



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Emnekode:

SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 08.03.12

Kandidatnr.: 28

Antall ord: 8621

”Jeg er ikke min vekt!”

Sammendrag

Bakgrunn:

På Tv 2 sin nettside skrev Venæs, H., Salater, R. & Normann, C. (2011) om en tidobling av fedmeoperasjoner i offentlige og private sykehus i Norge bare siden 2004. I praksis opplevde jeg at mange som lider av fedme har psykiske lidelser og ofte også kroniske sykdommer. Denne pasientgruppen unngår ofte helsevesenet hvis mulig på grunn av frykt for og ikke passe inn, eller på grunn av tidligere negative erfaringer. Alle disse momentene gjør at pleien og omsorgen til denne pasientgruppen vil være særlig viktig.

Hensikt:

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter som skal eller som har gjennomgått en fedmeoperasjon.

Metode:

Metoden som ble brukt i oppgaven er litteraturstudie.

Funn:

I oppgaven kom det frem noen hovedpunkter for å fremme mestring. Disse var sykepleier brydde seg og lyttet til pasientene og at sykepleierne var bevisste på sin nonverbale kommunikasjon. At sykepleierne gav tilstrekkelig informasjon og forklarte den, smilte hadde humor og gjorde det lille ekstra. Det fremmet også mestring at sykepleierne kom inn med stor nok skjorte og blodtrykksmansjett med en gang, og brukte utstyr som var beregnet på pasienter som lider av fedme sånn at de ikke ble ydmyket og flaue.

Oppsummering:

Å hjelpe pasienter som skal eller har gjennomgått en fedmeoperasjon til å fremme mestring er en sammensatt oppgave, som krever fokus og bevissthet fra hver enkelt sykepleier.

Abstract

Background:

On TV 2's website Venås, H., Salads, R. & Smith, C. (2011) wrote of a ten-fold increase of obesity operations, in both public and private hospitals in Norway since 2004. In practice, I experienced that many who suffer from obesity have mental illnesses and often chronic diseases. This group of patients often avoids the health care system if possible, because of the fear of not fitting in, or because of negative experiences in the past. All these factors results in how healthcare and care for this patient group will be particularly important.

Aim:

The purpose of this study is to find out how nurses can promote coping in patients who are going to or who have undergone bariatric surgery.

Method:

The method used in this study is a study of literature.

Findings:

This study leads to a few key points to promote coping. These were that nurses cared and listened to the patients and that the nurses were aware of their nonverbal communication. The nurses gave sufficient information and explained it, smiled, had humor and did the little extra. It also promoted coping that the nurses came in with big enough shirts and blood pressure cuffs the first time, and used equipment that was intended for patients who suffer from obesity so they were not humiliated and embarrassed.

Conclusion:

To help patients who are going to or who have undergone bariatric surgery to promote coping is a complex task that requires focus and awareness of each individual nurse.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Problemstilling, avgrensing og presisering	6
2.0 Begrepsmessig rammeverk	8
2.1 Sykepleieteoretiske perspektiv	8
2.1.1 Martinsens syn på omsorg	8
2.1.2 Benner og Wrubels syn på omsorg og mestring	8
2.2 Etikk og lovverk	9
2.3 Kommunikasjon	10
2.3.1 Nonverbale uttrykksformer	10
2.3.2 Bekreftende kommunikasjon	10
2.3.3 Å bli tatt på alvor som pasient	11
2.3.4 Den profesjonelle sykepleier	11
2.4 Fedme, fedmeoperasjoner og komplikasjoner	12
3.0 Metodedel	14
3.1 Hva er metode?	14
3.1.1 Kvalitativ metode	14
3.1.2 Kvantitativ metode	14
3.1.3 Mixed methods	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.2.1 Bakgrunns litteratur	15
3.2.2 Funn av forskning	16
3.2.3 Kildekritikk	16
3.2.4 Forskningsetikk	16
4.0 Resultat	17
5.0 Diskusjon	21
5.1 ”En kamp om å passe inn”	21

5.2 Sykepleieren har en viktig rolle	24
5.3 Kan sykepleiers fordommer hindre pasientens følelse av mestring?	25
6.0 Avslutning	27
7.0 Referanseliste	28
8.0 Vedlegg	32
8.1 Tabell med oversikt over søk og funn av artikler.....	32

1.0 Innledning

På verdensbasis har fedme (BMI over 30) doblet seg siden 1980 og i 2008 led 500 millioner over 20 år av fedme, (World Health Organization, WHO 2011). I følge Statistisk sentralbyrå (2007) har det også i Norge vært en økning i forekomsten av overvekt og fedme, men likevel i mindre grad enn i andre land som vil være naturlige for oss å sameligne oss med. På Tv 2 sin nettside skrev Venæs, H., Salater, R. & Normann, C. (2011) et innlegg i desember om en tidobling av fedmeoperasjoner i offentlige og private sykehus i Norge bare siden 2004, og dette inkluderer ikke de som opererte utenlands. Dette gjør at denne pasientgruppen vil ekspandere, og vil nok fortsette å gjøre det i tiden fremover. Dette er en pasientgruppe med spesielle behov, fordi de ofte har mange kroniske fysiske og psykiske lidelser i tillegg. Av erfaring vet jeg at flere har erfart vonde opplevelser med helsesektoren, blant annet fordi de føler at de fysisk ikke passer inn i dagens sykehus eller helsevesenet generelt. Dette gir utfordringer til sykepleierne og et høyere krav til fokus på problemområdene til denne pasientgruppen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I kirurgisk praksis opplevde jeg, som student, pasienter som skulle eller hadde gjennomgått en fedmeoperasjon. Disse operasjonene kan ha mange komplikasjoner. I tillegg opplevde jeg at mange som lider av fedme har psykiske lidelser og ofte også kroniske sykdommer. Denne pasientgruppen unngår ofte helsevesenet hvis mulig på grunn av frykt for å ikke passe inn, eller på grunn av tidligere negative erfaringer. Alle disse momentene gjør at pleien og omsorgen til denne pasientgruppen vil være særlig viktig, men hvordan kan sykepleierne fremme mestring og bedre oppholdet?

Med denne litteraturstudien ønsker jeg å øke mine kunnskaper innenfor et meget raskt voksende og aktuelt område. Min erfaring er at pasienter som lider av fedme har ofte mange flere bekymringer enn "bare" operasjoner. Mange av bekymringene kan være knyttet til følelse av mestring og til et allerede dårlig selvbilde. For eksempel kan en av disse bekymringene være "vil benken på venterommet være stor nok for meg?". Flere kan derfor unngå helsevesenet så lenge som mulig pga av disse bekymringene og også pga tidligere dårlige opplevelser med helsepersonell som de føler ser ned på dem. Hensikten er å finne frem til er hva sykepleiere kan gjøre for å gjøre oppholdet litt lettere og for å bevare og styrke mestringsfølelsen og selvtilliten til pasientene.

1.2 Problemstilling, avgrensning og presisering

Problemstillingen er: "Hvordan kan sykepleiere fremme mestring hos pasienter som skal, eller som har gjennomgått en fedmeoperasjon?"

Fokuset til problemstillingen vil være hva vi som sykepleiere kan gjøre på sykehuset, på avdelingen, for å fremme mestring hos pasienter som kommer inn for å gjennomføre en fedmeoperasjon.

Når det står i problemstillingen *fremme mestring*, menes spesielt mestring i form av et godt selvbilde og det å føle seg normal. Sykepleie i form av omsorg vil da være sentralt, om det er i kommunikasjonen, samarbeidet eller i de praktiske oppgavene.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Sykepleieteoretiske perspektiv

For å belyse problemstillingen vil omsorgsbegrepet være sentralt. Dette er fordi denne pasientgruppen ofte er sårbar og trenger pleie utover det medisinske og praktiske. Omsorgsteorien til Kari Martinsen har fokus på de ”svake” og sårbare og vil derfor være sentral. Omsorgsteorien til Benner og Wrubel vil også være viktig på grunn av deres fokus på at omsorg er essensielt i alle relasjoner, de legger også vekt på betydningen av omsorg i sin mestringsstrategi. Alvsvåg har fokus på den profesjonelle sykepleier og bruk av omsorg og å være dannet, og vil belyse hvordan det kan gjennomføres i praksis.

2.1.1 Martinsens syn på omsorg

Martinsen (2003, a) hevder at omsorg er noe grunnleggende som samfunnet og menneskene ikke kunne vært uten. Hun mener at omsorg krever grenser og tilbakeholdenhet, og hun er bekymret for at alle er så entusiastiske til omsorgsbegrepet i helsevesenet for det kan gå fra omsorg til ”sentimental omsorg”. I dette begrepet ligger det at en tvinger seg inn i den andres privatliv uten å egentlig ha interesse og omtanke for personen. Dette er en inntrengende nærhet som er krenkende, noe som omsorg ikke er. Men det er ikke bare den sentimentale omsorgen som er problemet, men også sammenhengen den er i. Denne sammenhengen er ”kuldebølgen”, og med dette hevder Martinsen at helsevesenet er for kaldt med tanke på effektivitet, produktivitet, hurtighet, ansenhet og hvor rasjonelt og overfladisk det er.

Martinsen (2003, b) mener omsorg er et sentralt begrep i sykepleien. Hun forklarer omsorg som å ”hjelp”, ”ta vare på”, ”vise omtanke for” og ”ta hensyn til”, og disse ordene demonstrerer hvor sentralt omsorg står i sykepleien. Omsorg forutsetter at det er to parter der den ene vil ha bekymring og omtanke for den andre parten. I sykepleien vil arbeidet som inkluderer omsorg omfatte pasienter som ikke klarer seg selv, som er syke eller som trenger pleie. En forutsetning for å kunne møte pasienter gjennom omsorgsarbeidet med omsorg er at en har et system, kontroll over situasjonen, ferdigheter og kunnskaper. Disse dyktighetene må en skaffe seg gjennom både lærebøker og praksis.

2.1.2 Benner og Wrubels syn på omsorg og mestring

Benner og Wrubel (2001) hevder at omsorg forener tankene, følelsene og handlingen. Omsorg kan derfor forklare et stort spektrum av relasjoner blant annet omsorg for sitt arbeid og sine pasienter. Omsorg skaper muligheter og gir mennesker bevegelsesgrunnlag og retningslinjer. De mener omsorg og yrkene som gir omsorg er foraktet, og at det kan se ut som omsorg er et problem. Dette er om man har et synspunkt på omsorg der personen ikke kan ha full autonomi eller bestemme selv. Det er en risiko og sårbarhet med all omsorg og det kan da bli fristende å lage trygge steder med ”kontrollert

omsorg”. Slike praktiske formål kan føre til at personen blir fratatt meninger og muligheter som hører til i omsorgen.

Den essensielle forutsetningen for å mestre hevder Benner og Wrubel er omsorg. Omsorg har en sentral plass i en virksom sykepleiepraksis. Den gjør at sykepleieren er i stand til å se hvilke tiltak som hjelper og hva som burde være videre fokus i pleien. Omsorg gjør at sykepleieren kan legge merke til de mest diskrete tegn på forbedring eller forverring i pasientens tilstand. En handling en sykepleier gjør kan ha store forskjeller i konsekvenser, ettersom man gjør det med eller uten omsorg. De sier videre at mestring er det man har for å stille opp mot ett problem, med andre ord vil en persons ferdigheter, bekymringer, bakgrunn, vaner og forhold summere hvilke muligheter en har for mestring (Benner & Wrubel, 2001).

2.2 Etikk og lovverk

Etikk har en grunnleggende plass i sykepleien. Det finnes mange plikter og retningslinjer, noen er nedfelt i lover, som ”Pasientrettighetsloven” og ”Helsepersonelloven. Disse er viktige å ha som bakgrunns kunnskap når en arbeider med alle pasientgrupper og er derfor sentrale her. Norsk Sykepleier Forbund (NSF) har yrkesetiske retningslinjer som er basert på International Council of Nurses (ICN) sine etiske regler. Disse retningslinjene sier kort at grunnlaget for all sykepleie er respekt for den enkeltes liv og for verdigheten som bor i det. Sykepleien skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene og den skal være basert på kunnskaper (NSF, 2011).

Løgstrup bruker begrepet *den etiske fordring*. Dette begrepet består av ulike elementer. Den første er at i forholdet mellom mennesker er livene viklet inn i hverandre, fordringen går ut på å yte omsorg for den andre. Det andre elementet er å forstå at hvert enkelt liv er en uforanderlig gave, slik at vi aldri kan komme i situasjonen at vi kan kreve gjengjeld tilbake for det vi gjør (Løgstrup, 2008, s. 144).

Helsepersonelloven (1999) har som formål å medvirke til sikkerhet for pasienten og for kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og skal fremme tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Denne loven gjelder helsepersonell og alle som yter helsehjelp i riket, så det gjelder også for sykepleiere.

Pasient- og brukerrettighetsloven sier:

”Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.”

2.3 Kommunikasjon

Et viktig redskap sykepleiere har er kommunikasjonen og kroppsspråket. Hvordan dette blir brukt har mye å si hvilken pleie og omsorg pasientene får, særlig siden overvektige pasienter ofte er vare på den nonverbale kommunikasjonen. Eide & Eide (2008) har blant annet skrevet om nonverbal kommunikasjon og om bekreftende ferdigheter som er vesentlig for en sykepleier å vite når en skal fremme mestring. Kari Martinsen (2008) peker på ”øyet som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell” og forklarer kommunikasjon mellom pasient og sykepleier på et helt grunnleggende plan der det grunner i nestekjærlighet.

2.3.1 Nonverbale uttrykksformer

Nonverbale uttrykksformer avdekker våre spontane reaksjoner, også de en ikke er helt bevisste på selv. En snill stemme, et smil eller et krent, alle reaksjoner sier noe til den andre og ofte tydeligere enn ord. Om man observerer ansiktsuttrykk kan dette gi mye informasjon om den andre man ellers ikke hadde fått vite, som for eksempel reaksjoner og følelser. Ansiktsuttrykket kan også være flertydig. Om pasienten oppfatter at sykepleieren har en negativ innstilling, om det er med rette eller ikke, vil det gi en dårlig motivasjon for samarbeid. Det som ofte er viktig for motivasjon er å bli møtt med tillit. Om en pasient føler at pleieren har tillit til han eller henne blir selvtilliten styrket. Føler en at ingen har tillit til en, blir selvtilliten svekket og en blir motløs (Eide & Eide, 2008).

Eide og Eide (2008) ytrer at den nonverbale kommunikasjonen blir påvirket av våre følelser, men det går også den andre veien. Smiler en mye, vil en lettere kjenne egen glede. Ansiktsuttrykket kan minske og forhøye den evnen man har til å være tilstedeværende med andre. Et grunnleggende behov i kommunikasjonen er å bli sett og speilet. Det å ikke bli sett eller oversett er ofte veldig sårende, og om en blir sett er det hvordan man blir sett på som bestemmer hva man føler. Eide og Eide hevder at kroppsspråk kan gi uttrykk for ulike holdninger og følelser og er en essensiell del av kommunikasjonen. Når bevegelsene og gestene støtter det en vil fortelle, demonstrere man interesse, oppmerksomhet, gir rom for trygghet og oppmuntre den andre til å snakke mer.

2.3.2 Bekreftende kommunikasjon

Eide og Eide (2008) forklarer at de bekreftende ferdighetene i kommunikasjonen har grunnlag i innlevelse. Når en blir forstått og hørt er dette i seg selv bekreftende. At noen hører på oss og har empati for våre følelser og tanker er en god opplevelse som fremmer selvtilliten og oppfyller et psykologisk og eksistensielt behov for nærhet til andre og for tilknytning. Bekreftende kommunikasjon fremmer tillit og trygghet og kan være betydningsfullt for et godt samarbeid og for å skape en god relasjon.

2.3.3 Å bli tatt på alvor som pasient

Martinsen (2008) hevder at en har en forventning om å bli tatt på alvor og å bli imøtekommet, med andre ord ikke slått hånden av. Å våge seg frem er et etisk livs grunnfenomen. Vi oppfordrer den andre om å gi oss oppmerksomhet og å bli sett på som interessante og vedrørende på tross av at vi ikke kjenner hverandre. Dette gjelder også for pasienter og sykepleiere. Det ligger en bønn i øynene til begge partene om å bli mottatt, og bli svart med et lydhørt og oppmerksomt blick som ikke er målende og dissekerende, men de er likevel ulike. Sykepleieren har det faglige på sin side, og derfor også ofte makten. Hos pasienten står mye mer på spill. Sykdommen, bekymringen til den syke og følelsen av å ikke strekke til, oppfordrer sykepleieren til å se og ta hånd om pasienten. Sykdommen kan også føre til fortvilelse som gjør at pasienten lukker seg og ikke tar imot. Dette kan være vanskelig for sykepleieren og en kan da prøve å være positiv og ha en god holdning til alle pasientens problemer, eller en kan prøve og uttrykke det inntrykket pasienten gir en, men på en god og stemt måte slik at pasienten kjenner seg igjen i det.

2.3.4 Den profesjonelle sykepleier

En profesjonell sykepleier vil prøve å uttrykke inntrykket pasienten gir. Når en sykepleier tror sine øyne vil fordringen få en karakter av innlevelse, fantasi, innsikt og avgjørelse i forbindelse med ivaretagelse av den andre. Det er her perspektivet blir isolert av den profesjonelle som ser etter med faglig innsikt. Nå er det den profesjonelles øyne som har initiativet og kunnskapene som er innleiret i kroppen kommer til uttrykk i profesjonsøyet. Martinsen skriver "Et øye som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell, er aktelsens eller nestekjærlighetens øye" (2008, s. 26). Pasienten er ikke sin lidelse eller sin sykdom, men må få stige frem med sin lidelse i sin lidelse og sykepleieren blir oppfordret til å hjelpe enhver ut fra sitt eget særpreg og på den måten den enkelte vil trenge det (Martinsen, 2008).

Alvsvåg (2010) hevder at dyktighet i de profesjonelle sammenhengene skal se til at pasienten og de pårørende har det så bra det er mulig i den situasjonen de befinner seg i. For å være dyktig må måten man arbeider på være basert på flere forskjellige former for kunnskap. For å kunne gi god pleie må man ha øye for det som er viktig for pasienten og vite hvordan man kan gjennomføre det praktiske arbeidet som skal til for å hjelpe i en problematisk omstendighet. Hun vektlegger at for å gi god omsorg må medmenneskelighet og praktisk kunnskap forenes. Skal sykepleieryrket bli sett på som profesjonelt, må det vi gjør, måten vi resonnerer på og hvordan vi handler, i praksis bli reflektert av at det blir tatt i bruk forskjellige typer kunnskaper. Dette innebærer kunnskaper fra erfaringen, kunnskaper som er forskningsbasert og verdibasert og praktisk kunnskap. Men det er den enkelte pasientsituasjon som bestemmer hvor den største tyngden er. Når en sykepleier bruker faglig skjønn og dannelses blir det utøvd best pleie og omsorg.

2.4 Fedme, fedmeoperasjoner og komplikasjoner

Når en arbeider med pasientgrupper som lider av fedme er det nyttig å ha kunnskaper om hva som fører til fedme, hvilke kriterier en må oppfylle for å få en fedmeoperasjon, hva disse operasjonene går ut på og hvilke komplikasjoner som kan oppstå.

Sortland (2008) skriver at individer som legger på seg på grunn av for mye fettinnhold i kosten og som i tillegg er arvelig disponert for fedme vil være over normalvekten med gjennomsnittlig 10 til 15 kilo. Grunnen til dette er blant annet for personer som er disponert for fedme har en redusert fettforbrenning i muskulaturen. Når man er overvektig har man ofte nedsatt fysisk aktivitet og derfor nedsatt energiforbruk og dette igjen vil øke sjansene for hjerneslag, høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, diabetes mellitus type 2, gallestein, kreft, muskel- og leddplager. Den beste løsningen om man lider av overvekt er å redusere fettinntaket i kosten, og øke karbohydratene og i tillegg være i fysisk aktivitet. Sortland skriver videre at årsaken til at overvekt og fedme har økt er fordi man beveger seg mindre enn før, mens energiinntaket er like høyt.

Det finnes nasjonale retningslinjer som skal sørge for at mennesker som er sykkelig overvektige har samme rett til helsehjelp, utredning og behandling. Sykelig overvekt er her en BMI lik eller større enn 40 eller en BMI lik eller større enn 35 med en eller flere følgesykdommer. Følgesykdommer kan være diabetes mellitus type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, lungesykdom, søvnapné, leddplager og noen krefttyper (Hjelmesæth & Sandbu, 2010).

Fedmeoperasjoner er det som har vist seg mest effektivt for å oppnå varig vektnedgang og for å reversere fedmerelaterte sykdommer. Det finnes flere fedmeoperasjoner, blant annet Roux-en-Y Gastric Bypass (også bare kalt Gastric Bypass), Duodenal Switch, Gastric Sleeve, Gastric Banding og de fleste av disse inngrepene kan også gjøres laproskopisk. (Goncalves, Rubino, Brethauer & Schauer, 2008). I Norge er Gastric Bypass den mest gjennomførte fedmeoperasjonen og utgjør 90 % av dem, jeg har derfor valgt å utdype denne. (Hofsø, Aasheim, Søvik, Jakobsen, Johnson, Sandbu, Aas, Kristinsson & Hjelmesæth, 2011).

Roux-en-Y Gastric Bypass er vanligvis sett på som en blanding av restriktiv og malabsorberende operasjon, og det er flere variasjoner av teknikker når en utfører dette inngrepet, men det er noen hovedelementer den alltid innebærer. Kirurgen vil dele øverste del av magesekken med stifter og sting så den bare rommer 15-30ml, resten av magesekken vil ikke være i bruk, men vil fortsatt være i kroppen fordi den fortsatt produserer syre og i tilfelle noen vil reversere operasjonen. Deretter vil jejunum bli delt og festet til den lille magesekken, denne delen av jejunum kalles Roux limb. Enden av jejunum vil bli festet til Roux limb. Denne operasjonen vil redusere matopptaket med 90-95 % (Goncalves et al., 2008). Det er flere komplikasjoner som kan oppstå under en slik operasjon. I løpet av 30 dager etter operasjonen dør 0,5 % og 5 % av pasientene får alvorlige komplikasjoner.

Gallesteinsykdom, ulcussykdom og intern herniering kan fremtre som senkomplikasjoner, og nesten halvparten av pasientene vil i løpet av det første året etter operasjonen oppleve gastrointestinale plager som kvalme, oppkast, diaré, gastroøsofageal refluks, postprandial regurgitasjon, luftmerter og dumpingsyndrom (Hofsø et al., 2011).

3.0 Metodedel

3.1 Hva er metode?

Metoden vil forklare litt om hvordan man best kan gå frem for finne eller teste kunnskap. Når man har bestemt seg for en metode vil det være fordi en tror at denne metoden vil best kunne gi oss den kunnskapen vi trenger og kaste lys over det vi spør om måte som gjør de interessante fra et faglig ståsted. (Dalland, 2007).

Tranøy skrev (1986, s.127):

”Med metode forstår jeg en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve kunnskapskrav, dvs. påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.”

Det finnes flere forskjellige metoder som blant annet kvalitativ metode, kvantitativ metode og mixed methods.

3.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er forskjellige forskningsprosedyrer som skal gi forklarende informasjon som for eksempel adferd som kan observeres eller egne ord som individer har sagt eller skrevet. Det som er spesielt med den kvalitative arbeidsmåten er at det er noe man vil karakterisere og man kan gjøre det med en eksplorativ eller med en deskriptiv undersøkelse. Med andre ord er det en vil finne ut av med kvalitativ metode, hva som best kan forklare et fenomen eller en sammenheng, om det er modeller, kategorier eller beskrivelser. De ulike kvalitative metodene kan deles inn i tre kategorier, og dette er de beskrivende metodene, de språkorienterte og de som er tolkende. (Olsson & Sørensen, 2003).

3.1.2 Kvantitativ metode

I følge Olsson & Sørensen (2003) kan kvantitativ forskning deles inn i to prosjekter, dette er de forklarende og de deskriptive (beskrivende). De prosjektene som er deskriptive er vanligvis tverrsnittstypen. Dette kan de gjøre ved og beskrive en gitt populasjon på et gitt tidspunkt, (prevalens). De prosjektene som er forklarende vil finne årsakssammenhenger (kausaltitet). Undersøkelsene til disse prosjektene kan være eksperimentelle der man randomiserer individene som deltar i undersøkelsen og setter dem i en eller flere eksperimentgrupper og i en eller flere kontrollgrupper.

3.1.3 Mixed methods

Mixed methods, eller kombinerte metoder, er en forskningsmetode for å samle, analysere og ”mikse” både kvantitativ og kvalitativ metode og forskning i ett og samme studie for å forstå en problemstilling. (Creswell, 2008). I artikkelen til Kaarbø (2009) skriver hun om fire typer forskningsdesign innenfor mixed methods. Den første er triangulering og innebærer at både kvalitative og kvantitative data blir samlet og analysert på samme tid eller parallelt. Den andre typen er innlagt kombinerte metoder som går ut på at kvantitative og kvalitative data blir samlet på samme tid, men analysert hver for seg innenfor samme studie, men en form for data vil ha en støttende rolle for den andre formen for data. Denne typen kan ha en mindre mer støttende komponent som er kvalitativ og en større komponent som er kvantitativ. Den tredje typen er forklarende kombinerte metoder, og der blir data samlet i to omganger. Creswell (2008) forklarer denne typen som en forklarende ”mixed methods design” som består av at man først samler kvantitative data og så samler man kvalitative data for å hjelpe å forklare eller utdype de kvantitative resultatene. Den siste typen er utforskende kombinerte metoder og her blir dataen samlet i to runder. Creswell (2008) sier at meningen med utforskende mixed methods er at først samler man kvalitative data for å utforske et fenomen, og deretter samle kvantitative data for å forklare forholdene som ble funnet av den kvalitative dataen. Dette er en metode der en må samle inn omfattende data og den tar mye tid blant annet fordi en må teste ut et instrument før det kan brukes. (Kaarbø, 2009).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie skal i følge Olsson & Sørensen (2003) omfatte en bakgrunn, et formål, spørsmålstillinger og metode for innsamling. I slike oppgaver er litteraturen som blir samlet inn kilden til informasjon på samme måte som en person er informasjonskilden under et intervju. Med andre ord vil ikke litteraturen som er i bakgrunnen, være den som er samlet inn. I slike studier trenger en relevant vitenskaplig litteratur som artikler eller rapporter og en burde ha en 5-6 forskjellige kilder. Når man skal drøfte i litteraturstudie, setter man informasjonen man har samlet i dialog, opp mot den litteraturen man har i bakgrunnen og drøfter dette ut fra det som er problemstillingen eller formålet.

3.2.1 Bakgrunns litteratur

Bakgrunns litteraturen i dette studiet vil være basert på alle de relevante temaene for problemstillingen. Dette vil være bøker og fagartikler som dekker sykepleierteorien, begrepsforklaring av ”mestring”, etikk i sykepleien, kommunikasjon og kroppsspråk, fedme, fedmeoperasjoner og komplikasjoner. Det har vært en stor utfordring og finne relevant teori på temaet fedmeoperasjon siden pensumbøkene ikke dekket dette. Det var lite bøker på norsk og det er derfor tatt i bruk engelske og danske bøker og engelske artikler, det var også flere av bøkene til sykepleierteorien som var vanskelige å få tak i. Mange av bøkene og artiklene måtte innhentes fra rundt i landet.

3.2.2 Funn av forskning

For å finne artiklene søkte jeg på søkebasene Cinahl, Pubmed, Ovid og Vård i Norden. Søkeordene jeg brukte var "bariatric surgery", "self-esteem", "gastric bypass", "Comfort in the hospital", "Bariatric patients in the hospital", "nurses" og "omsorg". Disse søkeordene brukte jeg både alene og sammen i forskjellige kombinasjoner med to og tre ord med "AND" mellom. Dette resulterte i alt fra 0 antall artikler til 235. Expanders (utvidelse) jeg noen ganger brukte var "search within all my search terms". Limiters (begrensninger) jeg brukte var Full text, Peer reviewed, Articles with abstract, publisert de siste 10 eller 12 år, References available og Research article. Disse ble brukt om en annen litt etter hvilke søkebasen jeg brukte og etter hvor mange antall artikler som kom opp. Søkemodusen jeg brukte, der det var mulig, var Find all my search terms. En tabelloversikt over hvordan artiklene som er brukt i dette studiet ble funnet ligger som vedlegg. Det var en stor utfordring å finne relevante artikler om emnet. Dette kan ha sammenheng med at denne operasjonsformen for overvektige pasienter er en relativt ny behandlingsform.

3.2.3 Kildekritikk

Dette litteraturstudiet inneholder primærkilder så langt det er mulig, og informasjonen skal være relevant i dag. All litteratur som har blitt brukt vil være fra år 2000 og frem til 2012, litteratur før dette er kritisk vurdert og er primærkilder. Alle forskningsartikler som har blitt brukt i oppgaven er kritisk vurdert med sjekklister fra nettsidene til Kunnskapsbasert praksis, med unntak av artiklene som er mixed methods, grunnet mangel av sjekklister for denne metoden. Mixed methods artiklene ble kritisk vurdert av en sjekklister av University of Leeds, som er lagt ut på University of Salford, Manchester sin nettside. På grunn av manglende funn av norske artikler på flere områder er det brukt flere utenlandske artikler. Resultatene fra disse vil bli brukt i studiet, med forbehold om at resultatene kan være noe ulike i Norge.

3.2.4 Forskningsetikk

Når en skriver en litteraturstudie bruker en andres forskning, og da er det viktig og forsikre seg om at original forfatterne blir respektert og får anerkjennelsen ved at de korrekte referansene blir brukt. Olsson og Sørensen (2003) hevder at plagiering i slike sammenhenger som dette kan kalles tekstrov. For å unngå dette vil det bli brukt korrekte referanser, slik at det kommer tydelig frem hvem som er originalforfatter, både i teksten der det er brukt og bak i oppgaven i referanselisten. De ulike kildene blir referert etter kravene til biblioteknettsiden til Høyskolen Stord/Haugesund. Et annet etisk aspekt det er viktig å ha fokus på er om forskningsartiklene er godkjent av etiske komiteer og om deltakerne var frivillige og om de ble godt tatt hånd om under undersøkelsen med tanke på anonymitet og deres rettigheter. Dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen fra 1964 som vektlegger at forsøkspersonenes integritet og helse går fremfor hensynet til samfunnet og forskningen (Dalland, 2007). Alle forskningsartiklene i dette studiet har blitt godkjent av en etisk komité, og slik det kommer frem i artiklene har deltakerne i alle undersøkelsene blitt tatt hånd om på en etisk korrekt måte.

4.0 Resultat

Forskningen som er brukt i denne oppgaven er relevant for å besvare problemstillingen, men hver forskningsartikkel vil bare bli kort presentert, funnene kommer i drøftingsdelen.

”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det” er skrevet av Kirsti Kvåle, studien ble gjennomført i Norge.

Formål: Formålet med denne studien å finne ut hvilke egenskaper i en sykepleier som gjør at pasienten føler at han/hun får omsorg av sykepleieren.

Metode: En kvalitativ studie med fenomenologisk fremgangsmåte. Tjue pasienter ble intervjuet, intervjuene var kvalitative. Pasientene hadde en kreftdiagnose på ulike stadier og med ulike diagnoser.

Resultat: Det var ikke de vanskelige og tidkrevende samtalene, men at sykepleierne stoppet opp og viste at de hadde interesse for dem som enkeltindivider og medmennesker som viste seg som det viktigste for omsorgen. Den omsorgsfulle sykepleier snakket med dem som enkeltindivider, brydde seg om dem, gav informasjon og forklarte, smilte og hadde humor. Det essensielle med en omsorgsfull sykepleier var at hun/han møtte pasienten som et medmenneske heller enn en pasient. Pasientenes syn på omsorg hadde ikke så mye med tid å gjøre som det hadde med omsorg og bevissthet.

Konklusjon: Funnene viser at alle pasientene kunne identifisere en eller to sykepleiere som viste mer omsorg enn de andre. Litt ekstra omtanke i en travel hverdag gav pasientene en følelse av at sykepleieren ”brydde seg” og dermed gav omsorg.

Denne artikkelen er basert på kreftpasienter og ikke fedmeoperasjonspasienter, men hva en sykepleier gjør som fremmer omsorg kan overføres til de fleste pasientgrupper og vil derfor være relevant for å belyse problemstillingen.

”Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses” skrevet av Man-Yuk Poon og Marie Tarrant, studien ble gjennomført i Kina.

Formål: Å undersøke hvordan innstillingen til sykepleierstudenter og autoriserte sykepleiere var til pasienter som lider av fedme, og hvilke holdninger ledelsen har til pasienter som lider av fedme.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med spørreskjema som 352 sykepleierstudenter og 198 autoriserte sykepleiere gjennomførte. Opplysningene ble analysert ved bruk av beskrivende statistikker og student t-tester.

Resultat: Det kom frem til var at det var gjennomsnittlige nivåer av fedmefobi mot pasienter som lidde av fedme. De autoriserte sykepleierne hadde merkverdig høyere fedme fobi og mer negative holdninger enn sykepleierstudentene. Flertallet av deltakerne hadde holdninger til mennesker som lider av fedme, at de liker mat, overspiser, var formløse, langsomme og lite tiltrekkende. I tillegg mente over halvparten av deltakerne at voksne som lider av fedme burde bli satt på diett når de var på sykehuset.

Konklusjon: Resultatene viste at både de autoriserte sykepleierne og sykepleierstudentene har negative holdninger til fedme. At de autoriserte sykepleierne hadde mer negative holdninger til mennesker som lider av fedme gir grunn til bekymring.

Denne artikkelen vil være relevant for å belyse hva sykepleiere og sykepleiestudenter må være oppmerksomme på når det gjelder egne holdninger og hvordan de kan påvirke mestring til fedmeoperasjonspasienter.

”Women`s stories of their experiences as overweight patients” skrevet av Emily Merrill & Jane Grassley, studien ble gjennomført I USA.

Formål: Formålet med denne undersøkelsen var å belyse kvinners opplevelse som overvektige i deres møter med helsevesenet og helsepersonellet.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Det er brukt Hermeneutisk fenomenologisk fremgangsmåte med dybdeintervjuer med åtte kvinner som identifiserte seg selv som overvektige pasienter.

Resultat: I denne studien kom det frem at kvinnenes opplevelse var en kamp om å passe inn i helsevesenets verden. Det var fire viktige temaer som ble identifisert, dette var ”en kamp om å passe inn”. De opplevde angst og forventet vanskeligheter med plassen på grunn av deres størrelse. ”Å bli avvist” var det andre temaet og kom av nedverdiggende og pinlige interaksjoner med helsepersonellet. Alle deltagerne fortalte historier der de ble avvist av helsepersonellet på flere måter, fra å ikke bli trodd til å få ingen behandling for helseproblemene og fikk svar at det var heller vekten som var problemet. ”Å ikke føle seg helt menneskelig” kom av stigmatiseringen av å være annerledes på grunn av kroppsstørrelse. Flere deltagere gav uttrykk for fraser som ”Jeg er en virkelig person” og ”Jeg er mer enn min vekt”. Det siste temaet var ”å nekte å gi opp” og bestod av at de fortsatte å søke støtte og råd til tross for tidligere negative erfaringer. De fortsatte og prøve å kontrollere eller å gå ned i vekt og levde konstant med den altomsluttende byrden av å være overvektig, og de forventet de samme utfordringene i fremtiden.

Konklusjon: Forfatterne konkluderte med at bevissthet rundt disse funnene kunne forandre forståelsen vår av kvinners opplevelser som overvektige pasienter og fremme bevissthet hos sykepleiere om å utvikle følsomme kommunikasjonsstrategier og helsetjenestemiljøer som vil gi holistisk omsorg.

Denne artikkelen vil være relevant for å belyse hva sykepleierne, som arbeider med fedmeoperasjonspasienter, må ha fokus på for å kunne gi pleie som vil fremme mestring.

”Risk factors for moving and handling bariatric patients” er skrevet av Sue Hignett og Paula Griffiths, studien ble gjennomført i Storbritannia.

Formålet: Formålet med denne studien var å identifisere og utforske hvilken risiko helsepersonell innen helse og sosial omsorg ble utsatt for ved arbeid med sterkt overvektige pasienter og å undersøke hvilke praktiske og bygningsmessige utfordringer som kan oppstå for overvektige pasienter.

Metode: Metoden de brukte var mixed methods (kvalitative og kvantitative) med fokusgrupper og spørreskjemaer. Deltakerne var rekruttert fra fokusgruppene til the National Back Exchange (NBE) Special Interest Group on Bariatrics og the National Ambulance Risk and Safety Forum (NARSF). Informasjonen ble analysert tematisk med 25 fokusgrupper og deskriptivt med 230 spørreskjemaer.

Resultat: Pasientenes avstand til sykehus ble kartlagt for medisinske (akutte), samfunnsrelaterte og fødselsrelaterte innleggelser. Dette resulterte i fem generelle temaer: pasientfaktorer, bygning og kjøretøyplass og design, utstyr og møblement, kommunikasjon og organisering og personellutfordringer. Totalt 59 % av deltakerne rapporterte at organisasjonene deres ikke hadde en fremgangsmåte for hvordan håndtere mennesker som lider av fedme. Av alle organisasjonene som svarte hadde bare 77 % tilgang spesialutstyr, men bare 32 % av de som svarte fra NBE sa at de gav spesialtrening på hvordan å håndtere pasienter som lider av fedme til personellet.

Konklusjon: De kom frem til at det er et behov for gjennomgang og design av bedre og mer passende bygninger, kjøretøy, møblement og utstyr for å redusere risikoen for helsepersonell ved håndtering av mennesker som lider av fedme. Det er et behov for mer forskning for å undersøke iversettingen av fremgangsmåten med spesielt fokus på bruk av utstyr og på kommunikasjon mellom helsetjenestene.

Denne artikkelen vil være relevant for å belyse noen av utfordringene som kan forekomme for pasienter som lider av fedme. Noen av disse kan for eksempel være ved forflytning på blant annet sykehuset og også hvordan disse problemområdene kan bedres, og dermed redusere risiko for helsepersonell og pasienter, og også fremme mestring hos disse pasientene.

I utgangspunktet skulle artikkelen **”Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients”** skrevet av Haldis Ø Lier, Eva Biringer, Oddbjørn Hove, Bjarte Stubhaug & Tone Tangen, også være med. Denne undersøkelsen ble gjennomført i Norge ved Haugesund sykehus, men på grunn av vinklingen på artikkelen måtte den kuttes.

5.0 Diskusjon

5.1 ”En kamp om å passe inn”

Merrill og Grassley (2008) konkluderte med at for overvektige kvinner var det en kamp om å passe inn i dagens helsevesen, og de kom frem til fire temaer. Tre av disse var ”en kamp om å passe inn”, ”å bli avvist” og ”å nekte å gi opp”.

Kampen om å passe inn var både fysisk og psykisk. Deltakerne forberedte seg på kamp med å kle seg pent sånn at de kanskje kunne bli mer akseptert og bli bedre behandlet av helsepersonellet og følte at de måtte bevise for helsepersonellet at de var ekte mennesker, at de måtte ha en identitet helsepersonellet kunne godta. Deltakerne trengte annerledes skjorter, blodtrykksmansjetter, stoler, senger, undersøkelsesrom og lignende og ofte var ikke det nødvendige utstyret klart og førte til forsinkelser, ydmykelse, skam og selvbredelse. Deltakerne opplevde en konstant kamp. Kvinnene i studien følte at helsepersonellet ikke tok nok tid til å høre på hva de sa og at de derfor ikke ble lyttet til.

Martinsen (2003, b) hevder at omsorgen er sentral i sykepleien og dette innebærer blant annet å ”ta vare på”, ”vise omtanke for” og ”ta hensyn til pasienter” og for å kunne gjennomføre arbeidet med omsorg måtte man ha et system, kontroll over situasjonen i tillegg til kunnskaper og ferdigheter som en har tilskaffet gjennom lærebøker og praksis. Dette betyr at pasientene ikke skal måtte gjøre noen forberedelser for å bli godt tatt imot av helsepersonell. Vi skal ta vare på dem, ta hensyn til dem og vise omtanke for alle pasienter. Det betyr også at en skal ta seg tid til å lytte til pasientene og med dette demonstrere omsorg og fremme mestring. Dette bekrefter også retningslinjene til NSF (2011) som er basert på ICN’s etiske regler, all sykepleie bygger på blant annet respekt og verdighet for den enkelte. Helsepersonelloven (1999) skal også medvirke til sikkerhet for pasienten og for kvaliteten på pleien, i tillegg til å fremme tilliten til helsepersonellet.

Alvsvåg (2010) uttaler at en dyktig sykepleier skal se til at pasienten har det så bra som mulig i situasjonen han/hun befinner seg i. For å kunne gjøre dette må man ha flere former for kunnskap, blant annet vite hva som er viktig for pasienten og vite hvordan det skal gjennomføres i praksis. Her er det essensielt at medmenneskelighet og kunnskaper forenes, men det er den enkelte pasientsituasjon som bestemmer hva som må vektlegges. Når en arbeider med pasienter som lider av fedme er det mye som må planlegges for å yte god omsorg og dermed fremme mestring. Når en ser på deltakerne i studiet ser en at det er behov for et spesielt fokus på eventuelle problemområder som innebærer fysiske begrensninger for disse pasientene og ha samtaler med alle pasientene slik at det som er viktigst for dem kommer frem, og kan bli tatt hensyn til. Vanlige problemområder for deltakerne i denne studien var at de trengte større skjorter og blodtrykksmansjetter, større stoler og senger og undersøkelsesrom.

Om en tenker seg om på forhånd og henter en ekstra stor skjorte og blodtrykksmansjett med en gang til pasienten og ikke bare tar inn noe første gangen, kan pasientene spares for en del ydmykelse og forsinkelser. Det er da også viktig at en på arbeidsplassen vet hvor dette ligger slik en ikke må springe rundt å lete hver gang, men at en har et system. I praksis opplevde jeg at en pasient som veide 300 kg skulle gjennomføre en fedmeoperasjon. Operasjonsbordet på sykehuset tålte bare 200kg og da de skulle veie denne pasienten, måtte han stå med en fot på hver sin vekt, men begge to ble ødelagt. Eneste måten å veie denne mannen på var at han gikk til biltilsynet, og brukte vekten som var beregnet til biler. Det er veldig viktig å ha tilpasset utstyr til disse pasientene for å kunne fremme mestring. Og om en har spesialutstyr for pasienter som lider av fedme, hjelper ikke det hvis ingen kan bruke det. I studien til Hignett og Griffiths (2009) som gikk ut på og utforske risiko ved forflytning av svært overvektige pasienter, kom det frem at bare 59 % svarte at de hadde en handlingsplan ved forflytning av overvektige pasienter. 77 % svarte at de hadde spesialutstyr, men bare 32 % svarte at helsepersonellet hadde blitt opplært til hvordan en best kunne forflytte svært overvektige. Dette gjaldt forflytning både i ambulanse og på sykehus. For både helsepersonell og pasienters skyld, burde alle som arbeider med pasienter som lider av fedme ha opplæring og kanskje kursing i hvordan bruke spesialutstyr. Jeg tror også begge parter kunne blitt hjulpet om kanskje avdelingen hadde en utarbeidet sjekklister som dekker alle eventuelle fokusområder, hvilket spesialutstyr som er tilgjengelig og også hvordan utstyret fungerer hvis de ikke har fått opplæring. Hadde det vært et fungerende system på alt dette, kunne kanskje pasientene sluppet ydmykelsen, skammen og selvbredelsen flere opplevde og heller opplevd mestring. Svein Inge Meland publiserte i 2010 et innlegg på nettsiden til Adresseavisen om at det skal startes opp med en Master i fedme ved NTNU som skal utvikle kunnskaper om forbygging og behandling av fedme på best mulig måte. Denne mastergraden sikter i utgangspunktet etter å rekruttere blant annet sykepleiere som vil spesialisere seg og kan hjelpe og øke bevisstheten og kunnskapen på dette feltet. Denne økte bevisstheten kan hjelpe sykepleiere i å se hva som fremmer mestring hos denne pasientgruppen.

I studien til Merrill og Grassley (2008) uttrykte deltakerne at de ofte følte seg avvist og at de ikke ble trodd, men at de ikke gav opp at de en gang skulle klare å overvinne fedmen. Deltakerne ønsket et forhold basert på respekt med helsepersonellet, men de grudde seg ofte til å søke helsehjelp fordi de ved noen anledninger opplevde møtene som nedverdiggende og pinlige. De følte seg særlig sårbare når de skulle møte helsepersonell de ikke kjente fra før. Deltakerne forklarte hvordan de la planer for å kunne passe inn, men at de til tross for dette møtte helsepersonell med dårlig tid som spurte de samme spørsmålene som vekt, høyde og spisevaner. De opplevde ikke det terapeutiske forholdet til helsepersonellet som er essensielt for et godt samarbeid. Deltakerne følte seg avvist når helsepersonell ikke trodde dem, og fikk dem til å føle sinne og nedsatt selvtillit. Men til tross for dette uttrykte deltakerne at de nektet å gi opp kampen mot fedmen. Alle deltakerne hadde prøvd utallige dietter og treninger, men avslørte et ønske om støtte og hjelp fra helsepersonell i tillegg. Forfatterne kom frem til

at helsepersonell burde erkjenne hvor sterkt mange pasienter ønsker en bedre livsstil og burde gjenkjenne pasientenes behov støtte og resurser. I studien til Aasprang (2007) var alle kandidater for fedme operasjon og deltakerne i denne studien uttrykte at de hadde lite overskudd, var slitne og trette. De rapporterte også om kroppslige smerter og lav generell helse og fysisk funksjon. Dette bekrefter bare enda mer hvor stort behov disse pasientene har for støtte og resurser.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal fremme tillitsforholdet mellom blant annet pasient og sykepleier og ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd. Når da pasienter føler seg avvist, ikke trodd, føler at de ikke har blitt behandlet med respekt og sitter med en følelse av å ha blitt nedverdiget etter møte med helsepersonell er dette egentlig et lovbrudd.

Eide og Eide (2008) mener at det essensielle for å fremme motivasjon er å møte pasientene med tillit. Føler pasientene at helsepersonell har tillit til dem, blir selvtilliten styrket, men det går også andre veien. Om noen lytter og forstår oss, er dette bekreftende og styrker selvtilliten. En slik bekreftende kommunikasjon er viktig når en skal etablere et godt samarbeid med pasienter og et kroppsspråk som også demonstrere at vi lytter kan fremme det videre og sammen fremme mestring. Kroppsspråket kan demonstrere at vi lytter og forstår hvis vi for eksempel setter oss ned i ro og vendt mot pasienten og ikke er på vei ut døren. Dette stemmer overens med studien der deltakerne forteller at de ikke føler seg trodd og fikk nedsatt selvtillit. Eide og Eide (2008) forklarer også at når en kommuniserer er det et behov om å bli speilet og sett. Å bli oversett kan være utrolig sårende. Martinsen (2008) bekrefter at en har en forventning av å bli trodd og sett og at det ligger en bønn i øynene til pasienten om å bli trodd, møtt og svart på en god måte. Viktigheten av dette kommer frem i studien ovenfor når et av hovedtemaene studien kom frem til var ”å bli avvist”. Basert på alt dette vil det være utrolig viktig at pasientene føler seg trodd og lyttet til for alle parter og for videre samarbeid og for å etablere det terapeutiske samarbeidet som pasientene savnet i undersøkelsen.

Martinsen (2008) beskriver øyet som ikke gjør noen forskjell, men som likevel gjør en forskjell, og at sykepleier må hjelpe hvert enkelt individ som den enkelte trenger og at de må få komme til oss med sin lidelse i sin lidelse. Da vil ikke pasientene føle at helsepersonell ikke har tid til dem og at de bare kommer med ”innøvde” spørsmål om vekt. Benner og Wrubel (2001) hevder at omsorg forener tankene, følelsene og handlingen, og at den lager muligheter og gir oss retningslinjer og dermed individuell pleie. Om sykepleier handler etter disse retningslinjene og lytter til pasientenes bekymringer, særlig om de skal opereres, og støtter og oppmuntrer kan en tilrettelegge for at pasientene skal kunne føle at de passer inn og opplever mestring. Sykepleier er da en støtte og ressurs slik at pasienten kan ta opp kampen mot vekten istedenfor kampen om å passe inn i helsevesenet.

5.2 Sykepleieren har en viktig rolle

Kirsti Kvåle (2005) sin studie om den omsorgsfulle sykepleier forteller hva pasientene opplever som omsorg. Deltakerne forklarte at en omsorgsfull sykepleier brydde seg om pasienten som et medmenneske og ikke som bare en pasient. Sykepleieren brydde seg mer enn det som var helt nødvendig og gav en opplevelse av trygghet og tillit. Noen pasienter uttrykket også at de fort fant ut hvem som brydde seg mer enn nødvendig og hvem som ikke gjorde det. Da pasientene ble spurt om å forklare hva sykepleierne gjorde som gav følelse av omsorg, kom de frem til noen hovedelementer. Dette var at de brydde seg, at de tok seg tid til å prate, at de gav informasjon og forklare den og de var smilende og humoristiske. De forklarte at de ble kjent med sykepleieren som et medmenneske og fikk et menneske til menneskeforhold heller enn sykepleier til pasient forhold. Det mest grunnleggende i omsorgen viste seg ikke å være lange og vanskelige samtaler, men at en viser litt ekstra interesse for dem som medmennesker og stopper opp og bryr seg i en travel hverdag.

Benner og Wrubel (2001) hevder at omsorg er det essensielle for å mestre. Omsorgen er sentral i sykepleiepraksisen og vil gjøre at sykepleieren kan se hva som er viktig å ha fokus på i pleien og hva som hjelper pasienten. Det utgjør også en veldig stor forskjell om en utfører sykepleie med eller uten omsorg. Mestring er det en person har å stille opp med mot et problem, som ferdigheter, bekymringer, bakgrunn, vaner og forhold. Benner og Wrubel sier at omsorg er essensielt for å mestre, så med andre ord vil alt vi gjør som gir omsorg, med omsorg, fremme mestring. Dette vil si at om sykepleiere oppfyller hovedelementene som pasientene sa gav omsorgsfølelse, vil de fremme mestring. Eide og Eide (2008) forklarer at følelsene påvirker den nonverbale kommunikasjonen og omvendt. Hvis en sykepleier smiler mye vil hun/han lettere kjenne på egen glede, og videre vil alle reaksjoner en sykepleier har fortelle pasientene noe, som for eksempel et smil eller et kremt. Dette vil da blant annet fremme mestring fordi studiet identifiserte at smilende sykepleiere gav følelse av omsorg. Alvsvåg (2010) har også vektlagt omsorg i sykepleien og sier at den beste pleien og omsorgen blir gitt når sykepleier bruker faglig skjønn og dannelse. I studien til Kvåle kom det frem at noe av det viktigste som demonstrerte omsorg fra sykepleier var at de stoppet opp og kunne prate og dermed vise at de bryr seg. Det kan være noe pasient og sykepleier har noe felles rundt, og kan være med og fremme følelsen av medmenneskelighet. Jeg tror at det på noen sykehus kunne vært behov for økt bevissthet på hva pasientene føler gir omsorg og dermed hva som fremmer mestring, både for overvektige og alle andre pasienter. Det kom også frem i studien at sykepleierne som ytte det lille ekstra gav følelse av omsorg, og dette har jeg selv erfart. Bare det at jeg husket at den ene pasienten ønsket påfyll av kaffe etter måltidene, sa hun at viste at jeg brydde meg og viste omsorg. Dette demonstrerer hvor lite som skal til noen ganger og hvor viktig hjelperrollen er.

5.3 Kan sykepleiers fordommer hindre pasientens følelse av mestring?

Poon og Tarrant (2009) har gjennomført en studie på holdningene til sykepleiere og sykepleierstudenter i forhold til pasienter som lider av fedme. De kom frem til at stort sett var holdningene til overvektige pasienter på lik linje med andre pasienter, men det var noen negative holdninger. Over halvparten av deltakerne mente at pasienter som lider av fedme burde bli satt på diett når de kom på sykehuset og nesten halvparten mente at det var fysisk utmattende å arbeide med sterkt overvektige pasienter.

Nesten 10 % uttrykket at det var frastøtende å pleie pasienter som lider av fedme. Det viste seg også at de autoriserte sykepleierne hadde en mer negativ holdning til overvektige pasienter enn sykepleierstudentene, men en stor del av begge gruppene oppfattet overvektige pasienter som late, lite attraktive og at de var glad i mat. De autoriserte sykepleierne hadde mye større sjanse for å mene at å pleie sterkt overvektige pasienter var utmattende, ukomfortabelt, stressende, vemmelig og frastøtende. Disse resultatene viser at både autoriserte sykepleiere og sykepleierstudenter har en tendens til fordommer mot pasienter som lider av fedme og at disse holdningene kan gå utover pleien som utøves til disse pasientene. Det kan blant annet føre til et av hovedtemaene som kom frem i studien til Merrill og Grassley (2008), ”Å ikke føle seg menneskelig”. Deltakerne i deres studie beskrev en følelse av å være mindre menneskelig eller å være annerledes. De forklarte seg selv som mindre verdt enn tynne kvinner og når noen ikke viste dem respekt trodde de at det var relatert til deres vekt. Deltakerne trodde også at helsepersonell ikke respekterte dem på grunn av vekten, og om de hadde blitt tvunget til diett når de kom på sykehuset, ville disse følelsene bare bli forsterket.

Martinsen (2003, a) hevder at omsorg er noe grunnleggende som vi ikke kunne vært foruten, men at det krever litt tilbakeholdenhet. Dette er fordi hun frykter ”sentimental omsorg” som hender når en tvinger seg inn i pasientens privatliv uten og egentlig ha interesse og omtanke, og skaper en omsorg som er krenkende. Hun hevder at dette hender fordi helsevesenet er for kaldt, rasjonelt og overfladisk. Benner og Wrubel (2001) hevder også at det kan se ut som at omsorg i helsevesenet er et problem, fordi noen kan ha et syn på omsorg som kan frata pasientene deres fulle autonomi og meninger. Et eksempel på dette er det de blant annet kom frem til i studien til Poon og Tarrant, var at over halvparten av sykepleierne og sykepleierstudentene mente at alle pasientene som lider av fedme burde settes på diett på sykehuset. Dette er nedverdiggende og demonstrerer lite respekt, selv om det i grunn er en god tanke bak. Når pasienter har gjennomgått en fedmeoperasjon må de på diett etterpå på grunn av forandringene i mage og tarm, men dette er en operasjon de har ønsket og har dermed sagt ja til konsekvensene og det kan derfor ikke sammenlignes. Det kan også virke som at grunnen til at så mange mente dette, var for at flere syntes det var utmattende og vemmelig og arbeide med sterkt overvektige pasienter. I praksis har jeg erfart at sykepleiere sier ”Jeg kommer ikke til å hjelpe han opp! Da kan jeg jo ødelegge min helse, nei de får gjøre noe selv”. Pleien vi gir skal aldri gå ut over vår egen helse, men å si det på den måten viser at det er mye fordommer og ingen omsorg, og dermed ikke

fremming av mestring. Dersom de hadde fått kursing og opplæring i løfteteknikker og bruk av spesialutstyr som gjør arbeidet med overvektige enklere, ville fordommene kanskje avtatt og omsorgen komt i fokus?

Flere av sykepleierne i studien til Poon og Tarrant svarer at de syntes arbeid med pasienter som lider av fedme er frastøtende, utmattende, ukomfortabelt, stressende og vemmelig, og mente at pasientene var glade i mat, late og lite attraktive. Eide og Eide (2008) hevder at nonverbale uttrykksformer kan ubevisst avsløre våre spontane reaksjoner. Ansiktsuttrykk kan gi mye informasjon som reaksjoner og følelser, og om pasienten oppfatter at sykepleier har en negativ innstilling til dem kan det ødelegge for videre samarbeid og dermed hindre mestring. Med andre ord vil sannsynligvis sykepleiernes følelser på en eller annen måte vises på den nonverbale kommunikasjonen som Eide og Eide hevdet. Da vil også samarbeidet til pasientene bli dårlig, og pasientenes følelse av å ikke være like mye verdt som tynne kvinner og av å være mindre menneskelig, bli kraftig forsterket og da svekkes også følelsen av omsorg og dermed mestring. Det viser seg at det er en god del fordommer mot overvektige og de overvektige føler det og det vises at pleien til pasientene blir dårligere på grunn av fordommene. Da kunne kanskje et kurs i kommunikasjon og bevisstgjøring vært nødvendig for å vise sykepleierne hvilken makt de har over disse pasientene og hva fordommene deres egentlig gjør mot pasientene og mot helsehjelpen de yter. I og med at det var de autoriserte sykepleierne som hadde mest fordommer, blir dette ekstremt viktig å ta tak i. ICN er en av kjernepartnerne i en kampanje som heter PPE. Dette står for Positive Practice Environments, på norsk betyr det positivt arbeidsmiljø. Dette prosjektet sikter etter å forbedre kvaliteten på helsehjelpen ved å øke bevisstheten og identifisere god praksis og motivere til en godt forberedt arbeidskraft (2010). At slike prosjekter kommer på dagsorden tror jeg er et skritt i riktig retning for om man øker bevisstheten og identifiserer god praksis vil det komme et større fokus på fordommer en har mot pasienter og lignende problemer og hvordan dette kan bedres slik at en ikke hindrer pasienter i å føle mestring.

6.0 Avslutning

Å hjelpe pasienter som skal eller har gjennomgått en fedmeoperasjon til å fremme mestring er et arbeid med mange komponenter. Dette er blant annet fordi det er et relativt nytt men veldig raskt voksende område. Mange fordommer, lite spesialutstyr og lite videreutdanning innenfor dette området gjør at å fremme mestring krever mye fokus og bevissthet fra hver enkelte sykepleier. Om sykepleierne har fokus og er bevisste på sin nonverbale kommunikasjon og bruker bevisst bekreftende kommunikasjon og med dette klarer å demonstrere for pasientene at de bryr seg og lytter til dem, og gir tilstrekkelig informasjon og forklarer den, og gjerne gjør det med et smil og litt humor er de langt på vei med å fremme mestring. Det er også et skritt i riktig retning når det begynner og komme videreutdanning innenfor fedme som blant annet skal fremme bevissthet hos sykepleiere. Hadde det i tillegg vært tilstrekkelig utstyr som var beregnet på pasienter som lider av fedme, og kursing i hvordan bruke det korrekt og kanskje en grunnleggende sjekklister på alle aktuelle fokusområder, ville det også vært ordentlig tilrettelagt for sykepleiere å fremme mestring.

7.0 Referanseliste

Aasprang, A. (2007). *Helserelatert livskvalitet ved sykkelig overvekt: Seksjon for sykepleievitenskap* (Hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen).

Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen – om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe AS.

Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleije*. København: Munksgaard Danmark.

Creswell, J. W. (2008). *Educational Research. Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. New Jersey: University of Nebraska-Lincoln.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Goncalves, C. G., Rubino, F., Brethauer, S. A. & Schauer, P. R. (2008). Physiology and Metabolism in Obesity Surgery: Roux-en-Y Gastric Bypass. I: C. Pitombo (Ed.), K. B. Jones (Ed.), K. D. Higa (Ed.) & H. C. Pareja (Ed.), *Obesity Surgery – Principles and Practise* (s. 101-109). The McGraw-Hill Companies.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet 1. Februar 2012 fra: <http://www.lovdata.no/all/h1-19990702-064.html#map001>

Hignett, S. & Griffiths, P. (2009). Risk factors for moving and handling bariatric patients. *Nursing Standard*, 24(11), 40-48. Hentet fra:

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=11&hid=19&sid=a9d080e2-1a11-46d9-8ef4-b678e5621da8%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010475674>

Hjelmesæth, J. & Sandbu, R. (2010). Sykelig overvekt – ulikt behandlingstilbud. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 130(1808). Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/2014801>

Hofsø, D., Aasheim, E. T., Søvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., Aas, A. T., Kristinsson, J. & Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 131(1887)-92. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/2147432>

Kaarbø, E. (2009). Kombinerte metoder. *Sykepleien forskning*, 4(3), 244-248. Hentet fra:

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård I Norden*, 79(26), 15-19. Hentet fra: <http://www.artikkel.nu/Public/Main.aspx>

Long, A. (2005). *Evaluation Tool for “Mixed Methods” Study Designs*. Hentet fra: http://usir.salford.ac.uk/13070/1/Evaluative_Tool_for_Mixed_Method_Studies.pdf

Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring*. Danmark: Gyldendal.

Martinsen, K. (2003, a). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003, b). *Omsorg, Sykepleie og Medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2008). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Meland, S. I., (2010, 7. oktober). *Master i fedme*. Hentet fra:
<http://www.adressa.no/nyheter/trondheim/article1538036.ece>

Merrill, E. & Glassley, J. (2008). Women`s stories of their experiences as overweight patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 139-146. Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=7&hid=19&sid=a9d080e2-1a11-46d9-8ef4-b678e5621da8%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010055616>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008, 14. mai). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. Hentet fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 1. februar 2012 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Poon, M. & Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 18, 2355-2365. Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=5&hid=19&sid=a9d080e2-1a11-46d9-8ef4-b678e5621da8%40sessionmgr15&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010342747>

Positive Practice Environments for health care professionals (2010). *What is the PPE Campaign?*
Hentet 20. januar 2012 fra: <http://www.ppecampaign.org/content/what-ppe-campaign>

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

Statistisk Sentralbyrå. (2007). *Er nordmenn så overvektige?* Hentet fra:
http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2007-09-21-01.html

Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2011). *Obesity and overweight*. Hentet fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Venæs, H., Salater, R. & Normann, C. (2011). *Eksplasjon i antall fedmeoperasjoner*. Hentet fra:
<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/eksplosjon-i-antall-fedmeoperasjoner-3656433.html>

8.0 Vedlegg

8.1 Tabell med oversikt over søk og funn av artikler

Søkebase	
CINAHL	Antall treff: 27
Søkeord:	Gastric Bypass AND Self-esteem
Limiters:	Published from 2000-2012, Full text, Peer reviewed, References available.
Expanders:	Also search within the full text of the article
Search mode:	Find all my search terms
Brukte artikler:	"Women`s stories of their experiences as overweight patients"

Søkebase	
CINAHL	Antall treff: 10
Søkeord:	Bariatric surgery AND comfort in the hospital
Limiters:	Published from 1995-2012, Full text, Peer reviewed, References available.
Expanders:	Also search within the full text of the article
Search mode:	Find all my search terms
Brukte artikler:	"Risk factorsfor moving and handling bariatric patients"

Søkebase	
CINAHL	Antall treff: 4
Søkeord:	Bariatric patients in the hospital AND Self-esteem AND Nurses
Limiters:	Published from 1995-2012, Full text, Peer reviewed, References available, Research article, Abstract available
Expanders:	Also search within the full text of the article
Search mode:	Find all my search terms
Brukte artikler:	"Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses"

Søkebase Cinahl	Antall treff: 35
Søkeord:	Bariatric surgery AND comfort in the hospital
Limiters:	Published from 1995-2012, Full text, Peer reviewed, References available.
Expanders:	Also search within the full text of the article
Search mode:	Find all my search terms
Brukte artikler:	Ingen

Søkebase Pubmed	Antall treff: 8
Søkeord:	Gastric Bypass AND Self-esteem
Limiters:	Reviewed, Full text, Published last 10 years
Brukte artikler:	"Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients"

Søkebase Ovid	Antall treff: 235
Søkeord:	Bariatric surgery AND Self-esteem
Limiters:	Review articles, Full text, Publication year 2000-2012, Articles with abstract
Brukte artikler:	Ingen

Søkebase Vård i Norden	Antall treff: 208
Søkeord:	Omsorg
Limiters:	
Brukte artikler:	"Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasientene ser det"