

LIVSKVALITET HOS PERSONER MED FETMA

EN LITTERATURSTUDIE

PAMELA KIARA
MIAO YAN

LIVSKVALITET HOS PERSONER MED FETMA

EN LITTERATURSTUDIE

PAMELA KIARA
MIAO YAN

Kiara, P och Yan, M. Livskvalitet hos personer med fetma. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Prevalens av fetma ökar i världen. Fetma har både fysisk och mental påverkan på individen och förknippas med samsjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, depression och dåligt självförtroende. Livskvalitet påverkas av fetma.

Syfte: Att sammanställa studier som har undersökt samband mellan fetma och livskvalitet.

Metod: En systematisk litteraturstudie baserad på artiklar med kvantitativ ansats. Tre databaser användes till litteratursökningen; PubMed, CINAHL och PsycInfo. Efter kvalitetsgranskning sammanställdes resultat utifrån de fyra mest förekommande mätinstrumenten för livskvalitet; IWQOL-Lite, EQ-5D, HADS samt SF-36/SF-12.

Resultat: Personer med fetma upplever sämre livskvalitet, särskilt inom den fysiska komponenten av HRQOL. Inget uppenbart samband mellan den mentala komponenten och fetma kunde påvisas. Prevalens av ångest och depression bland personer med fetma observerades.

Konklusion: Det är viktigt för sjuksköterskan att vara uppmärksam på hur personer med fetma upplever livskvalitet för att kunna rikta sina omvårdnadsåtgärder.

Nyckelord: BMI, depression, fetma, hälsorelaterad livskvalitet, livskvalitet, ångest

QUALITY OF LIFE OF OBESE PEOPLE

A LITERATURE REVIEW

PAMELA KIARA
MIAO YAN

Kiara, P and Yan, M. Quality of Life of Obese People. A literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2018.

Background: Obesity is increasing on a global scale. Obesity has both physical and mental consequences for the individual and is associated with co-morbidities such as diabetes, coronary diseases, depression, and low self-esteem. Quality of life is affected by obesity.

Aim: To compile studies that have examined how obese people experience quality of life.

Method: A systematic review based on quantitative studies. Three databases were used for the literature search; PubMed, CINAHL and PsycInfo. After quality control, results were compiled based on the four most common questionnaires/surveys; IWQOL-Lite, EQ-5D, HADS and SF-36/SF-12.

Results: Obese people experience impaired quality of life, especially in the physical component of HRQOL. No obvious relation between the mental component and obesity was found. Prevalence of anxiety and depression was observed in obese people.

Conclusion: It is important for nurses to be aware of how obese people experience quality of life, so they can tailor their nursing actions.

Key words: anxiety, BMI, depression, health related quality of life, obesity, quality of life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	5
Fysisk och psykisk påverkan av fetma.....	5
Livskvalitet - Quality of Life (QOL)	7
Hälsorelaterad livskvalitet - Health Related Quality of Life (HRQOL).....	8
Fetma och vården	8
Sjuksköterskans kärnkompetenser	9
PROBLEMFÖRMULERING.....	10
SYFTE	10
METOD	10
Etiska överväganden	11
Inklusions- och exklusionskriterier	12
Sök- och urvalsprocess.....	12
Kvalitetsgranskning av studier.....	13
Dataanalys	13
Mätinstrument av HRQOL	13
RESULTAT	16
IWQOL-Lite.....	16
EQ-5D	17
The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	18
SF-36/SF-12	19
DISKUSSION.....	20
Metoddiskussion	20
Studiedesign.....	21
Litteratursökning	22
Presentation av resultat.....	22
Kvalitetsgranskning	23
Etik.....	23
Resultatdiskussion.....	24
Fysiska aspekter av HRQOL	24
Mentala aspekter av HRQOL	24
Fetma och vården	25
KONKLUSION	26
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE ...	27

REFERENSER	28
BILAGA 1: TILLVÄGAGÅNGSSÄTTET FÖR ATT SYSTEMATISKT FÖRSÖKA FINNA OCH BEDÖMA RELEVANT VETENSKAPLIG LITTERATUR INNEFATTAR FÖLJANDE SJU STEG.....	35
BILAGA 2: STRUKTURERAD DATABASSÖKNING AV VALDA ARTIKLAR	36
BILAGA 3A: PUBMEDSÖKNING 2017-11-06.....	37
BILAGA 3B: CINAHL SÖKNING 2017-11-12.....	37
BILAGA 3C: PSYCINFOSÖKNING 2017-11-07.....	38
BILAGA 4: GRANSKNINGS PROTOKOLL FÖR KVALITETS BEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, MODIFIERAD FRÅN WILLMAN M.FL. (2011)	39
BILAGA 5: ARTIKELMATRIS	41

INLEDNING

Fetma är ett ämne som ständigt är aktuellt. För den enskilda individen som har fetma beskrivs den oftast som en stor belastning på mer än ett sätt. Personer med fetma utgör en stor patientgrupp som sjuksköterskor möter inom de flesta verksamhetsområden. Kunskap om denna patientgrupp och deras behov är därför av yttersta vikt för sjuksköterskans omvårdnadsarbete. En förståelse för hur patienter med fetma ser på sina liv och situation och vad de ser som livskvalitet är en förutsättning för att kunna ge dem personcentrerad omvårdnad. Det finns en uppåtgående trend i andelen människor som har fetma på många ställen i världen. Denna ökning beror till stor del på vår moderna livsstil som kännetecknas av tillgång till stort utbud av mat, speciellt snabbmat, samt inaktivitet oftast på grund av stillasittande arbeten i dagens teknikautomatiserade samhälle, vilka brukar räknas som de största bovarna till viktökningar. Denna grupp av patienter kommer därför sannolikt att fortsätta att växa. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om patientens syn på sin hälsa och livssituation för att kunna bemöta dem på bästa sätt och tillgodose deras omvårdnadsbehov. Den bästa möjliga vård bör således utgå ifrån kunskap om patientens egna behov. För att bäst kunna identifiera behoven är det alltid bäst att gå till källan, det vill säga personen i fråga, för vem kan bättre berätta för oss vad de behöver? De upplevelser och erfarenheter patienter med fetma har om livet känns därför som ett angeläget område att studera som sjuksköterska.

BAKGRUND

Folkhälsomyndigheten anger fetma som en av de viktigaste riskfaktorerna för sjukdomsbelastningen i Sverige (2017). Övervikt i sig har i Sverige kommit att räknas till en av folksjukdomarna (NE, 2017). De senaste tio åren har andelen av den svenska befolkningen med fetma ökat och enligt siffror från 2016 var 35 procent av befolkningen mellan 16-64 år överviktiga, och 16 procent hade fetma. Det betyder att mer än hälften av den svenska befolkningen har övervikt eller fetma. Fetma klassificeras genom Body Mass Index, BMI, där ett värde över 30 kg/m² indikerar fetma (World Health Organization (WHO) 2017). BMI är ett mått som visar på nutritionsstatus hos vuxna. Det räknas fram genom att ta personens vikt i kilogram dividerad med personens längd i kvadrat i meter. Kroppssammansättningen och fördelning av kroppsvikten beaktas inte vid beräkningen av BMI (Larsson & Rössner 2016). På grund av detta kan en muskulös person ha ett högt BMI och kan då felaktigt anses som överviktig. Vid diagnosticering av fetma används både beräkning av BMI och midjemåttet. Bukfetma beräknas som ett midjeomfång över 88 centimeter för kvinnor och över 102 centimeter för män.

Fysisk och psykisk påverkan av fetma

Fetma har ett starkt samband med ett flertal folksjukdomar som dominerar vårt samhälle inklusive hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer (WHO 2017). Ju högre BMI desto större är risken för att drabbas av diverse sjukdomar. Fetma leder till "det metabola syndromet", sjukdomar såsom hypertoni, diabetes och hög kolesterol (Larsson & Rössner 2016). Övervikt och fetma brukar också förknippas med osteoartrit och för tidig död (WHO 2017). Ryggsmärtor, ledbesvär, åderbräck, svullnad i extremiteter och inkontinens är också vanliga

komplikationer för patienter med fetma (Larsson & Rössner 2016). Rörelser blir begränsade på grund av fetma vilket gör det svårt att utföra hushållsarbeten eller andra arbeten samt ta promenader eller delta i sport. Fetma påverkar även reproduktionsorganen och ger oregelbundna menstruationer, nedsatt fertilitet, erektil dysfunktion och ejakulationsproblem (a.a.).

Sömnapné, depression, dåligt självförtroende (Fisher & Kridli 2014) samt förödmjukelse, skam och att vara generad över sin vikt (Larsson & Rössner 2016; Rogge m.fl. 2004) är exempel på den negativa påverkan av att leva med fetma. Individer med fetma upplever skam, även ilska mot sig själva, för att de inte kan gå ner i vikt eller vid viktökning. Dessa känslor beror på samhällets uppfattning av att individen är ansvarig för sin egen viktökning och därför är det något de själva ska kunna motverka (a.a.). Stigmatisering mot personer med fetma manifesterar sig i olika miljöer på många olika sätt, alltifrån direkta förolämpningar till mer subtila yttringar av fördomar och diskriminering (Deck m.fl. 2014; Lewis m.fl. 2011; Merill & Grassley 2008; Puhl & Heuer 2009; Rogge m.fl. 2004). Kritiska och dömande attityder som inte alltid kan ses med blotta ögat genomsyrar vardagen i form av vad som är socialt acceptabelt gällande bland annat skönhet och socialt värde (Lewis m.fl. 2011). Personer med fetma upplever att de uppfattas som lata och ointelligenta (Larsson & Rössner 2016; Rogge m.fl. 2004). Förnedrande omständigheter som personer med fetma upplever inkluderar att inte kunna passa in i flygplans- eller teaterstolar eller offentliga badrum och att inte kunna hitta kläder som passar i affärer. Liknande erfarenheter hittades också i en studie som visade att patienter med fetma har dålig erfarenhet av vården (Merill & Grassley 2008). Patienter känner pinsamhet och skam när stolar, sängar och sjukhuskläder och instrument inte passar. Känslan av att inte bli trodd, att deras bekymmer inte tas på allvar, eller att de behandlas mindre som människa på grund av sin vikt är vanliga upplevelser för patienter med fetma (a.a.). Dålig erfarenhet av vården i sin tur leder till sämre hälsa och sämre livskvalitet. Detta innebär att de är en sårbar grupp (a.a.). Viktfördomar och stigmatisering är en bidragande faktor till försämrade emotionell och fysisk hälsa hos personer med fetma (Puhl & Heuer 2009). Studier har visat att BMI och livskvalitet har ett nära samband där personer med fetma generellt sett har lägre livskvalitet jämfört med den generella befolkningen och personer med lägre BMI (de Zwaan m.fl. 2009; Jia & Lubetkin 2005; Kolotkin & Andersen 2017; Kolotkin m.fl. 2001a; Larsson m.fl. 2002; Lerdal m.fl. 2011).

En viktig fråga värd att ställa sig är hur mycket fetma samt alla fetmarelaterade sjukdomar egentligen kostar både fysiskt och psykiskt för personerna som är drabbade. Sjuksköterskor kommer i en stigande grad i kontakt med personer med komplikationer från fetma, både inom den öppna och slutna vården. Personliga erfarenheter under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) i primärvården har visat att fetma togs upp med patienter som kom till vårdcentralen i samband med något annat ärende, exempelvis behandling av diabetes typ 2 eller hypertoni. Här blir sjuksköterskan en viktig del i patientens omvårdnadsprocess. Även inom slutenvården finns det möjliga sätt för personer med fetma att vända sig. Det finns exempelvis flera obesitasmottagningar runt om i landet, bland andra på Skånes Universitetssjukhuset (SUS) i Malmö där personer med BMI över 30 kan få hjälp med att behandla sin fetma. De som jobbar på mottagningen inkluderar sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, dietister och psykologer. Mottagningen, som bland annat använder kognitiv beteendeterapi (KBT), fysisk aktivitet samt kostrådgivning som verktyg, riktar sig till de som är över 18 år och har som mål

att hjälpa patienterna nå och behålla en hälsosam viktnivå (Skånes universitetssjukhus 2017). För att få behandling på obesitasmottagningen ställs det dock krav på att personen i fråga själv har försökt att gå ner i vikt ett flertal gånger (minst en gång med stöd av vården), är väl motiverad att gå ner i vikt och/eller har fetmarelaterade komplikationer inklusive typ-2 diabetes. Detta tyder på att de människor som besöker mottagningen redan har en gedigen historia av fetma som oftast har gått så långt att de har fått andra sjukdomar eller att de har försökt så många gånger tidigare att detta blir "sista chansen". Med tanke på de ökande siffrorna gällande fetma i vårt samhälle och de många komplikationer som uppstår för personer med fetma i samband med viktökningar står det klart att något behöver göras för denna patientgrupp. Vad kan i så fall sjuksköterskan göra? Hur kan de bäst hjälpa patienten och under vilka omständigheter? Vad är det patienterna vill och behöver ha hjälp med? Det är viktiga frågor som behöver svar. Innan sjuksköterskan kan svara på detta och oavsett i vilket stadium sjuksköterskan träffar patienten behöver hon/han först få en förståelse av hur patienter med fetma upplever sin livskvalitet. Detta är viktigt för sjuksköterskan för att kunna bemöta patienterna där de befinner sig i livet.

Livskvalitet - Quality of Life (QOL)

Termen livskvalitet är ett komplext begrepp som inte bara har en definition utan består av många olika aspekter. Definitionen beror ofta på situationen och vem som definierar den (Eurostat 2015; SBU 2017; Snaith 2003; Statens offentliga utredningar 2015:56 (SOU); WHO 1997). Livskvalitet handlar dels om de objektiva delarna, såsom materiella resurser, hälsa, arbete, levnadsförhållanden, och dels hur individer subjektivt upplever dem vilket styrs av vad människor känner att de behöver och prioriterar (Eurostat 2015). Baserat på akademisk forskning har Statistiska enheten inom Europeiska unionen (EU), Eurostat, tagit fram nio dimensioner för att mäta livskvalitet. Dimensionerna är hälsa, fritid och sociala interaktioner, levnadsmiljö, utbildning, ekonomisk och fysisk trygghet, materiella levnadsförhållanden, arbete, styrning och grundläggande rättigheter och generell upplevelse av livet (a.a.). Alla komponenterna bör beaktas samtidigt eftersom en flerdimensionell metod ger en mer omfattande bild av livskvalitet och minskar risken för felaktiga resultat vid mätningar. Hälsodimensionen består dels av objektiva indikatorer som förväntad livslängd men även subjektiva indikatorer så som självskattning av sin egen hälsa.

Livskvalitet, quality of life (QOL), definieras i Svensk MeSH (2017) som individens uppfattning av sina livsfaktorer och hur de ändras. Det är hur individen upplever sin standard av hälsa, sjukdom och lycka. Det handlar om hur vi människor värderar våra liv och inkluderar hur vi mår fysiskt, psykiskt och socialt (SBU 2017). Livskvaliteten är därmed en personlig upplevelse och ändras med tiden och livsförhållanden. Hälsa, arbete och relationer med andra, för att nämna några få, är alla viktiga element som inverkar på livskvaliteten (a.a.). Ytterligare en definition av livskvalitet består i att det är individens uppfattning av sin ställning i livet inom ramen av den kultur och värdesystem de lever i och hur ställningen är i relation till individens förväntningar och mål (WHO 1997). Livskvaliteten påverkas av individens fysiska och mentala hälsa, sociala relationer och hur de ser på viktiga områden i sin livsmiljö. I en särskild utredning om livskvalitet från 2015 efter beslut från svenska regeringen där utredarens uppgift var att kartlägga, analysera och föreslå eventuella nya mått för livskvaliteten i Sverige tas det upp fyra tolkningar av livskvalitet; välbefinnande, lycka, meningsfullhet och handlingsfrihet (SOU 2015:56). Utredningen menar på att även om ingen av

de fyra tolkningarna ensamt är ett fulländat sätt att se på livskvalitet är handlingsfrihet det mest lämpliga måttet för officiell livskvalitetsmätning. Handlingsfrihet handlar om individers möjlighet att styra över sina egna liv med de resurser de har till sitt förfogande. Genom att tolka livskvalitet som handlingsfrihet fås då ett livskvalitetsmått som troligen ändras över tid beroende på levnadsvillkoren hos befolkningen och därför kan denna tolkning vara ett bra underlag för att jämföra hur samhället förändras gällande livskvalitet. I likhet med Eurostat menar utredningen att livskvalitet, tolkat som handlingsfrihet, inte bör sammanfattas i ett enda mått. Deras förslag på mått på livskvalitet består av 10 olika komponenter, vilka inkluderar sociala relationer, livsmiljö och hälsa som några av komponenterna som borde ingå. Föreslagna indikatorer för hälsa är självskattad allmän hälsa, fysisk funktionsförmåga, index på fysiska diagnoser samt index på psykisk hälsa (SOU 2015:56).

Hälsorelaterad livskvalitet - Health Related Quality of Life (HRQOL)

Hälsa är en vanligt förekommande komponent vid mätning av livskvalitet, speciellt inom hälso- och sjukvården (Eurostat 2015; SBU 2017; SOU 2015:56). För att skilja denna aspekt av livskvalitet som berör hälsa och sjukdomar från andra avseenden används ibland hellre begreppet hälsorelaterad livskvalitet, health related quality of life (HRQOL) (Healthy People 2020 2010). HRQOL hänvisar till aspekterna av livskvalitet som påverkar den fysiska och/eller mentala hälsan (Bish m.fl. 2006). Skillnaden mellan QOL och HRQOL är inte kristallklar med vissa överlappande aspekter. HRQOL omfattar mer än bara en persons fysiska hälsotillstånd. Det berör alla aspekter av människans liv (Ferrans m.fl. 2005). Precis som QOL finns ingen allmängiltig definition av HRQOL utan dess mening beror på vad som ska mätas (Bish m.fl. 2006; Fontaine & Bartlett 1998). Emellertid brukar HRQOL generellt sägas spegla en individs subjektiva bedömning av och reaktion på sin hälsa och sina sjukdomar (Fontaine & Bartlett 1998). Den amerikanska enheten för förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande åtgärder (ODPHP), del av USA:s hälso- och socialdepartement, har undersökt olika komponenter associerade med HRQOL. Häri ingår både fysisk och mental HRQOL såsom smärta, känslomässigt lidande och sociala aktiviteter (Healthy People 2020 2010). Välbefinnande, som handlar om det positiva i en individs liv och hur nöjd denne är med livet, är ett annat begrepp som brukar förknippas med HRQOL (a.a.). Även socialt deltagande som innefattar utbildning, jobb och fritidsaktiviteter beskrivs också som en viktig del av HRQOL. HRQOL kan mätas med hjälp av olika instrument såsom Short Form survey 36 (SF-36) (Magallares & Schomerus 2014), Short-Form 12 (SF-12) samt EuroQol EQ-5D (Jia & Lubetkin 2005) med en eller flera frågor som ofta delas in i olika mätområden. Mätinstrumenten är antingen generiska eller specifika för en sjukdom eller grupp (Guyatt 1997) Mätinstrumenten mäter exempelvis individens fysiska och psykiska funktionalitet, mobilitet och begränsningar, smärta, allmän hälsa, depression och ångest. I kliniska studier som syftar till att utreda effekten av olika vårdåtgärder och följa upp hälsoinsatser är det just HRQOL som mäts (Healthy People 2020 2017; Kolotkin m.fl. 2001a; SBU 2017). HRQOL handlar därmed inte bara om att mäta hälsa utan tittar också på vad hälsan har för konsekvenser på livskvalitet (Healthy People 2020 2010).

Fetma och vården

Genom att undersöka hur patienter med fetma upplever livskvalitet kan det vara till hjälp för sjuksköterskor och övrig hälsovårdspersonal vid framtagning av skraddarsydda behandlingsprogram (Fontaine & Bartlett 1998; Kolotkin m.fl.

2001a). Det underlättar också vid jämförelse av olika behandlingsalternativ, bedömning av behandlingseffektivitet och värdering av behandlingens inverkan på patienters välmående och fysiska funktion (Fontaine & Bartlett 1998; Kolotkin m.fl. 2001a). En studie visade att personer med fetma besökte allmänläkare oftare än normalviktiga personer. Dessa frekventa besök påverkades inte bara av fysisk komorbiditet utan även av individens subjektiva upplevelse av sin fysiska HRQOL (von Lengerke & John 2007). Det är därför viktigt för dem som arbetar i primärvården att skaffa kunskap av hur individer med fetma upplever sin livskvalitet.

Busutil m.fl. (2017) menar på att medan det finns mycket forskning om fetmans relation till dödlighet och sjuklighet är det mindre skrivet om hur fetma påverkar HRQOL. De studerade hur fetma korrelerar med sämre livskvalitet, även i de fall patienten inte hade någon annan följdjukdom. Författarna föreslog att dessa resultat kunde vara till hjälp vid skapande av prevention- eller behandlingsåtgärder gällande fetma (a.a.). Samma slutsats drogs av Laxy m.fl. (2017) som påpekar vikten av att inneha kunskap om förhållandet mellan BMI och livskvalitet för att ta fram effektiva viktminskningsstrategier. Studien visade att det fanns en omvänd kurvrelation mellan BMI och HRQOL, där det högsta värdet av livskvalitet erhöles vid ett BMI på runt 22 (a.a.), det vill säga ett värde som räknas som normalt BMI. En australisk studie hade också sin grund i att trots mycket uppmärksamhet på fetmaepidemin fanns det lite kunskap och förståelse om livsstil och livskvalitet, speciellt hos män, och syftade därmed att undersöka hur olika faktorer, inklusive fetma, hängde ihop med livskvalitet (Brennan-Olsen m.fl. 2017). Deras forskningsresultat visade att män med lägre livskvalitet jämfört med män med hög livskvalitet hade högre BMI och större midjeomfång. Tidigare forskning visar därmed en generell konsensus att fetma är ett stort område av intresse där mycket forskning redan har utförts. Trots detta återfinns en kunskapslucka gällande fetma och dess relation till livskvalitet hos personer med fetma. Som nämnts tidigare är det just denna kunskap som kan vara behjälplig i sjuksköterskans omvårdnadsarbete av människor med fetma. För att sjuksköterskan ska kunna möta patienternas behov med relevanta omvårdnadsåtgärder behöver hon/han således känna till vad patientgruppen behöver.

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Svensk sjuksköterskeförening (2010) tar upp sex kärnkompetenser för sjuksköterskor som anses nödvändiga för professionen. En av kärnkompetenserna är personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening 2017), som innebär att varje patient har sina särskilda behov och förväntningar och ska därför ses som en individ och därmed ska få vård på sina egna villkor (Carlson 2015). En annan viktig kärnkompetens är evidensbaserad vård vilket handlar om att ta bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, beprövad erfarenhet samt kunskap om patienters situation och upplevelser och kombinera dessa för att kunna ge god och effektiv vård (Svensk sjuksköterskeförening 2010). Genom att ständigt ta till sig ny kunskap från aktuell forskning kan evidensbaserad omvårdnad tillämpas. Förhoppningen är att denna litteraturstudie kan vara till hjälp att sätta kärnkompetenserna i praktik. Denna information kan också bidra till att kvaliteten av den vård som ges ökar vilket bidrar till en mer säker vård, vilket är en annan viktig kärnkompetens. En säker vård kräver i sin tur också att det finns en samverkan i team mellan olika professioner (Svensk sjuksköterskeförening 2016). För att undvika vårdskador och skapa patientsäkerhet måste därmed flera

kärnkompetenser tas i beaktning. Till grunden för att tillämpa kärnkompetenserna ligger således kunskap och information om patienterna i fråga; hur de uppfattar sina liv, hälsa, bekymmer och dennes behov. Med utgångspunkt i detta ligger därför fokus för denna litteraturstudie på att undersöka hur personer med fetma uppfattar sin livssituation.

PROBLEMFÖRMULERING

Efter en preliminär genomgång av aktuell litteratur hittades ett flertal artiklar som tar upp barnfetma. Även om detta är ett ack så viktigt område för vidareforskning och kanske utgör den bästa kunskapen för att avvärja besvär senare i livet är det inget som kommer att behandlas i denna litteraturstudie. Istället kommer fokus att ligga på vuxna personer med fetma och vad sjuksköterskan kan göra för dem. I en australisk studie (James m.fl. 2015) menar författarna på att sjuksköterskor har många tillfällen att delge råd om livsstilsförändringar i olika miljöer, men att det behövs mer utbildning och kunskaper för både sjuksköterskestudenter och färdiga sjuksköterskor i hur detta ska göras.

Med tanke på att kunskapen om hur personer med fetma tycker att de mår och hur de uppfattar sitt liv är bristfällig såg vi en betydelsefull uppgift i att fördjupa oss i detta ämne. Sjuksköterskor möter dagligen patienter med fetma och genom att kartlägga hur patientens syn på livskvalitet tar sig i uttryck får sjuksköterskor ett ovärderligt verktyg vid formuleringen av adekvata omvårdnadsåtgärder för dem. Vi ämnade därför att insamla information om vad fetmapatienter anser om sin livskvalitet. Hur ser de på livet? Vad spelar fetman för roll för dem? Baserat på genomgång av befintlig forskning var hypotesen att personer med fetma upplever lägre livskvalitet. Genom förståelse av och empati för patientens livssituation kan sjuksköterskor lättare rikta sina vårdinsatser till att passa individens behov.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa studier som har undersökt sambandet mellan fetma och livskvalitet.

METOD

Examensarbetet är en systematisk litteraturstudie där artiklarna som användes utgick ifrån kvantitativa empiriska studier. Vi utgick ifrån de sju steg för att ta fram och undersöka vetenskaplig litteratur enligt Willman m.fl. (2016) (bilaga 1). En systematisk sökning i databaser gjordes för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar. I Forsberg & Wengström (2016) listas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, samt PsycINFO som relevanta databaser för forskning inom omvårdnad och därför valdes dessa tre till litteraturstudien. Enligt Polit & Beck (2014) och Willman m.fl. (2016) ska sökningarna baseras på nyckelord, så kallade "keywords". Litteraturstudiens nyckelord hämtades från studiens syfte och frågeställningar. Från syftet valdes orden fetma och livskvalitet ut som nyckelord. Nyckelorden översattes till

engelska obesity och quality of life och synonymer hittades med hjälp av Svensk MeSH från Karolinska Institutets hemsida. Obese bestämdes vara en variant av obesity och inkluderades därmed också bland sökorden. Även BMI > 35 lades till som ett av de huvudsakliga sökorden, eftersom studien syftade till att undersöka sambandet mellan fetma och livskvalitet. I de preliminära sökningarna användes sökbegrepp som kombinerades med booleska operatörer AND och OR för att bilda sökblock enligt rekommendationer i metodlitteratur (Forsberg & Wengström 2016; Willman m.fl. 2016). Samma sökbegrepp och sökblock användes i alla databaser. Databaserna har sina egna ordlistor och stämplar sina artiklar med sina egna termer, så kallade ämnesord. Ämnesord kallas CINAHL Headings i CINAHL, MeSH-termer i PubMed och Thesaurus i PsycINFO. Nyckelorden söktes både som fritext och som ämnesord. Urvalsprocessen som beskrivs av Forsberg och Wengström (2016) användes för att välja relevanta artiklar. Alla titlarna på träffarna lästes för att identifiera vilka sammanfattningar (abstrakt) bör läsas. Därefter bestämdes vilka artiklar som skulle läsas helt. Endast de artiklar som ansågs relevanta lästes i sin helhet.

Etiska överväganden

När det gäller studier som involverar människor, speciellt inom omvårdnad där gränsen mellan förväntade omvårdnadsåtgärder och insamling av data inte alltid är helt klar, måste etiska aspekter beaktas (Polit & Beck 2014). Ett etiskt tillstånd måste erhållas innan studien genomförs (Forsberg & Wengström 2016). Vikt, övervikt och fetma kan vara känsliga ämnen för många. Studier har visat att personer med fetma har lägre livskvalitet och upplever diskriminering och marginalisering på grund av sin vikt. En fetmadiagnos kan kännas som stigmatiserande (Bray 2011; Deck m.fl. 2014). För att undvika att studiedeltagarna ska känna sig utsatta under studien är det ytterst viktigt att hålla sig till etiska ramverk. Människor i en redan känslig position ska inte behöva utsättas för psykisk eller fysisk skada eller kränkning i samband med medverkan i en studie. Därför kan Vetenskapsrådets (2002) fyra etiska principkrav vara till hjälp vid tillvägagångssätten för studier om fetma. Informationskravet säger att deltagarna ska informeras om studien, vilka villkor som gäller och varför studien utförs. Det ska framgå tydligt att det är frivilligt att vara med och deltagaren har rätt att avbryta när som helst (Vetenskapsrådet 2002). Samtyckeskravet innebär att deltagaren måste lämna samtycke. Det är också viktigt att poängtera att om deltagaren väljer att avbryta sin medverkan ska de inte känna påtryckning att fortsätta och det ska heller inte medfölja några negativa påföljder för deltagaren. Det tredje kravet handlar om konfidentialitet. Alla uppgifter som insamlas om deltagaren måste hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Slutligen säger nyttjandekravet att den insamlade informationen endast får användas i forskningssyfte. Den får inte säljas vidare för kommersiell användning och inte heller utnyttjas på sådant sätt som är emot deltagarens vilja såsom tvångsvård (a.a.). Innehållet i Vetenskapsrådets etiska krav kan också hittas i Nürnbergkodexen 1947 bestående av forskningsetiska principer som bland annat säger att informerat samtycke från studiedeltagarna ska erhållas och forskningen bör ha som syfte att få fram positiva resultat för samhället (U.S. GPO 1949). Studier bör utföras på ett sätt som undviker onödigt fysiskt och psykiskt lidande och skador för deltagarna och deltagarna har rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång.

Med utgång från ovannämnda etiska kriterier granskades artiklarna som valdes ut till litteraturstudien för att säkerställa att de följde etiska riktlinjer. Det är viktigt

att undersöka om artikelförfattarna har gjort etiska överväganden och att de har redogjort för vilka kostnader och/eller vinster deras forskning kan leda till. Studierna granskades för att ta reda på om deltagarna hade blivit väl informerade om eventuella för- och nackdelar med att medverka i studien, samt beakta om det fanns något beroendeförhållande mellan forskaren och deltagaren. Enligt Forsberg & Wengström (2016) är det oetiskt att presentera ett ensidigt argument och presentation av båda sidorna av argumentet bör därmed eftersträvas. Hypotesen i denna litteraturstudie var att patienter med fetma har lägre livskvalitet. För att vara etiska måste således de studier som visade motsatsen till hypotesen också presenteras. Redovisning av de artiklarna som ingick i litteraturstudien gjordes genom att beskriva valda metoder och presentera hur sökningen hade gått till och visa sökresultat i studien.

Inklusions- och exklusionskriterier

Vid selektion av studiepopulation används olika urvalskriterier för att begränsa sig då det är näst intill omöjligt att utföra en studie som involverar en hel population. Begränsningarna sker dels genom inklusionskriterier och dels exklusionskriterier (Polit & Beck 2014). Inklusionskriterierna handlar om personen i fråga kvalificerar sig för att vara med i populationen och exklusionskriterierna handlar om karaktäristika som personen saknar. Inklusionskriterier för denna litteraturstudie var vuxna personer med BMI > 35, artiklar på engelska eller svenska och att hela artikeln var tillgänglig. Vid genomgång av sökningsträffarna för att välja ut relevanta abstrakt gjordes också begränsning till artiklar från år 2000 eller nyare för att kunna få med så ny och aktuell forskning som möjligt. Exklusionskriterier var därmed artiklar publicerade tidigare än år 2000, översiktsartiklar samt artiklar som handlade om barn med fetma. Likaså blev de artiklar som efter kvalitetsgranskning hamnade inom gruppen låg kvalitet exkluderade. Fokus låg därmed på kvantitativa empiriska studier av patienter i vuxen ålder med fetma och deras uppfattning av sin egen livssituation.

Sök- och urvalsprocess

Sökbegreppen som användes var obesity, obese, quality of life samt BMI > 35 med *booleska operatorerna* AND och OR. Samma ämnesord, obesity och quality of life, användes i MeSH-termer, CINAHL Headings och PsycInfo Thesaurus. Även sökorden som fritext, obesity, obese, quality of life och BMI > 35 var desamma i alla tre databaser. Resultat av sökningarna presenteras i bilaga 2 och 3. Sökningen med sökbegreppen i PubMed resulterade i 387 träffar. Alla 387 titlar lästes igenom varvid 221, utefter relevanskriterier, valdes ut till abstraktläsning. De titlar som var publicerade innan år 2000 valdes bort. Samtliga 221 abstrakt lästes igenom och ett första urval på 106 abstract gjordes. Dessa 106 abstrakt lästes igenom ytterligare en gång varvid ett andra urval på 35 abstract gjordes. En tredje genomgång gjordes och 23 valdes ut till fulltextläsning varav 19 genomgick kvalitetsgranskning och 16 slutligen valdes till litteraturstudien. Sökningen i CINAHL gav 21 träffar och alla 21 abstrakter lästes varav fyra valdes ut till att läsas igen. Artiklar som hittades i en av de andra två databaserna lästes inte igen. Ett abstrakt valdes till slut till fulltextläsningen men exkluderades. Sökningen i PsycInfo resulterade i 53 träffar. Alla titlar lästes och 32 abstrakter utvaldes som ett första urval som resulterade i att 11 lästes i andra urvalet. Två artiklar valdes ut som relevanta men båda två var redan utvalda från PubMedsökningen. En av inklusionskriterierna var att studiedeltagarna skulle ha ett BMI över 35. Även de artiklar där studiedeltagarna hade ett genomsnittligt BMI på 35 inkluderades. Totalt 24 abstrakter valdes ut från de tre databaserna och lästes i fulltext. Av dessa

genomgick 19 artiklar kvalitetsgranskning där tre studier valdes bort; en på grund av att den var inte var empirisk, en ansågs ha dålig kvalitet, samt en vars fokus var på internalized weight bias, inte livskvalitet, vilket inte passade vårt syfte.

Kvalitetsgranskning av studier

För att relevans- och kvalitetsgranska lästes de utvalda artiklarna av båda författarna. Val av granskningsmall beror på vilken sorts forskningsstudie som ska utföras, då Willman m.fl. (2016) menar att ett granskningsprotokoll ska utarbetas för att passa just den undersökning som utförs. Varje författare läste och granskade artiklarna separat med hjälp av en modifierad version av Willmans protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (2011) (bilaga 4). Därefter gjordes en gemensam genomgång och diskussion om hur artiklarna uppfyllde väsentliga granskningskriterier. Granskningen bestod också i att undersöka om artikeln var publicerad i en ansedd och känd tidskrift och om den hade genomgått peer review. Peer review är ett sätt att visa läsarna att artiklarna har blivit kritiskt undersökta av andra forskare i samma fält vilket kan hjälpa till att bestämma kvaliteten i studien. De är oftast "blinda", det vill säga granskarna vet inte vilka som är forskningsförfattarna och författarna vet inte vilka de blir granskade av (Polit & Beck 2014). Till relevansgranskningen användes inklusions-och exklusionskriterierna. Mål och syfte med artiklarna gick igenom och jämfördes med litteraturstudiens syfte. Många forskningsartiklar följer den så kallade IMRAD-strukturen (a.a.), vilket består av introduktion, metod, resultat samt diskussion. Strukturen i artiklarna granskades därmed för att se om de följde denna uppbyggnad. Relevant metod bör passa syftet och det kontrollerades därför också om författarna hade tagit upp eventuella bias och andra svagheter som var förknippade med den valda metoden. Resultaten i artiklarna ska svara mot metodvalen och dataanalysen bör ha lett fram till en lämplig produkt. Även i analysprocessen bör författarna ha tagit upp eventuell problematik med partiskhet och fördomar (a.a.). Baserat på detta undersöktes alla artiklar utifrån dessa kriterier. Bedömningsnivåerna var bra, medel eller dålig. Efter granskning blev slutligen 16 artiklar utvalda och författarna konstruerade tillsammans artikelmatrisen över dessa 16 studier (bilaga 5).

Dataanalys

Kvalitetsgranskningen följdes av analys och sammanställning av resultatet. Vid abstraktläsningarna gjordes en summering av vilka instrument som var vanligast bland artiklarna och dessa valdes ut för att senare kunna basera resultatpresentationen på dem. De mätinstrument med högst förekomst var SF-36/SF-12, EQ-5D, The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite). Trots att HADS, som är ett mätinstrument för ångest och depression, inte räknas till de direkta livskvalitetsinstrumenten valde vi att inkludera det eftersom ångest och depression var ett återkommande tema bland personer med fetma och som också påverkar HRQOL (Assari 2016; Creel & Tillman 2011). Resultaten från artiklarna delades upp baserat på vilket mätinstrument som användes.

Mätinstrument av HRQOL

Nio artiklar använde SF-36/SF-12 till sina undersökningar, fyra artiklar använde IWQOL-Lite, fyra använde EQ-5D och sex artiklar använde HADS. Vissa artiklar använde mer än ett mätinstrument. Nedan ges en presentation av instrumenten.

IWQOL-Lite. IWQOL-Lite är ett validerat självskattande frågeformulär som mäter livskvalitet specifikt hos personer med fetma (Quality of Life Consulting 2017). Det togs fram av en psykolog och forskare vars arbete och forskning har fokus på att förstå, mäta och optimera hälsorelaterad livskvalitet (Health Related Quality of Life, HRQOL) och är tillgängligt på mer än 80 språk. IWQOL-Lite utvecklades som en lättare variant av IWQOL (Impact of Weight on Quality of Life) som från början hade 74 komponenter inom åtta mätområden. IWQOL var det allra första självskattande formuläret som utvecklades speciellt med syftet att undersöka förhållandet mellan fetma och livskvalitet (a.a.). Forskare tyckte emellertid att det blev för stor börda för respondenterna att svara på det långa frågeformuläret (Kolotkin m.fl. 2001b). IWQOL-Lite består istället av 31 komponenter inom fem mätområden; fysisk funktion, självkänsla, sexuellt liv, social ångest samt arbete. Varje område består i sin tur av ett antal komponenter; fysisk funktion har 11 komponenter, självkänsla har sju komponenter, sexuellt liv har fyra komponenter, social ångest har fem komponenter och arbete har fyra komponenter (a.a.). Varje fråga eller påstående inom de fem områdena har fem möjliga svarsalternativ där respondenten får värdera hur väl frågan/påståendet stämmer in på dem. Svarsalternativen utgör en likertskala där poängsättningen ser ut som följande; “5 = Alltid sant”, “4 = Vanligtvis sant”, “3 = Ibland sant”, “2 = Sällan sant” och “1 = Aldrig sant”. För att få fram värdet för respektive mätområde läggs svaren från alla komponenter inom just det området ihop. Varje svar har ett tilldelat värde. Det totala värdet för IWQOL-Lite-formuläret erhålls genom att räkna samman svaren för varje mätområde. Svaren på påståendena tillsammans ger ett värde på en skala mellan 0 och 100 där 0 indikerar sämsta möjliga livskvalitet och 100 är bästa möjliga livskvalitet.

EQ-5D. EuroQol Group, ett internationellt tvärvetenskapligt nätverk av forskare, bildades i slutet av 1980-talet för att utveckla ett standardiserat, icke sjukdomsspecifikt mätinstrument för att värdera och beskriva HRQOL (EuroQol 2017a). Resultatet blev EQ-5D, ett frågeformulär som ger ett indexvärde för att mäta hälsostatus. EQ-5D består av två delar; en beskrivande del och EQ VAS. Den beskrivande delen utgörs av frågor/påståenden inom fem områden; på engelska benämnda mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort och anxiety/depression som på svenska har översatts till rörlighet, personlig vård/hygien, vanliga/huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet (EuroQol 2015; Region Uppsala 2017; Svenska Skulder- och Armbågssällskapet 2017). I EQ VAS-delen är respondenten ombedd att självskatta sin övergripande hälsa på en vertikal visuell analog skala (VAS) där 0 representerar värsta tänkbara hälsotillstånd och 100 bästa tänkbara hälsotillstånd. EQ VAS kan användas som ett kvantitativt mått vilket återger patientens egen bedömning av sin hälsa. Det finns tre versioner av EQ-5D; EQ-5D-3L, EQ-5D-5L samt EQ-5D-Y som används för barn. För EQ-5D-3L har varje område följande tre svarsalternativ; inga problem, vissa problem och extrema problem. Respondenten svarar genom att kryssa för det alternativ som passar bäst för respektive område. Varje svarsalternativ tilldelas en siffra. Svaren räknas därefter samman till ett femsiffrigt nummer som beskriver respondentens hälsotillstånd (EuroQol 2017b). Dessa hälsotillstånd kan därefter omvandlas till ett enda indexvärde på ett kontinuum där 1 motsvarar en helt frisk person och 0 motsvarar död (EuroQol 2015). EQ-5D-5L är uppbyggt på samma sätt som EQ-5D-3L med skillnaden att varje dimension har fem nivåer av svarsalternativ; inga problem, små problem, måttliga problem, allvarliga problem och extrema problem. Svaren räknas samman på samma sätt som för EQ-5D-3L.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). HAD-skalan är ett självskattningsformulär som utvecklades i början av 1980-talet av två forskare inom psykiatri för att identifiera ångest och depression. Skalan är också ett instrument för att mäta svårighetsgraden av känslomässiga störningar (Zigmond & Snaith 1983). Frågeformuläret består av 14 komponenter/påståenden; sju tillhörande skalan för ångest och sju tillhörande skalan för depression. Påståendena är strukturerade i växelvis ordning och har fyra möjliga svarsalternativ som är tilldelade poäng som på en likertskala mellan 0-3. Genom att summera poängen går det att räkna fram både ett totalt värde för HADS och individuella värden för ångest- respektive depressionsskalan (0-21). Ju lägre poäng desto mindre symtom för ångest och depression. Åtta poäng räknas som gränsen för förekomst av symtom för ångest och depressiva störningar och 11 poäng används som gränsen för att identifiera svåra symtom (Bjelland m.fl. 2002).

SF-36/SF-12. 36-item short-form survey (SF-36) är en generisk hälsoundersökning med 36 standardiserade frågor. Den har dock använts för att jämföra patienter med specifik sjukdom och behandling med den allmänna befolkningen (Ware m.fl. 1998). SF-36 mäter HRQOL i patienter som är 18 år och äldre. De åtta delskalorna i SF-36 är fysisk funktionsförmåga, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, emotionell rollfunktion, social funktion och psykiskt välbefinnande (Ware m.fl. 1992; Ware m.fl. 1998). Frågor gällande ångest och depression ingår i delskalan psykiskt välbefinnande. Dessutom finns två sammanfattande index för fysisk hälsa och mental hälsa. Index för fysisk hälsa består huvudsakligen av tre mätområden; fysisk funktionsförmåga, fysisk rollfunktion och smärta medan index för mental hälsa består huvudsakligen av emotionell rollfunktion, social funktion och psykiskt välbefinnande. Vitalitet, allmän hälsa och social funktion finns i index för både fysisk och mental hälsa (Ware m.fl. 1998). För varje delskala och sammanfattande index beräknas poängen mellan 0 till 100 med hjälp av en algoritm (Ware m.fl. 2001). Ett lägre värde indikerar sämre livskvalitet.

SF-36 skapades i USA av Medical Outcome Study (MOS) forskare i slutet av 1980-talet för att mäta patientens hälsotillstånd. SF-36 kan användas till att mäta bördan av sjukdomen, nyttan av behandlingen eller hur patienten upplever sina sjukdomar eller behandling. SF-36 är baserad på andra undersökningar, som 18-item och 20-item MOS short-forms och Health Perception Questionnaire, som mäter vanliga hälsokoncept, såsom fysisk, social och rollfunktion, mental hälsa och allmänna hälsouppfattningar (Ware m.fl. 1992). Formuläret är koncist och patienten kan antingen fylla i det själv, via telefonintervju eller personlig intervju. Svaren är av likertmetod. Svarsalternativen varierar beroende på frågan från utmärkt till dålig, hela tiden till aldrig, absolut sant till definitivt falskt, ja eller nej, sant eller falsk, inte alls till extremt ja, och mycket begränsad till inte begränsad alls. Höga poäng i en delskala indikerar litet eller inget problem eller begränsning i det området, medan låga poäng indikerar svåra problem eller begränsningar (a.a.). SF-36 har översatts och validerats för att användas i olika länder av International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project sedan 1991 (Ware m.fl. 1998). SF-12 Health Survey (SF-12) är en kortare version av SF-36 Health Survey, med 12 frågor som representerar de åtta delskalorna i SF-36 med en till två frågor tagna från varje mätområde. De två sammanfattande index för fysisk hälsa och mental hälsa i SF-12 och SF-36 är jämförbara. Poängen är normbaserade där 50 representerar medelvärdet för den allmänna befolkningen

med en standardavvikelse på 10. Poängen beräknas med hjälp av en SF-12-algoritm i ett datorsystem (Ware m.fl. 1995).

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien var att sammanställa forskning som hade undersökt sambandet mellan fetma och livskvalitet. I detta avsnitt redovisas den insamlade data från de 16 utvalda vetenskapliga artiklarna (bilaga 5 artikelmatris). Tre artiklar var från Tyskland, en från Sverige, två från Storbritannien, två från Italien, fem från USA, en från Nya Zeeland, en från Spanien och en från Schweiz. En artikel var en randomiserad kontrollerad studie (RCT) medan de övriga var observationsstudier. De empiriska studierna som artiklarna är baserade på undersökte samband mellan fetma och livskvalitet med hjälp av mätinstrumenten SF-36/SF-12, IWQOL-Lite, EQ-5D samt HADS. Kvalitetsgranskningen bedömde 12 artiklar som bra och fyra som medel. 10 artiklar undersökte hur fetma korrelerar med nivån på livskvalitet genom att utföra mätningar vid en given tidpunkt medan sex artiklar gjorde mätningar vid flera tillfällen, före och efter en intervention. Tio av artiklarna hade en studiepopulation som sökte någon sorts behandling för fetma. Artiklarna visade att BMI är relaterad till flera dimensioner av HRQOL för personer med fetma.

Här nedan följer en sammanställning av resultatet indelad efter de fyra mest förekommande mätinstrumenten i litteraturstudien; IWQOL-Lite, EQ-5D, HADS och SF-36/SF-12.

IWQOL-Lite

Ett gemensamt mönster som uppdagades i artiklarna var att livskvalitet var betydligt försämrad hos personer med fetma, det vill säga högre BMI innebar att de fick låga poäng på mätskalan (Andrés m.fl. 2012; Jagielski m.fl. 2014; Wright m.fl. 2012). Både den totala och de enskilda poängen i de respektive underkategorierna fysisk funktion, självkänsla, social ångest och arbete hade signifikant negativ korrelation med stigande BMI med $p < 0,05$, $p < 0,001$ (Jagielski m.fl. 2014). Dock fanns inget signifikant samband mellan BMI och området sexuellt liv i studien av Jagielski m.fl. (2014) vilket också kunde bekräftas i studien av Andrés m.fl. (2012). Till skillnad från Jagielski m.fl. (2014) kunde Andrés m.fl. (2012) dock heller inte fastställa något signifikant samband mellan BMI och självkänsla. I andra studier kunde emellertid en signifikant relation etableras mellan BMI och sexuellt liv (Wright m.fl. 2012; Hammoud m.fl. 2011). För en grupp manliga patienter med svår fetma var förhållandet mellan BMI och sexuellt liv negativt korrelerade, det vill säga ju högre BMI desto lägre poäng på skalan för sexuellt liv (Hammoud m.fl. 2011). Totala poängen för korrelation mellan sexuell livskvalitet och BMI låg på $r = 0,399$ med $p < 0,001$.

Förhållandet mellan BMI och livskvalitet kunde vidare styrkas av en studie där resultatet visade ökning i HRQOL i samtliga underkategorier för IWQOL-Lite för de personer som minskade sina BMI efter deltagande i en viktminskningsintervention (Wright m.fl. 2012). Det slogs fast att ju högre nivå av fetma personen i fråga hade, desto lägre nivå av HRQOL. Denna statistiskt signifikanta korrelation kunde ses i alla fem mätområden men speciellt i områdena social ångest samt fysisk funktion ($p < 0,001$) (a.a.). 33 procent av

variationen i poängen för social ångest och 18,6 procent av poängen för fysisk funktion kunde förklaras av det linjära förhållandet med BMI. Resultatet visade att efter interventionen gick medeltalet för både totalpoängen för livskvalitet samt medelpoängen i de respektive fem underkategorierna upp. Alla ökningar var statistiskt signifikanta med $p < 0,001$ för alla kategorier förutom social ångest där $p < 0,05$. Underkategorierna fysisk funktion och sexuellt liv visade störst förbättring medan social ångest visade minst förbättring.

Medelpoängen för alla fem underkategorier av IWQOL-Lite hopslagna låg under 50 på skalan (Andrés m.fl. 2012; Jagielski m.fl. 2014; Wright m.fl. 2012). Poängen sjönk med högre BMI. Av framkomna värden med statistisk signifikans i olika studier har social ångest, fysisk funktion och arbete visat sig vara de underkategorier där poängen var som lägst (Andrés m.fl. 2012; Jagielski m.fl. 2014). Trots låga medelpoäng för självkänsla och sexuellt liv, speciellt inom området självkänsla, var värdena inte statistiskt signifikanta (Jagielski m.fl. 2014). Detta är tvärt emot resultaten från andra studier (Andrés m.fl. 2012; Wright m.fl. 2012) där alla medelvärden var signifikanta och fysisk funktion och självkänsla var de områden som hade lägst medelvärden och sexuellt liv, social ångest samt arbete däremot hade högre medelvärden.

EQ-5D

Studier som har använt sig av EQ-5D för att mäta hälsorelaterad livskvalitet hos personer med fetma grad 2 eller högre, det vill säga BMI över 35 enligt WHO:s klassificering, har visat på motstridiga resultat (Jagielski m.fl. 2014, Sendi m.fl. 2005, Ma m.fl. 2017). Det framkom i vissa studier att personer med fetma hade sämre HRQOL i områdena rörlighet, personlig vård/hygien och vanliga/huvudsakliga aktiviteter (Jagielski m.fl. 2014) medan andra studier inte visade på en sådan koppling (Ma m.fl. 2017, Sendi m.fl. 2005).

I en studie med patienter med grad 2 samt grad 3 fetma låg medelvärdet för den beskrivande delen av EQ-5D på 76 och för EQ VAS på 66 med $p < 0,0001$. Värdet för den beskrivande delen angavs mellan 0 och 100, enligt den tyska referensuppsättningen (Sendi m.fl. 2005). Liknande medelvärden observerades hos patienter med fetma innan de påbörjade ett viktminskningsprogram. Det ursprungliga medelvärdet, som i detta fall angavs mellan 0 och 1 för båda delarna av EQ-5D, låg på 0,85 för den beskrivande delen av EQ-5D och 0,67 för EQ VAS (Rothberg m.fl. 2014). Resultatet visade också att 33 procent av studiedeltagarna hade 1, vilket indikerar full hälsa, på den beskrivande delen medan ingen av deltagarna skattade 1 på EQ VAS. Uppmätta värden vid uppföljning sex månader efter avslutad viktminskningsintervention visade en uppgång i både den beskrivande delen samt EQ VAS, med en värdeökning på 0,06 respektive 0,14 poäng. Andelen som fick 1 på respektive del ökade också; den beskrivande delen gick upp 22 procentenheter till 54 procent och tre procent rapporterade 1 på EQ VAS, en ökning med tre procentenheter. Viktminskning och nedgång i BMI ledde till ökning i båda delarna av EQ-5D (a.a.). Hos de patienter som hade lägre ursprunglig BMI, större BMI-minskning, färre samsjukdomar innan intervention och/eller lägre ursprunglig HRQOL uppvisades en större förbättring i HRQOL enligt EQ VAS vid uppföljningen med p -värde mellan $< 0,0001$ och $0,0321$. För den beskrivande delen hittades signifikanta korrelationer mellan HRQOL och BMI-förändring och ursprunglig HRQOL med p -värde mellan $< 0,0001$ och $0,0023$ men inte för ursprunglig BMI och antal samsjukdomar (a.a.).

I två av studierna rapporterade större delen av studiedeltagarna inga problem med varken rörlighet och personlig vård/hygien under den beskrivande delen av EQ-5D (Ma m.fl. 2017; Sendi m.fl. 2005). Detsamma gällde vanliga/huvudsakliga aktiviteter och oro/nedstämdhet (Sendi m.fl. 2005). Däremot uppgav deltagarna vissa problem med smärtor/besvär. Inga statistiskt signifikanta skillnader, förutom i dimensionen smärtor/besvär där $p = 0,05$, kunde hittas mellan patientgrupperna med grad 2 och grad 3 fetma (a.a.). Studien visade också att BMI inte hade någon betydande påverkan på livskvalitet i den aktuella studiegruppen, då stigande BMI inte var förenad med lägre livskvalitet. Snarare var det komorbiditet, både gällande antal och typ, som bestämde HRQOL. För EQ VAS var fotproblem och ländryggssmärta de två samsjukdomarna som hade mest inverkan på skalan. För den beskrivande delen var ländryggssmärta samt kranskärslsjukdomar de två viktigaste faktorerna som minskade livskvaliteten betydligt (a.a.).

I en studie som också har undersökt förhållandet mellan fetma, mentalt välmående och livskvalitet hos personer med BMI över 35 (Jagielski m.fl. 2014) påträffades resultat något annorlunda från ovannämnda undersökning. Med stigande värde på fetma/BMI observerades signifikanta mer problem i dimensionerna rörlighet, personlig vård/hygien och vanliga/huvudsakliga aktiviteter. Bland patienterna med högst BMI uppgav en högre andel ha problem med rörlighet, personlig vård/hygien och vanliga/huvudsakliga aktiviteter jämfört med patienter med lägre BMI med p -värde mellan 0,006 och 0,036. Även i studien av Rothberg m.fl. (2014) kunde signifikanta kopplingar mellan förändringar i BMI och graden av HRQOL i vissa avseenden observeras. Tvärtom kunde inget signifikant förhållande hittas mellan fetma och dimensionerna smärtor/besvär och oro/nedstämdhet (Jagielski m.fl. 2014). Det fanns heller ingen signifikant relation mellan fetma och EQ VAS, vilket överensstämde med studien av Sendi m.fl. (2005), men var tvärtom studien av Rothberg m.fl. (2014) där resultatet visade på en signifikant association mellan dessa två.

Trots att områdena smärtor/besvär och oro/nedstämdhet inte var associerade med fetma var det just inom dessa två områden som störst andel angav att de upplevde problem (Jagielski m.fl. 2014). Likartade resultat hittades bland studiedeltagare med samsjuklig fetma och depression där en högre svårighetsgrad av samsjukligheten var kopplad till att en större procentandel av deltagarna angav mer problem med rörlighet och vanliga/huvudsakliga aktiviteter. I denna studie hittades dock även en korrelation med smärtor/besvär (Ma m.fl. 2017).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Symtom på ångest och depression var vanligt förekommande hos personer med fetma. Samtliga artiklar, förutom två, som använde HADS hade funnit ett HADS-värde på minst åtta poäng på respektive delskala, ångest och depression hos patienter med fetma (Jagielski m.fl. 2014; Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007; Wright m.fl. 2012). En artikel som studerade unga vuxna (16-25 år) med fetma rapporterade däremot något lägre siffror med 7,8 på ångestskalan och 5,3 på depressionsskalan (Dreber m.fl. 2015). Även i en studie som ämnade att identifiera vilka faktorer som korrelerade med HRQOL hos äldre med fetma (≥ 60 år) kunde lägre värden på delskalorna urskiljas; med 7,22 på ångestskalan och 7,73 på depressionsskalan (Giuli m.fl. 2014). Trots att ingen signifikant skillnad kunde hittas mellan de olika viktgrupperna var symtom för ångest och depression betydligt högre i gruppen patienter med fetma (a.a.).

Prevalensen av symtom för ångest och depression, enligt den lägre gränsen på åtta poäng, bland studiedeltagarna låg på 70,3 procent respektive 66,2 procent vilket var högre jämfört med siffrorna för den allmänna brittiska befolkningen, där 33 procent respektive 11,4 procent upplevde symtom på ångest och depressiva störningar (Jagielski m.fl. 2014). Utbredningen av symtom enligt den högre gränsen på 11 poäng var 48,3 procent för svår ångest och 40,4 procent för svåra depressiva störningar (a.a.). I studien av unga vuxna med fetma observerades en annan prevalens, där ångest- och depressionssymtom enligt den nedre gränsen var 35 procent respektive 28 procent och prevalensen för svårare symtom, över 11 på HAD-skalan, var 42 procent för ångest samt 17 procent för depression (Dreber m.fl. 2015). Trots prevalens av ångest och depression hittades inga signifikanta korrelationer mellan fetma och dessa två mätområden (Dreber m.fl. 2015; Jagielski m.fl. 2014). Däremot var symtom för ångest en oberoende variabel för kategorin smärtor/besvär under EQ-5D (Dreber m.fl. 2015). I studier där studiedeltagarna fick svara på HAD-skalan både före och efter en viktminskningsintervention kunde dock både viss signifikant korrelation, $r = 0,16$, mellan BMI och depression med $p = 0,03$, samt väsentlig korrelation $r = -0,61$, $p = 0,03$ mellan minskning i BMI och depressionsskalan uppmärksammas (Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007; Wright m.fl. 2012). Detta resultat hade stöd i att signifikanta förbättringar i både ångest och depression kunde hittas post viktminskningsintervention jämfört med kontrollgruppen, där deltagarna inte genomgick någon intervention (Nickel m.fl. 2005). De signifikanta förbättringar i ångest- och depressionssymtomen som observerades i kortsiktiga uppföljningar som grundades i minskning av BMI kunde även hittas i långsiktiga uppföljningar som skedde sex år efter interventionen (Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007). Det kunde också utläsas från studierna att nivån av depression var en oberoende variabel för nivån på HRQOL i den mening att förbättringar i depressionspoängen var en förklaring till uppgång i HRQOL (Wright m.fl. 2012, Giuli m.fl. 2014).

SF-36/SF-12

Flera studier har visat att individer med fetma hade signifikant lägre livskvalitet enligt SF-36 jämfört med individer med normal vikt (Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007; Ni Mhurchu m.fl. 2004). Lägre livskvalitet befanns vara förknippad med fler komorbida sjukdomar och depression och lägre fysisk funktionsförmåga (Yancy m.fl. 2002). Dock visade en studie (Busetto m.fl. 2012) att det fanns variation i livskvalitetspoäng hos individer med BMI > 35. Några individer rapporterade högre livskvalitet än den allmänna befolkningen, särskilt inom områdena smärta (41 procent), vitalitet (43,5 procent) och allmän hälsa (29,3 procent). Korrelation mellan BMI och livskvalitet har stöd i att minskning i BMI förbättrade livskvalitet signifikant i alla åtta mätområden av SF-36 ($p < 0,05$ eller $p < 0,01$). BMI-minskning hade signifikant korrelation med fysisk funktionsförmåga, fysisk rollfunktion, psykiskt välbefinnande och vitalitet med p -värde mellan $< 0,01$ och $0,04$ (Nickel m.fl. 2005). I en sexårig uppföljningsstudie var poängen över 50 i alla delskalor förutom smärta (poäng 41,7 till 70,5). Ökning i livskvalitet observerades i alla åtta mätområden med störst ökning i fysisk funktionsförmåga (28,2 poäng) och smärta (21,7 poäng) och minst ökning i emotionell rollfunktion (8,4 poäng) och allmän hälsa (11,2 poäng) (Nickel m.fl. 2007). Viktminskning mindre än fem procent kroppsvikt hade dock ingen inverkan på livskvalitet (Ni Mhurchu m.fl. 2004).

I sju av nio studier hade individer med fetma signifikant sämre fysisk hälsa jämfört med den allmänna befolkningen (Giuli m.fl. 2014; Kozak m.fl. 2011;

Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007; Ni Mhurchu m.fl. 2004; von Lengerke m.fl. 2007; Yancy m.fl. 2002). Gällande mental hälsa visade studierna varierande resultat. Tre studier visade att individer med fetma hade lägre mental hälsa än patienter med normal vikt (Dreber m.fl. 2015; Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007). En studie av unga vuxna som sökte behandling fann att de i allmänhet hade signifikant lägre mental hälsa än fysisk hälsa (medelvärden 35,8 respektive 45,7) ($p < 0,001$) (Dreber m.fl. 2015). Däremot kunde vissa studier inte påvisa någon signifikant relation mellan fetma och mental hälsa (Kozak m.fl. 2011; von Lengerke m.fl. 2007; Yancy m.fl. 2002).

De delskalorna som påverkades mest av fetma var fysisk funktionsförmåga, smärta och vitalitet ($p < 0,05$). Fem studier visade att vid högt BMI var fysisk funktionsförmåga, smärta samt vitalitet signifikant lägre i individer med fetma (Giuli m.fl.2014; Nickel m.fl. 2005; Nickel m.fl. 2007; Ni Mhurchu m.fl. 2004; Yancy m.fl. 2002). Inom gruppen av manliga veteraner med fetma hade dock äldre deltagare bättre HRQOL inom områden smärta och social funktion (Yancy m.fl. 2002). En studie som jämförde män och kvinnor med morbid fetma visade att kvinnor hade signifikant lägre nivåer i fysisk hälsa, mental hälsa, fysisk funktionsförmåga, social funktion och vitalitet jämfört med män ($p < 0,05$) (Busetto m.fl. 2012). När den fysiska funktionsförmågan var låg observerades lägre poäng i social funktion ($p < 0,001$), emotionell rollfunktion ($p < 0,05$) och psykisk välbefinnande ($p < 0,04$). En BMI-stigning kopplad med låg fysisk funktionsförmågepoäng var associerad med en lägre allmän hälsa ($p = 0,04$) och poäng i vitalitet ($p = 0,03$) (Yancy m.fl. 2002).

Medelvärde för SF-36 var under 50 i index fysisk hälsa i fem studier (Dreber m.fl. 2015; Giuli m.fl.2014; Kozak m.fl, 2011; Ni Mhurchu m.fl. 2004; Yancy m.fl. 2002) och under 50 i index mental hälsa i fyra studier (Dreber m.fl. 2015; Giuli m.fl.2014; Ni Mhurchu m.fl. 2004; Yancy m.fl. 2002) En studie kom fram till att kvinnor hade poäng under 50 i både fysisk och mental hälsa, men för män gällde det bara i fysisk hälsa (von Lengerke m.fl. 2007). Bland patienter med fetma var sämre fysisk hälsa förknippad med högre BMI ($p = 0,021$) hos män samt depression ($p = 0,002$) och komorbiditeter som hypertoni ($p = 0,033$), hypertriglyceridemi ($p = 0,042$) hos kvinnor. Depression visade sig vara associerad med sämre fysisk hälsa (Busetto m.fl. 2012; Giuli m.fl. 2014) och mental hälsa (Busetto m.fl. 2012).

DISKUSSION

I följande avsnitt presenteras styrkor och svagheter med den valda metoden. Tankegången bakom insamlingen av data och vad som eventuellt kan ha gjorts annorlunda diskuteras. Resultatet kommer att gås igenom med hänsyn till teoretisk bakgrund.

Metoddiskussion

Baserat på syftet bedömdes en litteraturstudie med kvantitativ ansats vara det lämpligaste tillvägagångssättet för examensarbetet. Nedan granskas metodvalen utifrån metodlitteraturen och andra teoretiska underlag.

Studiedesign

Vid kvantitativ forskning används en systematisk process med hjälp av objektiva metoder för att minimera bias och öka validitet (Polit & Beck 2014). Datan som samlas in fås genom sinnena snarare än genom personliga övertygelser. Det leder till att studien blir objektiv. Dock bör försiktighet beaktas gällande fullständig objektivitet vid kvantitativa studier. Eftersom det trots allt är mänskliga faktorer som styr val av metod och vilka element som ska studeras och forskarna går in ibland med omedvetna bias och förutsättningar kan det argumenteras om en studie någonsin kan bli helt objektiv. Kvantitativa studier är intresserade av att studera samband eller relation. Fokuset på denna litteraturstudie var att hitta sambandet mellan fetma och livskvalitet. För att samla material i kvantitativa studier används formella instrument eller standardiserade mätinstrument (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2014). Mätinstrumentet kan vara en enkät eller ett frågeformulär. Mätinstrumentens validitet och reliabilitet är viktiga komponenter. Med validitet menas att mätinstrumentet verkligen mäter vad den ska mäta och med reliabilitet menas att upprepade mätningar ger samma resultat (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2014). Alla fyra mätinstrumenten anses som tillförlitliga och validerade frågeformulär (Bjelland m.fl. 2002; Brooks & de Charro 1996; Quality of Life Consulting 2017; Snaith 2003; Ware m.fl. 1998,). De har blivit översatta till ett flertal olika språk för att kunna användas i olika länder och genomgått flera granskningar av reliabilitet samt validitet (Bjelland m.fl. 2002; Ware m.fl. 1998). Kvantitativa studier strävar således att kvantifiera egenskaper, men det är inte lätt att kvantifiera, speciellt genom att sätta numeriska siffror till psykologiska fenomen (Forsberg & Wengström 2016; Polit & Beck 2014). Genom att använda standardiserade frågeformulär säkerställer forskaren att varje deltagare svarar på samma frågor. Nackdelen med detta är dock att det inte tar hänsyn till den enskilda individens subjektiva upplevelse. Mätinstrumentet kan missa aspekter av livskvalitet som är viktigt för den enskilde. Till skillnad från intervjuer där deltagarna kan fritt uttrycka sina tankar och känslor med egna ord, måste de passa in i förvalda alternativ när de fyller i ett frågeformulär. Individer kan känna att de standardiserade alternativen inte speglar deras upplevelser, erfarenheter eller känslor. Om litteraturstudien istället hade varit baserad på artiklar med kvalitativ ansats finns chansen att andra aspekter som patienter tycker är viktiga och som inte täcks av mätinstrumenten hade kommit fram.

En fördel med kvantitativa studier är dock storleken på urvalet som är större jämfört med i kvalitativa studier. I kvantitativa studier strävar forskarna efter att kunna generalisera resultatet till personer utanför studien (Polit & Beck 2014), vilket då blir lättare med en större population. Även om det är lockande att anta att resultatet från litteraturstudiens artiklar, med sin kvantitativa natur, automatiskt kan generaliseras till och är representativt för alla personer med fetma, är det på sin plats att höja ett varningens finger. Majoriteten av artiklarna studerade personer med fetma som hade sökt behandling eller väntade på fetmakirurgi. Detta gäller allmänt för studier om fetma och livskvalitet (Kolotkin m.fl. 2001a). Patienter som söker hjälp är en specifik grupp och har inte alltid samma upplevelse av livskvalitet som de som inte sökt hjälp (Jagielski m.fl. 2014; Kolotkin m.fl. 2001a). De är således inte nödvändigtvis representativa för andra grupper eller den allmänna populationen med fetma. Därför är det inte alltid möjligt att generalisera och dra slutsatser om den generella befolkningen med fetma utifrån dessa resultat (a.a.).

Litteratursökning

Målet för litteraturstudien var att undersöka om fetma påverkar individens livskvalitet och i så fall hur. Redan BMI ≥ 30 klassificeras som fetma. I de initiala preliminära sökningarna blev sökresultatet alltför omfattande eftersom det finns väldigt mycket skrivet om fetma i allmänhet. Dock är populationen med extrem fetma mindre utforskat (Jagielski m.fl. 2014). Valet föll därför på att begränsa populationen till vuxna med en BMI på 35 eller mer. Konsekvensen av avgränsningen kan ha lett till att relevanta artiklar av intresse inte fångades upp av sökparametrarna. Det hade varit intressant att se om individer med BMI 30-35 har samma upplevelse av livskvalitet. Det är också möjligt att med andra sökord kunde annorlunda resultat ha uppdragats. Booleska sökoperatörer som användes var AND och OR. Initialt användes operatoren NOT för att exkludera studier om barn med fetma. Dock valde vi i slutändan att inte använda NOT för att säkerställa att vi inte missade relevanta studier. Willman m.fl. (2016) varnar om användning av NOT just på grund av denna anledning. Istället gjordes en manuell exklusion av artiklar som handlade om barn vid abstraktläsningen.

En av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara på engelska eller svenska. Inga artiklar på svenska hittades. Vid abstraktläsningen hittades flera artiklar som föreföll relevanta för litteraturstudiens syfte på andra språk, till exempel franska, kinesiska och spanska, men som valdes bort. Risken med uteslutandet av icke-engelska studier är en mindre omfattande bild av fetma och upplevelser av livskvalitet. Vi blev begränsade till länder som hade redovisat sina forskningsresultat på engelska och urvalet blev att alla studier var från västvärlden; Europa, USA och Nya Zeeland. En intressant fundering är om det är skrivet mer om fetma i dessa områden eller om vi har tagit del av ett begränsat resultat på grund av språket. Upplevelse av fetma och livskvalitet kan tänkas vara annorlunda i övriga delar av världen. Kroppsuppfattningen och synen på fetma kan se väldigt olika ut beroende på land och kultur (Sektionen för stomiterapeuter och sjuksköterskor inom kolorektal omvårdnad (SSKR) 2017) vilket kan påverka hur stigmatisering och diskriminering ser ut i samhället. De förekommande fördomar som personer med fetma kan känna i västvärlden är inte nödvändigtvis något som människor upplever i övriga delar, vilket kan vara en faktor till hur mental HRQOL påverkas. Framtida studier kan med fördel titta på hur livskvalitet hos personer med fetma kan variera både inom och mellan länder. Det bestämdes också att artiklar från år 2000 och framåt skulle vara en inklusionskriterie. En orsak ligger i att kroppsbilden i samhället har förändrats genom tiderna. Kroppsuppfattningen har i alla tider påverkats av de politiska, kulturella och sociala sammanhangen (Derenne & Beresin 2006). Vad som anses vara som kroppsnormen och är socialt acceptabelt och synen på fetma påverkar hur personer med fetma mår. Hade litteraturstudien tittat på resultat från tidigare forskning, från 80-90-talet eller ännu tidigare, är det fullt möjligt att upplevelser av livskvalitet hade sett annorlunda ut.

Presentation av resultat

Begränsning gjordes till att titta på resultat av livskvalitet med hjälp av fyra mätinstrument. Dessa fyra valdes ut på grund av att det var de mest förekommande i de artiklarna som hittades samt att de räknades som valida och tillförlitliga mätinstrument med gedigen historik. Andra mätinstrument, som Quality-Adjusted Life Year (QALY), Obesity and Weight-Loss Quality of Life (OWLQOL) och Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS), återfanns endast i enstaka eller några få artiklar och inkluderas därför inte i

litteraturstudien. Bland artiklarna återfanns också studier med helt nykonstruerade mätninginstrument (Ziegler m.fl. 2005) som följaktligen behöver genomgå reliabilitets- och validitetsprövningar. Det är möjligt att litteraturstudien hade kommit fram till andra resultat eller visat på andra aspekter av livskvalitet vid val av andra mätinstrument. Emellertid var vår åsikt att de fyra valda mätinstrumenten var allomfattande då de tillsammans täckte många olika tänkbara aspekter av livskvalitet. IWQOL-Lite mäter fetmaspecifik livskvalitet. HADS tar upp ångest och depression som är vanligt förekommande hos personer med fetma. Även om EQ-5D och SF-36 är generiska mätinstrument används de ofta specifikt vid mätning av olika tillstånd, så som fetma. Resultatet strukturerades upp utifrån olika mätinstrument eftersom de hade olika mätområden, men resultatet kunde också ha sammanfattats efter dimensioner av livskvalitet så som fysisk och mental eller utifrån underkategorier så som smärta och depression.

Kvalitetsgranskning

I den aktuella litteraturstudien användes en modifierad version av en granskningsmall för studier med kvantitativ metod (Willman m.fl. 2011). Willman m.fl. (2016) menar att granskningsprotokoll ska modifieras för varje studie. Omarbetningen genom att avlägsna och/eller tillägga vissa delar av mallens beståndsdelar gjordes därmed för att få fram en variant mer relevant för den aktuella litteraturstudien. Vid kvalitetsgranskning lästes artiklarna separat av varje författare för att inte färgas av varandra. Författarna antecknade också ner var för sig vad de ansåg vara de viktigaste punkterna i artiklarna med hjälp av granskningsmallen. Ifyllningen av mallen gjordes däremot tillsammans efter gemensam diskussion och analys. Förfarandet utfördes på detta sätt för att undvika bias och försäkra om ett så brett perspektiv som möjligt.

Etik

Artiklarna granskades med hjälp av de fyra etiska principkraven från Vetenskapsrådet (2002) för att se om de hade genomgått etisk prövning samt om samtycke hade erhållits från studiedeltagarna. I ett fåtal av artiklarna hittades inga etiska uttalanden eller direkta kommentarer om samtycke. Emellertid menar Vetenskapsrådet (2002) att genom att fylla i en enkät räknas som att ge sitt samtycke och således var vår uppfattning att samtycke var underförstått i de artiklarna. Vissa av artiklarna var del av en större studie som hade genomgått etisk prövning vilket tolkades som att de hade fått etiskt godkännande. Angående konfidentialitet fanns inga personuppgifter i någon av artiklarna vilket innebär att det var omöjligt att identifiera deltagarna, det vill säga att de var anonyma. Konfidentialitetskravet kan då räknas som uppfyllt. Vid en litteraturstudie kan inte samtycke erhållas på grund av att det inte finns några deltagare eftersom materialet hämtas från existerande studier. Dock är det viktigt att granska i de studierna som användes till litteraturstudien att deltagarna gav sitt samtycke.

En av artiklarna i litteraturstudien tog upp en intressekonflikt som hade ursprunget i att författarna erhöll delvis finansiering från institutionen som tillhandahöll datan för studien. Det bedömdes dock att det inte hade någon stor betydelse för resultatet eftersom det baserades på enkäter (SF-36). Enkäten fylls i av studiedeltagare och resultatet motsvarar förutbestämda poäng som tilldelas varje svar. Därmed är risken liten för tolkningsfel vid sammanställningen av resultatet eftersom det bara finns ett sätt att räkna ihop siffrorna.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att få en överblick över sambandet mellan fetma och livskvalitet. Alla studier visade på att fetma var associerad med någon aspekt av livskvalitet. Detta har stöd i en studie som visade att viktninskning, och därmed minskning i BMI, ökade livskvalitet enligt EQ-5D (Norén och Forsell 2016). Oavsett vilket mätinstrument som användes, både om det var fetmaspecifikt eller generiskt, innebar högre BMI lägre livskvalitet. Denna upptäckt, som styrker vår hypotes, är konsekvent med flera andra befintliga studier (Assari m.fl. 2016; Kolotkin m.fl. 2017; Lerdal m.fl. 2011). Högt BMI korrelerar med både dålig mental och fysisk livskvalitet (Assari m.fl. 2016). Trots korrelation mellan BMI och totalpoängen i de respektive mätinstrumenten framkom emellertid variationer på vilka av underkategorierna som hade samband med BMI. Begreppet HRQOL består av både fysiska, mentala, sociala och emotionella komponenter, vilket täcks av de olika delskalorna i frågeformulären IWQOL-Lite, EQ-5D, SF-36/SF-12 samt HADS. Livskvalitet är som nämnt tidigare svårt att definiera och mäta (Eurostat 2015; Fontaine & Bartlett 1998; SBU 2017; SOU 2015:56; WHO 1997). Även om de fyra mätinstrumenten som användes tog upp olika aspekter och mätområden av HRQOL, hade de gemensamt att de tog upp fysiska och mentala komponenter av HRQOL.

Fysiska aspekter av HRQOL

Resultat från litteraturstudien visade tydligt att den fysiska komponenten av HRQOL påverkades negativt av högre BMI, vilket har stöd i andra studier (de Zwaan m.fl. 2009; Kolotkin & Andersen 2017; Kolotkin m.fl. 2001; Larsson m.fl. 2002; Lerdal m.fl. 2011). Det finns olika bidragande faktorer som påverkar den fysiska livskvaliteten för personer med fetma. Forskning har funnit att långtidssjukskrivning och stillasittande liv bidrar till sämre fysisk HRQOL (Larsson m.fl. 2002). I linje med detta fann Lerdal m.fl. (2012) att personer med fetma har högre risk att förtidspensionera sig och sjukskriva sig. Vidare observerades ett dubbelriktat samband mellan anställning och fysisk aktivitet och fysisk livskvalitet (a.a.). Nivån på fysisk livskvalitet kan förklaras av anställning och vara fysisk aktiv. Ett arbete som kräver fysisk aktivitet kan vara en orsak till en bättre fysisk livskvalitet. Tvärtom kan fysisk livskvalitet påverka arbetsmöjligheter. Fetma kan vara ett fysiskt hinder för vissa arbeten.

Mentala aspekter av HRQOL

Resultaten har däremot inte samstämmigt kunnat påvisa ett uppenbart samband mellan den mentala komponenten av HRQOL och BMI. Vissa studier kom fram till att patienter med fetma hade sämre mental hälsa medan andra menade på att en sådan relation inte fanns, vilket överensstämmer med annan forskning som också visar på inkonsekventa resultat (de Zwaan m.fl. 2009; Dreber m.fl. 2015; Kolotkin m.fl. 2017; Preiss m.fl. 2013). Fastän ett signifikant samband med BMI inte alltid kunde konstateras, hade patienterna med fetma oftast låga poäng på de mentala skalorna. Det kan tänkas att patienter med fetma oftast på grund av sin fetma ådrar sig andra fysiska och mentala problem som i sin tur påverkar HRQOL. Även om BMI i sig inte var korrelerat med sämre mental livskvalitet, var däremot samsjukdomar, som ofta är ett resultat av fetma, korrelerade med sämre livskvalitet (de Zwaan m.fl. 2009; Doll m.fl. 2000). Fyra av sex artiklar som studerade specifikt ångest och depression kom fram till att patienter med fetma uppvisade symtom av både ångest och depression. Dock var prevalensen av ångest högre än depression. Förekomst av depression hos personer med fetma kunde också observeras i andra undersökningar (de Lima Santos m.fl. 2012;

Fisher & Kridli 2014). De Lima Santos m.fl. (2012) fann också ett samband mellan fetma och ångest samt att individer tog till hetsätning för att kompensera för ångesten.

Resultaten från litteraturstudien visade också att kvinnor med fetma hade sämre mental HRQOL än män med fetma, vilket hittas stöd i en studie av Kolotkin m.fl. (2001a), som också fann större prevalens av psykosociala problem hos kvinnor än hos män. En förklaring till att kvinnor upplever sämre mental livskvalitet är att kvinnor upplever mer diskriminering än män (de Zwaan m.fl. 2009). Den upplevda diskrimineringen och stigmatiseringen av kvinnor med fetma kan böttna i att det oftast har varit kvinnor i fokus för samhällets och massmedias granskande blick gällande utseende och beteende. Kvinnoidealet har genom tiderna ofta varit orealistiska och kvinnor har utsatt sig själva för lidande för att uppnå något väldigt svåruppnåeligt (Derenne & Beresin 2006). Media tillsammans med politiska och sociala faktorer har stor påverkan på vad som anses vara skönhetsstandarden (a.a.). Rogge m.fl. (2004) menar att individer med fetma inte passar in i samhällets normer vilket leder till att de känner sig mindervärdiga. Dålig självkänsla hos både män och kvinnor var också något som kom fram i litteraturstudien som en korrelerande faktor med BMI, vilket stöds av Lerdal m.fl. (2011). Dålig självkänsla orsakas av, förutom känslan att inte passa in, också av diskriminering (Wakefield & Feo 2017). Även dålig fysisk hälsa, i form av fysiska begränsningar, kan i sin tur leda till sämre självkänsla som är en del av mental HRQOL (Lerdal m.fl. 2011).

Fetma och vården

Som visat från litteraturstudien har personer med fetma generellt sett låg HRQOL. Social ångest, fysiska problem och depression var vanliga upplevelser. Detta ligger i linje med en studie av Rogge m.fl. (2004) där det uppmärksammades att personer med fetma hade dåliga erfarenheter i livet av att inte kunna delta i sociala sammanhang på grund av oförmåga att passa in fysiskt. Personer med fetma upplever också ofta stigmatisering och diskriminering, inte bara i samhället i allmänhet (a.a.) men även specifikt inom vården (Creel & Tillman 2011; Merill & Grassley 2008; Wakefield & Feo 2017). Stigma och viktfordomar uppenbaras i form av brist på ögonkontakt, empati och respekt samt negativa kommentarer om deras vikt från vårdpersonal (Puhl & Heuer 2009; Wakefield & Feo 2017). Som sjuksköterska ligger fokus på att lindra lidande, förebygga sjukdom, samt främja och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2014) och förbättra patientens välbefinnande, både fysisk och psykisk (Wakefield & Feo 2017). Det innebär att sjuksköterskor måste ta hänsyn till hur patienter med fetma upplever sin hälsa och situation, det vill säga livskvalitet. Sjuksköterskor måste lägga vikt vid att förstå hur patienter med fetma uppfattar det bemötande de får, vilket inkluderar sjuksköterskans beteende. Det är viktigt att se patienter och deras upplevda behov och inte låta fetma definiera människan och i stället se individen bakom (Merill & Grassley 2008). Omvårdnadsåtgärder för personer med fetma handlar inte bara om att hjälpa dem gå ner i vikt, även om viktnedgång hjälper HRQOL, utan också om att fokusera på vad som kan göras för att öka deras livskvalitet (Kolotkin m.fl. 2001a; von Lengerke & John 2007). Litteraturstudien fokuserade inte på orsakerna bakom fetma men en möjlig förklaring är att fetma är yttring av de många saker som förknippas med högt BMI såsom samsjukdomar, ångest och depression. Det handlar om att uppmärksamma och behandla orsaken bakom i syfte att förbättra deras livskvalitet. Upplevelse av livskvalitet är individuellt och därför måste sjukvårdspersonal skraddarsy omvårdnadsåtgärder. Det är viktigt att

lyssna på patientens livshistoria (Wakefield & Feo 2017) och inte jobba utifrån förutfattade meningar om vad sjuksköterskan tror att patienter behöver. Merill & Grassley (2008) menar att personer med fetma är en utsatt grupp med dålig mental hälsa och dåliga erfarenheter vilket gör det ännu viktigare med bra bemötande.

God omvårdnad grundar sig i sjuksköterskans kärnkompetenser. En av kärnkompetenserna är att sätta patienten i centrum (Leksell & Lepp 2013). Sjuksköterskan behöver professionell kompetens för att kunna utföra personcentrerad vård samt prioritera vården för patienten (a.a.). Personcentrerad vård handlar om att möta patienten där han/hon befinner sig samt förstå patientens värderingar i livet (a.a.). Förståelse av hur patienter med fetma upplever sin livskvalitet hjälper sjukvårdspersonal att se patienten som en enskild person och att kunna möta deras behov. Genom att förstå patientens ståndpunkt kan sjuksköterskan rikta sina omvårdnadsåtgärder till patientens behov och/eller önskningsar. Personcentrerad vård innebär också att samverka i team eftersom patienten har olika behov som krävs kunskap från olika professioner (Leksell & Lepp 2013), exempelvis psykolog, dietist och kurator. Om vi som sjuksköterskor känner till patientens behov kan vi lättare koppla in andra professioner eller hänvisa dem vidare. Med hjälp av evidensbaserad kunskap kan kompetensen öka och sjuksköterskan kan då bli bättre i sin profession samt ge säkrare vård.

Som sjuksköterskor kommer vi att träffa patienter med fetma på alla avdelningar och då är kunskap av hur de upplever sin livskvalitet oundgängligt. En studie hittade att personer med fetma tenderar att uppsöka vården oftare (von Lengerke & John 2007). Orsaken var både fysiska samsjukdomar samt dålig fysisk HRQOL (a.a.). Å andra sidan fann Wakefield & Feo (2017) och Creel & Tillman (2011) att patienter med fetma inte sökte vård på grund av tidigare diskriminering från sjukvårdspersonal som resulterade i ångest, depression, dålig självkänsla och självuppfattning. Detta leder i sin tur till att de inte får den hjälp de behöver, vilket motsäger vad sjuksköterskeyrket inbegriper. En av våra uppgifter som sjuksköterskor är att skapa en trygg miljö dit patienter vågar söka hjälp. Därför är det så angeläget att behandla patienter med respekt och empati oavsett i vilken situation de befinner sig. Det handlar om att åstadkomma en relation där sjuksköterskan har de redskap nödvändiga för att bistå patienten utifrån dennes behov och där patienten får förtroende ta emot den hjälp som erbjuds.

KONKLUSION

Det kom fram i litteraturstudien att personer med fetma upplever sämre livskvalitet jämfört med den allmänna befolkningen. Även om sambandet mellan den fysiska komponenten av HRQOL och fetma var mer prominent var den mentala komponenten också påverkad. Ångest i allmänhet och social ångest upplevdes vid olika situationer i det dagliga livet, inklusive vid kontakt med hälso- och sjukvården. Eftersom ett av våra uppdrag som sjuksköterska är att lindra lidande får vi inte förvärta för en grupp som redan har dålig livskvalitet genom att stigmatisera och diskriminera. Det innebär att vi måste ta hänsyn till hela patientens välbefinnande och inte bara deras somatiska sjukdomsbild. Omvårdnad bör, förutom antropometrisk mätning och kliniska data, också utgå ifrån resultat från livskvalitetsmätning. Det är viktigt att förstå patienters subjektiva upplevelse av hur de mår och hur de ser på livet. Vi behöver ständigt

hålla oss uppdaterade med ny evidensbaserad kunskap för att kunna leverera bästa möjliga vård.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

I och med att det finns en ofullständig kunskapsbas gällande patienter med fetma och hur de ser på och upplever livet kan resultatet från litteraturstudien vara ett litet steg på vägen att fylla kunskapsluckan för sjuksköterskor. En emotionell och psykologisk förståelse för sina patienter och deras livssyn kan användas av sjuksköterskan till att få en närmare patientrelation med bättre kommunikation och möjligtvis bättre följsamhet från patientens sida. Sjuksköterskan kan då utöva en mer evidensbaserad och personcentrerad omvårdnad. Endast en studie om hur personer med fetma upplever livskvalitet i Sverige inkluderades i litteraturstudien. Även om det kan vara fördelaktigt att se vad andra länder har gjort, skulle det också vara mer relevant att studera hur det ser ut i Sverige. Det kan vara skillnader i erfarenheter av fetma mellan länder och även mellan olika regioner i Sverige, till exempel storstäder och glesbygden. Därför behövs mer forskning i Sverige om fetma och livskvalitet. I denna litteraturstudie låg fokus på upplevelser av personer med BMI över 35. Eftersom fetma definieras som BMI > 30 skulle det vara intressant att se om individer med BMI 30-35 har annorlunda upplevelser. Större delen av studiedeltagarna i artiklarna i litteraturstudien bestod av kvinnor. Några studier visade att det fanns skillnader i hur kvinnor och män upplever livskvalitet. Det skulle vara intressant med studier som vidare undersöker om det finns en skillnad och i så fall vad det innebär för sjuksköterskans arbete. Eftersom litteraturstudien tittade på hur personer med fetma upplever livskvalitet men inte orsakerna bakom fetman skulle vidareforskning av orsakerna kunna öka förståelsen av denna patientgrupp ytterligare. Det finns mycket kvar att lära och vi bör alltid sträva efter att fylla på vårt kunskapsförråd om människan, den viktigaste komponenten i sjuksköterskans arbete.

REFERENSER

Andrés A, Saldaña C, Mesa J, Lecube A, (2012) Psychometric evaluation of the IWQOL-lite (Spanish version) when applied to a sample of obese patients awaiting bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 22(5), 802-809.

Assari S, (2016) Psychosocial Correlates of Body Mass Index in the United States: Intersection of Race, Gender and Age. *Iranian Journal Of Psychiatry & Behavioral Sciences*, 10(2), 1-7.

Bish C, Blanch H, Serdula M, Thompson N, Khan L, Maynard L, (2006) Health-related quality of life and weight loss among overweight and obese U.S. adults, 2001 to 2002. *Obesity*, 14(11), 2042-2053

Bjelland I, Dahl A A, Haug T T, Neckelmann D, (2002) Review: The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal Of Psychosomatic Research*, 5269-77.

Bray G A, (2011) *Screening for and Clinical Evaluation of Obesity in Adults*. ><http://cursoenarm.net>< HTML (2017-10-23)

Brennan-Olsen S, Hosking S, Pasco J, Dobbins A, Williams L, (2017) Poor quality of life in Australian men: Cross-sectional associations with obesity, mobility, lifestyle and psychiatric symptoms. *Maturitas*, 10332-36.

Brooks R, de Charro F, (1996) EuroQol: The current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.

Busetto L, Pilone V, Schettino A M, Furbetta N, Zappa M, Di Maro A, Borrelli V, Giardiello C, Battistoni M, Gardinazzi A, Perrotta N, Micheletto G, De Meis P, Martelli S, Marangon M, Forestieri P, Pari C, Gennai S, Mozzi E, (2012) Determinants of health-related quality of life in morbid obese candidates to gastric banding. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 17(2), E93-E100.

Busutil R, Espallardo O, Torres A, Martínez-Galdeano L, Zozaya N, Hidalgo-Vega Á, (2017) The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health & Quality Of Life Outcomes*, 15, 1-11.

Carlson E, (2015) *Kärnkompetenser i svensk sjuksköterskeutbildning- en kartläggning*. ><https://www.swenurse.se>< PDF (2017-12-14)

Creel E, Tillman K, (2011) Stigmatization of overweight patients by nurses. *Qualitative Report*, 16(5), 1330-1351.

de Lima Santos A, Pasquali R, Marcon S S, (2012) Feelings and living experiences of individuals taking part in a support group for control of obesity: an exploratory study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 11(1), 3-13.

- de Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, Burgmer R, Nolting B, Legenbauer T, Benecke A, Herpertz S, (2009) Obesity and Quality of Life: A Controlled Study of Normal-Weight and Obese Individuals. *Psychosomatics*, 50, 474-482
- Deck K, Haney B, Fitzpatrick C, Phillips S, Tiso S, (2014) Prescription for Obesity: Eat Less and Move More. Is It Really That Simple?. *Open Journal of Nursing*, 4, 656-662.
- Derenne J L, Beresin E V, (2006) Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry: The Journal Of The American Association Of Directors Of Psychiatric Residency Training And The Association For Academic Psychiatry*, 30(3), 257-261.
- Doll H, Petersen S, Stewart-Brown S, (2000) Obesity and physical and emotional well-being: Associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8(2), 160-170.
- Dreber H, Reynisdottir S, Angelin B, Hemmingsson E, (2015) Who is the Treatment-Seeking Young Adult with Severe Obesity: A Comprehensive Characterization with Emphasis on Mental Health. *Plos ONE*, 10(12), 1-17.
- EuroQol Research Foundation, (2015) *EQ-5D-5L User Guide - Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. Rotterdam, EuroQol Research Foundation.
- EuroQol Research Foundation, (2017a) *EQ-5D Instruments*. ><https://euroqol.org>< HTML (2017-11-26)
- EuroQol Research Foundation, (2017b) *EQ-5D-3L*. ><https://euroqol.org>< HTML (2017-11-26)
- Eurostat, (2015) *Quality of life indicators - measuring quality of life*. ><http://ec.europa.eu>< HTML (2017-12-09)
- Ferrans C E, Zerwic J J, Wilbur J E, Larson J L, (2005) Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal Of Nursing Scholarship*, (4), 336.
- Fisher K, Kridli S A, (2014) The role of motivation and self-efficacy on the practice of health promotion behaviours in the overweight and obese middle-aged American women. *International Journal Of Nursing Practice*, (3), 327.
- Folkhälsomyndigheten, (2017) *Övervikt och fetma*. ><https://www.folkhalsomyndigheten.se>< HTML (2017-10-18)
- Fontaine K R, Bartlett S B, (1998) Estimating Health-Related Quality of Life in Obese Individuals. *Disease Management And Health Outcomes*, (2), 61.
- Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Guyatt G H, (1997) Measuring Health-Related Quality of Life: General Issues. *Canadian Respiratory Journal, Vol 4, Iss 3, Pp 123-130 (1997)*, (3), 123.
- Giuli C, Papa R, Bevilacqua R, Felici E, Gagliardi C, Marcellini F, Boscaro M, De Robertis M, Mocchegiani E, Faloia E, Tirabassi G, (2014) Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health, 14(1)*, 1-17.
- Healthy People 2020. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, (2010) *Foundation Health Measure Report Health-Related Quality of Life and Well-Being*. ><https://www.healthypeople.gov>< PDF (2017-12-14)
- Hammoud A O, Gibson M, Walker J M, Cloward T V, Hunt S C, Kolotkin R L, Adams T D, Meikle A W, (2011) Sleep Apnea, Reproductive Hormones and Quality of Sexual Life in Severely Obese Men. *Obesity, 19(6)*, 1118-1123.
- Jagielski A C, Brown A, Hosseini-Araghi M, Thomas G N, Taheri S, (2014) The Association between Adiposity, Mental Well-Being, and Quality of Life in Extreme Obesity. *Plos ONE, 9(3)*, 1-8.
- James C, Kable A, James C, Snodgrass S, Guest M, Ashby S, Collins C, Oldmeadow C, Plotnikoff R, (2015). Nurse provision of healthy lifestyle advice to people who are overweight or obese. *Nursing & Health Sciences, 17(4)*, 451-459.
- Jia H, Lubetkin E I, (2005) The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *European Journal Of Public Health, (2)*, 156.
- Kolotkin R, Meter K, Williams G, (2001a) Quality of life and obesity. *Obesity Reviews, 2(4)*, 219-229.
- Kolotkin R, Crosby R, Kosloski K, Williams G, (2001b) Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research, 9(2)*, 102-111.
- Kolotkin R L, Andersen J R, (2017) A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life. *Clinical Obesity, 7(5)*, 273-289.
- Kozak A T, Daviglius M L, Chan C, Liu K, Kiefe C I, Jacobs D R Jr, (2011) Relationship of body mass index in young adulthood and health-related quality of life two decades later: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults study. *International Journal Of Obesity, 35(1)*, 134-141.
- Larsson I, Rössner S, (2016) *Fetma i primärvården*. Lund: Studentlitteratur AB, 2016.
- Larsson U, Karlsson J, Sullivan M, (2002) Impact of overweight and obesity on health-related quality of life - A Swedish population study. *International Journal Of Obesity, 26(3)*, 417-424.
- Laxy M, Teuner C, Holle R, Kurz C, (2017) The association between BMI and health-related quality of life in the US population: Sex, age, and ethnicity matters.

International Journal of Obesity, accepted article preview online, 10 October 2017.

Leksell J, Lepp M, (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm, Liber.

Lerdal A, Andenæs R, Bjørnsborg E, Bonsaksen T, Borge E, Christiansen B, Eide H, Hvinden K, Fagermoen M S, (2011) Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Quality Of Life Research*, (8), 1187.

Lewis S, Thomas S L, Blood R W, 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*, 731349-1356.

Ma J, Xiao L, Lv N, Rosas L G, Lewis M A, Goldhaber-Fiebert J D, Vendittie E M, Snowden M B, Lesserg L, Ward E, (2017) Profiles of sociodemographic, behavioral, clinical and psychosocial characteristics among primary care patients with comorbid obesity and depression. *Preventive Medicine Reports*, 8, 42-50.

Magallares A, Schomerus G, (2015) Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: A meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine* 20, no. 2: 165-176.

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

Nationalencyklopedin, (2017) *folksjukdomar*
><http://www.ne.se>< HTML (2017-10-22)

Ni Mhurchu C, Bennett D, Lin R, Hackett M, Jull A, Rodgers A, (2004) Obesity and health-related quality of life: results from a weight loss trial. *The New Zealand Medical Journal*, 117(1207), U1211.

Nickel C, Widermann C, Harms D, Leiberich P L, Tritt K, Kettler C, Lahmann C, Rother W K, Loew T H, Nickel M K, (2005) Patients with extreme obesity: change in mental symptoms three years after gastric banding. *International Journal Of Psychiatry In Medicine*, 35(2), 109.

Nickel M K, Loew T H, Bachler E, (2007) Change in Mental Symptoms in Extreme Obesity Patients After Gastric Banding, Part II: Six-Year Follow Up. *International Journal Of Psychiatry In Medicine*, 37(1), 69.

Norén E, Forssell H, (2016) Aspiration therapy for obesity; a safe and effective treatment. *BMC Obesity*, 3(56).

Polit D, Beck C, (2014) *Essentials of Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Preiss K, Clarke D, Brennan L, (2013) A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918.

- Puhl R M, Heuer C A, (2009) The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity (19307381)*, 17(5), 941-964.
- Quality of Life Consulting, (2017) *IWQOL-Lite*. ><http://www.qualityoflifeconsulting.com>< HTML (2017-11-21)
- Region Uppsala, (2017) *EQ-5D*. ><http://www.lul.se>< PDF (2017-11-26)
- Rogge M, Greenwald M, Golden A, (2004) Obesity, Stigma, and Civilized Oppression. *Advances In Nursing Science*, (4), 301.
- Rothberg A E, McEwen L N, Kraftson A T, Neshewat G M, Fowler C E, Burant C F, Herman W H, (2014) The impact of weight loss on health-related quality-of-life: implications for cost-effectiveness analyses. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 23(4), 1371-1376.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. ><http://www.sbu.se>< HTML (2017-12-10)
- Sektionen för stomiterapeuter och sjuksköterskor inom kolorektal omvårdnad (SSKR), (2017) *Kroppsuppfattning*. ><https://www.sskr.nu>< HTML (2017-12-20)
- Sendi P, Brunotte R, Potoczna N, Branson R, Horber F F, (2005) Health-related quality of life in patients with class II and class III obesity. *Obesity Surgery*, 15(7), 1070-1076.
- Skånes universitetssjukshus, (2017) *Obesitasmottagning Malmö*. ><https://vard.skane.se>< HTML (2017-10-24)
- Snaith R P, (2003) The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health & Quality Of Life Outcomes*, 129-4.
- Statens offentliga utredningar, 2015:56 Utredningen om mått på livskvalitet - *Får vi det bättre?: om mått på livskvalitet : betänkande*. Stockholm: Fritze.
- Svensk MeSH, (2017) *Quality of Life*. ><https://mesh.kib.ki.se>< HTML (2017-10-27)
- Svensk sjuksköterskeförening, (2010) *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2014) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2016) *Säker vård: en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kärnkompetenser för sjuksköterskor*. ><https://www.swenurse.se>< HTML (2017-12-14)

Svenska Skulder- och Armbågssällskapet, (2017) *EQ-5D-5L*. ><http://www.ssas.se>< PDF (2017-11-26)

U.S. GPO, (1949) *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. Nuremberg, October 1946–April 1949*. Washington, D.C., US Government Printing Office.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

von Lengerke T, John J, Janssen C, Wichmann H-E, Löwel H, Meisinger C, Illig T, Holle R, (2007) Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: Physical limitations and psychological normalcies. *International Journal Of Public Health*, 52(1), 16-26.

von Lengerke T, John J, (2007) Excess use of general practitioners by obese adults: does health-related quality of life account for the association?. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5), 536-544.

Wakefield K, Feo R, (2017) Confronting obesity, stigma and weight bias in healthcare with a person centred care approach a case study. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 25(1), 28-31.

Ware J, Sherbourne C, (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, (6), 473.

Ware J, Kosinski M, Keller S, (1995) *SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, Second Edition.

Ware J, Gandek B, (1998) Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.

Ware J, Kosinski M, (2001) Interpreting SF-36 Summary Health Measures: A Response. *Quality Of Life Research*, (5), 405.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C, (2011) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4:e uppl). Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization, (2017) *Body mass index - BMI* ><http://www.euro.who.int>< HTML (2017-10-18)

World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, (1997) *WHOQOL : measuring quality of life*. Geneva: World Health Organization

Wright F, Boyle S, Baxter K, Gilchrist L, Nellaney J, Forde L, Greenlaw N, (2012) Understanding the relationship between weight loss, emotional well-being

and health-related quality of life in patients attending a specialist obesity weight management service. *Journal Of Health Psychology*, 18(4), 574-586.

Yancy W S, Olsen M, Bosworth H, Edelman D, Westman E, (2002) Relationship between obesity and health-related quality of life in men. *Obesity Research*, 10(10), 1057-1064.

Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F, (2005) Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes And Metabolism*, 31(3 I), 273-283.

Zigmond A, Snaith R, (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

BILAGA 1: TILLVÄGAGÅNGSSÄTTET FÖR ATT SYSTEMATISKT FÖRSÖKA FINNA OCH BEDÖMA RELEVANT VETENSKAPLIG LITTERATUR INNEFATTAR FÖLJANDE SJU STEG

1. precisera problemet som är föremål för utvärderingen
2. precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier
3. formulera en plan för litteratursökningen
4. genomföra litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna
5. tolka bevisen från de individuella studierna
6. sammanställa bevisen
7. formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet (d.v.s. de mest tillförlitliga bevisen).

Källa: Willman m.fl. 2016, s. 57

BILAGA 2: STRUKTURERAD DATABASSÖKNING AV VALDA ARTIKLAR

Databas	Sökblock	Antal träffar/ Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade med protokoll	Inkluderade i studier
PubMed	Obesity And Quality of life And BMI > 35	387	221	106	23 Varav 2 var med i PsycInfo	19 Varav 2 var med i PsycInfo	16 Varav 2 var med i PsycInfo
CINAHL	Obesity And Quality of life And BMI > 35	21	4	4	1	0	0
PsycInfo	Obesity And Quality of life And BMI > 35	53	32	11	2 Varav båda var med i PubMed	2 Varav båda var med i PubMed	2 Varav båda var med i PubMed
Totalt:		461	257	121	24	19	16

BILAGA 3A: PUBMEDSÖKNING 2017-11-06

Sök #	Ämnesord	Antal träffar	Sökblock
1	Search obese	295025	Obesity
2	Search obesity	271704	
3	Search " Obesity "[Mesh]	177358	
4	Search quality of life	312009	Quality of life
5	Search " Quality of Life "[Mesh]	153576	
6	Search bmi > 35	14562	Bmi > 35
7	Search ((obese) OR obesity) OR " Obesity "[Mesh]	295025	
8	Search (quality of life) OR " Quality of Life "[Mesh]	312009	
9	Search ((bmi > 35) AND (((obese) OR obesity) OR " Obesity "[Mesh])) AND ((quality of life) OR " Quality of Life "[Mesh])	387	

BILAGA 3B: CINAHL SÖKNING 2017-11-12

Sök#	Ämnesord	Antal träffar	Sökblock
S1	obesity	56,105	Obesity
S2	(MH "Obesity")	37,628	
S3	obese	15,842	
S4	quality of life	86,341	Quality of life
S5	(MH "Quality of Life")	53,046	
S6	S1 OR S2 OR S3	59,222	
S7	S4 OR S5	86,341	
S8	S6 AND S7	1,621	
S9	bmi 35	402	BMI >35
S10	S8 AND S9	21	

BILAGA 3C: PSYCINFOSÖKNING 2017-11-07

Sök	Ämnesord	Antal träffar	Sökblock
S1	obesity	38018	Obesity
S2	MAINSUBJECT.EXACT("Obesity")	26028	
S3	obese	14400	
S4	quality of life	93586	Quality of life
S5	MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life")	48727	
S6	bmi > 35	1111	BMI >35
S7	obesity OR MAINSUBJECT.EXACT("Obesity") OR obese	39976	
S8	(quality of life) OR MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life")	93586	
S9	(bmi > 35) AND (obesity OR MAINSUBJECT.EXACT("Obesity") OR obese) AND ((quality of life) OR MAINSUBJECT.EXACT("Quality of Life"))	53	

BILAGA 4: GRANSKNINGSPROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, MODIFIERAD FRÅN WILLMAN M.FL. (2011)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

Observationsstudie

RCT CCT (ej randomiserad)

multicenter, antal center

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/Kvinna

Kriterier för exkludering Adekvata exklusioner Ja Nej

Mätmetoder: Vilka mätmetoder användes?

.....

Intervention

.....

.....

.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

.....

.....

Vilka var huvudresultaten?

.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

Ja Nej

Representativt urval?

Ja Nej

Är bortfall beskriven?

Ja Nej

Adekvat statistisk metod?

Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare sign:

BILAGA 5: ARTIKELMATRIS

BILAGA 5:1 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 1

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Who is the Treatment-Seeking Young Adult with Severe Obesity: A Comprehensive Characterization with Emphasis on Mental Health</p> <p>Dreber et al</p> <p>2015, Sweden</p> <p>PLOS ONE</p>	<p>Cross-sectional Quantitative</p> <p>Multidisciplinary young adult section of the Obesity Center at Karolinska University Hospital</p> <p>16-25 year old BMI >35 or >30 with comorbidities</p>	<p>Characterize treatment-seeking young adults (16–25 years) with severe obesity, with a specific focus on mental health in order to provide the practitioner with clinical data on an understudied but vulnerable patient category and to clarify factors associated with present anxiety and depressive symptomatology in young adults with obesity, independently of BMI</p>	<p>HADS SF-36 Multiple regression analysis.</p>	<p>165</p> <p>N/A</p>	<p>HRQOL mental component scores significantly lower (worse quality of life) than physical component Scores (P<0.001). 16% (n = 26) diagnosed with depressive episode and/or anxiety disorder. Anxiety positively associated with pain and low self-esteem (R2 = 0.33, P<0.001), but not with BMI. Depression no association with BMI P_≥0.36</p>	<p>Good</p> <p>Approved by the Stockholm Regional Ethical Review Board. Written and oral consent from participants.</p> <p>SF-36 HADS Validated and reliable questionnaires Fits their aim</p> <p>Large sample Good description of method</p>

BILAGA 5:2 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 2

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>The Association between Adiposity, Mental Well-Being, and Quality of Life in Extreme Obesity</p> <p>Jagielski et al</p> <p>2014, United Kingdom</p> <p>PLOS ONE</p>	<p>Cross-sectional Quantitative</p> <p>Specialist community-based weight management service (CWMS) in the West Midlands, UK</p> <p>BMI >40 or >35 with co-morbidities Referred to CWMS by GPs</p>	<p>To explore the cross-sectional association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obese individuals entering a UK specialist weight management service prior to treatment commencement.</p>	<p>IWQOL-Lite, EQ-5D HADS</p> <p>Linear and logistic regression</p>	<p>262 74,8% female</p> <p>N/A</p>	<p>High prevalence of anxiety (70,3%) and depression (66,2%) IWQOL-Lite total measure and subscales physical function, self-esteem, public distress and work significantly negatively associated with increasing BMI. Increasing BMI associated with decreasing QOL across the domains of physical function (1.93, p,0.001), self-esteem (1.62, p,0.05), public distress (2.69, p,0.001), work (1.33, p,0.05) and total score (1.79, p,0.001). BMI not significantly associated with sexual life and EQ VAS</p>	<p>Good-</p> <p>Ethics statement</p> <p>3 validated instruments to assess HRQOL.</p> <p>Good size sample</p> <p>Good description of method</p> <p>Well described strengths & limitations</p>

BILAGA 5:3 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 3

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study</p> <p>Giuli et al</p> <p>2014, Italy</p> <p>BMC Public Health</p>	<p>Quantitative Observational Cross sectional</p> <p>Patients attending the Division of Endocrinology, Department of Clinical & Molecular Sciences of Polytechnic University of Marche.</p> <p>Age ≥ 60, 3 groups normal weight, overweight, obese</p>	<p>To identify the correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight Italians older adults.</p>	<p>SF-36 HADS</p>	<p>205</p>	<p>PCS of SF-36 significantly lower in overweight & obese patients (p<0,001) & all subscales p<0,05) MCS not significant.</p> <p>PCS associated with depression measured by HADS.</p>	<p>Good</p> <p>Approved by the Ethics Committee of Polytechnic University of Marche. Informed consent obtained in compliance with Italian legislation and the Helsinki Declaration.</p> <p>Small sample for each group, i.e. 66 for obese</p> <p>Validated and reliable instruments Good description of method Good description of strengths and limitations</p>

BILAGA 5:4 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 4

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
Understanding the relationship between weight loss, emotional wellbeing and health-related quality of life in patients attending a specialist obesity weight management service Wright et al 2012 United Kingdom Journal of Health Psychology	Quantitative Cross-sectional repeated measures design used pre- and post-weight management intervention. National Health Service programme covering the Greater Glasgow and Clyde health board area. Adults with a BMI >30 with comorbidities or BMI >35 with/without comorbidities.	To provide a better understanding of the relationship between weight loss, emotional well-being and HRQOL change in obese patients completing a specialist obesity programme and to investigate whether different factors predicted changes in HRQOL between participants successful with weight loss, compared participants less successful	HADS – measure of emotional well-being IWQOL – measure of HRQOL t-tests Linear regression analysis Binary logistic regression analysis	199 Female 152 Male 47 N/A	IWQOL-Lite subscales: higher initial BMI significantly correlated with lower scores, p values <0,01 - <0,001 Weight and depression change significant predictors of meaningful change in HRQOL. HRQOL improvements are due to weight loss when 5+ kg weight loss is achieved. Patients losing less weight, meaningful changes in HRQOL underpinned by improvements in depression	Medium No mention of approval from ethics committee Written consent from all participants Big sample Good description of method 2 validated and reliable instruments to assess HRQOL. Good description of strengths and limitations

BILAGA 5:5 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 5

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Determinants of health-related quality of life in morbid obese candidates to gastric banding</p> <p>Busetto et al</p> <p>2012, Italy</p> <p>Eating and Weight Disorders - Studies On Anorexia Bulimia And Obesity</p>	<p>Quantitative Cross-sectional Prospective three-year observational study</p> <p>13 Italian bariatric surgery centers</p> <p>BMI >40 or BMI >35 with comorbidities 18-60 year old Candidates to gastric banding</p>	<p>To investigate the relative role of physical and mental factors as possible determinants of HRQOL levels in a group of morbid obese patients candidates to bariatric surgery.</p>	<p>SF-36 Italian validated version SPSS</p>	<p>383 301 women 82 men</p> <p>N/A</p>	<p>Variability in HRQOL. SF-36 subscale scores generally lower in women than in men and lower than in the general adult Italian population. MCS associated to the presence of depression and eating behaviour disorders and not to physical comorbidities or BMI levels. Low PCS associated to high BMI levels in men and to depression, hypertension and hypertriglyceridemia in women.</p>	<p>Good</p> <p>Unclear regarding ethics approval Written informed consent</p> <p>Validated version of instrument</p> <p>Good size sample</p> <p>Well described method</p> <p>Good description of limitations</p>

BILAGA 5:6 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 6

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Relationship of Body Mass Index in Young Adulthood and Health-Related Quality of Life Two Decades Later: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study</p> <p>Kozak et al</p> <p>2011, USA</p> <p>The International Journal of Obesity</p>	<p>Quantitative Longitudinal</p> <p>Multi-center - Birmingham, Alabama; Chicago, Illinois; Minneapolis, Minnesota; and Oakland, California.</p> <p>Participants in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study</p>	<p>To investigate whether overweight (BMI 25–<30 kg/m²) and obese (BMI ≥ 30 kg/m²) young adults have poorer HRQOL 20 years later.</p>	<p>SF-12</p>	<p>3014</p>	<p>Mean year 20 PCS score 52.2 for normal weight participants at baseline, 50.3 for overweight, and 46.4 for obese (P-trend <0.001)</p> <p>No association observed for MCS scores (P-trend 0.43).</p> <p>Overweight and obesity in early adulthood adversely associated with self-reported physical but not mental HRQOL 20 years later.</p>	<p>Medium</p> <p>Ethics approval and informed consent described in the 1988 study</p> <p>Very large sample</p> <p>Well described method</p> <p>Description of limitations</p>

BILAGA 5:7 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 7

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Sleep Apnea, Reproductive Hormones and Quality of Sexual Life in Severely Obese Men</p> <p>Hammoud et al</p> <p>2011, USA</p> <p>Obesity</p>	<p>Quantitative Observational Cross-sectional</p> <p>Huntsman General Clinical Research Center, University of Utah Medical Center, Salt Lake City, UT</p> <p>Men with BMI over 35 recruited for Utah Obesity Study (206 men)</p>	<p>Describe the relation between sleep apnea, testosterone levels, and male sexual quality of life in 89 severely obese men.</p>	<p>Assessment of quality of sexual life using IWQOL-Lite. Statistical analysis using ANOVA, linear regression model (SPSS).</p>	<p>89</p> <p>N/A</p>	<p>BMI correlated negatively with quality of sexual life. Total score of quality of sexual life: $r = 0.399$ ($P < 0.001$), not enjoying sexual activity: $r = 0.339$ ($P < 0.001$), having little sexual desire: $r = 0.346$ ($P < 0.001$), difficulty with sexual performance: $r = 0.409$ ($P < 0.001$) and avoiding sexual encounters: $r = 0.344$ ($P < 0.001$). BMI ($P = 0.001$) strongest predictor of decreased quality of sexual life.</p>	<p>Good</p> <p>Signed informed consent obtained. Approved by the University of Utah institutional review board.</p> <p>Validated, obesity specific instrument</p> <p>Adequate sample size</p> <p>Good description of method</p> <p>Description of limitations</p>

BILAGA 5:8 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 8

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: physical limitations and psychological normalcies</p> <p>von Lengerke et al</p> <p>2007, Germany</p> <p>International journal of Public Health</p>	<p>Quantitative Cross-sectional</p> <p>Study is part of the “KORA-Survey 2000”, a health survey of the adult population in Augsburg city plus adjacent administrative districts (Germany).</p> <p>6640 all German residents of the region born between July 1, 1925 and June 30, 1975 25-74 year old</p>	<p>To assess differences between overweight and normal-weight adults in sense of coherence (SOC), health locus of control (HLOC), and health-related quality of life (HQOL).</p>	<p>Personal interview using SF-12 ANCOVA Linear (GLM, SPSS)</p>	<p>942 N/A</p>	<p>Significant difference between BMI groups in physical health. No differences across BMI-groups related to SF-12 mental health.</p>	<p>Good</p> <p>Approval of the ethics committee (Bavarian Medical Association, Munich)</p> <p>Large sample</p> <p>German version of SF-12 - well-documented for reliability and validity.</p> <p>Good description of method, strengths and weaknesses</p>

BILAGA 5:9 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 9

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Relationship between Obesity and Health-Related Quality of Life in Men</p> <p>Yancy et al</p> <p>2002, USA</p> <p>Obesity Research</p>	<p>Quantitative Cross-sectional</p> <p>Durham Veterans' Affairs Medical Center.</p> <p>Individuals ages 45-65 years who had an encounter in any of the primary care, subspecialty, or surgical outpatient clinics at the Durham (North Carolina) Veterans' Affairs Medical Center (DVAMC) October 1996-March 1998. 11145 people</p>	<p>To examine the relationship between BMI and HRQOL in male outpatients while considering comorbid illness.</p>	<p>SF-36 ANOVA, linear regression.</p>	<p>1168 men</p> <p>N/A</p>	<p>Negative association between obesity and HRQOL. Low HRQOL associated with higher comorbid illness, depression, lower physical activity.</p> <p>Mean scores on each SF-36 subscale for the entire sample and for each BMI group were lower than U.S. norms</p>	<p>Medium</p> <p>The original study regarding screening for type 2 diabetes was reviewed and approved by the institutional review board at DVAMC. All participants signed informed consent forms.</p> <p>Large sample Not clear why women were included initially No explanation</p> <p>Good description of method Description of limitations</p>

BILAGA 5:10 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 10

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Obesity and health-related quality of life: results from a weight loss trial</p> <p>Ni Mhurchu et al</p> <p>2004, New Zealand</p> <p>The New Zealand Medical Journal</p>	<p>RCT Quantitative</p> <p>University of Auckland, New Zealand, between November 2001 and December 2002.</p> <p>Men and women aged over 18 years who wished to lose weight and had a BMI 28-50 kg/m²</p>	<p>To measure HRQOL in overweight and obese New Zealand adults taking part in a weight loss trial, and to compare findings with the New Zealand population.</p>	<p>Australasian version (version 1) of the SF-36: PCS, MCS ANOVA RCT – control group normal weight New Zealand population</p>	<p>250 206 women 156 at follow-up</p> <p>38% (94)</p>	<p>Highest BMI tertile significantly lower mean [SD] PCS scores (44.1 [10.3]) compared with those in the middle (48.0 [7.5]) and lowest BMI tertiles (49.2 [8.3]) (p=0.01). No significant differences in MCS scores across tertiles. No significant association between reduction in body weight & HRQoL. Small reductions in weight little impact on HRQoL in substantially overweight people. Overweight/obese New Zealand adults experienced significantly impaired HRQOL compared to the New Zealand population</p>	<p>Good</p> <p>Approved by the Auckland Ethics Committee. All participants provided written informed consent</p> <p>Good description of method: definition of SF-36 and HRQOL</p> <p>Large sample</p> <p>RCT – pinnacle of the pyramid</p> <p>Limitations are well described</p>

BILAGA 5:11 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 11

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Health-Related Quality of Life in Patients with Class II and Class III Obesity</p> <p>Sendi et al</p> <p>2005, Switzerland</p> <p>Obesity Surgery</p>	<p>Quantitative Observational Cross-sectional</p> <p>From May 2003 to September 2003, all patients with BMI ≥ 35 kg/m² presenting at the Hirslanden Clinic in Zurich, Switzerland, for evaluation prior to bariatric surgery</p> <p>Patients with BMI >35 seeking treatment</p>	<p>Assess the quality of life of patients with obesity II and III using the EuroQol questionnaire and explore the impact of patient characteristics and comorbidities on quality of life.</p>	<p>EQ-5D translated to Swiss German</p>	<p>110</p> <p>N/A</p>	<p>Mean for the descriptive system was 76. Mean EQ-VAS was 66 (P<0.0001). Number of comorbidities associated with lower quality of life. Majority of patients no problems with mobility, self-care, usual activities, and anxiety/depression. Most patients had some problems with pain/discomfort, p = 0,05. Higher BMI in obese did not significantly affect quality of life in this sample.</p>	<p>Good</p> <p>No mention of ethics approval Informed consent obtained from all patients.</p> <p>Well-described method EQ-5D good explanation</p> <p>Good size sample</p> <p>Strengths and weakness described</p>

BILAGA 5:12 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 12

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Patients with extreme obesity: change in mental symptoms three years after gastric banding</p> <p>Nickel et al</p> <p>2005, Germany</p> <p>International Journal of Psychiatry in Medicine</p>	<p>Prospective Longitudinal Quantitative</p> <p>Patients who in 1999 obtained information on gastric banding for treatment of obesity were selected for this study.</p> <p>BMI > 40 kg/m² in patients who met the surgical criteria for the operation. 81 patients fulfilled the inclusion criteria</p>	<p>To investigate whether gastric banding leads to lasting change in: 1) the Body Mass Index (BMI); 2) social factors such as work and partnerships, eating behavior, anxiety and depression symptoms; and 3) health related quality of life.</p>	<p>HADS-D SF-36</p> <p>Patients divided into GBG gastric banding group and NSG non-surgical group</p>	<p>57 adipose women with BMI >40 (21 in the gastric banding group, 29 in the non-surgical group, 7 dropped out)</p> <p>7</p>	<p>Three years after gastric banding, BMI fell significantly in GBG as compared with NSG. GBG showed a tendency toward increased employment and living in a partnership increased significantly. Significant correlations between BMI reduction and depression on HADS and between BMI reduction and different SF-36 components.</p>	<p>Good Study was planned and performed in accordance with the Declaration of Helsinki and ethical laws. Design of trial approved by the clinic's "Ethikkommission" (German equivalent of the Committee on Human Subjects). Informed consent</p> <p>Adequate sample size Validated instruments Limitations are mentioned. Good method description</p>

BILAGA 5:13 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 13

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Change in mental symptoms in extreme obesity patients after gastric banding, Part II: six-year follow up</p> <p>Nickel et al</p> <p>2007, Germany</p> <p>International Journal of Psychiatry in Medicine</p>	<p>Prospective Longitudinal Quantitative</p> <p>Patients from study no 1 (see Nickel et al 2005)</p>	<p>Determine long-term effects after gastric banding</p>	<p>HADS-D SF-36 Patients divided into GBG gastric banding group and NSG non-surgical group</p>	<p>50 adipose women with BMI >40 (21 in the gastric banding group, 29 in the non-surgical group)</p> <p>5</p>	<p>Six years after gastric banding significant changes in HADS; anxiety: $p < 0.05$; depression: $p < 0.011$ and all scales of SF-36; $p < 0.01$. Positive changes in BMI reduction; increased employment, living in a partnership, improvement in eating behavior, reduction in anxiety, depressive symptoms. improvement in HRQOL remained stable over a period for a total of six years</p>	<p>Good</p> <p>The study was planned and performed in accordance with the Declaration of Helsinki and ethical laws. Design of trial approved by the clinic's "Ethikkommission" (German equivalent of the Committee on Human Subjects). Written consent</p> <p>Method is well described</p> <p>Adequate sample size</p> <p>Validated instruments</p> <p>Good description of method and limitations</p>

BILAGA 5:14 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 14

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Profiles of sociodemographic, behavioral, clinical and psychosocial characteristics among primary care patients with comorbid obesity and depression</p> <p>Ma et al</p> <p>2017, United States</p> <p>Preventive Medicine Reports</p>	<p>Cross-sectional Quantitative</p> <p>Family and internal medicine departments of multiple medical centers within a large community-based multispecialty group practice in the Silicon Valley, California</p> <p>English-speaking patients ≥ 18 years, with no medical or psychiatric comorbidities. BMI ≥ 30 kg/m² (≥ 27 if Asian), Population 21966</p>	<p>Characterize profiles of obese depressed participants; to examine whether patients with obesity and depression had different profiles of sociodemographic, behavioral, clinical, and psychosocial characteristics according to the severity levels of their comorbidity.</p>	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>409</p> <p>N/A</p>	<p>Participants with depression had poorer mental health on EQ-5D-5L. Increasing levels of comorbidity severity were associated with increasingly higher percentage of more reported problems with mobility, usual daily activities, pain/discomfort</p>	<p>Good</p> <p>Trial approved by the Institutional Review Board for the health system where recruitment occurred. Written informed consent from all participants.</p> <p>Large sample size</p> <p>Good description of method</p> <p>Validated instrument</p> <p>Good description of limitations</p>

BILAGA 5:15 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 15

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>The Impact of Weight Loss on Health-Related Quality-of-Life: Implications for Cost-effectiveness Analyses</p> <p>Rothberg et al</p> <p>2014, United states</p> <p>Quality of Life Research</p>	<p>Prospective Longitudinal Quantitative</p> <p>University of Michigan Weight Management Program</p> <p>348 initially met eligibility criteria and were enrolled in the weight management program between January 4, 2010 and May 30, 2012</p>	<p>To assess the impact of weight loss on HRQOL to describe the factors associated with improvements in HRQOL after weight loss, and to assess the relationship between obesity as assessed by BMI and HRQOL before and after weight loss.</p>	<p>EQ-5D</p>	<p>188</p> <p>20%</p>	<p>Improvement in EQ-5D associated with lower baseline BMI, greater reduction in BMI at follow-up, fewer baseline comorbidities, and lower baseline HRQL, with p-value between < 0,0001 and 0,0321</p> <p>EQ-5D tended to be higher at follow-up than at baseline</p>	<p>Good</p> <p>Study protocol reviewed and approved by the University of Michigan Institutional Review Board. All participants provided written informed consent.</p> <p>Eligibility criteria not described</p> <p>Otherwise good description of method</p> <p>Good sample size</p> <p>Description of limitations</p> <p>Validated instrument</p>

BILAGA 5:16 ARTIKELMATRIS – ARTIKEL 16

Title Author Year, country Journal	Study design Setting Population	Aim	Method	Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Ethics Comments
<p>Psychometric Evaluation of the IWQOL-Lite (Spanish Version) When Applied to a Sample of Obese Patients Awaiting Bariatric Surgery</p> <p>Andrés et al</p> <p>2012, Spain</p> <p>Obesity Surgery</p>	<p>Quantitative Cross-sectional</p> <p>Outpatient Obesity Unit of the Vall d'Hebron Hospital in Barcelona</p> <p>Obese adults being assessed for bariatric surgery meeting the eligibility criteria for gastrointestinal surgery</p>	<p>To assess HRQOL in a sample of Spanish patients awaiting bariatric surgery</p>	<p>IWQOL-Lite</p>	<p>109</p> <p>N/A</p>	<p>Patients reported lowest HRQOL in the domains physical function, self-esteem, public distress and sexual life of IWQOL-Lite</p> <p>People with a higher BMI scored lower on HRQOL, which was therefore more impaired.</p>	<p>Good</p> <p>Approved by the Ethics Committee of the Vall d'Hebron Hospital in Barcelona.</p> <p>Written informed consent was obtained</p> <p>Good sample size</p> <p>Validated instrument</p> <p>Well-described method</p>

Förklaringar mätinstrument

HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
IWQOL-Lite	Impact of Weight on Quality of Life-Lite
SF-36/SF-12	Short Form survey 36/Short Form survey 12