



BACHELOROPPGAVE:

Livsstilsendring

Hvordan oppnå livsstilsendring blant overvektige voksne som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene?

FORFATTERE:

Wenche Adelsten Ruud, Maren Sofie Sønsteby, Jonas B. Markeng

DATO:

09.05.13

Sammendrag

Tittel:	Livsstilsendring <i>Hvordan oppnå livsstilsendring blant overvektige voksne som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene?</i>	Dato: 09.05.13
Deltakere:	Wenche Adelsten Ruud, Maren Sofie Sønsteby, Jonas B. Markeng	
Veileder:	Ingrid Landgraff Østlie	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/Nøkkelord:	Obesity, lifestyle change, patient education.	
Antall sider/ord: 54/13 332	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått:
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p><i>Introduksjon:</i> Overvekt og fedme er forbundet med utvikling av hjerte- og karsykdommer og mange overvektige pasienter som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene er avhengig av å endre livsstil for og unngå tilbakefall av sykdom. Veiledning til pasienter i forandringsprosessen har blitt en stadig viktigere oppgave i helsevesenet.</p> <p><i>Hensikt:</i> Hensikten med dette litteraturstudie er å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede overvektige pasienter til livsstilsendring etter gjennomgått kirurgi på koronararteriene, samt rette fokus mot sykepleiere og deres påvirkning på veiledningens resultat.</p> <p><i>Metode:</i> Litteratursøkene i dette litteraturstudiet ble utført i databasene ISI Web of Science, Helsebibloteket, Academic Search Elite, Ovid Nursing Database, SveMed+ og Cinahl. Søkord som lifestyle change, patient education, behavior change, obesity og overweight, ble benyttet.</p> <p><i>Hovedfunn/konklusjon:</i> I denne studien fremheves viktigheten av individuelt tilpasset veiledning for pasienter som skal endre livsstil, samt påvirkningen sykepleiers holdninger, kunnskap og væremåte har på pasienter i forandringsprosessen.</p>		

Abstract

Title:	Lifestyle change <i>How to achieve lifestyle change among obese adults who have undergone surgery on the coronary arteries?</i>	Date: 09.05.13
Participants:	Wenche Adelsten Ruud, Maren Sofie Sønsteby, Jonas B. Markeng	
Supervisor:	Ingrid Landgraff Østlie	
Employer:		
Keywords:	Obesity, lifestyle change, patient education.	
Number of pages/words: 54/13 332	Number of appendix: 2	Availability:
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><i>Introduction:</i> Overweight and obesity are associated with the development of cardiovascular disease. Many of the patients, whom have undergone surgery on the coronary arteries, are dependent of committing to lifestyle changes in order to prevent relapse. The importance of guidance by the health care industry, in the process of making patients commit to the changes is increasing.</p> <p><i>Purpose:</i> The purpose of this literature review is to examine how the nurse can guide obese patients to lifestyle changes after undergoing surgery on the coronary arteries, as well as focusing on nurses and their impact on the outcome of guidance.</p> <p><i>Methods:</i> Literature searches in this literature review was performed in the following databases: ISI Web of Science, Helsebiblioteket, Academic Search Elite, Ovid Nursing Database, SveMed + and Cinahl. Keywords as lifestyle change, patient education, behavior change, obesity and overweight, has been used.</p> <p><i>Key findings/conclusions:</i> This study finds that individualized guidance is vital for making patients commit to lifestyle changes, and the nurses' attitude, knowledge and behavior influences the process.</p>		

*Min styrke skal prøves, om mitt sinn skal bestå.
Frykten griper motet og motet lar seg slå.
Stillheten brytes av et enkelt ord,
Alene er du ikke, men du må gjøre det nå.*

- Mona Melanie Lindseth



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innledning.....	7
Temaets relasjon til seksjonens forskningsområde	8
Sykepleiefaglig relevans.....	8
Bakgrunn	9
Livsstil.....	9
Overvekt og fedme	10
Hjerte-og karsykdommer.....	10
Ernæring	12
Fysisk aktivitet	13
Sykepleie når pasienten skal endre livsstil	13
Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	13
Endringsfokusert veiledning.....	14
Helseoppfatningsmodellen	17
Integreringsprosessen	18
Sykepleieteoretiske perspektiver	19
Problemstilling	20
Avgrensning av oppgaven	20
Hensikt med oppgaven	20
Metode.....	21
Hva er litteraturstudie.....	21
Fordeler og ulemper ved litteraturstudie	21
Søkeprosessen	21
Søkeord.....	21
Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	22
Databaser og antall treff	22
Forskningsetiske overveielser	23
Begrunnelse for valg av artikler	23
Kildekritikk av valgte artikler	24
Resultat.....	25
Presentasjon av artikler	25
Resultater.....	33

Helsepersonells holdninger, kunnskap og væremåte.....	33
Ulike fremgangsmåter for å oppnå livsstilsendring.....	34
Drøfting	37
Hva betyr sykepleierens holdninger, kunnskap og væremåte for livsstilsendring?.....	37
Holdninger.....	37
Kunnskap.....	38
Væremåte.....	40
Sykepleie når pasienten skal endre livsstil	41
Skreddersydd veiledning	41
Gruppe- og individuell veiledning.....	42
Veiledningens innhold.....	43
Varig livsstilsendring?.....	44
Kritisk vurdering av litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser	45
Konklusjon	47
Etterord.....	48
Litteraturliste	49
Vedlegg 1: PICO – skjema.....	53
Vedlegg 2: Søking og resultater (februar – april 2013).....	54

Innledning

Overvekt og fedme er et stadig økende problem i den vestlige verden, og nå også etterhvert i utviklingsland (Johansen og Andreassen 2010). Befolkningen i Norge følger den samme utviklingen som registrert på verdensbasis, med en fordobling av antallet mennesker som har fedme over en 20- års periode (Ulset, Ulheim og Malterud 2007 og WHO 2013). Denne utviklingen skyldes i all hovedsak forandringer i menneskers levevaner og miljø, og sykdommer som oppstår som følger av overvekt og fedme vil i så måte kunne kalles livsstilssykdommer (NHI 2012).

Overvekt og fedme gir betydelig økt risiko for en rekke uønskede helseplager og sykdommer. Tilstandene er blant annet forbundet med høyt kolesterol, høyt blodtrykk, diabetes, mangel på fysisk aktivitet og ugunstige kostholdsvaner. Disse er igjen faktorer som gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer (Jacobsen m.fl. 2009).

Hjerte- og karsykdommer er den hyppigste dødsårsaken her til lands og utgjør årlig en stor andel av pasienters opphold i spesialisthelsetjenesten. I 2011 døde nærmere 13000 mennesker av hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet 2012), hvorav 5000 av disse skyldtes iskemisk hjertesykdom. Tall fra hjerte- og karregisteret (Folkehelseinstituttet 2013) viser at det i løpet av de 8 første månedene i 2012 ble registrert 49000 tilfeller der pasienter er kommet i kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av iskemisk hjertesykdom. Dette tyder på at spesialisthelsetjenesten hadde nærmere 74000 registrerte pasienttilfeller på årsbasis i 2012 med denne formen for hjerte- og karproblematikk.

Parallelt med den økende forekomsten av hjerte- og karsykdom, har utviklingen av moderne medisinteknisk-utstyr og prosedyrer sørget for at man kan behandle flere pasienter enn tidligere. Bare på Feiringklinikken, som er et spesialiserte senter for hjertesykdom, ble det i 2010 utført nærmere 2500 behandlinger i form av PCI og bypass-operasjoner (Feiringklinikken 2010). Tilbakefall av sykdom etter gjennomgått behandling kan oppstå uansett levestil og disponerende faktorer (Jacobsen m.fl. 2009). På tross av dette vil en pasient med overvekt eller fedme ofte være forbundet med en livstil som gjør han spesielt utsatt for tilbakefall (Dendale m.fl. 2005). Riktig veiledning vil derfor være viktig i det sekundærforebyggende arbeidet.

Temaets relasjon til seksjonens forskningsområde

Høgskolen i Gjøvik har klinisk sykepleie som sitt forskningsområde. Dette omfatter «utdanningskvalitet», «kvalitet i sykepleie» og «helse i dagliglivet» (Hig 2011a). Forskningsområdet som kan relateres til vår oppgave er «helse i dagliglivet». «Helse i dagliglivet» omhandler sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon og har videre to fokusområder som er «kritiske livshendelser» og «å leve med helsesvikt» (Hig 2011b). Fokusområdet «å leve med helsesvikt» som handler om hva helsesvikt innebærer og hvordan helse og velvære kan oppnås (Hig 2011b), er relevant for vår oppgave.

Sykepleiefaglig relevans

På grunn av de mange helsemessige plager som kan oppstå som følger av overvekt og fedme, vil sykepleieren ved flere ulike arenaer i helsevesenet møte disse menneskene. Begrepet livsstilsendring vil være sentralt uansett arena. Vi finner temaet livsstilsendring blant overvektige voksne veldig interessant, og høyst aktuelt i tiden.

Bakgrunn

Livsstil

Det finnes flere forskjellige definisjoner og oppfatninger av begrepet livsstil. Av Milo (Kristoffersen 2008a, s. 227) har vi at «livsstil er atferdsmønstre valgt ut fra de alternativer som er tilgjengelig for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ fremfor et annet».

I en annen definisjon av Aarø og Nylenna, blir stabiliteten i livsstilsbegrepet vektlagt i større grad og til forskjell fra definisjon nummer en, omfatter denne holdninger, verdier og vaner. «Livsstil blir forstått som relativt stabile mønstre av atferd, vaner, holdninger og verdier som er typisk for gruppen en tilhører eller grupper en ønsker å tilhøre» (Kristoffersen 2008a, s. 228).

Av de to overnevnte definisjonene av livsstil har vi at at en hver person har ansvaret for sitt eget valg av livsstil, men at ytre faktorer spiller en sentral rolle for vedkommenes reelle valgmuligheter og faktiske valg av livsstil.

«I vår del av verden har samfunnsutviklingen påvirket befolkningens livsstil, slik at det i våre dager kreves en aktiv og bevisst innsats fra den enkelte for å leve på en måte som fremmer helsa» (Kristoffersen 2008a, s. 228). Vestlige samfunn har blant annet gjennomgått store endringer i de senere år med hensyn til kostholdsvaner og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2011a).

Sett under ett, har beboere i vesten god tilgang på mat og i butikkhyllene kan man i dag finne et bredt utvalg av ulike matvarer. Utviklingen har likevel gått i den retning at det stadig produseres-, og selges mer energitett mat og snacks som er både billig og enkel å lage (Helsedirektoratet 2011b, Sortland 2008). Mye av ferdigmaten hentet fra butikkhyllene og mat kjøpt på restauranter har et innhold som strider med helsedirektoratets anbefalinger til kosthold. Overdrevent forbruk av slik mat vil i så måte kunne bidra til sykdomsutvikling (Johansson 2011).

Folk i Norge trener mer enn noen gang, men vår fysiske hverdagsaktivitet har likevel blitt kraftig redusert (Helsedirektoratet 2011a). I flere tilfeller vil dette bety at selv mennesker som trener vil være mindre fysisk aktive enn de 30 minuttene daglig som anbefales av Helsedirektoratet (2011b). Moderne teknologisk utstyr har kommet så langt, og er tilgjengelig for så mange at det gjør det mulig for folk flest i Norge, og den vestlige verden å leve et liv

omtrent uten å bevege seg. Gange og sykkel som transport er blitt byttet ut med motoriserte kjøretøy, fysisk arbeid er i stor grad erstattet av kontorarbeid eller annet arbeid som innebærer mye stillesitting, og i fritiden blir vi i stor grad stimulert av tv og data. Alt i alt gir dagens samfunn folk muligheten til å ha en livsstil med minimal fysisk aktivitet og usunne matvaner.

Overvekt og fedme

Genetiske forhold kan gjøre noen mennesker mer sårbar for å utvikle overvekt og fedme enn andre, men det er menneskers livsstil og miljø som avgjør om de gjør det (Helsedirektoratet 2011a).

Overvekt og fedme er definert som unormal eller overdreven fettoppbygging som kan være helsefarlig (WHO 2013). Tilstandene skyldes ubalanse i forholdet mellom energiinntak og energiforbruk der resultatet etter oppgjort energiregnskap er et energioverskudd (Helsedirektoratet 2011a). Enkelt forklart innebærer dette at mennesker som utvikler overvekt eller fedme spiser mer enn hva de klarer å forbrenne. Kroppen lagrer derfor overskuddet og man går opp i vekt.

Det brukes ulike metoder og verktøy for å avgjøre om en person er overvektig eller lider av fedme. BMI er et slikt verktøy som er allment kjent og hyppig brukt av både helsepersonell og mennesker uten tilknytning til helsevesenet. BMI er definert som en persons vekt delt på høyde i meter, opphøyd i annen. Ved utregning av BMI vil man få et tall som definerer vedkommende som undervektig, normalvektig, overvektig eller fedme. Scorer man over eller lik 25 på BMI kaller man det overvekt, og verdier over eller lik 30 defineres som fedme. Ved hjelp av BMI vil man enkelt kunne følge en persons vektutvikling over tid. Dette kan være av stor verdi i behandlingen av pasienter som skal opp-, eller ned i vekt. Svakheten med BMI er at det ikke tar høyde for kroppssammensetningen. En yngre muskuløs mann er et godt eksempel på en som kan score høyt på BMI og defineres som både overvektig og fedme, uten å være det (WHO 2013).

Hjerte-og karsykdommer

«Hjertekirurgi er kirurgi på selve hjertet og de store blodkarene nær hjertet» (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010, s. 229). Flere ulike typer hjerte- og karsykdommer kan lede til hjertekirurgi. Iskemiske hjertesykdommer og klaffefeil er de vanligste ervervede sykdommene (Jacobsen m.fl. 2009, Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Hjertets muskelceller trenger oksygen på lik linje med alle andre muskler rundt om i menneskekroppen og hjertets forsyning av oksygenrikt blod skjer via koronararterierene som omslutter hjertet. Det er forandringer i disse blodkarene som ligger til grunn for flere sykdomstilstander samlet under fellesbegrepet iskemisk hjertesykdom, og som blant annet kan relateres til overvekt og livsstil (Jacobsen m.fl. 2009).

Iskemisk hjertesykdom kalles også koronarsykdom og omfatter blant annet angina pectoris og hjerteinfarkt. De iskemiske hjertesykdommene har den ting til felles at de alle skyldes helt eller delvis okkluderte koronararterier som fører til opphørt eller redusert blodtilførsel til hjertemuskulatur. Sykdommene skilles fra hverandre med bakgrunn i hvilken grad blodtilførselen, og derfor oksygentilførselen til hjertet er redusert (Jacobsen m.fl. 2009).

Iskemisk hjertesykdom skyldes i de fleste tilfeller langtkommen aterosklerose (Jacobsen m.fl. 2009). Aterosklerose er en kronisk betennelsesprosess med avleiring av kolesterol og kalk i det rammede blodkaret. Dette fører til innsnevring av blodkaret og dermed redusert blodgjennomstrømming. Samtidig blir karet stivt og den normale reguleringen av diameteren i karet vil bortfalle (Jacobsen m.fl. 2009).

Overvekt og fedme er en av de sentrale risikofaktorene for utvikling av overnevnte tilstander og sykdommer. Dette er fordi at overvekt og fedme ikke bare alene utgjør en risiko for utvikling av hjerte- og karsykdom, men også er forbundet med en livsstil som øker risikoen for andre tilstander, som igjen øker risikoen for hjerte- og karsykdom (Jacobsen m.fl. 2009, Eikeland, Haugland og Stubberud 2010, NHI 2013).

Iskemisk hjertesykdom kan arte seg forskjellig og behandlingen vil derfor variere mellom sykdommene. Man vil for eksempel kunne forebygge angina-anfall ved medikamentell behandling, men sykdommen kan også utvikle seg til stadier der operativ behandling er nødvendig. Såkalt aortakoronar bypassoperasjon er blitt en svært vanlig behandling for pasienter med langtkommen angina-sykdom. I tilfeller med hjerteinfarkt der en koronararterie er blitt helt tilstoppet er behandlingen nesten utelukket operativ med PCI (perkutan koronar intervensjon) (Jacobsen m.fl. 2009).

Hensikten med de to overnevnte operative behandlingsmetodene er å gjenopprette blodperfusjon til myokardet perifert for den forsnævrede eller okkluderte koronararterien. Ved aortakoronar bypassoperasjon bruker man egnede vener fra pasienten selv og lager en eller

flere omveier forbi blokkaden slik at blodet kan strømme fritt forbi denne og på nytt forsyne området perifert for okklusjonen med oksygen (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

PCI er en intervensjon der man «blokker» ut forsnevringen i koronararterien ved hjelp av et tynt kateter som ledes hele veien fra en større arterie i pasientens arm eller ben, til aorta og videre ned til koronararterien. I de fleste tilfeller er kateteret utstyrt med en stent som foldes ut og blir liggende igjen som en armering slik at det skadede karet ikke skal rammes like lett av ny forsnevring (Jacobsen m.fl. 2009, Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Etter gjennomgått hjertekirurgi ligger pasienten et døgn på intensiv- eller postoperativ avdeling der han blir kontinuerlig overvåket og situasjonen stabiliseres. Hvis det postoperative forløpet er komplikasjonsfritt, vil han flyttes over til sengepost første postoperative dag. Her vil pasienten vanligvis oppholde seg de neste 3-6 dagene (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010). Sykepleier på sengeposten vil i større grad enn tidligere ha en veiledende funksjon ovenfor pasienten.

I forhold til valgt pasientgruppe, vil endring av livsstil og vektnedgang være sentralt for å forebygge tilbakefall av sykdom. Disse pasientene vil måtte leve med sykdommen, og i ulik grad ta hensyn til den resten av livet. Hvor stor den opplevde endringen av livsstil er hos den enkelte vil variere ut fra personens tidligere livsstil og livsførsel (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Ernæring

Pasienter med hjertesykdom, konservativt- eller radikalt behandlet bør i større grad enn før sykdom, ha fokus på et mer riktig sammensatt kosthold. Et riktig sammensatt kosthold vil virke helsefremmende og forebyggende i forhold til ytterligere utvikling av risikofaktorer hos pasienter med hjerte- og karproblematikk (Sortland 2008). Regelmessige måltider gjennom dagen, saltfattig mat, måltider bestående av fisk eller andre kilder til flerumettede fettsyrer, frukt og grønnsaker, er kostvaner pasienten bør tillegge seg (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Nettopp fett, andelen fett i kostholdet og type fett i et sammensatt kosthold har blitt gitt mye fokus i det senere. Det viser seg blant annet at ulike fettsyrer i kostholdet spiller en vesentlig rolle for om det vil virke positivt eller negativt på kroppen i forhold til å for eksempel utvikle hjerte- og karsykdom. Mettet fett og transfett er det «dårlige fett». Et høyt inntak av slikt fett øker kolesterolinnholdet i blodet, og høyt kolesterolinnhold i blodet er sterkt forbundet med

hjerte- karsykdommer. Det «gode fett» omfatter enumettet- og flerumettede fettsyrer som omega- 3- og omega- 6 fettsyrer, og oljesyre. Disse er å finne i fet fisk, vegetabiliske oljer, nøtter og frø. Slike fettsyrer reduserer kolesterolinnholdet i blodet samtidig som de forbedrer blodårenes elastisitet, forhindrer blodproppdannelse, senker blodtrykket og stabiliserer hjerterytmen (Sortland, 2008).

Fysisk aktivitet

Tidlig mobilisering og fysisk trening er vanlig etter gjennomgått kirurgi på koronararteriene. Den fysiske aktiviteten vil imidlertid være noe begrenset og i den forbindelse blir pasienter oftest utsatt for en arbeidsbelastningstest postoperativt for å kontrollere at pasienten ikke får anginasmerter ved mindre belastninger. Pasienter blir oppfordret til å så langt det lar seg gjøre å unngå statisk muskelarbeid som å måke snø, gjøre tunge løft og klippe gress, men heller drive aktiviteter som turgåing, jogging, sykling og svømming. Dette er fordi at statisk muskelarbeid virker belastende på hjertet, mens de andre nevnte aktivitetene i mindre grad belaster hjertet og vil virke helsefremmende.

Regelmessig fysisk aktivitet har mange helsegevinster som er godt dokumentert. Blant annet reduserer fysisk aktivitet risikoen for å utvikle diabetes type 2, høyt blodtrykk, blodpropp, psykisk uhelse og fedme. Sammenlignet med de som er lite aktive, rapporterer fysisk aktive at de har bedre humør, mer overskudd og økt livskvalitet (Helsedirektoratet 2011b).

Sykepleie når pasienten skal endre livsstil

Pasientens opphold på sykehus etter gjennomgått hjertekirurgi er begrenset. Vanligvis vurderes han som utskrivningsklar allerede etter 4-7 dager. Dette innebærer at tiden sykepleier har med pasienten er knapp og at størsteparten av rehabiliteringen vil foregå hjemme. Pasienten egenomsorg vil i så måte være avgjørende for å forebygge tilbakefall av sykdom og sykepleiers oppgaver på sengeposten vil i stor grad handle om å fremme denne (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010).

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Som sykepleier har man plikt til å forsøke å minske den enkeltes risiko for helseskade i fremtiden. Samfunnet og den enkelte vil også være tjent med at sykdom og skade forhindres eller utsettes (Mæland 2010).

Sykdomsforebyggende arbeid dreier seg om å fjerne eller redusere risikofaktor for sykdom, skade eller død. Helsefremmende arbeid går hovedsaklig ut på å styrke helsen blant folk, og

legger først og fremst vekt på positive ressurser for helse. Forebyggende arbeid på individnivå, kan føre til at personen får større innsikt og blir mer bevisst i sine valg, som gir følelsen av mestring og kontroll (Mæland, 2010).

Forebyggende arbeid er delt inn i tre nivåer: Primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging vil si å styrke helsen og unngå at sykdom oppstår (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011). I forhold til problemstillingen vår vil sykepleieren sette i gang sekundærforebyggende tiltak, siden pasienten allerede er overvektig og har gjennomgått hjertekirurgi på koronararteriene. Sekundærforebyggende arbeid innebærer å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før symptomene på sykdom opptrer, og redusere følger av sykdommen som har blitt diagnostisert. Eksempler på sekundærforebyggende arbeid er veiledning om fysisk aktivitet og kosthold til pasienter med økt sykdomsrisiko eller sykdom knyttet til levevaner. Tertiærforebyggende arbeid innebærer å hindre at konsekvenser av sykdommen blir til enda mer plage for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011).

Endringsfokusert veiledning

Noe som stadig blir en viktigere oppgave i helsevesenet er å veilede pasienter i forandringsprosessen, og bidra til å styrke motivasjonen for forandring av for eksempel livsstil (Eide og Eide, 2009).

«En veileder er en ledsager på veien, en som går sammen med pasienten og som hjelper pasienten til å se sin egen vei og sine egne mål klarere» (Eide og Eide, 2009, s. 332).

Sykepleieren benytter veiledning når pasienten har behov for hjelp til å sette seg nye mål og klargjøre egne verdier for å endre levemåte og livsstil. Sykepleierens veiledning gir pasienten hjelp til selvhjelp. Ved økt selvinnsett blir pasienten i stand til å velge og prioritere.

Kvaliteten på veiledningen viser seg i sykepleierens evne til å forstå hva som er viktig og vanskelig for pasienten, engasjere seg i pasientens situasjon, være ydmyk og stille gode spørsmål. Samtalen er preget av et faglig og personlig samspill og nærhet (Kristoffersen 2008a).

Tre viktige sider ved faglig veiledning som metode er relasjon, prosessen og ferdigheter.

Relasjonen i veiledning kommer først, og er grunnleggende i veiledningsforholdet. Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, er avgjørende på kvaliteten på utbyttet av veiledningen. For at pasienten skal kunne tenke, føle og utrykke seg fritt, gjør en relasjon med

ekthet, mellommenneskelig varme og empati dette virksomt. Veilederen lytter interessert og oppmerksomt, og gir ærlig respons på det pasienten uttrykker (Kristoffersen 2008a).

Prosessen i pedagogisk veiledning består av ulike faser som retter seg mot et mål. Den første fasen handler om å gjøre pasienten bevisst på sin situasjon og sitt problem. Den andre fasen handler om at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å oppdage hans mål. Siste fase handler om at pasienten får hjelp til å utforske måter å nå målet på (Kristoffersen 2008a).

I veiledningen bruker sykepleieren seg selv og sine ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Veiledningsferdighetene kan inndeles i to ulike typer, relasjonsskapende ferdigheter og avklarende/fokuserende ferdigheter. Relasjonsskapende ferdigheter innebærer aktiv lytting, som vil si at sykepleieren er mentalt til stede hos pasienten, og gir ulik type respons på det pasienten sier. Den relasjonsskapende ferdigheten innebærer også hvordan kroppstillingen til sykepleieren er, den bør være åpen, rolig og henvendt. Med avklarende og fokuserende ferdigheter vil sykepleier bidra til klargjøring for pasienten ved å for eksempel gjenta ord og uttrykk som pasienten sier, slik at han kan reagere på, utdype og sette ord på det han er opptatt av (Kristoffersen 2008a).

Motivasjon

For at pasienten skal kunne forandre livsstil, er det grunnleggende at personen er motivert til forandring. Hvis sykepleieren er alliert med pasienten og bekrefter motivasjonen, vil den styrkes. Motivasjon vil si en tilstand der en person er åpen for forandring. Ved å krysse av på en skala fra en til ti, kan man enkelt kartlegge hvor motivert en pasient er til forandring (Eide og Eide 2009). For å vedlikeholde motivasjonen og opprettholde den nye atferden er det viktig at sykepleieren gir støtte og oppmuntring til pasienten (Kristoffersen 2008a).

Den "transteoretiske" modellen

Mange studier viser at pasienter går gjennom ulike faser når de anstrenger seg for å legge om til en bestemt helsefremmende atferd. Uansett hva den konkrete livsforandringen består av, finnes det mange fellestrekk og utfordringer knyttet til de enkelte fasene. Det er svært få pasienter som klarer å legge om livsstilen umiddelbart, så det er viktig at sykepleieren kartlegger hvilken fase pasienten befinner seg i, og iverksetter de tiltak som er forbundet med denne fasen (Kristoffersen 2008a).

Forandringsprosessen kan deles inn etter den "transteoretiske" modellen til Prochaska og DiClemente, som tar for seg fem ulike faser:

- Føroverveielse (ikke rede)
- Overveielse (usikker)
- Forberedelsesfasen (handlingsberedt)
- Handlingsfasen (gjennomfører endring)
- Vedlikeholdsfasen

At en veileder er empatisk, støttende og tar hensyn til hvilken fase i forandringsprosessen pasienten befinner seg, har betydning for resultatet (Eide og Eide 2009).

I den første fasen er målet i endringsfokustert veiledning å øke bevisstheten rundt problemet. Dette gjøres ved at sykepleieren informerer og oppmuntrer ved hjelp av å stille åpne spørsmål, tilby profesjonelle råd og anerkjenne pasientens valg. Å gi nøytral informasjon om hva som er bra for helsen, kan virke moraliserende hvis pasienten lever anderledes. Sykepleieren må passe på å ikke moralisere ovenfor pasienten, fordi dette kan føre til at pasienten blir avvisende (Eide og Eide 2009). I denne fasen kan det være lurt å sette opp en liste med fordeler og ulemper i forhold til livsstilsendringen. Det kan også være hensiktsmessig at pasienten deltar på gruppesamling for å få innspill fra andre pasienter som har kommet lengre i forandringssprosessen (Kristoffersen 2008a).

Målet i den andre fasen er å styrke problembewisstheten og bygge opp selvtillitt og motivasjon for endring. En oppgave i denne fasen blir å utforske pasientens ambivalens i forhold til problemet. Dette gjøres for å forstå endringens vanskelighetsgrad og pasientens mestringsevne. For å åpne pasienten så han kan reflektere over sin egen ambivalens og dermed også egen motivasjon, kan sykepleieren speile pasientens positive og negative følelser i forhold til det som er problemet (Eide og Eide 2009).

I den tredje fasen har pasienten bestemt seg for å legge om livsstilen i løpet av den nærmeste måneden (Kristoffersen 2008a). Målet i denne fasen er å samarbeide om en strategi og utarbeide en plan. Dette skjer først når pasienten har klar problembewissthet, har tillitt til egen mestringsevne og er motivert for forandring (Eide og Eide 2009). Sykepleierens oppmuntrende og støttende rolle kan gi nødvendig motivasjon hos pasienten. I denne fasen kan sykepleieren informere om at tidligere forsøk på å endre livstil som misslyktes, kan sees på som nyttige erfaringer og være nødvendig for å lykkes senere (Kristoffersen 2008a).

Den støttende og oppmuntrende rollen som sykepleier, står også sentralt i den fjerde fasen. I tillegg er det viktig å snakke om eventuelle tilbakefall som kan skje og lage en plan for

hvordan disse eventuelt skal håndteres. Gruppemøter, telefonkontakt og å ha noen og snakke med om hindringer som oppstår underveis, kan være avgjørende for at pasienten unngår tilbakefall (Kristoffersen 2008a).

I den siste fasen skal pasienten holde fast ved sin nye livsstil. Mange pasienter finner det tilfredsstillende å påta seg lederansvar for en gruppe som er i en «lavere fase» i forandringsprosessen. Å involvere seg i organisasjonsarbeid og i folkeopplysning, kan være meningsfylt for andre. Mange pasienter fortsetter også i gruppemøter og har jevnlig kontakt med sykepleiere (Kristoffersen 2008a).

Helseoppfatningsmodellen

Helseoppfatningsmodellen blir brukt for å kartlegge hvilke konkrete faktorer som virker inn på om en person velger en helsefremmende atferd eller ikke. Modellen går i korthet ut på at sansynligheten for at personen velger en helsefremmende atferd avhenger av den personlige opplevde trusselen han står ovenfor og den forventende gevinsten han oppfatter at den nye atferden vil kunne gi ham. Det er altså de subjektive opplevelsene av situasjonen som bestemmer atferden, ikke de objektive faktaene i situasjonen (Kristoffersen 2008a).

Sentrale komponenter i helseoppfatningsmodellen:

- Opplevelse å være utsatt
- Opplevelse av alvorlighet
- Opplevelse av barrierer
- Opplevelse av fordeler
- Signaler om behovet for handling
- Opplevelse av å være kompetent (Kristoffersen 2008a).

Den første komponenten innebærer at pasienten må oppleve at han er utsatt for å utvikle sykdom eller komplikasjoner. Demografiske, sosiale og psykologiske variabler, og kunnskap om tidligere erfaringer om sykdommen, er knyttet til opplevelsen. Signaler utenfra påvirker også opplevelsen av å være utsatt og kan fungere som en trigger. For at pasienten skal endre livsstil, vil det oftest være nødvendig at det foreligger en konkret trigger (Kristoffersen 2008a).

Opplevelse av alvorlighet vil være knyttet til de følelsesmessige sider, problemener eller vansker som skyldes lidelsen. Å utføre handlingen kan innebære noen barrierer for pasienten, i form av økonomiske kostnader, ubehag, anstrengelse eller sjenanse (Kristoffersen 2008a).

Fordelene veies opp mot ulempene når pasienten har besluttet å endre livsstil. Hvis pasienten er inneforstått med at det å endre livsstil har positive gevinster for egen helse, og oppfatter sin livsførsel som truende, vil han mest sannsynlig velge å endre livsstil. Hvis han derimot oppfatter at endringen har liten innvirkning på helsen, og trusselen er svak, vil han sannsynligvis ikke komme til å endre livsstil.

Det at pasienten føler seg kompetent og i stand til å gjennomføre livsstilsendringen, vil ofte være avgjørende for at endringen blir varig. Pasienten vil sannsynligvis ikke prøve å endre livsstil hvis han ikke har tro på at han kommer til å klare det (Kristoffersen 2008a).

Integreringsprosessen

Det viktigste for at en vane skal kunne vare, er at den integreres i personens øvrige livsstil. Integrering av vaner i vår pasientsituasjon vil være kunnskap og gode råd fra sykepleier som transformeres til meningsfulle- og brukbare vaner i pasientens eget dagligliv. Det ønskelige resultatet er da at de nye vanene gir en balanse og likevekt i pasientens liv, der livsstilen er endret slik at kravene innfris. Når sykepleieren skal hjelpe pasienten med å forandre livsstil, kan integreringsprosessen være et nyttig utgangspunkt (Kristoffersen 2008a).

De første fasene (A-C) omhandler at pasienten erkjenner egen sårbarhet, innhenter kunnskap og er håpefull. Det er viktig at pasienten først finner ut hvordan han ønsker å forholde seg, utforsker følelsene sine og at han føler seg utsatt for de helsemessige konsekvensene som blir opplyst om. Når pasienten har innhentet kunnskap rundt situasjonen han er i, kan dette føre til at han blir håpefull og motivert for innsats (Kristoffersen 2008a).

Fase D er krevende prosess og handler om at pasienten er aktivt opptatt av helsefremmende aktiviteter. Det er viktig at pasienten lager en struktur slik at endringene passer til livsmønsteret. Samtidig er det viktig at pasienten er fornøyd og tilfreds med forandringene som er gjennomført, for at endringene skal kunne vare. Pasienten kan etter hvert oppleve at han vil være mer fleksibel, samtidig som han blir utsatt for påvirkning og fristelser i hverdagen. Det er viktig å bli kjent med egne svakheter, grenser, vanskelige situasjoner og personlige strategier i denne prosessen. Uten selvdisciplin kan det være lett å mislykkes, selv om pasienten har gode intensjoner og strategier. For at pasienten skal vedlikeholde livsstilen, kan det være viktig at pasienten får anledning til å bli med i en selvhjelpsgruppe eller en veiledningsgruppe med en fagperson som leder (Kristoffersen 2008a).

I fasene E-F stabiliseres og integreres atferden knyttet til de nye levevanene, og pasienten opplever helse på tross av sykdom. Atferden er her innarbeidet, og pasienten kan tillate seg å være mer fleksibel og gjøre unntak. Her har pasienten kontroll, noe som fører til økt selvtillit og positive følelser. Den helsefremmende atferden tar her lite tid, og pasienten kan ha fokus på andre ting i livet som er viktig for han (Kristoffersen 2008a).

Sykepleieteoretiske perspektiver

Sykepleierteorier som tar utgangspunkt i interaksjon er relevant for vårt valgte tema. Dette er teori som vektlegger samhandlingen mellom sykepleier og pasienten som grunnlag for sykepleie (Kristoffersen 2008b). Vi anser samhandling som viktig når sykepleieren gjennom veiledning skal hjelpe pasienten til å endre livsstil. Det som står sentralt i interaksjon er at mennesket selv tilfører situasjoner og hendelser mening (Kristoffer 2008b). For sykepleieren blir det en viktig oppgave å avklare hvordan pasienten opplever situasjonen, og gjennom kommunikasjon kan pasienten dele sine opplevelser og meninger. Kommunikasjon er derfor et viktig begrep i interaksjonsteoriene. Begrepene selvbilde og rolle er også viktige.

Menneskets tanker og følelser om seg selv, danner selvbildet. Gjennom kommunikasjon med andre formidles forventinger til roller og responsen på rolleatferden fra andre mennesker vil sammen med selvevalueringen til personen, påvirke selvbildet positivt eller negativt.

Sykepleieteoretikere som har denne tenkningen er blant annet Jean Watson og Joyce Travelbee (Kristoffersen 2008b).

Jean Watson mener at sykepleierens mål og hensikt er å fremme en høy grad av helse og indre harmoni. Pasienten blir bedre rustet til å mestre situasjoner med konflikt, tap og endring, gjennom økt selvforståelse og selvinnsett. Situasjonen til pasienten er at han opplever stress på grunn av endring, tap eller konflikt. Pasienten trenger derfor sammen med kunnskap, hjelp til å se situasjonen klart, vurdere ulike handlingsalternativer og til å velge. Pasienten har selv en ansvarlig og aktiv rolle (Kristoffersen 2008b).

Joyce Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Pasientens situasjon er at han opplever et problem eller en krise. Ved samhandling med pasienten bruker sykepleieren seg selv terapeutisk. Sentralt her er kommunikasjon og en målrettet, intellektuell tilnærming. Hensikten og målet til sykepleieren kan bare oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske forhold, som ikke baserer seg på roller, men likeverdige personer. Dette forholdet

utvikler seg gjennom forskjellige stadier: Innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og endelig gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2008b).

Problemstilling

Hvordan oppnå livsstilsendring blant overvektige voksne som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene?

Avgrensning av oppgaven

Vi ønsker å avgrense oppgaven til å omhandle voksne pasienter i alderen 18 til 70 år, der bakgrunnen for pasientens hjerte- og karproblemer er iskemi som følger av overvekt eller fedme. Vi ser for oss at vi treffer pasienten postoperativt i sykehus, etter gjennomgått hjertekirurgi på koronararteriene. Vi forutsetter at det postoperative forløpet er ukomplisert og fokus for denne oppgaven vil være sykepleiers helsefremmende-, forebyggende- og veiledende funksjon. I reelle pasient-casus vil arbeid rettet mot pårørende også være hensiktsmessig for at pasienten skal klare å oppnå livsstilsendring (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010), vi anser imidlertid dette som for omfattende og vil derfor ikke inkludere pårørende i vår oppgave.

Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede overvektige pasienter til livsstilsendring etter gjennomgått kirurgi på koronararteriene, samt rette fokus mot sykepleiere og deres påvirkning på veiledningens resultat.

Metode

Hva er litteraturstudie

En litteraturstudie er gjennomgang og analyse av eksisterende litteratur innen et gitt tema for å svare på en problemstilling (Polit og Beck 2014).

Det finnes to hovedgrupper av forskningsmetoder, kvantitative- og kvalitative (Pilot og Beck, 2014). Kvantitative forskningsmetoder innebærer som oftest spørreskjemaer, tall og statistikk innhentet og analysert fra et stort antall deltakere, mens kvalitative studier innebærer å gå mer i dybden i temaet med for eksempel intervjuer av et mindre antall mennesker (Polit og Beck, 2014). Vi fant, og har valgt å bruke 6 kvantitative- og 1 kvalitativ studie i denne oppgaven og i besvarelsen av problemstillingen vår.

Fordeler og ulemper ved litteraturstudie

Det finnes både fordeler og ulemper ved å bruke litteraturstudie som metode. En fordel er at man kan innhente store mengder informasjon på kortere tid enn hvis man gjør forskningen selv. Vi bruker allerede eksisterende litteratur og refererer fortløpende til kildene, både i teksten og i litteraturlisten. Det er da enkelt å kunne gå tilbake og finne kilden.

En ulempe ved å bruke litteraturstudie som metode er at det i noen tilfeller er gjort lite forskning på det aktuelle området. Det kan derfor være vanskelig å gi et godt svar på en valgt problemstilling. Eksisterende forskning på det bestemte tema kan også være gammel og utdatert og derfor være av liten verdi. Andre ulemper ved litteraturstudie som metode kan være valget om å kun søke etter norske artikler. En artikkel på morsmålet vil for de fleste være lettere å lese, men utelukkede søk etter disse vil kunne gjøre at man går glipp av mange relevante forskningsartikler. Samme problematikk oppstår ved å kun søke på fulltekst artikler. De fleste artikler finnes kun som referanseartikler som man manuelt må lete opp i tidsskriftet. Samtidig er antallet fulltekst artikler begrenset. I en litteraturstudie kan man i eliminasjonen av litteratur velge fakta, fag og forskningsartikler som underbygger ens hypotese eller mening. Den subjektive meningen kan da føre til at man overser viktig litteratur.

Søkeprosessen

Søkeord

I denne litteraturstudien begynte vi tidlig med å formulere en problemstilling. Vi fant søkeord ved å dele inn problemstillingen i et Pico-skjema.

- P i dette skjemaet står for population, patient eller problem. Vi diskuterte hvilke mennesker temaet vårt handler om og hva problemet er. Søkeordene vi valgte var obesity, overweight, fedme og overvekt.
- I står for intervention eller exposure. Vi så etter hva pasientgruppen blir utsatt for eller hva vi som sykepleiere kan gjøre for å hjelpe. Vi valgte søkeordene patient education, treatment og motivation.
- C står for comparison, her sammenligner man intervensjonene, men i vår oppgave er ikke dette punktet aktuelt.
- O står for Outcome, vi så på hvilke utfall som var av interesse. Søkeordene vi brukte var Lifestyle change, behaviour change og lifestyle events. Se vedlegg 1.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne artikler som er relevante for vår problemstilling, spesifiserte vi søket ved å lage inklusjon- og eksklusjonskriterier. På denne måten fant vi resultater som var av vår interesse og ekskluderte en rekke urelevante artikler. En tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier finnes under.

Inklusjonskriterier	Ekklusjonskriterier
Voksne mennesker (18 – 70 år)	Barn (0 – 17 år), eldre (70 + år)
Overvekt og sykelig overvekt (BMI 25 og oppover)	Pårørende
Artikler publisert fra januar 2005 – april 2013	Bacheloroppgaver eller hovedoppgaver
Helsepersonell som veileder	Andre etater utenfor helsesektoren som veileder til livsstilsendring (for eksempel skole)
Artiklenes oppbygning skal følge IMRAD – struktur og har en utfyllende referanseliste	Studier med store metodiske svakheter
Artikler fra den vestlige verden	Medisinsk behandling med legemidler og fedmeoperasjon

Databaser og antall treff

Vi søkte i flere forskjellige databaser, ISI web of science, Helsebiblioteket, Academic Search Elite, Ovid Nursing database, SveMed+ og Cinahl. I vedlegg 2 vises søkeordene, kombinasjoner, databaser og antall treff.

Vi har lest i underkant av 100 abstract, av disse valgte vi 29 artikler som vi så nøyer på, 13 artikler ble skrevet ut og etter nærmere analyse stod vi igjen med 5. Vi har også søkt manuelt ved å se på referanser i publiserte artikler og tidskrift, og fant 2 artikler på denne måten. Tilsammen benytter vi 7 artikler i denne oppgaven.

Forskningsetiske overveielser

En viktig regel i all forskning er at resultatet skal kunne etterprøves og dermed også gi sammenlignbare resultater. For at dette skal være mulig, er det viktig at forskningen bygger på pålitelig kunnskap (Aadland 2004).

Når vi bruker allerede eksisterende litteratur i vår oppgave, er vi nøye med å oppgi riktige referanser. Ved å gjøre dette kan vi enkelt unngå anklager om plagiat og, eller juks (Erikson, 2010).

Ved å bruke en forskningsetisk sjekkliste, har vi undersøkt om våre 7 valgte artikler imøtekommer kravene om for eksempel anonymisering av persondata, samtykkeklarerer før undersøkelse og at forsøkene ikke har medført skade på mennesker eller dyr (Forskningsetiske komiteer 2013).

I alle de vitenskapelige artiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave kan man finne en metodedel som forteller hvordan man har kommet frem til resultatene. Et objektivt syn, ærlighet og nøyaktighet står sentralt i forskning og slike verdier bidrar til at resultatene som fremkommer av metodelen er objektive og korrekte, og ikke bærer preg av subjektive meninger (Aadland 2004).

Begrunnelse for valg av artikler

Vi har lest gjennom mange artikler for å komme frem til hvilke vi ville benytte i vår oppgave. Det har vært viktig for oss å vite at artiklene er vitenskapelige. Ved å undersøke artiklenes oppbygning har vi kunnet utelukke mange. Vi har sett etter artikler med tydelig IMRAD-struktur, gode metodedeler og utfyllende litteraturlister. En artikkel med IMRAD-struktur har følgende oppbygning:

- Introduksjon: Hensikten med studien?
- Metode: Hvordan er studien gjennomført og resultatene analysert?
- Resultat: Funnene i studien
- Diskusjon: Hva betyr funnene/resultatene? (Nortvedt m.fl. 2007)

For å finne ut om vi kan bruke artiklene i vår oppgave brukte vi spørsmålene fra kunnskapssenteret. «Kan vi stole på resultatene, hva forteller resultatene og kan resultatene være til hjelp i praksis?» (Kunnskapssenteret 2008, under overskriften «Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)»).

Sammen med kriteriene som nevnt over, var vi opptatt av at artiklene sa noen ord om etikken bak undersøkelsene eller intervjuene som var gjort. Her så vi etter anonymisering av deltakere, samtykke fra deltakere og, eller godkjenning fra etiske komiteer.

Vi veide artiklene opp mot relevansen for vår oppgave ved å se på muligheten den ga oss til å svare på vår valgte problemstilling. Vi har valgt ut 7 artikler og føler at disse kan gi oss gode muligheter for å drøfte vår problemstilling senere i oppgaven.

Kildekritikk av valgte artikler

Flere av artiklene omhandler primærhelsetjensten, men likhetene i måtene å veilede, informere og motivere på, kan overerføres til sekundærhelsetjensten.

6 av 7 artikler har kildekritikk til egen studie. Her understrekes det at det finnes både sterke og svake sider med artiklene.

6 av 7 artikler inneholder etiske overveielser og det er viktig for oss å vite at personlige opplysninger blir ivaretatt, deltakerne blir anonymisert og, eller at artiklene har vært oppe til vurdering hos etiske råd.

Vi har kun valgt 1 kvalitativ studie, men kunne med fordel ha valgt flere. I den kvalitative studien skildres pasientens egne oppfatninger og opplevelser. Allikevel føler vi at vi har fått et godt innblikk i pasientenes oppfatninger ved hjelp av spørreundersøkelser og tester i de kvantitative artiklene.

Vi har 7 artikler, 2 på norsk og 5 på engelsk. Den faglige terminologien som brukes i de engelskspråklige artiklene oppleves som uvant og vanskelig for oss. Vi har brukt mye tid på å oversette artiklene, men vår språkforståelse kan ha medført feiltolkninger.

Resultat

Presentasjon av artikler

Tittel	Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study.
Forfattere	Femke Driehuis, Jeroen C.M. Barte, Nancy C.W. ter Bogt, Frank W. Beltman, Andries J. Smit, Klaas van der Meer, Wanda J.E. Bemelmans.
Tidsskrift	Patient Education and Counseling. Volume 88, Issue 2, August 2012, s. 249–255.
Hensikten med studien	Hensikten med studien var å evaluere effekten av sykepleierens rådgiving innen fysisk aktivitet og kosthold, sammenlignet med vanlig prosedyre hos allmennlege.
Metode	Studien er kvantitativ og baserer seg på to spørreundersøkelser. En om fysisk aktivitet, og en om ernæring. Studien inkluderer 330 pasienter med BMI mellom 25 og 40. Deltakerne ble delt inn i to grupper. Gruppe 1 ble fulgt opp av sykepleier og gruppe 2 ble fulgt opp med vanlig prosedyre hos fastlegen.
Resultat	Endringer i fysisk aktivitet og kosthold etter tre år viser ingen betydningsfull forskjell mellom de to gruppene i studien. Lavintensitets trening ble redusert innenfor begge gruppene, men moderat og høyintensitets trening økte. Innenfor begge studiegruppene minsket det totale daglige energiinntak av mettet fett og kolesterol, karbohydrater, frukt og grønnsaksinntaket økte.
Kildekritikk/relevans	Tidsskriftet som har publisert artikkelen oppnår vitenskapelig nivå 2 og er fagfelleurdert. En svakhet med studien kan være at datainnsamlingen baserer seg på spørreskjemaer som pasienten selv fylte ut. Dette betyr at svarene kan innebære overvurdering av den fysiske aktivitetens varighet og hyppighet, og underdrivelse av energiinntaket. Sterke sider ved denne studien er at det er inkludert relativt mange mennesker og utgangspunktet til pasientene var nokså likt ved studiets begynnelse.

	I studien står oppfølging og veiledning fra sykepleier sentralt og dette ser vi på som meget relevant.
Etikk	Studien ble godkjent av Medical Ethics Review Committee of the University Medical Center Groningen og alle deltakere leverte skriftlig samtykke før studiens start. Forfatterne bekrefter at all personlige identifikasjon har blitt fjernet.

Tittel	Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt.
Forfattere	Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoen.
Tidsskrift	Sykepleien forskning. Årgang 7, nr. 1, 2012, s. 14-22.
Hensikten med studien	Å få fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen, og hvilken betydning et lærings- og mestringssenter (LMS) kan ha i denne sammenheng.
Metode	Studien er kvalitativ og data ble samlet inn ved hjelp av individuelle intervjuer. Det ble sendt ut 44 invitasjoner til personer som tidligere hadde deltatt på opplæringsprogram ved LMS, og 11 personer ble med på studien. Alle som ble kontaktet, var henvist til sykehuset for utredning av sykkelig overvekt. Intervjuene tok utgangspunkt i to hovedtemaer: Livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging, og erfaringer med LMS-kurset.
Resultat	Fem hovedtemaer ble funnet i forhold til hva som hadde betydning for motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring: (1) Stor kropp og belastninger: Økt motivasjon for livsstilsendring kom først når de fysiske og psykiske helseplagene ble alvorlige, og ikke av å ha stor kropp i seg selv. (2) Erfaringer med fastlege og helsepersonell: For å bli motivert for livsstilsendring, var helsepersonells væremåte avgjørende for å bli motivert. (3) Mellom kunnskap og handling: De fleste hadde mye kunnskap om ernæring, men det var en utfordring å legge om kostvanene sine. I forhold til handlingsmønstre til spising, hadde kurset bidratt til å

	<p>gjøre dem oppmerksomme på dette. Med bevisstgjøringen økte motivasjonen.</p> <p>(4) Sosial støtte: Ved at deltakerne møtte andre i samme situasjon på kurset, ga dette støtte. Etter kurset deltok omtrent halvparten i selvhjelpsgrupper, som ble en viktig arena for sosial støtte.</p> <p>(5) Operasjon – eneste håp til endring: Av nesten alle ble operasjon omtalt som eneste utvei, og gir størst håp om endring.</p>
Kildekritikk/relevans	<p>Tidsskriftet oppnår vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert. Svake sider ved studien er at den kun inkluderer 11 deltakere. De representerer kun et lite antall informanter av alle kursdeltakerene og deres meninger og erfaringer må derfor tolkes med forsiktighet. Studien er kvalitativ og gir dermed et beskrivende bilde av pasientens opplevelse av situasjonene.</p> <p>Studien er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg hva som har innvirkning på deltakernes motivasjon og demotivasjon for livsstilsendring.</p>
Etikk	<p>Deltakelsen i studien var frivillig, og de kunne trekke seg når de ville, uten at det gikk ut over helsetilbudet deres. Deltakerne var anonymt presentert i studien. Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet for forskning og Regionaletisk forskningskomite i Helse Sørøst.</p>

Tittel	Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening.
Forfattere	Viggo Johansen og Rune Andreassen.
Tidsskrift	Tidsskrift for kognitiv terapi. Årgang 11, nr. 4, desember 2010, s. 7-13.
Hensikten med studien	Evaluerer Beckprogrammet, som er et seks ukers program som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening for å oppnå livsstilsendring og vektreduksjon.
Metode	Spørreskjema ble besvart av 60 personer, 20 personer fra Oslo, 20 fra Tønsberg og 20 personer i en kontrollgruppe. Av 140 søknader ble 40 valgt ut etter følgende kriterier: Geografisk beliggenhet,

	<p>alder, ønsket vektreduksjon og utdanning. Alle deltakerne svarte på et spørreskjema før kurset startet, midtveis, ved slutten av kurset og 6 måneder etter avsluttet kurs. Behandlingsgruppen møttes en gang i uken i seks uker, tilsammen 7 ganger (14 timer).</p>
Resultat	<p>Ved kursets slutt var det en signifikant forskjell i vektendringen mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen, og etter 6 måneder var forskjellen større. Behandlingsgruppen hadde i snitt gått ned litt over 5 kg, til forskjell fra kontrollgruppen som hadde ingen eller liten vektnedgang. Undersøkelsen viser også en signifikant endring i følelsen av lykke, selvfornydhet, positiv innstilling til seg selv, generell selvmestring og negative tanker var avtagende hos behandlingsgruppen.</p>
Kildekritikk/relevans	<p>Tidsskriftet er ikke registrert i DBHs publiseringskanaler og er ikke fagfelleurdert. Artikkelen følger imidlertid tydelig IMRAD struktur, har en utfyllende referanseliste og er etter direkte telefonkontakt med en av forfatterne, Rune Andreassen, bekreftet fagfelleurdert av en dansk forening for leger og psykologer. Vi anser derfor artikkelen som god nok for vår oppgave.</p> <p>En sterk side ved studien er at den tar for seg et bredt spekter av individer som måtte oppfylle en rekke kriterier for å kunne delta. Dette gir en balansert deltakergruppe.</p> <p>En svak side ved studien er at den ikke inneholder etiske overveielser, allikevel har vi gjennom analyse av artikkelen forsikret oss om at ingen personlige data er blitt publisert og vi har valgt å inkludere den i vår oppgave på grunn av dens relevans.</p> <p>Studien tar for seg effekten av Beckprogrammet, som inneholder kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening. Vi mener at dette er relevant fordi sykepleieren kan overføre elementer fra dette programmet til vår arena.</p>

Tittel	Enhancing regular physical activity and relapse prevention through a 1-day therapeutic patient education workshop.
Forfattere	Francesca Amati, Vincent Barthassat, Guy Miganne, Isabelle

	Hausman, Dominique G. Monnin, Michael C. Costanza, Alain Golay.
Tidsskrift	Patient Education and Counseling. Volume 68, Issue 1, September 2007, s 70–78.
Hensikten med studien	Studien evaluerer effekten av et 1-dags motiverende seminar som ble gitt pasienter i den hensikt å motivere til regelmessig fysisk aktivitet.
Metode	Seminarets effekt ble målt ved hjelp av et standardisert spørreskjema (Physical Activity Frequency Questionnaire) som blant annet tar for seg totalt energiforbruk per dag, dagligdagse aktiviteter som indirekte fører energiforbruk, trening som utføres i den hensikt å forbrenne energi, vekt og BMI. 25 pasienter deltok i studien og fullførte spørreundersøkelsen ved seminarets start, og etter ett år. Seminaret som ble avholdt var basert på velkjente teoretiske modeller for terapeutisk utdanning og atferdsendring. Veiledningen ble gitt av en tverrfaglig gruppe og utført både i grupper og individuelt.
Resultat	Resultatene viser en reduksjon i BMI og økning i høyintensitetstrening hos deltagerene som deltok på seminaret. Deltakerenes totale energiforbruk viste seg imidlertid å være det samme før og etter seminaret. Videre viser resultatene at forskerene klassifiserte 69 % av deltakerene som «stillesittende» før seminaret, til forskjell fra 28 % etter ett år. Studiens resultater sier også noe om hvilke faser i forandringsprosessen deltakerene befant seg i før seminaret.
Kildekritikk/relevans	Tidsskriftet som artikkelen er publisert i oppnår vitenskapelig nivå 2 og er fagfelleurdert. Studien er en pilotstudie som innebærer at det er færre deltakende enn i en fullskala studie. Som følger av artikkelens tydelige IMRAD struktur, utfyllende metodedel og referanseliste finner vi den likevel god nok for vår oppgave. Studien tar for seg veiledning av pasienter i form av et seminar som strekker seg over en tidsperiode på 1 dag. Vi fant dette relevant for

	vår oppgave med tanke på hvilken arena vi har tatt for oss. De ulike veiledningsmetodene er i tillegg godt beskrevet og har relevans for denne oppgaven.
Etikk	Alle pasienter har gitt samtykke til å delta på seminaret før de fullførte spørreskjemaet om fysisk aktivitet.

Tittel	Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes.
Forfattere	Ian Brown, Chris Stride, Aikaterini Psarou, Louise Brewins & Joanne Thompson.
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing. Volume 59, Issue 4, s. 329–341, August 2007.
Hensikten med studien	Å undersøke sykepleieres kunnskap og holdninger i forhold til overvektige pasienter.
Metode	Strukturerte spørreskjemaer ble sendt ut til 564 sykepleiere og helsesøstre i primærhelsetjenesten i England. Svarprosenten var 72,3 %. Spørreskjemaet omhandlet både kunnskap og holdninger i forhold til overvekt og fedmepasienter.
Resultat	Svært få sykepleiere svarte at de trodde organisatorisk støtte var på plass til overvektige pasienter. Sykepleierne rapporterte at arbeid med overvektige tok nesten 5 % av deres arbeidstid og at dette bestod av en - til - en konsultasjoner med støtte og henvisning. Mens negativ stereotyping var sjeldent, var det likevel en rekke potensielt negative oppfatninger og holdninger knyttet til fedme og overvektige pasienter.
Kildekritikk/relevans	Tidsskriftet som har publisert artikkelen oppnår vitenskapelig nivå 2 og er fagfelleurdert. Sterke sider ved studien er at det er mange deltakere, noe som gjør at resultatene viser bredden i det som blir undersøkt. Spørreundersøkeslen inkluderer et svaralternativ som sier «hverken enig eller uenig». Vi ser på dette som en svak side ved studien fordi ved å inkludere et slikt svaralternativ får deltakerene muligheten til å ikke ta stilling til spørsmålene som blir stilt. Studien presenterer

	sykepleieres egne oppfatninger, holdninger og kunnskap om både sykdomsårsaker og veiledning til overvektige, og av denne grunn er studien relevant for vår oppgave.
Etikk	Studien ble godkjent av en NHS Lokale forskningsetiske komite og da de returnerte spørreskjemaene ble mottatt, ble dette sett på som et samtykke til å delta.

Tittel	The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses.
Forfattere	Piia Jallinoja, Pil Vikki Absetz, Risto Kuronen, Aulikki Nissinen, Martti Talja, Antti Uutela & Kristiina Patja.
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2007; 25: 244-249.
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å utforske legers og sykepleieres syn på pasienter med livsstilsrelaterte sykdommer, og deres profesjonelle rolle i møte denne pasientgruppen.
Metode	En spørreundersøkelse med fokus på voksne overvektige med dyslipidemi, høyt blodtrykk, type 2 diabetes eller røyking ble sendt ut til 220 leger og sykepleiere i primærhelsetjensten.
Resultat	Et flertall var enige om at en stor hindring for behandling av livsstilsrelaterte tilstander er pasientenes uvillighet til å endre sine vaner. Pasientenes mangelfulle kunnskaper ble sjeldnere ansett som en like stor barriere. 95 % av sykepleierne mente at pasientene selv måtte ta ansvar for egne livsstilsrelaterte sykdommer. Selv om et flertall av både leger og sykepleiere var enige i at det å gi informasjon, motivere og støtte pasienter til livsstilsendring er en del av deres arbeidsoppgaver, var det bare litt mer enn halvparten som svarte at de hadde tilstrekkelige ferdigheter i livsstilsrådgivning. 2/3 av de spurte sykepleierne mente at de selv hadde bidratt til å hjelpe pasienter til å endre livsstil.
Kildekritikk/relevans	Tidsskriftet som har publisert artikkelen oppnår vitenskapelig nivå 1 og er fagfelleurdert. Sterke sider ved studien er at den inkluderer et stort antall deltakere og svarprosenten fra sykepleierne var størst.

	<p>For å belyse hvordan studiens intervensjoner virker på pasientene, mener forfatterene at man bør undersøke dette ved å bruke kvalitative forskningsmetoder rettet mot pasientene.</p> <p>Studien belyser sykepleieres meninger og holdninger i møte med overvektige pasienter, samt følelser og kunnskap rundt egen rolle som livsstilsveileder. Dette er relevant for vår oppgave.</p>
Etikk	<p>Spørreskjemaet ble godkjent av det Finske nasjonale helseinstituttets etiske komite.</p>

Tittel	Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention.
Forfattere	Paul Dendale, Jan Berger, Dominique Hansen, Johan Vaes, Edouard Benit and Maria Weymans.
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing. June 2005 vol. 4 s. 113-116.
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å undersøke hvilken påvirkning hjerte-rehabilitering har på pasienter som har gjennomgått PCI etter MACE (major adverse cardiac events, en samlebetegnelse som inkluderer angina, infarkt, re-stenose, re-PCI med mer).
Metode	<p>140 post-PCI pasienter deltok i et 3 måneders rehabiliteringsprogram med oppstart 2 uker etter gjennomgått PCI, samtidig dannet 83 post-PCI pasienter en kontrollgruppe som ikke deltok i et strukturert rehabiliteringsprogram.</p> <p>Dataene som ble sammenlignet var bruk av medikamenter som kan relateres til hjerte- og karsykdom, tilbakefall av hjerte- og karsykdom, og eventuelt død. Data ble innhentet fra pasientenes journaler, kontakt med deres allmennlege, pasienten selv og, eller deres familie.</p>
Resultat	<p>Forekomsten av «total MACE» i rehabiliteringsgruppen var lavere enn i kontrollgruppen. Forfatteren konkluderer med at effekten av hjerte-rehabiliteringsprogrammet er god.</p> <p>Andre resultater av interesse var at pasientene uten oppfølgingsprogram hadde jevnt over høyere kolesterol, det ble</p>

	foreskrevet mer medikamenter til disse og flere av disse pasientene hadde tilbakefall av hjerte- karsykdom.
Kildekritikk/relevans	<p>Tidsskriftet som har publisert artikkelen oppnår vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert.</p> <p>En begrensning ved studien er at deltakerene ikke ble tilfeldig utvalgt. Forskerene velger pasienter til rehabiliteringsgruppen fra et sykehus, og pasienter til kontrollgruppen fra et annet. Forskjeller i prosedyrer og rutiner mellom ulike sykehus kan medføre forskjellige utfall. Forskerene kunne med fordel ha valgt tilfeldige pasienter fra for eksempel hele landet.</p> <p>Artikkelen tar for seg pasienter som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene og hvilken effekt et rehabiliteringsprogram har i forhold til disse pasientene. Med tanke på at vi har valgt å relatere overvekt og fedme til hjerte- og karsykdom, er denne artikkelen relevant for vår oppgave.</p>
Etikk	Studien er i samsvar med prinsippene som er skissert i deklarasjonen av Helsinki - etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker.

Resultater

I dette kapittelet vil vi presentere resultater fra de 7 artiklene vi vil benytte oss av i denne oppgaven. Ved å sammenligne ulikheter og likheter i artiklenes resultater, har vi funnet resultatene vi mener er relevant for vår oppgave og problemstilling. Dette vil i det følgende avsnittet presenteres under overskriftene: Helsepersonells holdninger, kunnskap og væremåte, og ulike fremgangsmåter for å oppnå livsstilsendring. Vi har valgt å bruke begrepene overvekt og fedme som synonymer for å få variasjon i teksten.

Helsepersonells holdninger, kunnskap og væremåte

I 3 av 7 artikler belyses helsepersonells holdninger, kunnskap og væremåte i møte med overvektige pasienter som skal endre livsstil, samt deres rolle i pasientens endringprosess (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Brown m.fl. 2007, Jallinoja m.fl. 2007).

Når man undersøkte sykepleierenes meninger om overvektige, svarte et flertall (46, 3 % enige og 12,2 % svært enige) at de fleste helseproblemer for en overvektig person skyldes

overvekten (Brown m.fl. 2007). Et flertall mente også at pasientens motvillighet til forandring ofte var et stort problem (Jallinoja m.fl. 2007).

I en annen undersøkelse mente 95 % av sykepleierene at pasientene selv måtte ta ansvar for egne livsstilsrelaterte sykdommer (Jallinoja m.fl. 2007). I studien til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012) ble det gjort intervjuer der pasienter fortalte om egne erfaringer i møtet med helsevesenet. En av pasientene kunne fortelle at hun satt igjen med flere negative erfaringer etter møte med helsepersonell. Pasienten ga uttrykk for at helsepersonellet hadde møtt henne med fordømmende holdninger, «uansett hvilke plager du kommer med, så skyldes det overvekten».

Når helsepersonell ble spurt om kunnskap angående årsaker til overvekt svarte 31 % at de var enige, og 64 % at de var svært enig i utsagnet «fedme er risikofaktor for å utvikle hjerte- og karsykdom» (Brown m.fl. 2007). I samme undersøkelse kom det frem at 8,2 % var enig, men ingen var svært enige i utsagnet «overvektige er motivert til å endre livsstil» (Brown m.fl. 2007). I en annen undersøkelse av helsepersonell, mente et klart flertall av sykepleierene at det å motivere, støtte og gi informasjon var viktig i det daglige arbeidet med pasienter som hadde et behov for å endre livsstil, men under halvparten av de spurte sykepleierene følte at de ikke hadde nok kunnskap om livsstilsveiledning (Jallinoja m.fl. 2007). I samme undersøkelse kom det frem at $\frac{2}{3}$ av de spurte sykepleierene mente at de selv hadde bidratt til å hjelpe pasienter til å endre livsstil. Mange sykepleiere følte at de befant seg i et dilemma, de ville gjerne hjelpe, men de overvektige pasientene var ikke motivert til å endre livsstil (Jallinoja m.fl. 2007).

For at pasienten skal bli motivert til livsstilsendring kommer det frem i en av studiene at væremåten og forståelsen til helsepersonell er avgjørende (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012). Deltakerene i artikkelen fortalte at det var lett å komme med motstand og negative reaksjoner når helsepersonell var lite støttende og belærende. Videre kom det frem at pasientene hadde følt seg lite verdsatt og forstått når legen «kom med pekefingeren» og fortalte hvor fete de var (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012). Da helsepersonell ble spurt om hva de mente om utsagnet «jeg har empati ovenfor overvektige», svarte 5,3 % at de var svært enig, men 48,5 % svarte at de var enige (Brown m.fl. 2007).

Ulike fremgangsmåter for å oppnå livsstilsendring

I de forskjellige studiene er det sykepleier, annet helsepersonell eller et sammensatt team fra flere fagområder som veileder pasientene. Beckprogrammet, 1 dags motiverende seminar,

rehabiliteringsopphold og oppsøkende virksomhet fra primærhelsetjenesten er eksempler på ulike fremgangsmåter som er presentert i artiklene, og felles for dem alle er at de tar sikte på å oppnå livsstilsendring hos pasienten (Driehuis m.fl. 2012, Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Johansen og Andreassen 2010, Amati m.fl. 2007, Dendale m.fl. 2005).

Studien til Johansen og Andreassen (2010), bygger på «The Beck Diet Solution» (Beckprogrammet). Dette er et selvhjelpsprogram for å gå ned i vekt som baserer seg på metoder fra kognitiv atferdsterapi og daglige oppgaver. I en annen studie drev helsepersonell oppsøkende virksomhet hos pasienter og avholdt individuelle møter, gruppemøter og telefonkonsultasjoner (Driehuis m.fl. 2012, Amati m.fl. 2007). Ett 3 måneders rehabiliteringsprogram er også et eksempel på en metode der veiledning står sentralt (Dendale m.fl. 2005). Mens flere av studiene viser til metoder der veiledning for å endre livsstil skjer over lengre perioder, kan man se av resultatet i artikkelen til Amati m.fl. (2007) at også veiledning via ett 1-dags seminar har god effekt for vektnedgang og for å øke den fysiske aktiviteten.

Tiltak

I artiklene blir det presentert ulike tiltak for å oppnå livsstilsendring, eksempler på dette er å skrive ned alle fordeler med å gå ned i vekt, utforming av kostplaner og treningsplaner, identifisering og omstrukturering av automatiske negative tanker, redusering av negativt stress med forskjellige avspenningsteknikker og pusteteknikker, individuell veiledning og gruppebasert veiledning (Johansen og Andreassen 2010, Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Dendale m.fl. 2005, Amati m.fl. 2007, Driehuis m.fl. 2012)

I 5 av 7 studier kan vi se av resultatene at tiltakene som er satt til verks mot overvektige, har gitt gode resultater i forhold til endring av livsstil. Alle disse artiklene inneholder fysisk aktivitet- og, eller kostholdsveiledning (Driehuis.m.fl. 2012, Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Johansen og Andreassen 2010, Dendale m.fl. 2005, Amati m.fl. 2007).

Resultater fra de overnevnte studiene viser at flertallet av deltakerne i de ulike behandlingsoppleggene oppnådde vektreduksjon, lav-, moderat- og høyintensitetstrening økte, pasientene bedret kostholdsvanene sine, og det var redusert forekomst av tilbakefall av hjerte- og karsykdom. Artiklene bruker ulike begreper som mål for fysisk aktivitet. I Driehuis.m.fl. (2012) benytter forfatterene METs (Metabolic Equivalent), mens i Amati m.fl. (2007) brukes EE (energy expenditures). Begge måler hvor mye energi ulike former for fysisk aktivitet krever.

Videre kan vi lese at pasientene hadde økt følelse av lykke, selvforføydhet, og hadde en mer positiv innstilling til seg selv og sin generelle selvmestring etter veiledning. Negative tanker var i så måte avtagende og selvopplevd helse økte (Driehuisam.m.fl. 2012, Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Johansen og Andreassen 2010, Dendale m.fl. 2005, Amati m.fl. 2007).

Drøfting

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede overvektige pasienter til livsstilsendring etter gjennomgått kirurgi på koronararteriene, samt rette fokus mot sykepleiere og deres påvirkning på veiledningens resultat. Hovedtemaene som presenteres i resultatdelen er sykepleierens holdninger, kunnskap og væremåte når pasienten skal endre livsstil, og ulike fremgangsmåter for å oppnå livsstilsendring.

I det kommende kapittelet drøfter vi problemstillingen med utgangspunkt i resultater fra de syv forskningsartiklene, teori fra bakgrunnskapitlet og annen relevant litteratur.

Hva betyr sykepleierens holdninger, kunnskap og væremåte for livsstilsendring?

Kristoffersen (2008a) skriver at kvaliteten på veiledningen viser seg i sykepleierens evne til å forstå hva som er viktig og vanskelig for pasienten, engasjere seg i pasientens situasjon, være ydmyk og stille gode spørsmål.

Holdninger

Overvekt og fedme har blitt et så stort problem at det i følge WHO omtales som et av de viktigste helseproblemene i verden (Johansen og Andreassen 2010). Dette har ført til at temaet har fått mye oppmerksomhet i media. Media blir blant annet brukt som informasjonskanal for statlige kampanjer og satsninger i forebyggingen av overvekt. Samtidig sendes ofte tv-programmer som omhandler temaet, og begrepene overvekt, fedme og livsstilsendring er ofte å finne i aviser og ukeblader. På grunn av all denne oppmerksomheten tror vi det kan være lett for mennesker som er normalvektige, å danne seg negative holdninger til de som lider av overvekt og fedme. Dette vil selvfølgelig også gjelde mennesker som jobber innenfor helsesektoren. Travelbee sier at i det innledende møte med pasienten vil både helsepersonell og pasient basere seg på generaliserte og stereotipe oppfatninger av hverandre, siden de ikke kjenner hverandre (Kristoffersen 2008b).

I studien til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012) ble det gjort intervjuer der pasienter fortalte om sine erfaringer i møtet med helsevesenet. En av pasientene kunne fortelle at hun satt igjen med flere negative erfaringer etter møte med helsepersonell. Pasienten mente at helsepersonellet hadde møtt henne med dømmende holdninger. «Uansett hvilke plager du kommer med, så skyldes det overvekten. Og da får du igjen den at jeg burde skamme meg, altså, det er bare min egen karakterstyrke og viljestyrke som gjør at jeg er syk», forteller hun i intervjuet (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012). I studien til Brown m.fl. (2007) ble helsepersonell spurt om hva de mente om utsagnet «de fleste problemer hos en overvektig

person, er på grunn av at de er overvektige». Her svarte hele 46,3 % at de var enige og 12,2 % at de var svært enige. Vi tror at hvis sykepleieren har dårlige holdninger ovenfor overvektige pasienter, vil dette gi utslag på kvaliteten i veiledningen, og pasientens mulighet til livsstilsendring reduseres.

Pasienten vil kunne reagere på sykepleierens dårlige holdninger selv om de ikke uttrykkes ved ord. Dette er fordi holdninger også kan vise seg gjennom kroppsbruk, stemme og blikk. «Holdninger nedfelt i det ordløse, de rekker seg inn i normene. I holdningen er vi til stede enten vi vil det eller ikke, som personer, i våre reaksjoner» (Kristoffersen og Nortvedt 2008, s. 164). I en veiledning hvor pasienten skal endre sin måte å leve på, vil han måtte gå i detaljer om problemer og dele sine barrierer med det som oftest vil være en ukjent person. I litteraturen kan vi lese at helsepersonells holdninger er veldig viktig for å bygge terapeutisk relasjon og er derfor viktig for veiledningen (Kristoffersen og Nortvedt 2008). «Vi har ansvar for våre holdningsmessige reaksjoner, og vi skal tilpasse væremåten til den aktuelle situasjonen» (Kristoffersen og Nortvedt 2008, s. 164). Vi kan ikke utelukke at holdninger kan skjules, og man kan «spille med», men vi antar at dette kun kan gjøres til en viss grad. I en veiledning der pasienten føler på dårlige holdninger hos sykepleieren, er vi usikre på om pasienten vil kunne åpne seg for sykepleieren og komme med all relevant informasjon.

I følge Norsk Sykepleierforbund (2012) utdannes 3 500 sykepleiere årlig i Norge og samme kilde opplyser at det arbeider ca 38 000 sykepleiere i sekundærhelsetjenesten. Vi tror det kan være vanskelig å endre eventuelle dårlige holdninger som sykepleiere har med fra tidligere, men vi har selv erfart at kunnskap om et bestemt tema gir oss økt forståelse og dermed også mindre dømmende holdninger. Derfor tror vi at mange av de negative holdningene rundt overvekt kan endres ved at helsepersonell er i besittelse av nok og riktig kunnskap om årsaker, risikofaktorer og lidelser som overvekt kan føre med seg.

Kunnskap

Hvis vi en dag fant oss selv i den situasjon at vi var overvektige, hadde vært gjennom operasjon på koronararteriene og var nødt til å endre livsstil for å ikke få tilbakefall av sykdom, ville vi sannsynligvis tatt det for gitt at sykepleieren som skulle veilede oss til livsstilsendring hadde rikelig med kunnskap om både årsaker til overvekt og overvektens relasjon til vår sykdom. Vi har mange gode erfaringer fra praksis og sitter igjen med et inntrykk av at sykepleiere generelt har god kunnskap om overvekt, fedme og disse tilstandenes relasjon til livsstil og utvikling av annen sykdom. Det samme har vi av

undersøkelsen som gjort om helsepersonells kunnskap om overvekt hvor 31 % var enige og 64 % var svært enig i påstanden «fedme er en risikofaktor for å utvikle hjerte- kar sykdom» (Brown m.fl. 2007).

I tillegg til å være kunnskapsrik og godt oppdatert i sykdomslære om overvekt og fedme, den risikoen for sykdomsutvikling slike tilstander medfører og hvordan forebygge sykdom som følge av overvekt og fedme, er det viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan veilede disse pasientene til å endre livsstil. Travelbee mener at sykepleieren må ha et ønske om å hjelpe, ha kunnskap og de ferdighetene som skal til for å sette i gang tiltak som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen 2008b).

I en undersøkelse mente et klart flertall av sykepleiere at det å motivere, støtte og gi informasjon var viktig i det daglige arbeidet med pasienter som hadde et behov for å endre livsstil, men under halvparten av de spurte sykepleierene følte at de ikke hadde nok kunnskap om livsstilsveiledning. I samme undersøkelse kom det frem at $\frac{2}{3}$ av de spurte sykepleierene mente at de selv hadde bidratt til å hjelpe pasienter til å endre livsstil (Jallinoja m.fl. 2007). Vi tror at det å kunne læren bak utvikling av sykdom er viktig, men at denne kunnskapen ikke er til stor nytte hvis sykepleieren ikke har nok kunnskap om veiledning til livsstilsendring.

I bakgrunnskapittelet presenteres ulike teoretiske rammeverk for veiledning av pasienter som skal endre livsstil. Kunnskap om-, og bruk av disse har i flere av studiene vist seg å være nyttige for at pasienten skal klare og gjennomføre varig livsstilsendring.

Den transteoretiske modellen er en av modellene som er sentral i veiledningen når en pasient skal endre livsstil. Modellen består av ulike faser og det er viktig for veiledningen at det blir tatt hensyn til hvilken fase pasienten befinner seg i. Hvis en pasient for eksempel befinner seg i føroveveilesesfasen, er målet å øke bevisstheten om problemet. Dette gjøres da ved at sykepleieren informerer og oppmuntrer, ved hjelp av å stille åpne spørsmål, tilby profesjonelle råd og anerkjenne pasientens valg (Eide og Eide 2009). Pasienter i føroverveilesesfasen kan enten mangle riktig informasjon om risikofaktorer og konsekvenser som følger av deres livsstil og derfor ikke ha forutsetning for å ønske og endre livsstil, eller de kan ha mislykkes i tidligere forsøke på å endre livsstil og derfor mangle motivasjon (Prochaska, Redding og Evers 2002).

Eide og Eide (2009) skriver at pasientens motivasjon må være tilstede for at man skal kunne endre livsstil. I undersøkelser gjort om helsepersonells tanker rundt overvektige, viste det seg

at 8, 2 % var enig, men ingen var svært enige i at overvektige pasienter er motivert til å endre livsstil (Brown m.fl. 2007). I en annen undersøkelse, kom det frem at mange sykepleiere følte at de befant seg i et dilemma, de ville gjerne hjelpe, men de overvektige pasientene var ikke motivert til å endre livsstil (Jallinoja m.fl. 2007). Disse undersøkelsene skiller hverken mellom de ulike fasene i den transteoretiske modellen eller ulike grupper mennesker innenfor de enkelte fasene. Det finnes derfor grunn til å tro at resultatene fra undersøkelsene viser at sykepleierene i undersøkelsene kan ha vært noe raske med å konkludere med at overvektige pasienter er umotivert for endring. Hadde kunnskap om veiledning vært godt forankret hos de deltakende sykepleierene, kunne resultatet sett noe annerledes ut ved at de hadde tatt høyde for at flere av de overvektige pasientene var av dem som ikke har forutsetninger for å være motivert til livsstilsendring.

Væremåte

For at pasienten skal bli motivert for livsstilsendring kommer det frem i en av artiklene at helsepersonells væremåte og forståelse er avgjørende (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012). Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for kvaliteten på utbyttet av veiledningen. For at pasienten skal kunne tenke, føle og utrykke seg fritt, gjør relasjon med ekthet, mellommenneskelig varme og empati dette virksomt. Sykepleiers evne til å føle empati ovenfor pasienten er viktig for å skape en god relasjon for veiledning (Kristoffersen 2008a). I følge Travelbee vil pasienten oppleve nærhet og kontakt med et annet menneske i situasjoner der sykepleieren har empati ovenfor pasienten, og empatisk forståelse er en viktig egenskap hos sykepleieren for at den skal forstå pasientens indre opplevelse og ytre atferd (Kristoffersen 2008b). I undersøkelsen der forskerne spør hva sykepleiere mener om utsagnet «jeg har empati ovenfor overvektige» svarte kun 5, 3 % at de var svært enig, mens 48, 5 % svarte at de var enige (Brown m.fl. 2007).

Kristoffersen (2008a) skriver at veiledningens kvalitet vil vise seg i sykepleierens evne til å forstå hva som er viktig og vanskelig for pasienten, engasjere seg i pasientens situasjon og være ydmyk. Det å fortelle pasienten hvordan han bør leve, kan virke moraliserende, og kan føre til at pasienten kan opptre avvisende (Eide og Eide 2009). Deltakerne i artikkelen til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012), fortalte at det var lett å komme med motstand og negative reaksjoner når helsepersonell var belærende og lite støttende. Videre kom det frem at pasientene hadde følt seg lite verdsatt og forstått når legen «kom med pekefingeren» og fortalte hvor fete de var.

Sykepleie når pasienten skal endre livsstil

Skreddersydd veiledning

For å kunne oppnå livsstilsendring hos overvektige pasienter er det i følge forskere viktig med et skreddersydd opplegg for den enkelte (Kristoffersen 2008a). På samme måte som anbefalt intensitet på fysisk trening etter hjertekirurgi vil variere mellom de enkelte pasienttilfellene (Almås 2008), vil individuelle forskjeller i en pasients levevaner spille en vesentlig rolle i arbeidet med å få vedkommende til å endre livsstil. På sykehusavdelingen som tar i mot nyopererte hjertepasienter, vil sykepleier møte pasienter i ulike faser med ulike behov.

Å skreddersy et opplegg for den enkelte pasient innebærer at veilederen gjør informasjon relevant for pasienten. Det å kartlegge hvilken fase pasienten befinner seg i, identifisere pasientens behov, og finne mål for veiledningen og veien videre, vil være en viktig del av dette arbeidet (Kristoffersen 2008a, Eide og Eide 2009, Amati m.fl. 2007). Sykepleier kan på bakgrunn av dette, jobbe målrettet sammen med pasientene.

At man husker ting som berører en selv bedre enn ting som ikke gjør det, er en påstand som flere kan kjenne seg igjen i. Dette kan også forankres i teori. Kristoffersen (2008a) skriver at ved å relatere informasjonen og veiledningen til sin egen situasjon vil pasienten kunne bruke og huske det han har lært. I studien til Lisbet Christiansen og Fagermoen (2012) sier deltakerne at undervisning som ble holdt av tidligere overvektige som hadde endret livsstil og oppnådd vektnedgang, var spesielt nyttig. Deltakerene begrunner dette med at disse hadde kunnskap basert på erfaringer som fikk relevans for dem selv. Denne kunnskapen mente deltakerene at stimulerte til refleksjon og bevisstgjøring, og denne bevisstgjøringen økte deres motivasjon til å endre livsstilen.

Mange av deltakerne i studien til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012), sa at de hadde mye kunnskap om riktig kosthold og ernæring, men at det likevel var vanskelig å legge om vanene sine. Når pasienten innehar kunnskapen, men ikke motivasjonen, er dette overens med beskrivelsen av pasienter som befinner seg i overveielsesfasen i den transteoretiske modellen (Eide og Eide 2009). Disse pasientene trenger på lik linje som de med mindre kunnskap, et skreddersydd opplegg for veiledning og veien videre. Forskjellen vil være at utgangspunktet for veiledning er annerledes.

Kristoffersen (2008a) skriver at for å kartlegge hvilke konkrete faktorer som virker inn på om pasienten velger en helsefremmende atferd eller ikke, blir ofte helseoppfatningsmodellen

brukt. I denne modellen er blant annet opplevelsen av å være utsatt og opplevelse av alvorlighet noen av de sentrale komponentene for å endre livsstil (Kristoffersen 2008a). Dette har klar sammenheng med det vi kan lese i til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012) der deltakere forteller at økt motivasjon for endring først kom da de psykiske og fysiske helseplagene ble store, og ikke av å ha stor kropp i seg selv. I studien til Amati m.fl. (2007) kan vi se en noe mer aktiv bruk av helseoppfatningsmodellen i det veiledende arbeidet. Her la veilederene særlig vekt på de fordeler det innebærer å endre livstilen til det mer aktive i den hensikt at pasientene selv skulle oppleve at trening innebærer fordeler for deres helse.

Gruppe- og individuell veiledning

Siden overvekt i de aller fleste tilfeller skyldes et misforhold mellom energiinntak og energiforbruk (Helsedirektoratet 2011a), kan det være likhetstrekkene i folks levestil som lå til grunn for at forskerene i flere av våre valgte artikler har sett på effekten av veiledningsmetoder, seminarer og møter som er gruppebaserte (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Johansen og Andreassen 2010, Amati m.fl. 2007).

Noen vil i større grad enn andre ha nytte av veiledning i grupper og motsatt. Amati m.fl. (2007) beskriver i sin metodedel viktigheten av å alternere mellom både individuell- og gruppebasert veiledning. I denne studien brukes tiden deltaker har med veiledere alene, i all hovedsak til å tilpasse veiledningen til den enkelte. Dette bidrar til at pasienten kan relatere informasjonen til sin situasjon.

Feiringklinikken er et spesialsykehus for forebygging, utredning, behandling og rehabilitering av voksne pasienter med hjerte- og karsykdommer, og deres veiledning og oppfølging av pasienter med hjerte- og karproblematikk som følger av livsstil gis både i grupper og individuelt (Grimsmo 2011). Dette vil naturligvis variere mellom type og lengden på oppholdet.

Når vi som sykepleiere møter den hjerteopererte pasienten postoperativt på en sykehusavdeling, vil vi i de fleste tilfeller ha inntil 7 dager med pasienten før sykehusoppholdet avløses av enten hjemreise eller videre rehabiliteringsopphold (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010). Med bakgrunn i tidligere praksiserfaringer ser vi for oss at sykepleier på denne sykehusavdelingen lett kan føle at han eller hun ikke får gjort noen forskjell eller veiledet godt nok. Dette på grunn av blant annet tidsmangel og de mange og varierte arbeidsoppgavene sykepleieren har på en slik post. Flere av artiklene vi bruker i denne oppgaven tar for seg veiledning til livsstilsendring i blant annet rehabiliteringsopphold

eller kurs som strekker seg over lengre perioder enn de 7 dagene mange sykepleiere på post vil jobbe med pasienten (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012, Johansen og Andreassen 2010, Dendale m.fl. 2005). Allikevel viser resultatene fra studien til Amati m.fl. (2007) at man kan gjøre en forskjell på kun en dag. I studien ble pasientene blant annet delt inn i grupper på bakgrunn av deres likheter og hvor de befant seg i den transteoretiske modellen. Slik eller lignende tilnærming til veiledningen kan kanskje være hensiktsmessig i sykehushverdagen der mangel på tid ofte blir brukt som en av årsakene til at sykepleiere ikke synes de får gjort en god nok jobb.

Veiledningens innhold

Watson mener i sin teori at pasienten har en ansvarlig og aktiv rolle, og trenger derfor kunnskap, hjelp til å se situasjonen klart, vurdere ulike handlingsalternativer og til å velge (Kristoffersen 2008b). Et av de første elementene i «Beckprogrammet», som presenteres i studien til Johansen og Andreassen (2010), er å skrive ned alle fordelene med å gå ned i vekt. Slike tiltak ser vi for oss at er hensiktsmessige å bruke i veiledningen av pasienter i en tidlig fase i den transteoretiske modellen der man enda er usikker på om man vil endre livsstil. Et alternativ for pasienter som har kommet videre til handlingsfasen kan være utforming av kostplaner og treningsplaner (Dendale m.fl. 2005, Johansen og Andreassen 2010, Amati m.fl. 2007). Dette kan være til god hjelp fordi pasientene i denne fasen har bestemt seg for å endre livsstil.

På sykehusene er det ofte et sammensatt team av flere profesjoner som jobber for livsstilsendring hos pasienter som vil ha nytte av det (Grimsmo 2011). I dette teamet er det oftest ernæringsfysiolog som har ansvaret for utarbeiding av kostplaner. Kostplanen i «Beckprogrammet» legger vekt på at pasienten må finne ut hva han kan trives med (Johansen og Andreassen 2010), for at han skal klare å følge kostplanen over lang tid. Vi ser for oss at sykepleierens oppgaver i arbeidet med å legge om en pasients kostholdsvaner vil være å gi gode råd, informere om viktigheten av et riktig kosthold, svare på spørsmål og støtte pasienten i den hensikt å gjøre informasjonen relevant og brukbar. Dette underbygges av integreringsprosessen beskrevet i Kristoffersen (2008a).

Å følge en treningsplan kan hjelpe pasienten i å øke sin fysiske aktivitet (Dendale m.fl. 2005, Johansen og Andreassen 2010, Amati m.fl. 2007). En fysioterapeut er oftest den som utarbeider treningsplan til pasienten. Sykepleieren vil på samme måte som i arbeidet med kostholdsplanen, være tilstede for pasienten. En individuell treningsplan skal i tillegg til å

være tilpasset den enkelte, være variert og lystbetont for at pasienten skal klare å følge den over tid (Johansen og Andreassen 2010).

Resultatene i studien til Johansen og Andreassen (2010) viser at pasientene hadde økt følelse av lykke, selvfnøydhet, og en mer positiv innstilling til seg selv og sin generelle selvmestring etter psykologisk veiledningen med kognitiv terapi. I studien til Lisbet, Christiansen og Fagermoen (2012) beskrev deltakerne den kognitive teorien som spesielt nyttig, men deltakerne fortalte samtidig at de savnet mer psykologisk kunnskap under kurset. Dette begrunnet de med at «det sitter jo i hodet». Effekten av den kognitive terapien i den ene studien (Johansen og Andreassen 2010) og beskrivelse av mangel på psykologisk kunnskap, og spesielt den kognitive teorien i den andre (Lisbet, Christiansen og Fagermoen 2012), kan vise at dette er et viktig verktøy som en del av veiledningen til pasienter som skal endre livsstil.

I studien til Johansen og Andreassen (2010) som omhandler «Beckprogrammet», viser resultatene at kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening hadde god effekt på livsstilsendring og vektreduksjon hos deltakerne. Det å identifisere og omstrukturere negative tanker hadde betydning for at pasientens tanker ikke skulle ødelegge egen innsats med å endre livsstil. I studien ble det også brukt forskjellige avspenningsteknikker og pusteteknikker for å redusere negativt stress, og dette fikk deltakerne til å senke skuldrene og roe ned tempoet i kropp og sinn. Dette ble gjort med et eget 14 dagers program på kurset, samt med en CD i oppmerksomhetstrening med daglige øvelser (Johansen og Andreassen 2010). Når resultatene i studiene relateres til en postoperativ avdeling hvor pasienten er nyoperert kan det tenkes at enkle tiltak som CD med daglige øvelser kan hjelpe pasienten på sin vei mot livsstilsendring.

Varig livsstilsendring?

Fase D i integreringsprosessen innebærer at pasienten er aktivt opptatt av helsefremmende aktiviteter. For at pasienten skal kunne vedlikeholde den helsefremmende livsstilen, kan det være viktig at pasienten får anledning til å være med i en selvhjelpsgruppe (Kristoffersen 2008a), noe som sykepleieren kan opplyse om. I studien til Lisbeth Christiansen og Fagermoen (2012) ble selvhjelpsgrupper en viktig arena for sosial støtte for deltakerne etter motivasjonskurset. Dette ga dem et nytt nettverk, sosial trening, og det å treffe andre i samme situasjon hadde mye å si for å opprettholde innsatsen mot en helsefremmende livsstil. I en annen studie ble det vist god effekt av oppfølging fra sykepleier per telefon (Driehuis m.fl. 2012). Dette støttes av Kristoffersen (2008a), der det kommer frem at å ha telefonkontakt med

sykepleieren og snakke om hindringer som oppstår underveis, kan være avgjørende for å ikke få tilbakefall.

Kritisk vurdering av litteratur, forskningsetikk og metodiske overveielser

Vi har tatt utgangspunkt i undervisningsplanens oppgaveoppsett, Polit og Becks oversikt over trinnene i en litteraturstudie, samt en utgitt skjematisk oversikt over innhold og organisering av SPL 3903, for å organisere oppgaven. En sammenslåing av disse mener vi gir god helhet og flyt.

Forskningsartiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven er analysert og presentert i en matrise fordi vi mener at dette gir en god oversikt for leserene. Likheter og ulikheter i artiklenes resultater er fremstilt i løpende tekst og kategorisert etter tre ulike overskrifter, dette har vi gjort for å gi leseren oversikt over hvilke resultater vi mener er relevante for vår oppgave.

Det har vært noe utfordrende å finne artikler som sier noe om akkurat den arenaen vi har tatt for oss i avgrensningen av oppgaven. I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på sykepleiere som møter pasienten på en sykehusavdeling, mens flere av artiklene brukt i oppgaven omhandler sykepleier og annet helsepersonell som bidrar til å endre overvektige pasienters livsstil i primærhelsetjenesten. Til tross for dette mener vi at vi har funnet syv artikler med et innhold som er overførbart til vår arena og derfor relevante for vår problemstilling. Vi kunne med fordel ha inkludert flere studier, både for å underbygge funn, men også for å finne mer informasjon om veiledningens innhold.

Det er viktig å presisere at fem av artiklene er skrevet på engelsk. Vi har brukt mye tid på å oversette artiklene for å få en best mulig forståelse, men vår språkforståelse kan ha medført enkelte feiltolkninger.

Vi baserer drøftingen på de resultater funnet i artiklene som vi mener er relevante for oppgaven, faglitteratur som presenteres i bakgrunnskapittelet, utarbeidede retningslinjer og veiledere, samt annen relevant litteratur. Flere av artiklene presenterer komplette kurs, rehabiliteringsopphold, eller programmer der sammensatte faggrupper gir pasientene veiledningen. Resultatene fra artiklene sier noe om effekten av hele metoden, og ikke sykepleiers arbeid alene. Som følger av at vi skal ha fokus på sykepleie har vi likevel valgt å trekke ut det vi mener er relevant for sykepleien og sykepleierens veiledende funksjon. Dette kan ha ført til at viktige deler av metodene er blitt gitt mindre fokus.

Jamfør problemstillingen vår ønsker vi å bidra til at pasienten oppnår livsstilsendring. Livsstilsendring oppnås først når den er varig, og pasientens egenomsorg vil i så måte være viktig. I forbindelse med dette kunne det være relevant med mer teori om pasientens egenomsorg, men vi har valgt å fokusere på endringsprosessen og selve veiledningen hvor sykepleier bidrar til at pasientens egenomsorg styrkes.

Konklusjon

Ulike tiltak kan iverksettes for at overvektige voksne som har gjennomgått kirurgi på koronararteriene skal oppnå livsstilsendring. I drøftingskapittelet diskuteres det hvordan sykepleieren kan veilede pasienten til livsstilsendring, og av dette fremgår det at ulike elementer i veiledningen har påvirkning på pasienten og hans endringsprosess.

De overvektige pasientene er alle ulike. Det er derfor vanskelig å konkludere med noe konkret i forhold til hvordan sykepleier kan veilede den overvektige pasienten til livsstilsendring. I drøftingen har vi likevel funnet at individuelle forskjeller må ligge til grunn for at veiledningen skal lykkes. Dette betyr at man som veileder i en endringsprosess må ta hensyn til pasientens egne behov og at dette er avgjørende for at pasienten skal lykkes med livsstilsendring.

Samhandlingen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for kvaliteten på veiledningen og den kan påvirkes av blant annet sykepleierens holdninger, kunnskap og væremåte. Vi har funnet at flere sykepleiere har manglende kunnskap om veiledningsprosessen og dette kan føre til at pasientene ikke får riktig veiledning. Flere sykepleiere har også ugunstige holdninger og en væremåte som kan gi negativt utslag på veiledningen, ved at pasientene blir mindre motivert for å endre livsstil. Det hadde vært interessant å se nærmere på flere studier hvor det er gjennomført undersøkelser rundt sykepleiereens kunnskap om veiledning, holdninger og væremåte, og hvordan disse faktorene påvirker pasienter positivt eller negativt når de skal endre livsstil.

Hjerte- og karsykdom som følge av overvekt og fedme er et økende problem og mange mennesker trenger hjelp til å endre sin livsstil for å ikke få tilbakefall av sykdom. Dagens sykehusstruktur innebærer stadig kortere opphold for pasienten, og sykepleier på post har derfor liten tid med pasienten. Det finnes mye forskning som fremhever viktigheten av veiledning for at pasienten skal endre livsstil. Gjennom arbeidet med denne oppgaven var det en utfordring å finne studier som omhandler pasientenes korte opphold på sykehusavdelingen og hvordan sykepleier på denne arenaen best mulig kan veilede for at pasienten skal lykkes med sin livsstilsendring. På grunnlag av dette mener vi at veiledning postoperativt på sykehusavdeling er et område som bør ilegges mer fokus og krever mer forskning i fremtiden.

Etterord

Vi har lenge visst at vi ville skrive en oppgave som omhandler endring av livsstil. Overvekt og fedme kan blant annet føre til iskemisk hjertesykdom, som blir betegnet som verdens ledende dødsårsak og fordi stadig flere mennesker blir nødt til å endre livsstil, valgte vi å skrive om dette.

Gjennom denne oppgaven har vi lært mye om både hjerte- og karsykdom, livsstil og veiledning. Vi har også tilegnet oss kunnskap om elementer i veiledningen som er viktige for at pasientens sjanser for å lykkes i sin livsstilsendring blir størst mulig. Det har blant annet vært oppsiktsvekkende å se at sykepleiere som jobber med overvektige pasienter har manglende kunnskap innen veiledning og mangel på gode holdninger.

Kunnskap vi har tilegnet oss gjennom denne oppgaven vil vi ta med oss ut i praksis når vi snart er ferdigutdannende sykepleiere. I tillegg til å bruke kunnskapen når vi selv veileder vil vi forsøke å informere og motivere kollegaer.

Livsstilsrelaterte sykdommer er svært utbredt og sykdomstilstandene som kan oppstå som følger av en ugunstig livstil er mange. Vi mener derfor at denne oppgaven har stor overføringsverdi også til andre pasientgrupper enn den vi har tatt for oss.

Det har vært krevende å utarbeide denne oppgaven, men vi har helt fra begynnelsen laget en plan med kortsiktige og langsiktige mål som vi har oppdatert og fulgt gjennom hele prosessen. Alle tre i gruppen har tatt ansvar for oppgaven, ting har blitt gjort til avtalte tider og alle har deltatt aktivt i diskusjoner. Sistnevnte anser vi som et av de viktigste elementene ved det å arbeide i gruppe. Det har vært spennende og lærerikt å utforme oppgaven og vi er alle stolte av resultatet.

Litteraturliste

Aadland, E. (2004) Etske perspektiver på praktisk forskning I: *Aadland, E. "Og eg ser på deg..." - Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 263 - 265

Amati F. m.fl. (2007) Enhancing regular physical activity and relapse prevention through a 1-day therapeutic patient education workshop. I: *Patient Education and Counseling* [online]. Volume 68, Issue 1, September 2007, s. 70–78. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107001772#> (04.04.2013)

Brown I. m.fl. (2007) Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. I: *Journal of Advanced Nursing* [online] Volume 59, Issue 4, August 2007, s. 329–341. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4a087856-06af-480a-8a70-943c90d3aab2%40sessionmgr198&vid=4&hid=122> (03.04.2013)

Dendale P. m.fl. (2005) Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. I: *European Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. vol. 4 Juni 2005 s. 113-116 URL: <http://cnu.sagepub.com/content/4/2/113.abstract> (05.04.2013)

Driehuis, F, m.fl. (2012) Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. I: *Patient Education and Counseling* [online] Volume 88, Issue 2, August 2012, s. 249–255. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112001309nf> (03.04.2013)

Eide, H og T. Eide (2009) *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Eikeland, A., T. Haugland og D.G Stubberud (2010) Sykepleie ved hjertesykdommer. I: Almås, H., D.G Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal, s. 207-245

Feiringklinikken (2010) Medisinske resultater [online]. URL: http://www.lhl.no/Global/KLINIKKENE/Feiringklinikken/Dokumenter/Medisinsk_resultat_2010.pdf (07.04.2013)

Folkehelseinstituttet (2012) Norgeshelsa [online]. URL: <http://norgeshelsa.no/norgeshelsa/> (04.04.13)

Folkehelseinstituttet (2013) HKRs Statistikkbank [online]. URL: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> (03.04.2013)

Forskningsetiske komiteer (2013) Forskningsetisk sjekklister [online]. URL: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister> (05.04.2013)

Grimsmo, J. (2011) Hjerterehabilitering – et tiltak for å begrense negative følger av hjertesykdom. I: Lerdal, A., og M.S Fagermoen (red.). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal, s. 185-203.

Helsedirektoratet (2011a) Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne - Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. [online]. URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfagligretningslinje-forforebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonalfagligretningslinje-forforebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf> (05.04.2013)

Helsedirektoratet (2011b) Anbefalinger [online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx> (05.05.2013)

Helse-og omsorgsdepartementet (2010-2011) Helsefremmende og forebyggende arbeid [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-1-20102011/17.html?id=638992> (04.04.13)

Hig (2011a) Forskningsområde klinisk sykepleie [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (24.04.2013)

Hig (2011b) Helse i dagliglivet [online]. URL: http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet (24.04.2013)

Jacobsen, D. m.fl. (2009) *Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal

Jallinoja P. m.fl. (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. I: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [online]. 2007; 25: s. 244 -249. URL: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02813430701691778> (05.04.2013)

Johansen V. og R. Andreassen (2010) Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening. I: *Tidsskrift for kognitiv terapi* [online]. Årgang 11, nr. 4, desember 2010, s. 7-13. URL:

http://www.kognitivterapipublikasjoner.no/tidsskrift/arkiv/TKT_nr_42010/#/1/ (05.04.2013)

Johansson, L. (2011) Utviklingen i norsk kosthold [online]. Helsedirektoratet. URL:

<http://www.regjeringen.no/pages/36907383/UtviklingenHOD221111.pdf> (11.04.2013)

Kristoffersen, N. J. og P. Nortvedt (2008) Relasjon mellom sykepleier og pasient I:

Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal s. 137-183

Kristoffersen, N. J. red. (2008a) Stress, mestring og endring av livsstil I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal. s. 206-270

Kristoffersen, N. J. red. (2008b) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E.A Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal. s. 13-99

Kunnskapssenteret (2008) Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler [online]. URL:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (04.04.2013)

Lisbet B., B. Christiansen og M.S. Fagermoen (2012) Motivasjonskurs for personer med sykelig overvekt. I: *Sykepleien forskning*. Årgang 7, nr. 1, 2012 s. 14-22

Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

NHI - Norsk helseinformatikk for helsepersonell (2012). Livsstilssykdommer [online].

URL:<http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html> (12.04.2013)

Norsk Sykepleierforbund (2012) Lederinformasjon juni 2012 [online]. URL:

<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/893168/Lederinformasjon-juni-2012> (11.04.2013)

Nortvedt, M. W., m.fl. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Polit, D. F. & C. T. Beck (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins



Prochaska J.O, C.A Redding og K.E Evers (2002) The transtheoretical model and stages of change I: Glanz, K., B.K. Rimer og F.M. Lewis. *Health behavior and health education*. s. 99-119

Sortland, K. (2008) *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget

Ulset, E., R. Ulheim og K. Malterud (2007) Er fedmeepidemien kommet til Norge?. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 2007; 127:34-7. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1473366> (10.04.2013)

WHO (2013). Obesity and overweight [online]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (12.04.2013)

Vedlegg 1: PICO – skjema

Patient/population/problem Hvem?	Intervention/initiative/action Hva?	Comparison Alternativer ?	Outcome Resultat/Effekt ?	 OR
Beskrivelse av type pasienter	Hvilke tiltak vurderes	Hvilke alternativer finnes til tiltakene	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet, hvilke utfall er interessante	
Obesity Overweight Fedme Overvekt	Patient education Treatment Motivation		Lifestyle change Behavior change Lifestyle events	
 AND				

Vedlegg 2: Søking og resultater (februar – april 2013)

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Obesity 2. Lifestyle 3. Nurse 4. Adult	Cinahl	1 and 2 and 3 and 4	5
1. Obesity 2. Patient education 3. Motivation 4. Lifestyle 5. Behavioral change	Ovid Nursing Database	1 and 2 and 3 and 4 and 5	5
1. Patient education/ 2. Obesity/ 3. Coronary Artery Bypass/	Ovid Nursing Database	1 and 2 and 3	1
1. Obesity 2. Behaviour change 3. Lifestyle 4. Adult	Cinahl	1 and 2 and 3 and 4	5
1. Obesity 2. Patient education 3. Nurs*	SveMed+	1 and 2 and 3	3