



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
ht 2017

Äldre i ordinärt boende har bristande kunskap om hälsosam vikt

En kvantitativ undersökning

Anna Andersson & Emma Nilsson

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Äldre i ordinärt boende har bristande kunskap om hälsosam vikt
- *En kvantitativ undersökning*

Författare: Anna Andersson & Emma Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Äldre personer är ofta missnöjda med sin vikt. Samtidigt tyder studier på att det Body Mass Index (BMI) som indikerar övervikt (BMI 25-29) i den yngre befolkningen är ett optimalt BMI förenat med långt liv hos äldre. Sedan 2011 föreslår Socialstyrelsen ett BMI-intervall på 23-29 som optimalt för äldre.

Syfte: Att undersöka äldres förhållningssätt till sin vikt och kunskap om hälsosam vikt.

Metod och material: En kvantitativ tvärsnittsundersökning genomförd på träffpunkter för äldre och gym i två svenska storstäder. Personer ≥ 65 år i ordinärt boende tillfrågades att svara på en enkät. BMI beräknades efter självskattad längd och vikt. Undersökningen omfattade 135 äldre (72 % kvinnor, 28 % män) mellan 65-96 år (medelålder 75 år) och BMI 19-35 (medel BMI 25).

Resultat: Av de med ett BMI 23-29 ville 49 % gå ner i vikt. Av de med ett BMI ≤ 22 var 90 % nöjda med sin vikt. Två tredjedelar trodde att det är mest hälsosamt för äldre att väga mindre än eller lika som yngre. Andelen som uppskattade sin kunskap om hälsosam vikt för äldre som tillräcklig var 74 %. Ungefär hälften av deltagarna hade inte fått information om hälsosam vikt för äldre.

Slutsats: Kunskapen om hälsosam vikt var låg och många av deltagarna med ett optimalt BMI hade en önskan om viktnedgång. Då viktförändringar hos äldre kan innebära hälsorisker är det av betydelse att den aktuella gruppen är välinformerad. Mer information skulle kunna främja hälsa, samt eventuellt bidra till ett minskat missnöje med vikten.

Title: Lack of knowledge about healthy weight among community-dwelling older people
- *A quantitative survey*

Authors: Anna Andersson & Emma Nilsson

Abstract

Background: The elderly are often dissatisfied with their weight. Meanwhile, studies suggest that a Body Mass Index (BMI) indicating overweight (BMI 25-29) in the younger population is an optimal BMI associated with longer life when seen in the elderly. Since 2011, the National Board of Health and Welfare suggest a BMI between 23-29 as optimal for the elderly.

Objective: To examine elderlies' attitude to their weight and knowledge of healthy weight.

Method and material: A quantitative cross-sectional survey was conducted at meeting points for elderly people and gyms in two of Swedens' largest cities. Community-dwelling elderly ≥ 65 years of age were asked to respond to a questionnaire. BMI was calculated according to self-reported height and weight. The survey included 135 elderly (72% women, 28% men) within the age of 65-96 (mean 75) and a BMI between 19-35 (mean 25).

Results: Of those with a BMI 23-29, 49% would like to lose weight. Of those with a BMI ≤ 22 , 90% were satisfied with their weight. Two-thirds thought that it was healthiest for elderly people to weigh less than or equal as younger people. The share who estimated their knowledge of healthy weight for the elderly as sufficient was 74%. Approximately half of the participants had not received information about healthy weight for the elderly.

Conclusion: Knowledge of healthy weight was low and many of the participants with an optimal BMI had a desire for weight loss. As weight changes in the elderly can present health risks, it is of importance that the group in question is well-informed. More information could promote health among the elderly as well as possibly contribute to greater satisfaction with their weight.

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Åldrande befolkning och aktuellt hälsoläge	5
Äldres energibalans	5
Övervikt och fetma	5
Undervikt och undernäring	5
BMI och funktionell förmåga	6
BMI och mortalitet	6
Optimalt BMI för äldre	7
Konsekvenser av viktnedgång	7
Äldres kroppsuppfattning, ideal och förhållningssätt till sin vikt	8
Smalhetsideal kontra hälsosam vikt	8
Syfte	9
Frågeställningar	9
Begrepp och ordval	9
Metod och Material	9
Litteratursökning	9
Metod	9
Material	10
Datainsamling	10
Databearbetning	10
Forskningsetik i relation till aktuellt examensarbete	11
Resultat	11
Demografisk data	11
Äldres förhållningssätt till sin vikt	12
Erhållen information om hälsosam vikt för äldre	15
Äldres kunskap om hälsosam vikt	15
Tänkbara källor att söka information om hälsosam vikt för äldre	16
Äldres behov av kunskap om hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt	16
Diskussion	17
Sammanfattning av resultaten	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	21
Slutsats	24

Stort tack	24
Referenser	25
Bilagor	
Bilaga 1. Arbetsfördelning	30
Bilaga 2. Följebrev	31
Bilaga 3. Enkät	32

Bakgrund

Åldrande befolkning och aktuellt hälsoläge

Livslängden i Sverige blir allt längre vilket gör att andelen äldre i vår befolkning ökar (SCB, 2015). Människor är allt friskare och minskad mortalitet i hjärt- och kärlsjukdom är den främsta anledningen till den ökade livslängden (Folkhälsomyndigheten, 2013). Mellan 2010 och 2050 förväntas andelen äldre öka med 30 procent (Folkhälsomyndigheten, 2013) och år 2045 tros det finnas över en miljon personer som är 80 år eller äldre i Sverige (SCB, 2015). Den åldrande befolkningen innebär både möjligheter och utmaningar socialt, utvecklingsmässigt och ekonomiskt (United Nations DoEaSA, 2013). Till exempel spår Folkhälsomyndigheten (2013) att kostnaderna för äldreomsorg och sjukvård i Sverige kommer att öka med 270 procent fram till år 2040. Mot denna bakgrund behöver samhället möjliggöra hälsosamma och produktiva liv för äldre personer (United Nations DoEaSA, 2013).

Äldres energibalans

Ett av åldrandets konsekvenser är en förändrad kroppssammansättning då muskelmassan minskar och fettmassan därmed blir relativt större (Rundgren & Dehlin, 2007). Därutöver minskar antalet celler i kroppen vilket leder till en lägre ämnesomsättning. Även den fysiska aktiviteten minskar för många vilket sammantaget leder till ett minskat energibehov (Rundgren et al., 2007). Med åldern minskar förmågan att reglera energiintaget efter energiförbrukningen vilket kan bero på sensoriska, gastrointestinala och endokrina förändringar, liksom medicinska, psykologiska och sociala orsaker (Hays & Roberts, 2006). Även anpassningen av vilometabolismen som kan ses hos yngre personer vid över- eller undernutrition blir sämre med åldern. Detta kan leda till långvariga bestående viktförändringar, både i form av över- och undervikt, som kan resultera i negativa hälsokonsekvenser (Hays et al., 2006).

Övervikt och fetma

Ett av samhällets största hälsoutmaningar är övervikt och fetma med efterföljande komplikationer (Folkhälsomyndigheten, 2017). För att mäta personers vikt med hänsyn till deras längd använder man sig ofta av Body Mass Index (BMI, kg/m^2) som också är en indikator på nutritionsstatus (WHO, u.å.). Ett BMI ≥ 25 definieras som övervikt och ett BMI ≥ 30 definieras som fetma för vuxna över 20 år enligt Europeiska World Health Organization:s klassifikation (WHO, u.å.). År 2016 beräknades 51 procent av Sveriges befolkning mellan 16-84 år ha ett BMI ≥ 25 . I åldersgruppen 65-84 år var siffran 61 procent (Folkhälsomyndigheten, 2017). Prevalensen av många av de sjukdomarna som kan kopplas till fetma t.ex. hypertoni, diabetes och osteoartrit ökar med åldern (Villareal, Apovian, Kushner & Klein, 2005). Dessutom är en hög vikt hos äldre riskfaktorer för bland annat kardiovaskulär sjukdom (McTigue, Hess & Ziouras, 2006) och begränsad rörlighet (Lee, Kritchevsky, Tyllavsky, Harris, Simonsick, Rubin & Newman, 2005; McTigue et al., 2006 & Villareal et al., 2005). Däremot bidrar fetma till en ökad bentäthet och en lägre risk för osteoporos och höftbensfrakturer (Villareal et al., 2005).

Undervikt och undernäring

Europeiska WHO:s klassifikation för undervikt är BMI $< 18,5$ för vuxna över 20 år (WHO, u.å.). I Sverige definierar Socialstyrelsen (2011) undervikt som BMI < 20 för personer under 70 år och BMI < 22 för personer över 70 år. Efter 70 års ålder är en viktnedgång på ungefär 0,5 procent kopplat till ett normalt åldrande och att betraktas som delvis fysiologisk (Socialstyrelsen, 2011). När viktförlusten leder till negativa konsekvenser kan den

däremot benämns som undernäring. Undervikt och undernäring är nära sammankopplat. Undervikt hos äldre, tillsammans med ofrivillig vikt förlust och ätsvårigheter, är en indikator på undernäring (Socialstyrelsen, 2011). Ett observandum är att vikt nedgång oavsett BMI kan vara ett symptom på undernäring och därmed att även överviktiga personer kan vara undernärda (Cederholm et al., 2015). Undernäring kan leda till försämrad funktion, ökad sjuklighet och mortalitet (Socialstyrelsen, 2011).

Det finns begränsat med data på incidensen av undervikt bland äldre, men enligt Folkhälsomyndigheten (2016b) hade 1 procent av personer i åldrarna 65-84 år i Sverige ett BMI <18,5, år 2016. För BMI 18,5-24,9 var siffran 37 procent. Inga siffror redovisades för BMI <22. Förekomsten av undernäring bland äldre är inte heller helt kartlagd i Sverige (DRF, u.å.). Uppgifterna skiljer sig i litteraturen vilket kan bero på oenighet kring de diagnostiska kriterierna (Socialstyrelsen, 2011). Söderström (2016) undersökte 1771 äldre patienter på ett sjukhus i Sverige som screenades för undernäring med Mini Nutritional Assessment. MNA är ett instrument som används i vården för att mäta äldre personers näringsstatus (Vellas et al., 2006). Resultatet visade att två tredjedelar hade en dålig nutritionsstatus då 9,4 procent av patienterna var undernärda och 55,1 procent hade risk för undernäring. Av patienterna bodde 95,1 procent i ordinärt boende innan de blev inlagda på sjukhuset. Socialstyrelsen (2005) skrev år 2005 i tillsynsåterföringen "Kost och näring på äldreboenden" att knappt 5 procent av äldre över 70 år i eget boende var undernärda medan på äldreboenden handlade det om ca 20 procent. Detta styrks i en mer aktuell studie av Borgström Bolmsjö, Jakobsson, Mölstada, Östgren & Midlöv (2015) där de med screeninginstrumentet MNA fann att 17,7 procent av de boende på 11 svenska äldreboenden var malnutrierade. Av de undersökta personerna visade sig 40,3 procent ha risk för undernäring. Andelen av befolkningen ≥ 65 som bor i särskilda boenden har minskat från nästan 8 procent till 4 procent mellan åren 2001 och 2015, och för personer ≥ 80 år har andelen minskat från 20 procent till 13 procent (Socialstyrelsen, 2016). Detta skulle kunna leda till att antalet äldre med näringsproblematik i ordinärt boende ökar.

BMI och funktionell förmåga

Funktion kan beskrivas som avståndet mellan en individs kapacitet och de krav som ställs av den fysiska och sociala miljön (Parker, Schön, & Thorslund, 2006). Om individen klarar dessa krav har denne en god funktion. Äldres funktionella förmåga kan till exempel mätas som kapacitet att promenera, gå i trappor eller bära. Ett annat vanligt sätt att mäta funktion är förmågan att klara Aktiviteter i Dagliga Livet (ADL) som innefattar personlig omvårdnad som att bada eller klä på sig, eller IADL som innebär instrumentella aktiviteter som att städa eller handla (Parker et al., 2006). Bahat et al. (2012) visade i en studie med 254 äldre att BMI ≥ 30 var associerat med ökad funktionell förmåga, men det finns även studier som pekar på att BMI ≥ 35 är en riskfaktor för minskad funktionell förmåga (Davison, Ford, Cogswell & Dietz, 2002; Jensen & Friedmann, 2002 & Lee et al., 2005). Lee et al. (2005) visade i en studie att rörelsebegränsningar var något vanligare hos de äldre med BMI > 25 , men att det ökade markant vid ett BMI > 35 . I studien sågs ingen ytterligare ökad risk i, oavsett BMI, vid oavsiktlig viktuppgång jämfört med viktstabilitet.

BMI och mortalitet

Sambandet mellan fetma och mortalitet som kan ses i den yngre befolkningen minskar med åldern (McTigue et al., 2006). Flera studier pekar på att sambandet mellan BMI och mortalitet bland äldre är U-format (Corrada, Kawas, Mozaffar, Paganini-Hill, 2006; Dolan, Kraemer, Browner, Ensrud, Kelsey, 2007; Heiat, Vaccarino & Krumholz, 2001; Heitmann, Erikson, Ellsinger, Mikkelsen & Larsson, 2000, McTigue et al., 2006 & Winter, MacInnis, Wattanapenpaiboon, & Nowson, 2014). Det vill säga att mortaliteten ökar med såväl lågt som

högt BMI i de äldre åldrarna. En meta-analys av trettiofem studier med sammanlagt 197 940 äldre ≥ 65 år i ordinärt boende och en genomsnittlig uppföljning på 12 år genomfördes av Winter et al. (2014). Denna studie noterade att en ökad risk för mortalitet sågs vid BMI < 23 medan risken för mortalitet ökade först vid BMI > 33 . Corrada et al. (2006) använde data från en 23 år lång kohortstudie med 13,451 deltagare för att undersöka samband mellan BMI, viktförändringar och mortalitet bland äldre. Studien visade att mortaliteten hos äldre var högre bland personer som hade ett BMI $< 18,5$ och personer som hade ett BMI ≥ 30 . Minskad mortalitet sågs om man haft ett BMI mellan 18,5–24,9 när man var ung och gått upp i vikt när man blev äldre (Corrada et al., 2006).

Optimalt BMI för äldre

WHO skriver att den Europeiska BMI-klassifikationen för undervikt ($< 18,5$), övervikt (≥ 25) och fetma (≥ 30) avser alla vuxna över 20 år (WHO, u.å.). Däremot stödjer flera studier att BMI intervallet för lägst mortalitet är högre bland äldre (Beck & Ovesen, 1998; Dey, Rothenberg, Sundh, Bosaeus & Steen, 2001; Dolan et al., 2007; Heiat et al., 2001 & Winter et al. 2014). Heiat et al. (2001) analyserade 13 studier i en systematisk litteraturgenomgång i syfte att undersöka om USA:s nationella riktlinjer om en ideal vikt för vuxna, BMI 18,7 till < 25 , var överförbart på äldre över 65 år. De kom fram till att optimalt BMI för äldre istället var högre och låg mellan BMI 27-30. Författarna stödjer att fetma är en riskfaktor för äldre. Däremot avfärdar de behandling för viktnedgång bland äldre som är mildt till måttligt överviktiga. Beck et al. (1998) föreslår, även de utifrån en litteraturgenomgång ett högre BMI för äldre personer än för yngre. Detta för att tidigare upptäcka nutritionsproblematik och behov av nutritionsbehandling. De föreslår BMI 24-29 som optimalt för äldre.

Nordic Council of Ministers (2014) skriver i de senaste Nordiska Näringsrekommendationerna att uppgifterna idag är otillräckliga för att göra några exakta rekommendationer för optimalt BMI bland äldre. Socialstyrelsen (2011) belyser också äldres optimala BMI i sin rapport "Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring". I denna vägledning menar man att ett BMI som innebär övervikt i den yngre befolkningen, 25-30, kan betecknas vara optimalt BMI förenat med ett långt liv hos äldre. Mot denna bakgrund föreslår därför Socialstyrelsen att BMI-intervallet för hälsosam vikt för äldre justeras upp till BMI 23-29.

Konsekvenser av viktnedgång

Vi fann inga siffror över frekvensen av viktförändringar bland äldre i Sverige. Däremot när man granskade 1948 primärvårdsjournaler för viktnedgång hos äldre i ordinärt boende i USA fann man att 33 procent av patienterna hade haft en viktnedgång på 5 procent eller mer under en 12 månadersperiod (Dobracki, Zirker & Knapp, 2012). Lee et al. (2005) visade även de i en studie från USA att viktförändringar var vanligt förekommande bland aktiva äldre i ordinärt boende. Av deltagarna rapporterade 19 procent en viktnedgång det senaste året. Samma studie visade att för de med ett BMI 25-29,9 ökade risken för rörelsebegränsningar vid såväl ofrivillig som avsiktlig viktnedgång (Lee et al., 2005).

Viktminskning vid övervikt och fetma är korrelerat med hälsovinster bland yngre och medelålders personer (Kritchevsky, Beavers, Miller, Shea, Houston, Kitzman & Nicklas, 2015). Avsiktlig viktminskning i den äldre befolkningen är däremot mer kontroversiell. Flera studier tyder på att viktminskning bland äldre medför en högre risk för mortalitet (Cheng, Gao & Jensen, 2015 & Newman, Yanez, Harris, Duxbury, Enright & Fried 2001). Cheng et al. (2015) fann i en metaanalys en ökad risk för mortalitet bland äldre ≥ 60 vid både viktuppgång och viktnedgång. Däremot innebär viktstabilitet en lägre risk för mortalitet. I en

studie av Newman et al. (2001) med 4,714 äldre ≥ 65 år undersöktes konsekvenser av viktförändringar under en treårsperiod. Resultatet visade att en viktförlust på 5 procent eller mer var förknippat med en högre risk för mortalitet. En viktuppgång på 5 procent visade däremot inget sådant samband (Newman et. al., 2001).

Om man bortser från ofrivillig viktnedgång och bara studerar avsiktlig viktminskning kan det däremot vara positivt att gå ner i vikt i vissa avseenden. Två olika systematiska litteraturgenomgångar, en av Bales & Buhr (2008) och en av McTigue et al. (2006), undersökte för- och nackdelar med viktnedgångsinterventioner för personer över 60 år. Båda artiklarna fann en risk för minskad benmassa, men att det för en del äldre kunde finnas fördelar med viktreduktion gällande artrit, fysisk funktion, typ 2 diabetes och hjärtkärlsjukdom. I kontrast till detta sammanfattar Witham & Avenell (2010) i ytterligare en systematisk litteraturgenomgång att det saknas tillräckligt med studier av hög kvalitet för att avgöra vilka åtgärder som är effektiva för att minska fetma och öka hälsan bland äldre. Författarna efterfrågar även studier som undersöker faktorer som är specifikt relevanta för målgruppen äldre, såsom exempelvis livskvalitet. Viktminskning kan för äldre med övervikt och fetma innebära fördelar, men det medför även risker och bör därför föregås av en individuell bedömning och utformning (Bales et al., 2008; Dobracki et al., 2012; Miller & Wolfe, 2008 & Villareal et al., 2005).

Äldres kroppsuppfattning, ideal och förhållningssätt till sin vikt

En systematisk genomgång av litteraturen om västerländska seniorers kroppsuppfattning visade att äldre ≥ 65 år lade mindre vikt vid utseende och mer vikt vid funktion än yngre (Roy & Payette, 2012). Författarna diskuterar om detta är en positiv företeelse, eller om det är en ytterligare källa till missnöje som tillkommer med en ökande ålder. I linje med fynd i den yngre befolkningen var de äldre trots detta missnöjda med sina kroppar och missbedömde sina kroppsstorlekar. De anpassade sitt beteende efter sin kroppsuppfattning och man fann att kroppsidealerna var liknande idealerna bland yngre (Roy et al., 2012). I en studie av Knight, Illingworth & Ricciardelli (2009) undersökte man äldres tolerans för övervikt. Man fann att de äldre inte hade en högre tolerans för övervikt hos äldre personer än för övervikt hos yngre. Däremot fann de att deltagarna hade en högre tolerans för övervikt hos män än hos kvinnor. Ett annat fynd var att deltagarna, både män och kvinnor, angav en idealvikt på i genomsnitt fyra BMI-enheter lägre än sin egen storlek. Av deltagarna i studien hade 80 procent ett BMI mellan 18,5-30.

Smalhetsideal kontra hälsosam vikt

Litteraturen visar således att äldre personer utgår ifrån liknande smalhetsideal som yngre och ofta är missnöjda med sin vikt (Roy et al., 2012). Samtidigt visar forskningen att det är hälsosammare för äldre personer att väga mer än vad som rekommenderas för yngre (Beck et al., 1998; Dey et al., 2001; Dolan et al. 2007; Heiat et al., 2001 & Winter et. al. 2014). Mot denna bakgrund är det intressant att undersöka äldres förhållningssätt till sin vikt och deras kunskap om vad som är en hälsosam vikt för sin målgrupp.

Syfte

Att undersöka äldres förhållningssätt till sin vikt och kunskap om hälsosam vikt.

Frågeställningar

- Vad har äldre för förhållningssätt till sin vikt?
- Har äldre fått information om hälsosam vikt?
- Har äldre kunskap om hälsosam vikt?
- Vart skulle äldre söka information om hälsosam vikt?
- Har äldre ett behov av kunskap hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt?

Vi har valt att utgå ifrån Socialstyrelsens (2011) förslag på optimalt BMI, 23-29, för äldre personer.

Begrepp och ordval

Vad begreppet “kunskap” står för är en filosofisk diskussion inom epistemologin (NE, 2017b). I denna uppsats definieras “kunskap” som teoretisk vetenskap om att den hälsosammaste vikten generellt är högre bland äldre personer än yngre (Beck et al., 1998; Dey et al. 2001; Dolan et al. 2007; Heiat et al., 2001; Socialstyrelsen 2011 & Winter et. al. 2014). Begreppet “förhållningssätt” kan översättas till “uttryck för viss inställning” och är en synonym till ordet attityd (NE, 2017a).

Metod och Material

Litteratursökning

För att undersöka forskningsläget och bakgrund till studien gjordes först en litteratursökning inom området. Vetenskapliga artiklar hämtades från Uppsala Universitets biblioteksdatabas och via valda artiklars referenslistor. Tidsperioden för sökningen: 31 oktober 2017 – 16 januari 2018. Sökord: elderly, community-dwelling, body weight, health, mortality, dietitian, energy intake, weight loss, mobility, body image, older adults

Metod

En kvantitativ metod valdes för att kunna undersöka ett större antal individer samt se tendenser mellan olika grupper. En kvantitativ undersökning är lämplig när syftet är att undersöka förhållningssätt och förhållanden i en grupp individer, eller när målet är att dra slutsatser för en större grupp människor än de i det undersökta stickprovet (Eliasson, 2013).

En enkätundersökning genomfördes med en tvärsnittsdesign. En tvärsnittsdesign ger en ögonblicksbild av kvantitativ data från ett visst antal individer vid en viss tidpunkt (Bryman, 2013). En enkät konstruerades för att kunna delas ut i pappersform. Enkäten baserades på 16 frågor med kryssalternativ bestående av slutna svarsalternativ (se bil. 3). Därutöver fanns ett fåtal öppna svarsalternativ (n=3). Enkätens fem inledande frågor behandlade respondenternas bakgrundsinformation. Resterande 11 frågor berörde kroppsuppfattning, kunskap och information om hälsosam vikt. För att undvika oklarheter bland de äldre om vad BMI är och hur det beräknas efterfrågades istället deltagarnas vikt samt om en högre eller lägre vikt än yngre personer är mest hälsosam för äldre. Sist i enkäten lämnades utrymme för deltagarnas egna kommentarer. Utformning av enkäten gjordes med särskild hänsyn till målgruppen äldre. Tydlighet prioriterades i val av layout, typsnitt och textstorlek. Filterfrågor, som leder respondenten förbi en eller flera frågor undveks då det finns en tendens att de missförstås och att pliktrogna respondenter svarar på alla frågor (Wenemark, 2017). Efter att en pilotenkät

genomförts på fem medelålders personer gjordes mindre justeringar i enkäten vad gäller tydlighet i frågor och svarsalternativ.

Material

Inklusionskriterierna för deltagande i studien var ålder ≥ 65 år, att befinna sig på en aktivitet där enkäten delades ut samt att kunna svara på en svenskspråkig enkät. Ett ytterligare kriterium var att bo i ordinärt boende, det vill säga att bo hemma. Förutom eget hem räknades även senior- och trygghetsboenden in i ordinärt boende. Ett exklusionskriterie var därmed att bo i vård- och omsorgsboenden för äldre. Dessa verksamheter omfattas av riktlinjer till personal angående kost till äldre t.ex. "Bra mat i äldreomsorgen- Omsorgspersonal" (Livsmedelsverket, 2011) och "Näring för god vård och omsorg" (Socialstyrelsen, 2011) som eventuellt skulle kunna påverkat deras kunskap. Dessutom styr äldre i vård- och omsorgsboenden i mindre utsträckning själva över sin matsituation. Avgränsningen från 65 års ålder valdes då det är pensionsåldern i Sverige (Pensionsmyndigheten, 2011) och därmed en naturlig indelning av gruppen äldre. De flesta besökarna på verksamheterna som ingick i undersökningen hade dessutom en ålder från 65 år och uppåt.

Datainsamling

Urvalet är ett bekvämlighetsurval med frivilliga deltagare som för tillfället befann sig på platserna för enkätundersökningen. Data samlades in på fyra träffpunkter för äldre i samband med anordnade aktiviteter, och på två gym i samband med gympass för äldre. Dessa verksamheter var både centralt belägna och belägna i ytterområden i två svenska storstäder (Göteborg och Uppsala). Två av träffpunkterna var kommunala och två var styrda av pensionärsföreningar. De ansvariga på verksamheterna som sedan besöktes kontaktades via telefon och mail med en förfrågan om tillåtelse att genomföra en enkätundersökning. På plats gick vi runt och presenterade oss för de äldre och berättade om undersökningen samt talade om att den ingick i vårt examensarbete på dietistprogrammet. Enkäterna delades ut och samlades in vid samma tillfälle och uppsatsens författare fanns till hands för att hjälpa till att svara på enkäten vid eventuella frågor eller svårigheter orsakade av t.ex. synnedbättnings eller funktionella problem med att skriva. Totalt deltog 137 äldre mellan 65-96 år i enkätundersökningen som genomfördes mellan 16-27 november 2017.

Databearbetning

Varje enkät tilldelades ett nummer och svaren kodades för att kunna bearbetas statistiskt. Data delades in i tre ålderskategorier: 65-74 år, 75-84 år och ≥ 85 år. BMI räknades ut med formeln $(\text{vikt (kg)} / [\text{längd (m)}]^2)$ efter deltagarnas självskattade vikt- och längduppgifter och avrundades till närmaste heltal. BMI-värdena delades sedan in i tre olika grupper: BMI ≤ 22 , BMI 23-29 och BMI ≥ 30 . Grupperingen valdes efter Socialstyrelsens förslag om optimalt BMI (Socialstyrelsen, 2011).

Ifyllda svar på frågorna om kön och ålder krävdes för att enkäten skulle tas med i databearbetningen. Utöver det fanns inget krav på minst antal besvarade frågor. I resultatet redovisas antal svarande per delresultat. I den öppna frågan om varifrån man hade erhållit information om vad som är en hälsosam vikt för äldre kategoriserades svaren efter liknande teman. Dessa redovisas i resultatet som svarsalternativ.

Statistisk bearbetning gjordes i IBM SPSS Statistics 24. Efter inmatning dubbelkollades data för fel för att undvika bias. Data presenteras i deskriptiv statistik och resultatet redovisas i tabeller och figurer samt i löpande text. För att undersöka samband användes Chi-två test (Bryman, 2013). Signifikansnivån sattes vid ett p-värde $< 0,05$. Sambandstest gjordes mellan

enkätfrågorna och variablerna kön, åldersgrupper, utbildning, stad, verksamhet och BMI-grupper. Resultatet redovisas för de chi-två tester där stickprovet var stort nog med förväntat antal i varje cell på minst fem (Pallant, 2016).

Forskningsetik i relation till aktuellt examensarbete

Forskningsetik omfattar bland annat de aspekter som behöver tas i beaktande för att kunna skydda personer som deltar i undersökningar. Dessa aspekter innefattar information till deltagarna om studiens syfte och hur datan ska komma att nyttjas, konfidentialitet, frivilligt deltagande och samtycke till deltagande (Vetenskapsrådet, 2017). För ett etiskt genomförande bifogades varje enkät med ett följebrev innehållande information om studiens syfte, att det var frivilligt att delta samt att samtycke till deltagande i studien gavs genom att lämna in enkäten (se bil. 2). Därutöver informerades deltagarna via följebrevet om att svaren skulle behandlas konfidentiellt och endast komma att användas i det aktuella examensarbetet. Ett av skälen till att dela ut och samla in enkäterna vid samma tillfälle var för att undvika att obehöriga skulle få tillgång till enkätsvaren. Efter att deltagarna fyllt i enkäten gavs möjlighet att ställa frågor om hälsosam vikt. Inga namnuppgifter efterfrågades och resultaten har redovisats på ett sådant sätt att inga individer kan identifieras. Utöver detta har vi strävat efter öppenhet, sanningsenlighet och rättvis bedömning av egna och andra forskares resultat genom hela uppsatsarbetet med bakgrund av Vetenskapsrådets publikation om God Forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017).

Det vetenskapliga underlaget till bakgrund och diskussion har granskats kritiskt i linje med god forskningsetik (Vetenskapsrådet, 2017). Större studier och litteraturgenomgångar har prioriterats och många av påståendena i uppsatsen har styrkts med flera olika källor. Material från myndigheter, internationella organisationer och elektroniska källor är noggrant utvalda.

Resultat

Demografisk data

Efter exkludering av två deltagare som inte svarat på frågorna om kön och ålder kom undersökningen att innefatta totalt 135 personer. Deltagarna kom från Göteborg, 49 procent (n=66), och Uppsala, 51 procent (n=69), och fördelningen mellan verksamheterna var 79 procent (n=107) från träffpunkter för äldre och 21 procent (n=28) från gym. Övrig demografisk data presenteras i tabell 1. Av deltagarna var 72 procent (n=97) kvinnor och 28 procent (n=38) män i åldrarna 65-96 år. Medelåldern var 75 år. Deltagarnas BMI låg mellan 19-35, med medel BMI 25 (tabell 1). Ingen signifikant skillnad fanns mellan kön och BMI i BMI-grupper (p=0,506).

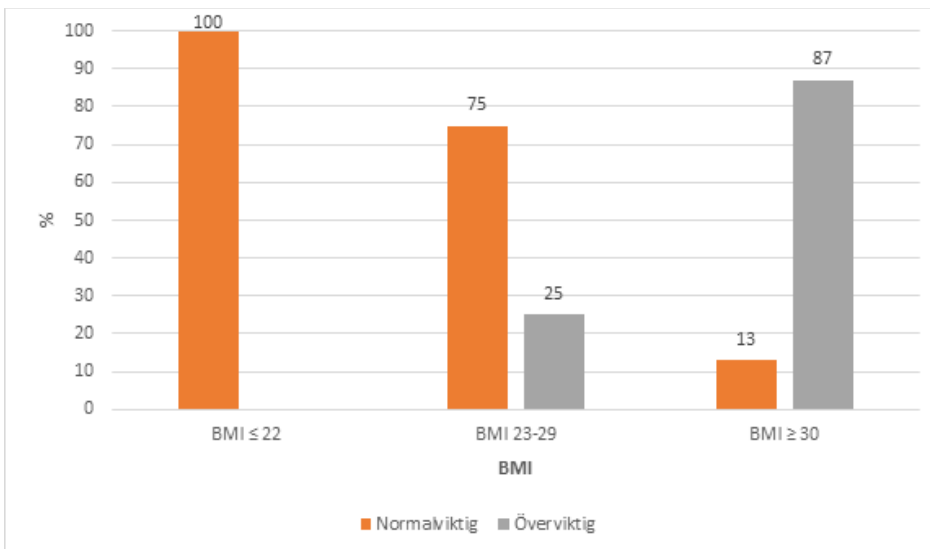
Tabell 1. Deltagarnas kön, ålder, BMI och utbildningsnivå (n=135).

Variabel	Totalt, n	%	Intervall	Medelvärde (SD)	Median (q1-q3)
Kön					
Kvinna	97	72			
Man	38	28			
Ålder (år)					
			65-96	75 (±6.5)	74 (70-78)
65-74	72	53			
75-84	52	39			
≥85	11	8			
BMI (kg/m²)¹⁾					
			19-35	25 (±0.3)	25 (23-28)
BMI ≤22	29	22			
BMI 23-29	81	61			
BMI ≥30	23	17			
Utbildningsnivå²⁾					
Oavslutad grundskola	9	7			
Grundkoleutb.	46	34			
Gymnasieutb.	22	16			
Högskola/Universitet	57	43			

¹⁾ n=133, ²⁾ n=134

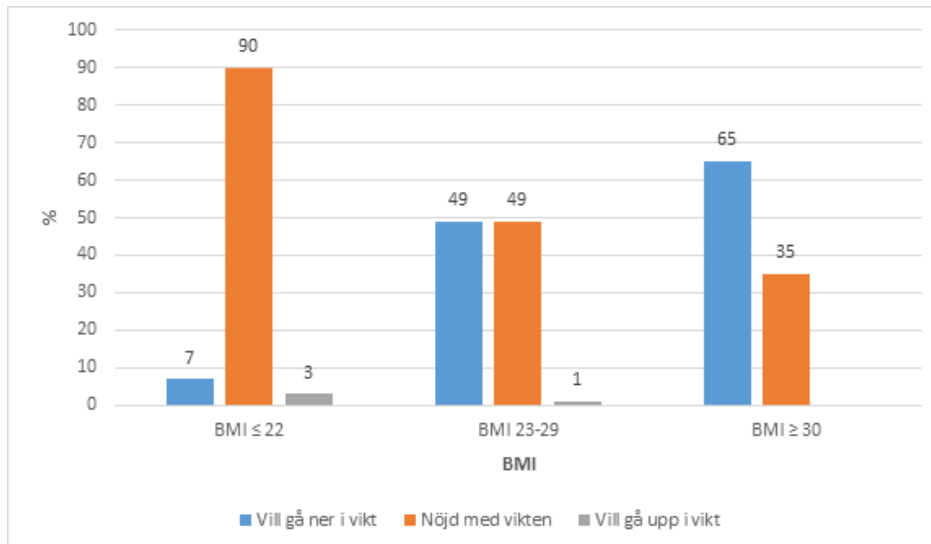
Äldres förhållningssätt till sin vikt

På frågan om kroppsuppfattning (n=133) svarade 69 procent (n=92) att de ansåg sig vara normalviktiga och 31 procent (n=41) att de ansåg sig vara överviktiga. Ingen ansåg sig vara underviktig. Ingen signifikant skillnad fanns mellan kön och kroppsuppfattning (p=0,905). Figur 1 visar kroppsuppfattning inom olika BMI-grupper. Samtliga deltagare (n=28) med BMI ≤22 ansåg sig vara normalviktiga. Av de med BMI 23-29 ansåg 75 procent (n=60) sig vara normalviktiga och 25 procent (n=20) ansåg sig vara överviktiga. I gruppen med BMI ≥30 ansåg sig 13 procent (n=3) vara normalviktiga och 87 procent (n=20) ansåg sig vara överviktiga.



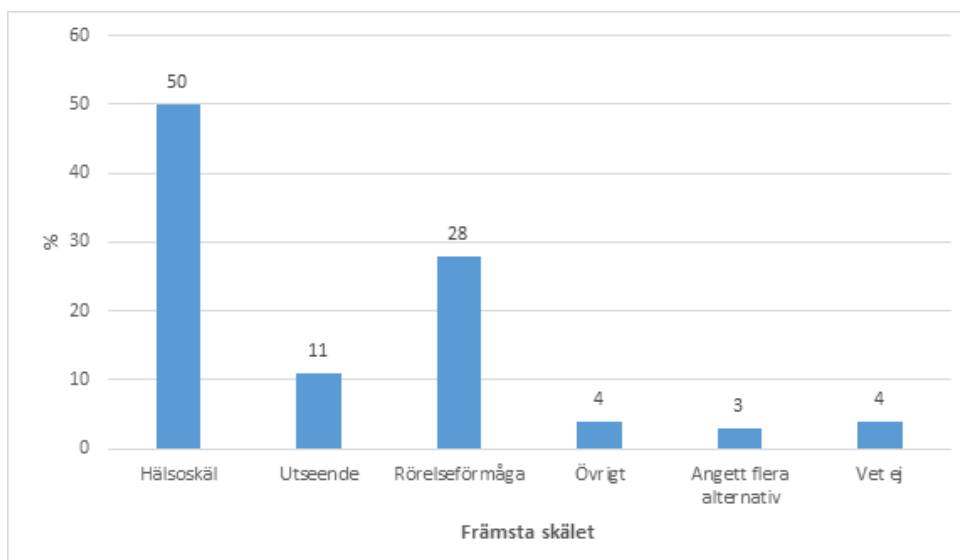
Figur 1. Deltagarnas kroppsuppfattning inom olika BMI-grupper (BMI ≤22 n=28, BMI 29-30 n=80, BMI ≥30 n=23) (n=131).

På frågan om man ville behålla eller förändra vikten (n=135) svarade 55 procent (n=74) att de var nöjda med sin vikt, 44 procent (n=59) att de ville gå ner i vikt och 2 procent (n=2) att de ville gå upp i vikt. Figur 2 visar deltagarnas vilja att behålla eller förändra vikten inom olika BMI-grupper. 90 procent (n=26) av de med BMI ≤ 22 var nöjda med sin vikt. Av de med BMI 23-29 var det en lika stor andel som var nöjda med sin vikt som ville gå ner i vikt, 49 procent (n=40). I gruppen med BMI ≥ 30 var 35 procent (n=8) nöjda med sin vikt och 65 procent (n=15) ville gå ner i vikt.



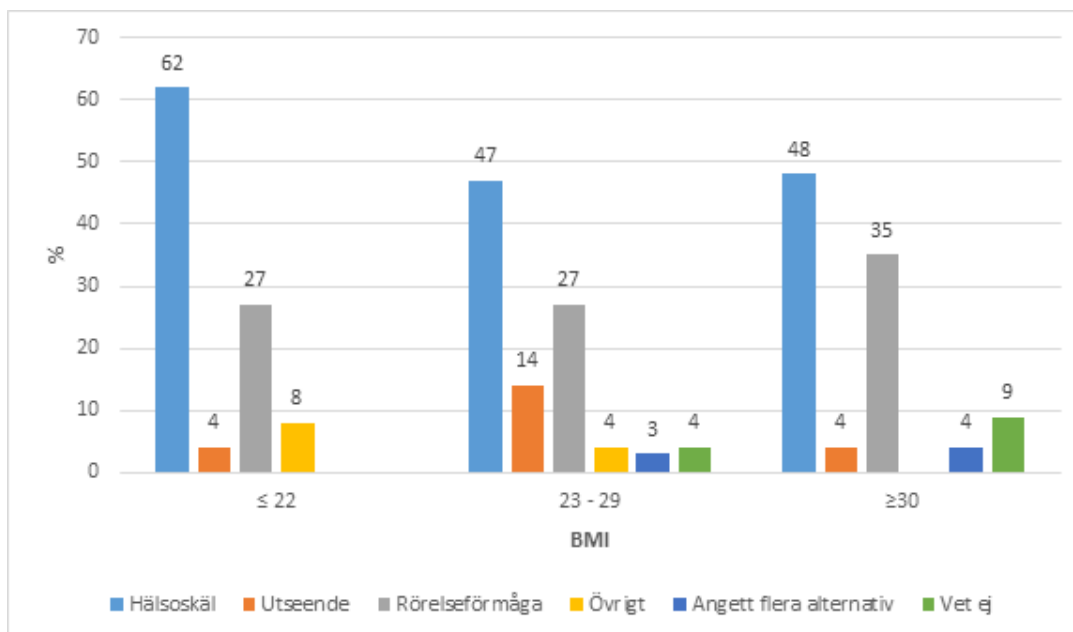
Figur 2. Deltagarnas vilja att behålla eller förändra vikten inom olika BMI-grupper (BMI ≤ 22 n=29, BMI 29-30 n=81, BMI ≥ 30 n= 23) (n=133).

Fremsta skälet till att vilja behålla eller förändra sin vikt (figur 3) var av hälsoskäl (50 procent, n=60) följt av bättre rörelseförmåga (28 procent, n=34). 11 procent (n=13) angav utseende som det fremsta skälet.



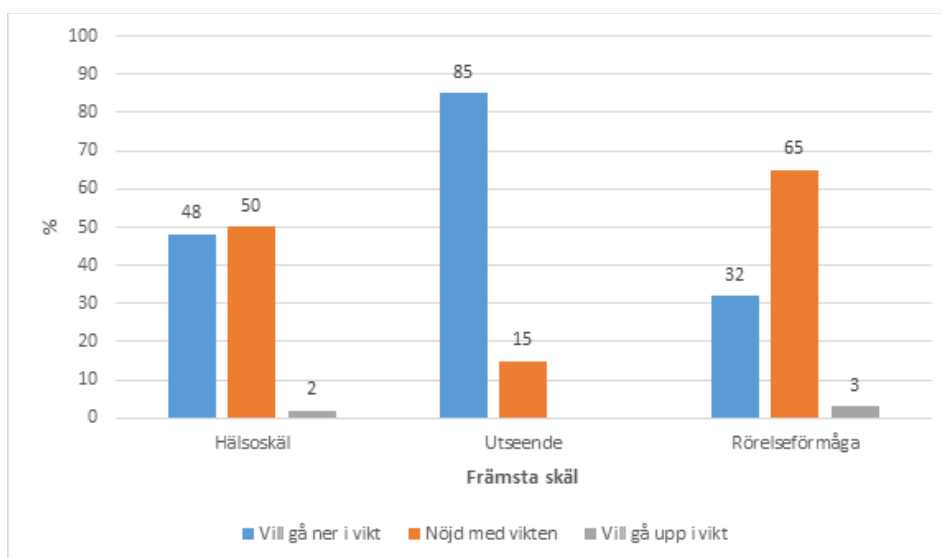
Figur 3. Deltagarnas fremsta skäl till att vilja behålla eller förändra vikten (n=121).

Figur 4 visar främsta skälet till att vilja behålla eller förändra sin vikt inom olika BMI-grupper. Hälsoskäl följt av bättre rörelseförmåga var de mest frekventa svaren inom alla BMI-grupper.



Figur 4. Deltagarnas främsta skäl till att vilja behålla eller förändra sin vikt inom olika BMI-grupper (BMI ≤22 n=26, BMI 23-29 n=70, BMI ≥30 n=23) (n=119).

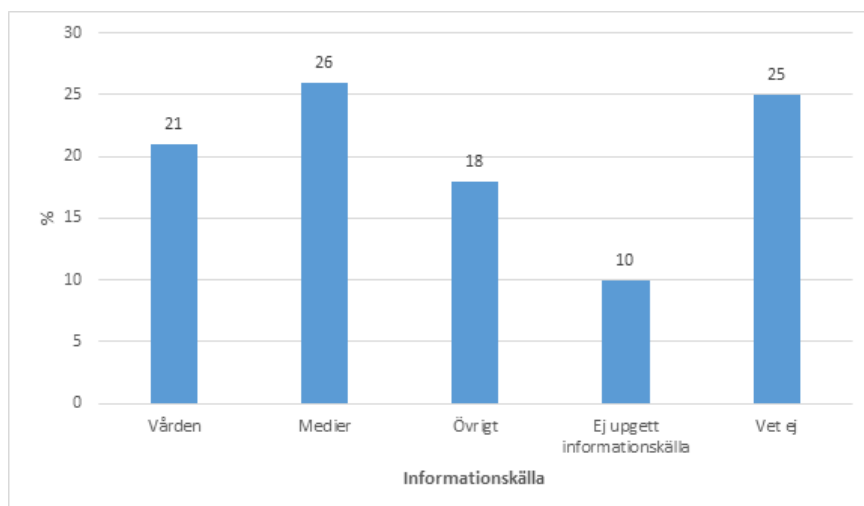
Av de som angav hälsoskäl som främsta anledning till att vilja behålla eller förändra vikten ville 48 procent (n=29) gå ner i vikt, 50 procent (n=30) var nöjda med vikten och 2 procent (n=1) ville gå upp i vikt (figur 5). Av de som angav utseende som främsta anledning ville 85 procent (n=11) gå ner i vikt, 15 procent (n=2) var nöjda med vikten och ingen ville gå upp i vikt. Av de som angav bättre rörelseförmåga som främsta anledning ville 32 procent (n=11) gå ner i vikt, 65 procent (n=22) var nöjda med vikten och 3 procent (n=1) ville gå upp i vikt (figur 5).



Figur 5. Samband mellan att vilja behålla eller förändra vikten och främsta skälet till att vilja behålla eller förändra sin vikt (Hälsoskäl n=60, Utseende n=13, Rörelseförmåga n=34) (n=121).

Erhållen information om hälsosam vikt för äldre

På frågan om deltagarna erhållit information om hälsosam vikt för äldre (n=130) svarade 47 procent (n=61) att de erhållit information och 53 procent (n=69) att de inte erhållit information. Ingen signifikant skillnad fanns mellan städerna om man hade fått information eller inte (p=0,598). Av de som erhållit information angav 26 procent (n=16) medier som informationskälla, därefter följt av vården, 21 procent (n=13) (figur 6). Andelen som inte visste var de fått information ifrån bestod av 25 procent (n=15).



Figur 6. Källor till information hos de deltagare som fått information om hälsosam vikt för äldre (n=61). (Medier = tidningar, TV, radio, internet etc.) (Övrigt= t.ex. egna studier, yrkeskunskap, erfarenhet etc.)

Äldres kunskap om hälsosam vikt

På frågan om man trodde att det är mest hälsosamt att väga lika, mindre eller mer som yngre personer när man är äldre (n=125) svarade 58 procent (n=73) lika, 6 procent (n=8) mindre och 35 procent (n=44) mer. På frågan om hur man uppskattar sin kunskap om hälsosam vikt (n=131) svarade 74 procent (n=97) tillräcklig, 18 procent (n=23) otillräcklig och 8 procent (n=11) svarade att de inte visste.

Sammanlagt 64 procent (n=57) av de som uppskattade sin kunskap som tillräcklig trodde att det är mest hälsosamt för personer över 70 år att väga lika eller mindre som yngre personer och 36 procent (n=32) trodde att det är mest hälsosamt väga mer (tabell 2).

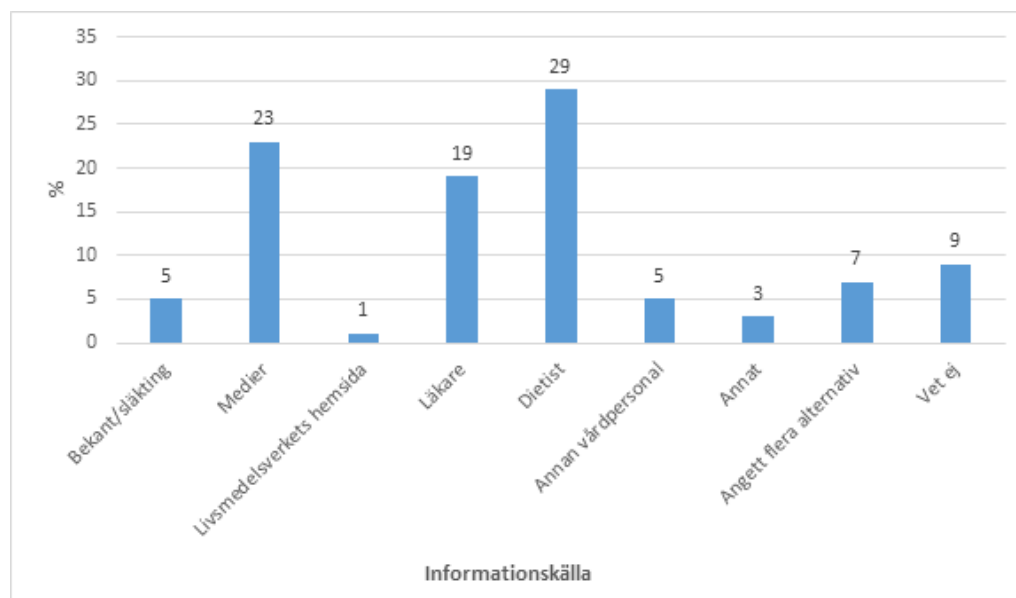
Tabell 2. Samband mellan deltagarnas uppskattade kunskap och deras svar på kunskapsfrågan (n=122).

	Hur uppskattar Du Din kunskap om vad som är en hälsosam vikt för äldre?			
		Otillräcklig	Tillräcklig	Vet ej
Vad tror Du är mest hälsosamt för personer över 70 år?	Att väga mindre	9% (n=2)	6% (n=5)	0% (n=0)
	Att väga lika	61% (n=14)	58% (n=52)	60% (n=6)
	Att väga mer	30% (n=7)	36% (n=32)	40% (n=4)
	Totalt	100% (n=23)	100% (n=89)	100% (n=10)

På frågan om det skulle påverka synen på den egna vikten om den mest hälsosamma vikten var högre för äldre än för yngre personer (n=126), svarade 60 procent (n=75) att det inte skulle påverka dem, 17 procent (n=21) att de skulle vara mer nöjda med sin vikt och 5 procent (n= 6) att de skulle vara mindre nöjda. Det var 19 procent (n=24) som svarade att de inte visste om det skulle påverka deras syn på den egna vikten.

Tänkbara källor att söka information om hälsosam vikt för äldre

På frågan om vart man i första hand skulle vända sig för att söka information om hälsosam vikt för äldre var de mest frekventa svarsalternativen dietist (29 procent, n=38), medier (23 procent, n=30) och läkare (19 procent, n=25) (figur 7).

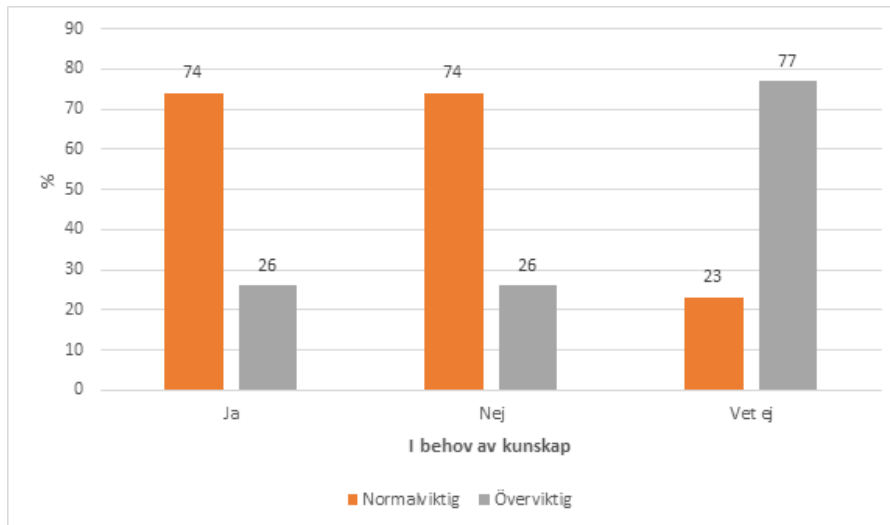


Figur 7. Främsta källa till vart deltagarna skulle söka information om hälsosam vikt för äldre (n=131). (Medier=tidningar, TV, radio, internet etc.)

Äldres behov av kunskap om hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt

På frågan om man anpassar sin kost efter vad man vill väga (n=131) svarade 66 procent (n=87) "i viss mån", 15 procent (n=19) "i hög grad" och 19 procent (n=25) "inte alls". På frågan om man har ett behov av kunskap om hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt (n=131) svarade 30 procent (n=39) "ja", 60 procent (n=79) "nej" och 10 procent (n=13) "vet ej".

Både i gruppen som svarade att de var i behov av kunskap om hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt och i gruppen som svarade att de inte var det, hade 74 procent (ja n=28, nej n=58) angett att de ansåg sig vara normalviktiga och 26 procent (ja n=10, nej n=20) att de ansåg sig vara överviktiga (figur 8). Av de som svarade att de inte visste om de var i behov av sådan kunskap var det 23 procent (n=3) som hade angett att de ansåg sig vara normalviktiga och 77 procent (n=10) som angett att de ansåg sig vara överviktiga (figur 8).



Figur 8. Samband mellan behov av kunskap om kost för en hälsosam vikt och kroppsuppfattning (Ja n=38, Nej n=78, Vet ej n=13) (n=129).

Diskussion

Sammanfattning av resultaten

Av deltagarna med ett optimalt BMI mellan 23-29 ansåg sig en fjärdedel vara överviktiga. Alla deltagare med ett BMI ≤ 22 ansåg sig vara normalviktiga och 90 procent av dem var nöjda med sin vikt. Hälften av deltagarna med BMI 23-29 och 7 procent av deltagarna med ett BMI ≤ 22 ville gå ner i vikt. Främsta skälet till att vilja behålla eller förändra vikten var av hälsoskäl följt av rörelseförmåga. Enbart en tredjedel trodde att det är hälsosammare för äldre att väga mer än yngre. Samtidigt uppskattade tre fjärdedelar av deltagarna sin kunskap om hälsosam vikt för äldre som tillräcklig. Hälften uppgav att de inte fått information om hälsosam vikt för äldre. Dietist följt av medier var de mest frekvent angivna informationskällorna de äldre skulle vända sig till för att själva söka information. En klar majoritet svarade att de anpassade vad de äter efter vad de vill väga och en tredjedel uppgav att de var i behov av kunskap om hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt.

Resultatdiskussion

Äldres förhållningssätt till sin vikt

Alla med BMI ≤ 22 ansåg sig vara normalviktiga och 90 procent av dessa var nöjda med sin vikt. BMI < 22 innebär undervikt för personer över 70 år (Socialstyrelsen, 2011) och i BMI-gruppen ≤ 22 var 79 procent 70 år eller äldre. Samtidigt var det en fjärdedel av de med optimalt BMI som ansåg sig vara överviktiga. Detta tyder på att smalhetsidealet som finns bland yngre även råder bland många äldre (Roy et al., 2012). I en teoretisk kontext skulle man kunna koppla kroppsideal och förhållningssätt till den egna vikten till Pierre Bourdieus "Theory of Practice" (Holman & Borgstrom, 2016). Den beskriver hur människors sätt att se

på världen och sätt att tänka och känna, är rotat i situationer och omständigheter de har upplevt, särskilt i de tidiga åren i livet (Holman et al., 2016). Detta skulle förklara varför kroppsidealet bland yngre följer med upp i äldre åldrar. Ingen signifikant skillnad fanns mellan kön och kroppsuppfattning vilket stämmer överens med resultatet från en svensk studie av Öberg & Tornstam (1999) med 2002 deltagare mellan 20-85 år som visade att män generellt sett var mer nöjda med sin kropp, men att skillnaden mellan könen försvann i den högsta ålderskategorin 75-85 år. Knight et al. (2009) fann att både män och kvinnor angav en lägre idealvikt än sin egen.

Nästan hälften av deltagarna svarade att de ville gå ner i vikt vilket är något mer än resultatet i en studie av Lee et al. (2004) med 2708 äldre där 27 procent hade en intention att gå ner i vikt. Studien fann att 10 procent av studiedeltagarna försökte gå ner i vikt trots avsaknad av hälsorelaterad indikation (Lee et al., 2004). Trots ett optimalt BMI 23-29 ville hälften av dessa i uppsatsens undersökning gå ner i vikt. Vidare var det personer i alla BMI-kategorier som ville väga mindre vilket tyder på en allmän strävan efter en lägre vikt. Då det finns en önskan bland äldre om viktnedgång kan särskilda rekommendationer om viktminskning för äldre behövas. Även Lee et al. (2004) skriver att behovet av särskilda rekommendationer behöver undersökas.

Hälsoskäl, följt av bättre rörelseförmåga, var det främsta skälet till att vilja behålla eller förändra vikten i den aktuella undersökningen. Endast 11 procent angav utseende som det främsta skälet. Att utseende blir sekundärt efter funktion med åldern överensstämmer med vad tidigare studier visat (Roy et al., 2012). I en nyligen genomförd svensk kvalitativ studie där man undersökte upplevelser från att ha deltagit i en intervention designad för att förebygga sarkopeni, upptäckte man att flera av deltagarnas huvudsakliga motiv till att delta egentligen var att gå ner i vikt. Att gå ner i vikt tycktes reflektera vad som är allmänt känt som hälsosamt (von Berens et al., 2017). I ytterligare en kvalitativ studie av Clarke (2002) som innefattade semistrukturerade intervjuer med tjugotvå äldre kvinnor mellan 61-92 år, angavs hälsa och utseende som skäl till att kvinnor vill kontrollera sin vikt. Hälsa ansågs vara ett berättigat skäl till att vara missnöjd med sin vikt samtidigt som de flesta kvinnorna beskrev utseende som det egentliga huvudsakliga skälet. Utseende ansågs indikera fåfänga och beskrevs som en socialt oacceptabel anledning till att försöka förändra sin vikt som äldre (Clarke, 2002). Känslan av att vara fåfäng kan på så vis ha påverkat svarsfrekvensen i vår undersökning. Att bara ett svar var möjligt att ange kan ha dolt en högre frekvens av motivet utseende, som man kanske hade velat sätta som det näst främsta skälet. Hälften av de som svarade hälsoskäl angav det svaret i relation till att de var nöjda med sin vikt och ville behålla den. Det hade krävts vidare statistiska analyser för att undersöka vilket BMI just dessa hade. När vi undersökte främsta skälet att behålla eller förändra sin vikt inom varje BMI-grupp var hälsoskäl följt av bättre rörelseförmåga det främsta skälet i alla grupper. Vi vet däremot inte om de ville gå ner, gå upp eller behålla sin vikt. Det hade krävts vidare statistiska analyser för att undersöka även detta.

Information och kunskap

Enbart en tredjedel svarade att de trodde att det är mest hälsosamt för äldre att väga mer än yngre, vilket skulle kunna spegla myndigheternas användning av BMI-begreppet som i dagsläget vänder sig till den vuxna befolkningen i stort och inte gör skillnad på yngre och äldre. Till exempel grundar sig Folkhälsomyndighetens undersökningar över incidens av övervikt och fetma i Sverige på BMI gränserna ≥ 25 och ≥ 30 respektive, i åldrarna 18-84 (Folkhälsomyndigheten, 2017). Att BMI ≥ 25 många gånger används som likställt med

övervikt antyder en för hög vikt och därmed ohälsa. Det skulle kunna förstås som en indirekt uppmaning av myndigheten att äldre med ett BMI ≥ 25 bör gå ner i vikt.

Den låga kunskapen skulle också kunna förklaras av den bristande möjligheten att på ett lättillgängligt sätt erhålla information. Knappt hälften svarade att de hade fått information om hälsosam vikt för äldre. Ingen signifikant skillnad fanns mellan städerna. Detta tyder på att det finns en brist i kommunikationen mellan forskningen och den berörda målgruppen. Att sedan medier svarade för den största källan till informationen kan förklara varför många av deltagarna uppger en vilja att gå ner i vikt, trots att de hade ett hälsosamt eller till och med lågt BMI. Smalhetsidealet i media är utbrett och sambandet mellan missnöjet med sin kropp och medieexponering är bekräftat bland ungdomar och vuxna (McCabe & McGreevy, 2011 & Grabe, Ward & Hyde, 2008). En studie av Bedford & Johnsson (2006) visar att påverkan från media att vara smal var den mest avgörande faktorn för missnöje till kroppen bland såväl yngre som äldre kvinnor. Påverkan från media var dock något lägre hos äldre vilket studiens författare spekulerar i skulle kunna bero på att de äldre kvinnorna i lägre grad exponerats för medias smalhetsideal som unga jämfört med yngre kvinnor idag. Detta väcker frågan om hur kroppsidealet kommer att se ut som äldre bland de som är unga idag, i och med dagens förekomst av sociala medier utöver exponeringen från övrig media. En sammanställning av forskningen om sociala mediers påverkan på kroppsuppfattningen av Fardouly & Vartanian (2016) fastslår att användande av sociala medier är kopplat till en negativ kroppsbild.

Deltagarnas kunskap om hälsosam vikt skulle också kunna bero på vilken information de har fått ifrån vården, som stod för den näst största källan till information. I en australiensisk studie av Kable et al. (2015) undersöktes sjuksköterskors kunskap om att ge rådgivning om hälsosam livsstil till personer som har övervikt eller lider av fetma. Sjuksköterskornas kunskap varierade mellan 33-99 procent korrekta svar på kunskapsfrågorna. En finsk studie av Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja (2007) med 220 läkare och sjuksköterskor från primärvården svarade 55 procent av läkarna och 58 procent av sjuksköterskorna att de inte upplevde sig ha tillräcklig kunskap om livstilsrådgivning. Det hade varit intressant att undersöka hur kunskapen om rådgivning för en hälsosam vikt ser ut bland vårdpersonal i Sverige och särskilt om personalen vet hur optimal vikt skiljer sig för målgruppen äldre.

Det kan bara spekuleras i vad det betyder att så många som en fjärdedel inte visste var de hade fått information ifrån. Möjligen kan det bero på att det inte varit riktad information eller att informationen erhållits från olika håll. Därutöver finns det inte tydliga rekommendationer från myndigheterna angående hälsosam vikt för äldre. Tre fjärdedelar av deltagarna uppskattade sin kunskap om hälsosam vikt för äldre som tillräcklig. En stor andel svarade samtidigt att de trodde att det är mest hälsosamt för äldre att väga lika eller mindre än yngre personer. Detta skulle kunna bero på att de baserar sin kunskap på felaktig information eller en felaktig allmän uppfattning.

På den hypotetiska frågan ifall det skulle påverka synen på den egna vikten om den mest hälsosamma vikten för äldre var högre än för yngre, svarade en femtedel att de skulle vara mer nöjda med sin vikt. Trots den relativt låga andelen skulle detta ändå kunna motivera tydligare information som skulle kunna bidra till att människor blir mer nöjda med sig själva. Det skulle även kunna bidra till minskade bekymmer över hur en hög vikt påverkar hälsan för de äldre som vill gå ner i vikt av hälsoskäl. En femtedel visste inte om det skulle påverka dem vilket gör att hur många som skulle bli mer nöjda med sin vikt i realiteten skulle kunna vara fler.

Vem som bär ansvaret att sprida information om hälsosam vikt för äldre kan diskuteras. Det största ansvaret bör förslagsvis ligga på någon av landets myndigheter. Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram kunskap och utveckla föreskrifter och rekommendationer till vården inom bland annat området äldre (Socialstyrelsen, u.å.). Det är däremot Folkhälsomyndigheten som har i uppdrag att i ett mer allmänt perspektiv sprida evidensbaserad kunskap som är hälsofrämjande och förebygger sjukdomar och skador (Folkhälsomyndigheten, 2016a). Det tycks dock inte finnas några klara riktlinjer i Sverige idag om vad som är en hälsosam vikt för äldre. Pierre Bourdieu's "Theory of Practice" talar emot att mer information till äldre om hälsosam vikt skulle påverka deras sätt att se på sin vikt, då människor formas av erfarenheter från tidigare i livet (Holman et al., 2016). Däremot skulle mer information eventuellt kunna påverka i större grad i framtida generationer om det blev allmänt känt i alla åldrar att det är hälsosamt att väga mer när man blir äldre. Det skulle eventuellt även göra att ett högre BMI blir mer accepterat och på det viset bidra till ett minskat missnöje med kroppsvikten och bidra till ett hälsosammare åldrande.

Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen

En klar majoritet av deltagarna, 81 procent, svarade att de anpassade vad de äter efter vad de vill väga och nästan en tredjedel svarade att de var i behov av kunskap hur man kan äta för att uppnå en hälsosam vikt. I och med att energiförbrukningen och kroppssammansättningen förändras när man blir äldre (Rundgren et al., 2007) är det inte så konstigt om äldre personer undrar om, och i så fall hur, de ska förändra kosten. Livsmedelsverket (2017) konkluderar i rapporten "Energi, näring och fysisk aktivitet för äldre – baserat på Nordiska Näringsrekommendationer 2012" att friska äldre över 65 år, med undantag för vissa näringsämnen som protein och D-vitamin, bör följa samma rekommendationer och kostråd som yngre. Sjuka äldre hänvisas i rapporten till råd från vården (Livsmedelsverket, 2017). Att det fanns deltagare i undersökningen som ansåg sig vara i behov av kunskap om hur man kan äta för en hälsosam vikt tyder det på att denna information inte har nått fram tillfredsställande. Detta kan också vara relaterat till en brist på kunskap om vilken vikt som är hälsosam. Över hälften svarade att de inte hade ett behov av kunskap vilket till stor del kan förklaras av att tre fjärdedelar av dessa ansåg sig vara normalviktiga.

Dietistens övergripande mål är att främja människors hälsa och livskvalitet genom preventiva och behandlande nutritionsåtgärder (DRF, 2016). Att många äldre uppfattar sin kunskap om hälsosam vikt som tillräcklig samtidigt som de svarat att de tror att det är mest hälsosamt för äldre att väga lika eller mindre än yngre personer är viktigt att ha i åtanke för all vårdpersonal när man möter och behandlar denna målgrupp. Kanske är det dock särskilt viktigt för dietistprofessionen som i stor utsträckning arbetar med energibehov och ofta kommer i kontakt med frågor om hälsosam vikt. Dietisten har en unik möjlighet, men också skyldighet, att mot bakgrund av aktuell forskning sprida evidensbaserad kunskap och vara en kunskapsresurs för samhället i nutritionsfrågor (DRF, 2016). Den första kontakten med en dietist sker dock för många i en vårdkontext först när problem eller sjukdom redan uppkommit. Uppsatsens resultat tyder på att mer undervisning och spridning av förebyggande information från dietister behövs i samhället. Ett sätt att nå fler äldre vore t.ex. att dietister syns mer i medier. Det kan även finnas en poäng med riktad information till olika grupper av äldre där man kan behöva ta hänsyn till särskilda behov t.ex. äldre med fetma eller sköra äldre i ordinärt boende. Undersökningen tyder på att äldre har en positiv inställning och förtroende till dietister, då närmare en tredjedel av undersökningens deltagare svarade att de i första hand skulle vända sig till en dietist för att söka information om vad som är en hälsosam vikt för äldre. Detta kan givetvis ha påverkats av att det var dietiststudenter som i person tillhandahöll undersökningen.

Viktnedgång tycks reflektera vad som är allmänt känt som hälsosamt och många tycks sträva efter att gå ner i vikt. Detta trots att det för många vore mest hälsosamt att behålla vikten eller till och med att gå upp i vikt för att hamna inom optimalt BMI-intervall för äldre (Socialstyrelsen, 2011). I behandlingen av patienter ska dietisten se till patientens önskemål så långt som det är möjligt, men samtidigt måste professionens krav uppfyllas (DRF, 2016). Till exempel måste all behandling ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att patienten måste informeras om möjliga för- och nackdelar av en nutritionsbehandling för att uppnå/bibehålla en så optimal hälsa som möjligt och att dietisten tillsammans med patienten utformar individuella mål (DRF, 2016). Individuell nutritionsbehandling är betydelsefull för att anpassa kosten i syfte att uppnå eller bibehålla hälsa och god nutritionsstatus (DRF, 2016). Detta inkluderar därmed att uppnå eller bibehålla en så hälsosam vikt som möjligt för äldre. Förutom energibalans kan dietisten även ge råd om kost för att täcka behovet av makro- och mikronutrientier (DRF, 2016).

Metoddiskussion

En studie av Lahmann, Lissner, Gullberg & Berglund (2002) lyfter att BMI är en begränsad indikator på övervikt. Direkt mätning av andelen kroppsfett förklarade det U-formade sambandet mellan övervikt och mortalitet bättre än med beräknat BMI. Studien lyfter betydelsen av kroppssammansättning och att fettets lokalisering på kroppen (t.ex. bukfetma) kan vara avgörande för hälsan vilket döljs vid användning av BMI (Lahmann et al., 2002). I denna uppsats var BMI den enda metod som bedömdes som möjlig att använda. Då möjlighet inte fanns att mäta och väga deltagarna kan det dessutom finnas en felkälla i BMI-resultaten i och med att värdena är självrapporterade. Studier visar att många äldre överestimerar sin längd vilket troligen beror på att de minns en längd från när de var yngre, före den kompression av ryggraden som sker vid en högre ålder (Avila-Funes, Gutiérrez-Robledo & Ponce De Leon Rosales, 2004; Frid, Thors Adolfsson, Rosenblad & Nydahl, 2013 & Ng et al. 2011). Det finns även tendenser till att människor under- och överestimerar sin vikt, beroende på om de har över- eller undervikt (Avila-Funes et al, 2004). Ng et al. (2011) undersökte validiteten i att beräkna BMI från självrapporterad längd och vikt bland 608 personer mellan 45-87 år. Resultatet visade att uppgifterna var otillräckliga för att bedöma exakt BMI men att de var användbara vid relativa BMI-värden såsom BMI i kvantiler (Ng et al., 2011). Med tanke på att detta examensarbete främst handlar om kunskap och förhållningssätt till vikten och inte fysiologiska skillnader, liksom att deltagarna delades in i BMI-kategorier, bedömdes värdena tillräckligt precisa för syftet med denna undersökning.

Filterfrågor valdes bort på grund av att det finns en risk att pliktrogna äldre svarar på samtliga frågor (Wenemark, 2017). I och med detta försvårades tolkningen av resultaten vid dataanalysen då det till exempel inte går att skilja på främsta skälet till att vilja behålla vikten eller vilja att förändra vikten, uppåt eller nedåt. Det är svårt att avgöra om filterfrågor hade gynnat enkäten och resultaten eller inte. För att undersöka om synen på den egna vikten skulle förändras om man fick veta att det finns ett samband mellan äldres hälsa och en högre vikt använde vi oss av en hypotetisk fråga. En hypotetisk fråga kan uppfattas som otydlig och svår att svara på (Wenemark, 2017) och resultatet på denna fråga bör därför bedömas med försiktighet. Att en stor andel svarade "vet ej" kan också indikera att frågan var otydlig, men det kan också vara så att de faktiskt inte visste. Detta gjorde att vi ändå valt att presentera resultatet.

Materialet delades in efter stad, rekryteringsplats, kön, ålder, utbildning och BMI med intention att redovisa eventuella skillnader i resultatet. I de flesta fall frångicks detta på grund av att stickprovet var för litet för att genomföra chi-två test. Ett alternativ hade varit att

presentera resultaten deskriptivt. Detta valdes bort då resultatet bedömdes kunna bli missvisande på grund av stickprovets storlek och snedfördelning (fler kvinnor, högutbildade, yngre och från träffpunkter). Data hade kunnat utnyttjas i större utsträckning genom att i databearbetningen slå ihop eller ta bort variabler med låg svarsfrekvens. BMI var jämnare fördelat och är en central faktor i uppsatsens syfte varför skillnader mellan BMI-grupper valdes att redovisas.

Urval och rekryteringsplats

Metoden som användes innebär ett bekvämlighetsurval vilket gör att resultaten inte är generaliserbara. Däremot kan resultaten visa på kopplingar till annan tidigare gjord forskning och peka på framtida intressanta forskningsområden. Fördelar med denna urvalsprincip är att den kan användas när begränsade resurser utesluter ett sannolikhetsurval och att svarsfrekvensen blir hög då enkäterna kan delas ut och samlas in vid samma tillfälle (Bryman, 2013). Någon systematisk bortfallsanalys gjordes inte, men vi upplevde en hög svarsfrekvens bland de tillfrågade. Vid utlämning av enkäterna är det möjligt att ett visst omedvetet urval skedde då det inte var möjligt tillfråga alla i lokalen om intresse för att delta i undersökningen. Framför allt berodde detta på att aktiviteterna var öppna och besökarna kom och gick under tiden insamlingen pågick.

Insamling av enkäter från två storstäder i Sverige gjorde att resultaten breddades något över landet. Det gjorde det även möjligt att jämföra hur många som erhållit information i respektive stad. Då ingen mindre ort undersöktes kan vi inte dra några slutsatser om skillnader mellan stad och landsbygd. De kommunala träffpunkterna var gratis och utbudet av aktiviteter likaså. En av de andra två träffpunkterna hade en medlemsavgift (om än låg) och en del av aktiviteterna krävde betalning. Gymmen tog ut en medlemsavgift och avgift för att få nyttja gruppträningen. De ekonomiska förutsättningarna och skillnaderna i utbud på aktiviteter på de olika platserna kan ha bidragit till en större demografisk spridning. En femtedel av deltagarna rekryterades på gym vilket bland annat kan ha påverkat resultatet för de äldres förhållningssätt till vikten. En studie av Loland (2000) på 1,555 kvinnor och män mellan 18-67 år visade att nöjdheten över sitt kroppsliga utseende ökade linjärt med åldern bland aktiva personer, samtidigt som det minskade linjärt bland inaktiva personer.

En högre svarsfrekvens är vanligare bland kvinnor än män (Lindén-Boström & Persson, 2010) liksom även i denna undersökning då stickprovet bestod av 72 procent kvinnor. Denna snedfördelning kan bero på att det var fler kvinnor på verksamheterna som besöktes. Öberg et al. (1999) visade att utseende var viktigare för kvinnor än män i alla åldersgrupper. Detta kan ha påverkat resultatet för deltagarnas förhållningssätt till sin vikt. Däremot visade studien även att skillnaderna mellan könen i nöjdhet med sin kropp försvann i den högsta ålderskategorin (Öberg et al., 1999). Eventuellt är på så vis snedfördelningen bland könen mindre avgörande i vår målgrupp. Av deltagarna i undersökningen har 43 procent angett högskola eller universitet som högsta genomförda utbildning vilket får anses som en överrepresentation jämfört med Sveriges befolkning. Idag är enligt Statens Centralbyrå 27 procent av Sveriges befolkning i åldrarna 25-64 år högskoleutbildad. Detta kan jämföras med 11 procent år 1990 när majoriteten av deltagarna i uppsatsens undersökning var under 65 år (SCB, 2016). SCB presenterar ingen data för utbildning för de äldre åldersgrupperna.

Andelen utlandsfödda i Sveriges befolkning ökar. En fjärdedel av personer 80 år eller äldre beräknas år 2060 vara av utländsk härkomst (SCB, 2015). Endast svensktalande inkluderades i denna undersökning vilket gör att vi inte vet om kunskapsnivån angående hälsosam vikt för äldre skiljer sig i den icke-svensktalande delen av befolkningen. Deltagarna i undersökningen

är dessutom relativt resursstarka äldre som kunnat och velat ta sig till de ställen där vi lämnade ut enkäterna. Därmed exkluderades de allra sköraste äldre dvs. äldre med nedsatt reservkapacitet och därmed ökad risk för funktionsnedsättning och sjukdom (Wilhelmson, Eklund, Gustafsson, Larsson, Landahl, Dahlin-Ivanoff, 2012). Överlag är också åldersspannet 65-96 år brett, vilket innebär att kunskap och förhållningssätt till sin vikt kan skilja sig inom gruppen äldre.

Externt och internt bortfall

De flesta som avböjde deltagande angav inte varför, men många som spontant berättade angav nedsatt syn som orsak. Vilken anledning de hade som valde att avböja utan att ange orsak kan det bara spekuleras i. Det kan ha berott på funktionella begränsningar, ett ointresse för ämnet eller ointresse för undersökningar i stort. Ifall bortfallet representeras av ett ointresse för hälsa eller vikt kan det göra att resultatet i högre grad speglar personer som lägger mer värde vid dessa områden. En person avböjde att delta på grund av att enkäten ställde frågor om vikt. Om detta berodde på att vikt är ett känsligt ämne skulle det till exempel kunna innebära ett bortfall av personer som var missnöjda med sin vikt. En deltagare svarade inte på nyckelfrågan om "kön" och exkluderades därför från undersökningen. Denna person kanske varken identifierar sig som man eller kvinna. Fler svarsalternativ borde erbjudits då människor har en mängd olika sätt att definiera sitt kön utöver man och kvinna samt att det skulle ge möjlighet att uttrycka osäkerhet kring sin könsidentitet (RFSL, 2016). Bortfallet hade därför eventuellt kunnat undvikas med ytterligare svarsalternativ av karaktären: annat, osäker eller vill ej uppge. Svarsfrekvensen på enkätens frågor varierade mellan 121-135 svaranden, vilket innebär ett internt bortfall mellan 0-14 deltagare per fråga. Ett mönster i det interna bortfallet var att en del respondenter inte svarade på enkätens mittersta sida. Detta skulle kunna bero på att personerna, trots numrerade frågor och sidor, bläddrat förbi mittenuppslaget av misstag. Det interna bortfallet hade eventuellt kunnat minskas om vi hade genomfört en större pilotundersökning vars utfall vi kunnat använda till att tydliggöra enkäten ytterligare.

Validitet och reliabilitet

Validitet handlar om ifall undersökningen mäter det som den är tänkt att mäta (Eliasson, 2013). Undersökningen har en begränsad validitet i och med risken att bortfallet haft inverkan på utfallet och att enkäten inte var validerad. Dessutom pratade en del deltagare med varandra under tiden de fyllde i enkäten vilket kan ha gjort att en del av svaren eventuellt inte representerar deltagarnas spontana svar. Det kan inte heller med säkerhet hävdas att slutsatserna som dragits inte påverkats av okända eller okontrollerade variabler. Undersökningen inkluderade för få deltagare för att kunna generalisera resultaten, vilket också försämrar validiteten (Bryman, 2013). Reliabilitet handlar om ifall undersökningen är pålitlig och om man kan upprepa den och få samma resultat (Eliasson, 2013). Reliabiliteten är begränsad då resultaten skulle kunna påverkats av slumpmässiga eller tillfälliga förutsättningar (Bryman, 2013). Till exempel kan det ha påverkat vilket urval av besökare som var på verksamheterna just de dagar enkäterna samlades in. Deltagarnas självskattade längd och vikt kan också ha en negativ påverkan på reliabiliteten.

Framtida undersökningar

Det relativt låga antalet deltagare i undersökningen förklarar många av dess begränsningar och resultaten bör därför framförallt ses som inspiration och grund till vidare forskning på området för att fastslå om tydligare riktlinjer och information om hälsosam vikt för äldre behövs. Äldres kunskap om hälsosam vikt har oss veterligen inte undersökts tidigare. Det hade varit intressant att med ett större underlag vidare undersöka om det finns skillnader

mellan kön, ålder, BMI, utbildningsnivå och etnicitet. Ett ytterligare förslag till framtida undersökningar vore också att kartlägga hur kunskapen ser ut om hälsosam vikt för äldre bland vårdpersonal som kommer i kontakt med äldre i ordinärt boende.

Slutsats

Det aktuella examensarbetet visar att kunskapen om hälsosam vikt var låg. Många av de äldre hade en önskan om en lägre vikt, vilket gällde även de med ett optimalt BMI. En bidragande orsak till strävan om en lägre vikt kan vara att viktnedgång tycks vara förknippat med hälsa. Knappt hälften av deltagarna hade fått information om hälsosam vikt och den största informationskällan var medier. Då viktnedgång hos äldre kan innebära hälsorisker är det av betydelse att den berörda gruppen är välinformerad om vad en hälsosam vikt är och hur man bibehåller eller uppnår den. Mer information om hälsosam vikt för äldre skulle kunna främja hälsa, samt eventuellt bidra till ett minskat missnöje med vikten.

Stort tack

Stort tack till vår handledare Margaretha Nydahl som bidragit med värdefulla råd och stöttning under arbetet av denna uppsats.

Referenser

1. Avila-Funes, J.A., Gutiérrez-Robledo, L.M., & Ponce De Leon Rosales, S. (2004). Validity of height and weight self-report in Mexican adults: results from the national health and aging study. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 8(5), 355-61.
2. Bahat, G., Tufan, F., Saka, B., Akin, S., Ozkaya, H., Yucel, N., ... Karan, M.A. (2012). Which body mass index (BMI) is better in the elderly for functional status? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 78-81.
doi:10.1016/j.archger.2011.04.019
3. Bales, C.W., & Buhr, G. (2008). Is obesity bad for older persons? A Systematic Review of the Pros and Cons of Weight Reduction in Later Life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 302-312.
doi:10.1016/j.jamda.2008.01.006
4. Beck, A. M., & Ovesen L. (1998). At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17(5), 195-198. doi:10.1016/S0261-5614(98)80058-7
5. Bedford, J. L., & Johnson, C. S. (2006). Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *Journal of Women and Aging*, 18(1), 41-55. doi:10.1300/J074v18n01_04
6. Borgström Bolmsjö, B., Jakobsson, U., Mölstada, S., Östgren, C. J., Midlöv, P. (2015). The nutritional situation in Swedish nursing homes – A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 128-133.
doi:10.1016/j.archger.2014.10.021
7. Bryman, A. (2013). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
8. Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., ... Singer, P (2015). Diagnostic criteria for malnutrition - an ESPEN consensus statement. *Clinical Nutrition*, 34, 335-340. doi:10.1016/j.clnu.2015.03.001
9. Cheng, F.W., Gao, X., & Jensen, G.L. (2015). Weight change and all-cause mortality in older adults: A Meta-Analysis. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(4), 343-68. doi:10.1080/21551197.2015.1090362
10. Clarke, L., H. (2002). Older women's perceptions of ideal body weights: The tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Ageing and Society*, 22, 751-773. doi:10.1017/S0144686X02008905
11. Corrada, M. M., Kawas, C. H., Mozaffar, F., Paganini-Hill, A. (2006). Association of body mass index and weight change with all-cause mortality in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 163(10), 938–949. doi:10.1093/aje/kwj114
12. Davison, K.K., Ford, E.S., Cogswell, M.E., & Dietz, W.H. (2002). Percentage of body fat and body mass index are associated with mobility limitations in people aged 70 and older from NHANES III. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(11), 1802–1809. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50508.x
13. Dey, D.K., Rothenberg, E., Sundh, V., Bosaeus, I., & Steen B. (2001). Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6), 482-492.
doi:10.1038/sj.ejcn.1601208
14. Dobracki, A. E., Zirker, W. S., & Knapp, C. M. (2012). Underrecognition of weight loss in community-dwelling elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2173-2175. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04231.x
15. Dolan, C.M., Kraemer, H., Browner, W., Ensrud, K., Kelsey, J.L. (2007). Associations between body composition, anthropometry, and mortality in women

- aged 65 years and older. *American Journal of Public Health*, 97(5), 913-8. doi:10.2105/AJPH.2005.084178
16. DRF (Dietisternas Riksförbund). (u.å). *Nutritionskompetens i kommunal äldreomsorg- varför?* [Material från DRF]
 17. DRF (Dietisternas Riksförbund). (2016). *Etisk kod för dietister*. Nacka: DRF
 18. Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.
 19. Fardouly, J. & Vartanian, L.R. (2016). Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5. doi:10.1016/j.copsyc.2015.09.005
 20. Folkhälsomyndigheten. (2013). *Åldrande befolkning*. Hämtad 2017-11-20, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/aldrande-befolkning/>
 21. Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Folkhälsomyndighetens uppdrag*. Hämtad 2017-12-15, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/vart-uppdrag/>
 22. Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Övervikt och fetma -Nationella resultat och tidsserier 2016 (Excel)*. Hämtad 2017-12-16, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
 23. Folkhälsomyndigheten. (2017). *Övervikt och fetma*. Hämtad 2017-11-22, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
 24. Frid, H., Thors Adolfsson, E., Rosenblad, A., & Nydahl, M. (2013). Agreement between different methods of measuring height in elderly patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(5), 504. doi:10.1111/jhn.12031
 25. Grabe, S., Ward, L.M., & Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-476. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
 26. Hays & Roberts. (2006). The anorexia of aging in humans. *Physiology and Behavior*, 88(3), 257-266. doi:10.1016/j.physbeh.2006.05.029
 27. Heiat, A., Vaccarino, V., & Krumholz, H. M. (2001). An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 161(9), 1194-1203. doi:10.1001/archinte.161.9.1194
 28. Heitmann, B.L, Erikson, H., Ellsinger, B.M., Mikkelsen, K.L., Larsson, B. (2000). Mortality associated with body fat, fat-free mass and body mass index among 60-year-old swedish men-a 22-year follow-up. The study of men born in 1913. *International Journal of Obesity*, 24(1), 33-7. doi:10.1038/sj.ijo.0801082
 29. Holman, D., & Borgstrom, E. (2016). Applying Social Theory to understand health-related behaviours 1473-4265. *Medical humanities*, 42, 143-145. doi:10.1136/medhum-2015-010688
 30. Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestylechange: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25 (4), 244 - 249. doi:10.1080/02813430701691778
 31. Jensen, G.L., & Friedmann, J.M. (2002). Obesity is associated with functional decline in community-dwelling rural older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(5), 918-923. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50220.x

32. Kable, A., James, C., Snodgrass, S., Plotnikoff, R., Guest, M., Ashby, S., ... Collins, C. (2015). Nurse provision of healthy lifestyle advice to people who are overweight or obese. *Nursing and Health Sciences*, 17(4), 451 - 459. doi:10.1111/nhs.12214
33. Knight, T., Illingworth, K., & Ricciardelli, L. (2009). Health implications of body size perception and weight tolerance in older adults. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 425–434. doi: 10.1177/1359105309102198
34. Kritchevsky, S. B., Beavers, K. M., Miller, M. E., Shea, M. K., Houston, D. K., Kitzman, D. W., & Nicklas, B. J. (2015). Intentional weight loss and all-cause mortality: a meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS ONE*, 10(3): e0121993. doi:10.1371/journal.pone.0121993
35. Lahmann, P. H., Lissner, L., Gullberg, B., & Berglund G. (2002). A prospective study of adiposity and all-cause mortality: The Malmö diet and cancer study. *Obesity*, 10(5), 361-369. doi:10.1038/oby.2002.50
36. Lee, S. J., Kritchevsky, S. B., Tylavsky, F. A., Harris, T., Everhart, J., Simonsick, E. M., ... Newman, A. B. (2004). Weight-loss intention in the well-functioning, community-dwelling elderly: Associations with diet quality, physical activity, and weight change. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80(2), 466-474.
37. Lee, S. J., Kritchevsky, S. B., Tylavsky, F., Harris, T., Simonsick, E. M., Rubin, S. M., & Newman, A. B. (2005). Weight change, weight change intention, and the incidence of mobility limitation in well-functioning community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60(8), 1007-1012. doi:10.1093/gerona/60.8.1007
38. Lindén-Boström ,M. & Persson, C. (2010). *Bortfall i folkhälsoenkäter-spelar det någon roll?* Örebro: Örebro Läns Landsting.
39. Livsmedelsverket. (2011). *Bra mat i äldreomsorgen- Omsorgspersonal*. Uppsala: Livsmedelsverket.
40. Livsmedelsverket. (2017). *Energi, näring och fysisk aktivitet för äldre – baserat på Nordiska Näringsrekommendationer 2012*. Uppsala: Livsmedelsverket.
41. Loland, N.W. (2000). The aging body: attitudes toward bodily appearance among physically active and inactive women and men of different ages. *Journal of Aging and Physical Activity*. 8(3), 197-213. doi:10.1123/japa.8.3.197
42. McCabe, M. P., & McGreevy, S. J. (2011). Role of media and peers on body change strategies among adult men: is body size important? *European Eating Disorders Review*, 19(5), 438 - 446. doi:10.1002/erv.1063
43. McTigue, K. M., Hess, R., & Ziouras, J. (2006). Obesity in older adults: a systematic review of the evidence for diagnosis and treatment. *Obesity*, 14(9), 1485–1497. doi:10.1038/oby.2006.171
44. Miller, S.L., & Wolfe, R.R. (2008) The danger of weight loss in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 12(7), 487-491. doi:10.1007/BF02982710
45. Nationalencyklopedin [NE]. (2017a). *Förhållningssätt*. Tillgänglig: [https://www-nesse.ezproxy.its.uu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/f%C3%B6rh%C3%A5llningss%C3%A4tt](https://www.nesse.ezproxy.its.uu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/f%C3%B6rh%C3%A5llningss%C3%A4tt)
46. Nationalencyklopedin [NE]. (2017b). *Kunskapsteori*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kunskapsteori>
47. Newman, A. B., Yanez, D., Harris, T., Duxbury, A., Enright, P. L., & Fried, L. P. (2001). Weight change in old age and its association with mortality. *Journal of American Geriatric Society*, 49(10), 1309-1318. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49258.x
48. Ng, S. P., Korda, R., Clements, M., Latz, I., Bauman, A., Bambrick, H., ... Liu, B. (2011). Validity of self-reported height and weight and derived body mass index in

- middle-aged and elderly individuals in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(6), 557–563. doi: 10.1111/j.1753-6405.2011.00742.x
49. Nordic Council of Ministers. (2014). *Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
 50. Pallant, J. (2016). *SPSS Survival manual*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
 51. Parker, M.G., Schön, P., & Thorslund, M. (2006). *Utvecklingen av de äldres funktionsförmåga. I: Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*. Örebro: Statistiska centralbyrån (SCB).
 52. RFSL (Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter) (2016). *Att fråga om kön och trans i enkäter*. Hämtad 2018-01-05, från <https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/att-fraaga-om-koen-och-trans-i-enkaeter/>
 53. Roy, M., & Payette, H. (2012). The body image construct among Western seniors: A systematic review of the literature. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 505-521. doi:10.1016/j.archger.2012.04.007
 54. Rundgren, Å., & Dehlin, O. (2007). *Äldresjukvård: Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Poland: Studentlitteratur.
 55. SCB (Statistiska Centralbyrån). (2015), *Sveriges framtida befolkning 2015–2060*. Örebro: SCB
 56. SCB (Statistiska Centralbyrån). (2016). *Befolkningens utbildningsnivå*. Hämtad 2017-12-10, från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/befolkningens-utbildning/>
 57. Socialstyrelsen. (u.å.). *Om Socialstyrelsen*. Hämtad 2017-12-15, från <https://www.socialstyrelsen.se/omsocialstyrelsen>
 58. Socialstyrelsen. (2005). *Kost och näring på äldreboenden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
 59. Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.
 60. Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om särskilt boende*. Stockholm: socialstyrelsen.
 61. Söderström, L. (2016). Nutritional screening of older adults: risk factors for and consequences of malnutrition (Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 1167). Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-267564>
 62. United Nations DoEaSA, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013 Report*. New York: United Nations publication. ST/ESA/SER.A/348
 63. Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y., ... Garry, P. (2006). Overview of the MNA--Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 456-65.
 64. Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
 65. Villareal, D. T., Apovian, C. M., Kushner, R. F., & Klein, S. (2005). Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(5), 923-934. doi:10.1038/oby.2005.228
 66. von Berens, Å., Koochek, A., Nydahl, M., Fielding, R. A., Gustafsson, T., Kirn, D. R., ... Södergren, M. (2017). "Feeling more self-confident, cheerful, and safe". Experiences from a health-promoting intervention in community dwelling older adults. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. doi:10.1007/s12603-017-0981-5
 67. Wenemark, M. (2017). *Enkätmetodik med respondenten i fokus*. Lund: Studentlitteratur AB.

68. WHO (World Health Organization) regional office for Europe. (u.å.). *Body mass index - BMI*. Hämtad 2017-12-29, från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
69. Wilhelmson, K., Eklund, K., Gustafsson, H., Larsson, A., Landahl, S., Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. *Läkartidningen*, 16(109), 826-827.
70. Winter, J. E., MacInnis, R. J., Wattanapenpaiboon, N., & Nowson, C. A. (2014). BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(4), 875-890. doi:10.3945/ajcn.113.068122
71. Witham, M.D., & Avenell, A. (2010). Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 39(2), 176-84. doi:10.1093/ageing/afp251
72. Öberg, P., & Tornstam, L. (1999) Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society*. 19(5), 629-644. doi:10.1017/S0144686X99007394

Bilaga 1

Arbetsfördelning

- **Planering av studien och uppsatsarbetet** *50/50*
- **Litteratursökning** *50/50*
- **Datainsamling** *50/50*
- **Analys** *50/50*
- **Skrivandet av uppsatsen** *50/50*

Enkätundersökning om äldres kunskap om hälsosam vikt för äldre och förhållningssätt till den egna vikten

Hej!

Vi är två studenter från Dietistprogrammet vid Uppsala Universitet. Under vår sista termin gör vi nu ett examensarbete om hälsosam vikt för äldre.

Vår undersökning består av en enkät med syftet att undersöka äldres kunskap om aktuella rekommendationer för hälsosam vikt. Vi vill också undersöka hur äldre ser på sin egen vikt.

För att delta i enkätstudien vill vi att du är 65 år eller äldre och inte bor i ett vård- och omsorgsboende för äldre.

Det är frivilligt att delta och Du kan avbryta Din medverkan när som helst innan inlämning av svaren, utan att förklara varför. Ditt samtycke till deltagande ges genom att Du lämnar in enkäten.

Ingen obehörig kommer att ha tillgång till enkätsvaren och de kommer endast att användas i vårt examensarbete. Du lämnar inga namnuppgifter och resultaten kommer att redovisas på ett sådant sätt att det inte går att spåra vem som svarat.

Alla deltagare är efter besvarad enkät varmt välkomna att ställa frågor till oss om hälsosam vikt för äldre.

Vi vore tacksamma om Du tog Dig tid att svara på vår enkät!

Anna Andersson
anna.s.andersson2@gmail.com

Emma Nilsson
emma.v.nilsson93@gmail.com

Enkätundersökning om äldres kunskap om hälsosam vikt för äldre och förhållningssätt till den egna vikten

Välj svarsalternativ genom att sätta kryss i lämplig ruta.

1. Jag identifierar mig som (Välj bara ett svarsalternativ)

- Kvinna
- Man

2. Hur gammal är Du? (Skriv i siffror)

Jag är år.

3. Vilken är Din högsta genomförda utbildning? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Oavslutad grundskoleutbildning
- Grundskola, realskola, folkskola eller liknande
- Gymnasieutbildning
- Universitets- eller högskoleutbildning

4. Hur lång är Du? (Om Du inte vet, uppskatta. Avrunda till närmaste heltal. Skriv i cm, t.ex. 165 cm)

Längd cm

5. Vad väger Du? (Om Du inte vet, uppskatta. Avrunda till närmaste heltal. Skriv i kg, t.ex. 65 kg)

Vikt kg

6. Anser Du att Du är...? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Underviktig
- Normalviktig
- Överviktig
- Vet ej

7. Skulle Du vilja förändra Din vikt? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Ja, jag vill gå upp i vikt
- Nej, jag är nöjd med min vikt
- Ja, jag vill gå ner i vikt

8. Vad är främsta skälet till att Du vill gå upp, gå ner eller behålla Din vikt? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Av hälsoskäl
- För mitt utseende
- För min rörelseförmåga
- Annat, nämligen _____
- Vet ej

9. Anpassar Du hur Du äter efter vad Du vill väga? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Ja i hög grad
- Ja i viss mån
- Nej inte alls

10. Vad tror Du är mest hälsosamt för personer över 70 år? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Att väga mer än yngre personer
- Att väga mindre än yngre personer
- Att väga lika som yngre personer

11. Om det vore mest hälsosamt för personer över 70 år att väga mer än yngre personer, skulle det då påverka Din syn på Din vikt? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Ja jag skulle vara mer nöjd med min vikt
- Ja jag skulle vara mindre nöjd med min vikt
- Nej det skulle inte påverka min syn på min vikt
- Vet ej

12. Om det vore mest hälsosamt för personer över 70 år att väga mindre än yngre personer, skulle det då påverka Din syn på Din vikt? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Ja jag skulle vara mer nöjd med min vikt
- Ja jag skulle vara mindre nöjd med min vikt
- Nej det skulle inte påverka min syn på min vikt
- Vet ej

13. Varifrån har Du erhållit information om vad som är en hälsosam vikt för äldre? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Jag har erhållit information, nämligen ifrån _____
- Jag har inte erhållit någon information
- Vet ej

14. Var skulle Du i första hand vända Dig för att söka information om vad som är en hälsosam vikt för äldre? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Bekant/Släkting
- Media (tidningar, tv, radio etc.)
- Internet
- Livsmedelsverkets hemsida
- Läkare
- Dietist
- Annan vårdpersonal
- Annan, nämligen _____
- Vet ej

15. Hur uppskattar Du Din kunskap om vad som är en hälsosam vikt för äldre? (Välj bara ett svarsalternativ)

- Tillräcklig
- Otillräcklig
- Vet ej

16. Har Du ett behov av kunskap om hur Du ska äta för att uppnå en hälsosam vikt?

(Välj bara ett svarsalternativ)

- Ja
- Nej
- Vet ej

Andra kommentarer:

Tack för Din medverkan!

Vid frågor om hälsosam vikt kan Du ta kontakt med en dietist.