etiska övervägningarna gjordes eftersom de etiska riktlinjerna så som konventioner, lagstiftning och deklARATIONER måste följas i alla faser i forskningsprojektet. Omvårdnad och omvårdnadsforskning ska ske utan någon slags diskriminering (ibid.) vilket innebär att granskningen och urvalet av litteratur gjordes objektivt och utan diskriminerande bortval.

Resultat

För att beskriva sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet hos personer med övervikt och fetma identifierades sex teman vid analys av artiklarna. Dessa teman är *feedback*, *målsättning, information och utbildning, samtal, stegräknare* och *gruppträning*. Även individualisering samt två beteendeförändringsteorier identifierades som återkommande begrepp i artiklarna men genomsyrade många av temana och kommer därför presenteras integrerat under varje tema. Artiklarna som användes samlade både kvantitativa och kvalitativa data från interventionsstudier. En majoritet av interventionerna baserades på mer

än en typ av åtgärd och de identifierade likheterna i studierna emellan bildade teman. Temana presenteras i fallande ordning efter hur många studier som funnits där temat identifierats.

Feedback

Feedback som åtgärd i en effektiv intervention för att öka fysisk aktivitet identifierades i sex av artiklarna (Carlson, Sallis, Ramirez, Patrick & Norman, 2012; Driehus et al., 2012; Jackson, Coe, Cheater & Wroe, 2007; Patrick et al., 2011; Sherman, Gilliland, Speckman & Freund, 2007; Silva et al., 2010). Feedbacken i de olika studierna innebar att deltagarna fick återkoppling på sina resultat under interventionernas gång (ibid). Muntlig feedback gavs både vid enskilda samtal och via telefon (Driehus et al., 2012; Jackson et al, 2007; Sherman et al, 2007). I studien av Jackson et al. (2007) deltog män och kvinnor med ett BMI över 30. Från start deltog 89 personer och bortfallet var 37 %. Studien syftade till att undersöka acceptansen och effektiviteten av ett viktkontrollprogram i primärvården lett av en sjuksköterska. Efter interventionen uppgav, av totalt 25 deltagare, 12 att de *instämde* och 10 deltagare att de *instämde fullständigt* med påståendet att de upplevt sig uppmuntrade att inkludera träning i sin vardagliga rutin. Studien grundade sig i Jane Felgens I2E2 modell som fokuserar på den terapeutiska relationen med deltagaren. Modellen baseras på flera olika delar, bland annat inspiration, undervisning och bevis. Bevisdelen innebär att deltagarna gavs konkreta bevis på sina resultat. Feedback till deltagarna var en central del av interventionen och resultatet visade att en majoritet av deltagarna skattade feedbacken som *mycket användbar* eller *användbar* (ibid.). Muntlig feedback från en sjuksköterska var en del även i en studie där effekten av en enkel promenadintervention i primärvården undersöktes (Sherman et al., 2007). Feedbacken på deltagarnas individuella resultat gavs då deltagarna blev uppringda av en sjuksköterska på kliniken som frågade hur det gick med promenaderna, återkopplade på resultatet och uppmuntrade dem. I studien deltog 75 kvinnor som bodde på landsbygden. Av de 60 som fullföljde studien var 47 kvinnor överviktiga eller feta och hela studiegruppen hade ett genomsnittligt BMI på 30,6. I resultatet framkom att den genomsnittliga ökningen av antal steg per dag var 2573. När de olika viktgrupperna analyserades var för sig visade det att överviktiga kvinnor, de med ett BMI över 25 men under 30, hade signifikant större ökning av steg jämfört med normalviktiga och feta (ibid.).

Driehus et al. (2012) gjorde i sin randomiserade studie en jämförelse av en sjuksköterskeintervention och vanlig läkarvård. Interventionen syftade till att deltagarna skulle genomföra en livsstilsförändring så som att öka sin fysiska aktivitet och förbättra sin kosthållning för att förebygga viktuppgång. Från start deltog 457 kvinnor och män med ett BMI mellan 25 och 40. Bortfallet var 119 deltagare vilka inte fyllde i alla formulär angående träning och energiintag. Studien pågick i tre år och uppföljning gjordes både efter ett och tre år. Gruppen som erhöll vanlig läkarvård erbjöds en konsultation i början av studien för att diskutera sina mätvärden och fortsatte sedan med sedvanlig vård. Deltagarna i interventionsgruppen fick, förutom rådgivande samtal, feedback och konsultation via telefon sammanlagt tre gånger under studietiden. Lågintensiv fysisk aktivitet minskade medan medelhård och hård fysisk aktivitet ökade i båda grupperna. Det var ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna och båda gjorde störst framsteg under det första året (ibid.)

Carlson et al. (2012) undersökte och jämförde effekten av två internetbaserade viktminskningsinterventioner som fokuserar på fysisk aktivitet och kosthållning. Deltagarna var både män och kvinnor som led av övervikt och fetma. Det var 842 deltagare inskrivna på hemsidan vid start varav 597 fullföljde interventionen som pågick under 12 månader och slutligen inkluderades 352 deltagare i studien. Exklusion av deltagare berodde på att de inte redovisat kompletta resultat. Interventionen baserades på Banduras sociokognitiva teori samt Prochaskas transteoretiska modell för beteendeförändringar. Resultatet visade att deltagarna efter interventionen hade ökat medelvärdet för antal minuter medelhård till hård träning per vecka från 152 till 162 minuter samt hade minskat sitt stillasittande från ett medelvärde på 539 till 533 minuter per vecka. Det framkom även att interventionen hade en signifikant effekt på kombinerad beteendeförändring inom både fysisk aktivitet och kosthållning. Feedbacken i denna studie (Carlson et al., 2012) samt även i undersökningen av Patrick et al. (2011) var skräddarsydd för varje deltagare, rörde både framsteg och icke uppnådda mål samt presenterades skriftligt. Studien av Patrick et al. (2011) syftade också till att undersöka effektiviteten av ett internetbaserat viktkontrollprogram och där användes feedback som en del av interventionen. Studien baserades på den sociokognitiva teorin och deltagarna var 441 feta och överviktiga män. Programmet designades bland annat utifrån målen att männen efter interventionen skulle öka antal steg per dag till minst 10 000 samt styrketräna två gånger i veckan. Resultatet visade att det fanns en signifikant skillnad där interventionsgruppen gick 16 minuter mer per dag än kontrollgruppen efter avslutad studie. Interventionsgruppen ökade antal minuter gång per dag med 24 min från 62 minuter vid start (ibid.)

I en RCT-studie av Silva et al. (2010) undersöktes effekterna av en intervention som syftar till att främja fysisk aktivitet och viktkontroll hos överviktiga och feta kvinnor. Interventionen grundades i självbestämmandeteorin. Studien pågick under ett år och vid start deltog 239 kvinnor varav 208 fullföljde studien. Interventionen bestod av 30 sessioner, á 120 minuter, som under årets gång inkluderade flertalet olika moduler rörande bland annat nutrition, kroppsbild och fysisk aktivitet. Modulen *införa och öka fysisk aktivitet* var en primär del av interventionen under session 10-30. Mycket fokus lades på att skapa en stöttande miljö genom att använda neutralt språk så som *kan* istället för *ska* och uppmuntra till egna initiativ. Detta gjordes även genom att ge informativ positiv feedback i syfte att stärka deltagarens känsla av kompetens. Resultatet visade en signifikant högre nivå av fysisk aktivitet hos interventionsgruppen efter ett år speglat i 2049 fler antal steg per dag och 138 fler minuter medelhård till hård träning per vecka jämfört med kontrollgruppen. Också resultaten för den fysiska aktiviteten i vardagen bekräftade att interventionsgruppen var signifikant mer aktiv (ibid.).

Målsättning

Fem av artiklarna använde sig av målsättning som åtgärd i interventionen för att öka fysisk aktivitet hos deltagarna (Carlson et al., 2012; Dombrowski et al., 2012; Jackson et al., 2007; Patrick et al., 2011; Silva et al., 2010). I samtliga studier sattes de individuella målen av deltagarna med hjälp av interventionsledarna eller internetsidorna (ibid.). Dombrowski et al. (2012) grundade sin intervention i fyra beteendeförändringsteorier varav en var Banduras sociokognitiva teori. Studien hade som syfte att testa genomförbarheten och acceptansen av en beteendeförändringsintervention med fokus på kosthållning och fysisk aktivitet för att uppnå viktninskning. Interventionen bestod av fem sessioner under fem veckor som alla hade olika fokusämnen men där den röda tråden syftade till viktninskning genom beteendeförändringar. Målsättning användes i alla fem sessioner. Under första sessionen satte deltagarna upp generella mål för att ändra sitt beteende gällande både kosthållning och fysisk aktivitet medan de i session två och tre satte mer specifika mål för fysisk aktivitet. De sista två veckorna utvärderades målen. I resultatet framkom att den genomsnittliga förändringen inom fysisk aktivitet var en ökning med 1,6 träningssessioner, á minst 30 minuter, per vecka. Skillnaden i ökning av träningssessioner mellan män och kvinnor närmade sig signifikans där män hade en större ökning än kvinnor. Tillfredsställelsen med interventionen var generellt

hög bland deltagarna, 94 %. Interventionen överlag, så som tydlig struktur, användbarhet och relevans, utvärderades av deltagarna och skattades mellan 4,4 och 4,7 på en Likertskala där 0 motsvarade *instämde inte alls* och 5 motsvarade *instämde helt*.

Målsättning användes i inspirationsdelen i studien av Jackson et al. (2007). Deltagarna fick tid att reflektera över sin livsstil och sätta upp realistiska mål för fysisk aktivitet. Även i bevisdelen uppmuntrades deltagarna att sätta personliga mål i överrensstämmelse med olika regler. En regel var att målen skulle vara positiva i relation till vad de ville åstadkomma, exempelvis att *kunna promenera utan att bli andfådd* istället för att *inte vara fet*. När deltagarna satte orealistiska mål hjälpte sjuksköterskan dem att omformulera målen. Målen skulle vara specifika och deltagarna upplystes om de hade nått sina mål eller inte för att upprätthålla motivationen. Deltagarna uppmuntrades att sätta upp nya mål för varje session, vilka hölls varannan vecka. Majoriteten av deltagarna utvärderade de flesta delarna av interventionen som *mycket användbara* eller *användbara* (ibid.). Även målsättningen i artikeln av Silva et al. (2010) var personlig och deltagarna uppmuntrades att göra aktiviteter de tyckte var kul för att vilja fortsätta träna i framtiden och sätta upp nya mål.

En av de primära strategierna i interventionen av Carlson et al. (2012) var målsättning. Ett internetbaserat program skapades för att hjälpa deltagarna att sätta upp mål utifrån sina egna förutsättningar. Målen delades upp i mindre steg för att slutligen bli långsiktiga mål. Dessa mål var att öka den fysiska aktiviteten till 30-60 minuter per dag 5-7 dagar i veckan, gå 10 000 steg eller mer per dag och styrketräna två dagar i veckan. Deltagarna uppmuntrades att rapportera sina framgångar samt sätta upp nya mål varje vecka (ibid.). Målsättning utifrån ett internetbaserat program var även en del i interventionen i studien av Patrick et al. (2011). Deltagarna genomförde en datoriserad utvärdering av sina vanor och beteenden rörande diet och fysisk aktivitet samt satte upp mål utifrån resultatet. Målen skulle vara realistiska, inte för höga samt utgå från individen och dennes nivå. Interventionen fokuserade på att göra små framsteg gradvis över en längre period och männen fick själva välja vilket mål de ville jobba med varje vecka. Deltagarna uppmuntrades att ta med en kopia av målen till sin vårdgivare för att diskutera dessa. Resultatet visade på att de män som besökte hemsidan oftast och satte flest mål visade på störst förbättringar (ibid.).

Information och utbildning

Information och utbildning var ett tema som identifierades i fem av de analyserade artiklarna (Dombrowski et al., 2012; Jackson et al., 2007; Patrick et al., 2011; Sherman et al., 2007; Silva et al., 2010). I alla fem sessionerna i studien av Dombrowski et al. (2012) delade sjuksköterskan ut informationshäften och stenciler. Den första sessionen syftade till att deltagarna skulle lära känna varandra, få interventionen introducerad och förklarad. Session två och tre gick ut på att, med hjälp av informationshäftena, identifiera barriärer och planera åtgärder för dessa för att lyckas med en livsstilsförändring. Sista sessionen innehöll en diskussion för att främja en långsiktig livsstilsförändring med hjälp av den information som delgivits i tidigare sessioner (ibid.). Skriftlig information användes även av Sherman et al. (2007), där deltagarna erhöll information om vikten av träning och fysisk aktivitet för att upprätthålla en god hälsa. Deltagarna fick också ett träningsvideoband vilket uppmuntrade tittarna att promenera cirka tre kilometer under videons gång (ibid.). En annan typ av skriftlig information och utbildning var de veckovisa internetbaserade lärandeaktiviteter som var en av de tre åtgärderna i interventionen av Patrick et al. (2011). Aktiviteterna gick ut på att deltagarna skulle lära sig om beteendeförändringar samt att tillämpa dessa. Deltagarna gavs även möjlighet att läsa på om kost och fysisk aktivitet på hemsidan som innehöll information, tips och övningar.

Muntlig information användes som en åtgärd i två av interventionerna (Jackson et al., 2007; Silva et al., 2010). Vid varje konsultation (Jackson et al., 2007) gav sjuksköterskan information om hälsosam kosthållning, fysisk aktivitet och andra faktorer som gynnar viktminskning. Informationen som berörde fysisk aktivitet innehöll praktiska tips på hur varje deltagare kunde inkludera fysisk aktivitet i sitt vardagliga liv. Deltagarna uppmuntrades att dela med sig av sin kunskap och sina erfarenheter till sjuksköterskan för att sedan kunna använda detta som grund för reflektion och lärande (ibid.). Att öka kunskapen med muntlig information var även en del av de 21 första sessionerna i studien av Silva et al. (2010) då detta ingick i den första modulen i interventionen. Modulen fokuserade på att deltagarna skulle förstå balansen mellan energi de får i sig och energi de gör av med samt principerna om viktminskning och viktökning (ibid.).

Samtal

Enskilda samtal användes i två av studierna (Driehus et al. 2012; Jackson et al., 2007). I interventionen av Jackson et al. (2007) erhöll deltagarna konsultation av sjuksköterskan varannan vecka under hela året. Varje konsultation varade i genomsnitt 20 minuter förutom det första samtalet som varade cirka en timme. Konsultationerna inkluderade diskussioner om framsteg och utveckling kring deltagarens plan för kost och fysisk aktivitet. Som tidigare nämnts var även målsättning inför kommande samtal en del av konsultationen. Deltagarna uttryckte att kvaliteten på relationen med sjuksköterskan var fundamental för att de skulle lyckas. De lyfte sjuksköterskans vänliga, entusiastiska och personliga bemötande samt att de kände förtroende för hennes kompetens som mycket viktigt. Essentiellt ansågs även sjuksköterskans förmåga att vara stöttande och att hon fick deltagarna att känna sig sedda. Det enskilda samtalet i studien av Driehus et al. (2012) hade en annan karaktär. Där guidades sjuksköterskans rådgivande samtal av ett standardiserat dataprogram innehållande instruktioner kring livsstilssamtal, som i sin tur grundade sig på internationella riktlinjer. Samtalen hölls en, två, tre och åtta månader efter interventionsstart (ibid.).

Både Dombrowski et al. (2012) och Silva et al. (2010) använder sig av gruppsamtal i sina respektive interventioner. Sjuksköterskan som ledde gruppsamtalen höll sammanlagt fem sessioner à en timme (Dombrowski et al., 2012). Studien av Silva et al. (2010) hade totalt 30 sessioner under hela interventionen och dessa var cirka 120 minuter vardera. Fokus i dessa låg på att skapa en stöttande miljö och interventionsteamet syftade till att främja varje deltagares självkänsla samt känsla av kontroll (ibid.).

Stegräknare

Stegräknare som åtgärd i interventionen användes i fem studier (Carlson et al., 2012; Dombrowski et al., 2012; Patrick et al., 2011; Sherman et al., 2007; Silva et al., 2010). Samtliga studier visade på ökad fysisk aktivitet hos deltagarna. Stegräknaren uppskattades av deltagarna och ansågs vara en hjälp (Dombrowski et al., 2012; Patrick et al., 2011). Kvinnorna i promenadstudien (Sherman et al., 2007) fick i uppgift att föra dagbok över sina steg varje dag och dessa uppgifter användes sedan både för att analysera resultatet av interventionen och för att via telefonsamtal direkt återkoppla på deltagarnas utveckling. I de

båda internetbaserade interventionerna (Carlson et al., 2012; Patrick et al., 2011) uppmuntrades deltagarna att gå minst 10 000 steg varje dag.

Gruppträning

I två av de analyserade artiklarna var gruppträning en del av interventionen för att öka fysisk aktivitet hos vuxna med övervikt och fetma (del Rey-Moya et al., 2013; Riebe et al., 2005). Del Rey-Moya et al. (2013) genomförde en interventionsstudie, utan kontrollgrupp, som varade ett år. Från start var studiedeltagarna 174 kvinnor med ett BMI över 30 varav 130 fullföljde studien. Interventionen var en timmes träningspass tre gånger i veckan i sju veckor. Förutom träningspassen fick deltagarna träffa en sjuksköterska vid interventionens start och slut samt sex månader och ett år efter avslutad intervention för att göra antropometriska mätningar. Vid mötena med sjuksköterskan gjordes även en genomgång av omvårdnadsdiagnoser enligt NANDA. Träningspassen bestod av 10 minuter lågintensiv promenad, 30 minuter medelhård promenad och avslutades med ytterligare 10 minuter lågintensiv promenad och stretching. Efter avslutad intervention sågs en signifikant ökning i antal timmar promenad och antal timmar fysisk aktivitet hos deltagarna (ibid.). I studien av Riebe et al. (2005) påbörjade 190 män och kvinnor, med ett genomsnittligt BMI på 32,5, ett 6 månaders viktkontrollprogram med uppföljning 12 och 24 månader efter avslutad intervention. Viktkontrollprogrammet fullföljdes av 144 deltagare och 104 deltog i uppföljningen 24 månader efter avslutad intervention. Interventionen började med en tre månader intensiv fas där deltagarna i grupp deltog i två träningspass i veckan á en timme. Därefter följde tre månader med totalt åtta besök. Deltagarna instruerades även att träna ytterligare två dagar i veckan under interventionens gång. Träningsdagbok skrevs för att säkerställa följsamheten. Uppföljningen 24 månader efter avslutad intervention visade att deltagarna generellt tränade en timme mer än vid interventionens start vilket var en signifikant ökning. Interventionen baserades på principerna och processerna i Prochaskas transteoretiska modell för beteendeförändringar (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

En litteraturstudie av icke-systematisk karaktär valdes som metod då denna ansågs svara mest adekvat på studiens syfte, det vill säga att ge en överblick av samt beskriva befintlig kunskap. Både studier med enbart kvantitativ ansats samt kvantitativa studier med kvalitativa inslag inkluderades då detta ansågs ge en bred bild av både effektiviteten av åtgärderna samt deltagarnas upplevelse av dessa. SBU (2014) skriver att inkludering av studier med både kvalitativa och kvantitativa ansatser i en litteraturstudie är fördelaktigt då dessa kompletterar varandra.

Sökningen av artiklar gjordes i PubMed och CINAHL där den sistnämnda resulterade i flest användbara artiklar, troligen beroende på att den databasen har ett tydligt omvårdnadsfokus. I PubMed användes MeSH-termer för att smalna av sökningen då endast sökning i fritext gav för stort antal träffar för att hantera. Författarna är medvetna om att relevant litteratur därmed kan ha missats men anser inte att detta påverkat studiens resultat i stor grad då tillräcklig mängd relevant litteratur ändå identifierats.

Författarna valde att inkludera studier från hela världen, dock framkom endast relevant litteratur publicerad i USA och Europa - Storbritannien, Spanien, Portugal och Nederländerna. Att det förhåller sig så var väntat då övervikt och fetma framför allt är ett betydande problem i dessa delar av världen och har varit det under en längre tid, även om problematiken också ökar globalt (WHO, 2015a). Att studierna är gjorda i olika länder har påverkat deras utformning då ländernas sjukvårdssystem ser olika ut och därmed är möjligheterna och barriärerna olika för att genomföra och undersöka effektiviteten av en intervention. Då interventionerna rör livsstilsförändringar spelar även samhällsstrukturerna roll eftersom dessa påverkar deltagarnas livsstil och därmed interventionen.

En av studiens inklusionskriterier var att artiklarna skulle undersöka interventioner rörande fysisk aktivitet för överviktiga och feta personer. Dock inkluderades en studie (Sherman et al., 2007) där 13 av de 60 undersökta kvinnorna var normalviktiga, det vill säga 78 % var

överviktiga eller feta. Studien valdes att ändå inkluderas då den svarade bra på föreliggande studies syfte och då interventionens resultat analyserades och redovisades separat för varje viktgrupp. Ett annat inklusionskriterium var att studierna skulle undersöka sjuksköterskeledda interventioner. Dock inkluderades fyra studier utan deltagande sjuksköterska (Carlson et al., 2012, Patrick et al., 2011; Riebe et al. 2005; Silva et al., 2010). Studierna gjorda av Carlson et al. (2012) och Patrick et al. (2011) undersökte olika internetbaserade interventioner och i den ena studien gavs även feedback av interventionsledaren. Det är rimligt att anta att en sjuksköterska skulle kunna använda sig av en sådan intervention eftersom internetinterventionen kräver nästintill ingen medverkan av sjuksköterskan och denna endast behöver introducera patienten till hemsidan samt följa upp resultaten efteråt. Interventionerna (Carlson et al., 2012; Patrick et al., 2011) syftar till att främja hälsa, förhindra ohälsa och motivera till livsstilsförändringar, något som är en central del i sjuksköterskans arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) och därmed kan det anses rimligt att anta att internetinterventionerna kan användas av en sjuksköterska. Med grund i Svensk sjuksköterskeförening (2010) motiveras även användandet av de andra två artiklarna (Riebe et al., 2005; Silva et al., 2010) som inkluderats trots att de inte är uttalat sjuksköterskeledda. Också de studierna syftar till centrala ansvarsområden i sjuksköterskeprofessionen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Även då studierna beskrivs vara ledda av en terapeut respektive behandlingsledare hade de kunnat ledas av en sjuksköterska, dels eftersom en terapeut och en behandlingsledare skulle kunna vara sjuksköterska i grunden och dels eftersom båda interventionerna har ett tydligt omvårdnadsfokus.

Målsättningen var att endast använda studier som etiskt granskats och godkänts av gällande etisk nämnd i aktuellt land. Åtta av de nio artiklarna som inkluderades uppfyllde dessa krav (Carlson et al., 2012; del Rey-Moya et al., 2013; Dombrowski et al., 2012; Driehus et al. 2012; Patrick et al., 2011; Riebe et al., 2005; Sherman et al., 2007; Silva et al., 2010). En av studierna (Jackson et al., 2007) ansökte ej om etiskt godkännande eftersom studien endast menade att förbättra en redan befintlig tjänst. Dock behandlades ett antal etiska överväganden och deltagarna hade rätt att själva besluta om de ville delta i utvärderingen eller inte. Med grund i det relevanta etiska övervägandet bedömdes artikeln av Jackson et al. (2007) att kunna ingå.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att undersöka vilka åtgärder sjuksköterskan kan använda sig av för att öka den fysiska aktiviteten hos personer med övervikt och fetma. Resultatet visade att samtal framkom som en åtgärd vilken har positiv effekt på den fysiska aktiviteten (Driehus et al., 2012; Dombrowski et al., 2012; Jackson et al., 2007; Silva et al., 2010). Samtalen hölls antingen enskilt eller i grupp och innehöll både feedback och målsättning. Relationen mellan deltagaren och sjuksköterskan samt miljön var central i samtalen. Resultatet stärks av SBU (2007) då de i sin systematiska litteraturoversikt fann starkt vetenskapligt underlag för att rådgivning ökar fysisk aktivitet (ibid.). Som sjuksköterska är det viktigt att sträva efter en jämlik relation med vårdtagaren för att kunna ge god, effektiv och säker vård. I praktiken blir detta ofta svårt då personalbrist (SCB 2014), tidsbrist och stress är vanligt förekommande inom vården (Arbetsmiljöverket, 2013).. Implementeringen av samtal som åtgärd kräver både personal och tid och kan därför te sig problematisk. Förändringen behöver därför komma både från sjuksköterskan, som strävar efter att ge personcentrerad vård, och från organisationen som genom resurser möjliggör implementeringen.

Målen för att öka fysisk aktivitet bör enligt resultatet vara realistiska, konkreta, mätbara samt utgå från den enskilda individens nivå och resurser (Carlson et al., 2012; Dombrowski et al., 2012; Jackson et al., 2007; Patrick et al., 2011; Silva et al., 2010). Resultatet rörande målsättningens utformning stärks av Furze (2015) som även identifierade målsättning som en essentiell åtgärd för att förbättra ett hälsobeteende (ibid.). Den sociokognitiva teorin syftar till att förklara mänskliga beteendeförändringar och lyfter målsättning som en bärande faktor för detta. Som även framkommit i resultatet är den sociokognitiva teorin och den transteoretiska modellen vanligt förekommande inom detta forskningsområde enligt SBU (2007).

Användningen av en teoretisk beteendeförändringsmodell, som grund i interventioner för att öka fysisk aktivitet, bidrar till att kunna identifiera faktorer som främjar beteendeförändring (ibid.). Målsättning är för sjuksköterskan en enkel och användbar åtgärd för att öka patientens delaktighet och därmed följsamhet i vården. Då målen ska utformas av och utifrån individen främjas en personcentrerad vård. Sjuksköterskan kan sedan använda sig av målen vid återkoppling, utvärdering och utveckling. För att målsättningen ska fungera bra som åtgärd är uppföljning och återkoppling en förutsättning.

Feedback är en annan effektiv, adekvat och uppskattad åtgärd i en intervention för att öka fysisk aktivitet (Driehus et al., 2012; Jackson et al., 2007; Sherman et al., 2007; Silva et al., 2010). Feedbacken ska vara positiv och informativ men kan i övrigt ges på olika sätt, så som muntligt via telefon, samtal och gruppmöten eller skriftligt via internet. Resultatet stärks av FYSS (2015) vilka menar att uppföljning och feedback, exempelvis via telefon, är centralt för en fortsatt ökad fysisk aktivitet. Orem lyfter vikten av egenvård, både patientens egenvårdsförmågor och behov samt sjuksköterskans roll i att identifiera och stötta dessa (Berman et al., 2016). Sjuksköterskan kan då använda sig av olika omvårdnadssystem som utgår från hur bristfällig eller fungerande patientens egenvårdsförmåga är. I resultatet lyfts vikten av samtal, målsättning, feedback samt information och undervisning och då bör Orems tredje system, det *stödjande och undervisande*, lämpa sig bäst vid sjuksköterskans åtgärder för att öka fysisk aktivitet.

Stegräknaren är ett effektivt hjälpmedel för att öka den fysiska aktiviteten (Dombrowski et al., 2012; Patrick et al., 2011; Sherman et al., 2007; Silva et al., 2010). Flertalet andra studier i en systematisk litteraturöversikt av Bravata et al. (2007) stärker resultatet att stegräknaren ökade den generella fysiska aktiviteten samt signifikant ökade antal steg (ibid.). FYSS (2015) och SBU (2007) menar att stegräknaren som ett komplement till rådgivning ökar den fysiska aktiviteten ytterligare med minst 15 %. Stegräknaren fungerar både som ett billigt och lättanvänt mätinstrument för fysisk aktivitet samtidigt som det är en motivation då användaren får direkt svar på sitt resultat för dagen. Det är även lätt för användaren att jämföra och utvärdera dagsresultatet i förhållande till sina uppsatta mål. En positiv effekt är också att sjuksköterskan lätt kan tolka resultaten och därmed oftare ge feedback.

Individualisering genomsyrade interventionerna i stort. Exempelvis anpassades målsättningen utifrån deltagarnas egna resurser och feedback gavs individuellt. Personcentrerad vård bidrar till bättre följsamhet till behandlingsplaner (Ekman et al., 2011). Det ger också bättre hälsoreultat samt ökad tillfredsställelse hos patienten (ibid.) något som är viktigt då följsamhet och långsiktiga bestående förändringar är ett problem vid livsstilsförändringar. Carlson et al. (2012) och Patrick et al. (2011) lyfte vikten av att feedbacken skraddarsyddes efter varje deltagare. Att arbeta personcentrerat är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2015) och enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskan arbeta personcentrerat genom att främja en rättvis miljö där mänskliga rättigheter respekteras (Svenska sjuksköterskeförening, 2014). För att de i resultatet identifierade åtgärderna ska bli

så effektiva som möjligt krävs ett personcentrerat genomförande. Det är alltså inte bara vad som görs utan framför allt hur det görs som är relevant för hur väl interventionen fungerar. För att förstå var i beteendeförändringsprocessen personen befinner sig och därmed kunna personcentrera sina åtgärder kan sjuksköterskan utgå från TTM (Folkhälsomyndigheten, u.å.a) då teorin är väl anpassad för hälsorelaterade livsstilsförändringar (SBU, 2007). Livsstilsförändringar, som ska ge bestående resultat, kräver en lång process eftersom det finns bestämda faser en människa genomgår för att ändra sitt beteende (Prochaska et al., 2008). Både sjuksköterskan och patienten måste vara väl införstådda med hur förändringsprocessen ser ut och att de olika faserna tar mycket tid. För att få bra effekt och långsiktiga resultat krävs därför en lång intervention.

Följsamhet till behandlingar och särskilt till livsstilsinterventioner är problematiskt. Detta är något som speglas i det framtagna resultatet då flertalet av de granskade studierna hade ett betydande bortfall. ABLA (2001) har kommit fram till att långa behandlingar har betydligt sämre följsamhet än korta behandlingar. Prochaska et al. (2008) lyfter i sin tur att beteendeförändringsprocessen vid en livsstilsförändring tar lång tid. Dessa två fynd illustrerar därmed tydligt problematiken med följsamhet vid livsstilsförändringar. Som sjuksköterska är det viktigt att ha detta i åtanke för att aktivt kunna främja en god följsamhet. Detta kan exempelvis göras genom att sätta långsiktiga mål med tydliga delmål så att deltagaren kontinuerligt ser sina resultat och framsteg. Kontakten och återkopplingen bör även vara frekvent för att uppmuntra och motivera.

Att kombinera rådgivning i form av samtal innehållande information, feedback och målsättning tillsammans med stegräknare identifierades som effektivt för ökad aktivitet, en slutsats som även SBU (2007) drar. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer (2011) bör hälso- och sjukvården till personer med otillräcklig fysisk aktivitet erbjuda rådgivande samtal, stegräknare och särskild uppföljning. Utifrån detta kan det anses motiverat att implementera en sjuksköterskeledd intervention i primärvården som innefattar ett flertal åtgärder så som samtal, stegräknare, information om fysisk aktivitet och livsstilsförändringar, målsättning och feedback. Målsättningen och återkopplingen kopplas då med fördel till stegräknaren eftersom antal steg per dag är ett lätt och tydligt sätt att utvärdera resultatet. Kontakten mellan deltagaren i interventionen och sjuksköterskan kan med fördel ske via internet där deltagaren själv kan föra dagbok över sina steg, mål och tankar, något som även visat sig vara effektivt i resultatet (Carlson et al., 2012; Patrick et al., 2011). Vårdkontakter blir mer och mer

internetbaserade och det är ett billigt och snabbt sätt att förmedla och ta emot information. En livsstilsintervention skulle även kunna designas i form av ett applikationsprogram (app) som möjliggör kommunikation, målsättning och feedback var användaren än befinner sig. Deltagaren kan då själv anpassa sin vardag efter när denne vill uppdatera sina mål och ta del av sin feedback.

Slutsats och kliniska implikationer

Då övervikt och fetma är ett globalt problem och orsakar stort lidande samt ett flertal följsjukdomar är vikten av att finna effektiva sjuksköterskeåtgärder stor. I studien har det framkommit ett flertal effektiva åtgärder som ökar fysisk aktivitet och att dessa bör användas i olika kombinationer samt ledas av en sjuksköterska. En betydande barriär till ökad fysisk aktivitet är bristfällig följsamhet under längre tid. En möjlighet och delvis lösning på problemet är att ge personcentrerad vård.

Resultatet av studien är av vikt för klinisk praxis då arbetet med att öka fysisk aktivitet i dagens vård har stora brister. Studiens resultat belyser därmed viktig information i form av effektiva åtgärder som kan implementeras i vården. Viktiga faktorer för en effektiv intervention som identifierades var personcentrering, följsamhet samt att utforma interventionen utifrån ett beteendeteoretiskt ramverk. Vidare forskning behöver bedrivas för att undersöka i vilken kombination de olika åtgärderna bör användas samt hur lång interventionen bör vara för att uppnå bästa resultat. Forskning bör förslagsvis göras på en intervention som består av samtal vilka i sin tur innefattar målsättning, feedback och information. Samtalen bör kombineras med en stegräknare och då bör även målsättningen samt feedbacken kopplas till denna. För att ge interventionen evidensstyrka bör den undersökas under lång tid, på en större grupp samt i flera studieomgångar. Utifrån detta kan en intervention med bra följsamhet och effektivitet identifieras. Ett internetbaserat interventionsalternativ, innehållande information, feedback, målsättning och stegräknare, bör även testas och jämföras med samtalsinterventionen. De bör jämföras både utifrån effektivitet och följsamhet men även kostnad. Det mest optimala alternativet med stark evidens bör därefter implementeras nationellt i det kliniska arbetet. Detta görs med fördel i primärvården som bland annat bedriver hälsofrämjande arbete samt att den är mer lättillgänglig för befolkningen än slutenvården.

Författarnas arbetsfördelning

Utformningen och planeringen av studien har gjorts utifrån gemensam diskussion.

Artikelsökning och gallring av titlar gjordes enskilt via varsin databas, därefter lästes hälften av abstrakten av varje författare. Artiklarna i sin helhet lästes gemensamt för att få en bra grund och diskussion kring vilka studier som skulle inkluderas. Arbetet och bearbetningen av uppsatsen har i övrigt varit en gemensam process. Författarna har strävat efter att ha en jämlik arbetsfördelning och öppen dialog.

Referenser

Artiklar markerade med asterix, *, är de som legat till grund för dataanalysen.

ABLA (Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning). (2001). *Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordningarna*. Hämtad 11 december, 2015, från <http://nepi.net/res/dokument/ablaiimindresjukdomochbattrehalsa.pdf>

Abu-Odeh, D. (2014). Fat stigma and public health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(3), 247-265.

Arbetsmiljöverket. (2013). *Stress och tung arbetsbelastning inom vården skapar ohälsa*. Hämtad den 14 januari, 2016, från <https://www.av.se/press/stress-och-tung-arbetsbelastning-inom-varden-skapar-ohalsa/>

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-regulation. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50, 248-28.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, Vol. 31 (2): 143-164.

Bassan, F., Peter, F., Houbre, B., Brennstuhl, M., Costantini, M., Speyer, E., & Tarquinio, C. (2014). Adherence to oral antineoplastic agents by cancer patients: definition and literature review. *European Journal Of Cancer Care*, 23(1), 22-35 14p.

Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. (10th ed.). Upper Saddle River: Pearson.

Bianchini, F., Kaaks, R., & Vainio, H. (2002). Overweight, obesity, and cancer risk. *Lancet Oncology*, 3(9), 565-574.

Bravata, D., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A., Lin, N., Lewis, R., & ... Sirard, J. (2007). Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 298(19), 2296-2304 9p.

Buxton, B. K., & Snethen, J. (2013). Obese Women's Perceptions and Experiences of Healthcare and Primary Care Providers. *Nursing Research*, 62(4), 252-259.

* Carlson, J., Sallis, J., Ramirez, E., Patrick, K., & Norman, G. (2012). Physical activity and dietary behavior change in Internet-based weight loss interventions: Comparing two multiple-behavior change indices. *Preventive Medicine*, 54(1), 50-54.

Dee A., Kearns K., O Neill C., Sharp L., Staines A., O Dwyer V., Fitzgerald S., & Perry I. J. (2014). The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BioMedCentral ResearchNotes* 7(242) 1-9.

* del Rey-Moya, L. M., Castilla-Álvarez, C., Pichiule-Castañeda, M., Rico-Blázquez, M., Escortell-Mayor, E., & Gómez-Quevedo, R. (2013). Effect of a group intervention in the primary healthcare setting on continuing adherence to physical exercise routines in obese women. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15/16), 2114-2121.

* Dombrowski, S., Sniehotta, F., Johnston, M., Broom, I., Kulkarni, U., Brown, J., & ... Araújo-Soares, V. (2012). Optimizing acceptability and feasibility of an evidence-based behavioral intervention for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: An open-pilot intervention study in secondary care. *Patient Education & Counseling*, 87(1), 108-119.

* Driehuis, F., Barte, J. C. M., ter Bogt, N. C. W., Beltman, F. W., Smit, A. J., van der Meer, K. & Bemelans W. J. E. (2012). Maintenance of lifestyle changes: 3-year results of the Groningen overweight and lifestyle study. *Patient education and counseling*, 88, 249-255.

Ekelund, U., Ward, H. A., Norat, T., Luan, J., May, M. A., Weiderpass E., ... & Riboli, E. (2015). Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *American Journal of Clinical nutrition*, 101, 613-62.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A. et al. (2011). Person-centered care –ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs Dec: 10(4)*, 248-251.

Folkhälsomyndigheten. (u.å.a). *Teori och vetenskap*. Hämtad 20 december, 2015 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/teori-och-vetenskap/>

Folkhälsomyndigheten. (u.å.b). *Vad är fysisk aktivitet?*. Hämtad 5 mars, 2015, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/inledning/vad-ar-fysisk-aktivitet/>

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Furze, G. (2015). Goal setting: A key skill for person-centred care. *Practice Nursing, 26(5)*, 241-244 4p.

FYSS. (2015). Fysisk aktivitet vid övervikt och fetma. Hämtad 20 december, 2015, från http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_%E2%94%9C%C3%BBvervikt-och-fetma.pdf

Gardner, C. L. (2015). Adherence: A Concept Analysis. *International Journal Of Nursing Knowledge, 26(2)*, 96-101 6p.

Health and social care information centre. (2015). *Statistics on obesity, physical activity and diet*. Hämtad 27 januari, 2016, från <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB16988/obes-phys-acti-diet-eng-2015.pdf>

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting. (2015). *Handlingsprogram övervikt och fetma 2016-2020*. Hämtad 27 januari, 2016, från <https://www.sll.se/Global/Politik/Politiska-organ/Halso-och-sjukvardsnamnden/2015/2015-12-01/08-Handlingsprogramoverviktfetma%20.pdf>

ICN. (2009). *Nursing matters*. Hämtad 2 mars, 2015, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/13d_FS-Obesity.pdf

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

Karacabey, K. (2005). Effect of regular exercise on health and disease. *Neuroendocrinology Letters* Vol.26 No.5.

Karolinska institutet. (2015). *Swedish MeSH*. Hämtad 16 december, 2015 från http://mesh.kib.ki.se/swemesh/show.swemeshtree.cfm?Mesh_No=F01.145.488.500&tool=karolinska

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Lenz, M., Richter, T., & Mühlhauser, I. (2009). The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Deutsches Arzteblatt International*, 106(40), 641-8, I-II.

Lewis, S., Thomas, S. L., Warwick Blood R., Castle D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine* 73(9), 1349-1356.

NANDA International (2015). *Omvårdnadsdiagnoser: definitioner och klassifikation 2015-2017*. Lund: Studentlitteratur.

Orem, D.E. (1985). *Nursing: concepts of practice*. (3. ed.) New York: McGraw-Hill.

* Patrick, K., Calfas, K., Norman, G., Rosenberg, D., Zabinski, M., Sallis, J., & ... Dillon, L. (2011). Outcomes of a 12-month web-based intervention for overweight and obese men. *Annals Of Behavioral Medicine*, 42(3), 391-401.

Peterson, J. (2007). Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 19(7), 349-357 9p.

Prochaska, J. O., Redding, A. C., & Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health Behaviour and Health Education*. (p. 135-139). USA: A Wiley Imprint. Från http://fhc.sums.ac.ir/files/salamat/health_education.pdf#page=135

Puhl, R., & Heuer, C. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal Of Public Health*, 100(6), 1019-1028.

Puhl, R., Moss-Racusin, C., Schwartz, M., & Brownell, K. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347-358.

* Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K., & Nigg, C. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults. *Preventive Medicine*, 40(6), 769-778.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. Hämtad 10 mars, 2015, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet/>

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Hämtad 10 december, 2015, från SBU, http://www.sbu.se/sv/var_metod/

SCB (Statistiska centralbyrån). (2014). *Risk för kraftig personalbrist inom vården*. Hämtad 14 januari, 2016, från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Risk-for-kraftig-personalbrist-inom-varden/

Segesten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp: engelsk-svensk, svensk-engelsk*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtat den 11 november, 2015 från Riksdagen

https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K1

* Sherman, B., Gilliland, G., Speckman, J., & Freund, K. (2007). The effect of a primary care exercise intervention for rural women. *Preventive Medicine*, 44(3), 198-201.

* Silva, M., Vieira, P., Coutinho, S., Minderico, C., Matos, M., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal Of Behavioral Medicine*, 33(2), 110-122.

Skärsäter, I. (red.) (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2. rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 5 mars, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

SSN (Sykepleiernes Samarbeid i Norden). (2003). *Etiske riktlinjer for omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 11 mars 2015, från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

Stolt, C. (2003). *Medicinen och det mänskliga: vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*. Stockholm: Natur och kultur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 20 december, 2015, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 20 december, 2015, från

<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 14 december, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). *Kärnkompetenser i svensk sjuksköterskeutbildning- en kartläggning*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 20 december, 2015, från <http://www.swenurse.se/globalassets/karnkompetenser-svensk-sjukskoterskeforening/kunskapsoversikt.pdf>

Vuori, I. (2007). Physical activity and health: metabolic and cardiovascular issues. *Advances In Physiotherapy*, 9(2), 50-64.

Wang, D., Zheng, W., Wang, S., Wang, J., Wei, W., Liang, H., & ... Boffetta, P. (2012). Estimation of Cancer Incidence and Mortality Attributable to Overweight, Obesity, and Physical Inactivity in China. *Nutrition & Cancer*, 64(1), 48-56.

Wang, J., Sereika, S. M., Styn, M. A., & Burke, L. E. (2013). Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15/16), 2172-2182.

WHO. (2014a). *Global health observatory data - Obesity*. Hämtad 13 januari, 2016, från <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>

WHO. (2014b). *Global health observatory data - Overweight*. Hämtad 13 januari, 2016, från <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en>

WHO. (2015a). *Obesity*. Hämtad 2 mars, 2015, från <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO. (2015b). *Obesity and overweight*. Hämtad 10 november, 2015, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO. (2015c). *Physical activity*. Hämtad 17 mars, 2015, från http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

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