

Hanna Bustad  
Ingvild Lillehov Martinsen

# Hvordan bør sykepleier motivere til livsstilsendring ved overvekt?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Bente Thyli  
Mai 2019



Hanna Bustad  
Ingvild Lillehov Martinsen

# Hvordan bør sykepleier motivere til livsstilsendring ved overvekt?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Bente Thyli  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



# SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan bør sykepleier motivere til livsstilsendring ved overvekt?	Dato : 16.05.2019
Deltakere:	Hanna Bustad Ingvild Lillehov Martinsen	
Veileder:	Bente Thyli	
Stikkord/nøkkelord	Sykepleier-pasient perspektiv, livsstilsendring, overvekt, kommunikasjon, motivasjon	
Antall sider/ord: 42/9112	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p><b>Bakgrunn:</b></p> <p>Overvekt er et stadig større helseproblem. Overvekt kan medføre en rekke somatiske sykdommer og psykiske lidelser. Sykepleier kan i dette tilfellet spille en viktig rolle i å bistå pasienten til livsstilsendring.</p> <p><b>Hensikt:</b></p> <p>Litteraturstudiens hensikt er å finne ut betydningen av sykepleierens motiverende rolle i en livsstilsendring ved overvekt. Samtidig søkes det svar på hvordan dette bør utføres i praksis.</p> <p><b>Metode:</b></p> <p>Litteraturstudien er basert på eksisterende kunnskap fra fag-og forskning innenfor fagområdet. Det er benyttet medisinske databaser: ProQuest Health &amp; Medicine, CINAHL og PubMed.</p> <p><b>Resultat:</b></p> <p>På bakgrunn av de inkluderte vitenskapelige artiklene i litteraturstudien, er det fem sentrale faktorer som har betydning for hvordan sykepleier bør motivere til livsstilsendring ved overvekt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sykepleierens rolle i møtet med pasienter med overvekt</li><li>- Sykepleierens kunnskap og kompetanse</li><li>- Pasientens kunnskap og selvfølelse</li><li>- Pasientens behov for god relasjon</li><li>- Sykepleierens holdninger</li></ul> <p><b>Konklusjon:</b></p> <p>Når sykepleieren skal bistå i en livsstilsendring, kreves det at sykepleieren innehar tilstrekkelig kunnskap, samt formidler denne på en god måte. Empowerment-begrepet og pasientens egne ressurser kommer til nytte i en endringsprosess. Det vises også at sykepleierens holdning til pasienten spiller en viktig rolle, da dette kan bidra til enten å motivere eller demotivere pasienten. Gode relasjoner viste seg også å være betydningsfullt for en vellykket endring av livsstil.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How should a nurse motivate overweight patients through a change of lifestyle?	Date : 16.05.2019
Participants:	Hanna Bustad	
	Ingvild Lillehov Martinsen	
Supervisor:	Bente Thyli	
Keywords	Nurse-patient perspective, change of lifestyle, overweight, communication, motivation	
Number of pages/words: 42/9112	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p><b>Background:</b></p> <p>Overweight as an illness is growing considerably. Being overweight can cause a variety of somatic- and psychological/mental diseases. The nurse can be crucial in motivating for and to help through a significant change of lifestyle.</p> <p><b>Purpose:</b></p> <p>This study's purpose is to circle in the significance of the nurse's role in motivating this necessary change of lifestyle, while simultaneously seek an answer to how this should be done in an occupational practice.</p> <p><b>Method:</b></p> <p>This study is based on already existing literature and knowledge from the field of practice. The following medical databases are taken into account: ProQuest Health &amp; Medicine, CINAHL and PubMed.</p> <p><b>Result:</b></p> <p>Based on the scientific articles and studies included in this study, there are five key points factoring in on how a nurse should motivate overweight patients through a change of lifestyle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The nurse's role in meeting an overweight patient.</li> <li>- The competence and knowledge of the nurse</li> <li>- The patient's knowledge and self-esteem</li> <li>- The patient's need for good relations with the nurses</li> <li>- The attitude of the nurse</li> </ul> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>When the nurse is assisting the change in lifestyle at a patient, the nurse is required to have the sufficient knowledge, and the ability to convey this knowledge in a satisfying way. The «Empowerment-term» and the patient's own resources will be a key factor in the process. It also shows that the nurse's attitude towards the patient plays a significant part, as it can both motivate and demotivate the patient. Having a good relationship with the patient will also be important towards success.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Introduksjon til oppgavens valg av tema og sykepleiefaglig relevans .....	4
1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområde.....	5
1.3 Oppgavens innhold og avgrensninger .....	5
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>6</b>
2.1 Livsstil, overvekt og risikofaktorer .....	6
2.2 Endring av livsstil.....	6
2.3 Sykepleiefunksjoner og kunnskaper .....	7
2.3.1 Helsefremmende sykepleie .....	8
2.3.2 Kommunikasjon i relasjoner .....	9
2.4 Empowerment og sykepleierens rolle.....	10
2.4.1 Empowerment og motivasjon .....	11
2.4.2 Egenomsorgsteori .....	11
2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	12
2.6 Lovverk .....	13
2.7 Litteraturstudiets hensikt.....	13
2.8 Problemstilling .....	14
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	14
3.1.1 Strukturerte søk.....	15
3.1.2 Ustrukturerte søk .....	15
3.1.3 Vitenskapelige tidsskrifter og artikler.....	16
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	16
3.3 Fremgangsmåte og kritisk vurdering av artikler .....	17
3.4 Søkedomokumentasjon .....	18
3.5 Analyse av vitenskapelige artikler.....	19
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>20</b>
4.1 Artikkelmatriks .....	20
4.2 Sammenfattet resultat .....	26
4.2.1 Sykepleierens rolle i møte med overvektige pasienter.....	26
4.2.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse.....	26
4.2.3 Pasientens kunnskap og selvfølelse .....	26
4.2.4 Pasientens behov for god relasjon .....	27
4.2.5 Sykepleierens holdninger.....	27
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>28</b>
5.1 Sykepleierens rolle i endringsprosessen .....	28
5.2 Veiledning til motivasjon.....	29
5.3 Kunnskap og kommunikasjon i relasjon.....	30
5.4 Makt og avmakt .....	32
5.5 Holdninger og stigmatisering .....	32
5.6 Forskningsetikk- og kritisk vurdering av anvendt litteratur .....	33
5.7 Innovasjon i tjenesteutvikling .....	34
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>35</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>38</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til oppgavens valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Overvekt og fedme er den mest utbredte ernæringsforstyrrelsen i den vestlige verden i dag, og globalt sett er menneskene som spiser seg i hjel, flere enn de som sulter i hjel (Bahr, 2015). Helsedirektoratet (2010) hevder at overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen, og at det samme skjer i resten av verden. Årsakene til vektøkningen i befolkningen har sammensatte årsaker. Endringer i samfunnet og personlige prioriteringer har ført til mer inaktivitet og endret kosthold. Psykologiske og fysiologiske forhold har også en avgjørende betydning.

Helseproblemer knyttet til overvekt utgjør 2-6 % av helsekostnadene i industrialiserte land. I Danmark anslås det at overvekt utgjør 1.8 millioner ekstra fraværsdager i året (Helsedirektoratet, 2010). Det er mye å hente for samfunnet ved å satse på midler på tiltak som kan føre til et bedre kosthold og mer fysisk aktivitet i befolkningen. Behandlingstiltak for pasienter med fedme kan altså være en god investering og lønnsomt i det lange løp.

Helsedirektoratet (2010) mener at for den som yter behandling til pasienter med overvekt, ofte synes utfordringene kan være store og mange. Det nevnes også at kunnskapsgrunnlaget er bedre i dag enn tidligere om hvilke behandlingstiltak som faktisk har dokumentert effekt, samt hvilke utfordringer den overvektige møter. En av de største utfordringene er å motivere pasientene som har vektrelaterte helseproblemer til å se og utnytte mulighetene sine til å etablere helsefremmende livsstrategier.

Erfaringsmessig kan det virke som at mange pasienter ikke opplever overvekt som helsetruende. Opplevelsen var ofte at pasientene mente de levde et godt liv. Ut i fra dette kan det pekes mot at mange overvektige legger vekt på de positive sidene ved livsstilen sin, fremfor en risiko for å utvikle kroniske helseplager. Prescott og Børtveit (2004) legger til at endring av livsstil straks blir mer aktuelt dersom helseplager melder seg. Ut i fra dette er det en del spørsmål som gjør seg gjeldende. Hvordan kan man som sykepleier nå gjennom med sine kunnskaper, øke pasientens forståelse av risiko, og motivere til livsstilsendring?



## 1.2 Relasjon til seksjonens forskningsområde

Forskningsområdet klinisk sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet studerer sykepleierens funksjon- og ansvarsområder som omfatter to områder: profesjonskompetanse og kvalitet i sykepleie (NTNU, 2017). Profesjonskompetanse innebærer forskning i utvikling og vurdering av kompetanse på ulike nivå. Forskingen skal ha et tverrprofesjonelt perspektiv. Det andre området er kvalitet i sykepleie. Dette området studerer forutsetninger for og innhold i praksisrettet sykepleie, sammen med pasienten og andre profesjoner. Innenfor begge forskningsområdene er det lagt stor vekt på pasientsikkerhet. Forskingen bidrar til utvikling av forskningsresultater innenfor sykepleiefaget, og studeres ut fra et sykepleier- og pasientperspektiv innen spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Litteraturstudien besvares ved hjelp av et pasient- og sykepleieperspektiv. Dette bidrar til forståelse for pasientgruppens og sykepleierens oppfatning. Forskning, opplysninger og informasjon vil bidra til at sykepleiere kan benytte seg av kunnskapen ved utøvelse av kommunikasjon til den enkelte pasient, og for å motivere til livsstilsendringer ved overvekt. Dette kan bidra til økt kvalitet til sykepleie og behandling.

## 1.3 Oppgavens innhold og avgrensninger

Litteraturstudien fokuserer på hvilken måte sykepleiere bør motivere til livsstilsendring hos voksne pasienter med overvekt i alderen 18 til 65 år. Ved å unngå fokus på en spesiell avdeling eller en del av helsevesenet, vil svaret på oppgaven kunne relateres til en større pasientgruppe og ha mer sykepleiefaglig relevans. Det unngås fokus på kjønn, da det er ønskelig at litteraturstudien skal være kjønnsnøytral. Pasient- og sykepleieperspektivet belyses. Valgt pasientgruppe omtales i oppgaven som pasienter eller deltakere.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Livsstil, overvekt og risikofaktorer

WHO (2014) har beregnet at omtrent 70% av all sykdom innen 2020 vil være livsstilsrelatert. I Milio (1886) sin klassiske definisjon av livsstil fremkommer viktige aspekter ved begrepet. Definisjonen beskriver at livsstilen til et menneske er noe som er valgt innenfor en avgrenset ramme, og at livsstilen er bestående av atferdsmønstre man utfører over tid. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) opplyser om at en del pasienter kanskje har hatt dårligere forutsetninger i livet for å velge de atferdsmønstrene som fremmer helse.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) skriver at en sykepleier kan komme i kontakt med mange pasienter som har valgt atferdsmønstre som disponerer for risiko og helsesvikt, såkalt risikoatferd. Overvekt oppstår eksempelvis av risikoatferd som å ha ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Overvekt og fedme øker faren for å få en rekke somatiske- og psykologiske sykdommer. Felleskatalogen (2017) skriver eksempelvis skriver at fedme gir økt risiko for å utvikle komplikasjoner som diabetes type 2, hypertensjon, hjerte-karsykdommer, slitasjegikt, depresjon og utvikling av kreft.

Hvis BMI er mellom 25 og 30 beregnes man som overvektig. Er BMI over 30, regnes dette som fedme. BMI regnes ut ved å dele vekt på høyde i annen potens. Overvekt og fedme er en tilstand der kroppens depoter av fett er så høye at det gir helsemessige konsekvenser (Felleskatalogen, 2017). Tidligere trodde man at fettvevet bare var et lagringssted for fett. I dag vet man at det er et biokjemisk organ, og i nyere tid har man blitt mer oppmerksom på risikofaktorer forbundet med overvekt (Helsedirektoratet, 2010).

### 2.2 Endring av livsstil

Livsstilsendring vil bestå av flere forskjellige faser. Disse nevnes av Prescott og Børtveit (2004) og Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011). Fasene indikerer hvor langt pasienten har kommet i endringsprosessen. Avhengig av hvilken endringsfase pasienten befinner seg i, kan sykepleieren enten motivere til å starte, fortsette og holde ved like endringen.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) mener at mennesker som skal endre livsstil, er nødt til å ha en mengde ferdigheter for å kunne ta imot og klare å bearbeide relevant helseinformasjon. I tillegg belyses viktigheten av nok motivasjon og tro på seg selv for å kunne klare å fullføre de forandringene som er nødvendige for livsstilsendring.

Det vises til at en fordel må oppleves som større enn den opplevde barriere og hvorvidt en opplever trusler av for eksempel overvekt, for å bestemme seg for å utføre en endring. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) fremhever helseoppfatningsmodellen. Modellen angir at det er menneskets subjektive opplevelse av en situasjon som utgjør deres atferd, og ikke de objektive fakta som mennesket har om situasjonen. De sentrale komponentene i helseoppfatningsmodellen er opplevelse av å være utsatt, opplevelse av alvorlighet, opplevelse av fordeler, opplevelse av barrierer, signaler om behov for behandling og opplevelse av å være kompetent. Styrken til modellen er at den vektlegger forhold som det er viktig for en sykepleier å ha fokus på. Sykepleierens oppgave blir derfor å bistå eksempelvis i kartlegging av pasientens egen subjektive opplevelse av den gitte situasjonen, da det dominerer for valg og handlinger.

Studien til Evju *et al.* (2014) gjør oss oppmerksomme på at sykepleieren ikke kan overføre sine mål og ønsker, men må få pasient til å reflektere, slik at han eller hun skaper egne mål og finner ut hvordan disse skal følges opp på egenhånd. Dette skjer gjennom god veiledning.

### 2.3 Sykepleiefunksjoner og kunnskaper

Otto (2009) hevder at en sykepleier har mange ansvarsområder som krever kunnskaper, ferdigheter, erfaring, klokskap og faglig skjønn. Alle funksjonene er hver for seg krevende, men gjøres gjerne samtidig for at en kan utøve god sykepleie. Pasientens eget syn på sin helsesituasjon, der dette er mulig, har stor betydning. Dette er utgangspunktet uansett hvilken eller hvilke sykepleiefunksjoner som brukes. Når de ulike sykepleiefunksjonene blir utøvd slik at pasienten opplever at sykepleieren innehar faglige kunnskaper, ferdigheter og evner til å etablere god relasjon, vil det utøves god sykepleie.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) angir at undervisning og veiledning er tiltak som egner seg godt for å få pasienten til å tilegne seg kunnskaper om, få større forståelse for og fremme innsikt i de konsekvensene et alternativt valg kan gi.

I pleie av pasienten vil en forebygge komplikasjoner som eksempelvis overvekt, sykdom og risikofaktorer for helsen. Man ønsker også å bruke pasientens egne ressurser, og være en støtte til å utvikle disse på en måte slik at helsen fremmes (Otto, 2009). Christiansen, Karlsen og Larsen (2017) viser at sykepleiere ofte undervurderer ressursene til pasienter med overvekt. Dette kan eksempelvis dreie seg om deres kunnskap om egen sykdom. Videre viser funnene at helsepersonell ofte opprettholder stigmatiseringen ved å tenke at sykelige overvektige ikke forstår konsekvensene av sine handlinger. Studien kom frem til at det viktigste er at pasientene trenger forskjellige innfallsvinkler for å sette i gang en endringsprosess.

Historisk sett mener forskerne Jensen og Knutsad (2019) at sykepleie er ansett som et praktisk yrke der handlingsrett og pasientnærhet stod i fokus. Etter at det ble inkludert sykepleievitenskap på 1980-tallet, er det usikkert om det er fordeler eller ulemper ved teoretisering av sykepleie. Denne nye forskningen viser at vitenskapeliggjøringen har medført en større omfang av forskning og krav til forskningskompetanse innen helsetjenesten. Studien setter med dette søkelyset på hvilke kunnskaper sykepleieren trenger for å utøve god sykepleie.

### 2.3.1 Helsefremmende sykepleie

Helse er et stort begrep det ikke er lett å avgrense eller definere. Helsen har med personen å gjøre, og med personens relasjoner. Helse handler om velbefinnende, opplevelsen av lykke og om å lykkes. Begrepet omhandler også livet, livslyst, livskraft og livskvalitet (Otto, 2009).

WHO (1986) beskriver helsefremming som den prosessen som gjør menneske i stand til å forbedre og øke kontrollen over egen helse. Antonovsky (2000) og Benner og Wrubel (2003) slår fast at helsefremming skal bistå pasienten å finne mening med endring, samt hjelpe til med å håndtere det den nye situasjonen krever. Dette innebærer at sykepleier må øke pasientens forståelse. Sykepleier tilnærmer seg på en slik måte at pasientrollen blir satt i fokus. Det legges da til rette for mestring, og det gis myndighet til pasienten.

Helsefremmende sykepleie handler derfor ifølge Tveiten (2007) i stor grad om å hjelpe pasienten til mestring gjennom læring og utvikling av kompetanse i form av kunnskaper og ferdigheter.

I henhold til samhandlingsreformen legges det opp til at mye av den innsatsen som virker forebyggende og helsefremmende, skal finne sted i kommunehelsetjenesten (Meld. St. 47(2008-2009). Whitemore *et al.* (2009) viser til forskning i kommunehelsetjenesten som retter fokuset på sykepleieren i møte med disse pasientene. Forskningen legger vekt på at sykepleieren kan ha en viktig rolle innen helsefremming og sykdomsforebygging, da de har grunnleggende kompetanse rettet mot diverse livsstilsfaktorer. Ut i fra resultatene fra Evju *et al.* (2014) opplever sykepleiere det som ubehagelig å ta opp overvekt som et tema, særlig om det ikke faller som en naturlig del av samtalen. Studien viser også til at sykepleiere mener de beveger seg inn på pasientens privatliv, og at dette ofte oppfattes som upassende.

### 2.3.2 Kommunikasjon i relasjoner

Gammersvik og Larsen (2012) hevder at det mest betydningsfulle sykepleieren kan gjøre, i stor grad foregår gjennom kommunikasjon i møtet med den som søker og ønsker bedring av egen helse. Samtalene innebærer ofte veiledning, samhandling og samarbeid som knyttes til helsefremming. Studien til Drevenhorn *et al.* (2006) oppgir at sykepleiere som fikk opplæring i samtalestrategi kommuniserte bedre med pasienten, og i større grad enn før opplæring inkluderte livsstilsendring i samtalen med pasienten.

Eide og Eide (2016) angir at man som sykepleier er involvert i mange forskjellige typer relasjoner. Hver enkelt relasjon kan aktualisere spørsmål om etikk og dilemma. God kommunikasjon kan hjelpe til med å løse problematikk rundt etiske dilemmaer. En mangelfull etisk refleksjon kan bidra til forsømmelse på prinsipper for god, profesjonell og hjelpende kommunikasjon.

Å fortelle noen hvordan man burde leve, er ifølge Eide og Eide (2016) en dårlig strategi. Man kan gi råd, men pasienten er nødt til å ha ønsker om å høre disse. En sykepleier kan rette kommunikasjonen inn mot relasjonen fremfor å være opptatt av mål og resultat. Sykepleieren bør se og lytte til pasienten, samt anerkjenne kompetansen man har, og i størst mulig grad legge til rette for medvirkning. På denne måten kan sykepleier finne frem til pasientens ressurser, styrker og ferdigheter. Effekten av dette vil være et tryggere og mer tillitsfullt forhold, der pasienten kan reflektere over egne styrker og strategier. Dermed blir det mulig for

pasienten å bli mer bevisst rundt sitt egen helsesituasjon, personlige mål og mulige strategier i endringsprosessen.

Studien til Evje *et al.* (2014) legger frem at pedagogiske metoder ikke er tilstrekkelig, hvis man ikke når inn til pasienten. Det vil dermed være avgjørende med en god relasjon og opparbeide tillit for å fremme helse hos de som har behov for endring.

## 2.4 Empowerment og sykepleierens rolle

Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er empowerment som en prosess der makt blir utviklet i en hensikt for å gi individer eller grupper av mennesker økte ressurser, styrke deres selvbilde, og gjenopprette evnen til å kunne bestemme egne valg i en hverdag. Dette kan gi grunnlag for motivasjon og en opplevelse av å ta styring over eget liv. Medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv, og maktfordeling er de sentrale prinsippene i empowerment-tenkning. Det er derfor viktig at sykepleieren bekrefter pasientens vilje, autonomi og handlingsevne. Slettebø (2013) forklarer autonomi som selvbestemmelse, at pasienten har rett til å ta egne avgjørelser. Som prinsipp vil dette si at pasientens valg og ønsker skal respekteres.

Empowerment fokuserer på et maktskifte fra sykepleier til pasient. Tanken bak empowerment er at pasienten ikke lenger skal være en passiv mottaker-rolle, men heller en kompetent partner som deltar i beslutninger om egen helse. De grunnleggende verdier i empowerment-tenkningen er brukermedvirkning og maktfordeling. Pasienten skal være ekspert i egen situasjon, mens sykepleieren er ekspert innen det faglige området.

Eide og Eide (2016) mener at ved å ta pasienten inn i beslutningsprosessen og la pasienten selv ta ansvar for egen helse, vil pasientens forhold til situasjonen øke sjansen for en mer vellykket behandling og endringsprosess. Dette krever at pasienten har selvinnsett og ressurser til å delta i avgjørelser om egen helse. Dermed blir sykepleierens motiverende rolle ifølge Tveiten (2007) å fokusere på pasientens personlige egenskaper og de ressursene pasienten har. Ved å skifte fokuset bort fra mangler og problemstillinger, kan sykepleieren fremme mestring hos pasienten. Et resultat av empowerment er nettopp at pasienten utvikler økt selvbevissthet og mestringsfølelse.

Ved å fokusere på pasientens egne ressurser får pasienten et eierforhold til egen helsesituasjon, noe som igjen øker sannsynligheten for et vellykket behandlingsforløp (Eide og Eide, 2016).

#### 2.4.1 Empowerment og motivasjon

Motivasjon defineres ifølge Håkonsen (2014) som et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd, og gir atferden retning. Motivasjonsteorier gir ulike forklaringer på hvorfor man gjør som man gjør. Følelser viser seg å kanskje være det viktigste motivet for endring, da det ofte er følelsene våre som styrer atferden.

Hvis handling eller atferd drives av ytre motivasjon, er det pasientens ønske om å møte andres forventninger eller ros. Dette kan eksempelvis være ønsker om å passe inn i samfunnet. Er handlingen eller atferden styrt av indre motivasjon, holder individets ressurser og forventninger til egen evne til å utføre endring eller styre atferd (Eide og Eide, 2016). Sykepleieren har forventninger til pasientens atferd, på lik linje som at pasienten har forventninger til sykepleiers atferd.

#### 2.4.2 Egenomsorgsteori

Sykepleieteorier kan bidra til å tydeliggjøre en sykepleierens funksjon og fokus, samt skape et nytt perspektiv på ulike fagområder (Kirkevold, 1998). Orem (2003) hevder at egenomsorg omhandler de handlinger et menneske tar initiativ til, samt utfører på egenhånd for å holde ved like liv, helse og velvære. En sykepleiers overordnede mål er å fremme menneskers helse og normalfunksjon. Når pasienten har et misforhold mellom egenomsorgskrav og har evnen til å handle i samsvar med kravene, har pasienten behov for sykepleie. Sykepleierens sentrale delmål blir derfor å ivareta pasientens egenomsorgsbehov. Egenomsorgsbehovene beskriver mål som aktuelle handlinger rettes mot, for å bevare eller gjenvinne helse. Terapeutiske egenomsorgskrav omhandler de handlingene pasienten selv, eller noen andre må utføre. Mer spesifikt mener Orem at sykepleierens mål er at pasienten selv skal utføre de funksjonene som oppfyller vedkommeneds krav til egenomsorg, og bidrar til god helse. Teoriens hovedtema baseres på at personer generelt skal være i stand til og motivert for å handle målrettet for å

ivareta og bedre helse, forebygge sykdom eller gjennomføre tiltak rettet mot sykdom, deriblant endring av livsstil og vektnedgang.

Ved å kartlegge terapeutiske egenomsorgskrav, undersøker sykepleieren hvilke egenomsorgsbehov en pasient har vanskeligheter med å dekke. Orem (2003) har utviklet fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren kan ta i bruk i møte med pasienten for å fremme terapeutisk egenomsorgskrav. Disse kravene omhandler å gjøre eller handle for noen, å veilede og rettlede en annen, å sørge for fysisk og psykisk støtte, og å sørge for omgivelser som fremmer utvikling og å undervise.

Orem (2003) legger stor vekt på menneskets normale utvikling og funksjoner, og fremhever disse som sentrale sider ved helse. Ansvar for menneskers helse kan ikke kun avgrenses til helsetjenesten, men er et ansvar den enkelte og samfunnet i sin helhet må ta. Egenomsorg kan være et nyttig delmål når det kommer til livsstilsendring. Med dette understrekes viktigheten av å bistå med utvikling av vaner og handlingsmønstre som fremmer helsen. Mengder av konkrete handlinger og handlingsmønstre er avgjørende for å lede personen inn mot de målene egenomsorgsbehovene tilsier.

## 2.5 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slås det fast at grunnlaget for all sykepleie er respekten for enkeltmenneskets liv og iboende verdighet. Norsk Sykepleierforbund (2011) skriver om barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene som fundamentet for all sykepleie. Retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og forpliktelsene som danner og sikrer grunnlaget for en god sykepleiepraksis.

Norsk Sykepleierforbund (2011) påpeker at samfunnet er stadig i endring, og at retningslinjene skal gjenspeile dette. Grunnlaget for sykepleie er uendret, men retningslinjene gir økt oppmerksomhet på sykepleierens forebyggende og helsefremmende oppgaver. Retningslinjene stiller krav til at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse, forebygger sykdom, samt at sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.



## 2.6 Lovverk

Flere lover regulerer helsevern innenfor helsevesenet i Norge.

Helsepersonelloven (1999) bidrar blant annet til sikkerhet for pasienter og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Ifølge helsepersonelloven § 4 (1999) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeid og situasjonen for øvrig.

Folkehelseloven (2011) § 1 sitt formål er å bidra til en utvikling i samfunnet som fremmer folkehelsen. Folkehelsearbeidet skal blant annet forebygge psykisk og somatisk sykdom. I lys av denne loven blir sykepleierens oppgave å gi veiledning og informasjon til enkeltpersoner og befolkningen som kan bidra til å fremme helsen, samt forebygge sykdom.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I § 3-5 skal informasjonen pasienten mottar være tilpasset den enkeltes forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Etter pasientrettighetsloven skal helsebehandling være basert på samtykke til helsehjelp. I § 4-1 slås det fast at samtykket fra pasienter kun er gyldig dersom det er gitt nødvendig informasjon om vedkommende sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Helsehjelp skal kun gis med pasientens samtykke, men mindre det foreligger lovhjemmel eller annen gyldig grunn til helsehjelp uten samtykke.

## 2.7 Litteraturstudiets hensikt

Litteraturstudiets hensikt er å finne ut betydningen av sykepleierens motiverende rolle i en livsstilsendring hos pasienter med overvekt. Oppgaven vinkles mot hvordan sykepleier bør motivere og opptre i samhandling med pasienten. Det vil bli trukket frem hvordan sykepleier kan veilede, informere og kommunisere for å skape motivasjon til endring hos pasienten. Gode relasjoner blir også satt i fokus. Temaet er valgt på grunnlag av økt forekomst av overvekt, og fordi er en pasientgruppe sykepleiere vil møte innenfor alle instanser i helse- og omsorgssektoren.

## 2.8 Problemstilling

Hvordan bør sykepleier motivere til livsstilsendring ved overvekt?

## 3.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert har definert metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, s. 196).

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Emnebeskrivelsen for bacheloroppgaven ved NTNU i Gjøvik fastslår at oppgaven skal være en litteraturstudie der man innhenter fag- og relevant forskningsbasert kunnskap ut fra en sykepleiefaglig problemstilling. Litteraturstudie blir av Aveyard (2014) definert som en omfattende metode der tolkning og analyser av relevant litteratur er avgrenset til et gitt område. Gjennom å vurdere, samle inn og granske forskningslitteratur er målet å underbygge valgt faglitteratur, og belyse fagområdet fra ulike perspektiver. Litteraturstudien har som mål å få et utfyllende svar på valgt problemstilling: Hvordan bør sykepleier motivere til livsstilsendring ved overvekt?

En litteraturstudie er en god metode for å utvikle kunnskapsbasert praksis. Litteraturstudien gjør det mulig å kombinere tidligere forskningsresultater som basis for vitenskapelig undersøkelser, eller å identifisere forskjeller i forskningskunnskap (Holopainen, Hakulinen-Viitanen og Tossavainen, 2008). Kunnskapsbasert sykepleie inkluderer de beste vitenskapelige funnene i klinisk praksis, og danner grunnlaget for en beslutningsprosess (Forsberg og Wengströms, 2013). Ved å kombinere funn fra fag- og forskningsartikler er det ønskelig at denne oppgaven skal gi innblikk i sykepleierens motiverende rolle. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) finnes det svakheter ved å anvende litteraturstudie som metode. Det er en viss fare for at forskere velger å bruke litteratur som støtter opp under deres

egne synspunkter. På denne måten kan forskjellige forskere trekke ulike konklusjoner om ett og samme tema. Manglende vurderinger av litteraturens kvalitet utgjør en risiko for ukorrekte beslutninger, samt feil og mangler ellers i oppgaven. Resultatene i oppgaven er kun gyldige for pasienter som har deltatt studien. En annen hake ved litteraturstudie som metode er den begrensede tilgangen til relevant forskning. Bjørk og Solhaug (2008) hevder at søk i databaser etter nyere forskningsartikler, som er relevante for valgt problemstilling, samt med ulike synsvinkler kan være utfordrende. Liberati *et al.* (2009) angir at viktig informasjon i forskning kan bli utilstrekkelig formidlet gjennom litteraturstudier.

### 3.1.1 Strukturerte søk

Ved å anvende strukturerte søk i databaser, har vi funnet frem til mangfoldige vitenskapelige artikler. I søkeprosessen ble databasene CHINAL, SveMed+, Medline, PubMed, Idunn og ProQuest valgt på bakgrunn av helsefaglig innhold. Selv om alle databasene er brukt under søkeprosessen, var det ikke alle som ga treff med relevant forskningslitteratur. De valgte artiklene besvarer problemstillingen fra ulike synsvinkler, og valgte søkeord bidrar til god kvalitet i datainnsamlingen.

#### Søkeord:

Sykelig overvekt, fedme, motivasjon, livsstil, livsstilsendring, overvekt, sykepleie, mestring, empowerment, communication, physician-patient relations, physicians role, nurse, nurse-patient relationship, patient, trust, graduate nurse, experience, obesity, management, support, lifestyle changes, obesity in adults.

### 3.1.2 Ustrukturerte søk

Det er gjort søk utenfor databasene og referanselister i andre artikler er gjennomgått, for å finne relevant fag- og forskningslitteratur. Dette er en form for ustrukturert søk. Søk utenfor databasene kan styrke oppgaven, da det er forsøkt å finne frem til all relevant fag- og forskningslitteratur innenfor temaet.

### 3.1.3 Vitenskapelige tidsskrifter og artikler

I følge Dalland (2015) er artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrift, gjennomgått en mye strengere kvalitetssikring enn i fagtidsskriftene. I de vitenskapelige tidsskriftene stilles det bestemte krav om innhold og form. Kravene artiklene gjennomgår, kalles fagfelleevaluering.

Fagfellevurderte artikler vil si at artikkelen er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet. Godkjennelsen gir en garanti for troverdighet og kriteriene for språk er satt for at artikkelen skal kunne leses og tolkes korrekt (Dalland, 2015). Tidsskriftets navn og ISSN-nummeret er søkt opp i Database for statistikk om høyere utdanning (2016), i databasen kan man også se hvilken grad artiklene er rangert ut fra kvalitet.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier ble utformet for å oppfylle problemstillingens relevans. Slik blir artikler som er irrelevante utelukket.

Påfølgende inklusjon- og eksklusjonskriterier er satt:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert i fagfellevurdert tidsskrift, nivå 1 eller 2	Ikke fagfellevurderte artikler
Artikler som følger IMRAD-struktur	Artikler som ikke følger IMRAD-struktur
Artikler som inkluderer sykepleiere	Artikler som ikke inkluderer sykepleiere
Nyere relevant forskning innenfor de siste 10 år	Artikler som er publisert senere enn 2009
Artikler skrevet på nordisk eller engelsk språk	Artikler skrevet på andre språk enn engelsk/nordisk

Artikler som er basert på sykepleie- eller pasientperspektiv	Artikler som mangler sykepleie- og pasientperspektiv
Omhandle voksne pasienter	Yngre enn 18 år eller eldre enn 65 år
Kvinner og menn	Resultat som omhandler kun ett kjønn
Artiklene er ikke er rettet mot en spesifikk avdeling innenfor helsevesenet	Artikler som er rettet mot en spesifikk avdeling innenfor helsevesenet
Artikler relevante for problemstillingen	Artikler som er irrelevante for problemstillingen
Artikler fra land med få kulturelle forskjeller	Artikler fra land med store kulturelle forskjeller

**Tabell 1** Viser inklusjon- og eksklusjonskriterier

### 3.3 Fremgangsmåte og kritisk vurdering av artikler

For å finne frem til valgte artikler ble det gjort en kritisk vurdering av artiklene, der det stilles krav om at de er utgitt i tidsskrifter som har gjennomgått en fagfellevurdering. De utvalgte artiklene følger IMRaD-struktur, som Polit og Beck (2012) beskriver som et bestemt oppsett som inneholder fire punkter; introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Strukturen er en indikator på at artikkelen er vitenskapelig. I utvelgelsesprosessen ble artikkelens overskrifter gjennomgått, og sammendragene ble lest gjennom. I alt ble 63 artikler sett nærmere på, og vurdert nøye. Sju av artiklene er inkludert i litteraturstudien.

I de valgte artiklene kom funnene tydelig frem, og sto i samsvar med problemstillingens relevans. Funnene ble vurdert opp mot dagens kliniske praksis. Metoder som ble brukt for å komme frem til resultatet i artikkelen ble tatt i betraktning. Det ble også sjekket om studiene hadde klare kriterier for hvilket design eller hvor mange deltakere som ble valgt ut.

### 3.4 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sykelig overvekt</li> <li>2. Fedme</li> <li>3. Motivasjon</li> <li>4. Livsstil</li> <li>5. Livsstilsendring</li> </ol>	CINAHL	1 AND 3 AND 4	<p>3</p> <p>2</p> <p>5</p> <p>12</p> <p>3</p> <p>0</p>	<p>Borge, L., Christiansen, B. og Fagermoen M. S. (2012) Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt. <i>Sykepleien Forskning</i>, 7(1) s. 14-22. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0024</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Overvekt</li> <li>2. Fedme</li> <li>3. Motivasjon</li> <li>4. Sykepleie</li> <li>5. Mestring</li> </ol>	CINAHL	1 AND 2 AND 3	<p>7</p> <p>2</p> <p>5</p> <p>26</p> <p>7</p> <p>0</p>	<p>Fagermoen, M. <i>et al.</i> (2014) Personer med sykelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. <i>Sykepleien Forskning</i>, 9(3) s. 216-223. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0132</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empowerment</li> <li>2. Communication</li> <li>3. Physician – patient relations</li> </ol>	CINAHL	1 AND 2 AND 3	<p>16 106</p> <p>159 298</p> <p>28 461</p> <p>8</p>	<p>Saga, E. og Thomassen, O. J. (2018) Den tradisjonelle lege-pasient-rolle kan umyndiggjøre pasienten. <i>Sykepleien Forskning</i>. 1(13) doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.73845</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nurse</li> <li>2. Nurse-patient relationship</li> <li>3. Patient</li> <li>4. Trust</li> <li>5. Graduate nurse</li> <li>6. Experience</li> </ol>	ProQuest Health & Medicine	2 AND 4 AND 6 AND 3 AND 5	<p>190</p> <p>780</p> <p>574</p> <p>2495</p> <p>1033</p> <p>261</p> <p>35</p>	<p>Belcher, M. og Jones, L. K. (2009) Graduate nurses experiences of developing trust in nurse-patient relationship. <i>Contemporary Nurse</i>, 31(2), s. 142-152. doi: 10.5172/conu.673.31.2.142</p>

1. Obesity 2. Nurse 3. Management 4. Support 5. Lifestyle changes	CINAHL	8/2007-4/2019	105 363 421 503 423 213 345 555 5340	Brown, I. <i>et al</i> (2007) Management of obesity in primary care. <i>Leading Global Nursing Research</i> , 59(4) s. 329-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
		1 AND 2 AND 4 AND 5	19	
1. Nurse 2. Obesity in adults 3. Lifestyle changes	CINAHL		421 208 3785 5336	Jallinoja, P. <i>et al.</i> (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> ,. 25(4), s.244-249. doi: 10.1080/02813430701691778
		1 AND 2 AND 3	2	

**Tabell 2** Viser en oversikt over strukturerte søk, og hvilke artikler som ble inkludert. Der inklusjonskriterier er unnlatt, er dette oppgitt under kombinasjoner.

### 3.5 Analyse av vitenskapelige artikler

Forsberg og Wengströms (2013) viser til fem steg for å utføre en analyse av artikler. Først ble artiklene lest for å få en forståelse av innholdet. Innholdet i artiklene ble identifisert, og resultatene ble deretter kategorisert i en oversikt. Dette førte frem til en systematisk tilnærming som ble fundamentet for tolkning og diskusjon. Aveyard (2014) mener resultatene i de ulike artiklene deretter kan sammenfattes, og at en da ser funnene opp mot hverandre. Ut i fra dette kan en konklusjon trekkes.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkelmatrise

<b>Referanser</b>	Borge, L., Christiansen, B. og Fagermoen, M. S. (2012) Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. <i>Sykepleien Forskning</i> , 7(1), s. 14-22. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0024
<b>Hensikt</b>	Studiens hensikt var å få fordypet kunnskap om hva som kan bidra til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendringer i hverdagen, samt hvilken betydning lærings- og mestringssenter kan ha i denne sammenheng.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ forskningsmetode og hermeneutisk - fenomenologisk forståelse.</p> <p>Det ble gjort individuelle livsformsintervjuer med elleve personer som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram ved LMS for sykkelig overvekt. Deltakerne som ble intervjuet hadde utgangspunkt i to hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Livsstil i hverdagen som har betydning for helsefremming og sykdomsforebygging</li><li>2. Erfaringer med LMS kurset: hva har hatt betydning?</li></ol> <p>Intervjuene gikk gjennom ulike behandlingsmetoder, der de fokuserte på endring av vaner og livsstil. Programmet vektla kognitiv tilnærming, som omhandler våre følelser påvirkes av hvordan vi tenker og handler.</p>
<b>Resultat</b>	Resultatene i studien la vekt på at motivasjonen til selve livsstilsendringen først kom når helseplagene ble for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvaliteten i møtet med helsepersonell og fastlege av avgjørende for å endre vaner. Et individuelt opplæringsprogram der erfarne brukere underviste sammen med helsepersonell, bidro til at deltakerne opplevde kunnskap som relevant og personlig, og økte motivasjonen for livsstilsendring.



<b>Referanser</b>	Fagermoen, M. <i>et al.</i> (2014) Personer med sykelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. <i>Sykepleien Forskning</i> . 9(3), s. 216-223. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0132
<b>Hensikt</b>	Studiens hensikt var å undersøke hvilke endringer i mestringsforventninger og selvfølelse som fant sted hos kursdeltakere etter ett år fullført pasientkurs. Målet var å undersøke utvikling og endring.
<b>Metode</b>	<p>En longitudinell studie, en tverrsnittstudie som går over tid, der man følger de samme observasjonene.</p> <p>I studien ble spørreskjema utdelt til kursdeltakerne med sykelig overvekt ved tre Lærings- og mestringscentre i Øst-Norge. Deltakerne besvarte 12 ulike skjemaer på fem ulike tidspunkter. 142 deltakere samtykket i å delta i studien. Studien undersøkte to hovedpunkter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selvfølelse</li> <li>2. Mestringsforventning.</li> </ol>
<b>Resultat</b>	Kurset vektla grunnleggende kunnskap om deltakernes sykdomssituasjon. Det viste seg at deltakernes mestringsforventning og selvfølelse hadde en klinisk signifikant økning etter ett års fullført kurs. Resultatet var i samsvar med internasjonal forskning knyttet til egenmestring.

<b>Referanser</b>	Saga, E. og Thomassen, O. J. (2018) Den tradisjonelle lege-pasient-rollen kan umyndiggjøre pasienten. <i>Sykepleien Forskning</i> . 13, doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.73845
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å finne begrensninger og muligheter for å legge til rette for en mer bemyndigende kommunikasjon under legevisitt. Det fokuseres også på hvordan sosial og kulturell praksis preger lege- og pasientrollen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ feltstudie.  Studien ble gjennomført ved tre ulike sengeposter. Det ble utført totalt 6 legevisitter fordelt på 3 seksjoner. Totalt 26 pasienter, 7 leger og 10 sykepleiere deltok. Samtaler ble observert under legevisitten, og det ble ført en feltdagbok med refleksjoner og etikk rundt metoden som ble brukt under legevisitten.
<b>Resultat</b>	Resultatene i studien viser seg at legers og pasientenes rolleatferd under legevisitten kan bidra til å umyndiggjøre pasienten. Legenes rolle ble utøvd på forskjellige måter som ikke nødvendigvis er bevisst paternalistisk, men at et syn om at legen er eksperten, og at pasienten dermed skulle underordne seg legen. Det viste seg derfor at pasienten hadde en tendens til å nedvurdere kunnskapen sin om seg selv, og innrette seg etter den tradisjonelle rollen som “passiv og avhengig”.

<b>Referanser</b>	Belcher, M. og Jones, L. K. (2009) Graduate nurses experiences of developing trust in nurse-patient relationship. <i>Contemporary Nurse</i> , 31(2), s. 142-152. doi: 10.5172/conu.673.31.2.142
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å beskrive nyutdannede sykepleieres erfaring og oppfatning i forhold til etablering av tillit i sykepleier-pasient relasjoner.
<b>Metode</b>	<p>Kvalitativ forskningsmetode.</p> <p>Syv nyutdannede sykepleiere i alderen 22 til 41 år deltok i dybdeintervju.</p> <p>Tre hovedområder ble undersøkt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvilke tidligere erfaringer sykepleierne hadde i utvikling av relasjoner</li> <li>2. Hvordan pasientgruppen definerte som et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient</li> <li>3. Hva som påvirker utviklingen av tillit mellom sykepleier og pasient</li> </ol>
<b>Resultat</b>	<p>Studiens resultater baserte seg på viktigheten av at sykepleierne foretok en god datasamling om pasientene. Dette på bakgrunn for å kunne utvikle et tillitsfullt forhold. I tillegg var det avgjørende at sykepleierne hadde gode kommunikasjonsferdigheter. For å utvikle en god relasjon, mente pasientene at sykepleierens personlighet og kjemi spilte en viktig rolle, samt at pasient og sykepleier var ærlige med hverandre. Resultatet i studien var at pasientene følte seg tryggere på hjelpen fra erfarne sykepleiere, men fortalte også at de hadde tillit til nyutdannede sykepleiere som var åpne om erfaringer og begrensninger.</p>

<b>Referanser</b>	Brown, I. <i>et al.</i> (2007) Management of obesity in primary care. <i>Leading Global Nursing Research</i> . 59(4), s. 329-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere og helsepersonell i primærhelsetjenesten jobbet i klinisk praksis, deres holdninger og tro med henhold til hvordan håndtere overvekt og fedme hos pasienter.
<b>Metode</b>	Korrelasjonsundersøkelse  Det ble benyttet spørreskjema. 564 sykepleiere og helsepersonell i primærhelsetjenes. Av sykepleiere og helsepersonell responderte 72,3%. Det ble undersøkt holdninger og på hvilken måte helsepersonell håndterte pasienter med overvekt i primærhelsetjenesten.
<b>Resultat</b>	Det viste seg at svært få helsepersonell hadde opplæring i håndtering av pasienter med fedme. Informasjon, vurdering, motivasjon til endring og henvisninger utgjorde 5% av praktiserende sykepleiere. Resterende deltakere rapporterte at de synes overvekt var et viktig helseproblem, men hadde lite erfaring med dette i praksis.

<b>Referanser</b>	Jallinoja, P. <i>et al.</i> (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> . 25(4), s.244-249. doi: 10.1080/02813430701691778
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å utforske legenes og sykepleiernes syn på profesjonsrollene i forhold til håndteringen av livsstilsrelaterte sykdommer og risikofaktorer som er knyttet opp mot disse.
<b>Metode</b>	<p>Studien brukte spørreundersøkelse som metode.</p> <p>Studien hadde fokus på voksne overvektige. Voksne pasienter med fedme, hypertensjon, diabetes type 2, hyperkolestemi og røyking deltok i spørreundersøkelsen.</p> <p>Det ble foretatt flere hovedområder innenfor spørreundersøkelsen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erfaringer i forhold til barrierer knyttet til behandling av livsstilsrelaterte tilstander.</li> <li>2. Oppfatning av pasientenes ansvar for egenomsorg</li> <li>3. Opplevelser av ubehag ved å bli konfrontert med tilstanden</li> <li>4. Helsepersonellens oppfatninger om egne roller og kompetanse innenfor livsstilsendring</li> </ol>
<b>Resultat</b>	Resultatene i studien viste seg at flertallet var enig at en stor barriere for en vellykket behandling av livsstilsrelaterte forhold handler om pasientens vilje til å endre vaner. Flertallet av leger og sykepleiere var enige om at å gi informasjon, motivere og støtte pasientene til endring, var det bare halvparten som anslo at de hadde tilstrekkelig kompetanse i rådgivningen.

## 4.2 Sammenfattet resultat

### 4.2.1 Sykepleierens rolle i møte med overvektige pasienter

Jallinoja *et al.* (2007) påpeker at sykepleiere og leger ser på fedme som et viktig helseproblem. Det er enighet blant flertallet av leger og sykepleiere om at det å bistå i livsstilsendring, er en av deres oppgave. Herunder kommer blant annet oppgaver som å gi informasjon, motivere og støtte pasienter til livsstilsendring.

### 4.2.2 Sykepleierens kunnskap og kompetanse

Jallinoja *et al.* (2007) viser til at 50% av helsepersonellet mente de hadde tilstrekkelig kompetanse i oppgaven som rådgiver til endring av livsstil.

Det angis av Brown *et al.* (2007) at et svært lavt antall helsepersonell mente de hadde fått opplæring i arbeid med å håndtere overvekt, og at kun praktiserende sykepleiere oppga å ha arbeidet med livsstilsendring ved overvekt i praksis.

Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) viser til et opplæringsprogram for overvektige, der personer med egne erfaringer om overvekt underviste sammen med helsepersonell.

Deltakerne opplevde undervisningen fra personene med tidligere erfaringer som mer relevant. Pasientene følte de kunne kjenne seg igjen, og på denne måten ble undervisningen mer personlig. Dette økte bevisstgjøring og motivasjonen for livsstilsendring.

Belcher og Jones (2009) mener at kunnskap er en viktig faktor til å kunne motivere og lykkes med å bistå en pasient til endring av livsstil.

### 4.2.3 Pasientens kunnskap og selvfølelse

Fagermoen *et al.* (2014) mener at grunnleggende kunnskap om sin sykdomssituasjon, samt selv-styrkende metoder kan bidra til en økt mestring- og selvfølelse. Kursdeltagere som hadde livsstilsendring som mål, viste tydelige endringer etter et år. En viktig grunn var nettopp økt mestrings- og selvfølelse.

#### 4.2.4 Pasientens behov for god relasjon

Ifølge Belcher og Jones (2009) er sykepleierens kommunikasjonsferdigheter av stor betydning. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier fungerer best dersom relasjonen er bygd på tillit fra begge parter. Tillitsbygging er en prosess som baseres på sykepleierens innsikt i pasientsituasjonen. Det vises at gode relasjoner mellom sykepleier og pasient, kan fremme pasientens selvfølelse. Pasientene mente at god kjemi og sykepleierens personlighet spilte en viktig rolle. At forholdet var basert på ærlighet var også en viktig faktor. Resultatene i studien viser at pasientene følte seg tryggere på erfarne sykepleiere, men at de også hadde tillit til nyutdannede sykepleiere, dersom sykepleierne var åpne om erfaringer og begrensninger.

#### 4.2.5 Sykepleierens holdninger

Saga og Thomassen (2018) hevder at legers og pasienters rolleatferd kan bidra til umyndiggjøring under legevisitt, dersom legen utøver sin rolle på en ugunstig måte. Selv om legen ikke nødvendigvis er bevisst sin fremtreden, kan han eller hun likevel fremstå som en «eksklusiv ekspert», og pasienten underordner seg legen. Pasienten har da en tendens til å nedvurdere egen kunnskap om helse, og innrette seg etter en tradisjonell rolle som passiv og avhengig.

## 5.0 Drøfting

Herunder drøftes funnene i inkluderte artikler, samt annen relevant forsknings- og faglitteratur. Det legges vekt på resultatenes betydning for klinisk sykepleie relatert til problemstillingen. Drøftingen innebærer noe erfaringsbasert kunnskap, som relateres til forskning. Forskningsetiske overveielser knyttet opp mot inkluderte artikler drøftes. Kritisk vurdering av faglitteratur blir gjort rede for. Forslag om innovasjon i tjenesteutvikling basert på litteraturstudiens konklusjon, kommer også frem i dette punktet.

### 5.1 Sykepleierens rolle i endringsprosessen

Etter erfaring kan det oppfattes at mange overvektige pasienter føler de lever «det gode liv». Dette kan tolkes som at en del pasienter med overvekt ikke ser på egne levevaner som truende for helsen. Haugsgjerd (1990) bekrefter dette, og mener at pasientene snarere så på spisemønster, og medfølgende, som en løsning. Pasientene opplevde selv at de ikke hadde et problem, men at det for eksempel var familien som påpekte problemet. Om helseplager skulle forekomme, vil sannsynligvis aktuelle levevaner ikke lenger vise seg som en løsning. Utsagnet styrkes av Prescott og Børtveit (2004) som legger til at endring av livsstil straks blir mer aktuelt, dersom helseplager melder seg.

Jallinoja *et al.* (2007) angir at det er enighet blant flertallet av leger og sykepleiere om at en av deres oppgave er å gi informasjon, motivere og støtte pasienter til livsstilsendring ved overvekt. Dette samsvarer med det Whitemore *et al.* (2009) viser til, der det legges vekt på sykepleieres viktige rolle i helsefremming og sykdomsforebygging. Dette fordi sykepleiere har grunnleggende kompetanse rettet mot livsstilsfaktorer. Tross dette er det ifølge Evju *et al.* (2014) en opplevelse av at sykepleiere synes det er ubehagelig å ta opp overvekt som et tema, særlig om det ikke faller som en naturlig del av samtalen. Studien viser også til at sykepleiere mener de beveger seg inn på pasientens privatliv, og at dette ofte oppfattes som upassende fra sykepleiers side.

Det kan tenkes at sykepleierne har en opplevelse av å komme i mellom pasient og behandlingssystemet. På den ene siden kan sykepleiere komme til å krenke pasientens



autonomi dersom de velger å overse pasientens ønske om å beholde livsstilsvaner, og istedenfor kommer med mengder av råd for å motivere til livsstilsendring. Dette kan virke demotiverende for pasienten. Det bekreftes av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) som skriver at en opplevelse av autonomi hos pasienten er nødvendig for å fremme indre motivasjon.

På den andre siden føler sykepleier seg pliktig til å utføre sykepleie i henhold til de yrkesetiske retningslinjer, som poengterer sykepleiers oppgave om å forebygge sykdom, samt å fremme helse (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Dette kan bety å forsøke å få en pasient til å endre livsstil fordi det fremmer helse, selv om pasienten er imot endring. Samtidig sier også retningslinjene at sykepleier skal ivareta retten til medbestemmelse, samt retten til å ikke bli krenket. Ut i fra dette kan det se ut til at mange av sykepleierens krav går på tvers av hverandre, og ofte setter sykepleieren i et dilemma. Vråle, Borge og Nedberg (2017) skriver om sykepleiers opplevelse av etiske dilemmaer. Et av dilemmaene omhandlet behandlingssystemets retningslinjer vurdert opp mot det enkelte pasientens behov for tid og eget tempo, og at disse ikke sto i samsvar med hverandre.

## 5.2 Veiledning til motivasjon

Hva en sykepleier velger å gjøre og hvordan en velger å motivere i en gitt situasjon, må vurderes etter den enkelte pasientsituasjonen. Dette bekreftes av Martinsen (2000) som beskriver at sykepleier må finne balansen mellom sansing og faglig skjønn. Et problem er likevel dokumentert av Eide og Eide (2016), som slår fast et stadig problem for profesjonelle sykepleiere er at velmente råd ikke følges av pasienten. Sykepleier kan gi råd, men pasienten er selv nødt til å ønske dette, for å være mottakelig for rådene. Om sykepleieren forsøker å overbevise pasienten om at han eller hun har et problem, kan dette virke mot sin hensikt. Dette fordi sykepleiers oppgave ikke er å moralisere frem motivasjon, da det kan skape motstand hos pasienten. Om pasienten ikke ønsker eller er klar for endring, bør sykepleier derfor akseptere dette. Samtidig presiserer Orem (2003) viktigheten av å kartlegge pasientens kapasitet til innsikt i egen sykdom, samt egenomsorg. Dette fordi pasientens terapeutiske egenomsorgskrav undersøker hvilke egenomsorgsbehov en pasient har vanskeligheter med å dekke. Sett i lys av problemstillingen, blir sykepleiers oppgave dermed å kartlegge, rettlede og veilede den overvektige pasienten til å forstå fordelene ved å endre livsstil, samt risiko ved

overvekt. På denne måten kan pasienten bli mer mottakelig for råd, og motivasjonen kan fremmes.

Helseoppfatningsmodellen viser til at en fordel er nødt til å oppleves som større enn én barriere, for å bestemme seg for å utføre en endring (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011). Det angis at undervisning og veiledning egner seg godt for å få pasienten til å tilegne seg kunnskaper om, få større forståelse for, og fremme innsikt i de konsekvensene et alternativt valg kan gi. For det første vil det føre til at pasienten får en dypere innsikt i sin sykdomstilstand. For det andre kan informasjonen bidra til at pasienten kan få økt forståelse for egenomsorg. I henhold til Orem (2003) egenomsorgsteori er god informasjon nødvendig, for å kunne ta beslutninger. Det kan ifølge Hummelvoll (2012) være hensiktsmessig å videreformidle kunnskap som kan styrke pasientens eget vurderingsgrunnlag og kompetanse. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) hevder at pasientens kompetanse omfatter de behovene som kreves for en livsstilsendring.

Ved å relatere informasjon og veiledning til pasientens egen situasjon, skriver Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) at dette kan komme til nytte da pasienten kan relatere seg til egen helsesituasjon. På denne måten vil informasjonen bli lettere å tilegne seg. Dette bekreftes i studien til Borge, Christiansen og Fagermoen (2012). Her beskriver pasientene at undervisning ble mer nyttig, dersom undervisningen ble holdt av personer som tidligere har vært i lignende situasjoner, og som hadde lyktes i å endre livsstil.

Å veilede pasienten til å ta i bruk egne ressurser blir dermed en sykepleieroppgave, som kan øke sannsynligheten for en vellykket behandling. Dette bekreftes av Otto (2009) som uttrykker ønske om at pasienten bruker egne ressurser, samt at sykepleier skal spille en støttende rolle for å utvikle ressursene på en helsefremmende måte. Tveiten (2007) styrker dette med å skrive at sykepleieren får en motiverende rolle.

### 5.3 Kunnskap og kommunikasjon i relasjon

Det er grunn til å tro at lite kompetanse blant sykepleiere er en viktig grunn til en lav deltakelse i motivering til livsstilsendring ved overvekt. Brown *et al.* (2007) viser til at et svært lavt antall helsepersonell har opplæring i behandlingen av overvekt, og fåtallet av disse

hadde håndtert overvekt i praksis. Helsedirektoratet (2010) hevder derimot at kunnskapsgrunnlaget hos sykepleiere er bedre i dag enn tidligere om hvilke behandlingstiltak som faktisk har dokumentert effekt, samt hvilke utfordringer den overvektige møter. Det ble også understreket at de som yter behandling til pasienter med overvekt, ofte synes utfordringene kan være store og mange.

Christiansen, Karlsen og Larsen (2017) viser at sykepleiere ofte er av den oppfatning at pasienter med overvekt har begrensede kunnskaper og ressurser til endring. Dette er i strid med hva pasientene i studien til Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) beskriver. Pasientene her opplevde selv at de hadde nok kunnskap om riktig kosthold og hva som skal til for å endre livsstil, men at det likevel var vanskelig å endre vanene sine. Eide og Eide (2016) mener at når pasienten innehar kunnskap, men fremdeles mangler motivasjon til endring, kan et mål være å styrke bevisstheten rundt overvekten, bygge opp selvtillit og motivasjon til endring. Her blir det viktig å bekrefte pasientens ferdigheter. Jallioja *et al.* (2007) bekrefter også dette. Det kom frem at sykepleierne stod fast i et dilemma. Sykepleierne ville gjerne bistå i endringen, men følte ofte at pasientene ikke var motivert til dette.

Det er grunn til å tro at kunnskap i seg selv ikke holder mål for å motivere en overvektig pasient til endring. Dette er i samsvar med studien til Belcher og Jones (2009) som nevner betydningen av sykepleiers formidlingsevne av kunnskap. Gammersvik (2012) bekrefter dette ved å hevde at noe av det mest betydningsfulle sykepleiere gjør, i stor grad skjer gjennom kommunikasjon i relasjon til den som ønsker helseforbedring. Eide og Eide (2016) skriver at god profesjonell relasjon har som mål å motivere pasienten.

Belcher og Jones (2009) beskriver sykepleiers mangel på ferdigheter i kommunikasjon som et hinder for å skape god relasjon. Nyutdannede sykepleierne mente de manglet erfaring om hvordan en skulle oppnå en god relasjon til pasientene. Det beskrives at tillit er viktig for å utvikle en god relasjon og at sykepleierens personlighet er av betydning. På den ene siden beskriver Martinsen (1989) at pasienten er nødt til å ønske å etablere en god relasjon. På en annen side er det opp til sykepleieren å legge til rette for at pasienten føler seg akseptert, ut i fra måten pasienten blir møtt på (Samuelson, 2007).

## 5.4 Makt og avmakt

Alvsvåg og Førland (2007) gjør oss oppmerksom på innsikten, kunnskapen og forståelsen som profesjonelle sykepleiere har. Dette gir sykepleieren makt i forholdet til pasienten. Det tradisjonelle sykepleier-pasient forholdet er i følge Tveiten (2007) bygd på grunnlag av makt hos sykepleier og en avmakt hos pasienten. Denne tenkningen er en motvekt til empowerment-begrepet.

Empowerment-begrepet skal sikre maktskifte fra sykepleier til pasient, slik at pasienten ikke lenger blir en passiv mottaker-rolle. Tvert imot får pasienten selv rollen som ekspert i egen situasjon. Fagermoen *et al.* (2014) bekrefter at det er ugunstig for pasients behandlingsresultat å innrette seg i en rolle som passiv og lite deltagende. Dette er i tråd med Saga og Thomassen (2018) som hevder at legenes og pasientens rolleatferd under legevisitt kan bidra til umyndiggjøring. Om legen utøver sin rolle ubevisst, kan det oppfattes som at legen er en «eksklusiv ekspert», og pasienten kan underordne seg legen fremfor å være en aktiv deltaker. Dette kan tyde på at måten helsepersonell bruker sin kunnskap og makt på, kan få pasienten til å innrette seg en passiv rolle. I et omsorgsperspektiv slik Alvsvåg og Førland (2007) beskriver det, skal helsepersonell bruke makt på en moralsk måte, noe som i dette tilfellet vil si å ta vare på og fremme det som styrker pasientens mestring, motivasjon og tro på seg selv. Ut i fra dette kommer man igjen inn på empowerment-begrepet, der brukermedvirkning og maktfordeling er sentrale verdier. Ved hjelp av disse verdiene blir pasienten ekspert på egen situasjon. Det må likevel nevnes at helsepersonell uansett er ekspert på det faglige området.

## 5.5 Holdninger og stigmatisering

Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) påstår at sykepleiers holdninger har mye å si for hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg. Det hevdes også at gode holdninger fra sykepleiers side, kan styrke motivasjon og håp hos pasienten. Ifølge Malmström *et al.* (2016) syntes pasientene at det var viktig at helsepersonellets private holdninger ikke kom til syne i praksis. En profesjonell holdning gjorde at pasientene opplevde ivaretagelse og at de ble tatt på alvor.

Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) forklarer hvordan sykepleiers bestemte holdninger og meninger mot pasientens overvekt, kan påvirke pasientens utviklingsprosess i en negativ

retning. Det kan dermed i verste fall føre til at endringsprosessen stopper opp. Det kan tolkes dit hen at sykepleiers fremtredelse i møte med pasienten er avgjørende for behandlingen. Dette er i overensstemmelse med Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) som beskriver en pasient sin opplevelse av dårlige holdninger fra helsepersonell. Pasienten fikk med dette en fornemmelse av at helsepersonell var av den fatning at overvekten var grunnlaget for all sykdom, noe som også er forenlig med Brown *et al.* (2007). Over 50% av sykepleierne mente at problemene hos den overvektige, skyldes overvekten. Disse holdningene kan i følge Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) få frem følelser som skam og skyld hos pasienten. Dette er i samsvar med det Kringlen (2008) beskriver om at overvektige kan føle selvforakt og oppleve seg nedvurdert av andre. Med dette fremheves det at overvekt kan være et psykologisk problem. Sykepleier må derfor opptre varsomt for å unngå å undertrykke den overvektige pasienten. For det første vil en uforsiktig propaganda fra sykepleier, kunne føre til ytterligere selvforakt. For det andre er ikke en viss overvekt usunt.

Det kan med dette virke som at dårlige holdninger til overvektige kan være demotiverende, samt svekke pasientens mestringsfølelse og tro på seg selv. Konsekvenser av dårlige holdninger er i strid med empowerment-begrepets verdier. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) hevder at dersom sykepleier møter pasienten med en terapeutisk holdning, som er preget av respekt og anerkjennelse, kan man oppnå en adekvat behandling.

## 5.6 Forskningsetikk- og kritisk vurdering av anvendt litteratur

Sykepleiefaglig relevans sikres ved at alle artiklene inkluderer sykepleiere i utvalget. Ikke alle de brukte artiklene har sykepleieren i fokus, men omhandler helsepersonell for øvrig. Med dette tenkes det at innholdet likevel er overførbart til oppgaven, og at funn kan tolkes i lys av problemstillingen. Artiklene omhandler blant annet hvordan en sykepleier bør kommunisere og motivere, mestring hos pasientene og tradisjonelle roller innen helsevesenet. Dermed blir både sykepleie- og pasientperspektivet belyst, noe som gir oppgaven styrke.

I de inkluderte resultatartiklene, har forskerne fulgt god henvisningsetikk, som gjør etterprøvbarehet mulig. Publiseringens vitenskapelige nivå er sjekket. Mye relevant fagfelleverdert forskning, faglitteratur og fagutvikling er inkludert ved siden av resultatartiklene, og er vurdert nøye. Dette gir i større grad kvalitet i oppgaven. En del av

faglitteraturen som er brukt, er ikke oppdatert de siste årene. Det kan med dette tenkes at innholdet ikke lenger er like relevant som tidligere, da nyere forskning kan ha tilkommet. Det brukt sykepleieteori som belyser problemstillingen, samt fag innenfor kunnskapsbasert praksis. Vi har tolket artiklene i utgangspunkt fra Orems (2003) omsorgsteori. Utfallet av tolkningen kunne ha blitt annerledes om det hadde blitt valgt en annen teori. Da Orems teori i stor grad er sentral i vår oppgave, kunne det vært en fordel å ta med mer teori om pasientens egenomsorg. Fokuset er mer rettet mot endringsprosessen hos pasienten, hvordan sykepleieren kan styrke pasientens egenomsorg og motivere til livsstilsendring.

Noen av resultatartiklene baserer seg på sykepleie i primærhelsetjenesten, noe som kan være en svakhet, da det var ønskelig å ikke spesifisere én innsats i helsevesenet. Flere av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk, og det blir derfor naturlig å nevne språkforståelse som en utfordring. Selv om forskningen er nøye gjennomgått og tolket etter beste evne, kan oversettelsen kan medført feiltolkninger. Det kan også ha forekommet kulturelle forskjeller ved at ikke alle artiklene er fra Norge. Artiklene ble likevel valgt, da overvektens risikofaktorer er like globalt sett. Det må likevel tas hensyn til at overvekt blir stigmatisert i store deler av verden, mens i noen kulturer blir overvekt sett på som fruktbarhet og rikdom.

To av resultatartiklene omhandler fullførte kurs eller opplæringsprogram med veiledere i et helhetlig program, og resultatene fra artiklene viser effekten av hele metoden. Sykepleierens medvirkning alene, kan på grunn av metoden komme mindre til syne. Tross dette ble artiklene brukt, da relevansen til sykepleierens motiverende funksjon i henhold til livsstilsendring, likevel kunne tolkes. Svakheten med dette er at viktige deler av artikkelen kan ha fått mindre fokus.

## 5.7 Innovasjon i tjenesteutvikling

Selv om sykepleierens hverdag er hektisk og krevende, bør det brukes ressurser og tid til innovasjon i tjenesteutvikling.

Ut i fra funnene i artiklene kan det virke som at sykepleiere har behov for mer kompetanse i arbeidet med overvekt og livsstilsendringer. Det kan tenkes at kunnskap om overvekt og motivasjon til livsstilsendring med fordel kunne hatt større fokus teoretisk og praksisrettet i sykepleiestudiet. For å øke kvaliteten i kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere, kunne det ha

vært nyttig å innføre undervisningsdager og kurs om målrettet kommunikasjon og relasjonsbygging. I henhold til resultatene i artiklene kan det se ut til at disse faktorene kan bidra til å lettere motivere en pasient med overvekt til endring av livsstil. Dette er kostnadseffektive tiltak, som kan komme samfunnet til gode. Dette fordi økt fokus rundt kompetanseheving, og mer forskning om overvekt og livsstilsendring, kan gagne den enkelte pasient og samfunnet forøvrig, i et helsefremmende perspektiv.

## 6.0 Konklusjon

Det er tolket retningslinjer og lover dithen at mange av sykepleiers krav går på tvers av hverandre. En sykepleier er selv nødt til å vurdere hva hun eller han velger å gjøre i en gitt situasjon. Siden ingen sykepleiere er like, og alle pasienter er forskjellige, er det vanskelig å konkludere en med konkret måte å motivere overvektige pasienter til livsstilsendring på. For å motivere pasienter med overvekt til endring av livsstil, er det likevel kommet frem til seks sentrale faktorer i arbeidet med litteraturstudien: sykepleierens kunnskap, formidlingsevne og holdninger, god relasjon mellom sykepleier og pasient, empowerment-tenkning og egenomsorg.

Funnene i de vitenskapelige artiklene og litteraturen viser at god kunnskap hos sykepleier er viktig for å motivere pasienten, men at det ikke er tilstrekkelig dersom formidlingsevnen ikke er bra nok. Det blir opp til enhver sykepleier hvordan han eller hun velger å bruke sin kunnskap og makt, samt på hvilken måte pasienten blir møtt. Som sykepleier kan en ikke bestemme hvilke holdninger en skal ha, men man kan velge å ikke la de komme frem i praksis. Dårlige holdninger fra sykepleierens side kan vise seg å være demotiverende. Om sykepleier er bevisst i sin rolle, og bruker makt på en profesjonell måte, kan det føre til at pasienten i større grad kan medvirke. Dette kan styrke pasientens mestringfølelse og tro på seg selv, og dermed øker sannsynligheten for å fremme pasientens motivasjon.

God relasjon er avgjørende for god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Relasjonen viser seg å være essensielt for en virksom og effektiv endringsprosess. God innsikt i pasienthistorikk viser seg å være viktig for å skape et tillitsfullt og trygt forhold mellom sykepleier og pasient. God samhandling mellom sykepleier og pasient virker til å være avgjørende for kvaliteten på veiledningen. Ved å bruke empowerment-verdier, som brukervedvirkning og maktfordeling, blir pasientens mestring fremmet. En tankegang basert på empowerment-verdiene kan være nyttig i bistand til motivasjon og endring. En sykepleier kan i lys av disse verdiene, vurdere og kartlegge pasientens ressurser, samt ta i bruk disse i endringsprosessen. En livsstilsendring oppnås likevel først når den er varig, og pasientens egenomsorg er derfor viktig.



Sykepleiere som arbeider ut i fra de seks nevnte faktorene, opptrer som profesjonelle og støttende, og kan dermed være i stand til å oppnå motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med overvekt.

## 7.0 Litteraturliste

Alvsvåg, H. og Førland, O. (2007) *Engasjement og læring*. Oslo: Akribe.

Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Amnon Lev-Hans Reitzel Forlag.

Aubert, W. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in health and social care - a practical guide*. 3. utg. Bershire: McGraw-Hill Education.

Bahr, R. (2015) *Aktivitetshåndboken*. Bergen: Fagbokforlaget.

Belcher, M. og Jones, L. K. (2009) Graduate nurses experiences of developing trust in nurse-patient relationship, *Contemporary Nurse*, 31(2), s. 142-152. doi: 10.5172/conu.673.31.2.142

Benner, P. og Wrubel, J. (2003) *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. København: Munksgaard.

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Borge, L., Christiansen, B. og Fagermoen M. S. (2012) Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt, *Sykepleien Forskning*, 7(1). s. 14-22. doi: 10.4220/sykepleief.2012.0024

Brown, I. *et al.* (2007) Management of obesity in primary care, *Leading Global Nursing Research*, 59(4), s. 329-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x

Christiansen, W. S., Karlsen, T. I. og Larsen, I. B. (2017) Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). s. 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4195>

Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (2018) Publiseringsskanaler. Tilgjengelig fra:  
[https://dbh.nsd.uib.no/statistikk/kategori\\_studenter.action](https://dbh.nsd.uib.no/statistikk/kategori_studenter.action) (Hentet: 15. mai. 2019)

Drevenhorn, E. *et al.* (2007) Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model, *European journal of cardiovascular nursing*, 6(1) s. 46-53. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.03.007

Eide, H. og Eide, T. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evju, A. S. *et al.* (2014) Vi går inn i det private rommet til pasienten. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 10(1) s. 70-82. doi: 10.7557/14.3011

Fagermoen, M. *et al.* (2014) Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs, *Sykepleien Forskning*, 9(3) s. 216-223. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0132

Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (Hentet: 26. april. 2019).

Felleskatalogen (2017) *Fedme*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/fedme> (Hentet: 29. april 2019).

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Gammersvik, Å. og Larsen, T. *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Haugsgjerd, S. (1990) *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag.

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale faglige retningslinjer*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme> (Hentet: 07. mai. 2019).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2) (Hentet: 02. april 2019).

Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T. og Tossavainen, K. (2008) Systematic review - a method for nursingresearch. *Nurse Researcher*, 16(1), s. 72-83. doi:  
10.7748/nr2008.10.16.1.72.c6754

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Forlag.

Jallinoja, P. *et al.* (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), s.244-249. doi:  
10.1080/02813430701691778

Jensen, K. T. og Knutstad, U. (2019) Slik at sykepleieforskningen utviklet seg, *Sykepleien Forskning*, 14, s. 1-18. doi: 10.4220/Sykepleienf.2019.75607

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kringlen, E. (2008) *Psykiatri*. 9. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (2011) *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Forlag.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (2011) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Forlag.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. A. (2011) *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Forlag.

Liberati, A. *et al.* (2009) The Prisma statement for reporting systematic reviews and meta-

analyses of studies that evaluate health care interventions, *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), s. 1-34. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.

Martinsen, K. (2000) *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Milio, N. (1986) *Promoting health through public policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 24. april 2019).

NTNU (2017) *Forskning - seksjon for sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/ihg/forskning-sykepleie> (Hentet: 03. april 2019).

Orem, D. (2003) *Self-care Theory in Nursing*. Springer Publishing Co Inc.

Otto, L. (2009) Sundhed i praksis. I: Glasdam, S (red.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk sygeplejeråd - Nyt nordisk forlag Arnold Busck, s. 31-52.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_2?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven) (Hentet: 02. april 2019).

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2012) *Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.

Prescott, P. og Børtveit, T. (2004) *Helse og atferdsendring*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Saga, E. og Thomassen, O. J. (2018) Den tradisjonelle lege-pasient-rollen kan umyndiggjøre pasienten, *Sykepleien Forskning*, 13, doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.73845

Salzmann-Erikson, M. og Dahlén, J. (2017) Nurses Establishment of Health Promoting Relationships, *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), s. 1-13. doi: 10.1007/s10826-016-0534-2

Samuelsen, A. G. (2007) *Kunsten i samspill: Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og etikk*. 6. utgave. Gyldendal akademisk, Oslo.

St.meld. 47. (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (Hentet 29. april 2019).

Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker – om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vråle, B. G., Borge, L. og Nedberg, K. (2017) Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. *Sykepleien Forskning*. 12. s. 3-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.61626

Whittemore, R. *et al.* (2019) Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care. *Nursing Research*. 58(1) s. 2-12. DOI: 10.1097/NNR.0b013e31818fcef3

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf). (Hentet: 05. mai 2019)

WHO (2014) *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*. Tilgjengelig fra: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/253727/64wd14e\\_FoodNutAP\\_140426.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf) (Hentet: 29. april 2019).

