



BACHELOROPPGAVE:

*Livsstilsendring hos gastric bypass
pasienter*

*Hvordan møte og hjelpe gastric bypass pasienter med
utfordringene operasjonen vil gi knyttet til endring av livsstil?*

FORFATTERE:
MIA CAROLINE BERNTSEN KJELSRUD
INGEBORG JUVE

Dato: 10/5-2013

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling: Helse, omsorg og sykepleie - HOS

Vår 2013

Sammendrag

Tittel:	Livsstilsendring hos gastric bypass pasienter	Dato: 10.05.13
	Hvordan møte og hjelpe gastric bypass pasienter med utfordringene operasjonen vil gi knyttet til endring av livsstil.	
Deltaker(e)/	Mia Caroline Berntsen Kjelsrud	
	Ingeborg Juve	
Veileder(e):	Tore Karlsen	
Evt. oppdrags- giver:	Høgskolen i Gjøvik	
Stikk- ord/nøkkelord (3-5 stk)	Patient education, Bariatric surgery, Empowerment, Obesity	
Antall si- der/ord:45/13209	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Oppgavens hensikt er å belyse hvordan vi som sykepleiere kan møte og hjelpe gastric bypass pasienter med utfordringene knyttet til livsstilsendring etter operasjonen,</p> <p>Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem i Norge og resten av verden.</p> <p>Operasjonsmetoden gastric bypass er en måte å behandle overvekt på, men dette medfører store livsstilsendringer.</p> <p>Vi har belyst utfordringer og erfaringer overvektige vil oppleve. På bakgrunn av dette vil vi si noe om hvorfor dette er en spesiell pasientgruppe å møte og hvilke verktøy vi som sykepleiere kan benytte oss av.</p>		

Abstract

Title:	Gastric bypass patients and lifestyle change. How to meet and help gastric bypass patients with challenges the operation will provide related to changes in lifestyle.	Date : 10.05.13
Participants/	Mia Caroline Berntsen Kjelsrud Ingeborg Juve	
Supervisor(s)	Tore Karlsen	
Employer:	Høgskolen i Gjøvik	
Keywords (3-5)	Patient education, Bariatric surgery, Empowerment, Obesity	
Number of pages/words:45/13209	Number of appendix: 2	Availability: Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Purpose of this paper is to show how we as nurses can meet and help gastric bypass patient with challenges related to lifestyle changes after surgery.</p> <p>Overweight and obesity is a growing public health problem in Norway and the rest of the world. The operation method gastric bypass is a way to treat obesity, but this causes major lifestyle changes.</p> <p>We have examined the challenges and experiences that obese patients will experience. On this basis, we will say something about why this is a special group of patients to meet and what tools we as nurses can take advantage of.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

1.0 Innledning	1
1.1 Tidligere forskning.....	2
1.2 Teori.....	2
1.2.1 Gastric Bypass.....	2
1.2.2 Hvem er aktuelle for operasjonen?.....	3
1.2.3 Lærings og mestringscenter og kurs for Gastric Bypass pasienter.....	3
1.2.4 Joyce Travelbee	4
1.2.5 Livskvalitet	5
1.2.6 Empowerment.....	6
1.3 Hensikt og relasjon til seksjonenes forskningsområde.....	6
1.4 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	7
1.5 Problemstilling.....	7
2.0 Metode	8
2.1 Fremgangsmåte i søkeprosessen.	8
2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier	9
2.3 Forskningsetiske overveielser	10
3.0 Resultat	11
3.1 Oversikt over artikler.....	11
3.1.1 Empowerment og utfordringer ved eget selvbilde og identitet	14
3.1.2 Spiseatferd som utfordring	16
3.1.3 Behovet for støtte fra familie og venner.....	18
3.1.4 Endring av Livskvalitet:	19
3.1.5 Møte med helsepersonell:	20
4.0 Drøfting	23
4.1 Resultatdrøfting.....	23
4.1.1 Empowerment og utfordringer ved eget selvbilde og identitet	23
4.1.2 Spiseatferd som utfordring	26
4.1.3 Støtte fra familie og venner.....	29
4.1.4 Endring av livskvalitet.....	30
4.1.5 Møte med helsepersonell	32

4.2 Metodediskusjon.....	36
5.0 Konklusjon	37
6.0 Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1:	42
Vedlegg 2:	44

1.0 Innledning

Sykeligovervekt er en kompleks tilstand og pasientgruppen er svært sammensatt. WHO (World Health Organization) sier at de som faller inn i denne kategorien har stor risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, hypertensjon, diabetes type 2 og søvnapne. Overvekt er antatt å påvirke dødeligheten og sykeligheten og vil da øke helsekostnader. Overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem i Norge og resten av verden (Knutsen, Terragni og Foss 2011). Overvektepidemien er en av de største folkehelseutfordringene i Europa nå. Fedme omtales som en uønsket tilstand og anses som en oppgave både fagfolk og overvektige må «ta tak i» (Rugseth 2006). Økningen får for tiden betydelig oppmerksomhet. I Norge er behandling og forebygging av sykelig overvekt et helsepolitisk satsingsområde (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012).

Behandlingsmetoden gastric bypass i kombinasjon med livsstilsendring syntes å gi best resultater på vektreduksjon over lang sikt etter andre alternativer er prøvd. Det er et sterkt behov for verktøy i helsetjenesten for hvordan vi kan forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme (Aleris 2013).

Den økende forekomsten av overvekt og fedme har ført til oppbygging av behandlingstilbud i alle helseregioner (Rugseth 2006). Spesialisthelsetjenesten mottar årlig en million henvisninger for behandling av overvekt, gjennom utredningen kommer det konkrete forslag til tiltak tilpasset den enkelte pasient men sykelig overvekt i seg selv gir ikke rett til kirurgisk behandling. Det er en lang prosess og flere kriterier pasienten må innfri (1:Helsedirektoratet 2009).

«Det er en billett men det er ikke hele reisen» (Johnsen 2010)

1.1 Tidligere forskning

Overvektige opplever stigmatisering og sliter med et dårlig selvbilde. Studier sier mye om menneskers negative holdninger til overvektige og at de blir dømt for den synlige store kroppen (Knutsen, Terragni og Foss 2013). Det blir beskrevet en ødelagt identitet, som nå består av skam og skyldfølelse. De har ikke kontroll over seg selv og mangel på selvdisiplin og mindre følelsesmessig støtte gjør at de sitter med en følelse av skam og depresjon (Knutsen, Terragni og Foss 2011, Karlsson m.fl 2007). Diskriminering og stigmatisering kan føre til dårlig sosial fungering og flere studier viser at mennesker med sykkelig overvekt har vesentlig redusert helse relatert livskvalitet (Aasprang m.fl 2008, Karlsson m.fl 2007).

På bakgrunn av en så kompleks tilstand, økende fedme i befolkningen og flere behandlingstilbud mener vi dette er en pasientgruppe som krever kunnskap blant sykepleiere.

1.2 Teori

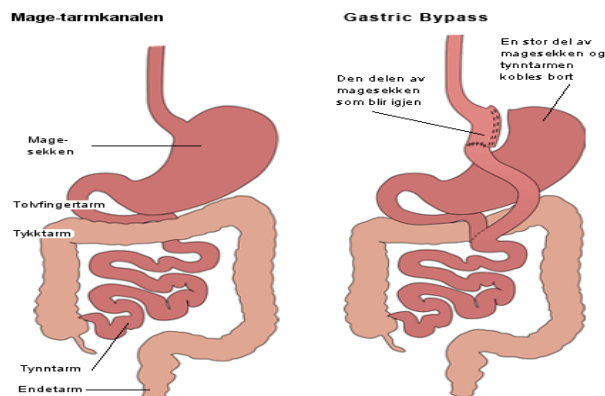
1.2.1 Gastric Bypass

Denne operasjonen går i hovedsak ut på å minske magesekken samt koble ut deler av tynntarmen. Magesekkens øvre del (Ca 30 ml) skilles fra resten av magesekken ved hjelp av en teknikk som heter «stapling». Tynntarmen deles etter ca 50-60 cm og den nedre tynntarmsdelen sys på den lille magelommen. Maten man spiser transporteres gjennom denne passasjen. Deretter lager kirurgen en ny skjõt mellom den øvre tynntarmsdelen og et sted på tynntarmen 1,5 m lenger ned. På denne måten kobles en større eller mindre del av tynntarmen ut og minsker absorpsjonen av næringsstoffer. Jo større del av tarmen som kobles ut, desto større er risikoen for mangelsykdommer (vitaminer og mineralmangel). Dette medfører at alle pasienter må tilføres vitaminer daglig og kontrolleres med blodprøver resten av livet. Man kan ikke regne med å bli normalvektig som følge av operasjonen, men kan regne med å miste omtrent 70% av overvekten (Sykehuset Innlandet 2012).

Motivasjonen er den grunnleggende faktor i all behandling og endring. Uten egen deltagelse og utholdenhet skjer det ingen endring (Sykehuset Innlandet 2012).

Et kirurgisk inngrep er bare en del av en helhet. Store omstillinger starter etter operasjonen. Det er avgjørende at pasienten har forstått hva kirurgi kan og ikke kan gjøre for deg, og dermed at fedmekirurgi er hjelp til selvhjelp. utfordringer når vekt nedgang er nådd er å beholde den nye vekten, noen som ikke alltid er like lett å mestre. Bariatrisk kirurgi krever at

man endrer livsstil og matvaner, kun da vil operasjonen på sikt lykkes og pasienten vil gå ned i vekt. Kirurgi skal være siste utvei for å gå ned i vekt (Sykehuset Innlandet 2012).



1.2.2 Hvem er aktuelle for operasjonen?

Dette varierer fra sykehus til sykehus men vi har valgt å ta utgangspunkt i sykehuset innlandets retningslinjer siden det er herfra vi har hentet informasjon.

- Personer som har KMI (Kroppsmasseindeks) over 40 med vesentlig redusert livskvalitet på grunn av overvekt.
- Personer som har KMI over 35 med alvorlige tilleggssykdom. Eksempler på dette kan være: søvnapne (nattlige pustestopp på grunn av trange forhold i svelget), høyt blodtrykk som er vanskelig å regulere medikamentelt, diabetes, PCO, hjerte og karsykdom.
- Alder over 18 år med veiledende øvre aldersgrense på 60 år.
- Fravær av alvorlig psykisk sykdom og/eller alkoholmisbruk.
- Ikke pågående spiseforstyrrelser.

En helhetlig vurdering av hver enkelt pasient vil ligge til grunne for eventuelt operasjon. (Sykehuset Innlandet 2012)

1.2.3 Lærings og mestringssenter og kurs for Gastric Bypass pasienter

For at pasienten skal få hjelp til å takle denne nye livsstilen og utfordringer dette bringer med seg har sykehusene i Norge samarbeid med Lærings og mestringssenter(LMS) laget et kurs for denne pasientgruppen (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2013).

LMS er en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom, familie, venner og fagpersonell som jobber med dette. Medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle

helseproblemer. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring og mestring av sykdommen minst like viktig. LMS bygger på en grunntanke at brukerorganisasjonene og helsepersonell i samarbeid planlegger, gjennomfører og evaluerer ulike læringstilbud for personer som har kronisk sykdom og deres familie og venner. (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2013)

Kurset er en forberedelse før operasjonen og gir informasjon omkring forløpet, selve inngrepet, samt postoperative bivirkninger ved en fedmeoperasjon. Kurset er tverrfaglig og går over 7 uker, en gang i uken (SI Kongsvinger 2013).

Kursene holdes i hovedsak av sykepleiere, men har innspill og kursdager med andre spesialister på området. De har hovedsakelig undervisning med fokus på mestring, endring og motivering. Eksempel på temaer kan være selvhjelp, mat og spisevaner og kropp og bevegelse. Etter avsluttet kurs vil det bli foretatt en ny vurdering hvor de innvilges kirurgiske behandling eller henvises til konservativ behandling. Pasienten blir fulgt opp etter operasjonen med kontroller hos kirurg og ernæringsfysiolog etter 6 uker, 6 måneder, og 1 år (SI Kongsvinger 2013)

1.2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en av sykepleier teoretikerne som retter oppmerksomheten i sin sykepleietenkning spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Travelbee 1977).

Hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt og har fortsatt stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning. Det som ofte blir trukket frem er det velkjente begrepet empati og uttrykket « terapeutisk bruk av seg selv», som har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning (Kristoffersen 2008).

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er i følge Travelbee et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier. I sykepleiesammenheng innebærer dette at man bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten. En forutsetning for å kunne bruke seg selv terapeutisk er at en er oppmerksom på hvordan ens egen atferd innvirker på andre mennesker. Denne evnen må utvikles hos sykepleiere, ikke minst gjennom utdanning framholder Travelbee (Travelbee 1977).

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som en unik person. Hun mener at sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han/hun gjennomgår. Dette skjer gjennom en etablering av menneske-til – menneske relasjon som er et sentralt begrep for Travelbee.

Hun sier at:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene» (Travelbee 1977, s.7).

Travelbee beskriver også kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et menneske - til - menneske relasjon.

For å oppnå dette forholdet må en gjennom flere sammenhengende faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleierens overordnede mål og hensikt er å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med en sykdom. Sykepleie er dessuten knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme helse (Travelbee 1977).

Et menneske er sykepleierens pasient når det søker hjelp fordi det opplever et problem eller en krise. For sykepleieren er det da langt viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon og hvilken mening han selv tillegger den, enn å forholde seg til diagnosen (Travelbee 1977).

1.2.5 Livskvalitet

Livskvalitet er et mye brukt men langt fra entydig begrep for ikke-biologiske sider ved en persons liv. I begrepet livskvalitet legges vanligvis forhold som tilfredshet med tilværelsen, godt forhold til ens nærmeste, trivsel og god funksjon i arbeid, glede ved fritid og evne til fysisk og psykisk utfoldelse (Store Norske Leksikon).

1.2.6 Empowerment

Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Empowerment handler altså om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Sykepleiere skal være pasientens samarbeidspartner i empowerment prosessen (Tveiten 2012).

Vi vil alle gjerne kjenne oss kraftfulle og sterke, vi vil ha innflytelse, vi vil ha makt og kontroll over livet vårt. Ordet leder også mot fenomener og egenskaper som selvtilit, sosial støtte, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, rettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse. Empowerment handler om noe godt, selv om det gode ikke er lett å definere. Empowerment begrepet er særlig interessant for helseprofesjonene fordi begrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon (Tveiten 2012).

Personer som er i en avmaktssituasjon skal gjennom empowerment prosessen, ved hjelp av maktomfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Ved å mobilisere krefter skal man bli i stand til å motarbeide krefter som holder en nede og få mer kontroll og styring i eget liv. Ingen kan imidlertid gjøre noen «empowered», man må selv være aktiv i prosessen. Helsepersonell og andre fagfolk kan være hjelpere i empowerment prosessen (Tveiten 2012). Pasienten blir «empowered» i betydningen i stand til å ta eller ha mer kontroll over det som påvirker egen helse, eget liv. Man kan kanskje si at et resultat av empowerment prosessen kan være mestring (Tveiten 2012).

1.3 Hensikt og relasjons til seksjonenes forskningsområde

Hensikten med oppgaven skal plasseres innenfor en av seksjonens tre forskningsområder; utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie eller helse i dagliglivet (HIG 2013)

Vi mener at vår problemstilling handler om kvalitet i sykepleie. Vi tar for oss en pasientgruppe som kan være relativt ny for mange sykepleiere. Dette krever at vi holder oss oppdatert på ny kunnskap, retningslinjer, lover, forskning og dokumentert praksis innen egnet fagområde for å sikre god kvalitet på den sykepleien vi utfører og bidra til at dette anvendes i praksis. Dette er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene fra 2007 (NSF 2007).

Det er viktig at denne pasientgruppen får god informasjon, veiledning og støtte. De vil da føle trygghet i prosessen de gjennomgår, slik at de kan mestre livsstilsendringene etter operasjonen. Når helsepersonell gir informasjon opplever også pasientene at personalet har kunnskap og

kompetanse (Grønnestad og Blystad 2004). Valget om å bli operert for sykkelig overvekt er ingen lett avgjørelse eller lett løsning. Sykehusene som tilbyr slik behandling må ha høy kvalitet (Aasprang m.fl 2008).

1.4 Bakgrunn for valg av problemstilling

Gjennom en praksis periode på kirurgisk avdeling ble vi kjent med pasienter som skal gjennomgå en gastric bypass operasjon. Pasientene fortalte om store endringer de må igjennom og at de både gruete og gledet seg til livet etterpå.

Vi så behovet for tilstrekkelig informasjon og undervisning. Det er viktig at vi som sykepleiere konsentrerer oss om helhetssituasjonen og bruker tid. Vi mener at livshistorie, følelser og egenverdi blir i liten grad tatt hensyn til i en travel hverdag. Vi så at erfaringer disse pasientene har før og etter operasjonen kan være nyttfull kunnskap for oss og vi ble nysgjerrig på en annerledes og relativt ny pasientgruppe.

Vi har i denne sammenheng kontaktet ansvarlig for kurset som blir holdt for de som skal fedme opereres i fylket. Der hadde vi en samtale med sykepleiere som ga oss god innføring i hvilke utfordringer denne pasientgruppen har før og etter operasjonen og hvilke stadier i behandlingsløpet pasientene må igjennom for å gjennomføre en gastric bypass operasjon. Hun kunne også fortelle at dette er en pasientgruppe som tidligere har blitt møtt med dårlige holdninger og stigmatisering i samfunnet. Hun la stor vekt på hvordan vi skal møte denne pasientgruppen.

Dette gjorde at vi ønsket å finne ut mer om vår rolle i kurset og hvordan vi kan bidra i forhold til utfordringene ved en så stor livsstilsendring. Vi ønsket også og få bedre kunnskap om hvordan sykepleiere skal møte denne pasientgruppen. Dette er et tema og en pasientgruppe som interesserer og engasjerer oss. Temaet overvekt og ulike behandlingstilbud er høyst aktuelt i dagens samfunn.

1.5 Problemstilling

Hvordan møte og hjelpe gastric bypass pasienter med utfordringene operasjonen vil gi knyttet til endring av livsstil?

2.0 Metode

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie og metoden skal besvare hensikten med oppgaven. En litteraturstudie innebærer at man systematisk søker etter, gransker kritisk og sammenligner litteratur innen et valgt tema eller problemstilling (Forsberg og Wergstrøm 2013).

En litteraturstudie har både sine sterke og svake sider. Positive sider ved å benytte seg av en litteraturstudie som metode er at man som regel kan samle inne store mengder data og studier på emnet man ønsker å gå i dybden på. På denne måten vil det gi mulighet for stor breddekunnskap (Forsberg og Wergstrøm 2013).

Store mengder data kan være negativt da det kan være vanskelig å velge ut det mest relevante for den gjeldende oppgaven. Andre svakheter ved denne formen for studie er at man må benytte seg av forskning og litteratur som andre har funnet og tolket på sin måte (Forsberg og Wengstrøm 2013).

2.1 Fremgangsmåte i søkeprosessen.

Litteratursøkingen ble startet opp tidlig i prosessen med denne oppgaven. Dette var for å finne god litteratur, tidsskrifter, artikler og forskningsartikler som kunne benyttes. For å finne frem til litteratur som er benyttet er det foretatt søk i BIBSYS som er en felles bokkatalog for høyskoler, og universiteter.

Vi utarbeidet et PICO-skjema (Problem, intervention, comarison og outcome) i henhold til undervisning vi hadde i artikkelsøk. Dette brukte vi fra starten av i vår søkeprosess, og det har hjulpet oss til å være strukturert i søkingen. I tillegg til undervisning av Høgskolen om hvordan vi skal søke, meldte vi oss på et ekstra kurs holdt av biblioteket for å bli bedre og for å få svar på spørsmål vi hadde angående søking av artikler. Vi følte dette var til stor hjelp. Vi søkte i databaser som vi hadde tilgang til gjennom bibliotekets hjemmeside. Der hadde vi mulighet til å skrive ut de elektroniske utgavene.

Databasene vi valgte å benytte oss av var: Ovid nursing database, svemed+, Pro Quest og Psyk Info. Vi har også søkt i Cinahl og Embase uten gode resultater. Vi benyttet oss av søkeord som Bariatric surgery, Obesity, nurses, Empowerment, patient education, coping strategies og risk factors. Vi begrenset noen av søkene våre ved at det kun ble vist fulltekst i noen av databasene. Biblioteket fortalte at dette kunne være en svakhet ved at vi kunne gå

glipp av noen artikler, men vi valgte å gjøre dette for å begrense søke resultatene og da hadde mulighet til å gjøre en grundig vurdering av artiklene. I ProQuest kunne vi begrense det til kun fagfelleverdert. Vi har også søkt i tidsskrifter igjennom BIBSYS som skolen har tilgjengelig og fant en artikkel fra 2004 som var relevant. Vi brukte avansert søk i de forskjellige databasene vi søkte i. Vi har sittet hver for oss i søkeprosessen men hadde felles søkeord og skrev underveis ut de artiklene vi følte var relevante. Vi gikk så sammen og leste alle artiklene i fellesskap og hadde en muntlig gjennomgang. Dette gjorde at vi begge vurderte artiklene og kvalitetssikret dem.

For å være kildekritisk og for å undersøke om artiklene er pålitelige har vi benyttet oss av NSD-publiseringsskanal (2013). Her kan vi sjekke de tidsskriftene som forskningsartiklene er hentet fra og se om de utfyller kriterier gitt av universitetet og høgskolerådet. Ved å legge inn navnet på den tidsskriften artikkel er hentet fra kommer det opp en oversikt over det vitenskapelige nivået tidsskriftet har. I følge NSD-publiseringsskanal (2013) er nivå 1 ordinære vitenskapelige publiseringsskanaler, og nivå 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje.

2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Når vi begynte søkeprosessen valgte vi å se på artikler fra 2007-2013. Dette var for å få gode forskningsresultater og god validitet. For å kunne svare på problemstillingen vår har vi tatt med 5 kvalitative studier, 1 empirisk studie, 2 CCT-ikke randomisert og 2 kohort studier. De kvalitative artiklene gir oss et innblikk i de erfaringene overvektige har før og etter operasjon for sykkelig overvekt noe som er relevant for vår problemstilling.

Vi inkluderte artikler fra Norge, Australia, Sverige og USA. Flertallet av artiklene vi har valgt å bruke er fra Norge og dette syntes vi er en stor styrke i oppgaven og som læringsutbytte ved at det er funn vi kan relatere oss til og anvende som norske sykepleiere. I forhold til målgruppe har vi valgt å inkludere fra 18-80 år, selv om vi her i Norge har en veiledende aldersgrense på 60 år for å få en operasjon.

Vi har valgt og ikke skille mellom operasjonsmetodene. Det som er interessant for oss er utfordringene og erfaringene hos denne pasientgruppen og vi mener det vil være mye av det samme uavhengig av metode.

Vi har inkludert noen artikler som handler om livsstilsendring og motivasjon for overvektige som ikke har gjennomført og ikke har noen umiddelbare planer om å gjennomføre en fedmeoperasjon. Vi ekskluderte artikler eldre enn seks år, men vi valgte å gjøre et unntak. Vi har tatt med en kvalitativ studie fra 2004 som sier noe om hvor viktig det er med god informasjon for å skape trygghet og håp før operasjon. Denne artikkelen er et viktig bidrag i vår studie og har relevans for vår problemstilling.

Vi fulgte IMRAD- strukturen (innledning, metode, resultat, diskusjon) når vi vurderte artiklene, de skulle være fagfellevurdert noe som medfører et høyere vitenskapelig nivå. Vi ekskluderte alle artikler som ikke var fagfellevurdert, men vi valgte å inkludere en artikkel av Stewart, Olbrisch og Bean (2010) som vi fant i et tidsskrift som er fagfellevurdert men vi kunne ikke finne noe nivå. Artikkelen følger IMRAD- strukturen og alle kildene de har brukt er fagfellevurdert med nivå 1 eller 2 og de har brukt forskning fra ulike tidsskrifter. På bakgrunn av dette vurderte vi denne som god nok.

2.3 Forskningsetiske overveielser

Når man gjør en systematisk litteraturstudie er det begrenset anledning til å ta etiske hensyn. Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for studentoppgaver og for forskning, det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser (Dalland 2010).

Dette tenker vi mye på i vår oppgave siden mesteparten av forskningen vi har med er basert på erfaringer og opplevelser av andre mennesker. Vi har på best mulig måte anonymisert pasientene, samtidig som er det viktig at vi gjør rede for alle kilder som brukes under oppgaven. Når vi har brukt funn fra bøker og artikler har vi vært klar over at forfatteren kan ha tolket den opprinnelige kilden annerledes enn det original litteraturen har ment og har prøvd å finne grunnkilden.

3.0 Resultat

Vi har organisert resultatene etter kategorier som vi kom frem til. Dette ble 5 hovedtemaer som dekker artiklenes funn.

3.1 Oversikt over artikler

Forf/år/land /tidsskr	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Kvalitet
Knutsen, Ingrid. Terragni, Laura. Foss, Christina. 2013 Norge <i>Qualitative Health Research</i> 23(1)66-77	Empowerment and Bariatric Surgery: Negotiations of Credability and Control	Hvordan et program med fokus på empowerment for pasienter sykelig overvekt virker på individets identitet.	Kvalitativ studie. Intervju	9 overvektige som skulle gjennomføre operasjon. 1 mann og 8 kvinner mellom 37-56 år.	De skaper en skjør identitet, en ambivalens mellom frihet og kontroll. De samlet funnene under overskriftene kontroll og verdighet.	Nivå 2. Full fagfelle-vurdering.
Knutsen, Ingrid. Foss, Christina. 2010 Norge <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> 2011;25;126-133	Caught between conduct and free choice-a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patient.	Undersøke forståelsen og strategier om empowerment i lærings- og mestrings sentrets kurs innen livsstilsendring blant overvektige	Empirisk studie. Felt studie	Ukjent	Viser hvordan empowerment er en del av LMS sitt program og lagt inn i undervisning	Nivå 1. Fagefelle-vurdert
Knutsen, Ingrid. Terragni, Laura. Foss, Christina. 2011 Norge <i>Nursing Inquiry</i> 18(4): 348-	Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves.	Hensikten i kurset er å «empower» individer mot livsstilsendring	Kvalitativ studie. Intervjuer.	12 deltagere 4 mennesker 8 kvinner Alle over 18 år	De opparbeider seg styrke og makt i nye posisjoner og finner sin plass i gruppen. Skaper seg en identitet som skifter mellom å være fornøyd med sitt nye selv og frykten for å gå tilbake til gamle vaner.	Nivå 1

358						
Borge, Lisbeth. Christiansen, Bjørg. Fagermoen, May Solveig. 2012 Norge <i>Sykepleien Forskning</i> 7: 14-22	Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt	Å få fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen.	Kvalitativ studie	11 personer 7 kvinner 4 menn 26-56 år	Fem hovedtemaer ble funnet. (1) stor kropp og belastninger (2) erfaring med fastlege og helsepersonell (3) mellom kunnskap og handling (4) sosial støtte (5) operasjon – eneste håp til endring	Nivå 1
Aasprang, Anny. Andersen, John Roger. Sletteskog, Nils. Våge, Villy. Bergholm, Per. Natvik, Gerd Karin. 2008 Norge <i>Tidsskrift for norsk legeforening.</i> 128:5 59-62	Helserelatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt.	Hvilken effekt har overvekts kirurgi på helse-relatert livskvalitet hos overvektige	Kohortstudie	48 pasienter 26 kvinner 22 menn Gj, snittsalder på 37,4 år. KMI gj.snitt 51,5.	Før operasjon hadde de svært dårlig HRLK sammenlignet med norske normdata. 1 år etter bedring på alle sub-skaler i SF-36.	Nivå 1
Colles, Susan. Dixon, John B. O'Brian, Paul E. 2007 Australia <i>Obesity</i> 16:number 3: 615-622	Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery.	Å vurdere omfanget av spiseatferd før og 1 år etter fedmeoperasjon, og utforske en rekke spise-mønstre, fht vektreduksjon.	Kohortstudie	129 stk 26 menn 103 kvinner Alder 18-65	Man kan se at kandidatene har en del problemer med spise-mønster både før og etter operasjonen, og at dette fører til dårligere resultater for dem.	Nivå 1
Guerdjikova, Anna I. West-Smith, Lisa. McElroy, Susan. Sonnastine, Thomas.	Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric	Å karakterisere følelsesmessig spising og dens alternativer hos pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon.	CCT-ikke randomisert.	Av 178 pasienter blir 69 identifisert som EE av disse er 50 pasienter brukt i	38% rapportert som EE (emotional eaters). 3 typer alternativ atferd: - Oral - beroligende - fysisk aktivitet De fleste bruker orale	Nivå 1

Stanford, Kevin. Keck, Paul. 2007 USA <i>Obesity Surgery</i> 17: 1091-1096	surgery.			datagrunnlaget. Gj. snittsalder: 40.6.	alternativer.	
Karlsson, J C. Taft, A. Ryder, L. Sjøstrøm og M. Sullivan. 2007 Sverige <i>International Journal and obesity</i> 31, 1248-1261	Ten- year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study.	Undersøke hvilken trend og effekter behandling av vektreduksjon har på livskvalitet hos svært overvektige.	CCT-ikke randomisert	653 fedmeopererte og 621 konservative behandlet, og som fullførte 10 år studie	HRQOL bedres betraktelig i operasjonsgruppen det første året. I vekttoppgangsfasen 1-6 år reduseres HRQOL. I perioden 6-10 år relativt stabilt. Vekt og HRQOL etter 10 år signifikant forverring.	Nivå 1
Stewart, Karen E. Olbrisch, Mary Ellen. Bean, Melanie K. 2010 Virginia USA Bariatric Nursing and Surgical patient care. Vol 5, nr 2: 179-185	Back on Track: Confronting post-surgical weight gain.	Hensikten med denne studien er og beskrive deltagerne tilbakemeldinger i en pilot gruppe etter gjennomført gastric bypass surgery.	Kvalitativ studie	14 pasinter Alle kvinner Alder: 32-67 Kirurgi minst 18 mnd før.	Deltagerne beskriver ulike utfordringer etter gjennomført operasjon og i den forbindelse kommer frem til at de har god nytte av et kurs i etterkant av operasjonen for og hjelpe dem og komme «Back on Track»	Fagfelle vurdert.
Grønnestad K, Berit. Blystad, Astrid. 2004 Norge Vård i Norden Vol 24, nr 4: 4-8	Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon.	Hensikt med denne studien er finne ut hvordan pasienter opplever informasjon i forbindelse med en operasjon.	Kvalitativ studie.	8 Deltagere Både kvinner og menn. Alder: 29-80 år	Informantene i denne studien fremhever at det er god og tilstrekkelig informasjon er av svært stor betydning, og det viktigste med informasjonen er at det gir trygghet og håp.	Nivå 1

3.1.1 Empowerment og utfordringer ved eget selvbilde og identitet

Innen helsefremmende arbeid er empowerment en nøkkel faktor og er beskrevet som en støttende prosess som gir grupper og individer muligheten til å forandre sin egen situasjon til det bedre. Dette er det motsatte av det paternalistiske helsevesenet, som har fokus på at helsepersonell vet best (Knutsen og Foss 2010). Empowerment har fått økende fokus den siste tiden. Empowerment handler om overføring av kunnskap fra helsepersonell til pasient. Empowerment som en metode i undervisning er lite beskrevet uten om at det skal være fokus på pasienten og basert på prinsipper fra erfaringsbasert læring (Knutsen og Foss 2010).

Fremgangsmåten til LMS er at det skal være likhet mellom deltakere og kursholdere. De stiller krav til aktive deltakere. Livsstils kurset er basert på tanken om at det er mulig å styrke (empower) deltakerne til en sunnere livsstil, altså styrke dem mot selvkontroll (Knutsen, Terragni og Foss 2011).

LMS har også egne programmer i kurset som går direkte på å takle overvekt. Kurset har evnen til å «empower» pasientene til å ta ansvar for egen helse. Hele programmet består av et kurs i livsstilsendring, operasjon og behandlingen etterpå. Gjennom kurset skal det skapes en identitet og det dreier seg om kontroll og troverdighet, men at de også er fanget i en ambivalens mellom frihet og kontroll. Overvektige opplever stigmatisering og empowerment er beskrevet som en fremgangsmåte hvor intensjonen er å styrke grupper som er utsatt for stigmatisering (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Som nevnt ovenfor handler kursene som har fokus på empowerment om å styrke deltagerne til å ta kontroll over egen helse og mye handler derfor om å ha selvdisciplin. Disse pasientene har problemer med å kontrollere seg selv i forhold til livsstilsnormene og dette kommer i konflikt med identitetsarbeidet. Flere sier i det første intervjuet som ble gjennomført av Knutsen, Terragni og Foss (2013) at de hadde gitt opp arbeidet om å forandre situasjonen på egenhånd. Mat var en stor del av livet. De var ikke til å stole på når det kom til kontroll over matinntaket og falt for fristelser. Dette medførte følelsen av depresjon og de hadde en historie med flere runder mislykket slanking. Dette behandlingsprogrammet representerte et håp om forandring og en mulighet til å leve et annet liv (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Kurset i livsstilsendring lærte dem å gjøre forandringer i livet for å ta kontroll over situasjonen. På kurset hadde de ikke fokus på antall kilo de mistet, å bli tynn var ikke målet. Ni måneder etter operasjonen gikk deltagerne ned mellom 30 og 52 kg. Dette opplevde de

som en lettelse og følte de hadde kontroll over livet. Denne nye kontrollen fikk dem til å nyte en ny selv (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Noen sier de savnet sitt gamle forhold til mat, fordi mat var kos tidligere. Sosiale settinger opplevde de som vanskelig, for eksempel kunne de ikke lenger spise som andre. Fristelser og ønsker om maten de spiste før måtte se seg tapt av behovet for kontroll over inntaket.

Deltagerne så da på seg selv som ansvarsfulle og moralske individer (Knutsen, Terragni og Foss 2011).

Mange følte det var vanskelig å være alene med kontrollen, de hadde jo bevist tidligere i livet at de ikke var til å stole på. Frykten for å miste kontroll og å legge på seg i fremtiden var noe de tenkte på og de så på seg selv som upålitelige. Tidligere erfaringer med mislykket slanking fulgte deltagerne fortsatt. Hvis de ikke klarte å kontrollere seg selv, klandret de seg selv for at de ikke benyttet muligheten. Identiteten de skapte var hele tiden i forandring. De skiftet mellom å være glad, suksessfull, ha kontroll, samtidig stresset og usikker over fremtiden (Knutsen, Terragni og Foss 2013). Operasjonen ble beskrevet som eneste utvei og at egen innsats ikke var tilstrekkelig. Gjennom operasjonen ville de få en indre kroppslig kontroll og de ble tvunget til å skape gode mønstre. Dette var ingen dans på roser men en lang læringsprosess i forhold til nye kostvaner og trening (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012).

Flere deltagere beskriver at det er godt å møte andre på kurset som er i samme situasjon. De fikk dele tanker og erfaringer. De ble nødt til å definere seg selv som overvektige og det var viktig at de innså at de trengte hjelp. Dette skapte en tilknytning og identifisering blant gruppe medlemmene. I gruppen hadde de andre holdninger til overvekt enn hva de møtte i hverdagen. De ble ikke dømt og det påvirket dem ikke. De ble en av alle og skilte seg ikke ut. De opparbeidet seg styrke og «makt» i nye posisjoner og fant sin plass i gruppen (Knutsen, Terragni og Foss 2011).

Kampen mot fedme er en livslang reise og kirurgi kan være et effektivt tiltak, men det er mange av pasientene som opplever post-kirurgisk vekt oppgang. Pasientene rapporterer problemer med hunger etter spesiell mat og utfordrende spise atferd etter en relativt kort periode etter operasjonen. 8-24 måneder etter operasjonen hadde de kontroll over vekt nedgangen og de hadde avlastning fra sine kamper med spising. De beskriver at de ikke

hadde interesse i mat og de kunne « ta det eller la være», og mange var lettet. Flere følte at problemer med matinntaket var borte og beskrev en dyp skuffelse og frustrasjon når mat igjen begynte å «ringe til de» (Stewart, Olbrisch og Bean 2010).

Deltagerne beskrev at de hadde lært en rekke forvaltningstiltak og strategier, men at de hadde begynt å bli dårligere til å bruke dem. Det blir beskrevet at de begynte å unngå eventuelle tilbakemeldinger som ville minne dem på vektøkningen. Flere sluttet å veie seg, gikk ikke til sine årlige kontroller hos kirurgene og shoppet ikke nye klær. I kurset de var med på i etterkant ble de lært å bruke disse tilbakemeldingene som verktøy for å holde vekten, holde fokus og komme tilbake på sporet. De beskrev en lettelse over at andre deltagere slet med det samme og de opplevde støtte fra andre som forstod (Stewart, Olbrisch og Bean 2010).

Ifølge idealer om normal kroppsstørrelse, vil det å ha en stor kropp bety at de ikke følger normene om å leve sunt. Deltagerne snakker om andre menneskers negative holdninger og dømmer deres synlige store kropper. Det pekes på fokuset i moderne samfunn som snakker om den tynne kroppen (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Gjennom et liv med fedme beskriver deltagerne at deres identitet ble ødelagt. Skam og skyldfølelse var nå en del av identiteten og de følte at overvekten var en selvpåført tilstand. På kurset var det lov å feile, da beholdt de verdigheten og følelse av skam og skyld ble holdt utenfor (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Knutsen, Terragni og Foss (2013) beskriver at de etter operasjonen fikk en ny start. Men deltagerne var bekymret for ikke å beholde den gode følelsen og at de da ville vende tilbake til tidligere oppførsel og skamfulle tanker. Som en følge av vektnedgangen fikk de bedre selvtillit. Dette påvirket deres sosiale identitet, fikk et åpent sinn, glad og følte seg vel (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

3.1.2 Spiseatferd som utfordring

I studien til Colles, Dixon og O'Brian (2007) tok de utgangspunkt i to forskjellige endringer av spisevaner og vurderte deres atferd før operasjon og 1 år etter operasjonen for å se om dette påvirket vektnedgangen.

En av flere spisemønstre som overvektige sliter med før operasjonen er BED (Bing eating disorder) som innebærer flere ukontrollerte episoder der de spiser enormt store mengder mat. Dette har ofte tilknytning til vonde følelser som depresjon, misnøye med utseende og sult.

I studien kommer de frem til at når noen har problemer med BED før operasjonen er det store sjanser for at dette vil påvirke dem etter operasjonen også. De har en høyere risiko for postoperativ ukontrollert spising som blir kategorisert som Beitere (kontinuerlig inntak av mindre mengder mat) (Colles, Dixon og O'Brian 2007).

Hensikten med studien til Guerdjikova m.fl (2008) var å kartlegge følelsesmessig spising og alternativ spiseatferd hos pasienter som gjennomgår fedme operasjon. Det kommer frem at det brukes flere strategier for å hindre følelsesmessig spising, blant annet beroligende atferd, fysisk aktivitet eller «putte noe i munnen». De fleste bruker beroligende atferd for å få tankene bort fra å spise, og så kommer avledningen med å putte noe i munnen og deretter fysisk aktivitet. Uavhengig av hvilken metode de brukte gikk de like mye ned i vekt. Flertallet av pasientene fulgte dietten de hadde fått etter operasjonen.

Funnene i studien viser behovet for at pasienten blir undervist i metoder for å takle følelsesmessig spising. Dette kan hjelpe dem med vekt nedgang og opprettholde vektreduksjonen før operasjonen som også er med på å redusere peroperative komplikasjoner. Hvordan følelsesmessig spiseatferd utvikler seg etter operasjonen er usikkert, men det har blitt gjort flere studier på spiseforstyrrelser, blant annet Bing eating disorder som viser at forstyrrelsen opptrer igjen 2 år etter operasjonen, og det samme kan være sant for følelsesmessig spiseatferd (Guerdjikova m.fl 2007).

Hvis pasientene blir presentert for sunne alternativer til følelsesmessig spiseatferd før operasjonen og kan jobbe med dette postoperativt er det større sjanse for et bedre utfall i forhold til følelsesmessig spising. Det er lurt å lære disse pasientene kognitive teknikker og atferds teknikker for å takle hunger etter operasjonen. Da kan vi forhindre at pasientene spiser usunn mat som gir et dårlig resultat. Følelsesmessige spisere er en vanlig gruppe blant pasienter som skal gjennomgå gastric bypass operasjon. Å identifisere disse pasientene blant kandidatene er svært viktig i et kurs før gastric bypass operasjon og sette i gang tiltak tidlig for å unngå vekt oppgang etter operasjonen (Guerdjikova m.fl 2007).

Stewart, Olbrisch og Bean (2010) har gjennomført en 8 ukers studie med fokus på gruppe terapi for å hjelpe pasienter som har havnet utenfor programmet etter operasjonen til å komme «Back on Track». I denne forbindelse har de kombinert kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju.

Deltagerne vurderte likemannsarbeid som en svært verdifull del av gruppen og rapporterte

betydelige atferdsendringer, forbedret motivasjon, selvtillit og vekttap som resultat av å delta i gruppen og denne behandlingsmetoden. Hver økt i kurset inkluderte en bit som omhandlet mestringsstrategier basert på kognitiv atferdsterapi, med fokus på sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. De lærte å utforske hvilken rolle mat hadde i forhold til unngåelse av emosjonell opplevelse. Eksempel: lære å bruke scoringsskalaer av fysisk versus psykologisk sult, og stoppe under en mat hunger og spørre – hva er den følelsen jeg kjenner/føler nå? De skal fokusere på en annen erstatnings atferd som for eksempel å ringe en venn (Stewart, Olbrisch og Bean 2010).

3.1.3 Behovet for støtte fra familie og venner

De sosiale konsekvensene rundt det å leve med fedme var et sentralt tema på kurset som ble kalt «Back On Track». De diskuterte erfaringer om hvordan andre mennesker oppfatter og reagerer på overvektige personer. De følte på diskriminering og at vekten hadde påvirket deres samvær med andre mennesker. Etter operasjonen og vektnedgangen hadde flere personer tatt kontakt med de sosialt. Tidligere hadde vekten gitt dem en viss grad for sosial beskyttelse, for eksempel i forhold til uønsket seksuell oppmerksomhet. Noen av deltagerne mente dette hadde vært en av grunnene til vektøkningen i førsteomgang. De kunne ikke lenger klandre vekten på et mislykket forhold (Stewart, Olbrisch og Bean 2010).

Noen av deltagerne beskrev at selv om partneren var støttende i deres situasjon forstod de ikke alltid den følelsesmessige utfordringen dette bringer med seg. De kunne føle seg fristet og presset til å overspise når deres ektefeller eller familiemedlemmer var tilstede.

Familiemedlemmer kan ofte være ettergivende i forhold til mat i et forsøk på å være støttende. Familie og venner forsto ikke at de sliter med maten men de andre i kursgruppen forstod, noe som førte til at de var mindre alene i sin kamp (Stewart, Olbrisch og Bean 2010)

De diskuterte at støtte var en viktig del av kurset og følte de fant denne støtten i resten av gruppen. De var lettet over å høre andre deltagere med de samme utfordringene og følte de kunne ta opp sin følelsesmessige kamp om mat og deres skuffelser over at kampen kom tilbake etter en periode.

Disse resultatene tyder på at å tilby kurs som «Back on Track» vil forberede pasientene både fysiologisk og psykologisk, og kan bli en viktig bidragsyter til langsiktig suksess for overvektige kirurgiske pasienter. (Stewart, Olbrisch og Bean 2010)

I Karlsson m.fl (2007) sin studie fant de en signifikant forbedring i sosial interaksjon med familie, venner og samfunnet ett år etter operasjonen. Måleinstrumentet som ble brukt i studien var sickness impact profile (SIP) som måler helserelatert dysfunksjon i det sosiale liv. Etter seks til ti år kunne man se en gradvis tilbakegang av problemene som ble målt. Overvektige opplever ofte diskriminering og stigmatisering som kan føre til dårligere sosial fungering. Denne pasientgruppen står i høyrisiko fasen for å utvikle forstyrrelser i de psykososiale funksjonene før en eventuell fedmeoperasjon. Deltagerne forteller om dårlig intim og seksuell fungering, lavere sosialt nettverk og langt dårligere helserelatert fungering. De opplever dårligere selvfølelse, at de får mindre følelsesmessig støtte og til tider depresjoner. Dette gjør at dem har lettere for å isolere seg (Karlsson m.fl 2007).

Som nevnt tidligere ga kursene støtte ved at de møtte mennesker i samme situasjon. Gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold var noe deltagerne beskrev som gode opplevelser. Noen deltagere var ikke så aktive i kurset men fortalte at de likevel hadde godt utbytte av å høre andres erfaringer. Halvparten deltok i selvhjelpsgrupper etter kurset. Her skaffet de seg et nytt nettverk, venner, sosial trening og en felles plattform. De jobbet sammen om en mer helsefremmende livsstil (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012).

3.1.4 Endring av Livskvalitet:

Flere studier har vist at pasienter med sykkelig overvekt har vesentlig redusert helserelatert livskvalitet og at de opplever en dramatisk forbedring etter kirurgisk behandling (Aasprang m.fl 2008). For å måle helserelatert livskvalitet benyttet Aasprang m.fl (2008) seg av spørreskjemaet short form health survey 36, SF-36. Dette er et multidimensjonelt selvrapporteringsskjema. Dette er et av de mest brukte og validerte spørreskjemaene som blir brukt i Norge og internasjonalt i forhold til måling av livskvalitet.

Det er sju forskjellige temaer de skal svare på: fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, kroppslige smerter, generell helse, vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon, mental helse og tilslutt om de har opplevd noen helseendring siden operasjonen. De som deltok innfridde kriteriene for sykkelig overvekt. Resultatene viser at deltagerne i denne studien har betydelig dårlig SF 36 score ved studiestart enn normalt på alle områdene. Det er en statistisk signifikant bedring ved et års oppfølging på alle feltene. De fleste vurderer helsa som bedre nå

enn for et år siden, men noen følte seg som tidligere (Aasprang m.fl 2008).

De sier i studien at de ikke kan si om bedring i livskvalitet skyldes vektnedgang. Det er rapportert tidligere forskning som gir grunn til å anta at det er en sammenheng med vektreduksjon og bedring av livskvalitet. Av etiske grunner kan de ikke kategorisere pasienter med sykkelig overvekt i en klinisk studie. Med bakgrunn i dette er det et holdepunkt for å hevde at prospektive studier med klare behandlingsmål, nøye oppfølging og lang oppfølgingstid av minst fem år gir en god begrunnelse for å evaluere behandlingen av sykkelig overvektige (Aasprang m.fl 2008).

En styrke ved studien er at de benyttet SF-36 kan fange opp endringer i kroppsvekt og helserelatert livskvalitet. Dette gjør at det er mulig å sammenlikne resultatet med en annen befolknings norm og andre pasienter. En del av problemene kan være påført og forsterket av det samfunnet de lever i. Dårlig livskvalitet sammen med de mange medisinske tilleggssykdommene ved sykkelig overvekt tilsier at denne pasientgruppa bør prioriteres høyt av Norsk helsevesen (Aasprang m.fl 2008).

Karlsson m.fl (2007) har gjort en stor studie for å undersøke effekten av fedmeoperasjon og dens påvirkning på livskvaliteten 10 år etter gjennom å bruke SIP (sickness impact profile). I gruppen som gjennomgikk operasjonen ble helserelatert livskvalitet forbedret det første året etter operasjonen. Vektreduksjon fasen var størst 6 mnd-1 år etter operasjonen. Mange av deltagerne opplever en vektoppgang fase 1-6 år etter operasjonen og da en nedgang i helserelatert livskvalitet. Vektoppgangen avtok etter 6 til 10 år og normalvekten kom tilbake innen 10 år hos 16 % av deltagerne noe som stabiliserte både vekt og helserelatert livskvalitet. Endringer i helserelatert livskvalitet påvirkes av vekttap, vektoppgang og vektstabilisering (Karlsson m.fl 2007).

3.1.5 Møte med helsepersonell:

Knutsen, Terragni og Foss (2011) sier at helsepersonell skal ha respektfulle holdninger, ydmykhet, anerkjennelse, forståelse.

I en studie som har blitt gjort i forhold til motivasjonskurs for personer med overvekt tar de for seg 5 hovedtemaer som viser hva som har betydning for deltagerens motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring. Helsepersonellens væremåte og forståelse var avgjørende for

å bli motivert til livsstilsendring. Flere hadde opplevd negative og fordømmende holdninger, som for eksempel at de burde skamme seg og at det er deres egen karakterstyrke og viljestyrke som gjør at de er syke. Når de følte at de ble sett og forstått strakk de seg lenger og ble mer positivt innstilt på trening og livsstilsendring. Studien sier at vi som helsepersonell må tenke på at vi ikke skal være belærende og lite støttende. Denne gruppen har økt krenkbarhet for stigmatisering og følelse av skam. Kvaliteten på møte med helsepersonell er avgjørende for deltakernes opplevelse og utbytte av kurset (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012).

Knutsen, Terragni og Foss (2011) forteller at deltakerne opplever stigmatisering relatert til den store kroppen, i tillegg til skam og depresjon fordi de ikke klarer å matche det kroppsidealet som er «normalt». Personer med en overvektig kropp er synonymt med at de ikke klarer å kontrollere seg selv. De skammer seg over seg selv og den store kroppen.

Tidligere forskning på generell informasjon til pasienter som skal gjennomgå en operasjon viser at god pasientundervisning har betydelige positive effekter. Pasientens rett til informasjon og medbestemmelse er nå nedfelt i pasientrettighetsloven §3-1, §3-2 (Lovdata 1999). Studien viser at det er betydelige hull i informasjonen, ikke minst i den postoperative fasen. Studien antyder også at informasjon har stor betydning for pasientens opplevelse av trygghet og håp. Det tyder også på at god pasientundervisning både øker pasientens generelle tilfredshet og påvirker pasientenes helsestatus ved å redusere stress, angst, smerter, øker mestring, kunnskapsnivå, fysisk – og psykisk velvære og i tillegg reduserer liggetiden som følge av færre komplikasjoner (Grønnestad og Blystad 2004).

Informasjon skaper videre trygghet i forhold til behandlingstiltak, pasientrollen og hjelper pasientene med å forberede seg på det de skal gjennomgå. Når helsepersonell gir informasjon opplever også pasientene at personalet har kunnskap og kompetanse. Dette øker tilliten til personalet og bidrar til å skape trygghet (Grønnestad og Blystad 2004).

Flere studier påviser at pasientundervisning – når den når frem har en rekke positive effekter. Informantgruppen illustrerer således hvor vanskelig det er å gi informasjon som møter de ulike pasienters behov på dette området. Skal pasientens behov kunne møtes krever det både tid, omtanke og stort kjennskap til den enkelte pasient. Informantene hevder at det å være ressurssterk både har betydning for mestringsevnen og evnen til å skaffe seg informasjon.

Trygghet og selvtillit ble nevnt som slike ressurser. Vi er med andre ord tilbake ved fenomenet grunntrygghet. Høy grad av grunntrygghet som er en personlig mestringsressurs og høy grad av situasjons relatert trygghet som pasienterfaring gir, ser altså ut til å gjøre det lettere å skaffe seg nødvendig informasjon (Grønnestad og Blystad 2004).

Valget om å bli operert for sykkelig overvekt er ingen lett avgjørelse eller lett løsning. Sykehusene som tilbyr slik behandling må ha høy kvalitet, pasientene må ha realistiske forventninger og delta aktivt i behandlingen. Erfaring med aktiv pasient deltagelse er gode og pasienter som velger overvektkirurgi rapporterer om økende kontroll og mestring på en rekke livsområder (Aasprang m.fl 2008).

For å skape et godt læringsmiljø og forutsigbarhet hos deltagerne er det et klart program som Knutsen, Terragni og Foss (2013) har beskrevet som timeplan. Kurset blir løst, men deltagerne har ikke mulighet til å påvirke. Dette er laget i samarbeid med tidligere deltakere og helsepersonell. Hver dag har ulike temaer som blir tatt opp. Fokus på dialog og samarbeid mellom deltakere og kursholdere, og pasient aktivitet er høyt i fokus. Deltagerne ble satt i hesteko og skulle dele erfaringer og tanker. Ikke alle var like aktive, flere likte ikke å snakke i grupper, men likevel ble alle oppfordret til å si noe. Kurslederne svarte på alle kommentarer og utbrudd av følelser med en holdning som bar preg av oppmerksomhet, lytting, ydmykhet og støtte. Dette resulterte i en åpen atmosfære som bar preg av alvor og humor. Det ble en trening i å styrke selvet, altså selvstyrke. Hensikten var ikke å lære deltakerne hva som er riktig, men målet var at de skulle mobilisere seg selv, dra frem sine styrker og finne sin egen vei (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Det ble også brukt en handlingsplan for å forandre livsstil. Deltakerne ble nødt til å lage en plan for hvordan de hadde tenkt å forandre sine vaner. Dette skulle vurderes hver uke og de måtte prøve nye måter. De skulle velge noe de hadde lyst til å gjøre og utfordre seg selv. Målet med dette var å få frem at de er frie individer og kan velge handlinger for seg selv, men de fikk ikke være frie til å velge selv og ikke gjøre det (Knutsen, Terragni og Foss 2013)

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte problemstillingen vår mot resultatene vi fant i de 10 forskningsartiklene og samlet under 5 kategorier, og samtidig belyse relevant teori fortløpende.

4.1 Resultatdrøfting

I diskusjonsdelen har vi valgt å bruke de samme overskrifter som i resultatdelen. Dette var for å få en mer oversiktlig sammenheng mellom resultat og diskusjon. Vår funn sier noe om vårt møte med pasienten og de utfordringer og erfaringer ved livsstilsendring disse har før og etter en fedmeoperasjon.

4.1.1 Empowerment og utfordringer ved eget selvbylde og identitet

«Det er få nervetråder i fett men det har blitt vårt mest følsomme vev» (Skårderud 1999)

Deltakere fra studien til Knutsen, Terragni og Foss (2013) forteller at identiteten har blitt ødelagt etter et liv med fedme. Å identifisere seg selv som overvektig og arbeidet med å styrke identiteten er noe av det første de tar tak i på kursene ledet av LMS og sykepleier (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring 2013). Som nevnt tidligere handler empowerment om å ta styring over egen helse (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Ofte er det knytte flere psykiske problemstillinger til overvekten. For eksempel kan noen ha vært utsatt for seksuelle overgrep eller andre traumer og mat har vært en måte for dem å takle dette (Hummelvoll 2012). For at deltakerne skal få innvilget en operasjon er det blant annet viktig å kartlegge slike problemstillinger og få profesjonell hjelp til å bearbeide dette før operasjon (SI Kongsvinger 2013).

Det blir viktig at sykepleieren samarbeider med pasienten om å identifisere, fremme og styrke mulighetene for å ta mest mulig kontroll over det som påvirker helsen (Tveiten 2012).

I dette samarbeidet er relasjonen av stor betydning. Å være en samarbeidspartner i empowerment prosessen innebærer at sykepleieren får en annen rolle enn den tradisjonelle

hjelperen som løser pasientens problemer, det blir en veilederrolle (Tveiten 2012). Vi vil drøfte veilederrollen mer utdypende senere i oppgaven.

I samhandlingen i Empowerment prosessen er det to eksperter; pasienten og sykepleieren. Det er pasienten som er ekspert på seg selv. Pasienten skal medvirke og dette innebærer at pasienten blir spurt, lyttet til og tatt på alvor. Å bli spurt, tatt på alvor og lyttet til er en måte å bli anerkjent på. Pasientene skal delta i beslutningsprosesser (Tveiten 2012).

Empowerment er utfordrende. Det vil oppstå mange spørsmål og mange av dem kan være vanskelig å svare på. Da er det viktig at vi som helsepersonell reflekterer rundt spørsmålene, slik at grunnlaget for våre handlinger blir etisk og faglig fundert (Tveiten 2012).

Er det mulig for alle å ta denne kontrollen og la seg «empower»? Det forutsetter bevissthet og vilje til å ta kontroll. Graden av medvirkning vil variere, alle har ulike forutsetninger for å medvirke og noen personer ønsker kanskje ikke å medvirke. Det kan være vanskelig for sykepleiere å akseptere at noen ikke vil medvirke. Medvirkning er sentralt i Lov om pasient- og brukerrettigheter og i det faglige grunnlaget vårt, men det at noen velger og ikke medvirke er også å medvirke (Tveiten 2012).

Gjennom vår relasjon til den enkelte pasient kan vi bidra til medvirkning ut fra den enkeltes forutsetninger. Sykepleieren må se og lytte til pasienten, anerkjenne kompetansen hun/han har, og i størst mulig grad legge til rette for medvirkning (Tveiten 2012).

Stuart (2001) mener at kroppen betyr så mye for selvet at hun beskriver kropps bilde som det «livslange ankeret» i selvet. En persons holdninger til egen kropp kan gjenspeile viktige sider ved identiteten. For eksempel en følelse av at kroppen er for stor avdekker noe av selvbildet. På mange måter befinner sykepleieren seg i en unik posisjon med en sjelden mulighet til å møte mennesker som strir med egen identitetsfølelse. Gjennom ulike sykepleie handlinger kommer sykepleieren tett innpå mennesker. Eksempel på slike handlinger er å observere pasienten, lytte, bekrefte, å se pasienten og å sette ord på følelsene (Solvoll 2008).

Hva er spesielt med å møte denne pasientgruppen? Dette er pasienter som har et dårlig selvbilde og har blitt møtt med diskriminering i samfunnet over lengre tid (Knutsen, Terragni og Foss 2011). Omgivelsene vil tillegge den som er fet personlige egenskaper i bestemte retninger. Fettet assosieres med det å være lat, lite målbevisst, manglende kontroll og evnen til

å bestemme seg (Rugseth 2006).

Vi har presentert en pasientgruppe som er særdeles sårbare. Å begi seg inn på områder der en berører andre menneskers dype personlighetsmessige spørsmål krever en varsom og aktpågivende tilnærming. Det betyr ikke at vi skal bli passive, det krever konsentrasjon og tankekraft å ta imot det pasienten forteller. Vi må respektere, godkjenner og stadfester pasientens rett til å være den han er. Vi må innta en aksepterende holdning til personen, uavhengig av presentasjon. Arbeid med selvfølelse er tidskrevende og det er viktig at hver enkelt kan få bruke den tiden de trenger for å ta nye steg i sin personlige utvikling (Solvoll 2008).

I studien til Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) sier deltagerne at de tidligere har blitt møtt med dårlige holdninger fra helsepersonell. Dette gjør at pasientene synes det er svært vanskelig å spørre etter hjelp og de kommer lett i forsvarsposisjon. Dette gjør at mange var skeptiske til å delta på lærings og mestringskurset. Dette vil da bli en utfordring for de som skal jobbe med denne pasient gruppen på kurset, siden det tar lenger tid å få tillitt, men derimot de som har blitt møtt med støtte i en vanskelig situasjon er klar over at de må ta tak i situasjonen og har fått hjelp til dette før kurset og har en annen innstilling når de kommer (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012).

I denne sammenhengen mener vi at Travelbee sin tankegang i forhold til hvordan vi skal møte pasienten er viktig. Travelbee hevder at en hver pasient er et unikt og et uerstattelig menneske. Det er viktig å få frem at selv om denne pasienten har mange av de samme problemene som andre kursdeltagere, er dette mennesket helt spesielt og har sin egen bakgrunn. Travelbee understreker viktigheten av at vi som sykepleiere kjenner til hvordan hver enkelt opplever sin situasjon og vi må vite hvilken mening hun/ han tillegger den, vi skal ikke ha fokus på selve diagnosen og overvekten (Travelbee 1977).

Vi mener at det i denne sammenheng er særdeles viktig siden en del av prosessen handler om å hjelpe pasientene til å se på seg selv annerledes.

Å bli møtt med respekt for den personen hun/han er, livet de lever og selvbylde de har kan gi en form for lindring. Sykepleieren kan bidra til å lindre pasientens fysiske, mentale og emosjonelle selvbylde. Hvis vi ikke er bevisst på hvordan handlingene og måten vi opptrer på ovenfor pasienten kan dette også øke pasientens negative syn på seg selv. For å oppnå målet med sykepleien som er å lindre og fremme mestring er det helt nødvendig at sykepleieren går inn for å bli kjent med pasienten som person (Slettebø 2009).

Dette handler om menneske- til- menneske relasjonen som Travelbee har fokus på og viktigheten med denne. For å bli kjent må man vektlegge kommunikasjon og samhandling. Å snakke med pasienten på en måte som gjør at hun/hun kan åpne seg om sin situasjon og sitt syn på seg selv blir viktig. For å få til dette må vi stille åpne spørsmål, kommuniserer målrettet og bruke oss selv terapeutisk. Dette krever fagkunnskap om sykdommen, teoretisk forståelse for situasjonen og ferdigheter i kommunikasjon og samhandling. Vi vil da bli kjent med pasienten som person og dette medfører at pasienten føler at du bryr deg om hvordan hun/han har det og dette innvirker positivt på situasjonen (Travelbee 1977).

Når vi blir kjent med pasienten som person, tar vi i bruk en bevisst intellektuell tilnærming som Travelbee kaller empati. Dette innebærer at sykepleieren viser vilje til å ta del i å forstå den psykiske tilstanden som denne pasienten er i. Evnen til empatisk forståelse gir imidlertid en tilgang til å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. Når dette er oppnådd kan sykepleieren forstå lidelsen til pasienten og forholdet vil bli forandret. Ved å vise empati formidler sykepleieren at en forstår og deler pasientens fortvilelse og hun/han slipper å bære byrden alene. Pasienten vil med dette føle at sykepleieren bryr seg om hvordan hun har det og denne opplevelsen påvirker positivt både psykisk og fysisk. Dette gir pasienten mulighet til å føle trygghet og mestre sitt syn på seg selv og lindre deres lidelse (Travelbee 1977).

4.1.2 Spiseatferd som utfordring

Ukontrollerte spisevaner er en type problematisk atferd som mange av de overvektige sliter med (Colles, Dixon og O'Brian 2007, Guerdjikova m.fl 2007).

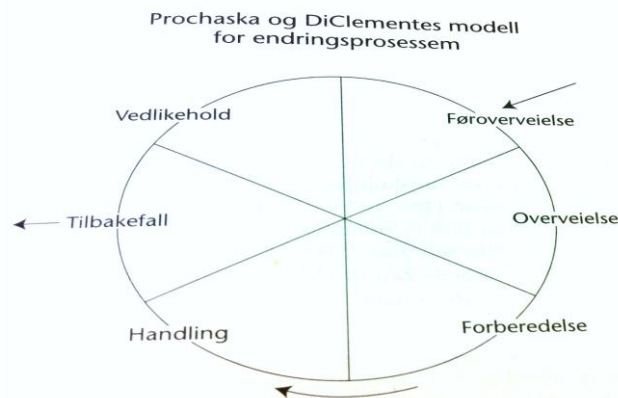
Forandring av problematisk atferd avhenger av at personen må være motivert og ha tillitt til sin egen evne til å endre atferd. Motivasjon og mestring tilsammen kan summeres i to hovedspørsmål; Hvorfor er det viktig å gjøre en forandring? Hvordan kan jeg få det til? Mestring eller hvordan man kan endre seg handler om at man aktivt søker og forsøker hensiktsmessige måter å gå frem på for å nå målet. Motivasjon og mestring har innvirkning på hverandre. En motivert person søker aktivt etter fremgangsmåter og investerer mye tid på endringene (Barth, Børtveit og Prescott 2003).

Colles, Dixon og O`Brian (2007) tok utgangspunkt i to forskjellige endringer av spisevaner og vurderte dere atferds før og 1 år etter operasjonen. Et av flere spisemønstre som overvektige slet med var BED (bing eating disorder). Det kommer frem i studien at det er store sjanser for at de som sliter med BED før operasjonen vil bli påvirket av dette etter operasjon også. Dette

er en av flere typer problematisk atferd som overvektige sliter med.

Som sykepleiere må vi kunne hjelpe pasienten til å takle en slik utfordring både før og i tiden etter operasjonen. Et verktøy både for sykepleier og pasient er Prochaska og DiClementes modell for endringshjulet. Dette blir brukt for å kartlegge hva hver enkelt strever med og hvilke tiltak som kan iverksettes for at pasientene skal komme seg videre i endringshjulet og frem til beslutningsfasen og vedlikeholdsfasen. Dette er et hjelpemiddel for oss til å tilpasse våre intervensjoner og råd (Barth, Børtveit og Prescott 2003).

Modellen beskriver kjennetegn ved en persons tanker, følelser og atferd i ulike stadier av en endringsprosess (Barth, Børtveit og Prescott 2003).



Endringene forløper i faser. I føroverveises fasen er personen lite bevisst på problematiske sider ved atferden og vurderer derfor ikke å endre den. I overveisesfasen blir personen bevisst på de negative sidene og overveier endring. Så kommer beslutningsfasen/ forberedelsesfase der pasienten beslutter seg til å gjøre endring og deretter handlingsfasen, hvor endringen blir iverksatt. Det er også en tilbakefallsfase, det er vanlig at gastric bypass pasienter opplever et tilbakefall og dette er nesten noe man må forvente. Vi ønsker å synliggjøre at dette er normalt slik at pasienten ikke får for store skuffelser hvis de eventuelt får tilbakefall. Vedlikeholdsfasen er der endringene skal feste grepet og holdes vedlike (Barth, Børtveit og Prescott 2003).

Med bakgrunn i forståelsen av endringsprosessen kan vi si noe mer om når vi som sykepleiere skal fokusere på motivasjon og når vi heller skal gi praktiske råd om hvordan man skal gå frem for å endre seg. For at vi skal kunne lykkes med å veilede disse pasientene mot et

spesielt mål må vi først finne ut hvor hver enkelt befinner seg i endringshjulet og begynne endringen der. Vi mener det kan være lettere å begynne veiledning av pasienter som er i beslutningsfasen og har bestemt seg for en endring enn pasienter som er i en overveielse fase og kan være usikre og utrygge i settingen.

Guerdjikova m.fl (2007) nevner også følelsesmessig spising som en atferd hos overvektige. I forhold til dette er det svært viktig å identifisere de pasientene som sliter med ukontrollerte spisevaner for å kunne sette i gang tiltak for å unngå vektoppgang etter operasjonen. Hun nevner strategier som beroligende atferd, fysisk aktivitet eller «putte noe i munnen» som avledning.

Andre aktiviteter vi tenker de kan avledes med er å vaske, strikke, gå tur og ringe en venn. Pasienten må bli presentert for sunne alternativer til følelsesmessig spiseatferd men det er også viktig å kjenne på følelsene de har i øyeblikket, det er lov til å vise følelser (Guerdjikova m.fl 2007). En annen teknikk er å la pasientene lage seg en plan og så tegne seg en identitet og relasjons forklaring. Hva tenker jeg? Hva føler jeg? (Knutsen, Terragni og Foss 2013).

Guerdjikova m.fl (2007) sier i sin studie at det er lurt å lære disse pasientene kognitive teknikker og atferds teknikker for å takle behovet for usunn mat og store mengder mat etter operasjonen. Ved bruk av kognitiv terapi legges det vekt på samspillet mellom individets tanker, følelser og atferd. Spiseforstyrret atferd kan ofte oppstå i relasjon til negative følelser. Overdrevet spising når man er trist er vanlig følelse-atferd-koblinger. Sykepleierens oppgave blir å hjelpe pasienten til å gjenkjenne og verbalisere følelser. I stedet for å stenge følelsene inne som kan resultere i eventuell overspising må pasienten lære forskjell på følelser og handling, for eksempel at man kan være meget sint på en person uten å skade vedkommende (Hummelvoll 2012). Oppgaven og utfordringen vår som sykepleier blir å hjelpe pasienten til å gjenkjenne følelser, kjenne etter hva han/hun har lyst til og så støtte pasienten i forsøkene på å finne egne måter å uttrykke følelser på. Hensikten med dette er å utvide følelsesregisteret slik at det blir lettere å vite hva og hvor mye hun/han vil kontrollere av følelser og hvilke lengsler og behov som han/hun vil tilfredsstille.

Her vil det være naturlig at vi som sykepleiere forsøker å beskrive det som vi ser av reaksjoner hos pasienten. Pasienten må oppmuntres til egne ordvalg. Mange kan ha nytte av å skrive ned følelsesreaksjoner og så snakke med sykepleier om dem senere (Hummelvoll 2012).

Deltagerne på kurset skal gjennom en lang endringsprosess hvor et av områdene er forholdet til mat og spisevaner. I forkant av operasjonen kreves det fra kirurgene at de må gå ned 5-10 kg. Dette er for å redusere mulighetene for komplikasjoner men også for å kunne se om de er villig til å gjøre en innsats for endring (Stavanger Universitetssjukehus 2010).

Hummelvoll (2012) sier at mat kan tjene som trøst og beroligelse når man opplever seg stresst, engstelig eller frustrert. Studien til Colles, Dixon og O'Brian (2007) forteller at mange overvektige som har tatt en avgjørelse om å gjennomføre en gastric bypass operasjon har ukontrollerte episoder der de spiser store mengder mat. Ofte er dette tilknyttet vonde følelser som depresjon og misnøye med utseende.

En av mange utløsende årsaker er mangelfull personlighetsutvikling med dårlig kjennskap til seg selv i form av evne til å registrere følelser og behov tydelig sammenkoblet med dårlig utviklet problemløsningsevne (Hummelvoll 2012).

4.1.3 Støtte fra familie og venner

Kurset ved sykehuset har satt av en dag med psykolog som pårørende kan delta på. Etter denne dagen kunne vi se viktigheten med at partner og familie involveres i prosessen. Det ble tatt opp hvilke utfordringer og forandringer som partneren eller annen familie kan oppleve etter operasjonen. Et familieforhold kan bli satt på spill i positiv og negativ forstand.

Hummelvoll (2012) sier at det er viktig at sykepleier inviterer familie til samtale og en orientering om behandlingsopplegget er vesentlig for å sikre seg familiens støtte.

I studiene til Karlsson m.fl (2007) og Stewart, Olbrisch og Bean (2010) kommer det frem at mange opplevde partneren som støttende men at de ikke alltid forstod den følelsesmessige utfordringen de gjennomgår. Deltagerne i studien til Stewart, Olbrisch og Bean (2010) forteller at familie og venner forsøker å være støttende, men at det blir på en slik måte at flere følte seg fristet til å spise i nærvær av familie og venner og at dem var ettergivende i forhold til mat i forsøk på å være støttende. Kursdeltagerne diskuterte at støtte var en viktig del av kurset og følte de fant denne støtten i resten av gruppen. De var lettet over å høre andre deltagere med de samme utfordringene og følte de kunne ta opp sin følelsesmessige kamp om mat.

Vi mener at støtte og nettverk er en forutsetning for å takle sin nye hverdag. Familie og

venner kan være nøkkelpersoner for å lykkes i prosessen. Hvis familien mangler kunnskap og forståelse om sykdommen og derfor inntar en sterk kritisk holdning skapes det et negativt følelsesmessig klima i familien med anstrengte relasjoner. Dette kan medføre økt stress og skyldfølelse for den opererte pasienten og dermed økt risiko for tilbakefall (Hummelvoll 2012). Her har sykepleier en sentral rolle når det kommer til undervisning og veiledning av pårørende. Temaer vi som sykepleiere kan formidle er kunnskap om prosessen pasienten skal gjennomgå, praktiske ferdigheter for å mestre situasjonen, kommunikasjonsferdigheter dem imellom og hjelp til å håndtere egne følelser og gi dem hjelp til å planlegge fremtiden (Kristoffersen 2010)

Karlsson m.fl (2007) fant i sin studie en signifikant forbedring i sosial interaksjon med familie, venner og samfunn ett år etter operasjonen. Kursene ga støtte ved at de møtte mennesker i samme situasjon. Gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold var noe deltagerne beskrev som gode opplevelser. Halvparten deltok i selvhjelpsgrupper etter kurset. Her skaffet de seg et nytt nettverk, venner, sosial trening og en felles plattform som var svært viktig for å opprettholde en helsefremmende livsstil (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012). Selvhjelpsgrupper eller andre oppfølgingskurs er ikke noe det blir lagt til rette for i etterkant fra kursarrangørenes side. Her har sykepleieren en jobb med å motivere deltagerne til å holde kontakt med hverandre og bruke hverandre som støtte (Stewart, Olbrisch, Bean, 2010)., Det finnes brukerorganisasjon for overvektige (Landsforening for overvektige, LFO). Hvis det å være medlem i en gruppe truer vårt personlige selvbilde vil vi mest sannsynlig vende oss bort fra denne gruppen. Å møte stigmatisering på mange ulike områder i livet er svært truende for selvbildet vårt. LFO har i Norge bare 200 medlemmer, til tross for at halve Norges befolkning er overvektige (Johnsen 2011). Dette mener vi er veldig synd siden overvektige trenger en sterk medlemsorganisasjon for å kunne kjempe for en bedre oppfølging med sykepleier etter operasjonen. Funn i studien til Stewart, Olbrisch, og Bean (2010) sier at de pasientene som fikk tilbud om «Back on Track» kurs greide seg tilstrekkelig bedre enn de som ikke hadde dette opplegget.

4.1.4 Endring av livskvalitet

Flere studier har vist at pasienter med sykkelig overvekt har vesentlige redusert livskvalitet og at de opplever en dramatisk forbedring etter slankeoperasjonen (Aasprang m.fl 2008).

Karlsson m.fl (2007) har også gjort en studie som viser at mange av deltagerne hadde en vekttoppgang etter 1-6 år og dermed fikk pasientene en nedgang i helse relatert livskvalitet. Det er helt normalt at vekttapet kan stoppe opp i et par uker, spesielt de første ukene etter operasjonen (Stavanger universitetssykehus 2010)

Vi mener det da blir viktig at pasientene ikke har for store forventninger, og setter seg realistiske mål for vekt nedgangen.

Mestringsstrategier er et verktøy som sykepleiere kan lære bort til pasientene. Dette defineres som flere handlinger eller væremåter som til sammen sier noe om hvordan vi møter ulike situasjoner. Utviklingen av hensiktsmessige mestringsstrategier innebærer å sette i gang prosesser der pasienten blir i stand til å takle livet ut i fra et realistisk ambisjonsnivå. En slik prosess krever at pasienten får hjelp til å bevisstgjøre dagligdagse tanke -og atferdsmønstre, vurdere troverdighet og/eller hensiktsmessighet av disse tanke -og/eller atferdsmønstre og bruke dem systematisk i selvstendig problemløsning (2:Helsedirektoratet).

Et annet tema som vi mener sykepleieren må ha fokus på under et kurs er fysisk aktivitet. Vi må ikke ha for store krav til pasientene i forhold til trening, å gå en kort tur kan være nok i begynnelsen. Fysisk aktivitet bedrer humøret, gir energi, reduserer stress og bedrer forhold til egen kropp. Det er også blitt bevist at fysisk aktivitet kan forebygge utviklingen og forbedre enkelte psykiske lidelser, enten alene eller med andre behandlingsalternativer. Fysisk aktivitet er derfor en kilde til bedre livskvalitet (3: Helsedirektoratet)

Som nevnt i resultatdelen har en studie fra Aasprang m.fl (2008) brukt et multidimensjonelt selvrapporingsskjema som heter Short form health survey (SF-36) for å måle livskvalitet. Dette er det mest brukte og validerte spørreskjema som blir brukt i Norge og internasjonalt. Dette kan være et verktøy som kan kartlegge om de livsstilsendringene som vi har forsøkt å forberede pasientene på under kurset har gitt en bedre livskvalitet. utfordringene med dette er at vi som sykepleier stort sett ikke møter igjen pasienten etter operasjon og vi har hatt vanskeligheter med å finne arenaer hvor vi kan benytte oss av dette.

4.1.5 Møte med helsepersonell

Ved sykehusene som gjennomfører gastric bypass er det sykepleiere som har ansvar for førstegangssamtalen etter mottatt henvisning fra fastlege. Sykepleieren er en del av det tverrfaglige teamet som skal gjøre en helhetsvurdering av pasienten (Vedlegg 2).

Knutsen, Terragni og Foss (2011) og Borge, Christoffersen og Fagermoen (2012) har i sine studier funnet ut at pasientene ønsker å bli møtt med respektfulle holdninger, anerkjennelse og forståelse.

Kristoffersen og Nortvedt (2010) sier at sykepleierens holdninger og væremåte spiller en viktig rolle for etablering av en terapeutisk relasjon. Våre holdninger forstått som den måten vi fremtrer på i en konkret situasjon er viktige i den forstand at de er et spontant uttrykk for hvordan vi er som personer og for hvordan vi reagerer i situasjoner. For eksempel sier flere studier at overvektige blir møtt med diskriminering og stigmatisering i samfunnet og at helsepersonell er blant disse. Det er viktig at vi er bevisst på hvordan vi opptrer rundt denne pasient gruppen. Dette vil vise seg igjennom bruk av kroppen, i stemmen og blick (Borge, Christoffersen, Fagermoen 2012).

Vi mener at alle er ansvarlige for sine holdningsmessige reaksjoner og vi må tilpasse væremåten vår til den aktuelle situasjonen. Skal man som sykepleier arbeide med denne pasientgruppen er vi nødt til å ha et annet syn på overvekt og fedme enn hva vi kanskje hadde. Etter deltagelse på kurset fikk vi en helt annen oppfatning av et liv med fedme. Vi fikk høre deltakernes tanker og følelser om hverdagen og vi forstod hvor komplekst livet som overvektig er.

Ansvarlig sykepleier som vi har snakket med forteller at det er sykkelig overvektige personer som kommer til en førstegangssamtale og de forteller at de gjør alt riktig. De spiser sunt og trener tilstrekkelig, men forstår ikke hvorfor de ikke går ned i vekt. Da kan det være vanskelig å vise forståelse, det er ikke mulig å være i denne situasjonen hvis du gjør alt riktig.

Profesjonell opptreden er nettopp det å kultivere sin oppførsel være sensitiv for andre og ha herredømme over sin væremåte (Hummelvoll 2012).

Flere deltakere sier at anerkjennelse er viktig. Dersom vi ikke bekrefter og anerkjenner den andres selvopplevelser risikerer vi at vedkommende sitter igjen med en opplevelse av å være skamfull, skyldig og full av feil. Den videre dialogen stanser i verste fall opp eller blir begrenset til trygge temaer der den andre føler seg akseptert (Røkenes og Hanssen 2012). Den

ansvarlige sykepleieren fortalte at hun på disse samtalene utfordret pasientene til å fortelle om de underliggende historiene og det ble ofte vist ulike følelser. Det vil si uten en anerkjennende og respektfull holdning for pasientens opplevelse ville hun aldri ha fått denne åpenheten og disse reaksjonene.

Når vi utøver sykepleie med utgangspunkt i Travelbee`s sykepleiefilosofi er mening og håp sentrale fenomener som sykepleier skal ha som mål å fremme opplevelsen av. Vi skal engasjere oss i samtaler med pasientene for å bli kjent med dem som person. Dette vil bidra til at de opplever sin situasjon som meningsfull. Det er viktig at sykepleier setter av tid til samtaler i en hektisk hverdag (Kristoffersen 2008). For at pasientenes behov skal kunne møtes understreker det behovet for tid til samtale (Grønnestad og Blystad 2004). Dette kan ansvarlig sykepleier bekrefte er noe de har tatt med i betraktning når de planla programmet. Hun forteller at det er satt av 1,5 time til førstegangssamtalen med sykepleier. Dette sier hun er relativt mye tid i forhold til hva mange andre pasientgrupper får, men med bakgrunn i hva vi har nevnt angående møte med denne pasientgruppen mener vi dette er nødvendig.

Grønnestad og Blystad (2004) forteller at pasientundervisning har en rekke positive effekter hvis den når frem til pasienten. Flere av informantene hevder at det å være ressurssterk både har betydning for mestringsevne og evnen til å skaffe seg informasjon. Trygghet og selvtillit ble nevnt som slike ressurser og dette er beskrevet som grunntrygghet. Høy grad av grunntrygghet skal gjøre det lettere å skaffe seg nødvendig informasjon.

Som nevnt tidligere er dette pasienter med en skjør identitet og et dårlig selvilde. Det er da viktig at vi som sykepleier skaper trygge omgivelser og legger til rette for grunntryggheten. Dette kan vi for eksempel gjøre ved å møte pasienten med respekt, gode holdninger og anerkjennelse.

I de yrkesetiske retningslinjene heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (NSF 2007:7). Respekt blir vist ved høflighet ovenfor mennesket. Det handler om å ta pasientens syn på alvor og lytte til hva hun/han har å si. Respekt er altså en holdning hos sykepleieren som viser seg i måten hun møter pasienten på. Vi må ta oss god tid til å lytte og gripe fatt i det som opptar pasienten og gjerne tilby hun/han en hånd å holde i. Hvis pasienten ønsker at du skal gå skal man respektere dette. Det er viktig at vi ikke snakker til pasienten, men med pasienten.

Sykepleieren må gi individuell sykepleie med utgangspunkt i de forhold som er viktige for pasienten. Dette setter store krav til sykepleieren, både når det gjelder holdninger og kunnskaper (Slettebø 2009).

Veiledning:

For at pasienten skal kunne få god kunnskap og evne til å mestre utfordringene i etterkant av operasjonen mener vi at veiledning er nøkkelordet for sykepleiere. Mestringskompetansen styrkes ved både undervisning, informasjon, instruksjon og rådgivning, men veiledning er likevel forskjellig fra disse metodene. Veiledning kan defineres som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anvise, forklare og orientere (Pearsall 1998). Veiledning forutsetter at det er en dialog mellom veileder og den som veiledes. Det er svært viktig at han/hun er «veiledbar» knyttet til å møte den andre der han er, se den andre, oppnå tillit og ut fra dette skape et grunnlag for veiledning (Tveiten 2008).

Veiledning er pedagogisk virksomhet og hensikten spesielt med denne pasientgruppen er at mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring. Pasienten skal selv oppdage, lære og se hva som er aktuelle handlinger for seg. Sykepleieren skal i denne sammenheng ikke først og fremst gi svar, men hjelpe pasienten til selv å finne svar. Veiledning handler om å møte pasienten der han/hun er og høre deres behov. Bevisstgjøring av hensikten med veiledningen kan være kjernen. For å komme frem til dette kan vi for eksempel stille spørsmål som; Hva er du opptatt av? Hva er viktig for deg at vi fokuserer på? Hva er hensikten med dette?, Hva kan jeg som veileder bidra med? (Tveiten 2008).

Veiledning grenser til mange andre typer metoder og en av dem er rådgivning. Det er viktig at vi er beviste på når det er behov for rådgivning og at dette blir presisert. Man kan gi råd, men pasienten må kunne få frihet til å følge disse eller ikke. Spesielt i en sammenheng hvor det er en gruppe er det ikke sikkert det rådet du gir passer for alle. Noe som kan være vanskelig for denne pasientgruppen er forholdet til mat og familiemedlemmer (Stewart, Olbrisch og Bean 2010). Dersom en pasient synes det er vanskelig å se andre spise, kan sykepleieren i veiledning fokusere på hva som er vanskelig med å se andre spise? hva gjør det med pasienten? Hvilke konsekvenser får dette for pasienten? Og hva kan pasienten gjøre for å komme videre i sin utvikling på dette området? Slik gjøres følelser til gjenstand for refleksjon og bearbeidelse i veiledning (Tveiten 2008).

For at sykepleieren skal kunne oppnå hensikt med veiledningen er det nødvendig å være bevisst på de ulike fasene eller strukturen veiledning burde ha. Det første er planleggingsfasen og dette er tiden før veiledningen. Her må man tenke over hvem den lærende er og hvilke betydning dette har (Tveiten 2008).

I denne pasientgruppen er det overvektige vi skal veilede. Betydningen er at de skal kunne mestre en hverdag etter operasjonen på best mulig vis. Det er hensiktsmessig å reflektere over egen motivasjon og holdninger. Har man lite motivasjon og dårlig holdninger ødelegger denne relasjonen med pasienten og dette vil hemme læringen. Bli kjent- / bli trygg-fase er en fase som begynner når sykepleier og pasient møtes. Dette møte er svært viktig i forhold til tilliten og videre veiledning. At partnerne blir kjent med hverandre skaper også trygghet. I denne fasen er det lurt å klargjøre hvilke forventninger man har til hverandre og kurset. Arbeidsfasen er der selve veiledningen foregår, man arbeider med innholdet og det er her pasienten kan oppdage, lære og erkjenne hva han eventuelt ønsker å forandre og hvordan forandringene skal skje (Tveiten 2008).

Det er et gammelt ordtak som sier « den vet best hvor skoen trykker, som har den på» dette er i tråd med veiledningens grunnleggende ide at svaret er i oss, men kanskje ikke alltid bevisst, og kanskje ikke alltid i form av et svar men kanskje en oppdagelse. I avslutningsfasen kan man trekke konklusjoner, oppsummerer med pasienten hva han har lært og ser på videre veier. Det er viktig å bearbeide og oppmuntre pasienten til å fortsette og reflektere over handlinger og iverksette disse over tid (Tveiten 2008).

4.2 Metodediskusjon

I vår oppgave har vi fulgt retningslinjer for Bachelor oppgave fra Høgskolen i Gjøvik. Dette har vært til god hjelp i forhold til å ha en god struktur. Å følge fremdriftsplanen har ikke vært noe problem for oss. Vi har jobbet kontinuerlig og i felleskap med oppgaven hele veien. Samarbeidet oss i mellom har fungert veldig bra. Vi har til tider vært uenige, men dette har ført til gode refleksjoner noe som vi mener styrker vår oppgave. Det har også vært en fordel å være to når vi skulle kvalitetssikre forskningsartiklene og muligheten for bedre bedømming av disse.

Søkeprosessen har nok vært litt tilfeldig og ustrukturert til tider. Vi hadde vanskeligheter i starten med å finne gode søkeord. Etter veiledning med bibliotek fikk vi klarhet i spørsmål vi hadde angående søk og vurdering av artikler. Søkestrategien vår har utviklet seg mye i denne perioden. Mange av funnene våre kunne ikke inkluderes i studien, men det gir en bredere kunnskap om temaet og var nyttig i forhold til diskusjonsdelen.

For å finne gode artikler ble vi nødt til å se på forskning gjort på flere typer slankeoperasjoner. En fellesbetegnelse for slankeoperasjon er bariatrisk kirurgi. Vi mener at utfordringene ved å endre livsstil er de samme uavhengig av operasjonsmetode. De 10 artiklene vi har valgt å bruke har vi vurdert som gode artikler og finner dem relevante for vår oppgave.

Vi har brukt pensum litteratur gjennom store deler av oppgaven og nettsider som helsedirektoratet og Store Norske Leksikon.

Store norske leksikon er en godkjent kilde for både skoler og universiteter og helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Vi vurderer dette som pålitelige kilder.

Som nevnt tidligere i oppgaven har vi deltatt på en kursdag for pasienter som skal gjennomgå Gastric bypass operasjon. Dette ga oss en ekstra motivasjon, interesse og bedre kunnskap om denne pasientgruppen noe vi mener styrker oppgaven og resultatene vi har kommet frem til.

5.0 Konklusjon

Hensikten med vår oppgave var å finne ut hvordan vi som sykepleiere skal møte og hjelpe gastric bypass pasienter med utfordringer knyttet til livsstilsendringene etter operasjon. Resultatene i vår litteraturstudie sier noe om møte med helsepersonell og de erfaringer og utfordringer pasienter som skal gjennomgå en fedmeoperasjon har før og etter operasjon.

I empowerment prosessen er det viktig at vi samarbeider med pasienten om å identifisere, fremme og styrke mulighetene for å ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Vi må huske at det er pasienten som er ekspert på seg selv og gi rom for medvirkning. Vi som sykepleiere må gå inn for å bli kjent med pasienten som person og dette gjør vi ved å stille åpne spørsmål, kommunisere målrettet og bruke oss selv terapeutisk.

For å endre gamle vaner og tillegge seg en ny livsstil må det til en endring. Vi har foreslått individuell oppfølging, kognitive teknikker, atferds teknikker, mestringsstrategier og Prochaska og DiClementes' endringshjul som verktøy for sykepleiere.

Dette er en pasientgruppe som har blitt møtt med diskriminering og stigmatisering i samfunnet. Det er derfor svært viktig at vi er bevisst på hvordan vi opptrer rundt disse pasientene. Vi må møte pasientene med respektfulle holdninger, anerkjennelse og forståelse. Joyce Travelbee's teori om menneske-til-menneske relasjon er et godt utgangspunkt.

Støtte og nettverk er en forutsetning for å mestre sin nye hverdag. Vi som sykepleiere må involvere familien og venner ved å gi de økt kunnskap om prosessen. Disse kan være nøkkelpersoner for å lykkes i prosessen.

Gjennom denne oppgaven ønsker vi at helsepersonell kan se hvor kompleks et liv med overvekt er og forstå viktigheten av å møte dem med respekt.

Vi håper at denne oppgaven kan være til hjelp for helsepersonell i møte med pasienter for bedre å kunne veilede, gi informasjon og følge opp den enkelte pasient.

6.0 Litteraturliste

1: Helsedirektoratet (2007). Prioriteringsveileder- sykkelig overvekt. Oslo [online] URL:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-sykkelig-overvekt/Sider/default.aspx> (31.04.13)

2: Helsedirektoratet (2011) Mestringsstrategier. Oslo. [online] URL:

<http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/utfordrende-tilstander/strategier/mestringsstrategier/Sider/default.aspx> (02.05.13)

3: Helsedirektoratet (2004) Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykisk lidelse. Oslo. [online] URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser/Publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser.pdf> (08.05.13)

Aasprang, A. m.fl. (2008). Helse relatert livskvalitet før og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt. I: *Tidsskrift for norske legeförening*. 128:5, s. 59-62.

Aleris (2013) overvektsklinikk. *Slankeoperasjoner*. [online] URL:

<http://www.overvekt.net/index.php?id=1040> (02.05.13)

Barth, T. Børtveit, T og Prescott, P. (2003) *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Borge, L. Christiansen, B. Fagermoen, M.S. (2012). Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt. I: *Sykepleien forskning*. 7: s. 14-22.

Colles, S. Dixon, J.B. O'Brian, P.E. (2007). Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. I: *Obesity*. 16:3, s. 615-622.

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Forsberg, C. Wengstrøm, Y.(2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur &

Kultur.

Grønnestad, K. Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. I: *Vård i Norden*. 24:4, s. 4-8.

Guerdjikova, A. m.fl (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. I: *Obesity Surgery*. 17: s. 1091-1096

HIG (2013). Forskningsområde I I klinisk sykepleie [online] URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (02.04.13)

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Johnsen, T.A (2010) «Det er en billett men ikke hele reisen»: en kvalitativ studie av pasienters erfaringer med fedmekirurgi fire år etter inngrepet. Masteroppgave. UiO

Johnsen, T.A. (2011). *Overvektige blir sett ned på*. [online] URL:
<http://bramat.no/vekt/overvekt/295-feite-folk-er-ekle2?highlight=WyJqb2huc2VuII0=>
(31.04.13)

Karlsson, J. C. m.fl. (2007). Ten year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. I: *International journal and obesity*. 31; s. 1248-1261

Knutsen, I. Foss, C. (2010). Caught between conduct and free choice- a field study of an empowering programme in lifestyle change of obese patient. I: *Scandinavian journal of caring science*. 2011:25, s.126-133.

Knutsen, I. Terragni, L. Foss, C. (2011). Morbidly obese patients and lifestyle change: constructing ethical selves. I: *Nursing Inquiry*. 18:4, s. 348-358.

Knutsen, I. Terragni, L. Foss, C. (2013). Empowerment and bariatric surgery: Negotiations of credibility and control. I: *Qualitative Health Research*. 23:1, s. 66-77

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

Kristoffersen, N.J. (2010). Stress og mestring. I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Skaug, E.A. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. s, 133-189. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N.J. Nortvedt, P.(2010). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, P. Skaug, E.A.(red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. s, 83-157. Oslo: Gyldendal Akademiske

Lovdata. (1999). *Pasientrettighetsloven. Rett til medvirkning og informasjon*. [online] URL: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (30.04.13)

NSD- publiseringskanalen. Om NSD. [online] URL: <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html> (20.04.2013).

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. (2013). Om NKS [online] URL: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/> (07.05.13)

NSF (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund. [online] URL: <Http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/> (05.05.13)

Paersall, J. (red). (1998) *The new oxford dictionary of English*. Oxford: Clarendon press

Rugseth, G. (2006). Når perspektive endres – Fra fett til erfaring. I: *Fysioterapeuten*. 8: s. 17-21.

Røkenes, O.H. Hanssen, P.H. (2012). Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget

SI Kongsvinger. *Overvektsklinikken., mot en varig livsstilsendring - og bedre helse*. [online] URL: www.sykehuset-innlandet.no (05.05.13)

- Skårderud, Finn (1999). *Fet makt*. [online] URL: <http://www.dagbladet.no/kultur/1999/06/08/167291.html> (05.05.13)
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Solvoll, Betty-Ann. (2008) Identitet og egenverd. I: Kristoffersen, N. Nortvedt, F. Skaug, E (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Stavanger Universitetssjukehus. *Informasjon til deg som skal opereres for sykelig overvekt*. Helse stavanger HF. 03/2010. [online] URL: www.sus.no/info (04.05.13)
- Stewart, K.E. Olbrisch, M.E. Bean, M.K. (2010). Back on Track: confronting post-surgical weight gain. I: *Bariatric Nursing and Surgical patient care*. 5:2, s. 179-185.
- Store Norske Leksikon. *Livskvalitet*. [online]. URL: http://snl.no/.sml_artikkel/livskvalitet (06.05.13)
- Stuart, G.W. (2001). Self-concept responses and dissociative disorders. I: G.W. Stuart og M.T. Laraia. *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby
- Sykehuset Innlandet (2012). Informasjon til deg som ønsker operasjon for sykelig overvekt. S, 1-4. Gjøvik
- Travelbee, Joyce. (1977) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammervik, Å og T. Larsen (red.). *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk AS, s. 173-191.

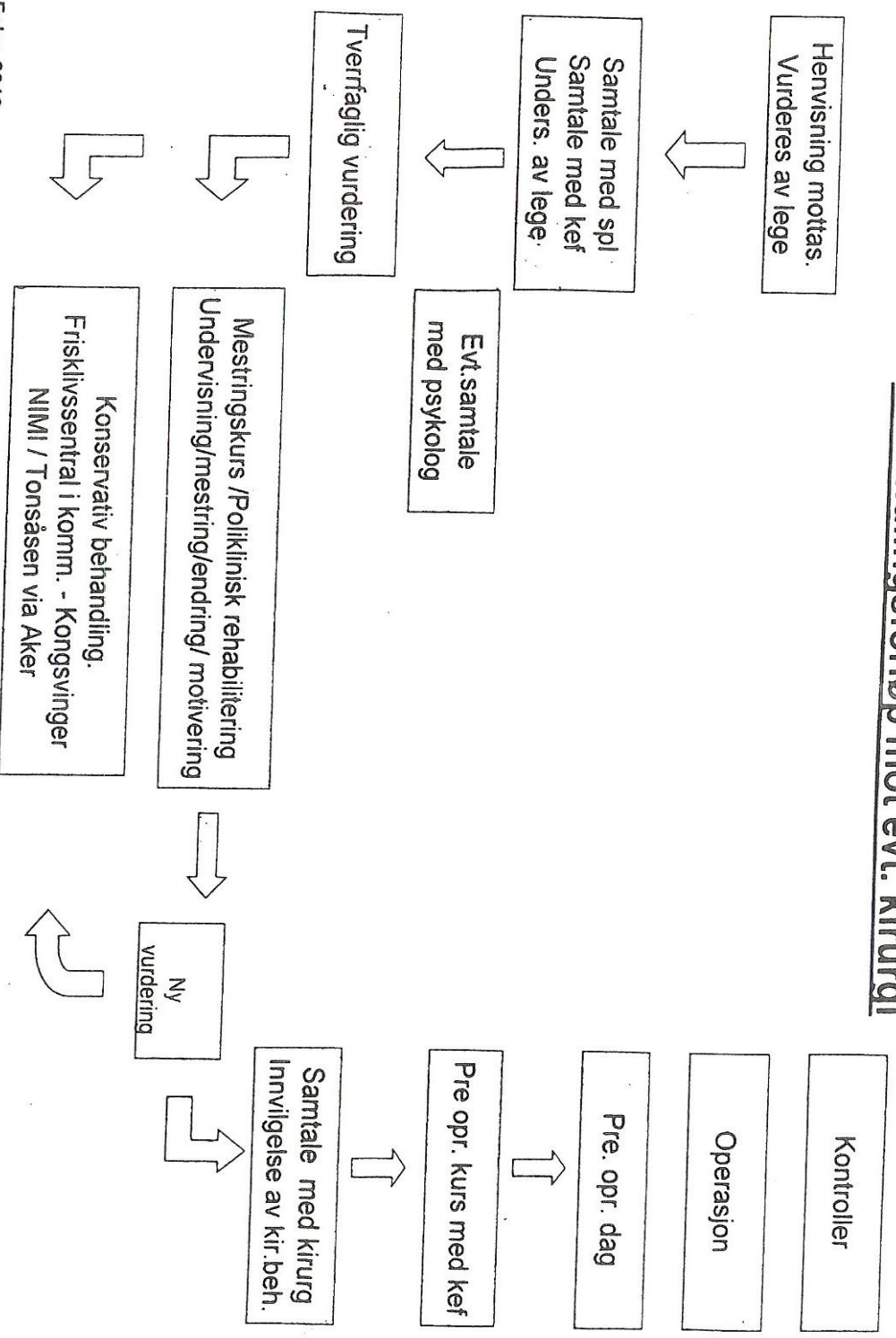
Vedlegg 1:

Søkehistorikk:

Søke dato	Database	søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Inkl. art	Artikkelnavn
05.04.13	Sve Med	1. Overvekt and 2. Livskvalitet	27	1	1	Helserelatert livskvalitet for og eit år etter operasjon for sjukleg overvekt
08.04.13	Sve Med	1.Livsstilsending and 2. Motivasjon	2	1	1	Motivasjonskurs for personer med sykkelig overvekt.
03.04.13	Ovid Nursing database	1. patient education and 2. Bariatric Surgery	36		1	Nr 3. Morbidly obese patient and lifestyle change: Constructing ethical selves.
03.04.13	Ovid Nursing databare	1. Bariatric surgery and 2. Empowerment	1	1	1	Empowerment and Bariatric surgery: Negotiations of credibility and control
03.04.13	Ovid nursing database	1. Obesity And 2. Empowerment	13	2	1	Nr 3. Caught between conduct and free choice – a field study of an empowering programme in lifestyle change for obese patient.
05.04.13	Pro Quest	1.Gastric Bypass and 2. Nurse and 3. Coping strategies Kun fagfellevurdert og fulltext.	143	4	1	Nr 2. Back on track: confronting post- surgical weight gain.
21.03.13	Pro Quest	1. Obesity	344	7	2	Nr 4. Emotional

		and 2. Coping and 3. Bariatric Surgery				eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. Nr 58. Ten-year trends in health- related quality of life after surgical and conventional treatment for severe SOS intervention study.
05.03.13	Psyk Info	1. Risk factors and 2. Bariatric surgery	17	2	1	Nr 1. Gracing and loss of control related to eating: Two high risk factors following bariatric surgery
21.03.13	Vård i Norden					Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon

Behandlingsforløp mot evt. kirurgi



Vedlegg 2:

Febr. 2012

