



**HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND**

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: Emne 5 - Sykepleiefaglig, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Innleveringsdato: 22.02.13 kl. 14.00

Kandidatnummer: 26

Antall ord: 8979

## **Sammendrag**

**Bakgrunn for valg av tema:** Forekomsten av overvekt og fedme har økt betraktelig de siste årene. Globalt har forekomsten mer enn doblet seg siden 1980 og dette gjelder også for Norge. Fedmeoperasjoner blir en stadig vanligere behandlingsmåte for personer med sykkelig overvekt der konservative tiltak ikke lykkes. Siden antall mennesker som lider av overvekt og fedme øker er det viktig at sykepleierne har kunnskaper om denne pasientgruppen for å kunne utøve god og kvalitetsfull sykepleie.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å lære mer om hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon.

**Metode:** Metoden som blir brukt er en litteraturstudie. Relevant data er samlet inn fra forskning og eksisterende litteratur.

**Funn:** For at pasientene skal mestre sin nye livssituasjon etter fedmeoperasjon kan sykepleieren bidra ved å hjelpe pasientene å endre kosthold og fysisk aktivitetsnivå, bidra med oppfølging, veiledning og informasjon, gi støtte og tilrettelegge for støttegrupper og styrke pasientenes motivasjon og håp.

## **Abstract**

**Background:** The prevalence of overweight and obesity has increased significantly the recent years. Globally, the rate of overweight and obesity has more than doubled since 1980 and this also applies to Norway. Bariatric surgery is an increasingly common treatment for patients with morbid obesity if conservative treatment doesn't succeed. As the number of patient suffering from overweight and obesity increase, it is important that the nurses have knowledge about this patient group so they can practice good quality nursing care.

**Purpose:** The purpose of this study is to increase the knowledge about how the nurses can help patients who have undergone bariatric surgery to cope with their new life situation.

**Method:** The used method is a literature study. Data is collected from research and existing literature that was relevant to the topic.

**Findings:** Nurses can help the patients to cope with their new situation after bariatric surgery by helping them to change their diet and physical activity, have follow-ups, counseling and give information, give support and arrange support groups and enhance the patients' motivation and hope.

# Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt .....	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning og presisering .....	2
1.5	Oppgavens disposisjon.....	2
2.0	Begrepsmessig rammeverk.....	3
2.1	Overvekt og fedme.....	3
2.1.1	Årsaker/risikofaktorer for fedme.....	3
2.2	Fedmeoperasjoner .....	3
2.2.1	Gastrisk bypass .....	4
2.3	Mestring.....	5
2.4	Sykepleieteoretisk perspektiv .....	7
3.0	Metode.....	9
3.1	Hva er metode? .....	9
3.2	Litteraturstudie som metode .....	9
3.2.1	Fordeler og ulemper ved litteraturstudie .....	9
3.3	Forskningsetikk.....	10
3.4	Litteratursøk og valg av litteratur .....	10
3.5	Kildekritikk.....	11
4.0	Funn i forskningsartiklene.....	13
4.1	Kosthold og fysisk aktivitet.....	13
4.2	Oppfølging, veiledning og informasjon .....	14
4.3	Støtte og støttegrupper .....	14
4.4	Motivasjon og håp.....	15
5.0	Drøfting .....	16
5.1	Kosthold og fysisk aktivitet.....	16
5.2	Oppfølging, veiledning og informasjon .....	19
5.3	Støtte og støttegrupper .....	21
5.4	Motivasjon og håp.....	23
6.0	Avslutning .....	26
	Referanseliste .....	27
	Vedlegg I.....	31
	Vedlegg II .....	32

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av fedme har økt betraktelig i hele verden de siste årene (Ulset, Undheim & Malterud, 2007). I verdensomfang har fedme mer enn doblet seg siden 1980 (World Health Organization [WHO], 2012). Fedmebølgen som først oppstod i USA er for lengst også blitt et helseproblem i Norge (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). I løpet av de siste 20 årene har forekomsten av fedme mer enn doblet seg også i Norge (Ulset et al., 2007). Flere bekymringer er knyttet til den økende forekomsten. Disse dreier seg om økt risiko for flere helseproblemer, da særlig de store folkehelse sykdommene som diabetes type 2, hjerte-/karsykdommer, ulike kreftformer og muskel- og skjelettlidelser (Lien & Klepp, 2009).

Da antall mennesker som lider av overvekt og fedme øker, er det viktig at sykepleierne har kunnskaper om denne pasientgruppen. Det er en økende forståelse for at disse pasientene trenger helsehjelp for å få snudd den negative utviklingen av helsen sin (Jacobsen et al., 2009). Fedmeoperasjoner blir en stadig vanligere behandlingsmåte for personer med sykkelig overvekt. Internasjonalt er det enighet om at kirurgisk behandling av sykkelig fedme kan vurderes dersom konservative tiltak ikke lykkes (Aasheim, Mala, Søvik, Kristinsson & Bøhmer, 2007). En kan tenke at kirurgisk behandling er en enkel og lettvinnt løsning på fedmeproblematikken, men slik er det likevel ikke. Komplikasjoner, mangeltilstander og flere plager kan oppstå (Hofsø et al., 2011). Å gjennomgå en fedmeoperasjon krever stor innsats av individet selv, av helsepersonell og også gjerne av pårørende for at en skal lykkes og oppnå varig vekttap. Noen pasienter kan tro at en operasjon automatisk gir dem et varig vekttap og kurerer deres fedme og at operasjonen automatisk får dem til å gjøre nødvendige atferdsendringer. Denne innstillingen og misforståelsen kan føre til vektøkning etter en fedmeoperasjon. Hvis en skal klare å oppnå og vedlikeholde vekttapet etter operasjon, er det høyst nødvendig med livsstilsendringer. Dette kan være en av de største utfordringene ved en fedmeoperasjon (Odom et al., 2010).

Å gjennomgå en fedmeoperasjon kan oppleves som en lang læringsprosess, både i forhold til nye kostvaner og trening (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Jeg har selv, både privat og i kirurgisk praksis, møtt pasienter som skal eller har gjennomgått fedmeoperasjon og ser behovet for kunnskap når en skal samarbeide og hjelpe disse pasientene. Siden antallet

pasienter som gjennomgår fedmeoperasjon stadig vokser, er jeg interessert i å øke min kunnskap for å kunne utøve en god og kvalitetsfull sykepleie til denne pasientgruppen.

## ***1.2 Hensikt***

Hensikten med denne oppgaven er å lære mer om hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon.

## ***1.3 Problemstilling***

Ut i fra oppgavens bakgrunn og hensikt er følgende problemstilling valgt:

***Hvordan kan sykepleiere bidra til at pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon?***

## ***1.4 Avgrensing og presisering***

Å mestre sin nye livssituasjon etter fedmeoperasjon innebærer mye. I denne oppgaven vil fokuset være på hvordan sykepleieren kan bidra til at pasienter mestrer sin nye livssituasjon i forhold til livsstilsendringer som er nødvendige. Jeg vil fokusere på hvordan sykepleieren kan bidra til at pasientene mestrer livsstilsendringer for å vedlikeholde vekttapet etter operasjon og forebygge vektøkning. Kosthold, fysisk aktivitet, oppfølging og støtte vil være sentralt. Faktorer for motivasjon for at pasientene skal mestre den nye livssituasjonen og de endringer som kreves blir også viktig. For å avgrense temaet videre, fokuseres det på pasienter som har gjennomgått gastrisk bypass-operasjon, da det er pasienter med denne typen fedmeoperasjon jeg har møtt. Jeg utelukker også sykepleie ved kirurgiske komplikasjoner etter operasjonen.

## ***1.5 Oppgavens disposisjon***

Først i oppgaven kommer et teorikapittel der hovedbegreper i oppgaven presenteres, samt sykepleieteori. Neste kapittel er metode med beskrivelse av den brukte metoden og søkeprosessen. Dette etterfølges av et kapittel med oppsummering av funn fra valgte forskningsartikler. Videre kommer et kapittel hvor problemstillingen drøftes i lys av relevant forskning, teori og litteratur. Siste kapittel er avslutning som oppsummerer funnene.

## **2.0 Begrepsmessig rammeverk**

### **2.1 *Overvekt og fedme***

Overvekt og fedme er den femte største risikoen for død på globalt nivå. I 2008 var mer enn en av ti voksne mennesker i verden overvektige. Overvekt og fedme defineres av verdens helseorganisasjon som “unormal eller overflødig fettakkumulasjon som kan påvirke helse” (fritt oversatt etter WHO, 2012). BMI er et vanlig mål for klassifisering av overvekt og fedme hos voksne og defineres som personens vekt dividert med kvadratet av høyden. Verdens helseorganisasjon definerer overvekt som BMI større enn eller lik 25, mens fedme defineres som BMI større enn eller lik 30 (WHO, 2012). Når BMI passerer 40, snakker en om sykkelig fedme (Mæland, 2010). Risikoen for de store folkesykdommene øker med økning i BMI (WHO, 2012). I dag blir overvekt akseptert som en kronisk sykdom på lik linje med andre kroniske sykdommer (Sortland, 2007).

#### **2.1.1 Årsaker/risikofaktorer for fedme**

Den grunnleggende årsaken til overvekt og fedme er en ubalanse i energi, der kaloriinntaket er høyere enn kaloriforbruket. Globalt har inntak av energitett mat økt og en spiser mer fettrike, sukkerholdige og saltrike matvarer. I tillegg har nivået av fysisk aktivitet gått ned grunnet en mer passiv og stillesittende hverdag (WHO, 2012). Fysisk aktivitet i hverdagen er sterkt redusert også i Norge og usunne ernæringsvaner er vanlig. Resultatet er at overvekt og fedme øker sterkt i Norges befolkning hvor en av fem har en BMI på over 30. At vektproblemer utvikles kan også henge sammen med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger. Også noen medikamenter, blant annet psykofarmaka, kan føre til vektøkning, særlig hvis en på forhånd har vektproblemer. Genetiske forhold gir en ulik individuell sårbarhet for vektøkning, men levevaner og miljø avgjør om en utvikler fedme (Helsedirektoratet, 2011).

### **2.2 *Fedmeoperasjoner***

Fedmeoperasjoner er blitt en stadig vanligere måte å behandle sykkelig overvekt på. Kirurgisk behandling av fedme tar utgangspunkt i to hovedprinsipper som benyttes i kombinasjon eller hver for seg. Disse er restriksjon (innsnevring) av magesekkens volum og tarmshunt (bypass) som medfører at deler av tarmen ikke anvendes. Restriksjon av magesekken gir tidlig

metthetsfølelse og begrenser kaloriinntaket. Tarmshunt medfører malabsorpsjon og reduserer tarmens kaloriopptak (Aasheim et al., 2007). Kriterier for å utføre fedmeoperasjon er at en må ha en BMI over 40 eller en BMI på 35-40 og i tillegg alvorlig sykdom som kan bedres med vektreduksjon, slik som hjerte-/lungesykdommer, diabetes eller fysiske vansker grunnet overvekt. I tillegg skal ikke alkoholmisbruk eller alvorlig psykiatrisk sykdom foreligge og en må være motivert og i stand til å samarbeide (Norsk helseinformatikk [NHI], 2012).

Med rett indikasjon, et godt planlagt og teknisk vellykket kirurgisk inngrep og med god oppfølging kan operasjon gi en forutsigbar og langvarig vektreduksjon (20-50 %), bedret livskvalitet og bedring av vektrelaterte følgesykdommer (Helsedirektoratet, 2011). Selv om fedmeoperasjoner kan gi bedring i personers medisinske tilstand, er den ikke uten komplikasjoner (Freire, Borges, Alvarez-Leite & Davisson, 2012). For å redusere risikoen for komplikasjoner kreves det at pasienten er villig til å endre livsstilen (Helsedirektoratet, 2011). Regelmessig fysisk aktivitet og begrenset energiinntak er nødvendig for et godt og varig resultat av fedmeoperasjonen (Hofsø et al., 2011). Vedlikehold av vekttap etter operasjon kan i stor grad avhenge av personens evne og vilje til å tilpasse seg en ny livsstil (Stewart, Olbrisch & Bean, 2010). Dessverre blir vektøkning i etterkant av en fedmeoperasjon ofte observert hos pasientene (Odom et al., 2010). Denne vektøkningen assosieres med tilbakegang av sykdommer, redusert fysisk aktivitet og svekket livskvalitet (Freire et al., 2012).

### **2.2.1 Gastrisk bypass**

Den vanligste kirurgiske behandlingen av fedme i Norge er laparoskopisk gastrisk bypass (også kalt Roux-en-Y gastric bypass). Gastrisk bypass kombinerer restriksjon av magesekkens volum med moderat malabsorpsjon. Etter gastrisk bypass oppnås det vanligvis et vekttap rundt 30 %. Sykdommer som diabetes type 2, hypertensjon, hyperlipidemi og obstruktiv søvnapné bedres hos flertallet av pasientene og flesteparten angir bedret livskvalitet to år etter operasjon. Resultatet av postoperativ vektnedgang er avhengig av egeninnsats innen fysisk aktivitet og kosthold (Aasheim et al., 2007).

Etter gastrisk bypass vil det være viktig med endring i mat- og aktivitetsvaner for å oppnå og vedlikeholde vekttapet og for å forebygge vektøkning. Gastrisk bypass gjør at pasientene ikke kan fortsette med sine tidligere matvaner og det er nødvendig med endring. Pasientene har lite



volum i magesekken som gjør at de må spise små, men hyppige måltid. Siden måltidene blir mindre og opptaket av næring fra tarmen reduseres, er sammensetningen av kosten vesentlig. Kostomlegging er nødvendig etter gastrisk bypass av flere grunner. En må sørge for at sammensyningen i magesekken får hele uten å bli strukket av matinntak og en må bli vant til å spise mindre mengder. Omleggingen hjelper en til å gå ned i vekt, unngå vektøkning, bivirkninger og komplikasjoner. Like etter operasjon starter en med flytende kost, videre over til moset mat, før en kan spise vanlig kost, vanligvis etter tre måneder (NHI, 2010).

Den første postoperative tiden (18-24 måneder) blir av flere sett på som en befrielse fra tidligere da matinntak var et problem, siden de nå ikke klarer å spise så mye (Stewart et al., 2010). Spiser pasientene for mye, for fort eller ikke tygger maten ordentlig kan de plages med kvalme og oppkast, som er vanlige problemer etter operasjon (Smith, 2005). Etter gastrisk bypass er også “dumping-syndrom” som kan gi hjertebank, kaldsvette, svimmelhet, magesmerter, kvalme, oppkast og diaré vanlig (Hofsø et al., 2011). Dette kommer av at maten går for fort igjennom tarmen. Mange ubehagelige komplikasjoner kan reduseres eller unngås om en overholder gitte kostråd. Om en stadig overspiser og inntar mye usunn mat etter operasjon, vil magesekken kunne utvide seg og kan bli lik sin preoperative størrelse. Fedmeoperasjonen hindrer altså ikke overspising og garanterer ikke at en vil gå ned i vekt om en ikke følger ernæringsmessige råd (Smith, 2005). For å oppnå vektreduksjon etter gastrisk bypass må en i tillegg til å endre matvanene også være mer fysisk aktiv for å forbrenne flere kalorier. Hverdagsaktiviteten blir særlig viktig for vektnedgang (NHI, 2010).

### **2.3 Mestring**

Det finnes flere ulike mestringsteorier, men i denne oppgaven benyttes Antonovskys mestringsteori. Mestring handler om å ha tilgang til ressurser og evnen til å utnytte dem. En tar i bruk ressurser en har for å bedre situasjonen en er i. Ressursene kan være kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr. Mestring inkluderer selve evnen en har til å utføre en oppgave (mestringskompetanse) og hva slags følelser eller forventninger en har til utførelsen (mestringsfølelse) (Heggen, 2007).

Antonovsky (2000) mener at personers motstandskraft og evne til mestring av stressfaktorer avhenger av enkeltpersonens opplevelse av sammenheng (OAS), en opplevelse av tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull. Begripelighet handler om hvor vidt en oppfatter

det som skjer som kognitivt forståelig, ordnet og strukturert i stedet for kaotisk, uordnet og uforklarlig. Håndterbarhet handler om hvor vidt en oppfatter at det er ressurser nok til å klare de krav en møter. Uheldige ting kan skje selv med en sterk opplevelse av håndterbarhet, men en klarer å håndtere og takle det. Meningsfullhet handler om å finne mening i utfordringer som oppstår og å være engasjert i eget liv. Meningsfullhet er uttrykk for begrepets motivasjonselement og å oppleve mening og kontroll i situasjonen er sentralt for mestringsopplevelse. Med en sterk meningsfullhet ses handlinger på som utfordringer en gleder seg over i stedet for byrder en helst vil være foruten. Mestring avhenger av OAS som en helhet med de tre kjernekomponentene.

En salutogenetisk tilnærming til menneskets helse kan lede til dypere forståelse og viten omkring hvilke faktorer som bidrar i retning av mestring av helseproblem (Renolen, 2008). Med Antonovskys salutogenetiske orientering fokuserer en på det friske og på hva som gir god helse. Ser en på mestring med en salutogenetisk orientering fokuserer en på mestringsressurser (Antonovsky, 2000). Etter Anonovskys salutogenesemodell har menneskets motstandsressurser stor betydning for evnen til å mestre stress og for selve helsetilstanden. Motstandsressurser kan være materielle ressurser, kunnskap, selvbilde, fleksibilitet, rasjonalitet, sosialt nettverk, kulturell stabilitet, bevisst livssyn og tro, helseatferd og genetisk og konstitusjonell styrke (sitert i Tveiten, 2008a, s. 35).

For å mestre kreves det motivasjon. Motivasjon kan forklares som menneskers drivkraft til å handle. Bakgrunnen for handlinger kan være enten indre eller ytre tilstander som driver en til handling. En skiller mellom indre og ytre motivasjon (Renolen, 2008). Ryan og Deci deler motivasjon i fem typer avhengig av hvor selvbestemt handlingen føles. De deler inn i en indrestyrt motivasjon og fire typer ytre motivasjon. De ytre typene er ytre regulering, introjeksjon, identifisering og integrering. Ved ytre regulering er det krefter utenfor som igangsetter handlingen. Ved introjeksjon følger en ytre krav om handling, men kjenner også et indre press. Ved identifisering oppfattes handlingen i større grad som selvbestemt, men regler og normer oppfattes som viktige. Ved integrering oppfattes handlingen som selvbestemt fordi den stemmer overens med egne verdier og behov. Med indre motivasjon er personen engasjert for sin egen del og for den spontane opplevelsen av tilfredsstillelse i utførelsen av en aktivitet (sitert i Renolen, 2008, s. 43). Indre motivasjon blir ofte sett på som å ha større kraft enn ytre motivasjon (Renolen, 2008).

## 2.4 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie som “en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (1999, s. 29). I tillegg til å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i erfaringer med sykdom og lidelse, dreier sykepleie seg i følge Travelbee også om å forebygge sykdom og fremme helse (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) sier at å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsen eller komme seg etter akutt sykdom er vesentlig i sykepleie. Den syke har holdninger og følelser til sykdommen sin og om sykepleieren skal hjelpe, er det helt nødvendig at en setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sykdommen. Sykepleieren må hjelpe den enkelte og familien, ikke bare til å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i erfaringene de får. Dette kan være sykepleierens vanskeligste oppgave, men den må ikke unnvikes.

For å fremme mestring er det nødvendig at sykepleieren går inn for å bli kjent med pasienten som person. Dette kan gjøres gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold som i følge Travelbee er virkemiddelet for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Et menneske-til-menneske-forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og den som er syk oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer og ikke som “sykepleier” og “pasient” (Travelbee, 1999).

Det er flere faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. I det innledende møtet treffer sykepleier en person for første gang og de får et førsteinntrykk av hverandre. Sykepleierens oppgave er å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte *mennesket* i “pasienten”. I neste fase oppfatter sykepleieren pasienten som annerledes fra andre og begynner og forstå hvordan “pasienten” som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Oppgaven for sykepleieren blir å bevisstgjøre hvordan hun oppfatter den andre og det unike ved ham. Empati er neste fase og dreier seg om evnen til innlevelse eller deltakelse og forståelse for den andres psykiske tilstand. En deltar i den andres sinnstilstand, men ikke i den grad at en tenker og føler som den andre. En tar del, men står samtidig utenfor. Evnen til sympati og medfølelse følger empatiprosessen, men nå foreligger også et grunnleggende ønske om å hjelpe. Oppgaven blir

å omsette medfølelsen og ønsket om å hjelpe til sykepleiehandlinger. Gjensidig forståelse og kontakt oppleves når de fire fasene er gjennomgått (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren og den som er syk kommuniserer hele tiden med hverandre gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Dette gjøres enten en er bevisst eller ikke. Kommunikasjonen er en gjensidig prosess der sykepleieren søker og gir informasjon og den syke og pårørende mottar hjelp. Kommunikasjon pågår kontinuerlig med både verbale og non-verbale uttrykksmidler. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved bruk av ord, mens non-verbal kommunikasjon foregår uten bruk av ord, slik som gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee, 1999).

Håp gjør mennesker i stand til å mestre. Travelbee har flere kjennetegn på håp. Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, det er fremtidsorientert, det er relatert til valg, ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Håpet er en motiverende impuls som gir energi til pasienten. For å håpe har en i følge Travelbee en viss forventning om at det som ønskes, er oppnåelig. Når en håper, retter en oppmerksomheten mot en framtidig endring til det bedre. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å bevare håpet og unngå håpløshet. Ved å understøtte håpet til pasientene, hjelper sykepleieren pasientene til å mestre situasjonen i større grad enn de ellers ville ha gjort (Travelbee, 1999).

## **3.0 Metode**

### ***3.1 Hva er metode?***

En metode er en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller for å etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden er redskapet en bruker når noe skal undersøkes. Metoden som velges skal gi gode data og belyse spørsmål på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

En kan skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode er forskeren subjektiv og står “innenfor”. Utvalget er lite og resultatet går dypt inn i tema og gjelder kun i spesifikke miljø, omstendigheter og tidspunkter (Olsson & Sørensen, 2003). Målet med kvalitative metoder er å fange opp mening og opplevelse, som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2007). Ved kvantitativ metode er forskeren objektiv og står “utenfor”. Utvalget omfatter et stort antall individer. Resultatene er generelle og variablene er entydige, valide og reliable (Olsson & Sørensen, 2003). Målet med kvantitative metoder er å forme informasjonen om til målbare enheter (Dalland, 2007).

### ***3.2 Litteraturstudie som metode***

Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer at en søker kritisk og systematisk for å finne studier av god kvalitet for å begrunne resultater (Forsberg & Wengström, 2008). En leser gjennom og vurderer kritisk litteratur fra forskningsartikler, lærebøker, offentlig informasjon og evidensbasert kunnskap som allerede eksisterer. Litteraturen en finner blir selve informasjonskilden i studien. Litteraturstudien skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode (Olsson & Sørensen, 2003). Spørsmålene i litteraturstudien blir systematisk besvart ved at en har identifisert, valgt, vurdert og analysert relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2008).

#### **3.2.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie**

Litteraturstudie som metode har både fordeler og ulemper. Fordeler er at en raskt kan finne mye data og litteratur og få økt kunnskap innen temaet. En kan også enkelt gå tilbake til kildene under hele arbeidet. Ulemper er at mengden av relevant forskning kan være begrenset og at en ikke finner det en er ute etter. Utvalget av artikler kan være selektivt hvis forskeren

velger studier som støtter sitt eget standpunkt og ulike forskere innen samme område kan komme frem til helt ulike resultater. Resultatene kan også bli feiltolket og føre til andre slutninger (Forsberg & Wengström, 2008).

### ***3.3 Forskningsetikk***

Forskningsetiske aspekter gjelder alle former vitenskapelig arbeid. Forsøkspersoner skal aldri utsettes for psykisk eller fysisk ubehag eller smerte. Grunnleggende prinsipper som autonomi, godhet, ikke-skade og rettferdighet skal følges ved forskning på mennesker.

Forsøkspersonene har rett på informasjon og forskerne er ansvarlige for at de virkelig forstår informasjonen som gis (Olsson & Sörensen, 2003). Forskningsstudier skal ha et informert, frivillig samtykke fra deltakerne. Det betyr at deltakerne sier seg villige til å delta, etter å ha forstått hva det innebærer og etter at samtykke er gitt frivillig. Hovedhensikten med dette er å styrke deltakerens autonomi (Dalland, 2007).

Ved litteraturstudier bør en velge studier som er godkjent av en etisk komité. En må redegjøre for alle artikler som inkluderes i litteraturstudien og redegjøre for alle funnene i studiene og ikke bare de som passer ens egen studie. Fusk og uærlighet må ikke forekomme og en må unngå plagiat (Forsberg og Wengström, 2008). Det er viktig å gjengi kilder en bruker på riktig måte, både i teksten og litteraturlisten. Det er uærlig å gjengi andres ord som sine egne. En bør alltid bruke primærkilde så sant det er mulig, for å unngå å bruke andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2007).

### ***3.4 Litteratursøk og valg av litteratur***

Gode søkeord (MeSH-ord) ble funnet ved hjelp av søkedatabasen SveMed+. For å finne relevant forskning ble hovedsakelig søkedatabasen CINAHL brukt, i tillegg til noen søk i SveMed+, PubMed og PsycInfo. Noen artikler ble funnet ved å se i referanselistene i de valgte artiklene. Søkeord som ble brukt var: obesity, bariatric surgery OR bariatric patient, gastric bypass, coping, life style changes, weight gain og nurse OR nursing. De mest relevante artiklene ble valgt ut etter vurdering av artiklenes sammendrag. For å få frem søkekombinasjonene som resulterte i funn som brukes i oppgaven, fremgangsmåte og antall treff, er det lagt ved en oversikt i form av en tabell. Denne ligger som vedlegg I.

Inklusjonskriterier i oppgaven var at artiklene skulle være forskningsartikler, nyere enn 10 år, relevante for problemstillingen, rettet mot sykepleie og være fagfellevurderte. Artiklene måtte være godkjent av en etisk komité eller publisert i et etisk godkjent tidsskrift. Noen forskningsartikler ble ekskludert da de ikke var sykepleierettet eller relevante for problemstillingen. Det meste av forskning på fedme og overvekt er av nyere dato, så årstallet på de valgte artiklene er fra 2005 og oppover. I oppgaven er fem forskningsartikler valgt, to kvantitative og tre kvalitative. En oversikt og sammendrag over disse ligger som vedlegg II.

### **3.5 Kildekritikk**

Kildekritikk er i følge Dalland (2007) de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Hensikten med kildekritikk er at leseren kan ta del i refleksjoner som er gjort og se hvilken gyldighet og relevans kildene har for å belyse problemstillingen. Kildekritikk skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet og vise hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen. Ved å bruke sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis (2012) kan artiklene en finner vurderes kritisk. Dette gjøres ved at en først ser om problemstillingen er klart definert og om designet er velegnet til problemstillingen.

I denne oppgaven er primærkilder brukt når forfatterens teorier eller definisjoner brukes. I hver artikkel som inkluderes i oppgaven er det sjekket om den sier noe om studiens kritiske vurdering. Alle inkluderte artikler er fagfellevurderte og godkjent av en etisk komité. I tillegg har de valgte artiklene noen svake og sterke sider som beskrives under.

Borge m.fl. (2012): Studien hadde få informanter og lav svarprosent. Det er ikke noen informasjon om de som valgte å ikke delta. Studien hadde ikke fokus på personer som har gjennomgått fedmeoperasjon, men likevel kan resultatene overføres til disse personene da de har det samme målet om å endre livsstil.

Freire m.fl. (2012): Studien er utgitt i Brasil som vanligvis ikke er et land Norge sammenlignes med. Etter gjennomgang av artikkelen virker resultatene likevel overførbare til Norge og artikkelen inkluderes derfor i oppgaven. Studien presenterer ikke eventuelle svakheter.

Odom m.fl. (2010): Studien er fra USA som gjør at resultatene ikke nødvendigvis ville blitt like i Norge. Det var lav svarprosent og studien så ikke på ikke-respondentene. De kan ha dårligere resultater (for eksempel større vektøkning) som da ikke kommer med. Resultatene kan ikke generaliseres til hele den postoperative populasjonen. Deltakernes vekt var selvrapporert som kan gi unøyaktigheter. Innholdet som kommer frem i studien er likevel relevant og studien inkluderes derfor i oppgaven.

Stewart m.fl. (2010): Studien har lav deltakelse, kun kvinner og resultatene kunne blitt annerledes om flere deltok, da særlig menn. Den er utgitt i USA, som kan gi andre funn enn i Norge. Studien var en pilotstudie, en svakhet da metoden ikke er godt utprøvd. Det var heller ingen kontrollgruppe som resultatene kunne sammenlignes med. Deltakerne måtte selv svare på mail om de ønsket å delta, som kan ha gjort at utvalget ble en gruppe som var mer motivert enn pasienter som ikke deltok. Deltakerne trivdes kanskje godt med gruppeformat, mens andre metoder kunne passet bedre for andre. Til tross for dette ses likevel resultatene som relevante for oppgaven.

Wysoker (2005): Denne studien er også fra USA. Studien presenterer ikke tydelig om den har noen svakheter. Positivt er at utvalget består av både kvinner og menn og bakgrunnen til forskeren er beskrevet og viser at hun har erfaringer innen fedmefeltet. Studiens innhold gjør at den inkluderes i oppgaven.



## **4.0 Funn i forskningsartiklene**

Forskning viser at vektøkning etter fedmeoperasjon er vanlig (Freire et al., 2012, Odom et al., 2010). Freire m.fl. (2012) finner vektøkning etter gastrisk bypass hos 56 % av pasientene, hvorav 29 % gikk opp over 10,1 % av minimumsvekten de nådde etter operasjonen. Odom m.fl. (2010) finner at 79 % av pasientene rapporterte noe vektøkning. 15 % av disse opplevde en betydelig vektøkning større enn eller lik 15 %. Selv om pasientene gikk godt nok ned i vekt etter operasjonen klarte de ikke å vedlikeholde vekttapet og gikk dermed opp igjen i vekt (Freire et al., 2012). Videre viser forskningsartiklene noen tema som går igjen for å vedlikeholde vekttapet eller forebygge vektøkning etter operasjon. Disse er kosthold og fysisk aktivitet, oppfølging, veiledning og informasjon, støtte og støttegrupper og motivasjon og håp. Funn i forhold til disse temaene presenteres nedenfor.

### **4.1 Kosthold og fysisk aktivitet**

Freire m.fl. (2012) kommer frem til at gode matvaner og fysisk aktivitet er viktig for å vedlikeholde vekttapet og forebygge vektøkning etter fedmeoperasjon. Kvaliteten på mat viste seg å være en avgjørende faktor for vektøkning. Dårlig matkvalitet, særlig høyt inntak av snacks, søtsaker, oljer og fet mat, bidro til vektøkning. Regelmessig fysisk aktivitet kom også frem som viktig for å forebygge vektøkning, mens en stillesittende livsstil var en faktor assosiert med vektøkning.

Deltakerne i studien til Stewart m.fl. (2010) rapporterte vansker med å mestre tilbakegangen av matsuget/matlengselen som kom etter en periode med relativ "lettelse" som følge av operasjonen. De følte seg umotiverte og alene når de fikk emosjonelle spisevaner tilbake. Noen unngikk tilbakemeldinger om vekten som å veie seg, delta i oppfølging eller prøve nye klær på grunn av frustrasjon og flauhet over å ha gått opp i vekt. Flere rapporterte at de hadde hatt mange strategier som fungerte for å styre/kontrollere spiseatferden like etter operasjon, men at de hadde begynt å bruke dem mindre med tiden. Flere strategier for å mestre emosjonelle spisevaner kom frem, som å restrukturere tanker om mat, forandre omgivelsene for å ikke bli utsatt for fristelsen for mat eller finne erstatninger for mat som for eksempel turgåing, ringe en venn o.l.

Odom m.fl. (2010) fant at økt trang til mat var en avgjørende faktor for vektøkning etter gastrisk bypass. Faktorer for å vedlikeholde vekttapet var at de klarte å kontrollere

mattrangen, hadde økt kontroll over spisevaner og var engasjert i selvkontroll som å veie seg regelmessig og skrive vekt- og matnotater. Å være engasjert i selvkontroll ga mindre sannsynlighet for vektøkning.

Deltakerne i Wysokers studie (2005) reflekterte over at å ikke kunne spise så mye og ikke kunne spise enkelte matvarer, ga struktur. Strukturen gjorde at de ikke lenger trengte å ta avgjørelsen om hva de skulle spise, da de fysiske effektene av operasjonen hindret dem. Senere kom valg om matvaner og livsstil tilbake og strukturen som opplevdes like etter operasjonen forsvant. Deltakerne så det som nødvendig med livsstilsendringer og snakket om å måtte endre atferd og hvor viktig det var med riktig mat, fysisk aktivitet og trening for å holde vekten. Flere var skuffet over ikke å ha gått så mye ned i vekt som ønsket og flere fryktet å gå opp igjen i vekt.

#### ***4.2 Oppfølging, veiledning og informasjon***

Flere av studiene viser at oppfølging er viktig for å vedlikeholde vekttapet og forebygge vektøkning (Freire et al., 2012, Odom et al., 2010). Freire m.fl. (2012) finner at mangel på oppfølging og veiledning om ernæring er assosiert med vektøkning etter gastrisk bypass. Deltakelse i slik oppfølging minsket dramatisk med tiden etter operasjon. Odom m.fl. (2010) finner også at lav postoperativ oppfølgingsfrekvens er relatert til vektøkning. Motsatt avtok risikoen for vektøkning med regelmessige oppfølginger. Stewart m.fl. (2010) finner at deltakere unngikk oppfølging grunnet flauhet over å ha gått opp i vekt. Noen av deltakerne hadde lite kunnskap om endringene som kom etter operasjon, som at matsuget ville komme tilbake. Borge m.fl. (2012) fant at tilpassede opplæringsprogram der erfarne brukere underviste sammen med helsepersonell gjorde at kunnskapen ble sett på som personlig og relevant.

#### ***4.3 Støtte og støttegrupper***

Flere av studiene viser at støtte er viktig (Stewart et al., 2010, Borge et al., 2012). Stewart m.fl. (2010) finner at etter deltakelse i grupper rapporteres flere positive forhold. Å få støtte fra andre og vite at andre gastrisk bypass-pasienter opplever samme problemer, var fordelen flest uttrykte. Å få arbeide sammen med andre i samme situasjon og lære mestringsstrategier av hverandre for å unngå emosjonelle spisevaner var nyttig. Å diskutere med andre gjorde at deltakerne følte seg mindre alene i kampen og de støttet hverandre gjennom utfordringer.

Deltakerne rapporterte atferdsmessige forandringer som resultat av å delta i grupper. De hadde mindre usunn mat tilgjengelig, reduserte porsjonsstørrelser, lavere sukkerinntak og økt fysisk aktivitetsnivå. Også forbedret motivasjon, selvtillit og vekttap ble rapportert. Borge m.fl. (2012) finner at å møte andre som er i samme situasjon betyr mye for å opprettholde innsatsen mot en mer helsefremmende livsstil og sosial støtte er viktig for motivasjonen. Å delta i grupper ga et støttende og motiverende nettverk og var en viktig arena for sosial støtte.

#### ***4.4 Motivasjon og håp***

Borge m.fl. (2012) fant flere tema for motivasjon til å endre livsstilen ved sykkelig fedme. Motivasjon til endring kom først når helseplagene ble for store og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvaliteten på møter med helsepersonell var avgjørende for endring av vaner og væremåten og forståelsen til helsepersonell var betydningsfull. De fleste informantene hadde mye kunnskap om ernæring, men utfordringen var å ha motivasjon til å endre matvanene. Bevisstgjøring og motivasjon viste seg å øke ved deltakelse i opplæringsprogram med erfarne brukere og helsepersonell, i støttegrupper og ved å oppleve kontroll i eget liv. Av mange ble fedmeoperasjon sett på som siste utvei og ga størst håp om endring.

Wysoker (2005) kom frem til at pasientene så på operasjon som en “siste mulighet” for å gå ned i vekt. Personlige og helsemessige grunner samt at pasientene hadde prøvd utallige dietter uten varig vekttap, gjorde at de ikke kunne fortsette sine tidligere vaner. De anså operasjon som siste mulighet for varig vektreduksjon og hadde et håp om at operasjon ville hjelpe. Det kom frem at de intervjuede var positive til valget de hadde tatt om operasjon til tross for negative aspekter av operasjonen, som komplikasjoner, ubehag og lignende.

## **5.0 Drøfting**

Etter gjennomgang av funn i forskningsartiklene er følgende hovedtema funnet aktuelle for å besvare problemstillingen: kosthold og fysisk aktivitet, oppfølging, veiledning og informasjon, støtte og støttegrupper og motivasjon og håp. Disse temaene vil videre drøftes i lys av bakgrunns litteratur.

### ***5.1 Kosthold og fysisk aktivitet***

Forskning viser at et godt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet er viktig etter fedmeoperasjon for å vedlikeholde vekttapet og forebygge vektøkning. Dårlig matkvalitet og en stillesittende livsstil er faktorer assosiert med vektøkning (Freire et al., 2012). Økt trang til mat viser seg å være en avgjørende faktor for å gå opp i vekt (Odom et al., 2010). Wysokers studie (2005) finner at valg om matvaner og livsstil kommer tilbake når strukturen som oppleves like etter operasjon forsvinner. Stewart m.fl. (2010) ser at pasienter opplever vansker med å mestre matsuget/matlengselen som kommer tilbake en stund etter operasjonen. Dette kan tyde på at pasientene har behov for hjelp og støtte for å mestre utfordringen med å legge om livsstilen etter fedmeoperasjon.

Gastrisk bypass-operasjonen vil hjelpe pasienten å gå ned i vekt, men det skjer ikke av seg selv. Pasientens innstilling, kosthold og levevaner er enda viktigere. Det kreves at pasienten endrer sine matvaner og følger gitte kostråd for å bevare vektreduksjon over tid og forebygge vektøkning (NHI, 2010).

Sykepleieren må hjelpe pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon å legge om livsstilen slik at de mestrer sin nye livssituasjon. For å mestre må en i følge Antonovsky (2000) se på personens opplevelse av sammenheng. Den første kjernekomponenten i opplevelse av sammenheng er begripelighet. For at pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon skal oppleve situasjonen som begripelig, trenger de kunnskap om situasjonen. Hva er det for eksempel som fører til vektøkning? Sykepleieren kan formidle kunnskap slik at pasientene forstår hva som skjer med dem og hva de kan gjøre for blant annet å vedlikeholde vekttapet. At pasientene føler at situasjonen er begripelig og forståelig vil fremme mestring.

Den andre kjernekomponenten er håndterbarhet (Antonovsky, 2000). For at pasientene skal oppleve situasjonen som håndterbar må de ha en oppfattelse av at de har nok ressurser til å takle de krav de står over. Sykepleierens oppgave blir å hjelpe pasientene slik at de har nødvendige ressurser. For pasientene kan nødvendige ressurser blant annet være kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, et godt selvbilde eller et sosialt nettverk. Motstandsressursene kan bevisstgjøres og styrkes gjennom læring (Tveiten 2008a). Med slike ressurser er pasientene styrket, de opplever situasjonen som håndterbar og vil dermed mestre. En person med en sterk opplevelse av sammenheng velger en mestringsstrategi som ser ut til å være velegnet til å håndtere den stressfaktoren han står ovenfor. Personen velger den mest hensiktsmessige kombinasjonen av motstandsressurser han har (Antonovsky, 2000).

Meningsfullhet er den siste kjernekomponenten (Antonovsky, 2000). For pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon er det viktig å finne mening i utfordringer som oppstår i den nye livssituasjonen og å være engasjert i eget liv. Slik vil pasientene kunne oppleve mestring. Sykepleieren må hjelpe pasientene å finne mening i situasjonen som i følge Travelbee (1999) er en del av målet og hensikten med sykepleie. Opplever pasientene at endringene er meningsfulle vil de oppleve mestring. Tillit til at ting nok skal gå, at en har ressurser til å håndtere situasjonen, at det som nå virker forvirrende nok skal bli begripelig, at det er en mulighet for at spenningen løser seg, denne tilliten er i seg selv en relevant ressurs for å mestre (Antonovsky, 2000).

For å endre levevaner som er vanskelig for mange, trengs ofte faglig hjelp for å mestre (Helsedirektoratet, 2011). Det er ingen enkel sak å legge om innarbeidede vaner en har hatt gjennom livet og en kan trenge hjelp til å finne mening i tiltak og regler som må følges for å bevare eller bedre helsen (Travelbee, 1999). Her kan sykepleieren være en viktig hjelper for at pasienten skal mestre nødvendige endringer. En må gi pasienten tydelig anerkjennelse for den betydelige innsatsen som er nødvendig for å få til en varig endring (Helsedirektoratet, 2011). Travelbee (1999) påpeker viktigheten av å hjelpe pasienten i en endringssituasjon. Sykepleieren bør prøve å se noen av utfordringene pasienten (og pårørende) kan møte og forberede dem på hvordan de kan håndtere dem. For at en person skal velge å foreta seg noe aktivt for å endre livsstilen sin må fordelen med endring oppleves større enn ulempen (Kristoffersen, 2005, s. 234). Travelbee (1999) påpeker at en må selv oppleve at helsefremmende tiltak som må gjøres er meningsfulle, hvis ikke kan en føle at målet ikke er

verdt tiltakene. Sykepleieren må derfor hjelpe den enkelte til å finne mening i de helsefremmende tiltakene som er nødvendige.

Wysoker (2005) kommer frem til at pasientene ikke kan spise som før etter operasjonen og at det kreves en livsstilsendring for å unngå å gå opp i vekt igjen. Det er ikke mulig å spise masse på en gang, men det er fortsatt mulig å spise en liten mengde alt for ofte, eller mye usunn mat, som kan gi vektøkning. Etter operasjonen må pasientene mestre livsstilsendringer som kan oppleves krevende. Flere av pasientene går ikke så mye ned i vekt som de ønsker. En uttrykte det slik: "I didn't get to the goal I should have gotten to, but I didn't do anything to achieve the goal" (Wysoker, 2005). Dette viser at det kreves at en jobber for å nå sine mål og en må arbeide for å ikke havne tilbake til tidligere vaner. Pasientene må endre matvaner og drive regelmessig fysisk aktivitet for å vedlikeholde vekttapet. For å få til dette endringsarbeidet er det viktig at sykepleiere kan bidra med hjelp.

Travelbee (1999) påpeker at for å oppnå sykepleiers mål og hensikt må sykepleieren være en endringsagent som arbeider for å få til forandringer. Sykepleieren hjelper pasienten til bevisstgjøring om hvordan sykdom, funksjonssvikt og lidelse kan forebygges og til å handle slik at en opprettholder høyest mulig nivå av helse. I følge Travelbee er det en sykepleieaktivitet å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkfull måte.

Forandringsprosesser kan deles inn i faser. I føroverveiellesfasen føler en at noe ved atferden er problematisk. Videre kommer overveiellesfasen hvor en begynner å tenke at en forandring kan være ønsket og nødvendig, men en er usikker. I forberedelsesfasen tas beslutningen om endring og en begynner å forberede seg. I handlingsfasen gjør en de ønskelige forandringene som krever betydelig innsats. Videre har en vedlikeholdsfasen hvor en opprettholder motivasjonen og hindrer tilbakefall. En kan også legge til en tilbakefallsfase (Eide & Eide, 2007). Å holde fast på en atferdsendring over tid kan ofte være vanskeligere enn selve endringen og mange faller tilbake til tidligere vaner. Tilbakefall skjer vanligvis i tre situasjoner. Det første er når en opplever stress, bekymringer eller negative følelser. Det andre er når en har konflikter med andre. Det siste er når en utsettes for et sosialt press for å gjenoppta tidligere atferd. Planleggingen av en atferdsendring bør inneholde mulighetene for tilbakefall og strategier for å mestre disse. Jo bedre forberedt en er til å gjenkjenne risikosituasjoner, jo større er sjansene for å unngå tilbakefall (Mæland, 2010).

Stewart m.fl. (2010) kom frem til at pasientene hadde flere strategier som fungerte for å styre/kontrollere atferden like etter operasjon, men at disse ble mindre brukt med tiden. I gruppene kom det også frem flere strategier for å mestre emosjonelle spisevaner. Odom m.fl. (2010) kom frem til at faktorer for å vedlikeholde vekttapet var å klare å kontrollere mattrangen, ha kontroll over spisevaner og å være engasjert i selvkontroll som å veie seg regelmessig og skrive vekt- og matnotater. Sykepleieren bør støtte opp om strategiene pasientene har og motivere dem til å fortsette å bruke dem. Sykepleieren kan også hjelpe pasienten til å få kontroll selv, utføre målinger og gi informasjon om hva som kan gjøres for å vedlikeholde vekttapet.

## ***5.2 Oppfølging, veiledning og informasjon***

Forskning viser at oppfølging er viktig etter fedmeoperasjon og kan hjelpe pasientene til å vedlikeholde vekttapet og forebygge vektøkning. Risikoen for vektøkning etter gastrisk bypass avtar med regelmessige postoperative oppfølginger, mens mangel på oppfølging og veiledning assosieres med vektøkning (Odom et al, 2010, Freire et al., 2012). Ved hjelp av oppfølging har en mulighet til å informere og veilede pasienter (Helsedirektoratet, 2011). Dette vil være en viktig oppgave for sykepleieren og annet helsepersonell for å kunne bidra til at pasienten som har gjennomgått en fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon. Pasientene trenger mye informasjon om blant annet kosthold og fysisk aktivitet og veiledning på hvordan de skal klare utfordringen med å endre livsstilen. Gjennom oppfølging kan en ha oppmerksomhet på faktorer for vektøkning allerede rett etter operasjon. Dette viser seg å være viktig for å forebygge at pasientene går opp igjen i vekt (Freire et al., 2012).

Stewart m.fl. (2010) finner at pasienter unngår oppfølging på grunn av flauhet over å ha gått opp i vekt. Pasientene unngår oppfølging på det tidspunktet de kanskje trenger det mest, når de opplever problemer med å vedlikeholde vekttapet. Det viser seg også at noen pasienter har lite kunnskap om endringer som kommer etter operasjon, som at matsuget kommer tilbake (Stewart et al., 2010). Dette kan tyde på at pasientene har fått for lite informasjon. Det er derfor en viktig oppgave for sykepleiere og annet helsepersonell å informere pasientene, deriblant å informere om viktigheten av å søke hjelp. Informasjon er svært viktig både for pasienter og pårørende. De har behov for og rett på informasjon om det som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Mangel på informasjon kan gi utrygghet og usikkerhet (Tveiten, 2008a).

Til tross for at det anbefales livslang oppfølging etter fedmeoperasjon (Hofsø et al., 2011), kommer Freire m.fl. (2012) frem til at svært få deltar i oppfølging fem år etter operasjon. Her kan sykepleieren bidra med å informere om betydningen av å delta i regelmessig oppfølging for å mestre sin livssituasjon og forebygge vektøkning.

Borge m.fl. (2012) fant at informantene syntes det var spesielt nyttig med tilpassede opplæringsprogram der erfarne brukere underviste sammen med helsepersonell. Da opplevdes kunnskapen personlig og relevant og bidro til motivasjon. Her kan sykepleieren bidra med kunnskap og sykepleieren kan gi informasjon om at å delta i slike opplæringsprogram kan gi økt motivasjon og pasientene kan tilegne seg informasjon på en annen måte.

Når en skal lære fra seg noe, er det viktig å ta hensyn til faktorer som fremmer læring. En må ha ro i situasjonen, omgivelser må kreve lite oppmerksomhet, grunnleggende behov må være tilfredsstilt, det som skal læres må oppleves meningsfullt og nyttig, en må kunne se sammenheng mellom egen situasjon og det som skal læres, tilnæringsmetoden og organiseringen av tid og mengde stoff/innhold må oppfattes som hensiktsmessig, ordbruken må være forståelig, innholdet må være relevant, en må selv kunne være aktiv, for eksempel gjennom dialog og flere sanser må stimuleres samtidig (Tveiten, 2008a).

For å kunne hjelpe pasienten og fremme mestring er det i følge Travelbee (1999) nødvendig at sykepleieren går inn for å bli kjent med pasienten som person. Dette kan gjøres gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Når sykepleieren for første gang møter pasienten som har gjennomgått fedmeoperasjon, må hun bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte det spesielle ved personen. Sykepleieren må bevisstgjøre seg hvordan hun oppfatter pasienten. Nonverbale uttrykksformer kan ubevisst avsløre ens tanker og reaksjoner (Eide & Eide, 2007). Hvis pasienten føler at sykepleieren har en negativ innstilling kan det ødelegge for videre samarbeid og hindre mestring. En kan videre utvikle evnen til empati, der sykepleieren tar del i den fedmeopererte pasienten sin tilstand, men står samtidig utenfor. Sympati og medfølelse kan så utvikles og sykepleieren kan ha et grunnleggende ønske om å hjelpe. Medfølelsen og ønsket om å hjelpe, må videre omsettes til handling (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og er et virkemiddel for å oppnå forandring. Sykepleieren må snakke og utføre handlinger bevisst og på en måte som kan føre til forandring. Sykepleieren bør bruke



kommunikasjonsteknikker som kan gi mulighet for å utforske og klarlegge innholdet i det pasienten kommuniserer. En kan for eksempel bruke teknikken med åpne spørsmål eller utsagn hvor pasienten oppfordres til å fortsette å snakke. En kan også bruke speilingsteknikken, hvor en gjentar visse ord eller utsagn pasienten ytrer. Da får pasienten anledning til å snakke om sine følelser (Travelbee, 1999). Det kan være viktig at sykepleieren tilrettelegger for at pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon får uttrykt sine tanker og følelser, for at en lettere skal forstå deres situasjon og kunne hjelpe dem til å mestre.

For å styrke mestringskompetansen til pasienten er veiledning en viktig metode. Å bli bevisst egne ressurser og muligheter, se sammenhenger og finne mening er sentralt i veiledning (Tveiten, 2008b). Å ta i bruk ressurser og oppleve mening er i følge Antonovsky (2000) sentralt for å mestre. Veiledning forutsetter dialog mellom veileder og pasienten og veilederen tar utgangspunkt i pasientens opplevelse og forståelse. Veilederen må møte pasienten med tillit og tiltro til hans evne til å mestre. Veiledningen skal legge til rette for at pasienten blir bevisst. Det er først når en er bevisst en kan gjøre noe for å få til en ønsket endring (Tveiten, 2008a).

Å veilede pasienter i forandringsprosesser og bidra til å styrke deres motivasjon for forandring blir en stadig viktigere oppgave i helsevesenet (Eide & Eide, 2007). For å bidra til at pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon kan sykepleieren være en veileder. Veilederen gir informasjon og undervisning til pasienten når det trengs, gir råd, lytter terapeutisk og gir om nødvendig instruksjoner. Men det viktigste er at veilederen i en endringsprosess er en profesjonell samtalepartner for pasienten. Veilederen kan speile pasientens styrker, lengsler, håp og drømmer, stimulere til å utforske mål, veier og muligheter frem, og bekrefte eller styrke pasienten i den konkrete gjennomføringen av endringen. Veilederen må være åpen, utforskende og interessert i pasientens liv, erfaringer og forestillinger om fremtiden. Veiledningen handler om pasienten selv, hans følelser, prioriteringer og valg. Det er pasienten som skal finne veien og helsepersonellets oppgave blir å bidra med det de kan, på pasientens premisser (Eide & Eide, 2007).

### ***5.3 Støtte og støttegrupper***

Forskning kommer frem til at støtte og deltakelse i støttegrupper er viktig for pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon (Borge et al., 2012, Stewart et al, 2010). Støtte kan forklares

som hjelp, bistand eller oppmuntring (Gundersen, 2000). Å få støtte av andre og vite at andre opplever samme utfordringer uttrykkes som den største fordelen med gruppedeltagelse. Å arbeide sammen med andre som er i samme situasjon, lære mestringsstrategier av hverandre og støtte hverandre gjennom utfordringer er nyttig. Det rapporteres også atferdsmessige forandringer, forbedret motivasjon, selvtillit og vekttap som resultat av å delta i grupper. Støttegrupper kan ha fordeler for pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon, både fysiologisk og psykologisk, og kan være viktig for langtidssuksess (Stewart et al., 2010).

Studien til Borge m.fl. (2012) viser at sosial støtte, å få møte andre som er i samme situasjon betyr mye for å opprettholde innsatsen rettet mot en mer helsefremmende livsstil. Det oppleves viktig å få høre andres erfaringer, som ofte kan gi gjenkjennelse, assosiasjoner og følelse av samhold. Å delta i grupper kan gi et støttende og motiverende nettverk og blir av pasientene sett på som en viktig arena for sosial støtte. Antonovsky (2000) uttrykker at menneskets motstandsressurser har stor betydning for evnen til å mestre stress og for selve helsetilstanden. En motstandsressurs kan være å ha et godt sosialt nettverk. Med et sosialt nettverk vil det derfor være lettere for pasienten å mestre utfordringer som oppstår etter operasjonen og dette vil hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon.

I mange situasjoner vil opplevelsen av at sykepleieren er sympatisk og støttende gjøre pasienten bedre i stand til å mestre (Travelbee, 1999). En informant i artikkelen til Borge m.fl. (2012) uttrykte at: “det er nødvendig med støtte for å holde fast på et opplegg”. Dette viser viktigheten av at sykepleieren er støttende for å hjelpe pasientene med blant annet å endre mat- og aktivitetsvaner. Med god støtte vil pasientene lettere mestre sin nye livssituasjon.

For at sykepleieren skal kunne støtte pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon er det viktig å ha kunnskaper om hvilke utfordringer pasientene møter. At for eksempel flere pasienter føler seg umotiverte og alene når emosjonelle spisevaner kommer tilbake (Stewart et al., 2010), er noe sykepleierne bør vite om for å kunne hjelpe og gi støtte hvis dette oppstår. Wysoker (2005) fant at flere av deltakerne ikke hadde gått så mye ned i vekt som ønsket og at de fryktet vektøkning. Hvis sykepleieren tilrettelegger for støttegrupper kan pasientene få uttrykke og diskutere disse bekymringene i en gruppe som kan gjøre at de føler seg mindre alene om utfordringer og problemer. Stewart m.fl. (2010) så at i støttegruppen oppmuntret pasientene hverandre ved å gi positive tilbakemeldinger og de motiverte hverandre.

Deltakerne i studien til Stewart m.fl. (2010) uttrykte at pårørende ikke forsto seg så godt på deres situasjon. Pårørende hadde blant annet vansker med å forstå deres strev i forhold til mat. Derfor følte pasientene mer nytte av å møte andre som var i samme situasjon og de følte seg da mindre alene med utfordringene. Kanskje har også pårørende behov for veiledning og informasjon for lettere å kunne støtte pasientene slik at de mestrer den nye livssituasjonen. Sykepleieren kan bidra som veileder og gi informasjon og støtte både til pasient og pårørende.

#### **5.4 *Motivasjon og håp***

Forskning viser at motivasjon og håp er viktig for livsstilsendring (Borge et al., 2012). Borge m.fl. (2012) finner fem hovedtemaer for motivasjon til å endre livsstilen ved sykkelig fedme. Disse er en stor kropp og belastninger, erfaringer med helsepersonell, mellom kunnskap og handling, sosial støtte og operasjon som eneste håp til endring. Sykepleieren må kjenne til hva som motiverer pasienten for å kunne hjelpe ham til å mestre sin nye livssituasjon.

Motivasjon er, som nevnt i punkt 2.3, menneskers drivkraft til å handle (Renolen, 2008). For å få til en endring er en avhengig av pasientens deltakelse og utholdenhet. En endringsprosess drives av indre motivasjon, mestringsfølelse, selvaktelse og en positiv holdning til seg selv. Ytre motivasjon er nok ikke like virkningsfull når det gjelder endring av mer kompliserte forhold slik som vekt, kropp og levevaner (Helsedirektoratet, 2011). Utfordringen når en skal hjelpe en pasient til å mestre er derfor å få ham til å få tak i sin indre motivasjon (Renolen, 2008).

Flere av informantene i studien til Borge m.fl. (2012) hadde mye kunnskap om ernæring, men utfordringen var å gjøre kunnskap om til handling, å ha motivasjon til å endre matvanene. Sykepleieren må styrke pasientenes motivasjon. Travelbee (1999) sier at sykepleieren kan bruke kommunikasjon for å motivere pasienter. Å jobbe med motivasjon gjennom veiledning og rådgivning er til stor hjelp. En hjelper pasienten med å finne egne ressurser og styrker hans tro på at det er mulig å få til endring (Renolen, 2008). For å styrke pasientens motivasjon kan sykepleieren også tilrettelegge for at støttegrupper gjennomføres, siden motivasjon viser seg å øke ved deltakelse i slike grupper (Borge et al., 2012, Stewart et al., 2010).

Borge m.fl. (2012) finner at kvaliteten på møter med helsepersonell er avgjørende for motivasjon til endring av vaner og væremåten og forståelsen til helsepersonell kan være

betydningsfull. Hvis sykepleieren er alliert med og bekrefter pasientens egen motivasjon vil motivasjonen styrkes (Eide & Eide, 2007). Ofte må også de nærmeste pårørende motivere pasienten til å overholde nødvendige tiltak (Travelbee, 1999).

I følge Antonovsky (2000) kan en person ha en sterk eller en svak opplevelse av sammenheng (OAS). Det som skiller en sterk og en svak OAS-persons følelser til en stressfaktor er at den OAS-sterke personen utstyres med en motivasjon til å handle, mens den OAS-svake blir lammet. Pasienter kan få en motivasjon til å handle ved å være engasjert i eget liv og oppleve kontroll (Borge et al., 2012). Å ha selvkontroll etter fedmeoperasjonen som å regelmessig veie seg og ta notater viser seg, i tillegg til å øke motivasjonen, også å gi mindre risiko for vektøkning (Odom et al., 2010). Sykepleieren kan motivere pasientene til selvkontroll for at de kan øke motivasjonen sin.

Flere av deltakerne i studien til Wysoker (2005) uttrykte en frykt for å gå opp i vekt igjen. En deltaker sa: "You don't want to be that obese person anymore. ...for me I use that reason to push forward". Frykten for å gå opp igjen i vekt ble en grunn for å jobbe enda mer for å mestre nødvendige livsstilsendringer og målet om å forebygge vektøkning kan i seg selv styrke motivasjonen.

Bevisstgjøring og motivasjon viser seg å øke ved deltakelse i opplæringsprogram med erfarne brukere og helsepersonell siden en da opplever kunnskapen som personlig og relevant (Borge et al., 2012). Pasientene opplever at kunnskapen har mening for dem. Antonovsky (2000) beskriver meningsfullhet som et uttrykk for motivasjonselementet i begrepet opplevelse av sammenheng. Det er derfor viktig at pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon opplever de krav og utfordringer som oppstår som meningsfulle. Først da vil de bli motivert til å endre livsstilen. Den generelle forventningen om at stressfaktorer er meningsfulle og begripelige, utgjør det motivasjonsmessige og kognitive grunnlaget for mestring (Antonovsky, 2000). Sykepleieren kan hjelpe pasientene til at de krav de står over opplever som begripelige og meningsfulle.

Alvorlige helseplager, belastninger og hindringer i hverdags- og arbeidsliv kan øke motivasjonen til å gripe fatt i egen livssituasjon (Borge et al., 2012). For pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon kan kanskje slike plager og belastninger være en av de største grunnene for at de tok valget med å utføre operasjon. Informantene i studiene til Wysoker

(2005) og Borge m.fl. (2012) uttrykte et håp ved å utføre operasjon. Travelbee (1999) beskriver håpet som en motiverende impuls som gir energi til pasienten. Håpet vil hjelpe pasientene å mestre sin nye situasjon og derfor blir det en viktig oppgave for sykepleieren å bygge videre på og støtte opp om dette håpet. Slik hjelper sykepleieren pasientene til bedre å mestre sin situasjon.

Informantene i Wysokers studie (2005) var positive til valget de hadde tatt om operasjon, og angret ikke i det hele tatt. Den positive energien til pasientene kan bidra til å styrke deres håp og motivasjon til å nå sine mål. Sykepleieren og annet helsepersonell må bygge på denne positive energien for å bevare og styrke motivasjonen til pasientene og bruke de positive holdningene til å hjelpe pasientene å vedlikeholde vekttapet når utfordringer oppstår (Wysoker, 2005).

## 6.0 Avslutning

I flere av studiene som denne oppgaven tar utgangspunkt i, kommer det frem at vektøkning etter fedmeoperasjon er vanlig. Det viser seg derfor at pasientene har behov for faglig hjelp for å kunne mestre utfordringer som oppstår etter en slik operasjon. Klinisk og forskningsmessig oppmerksomhet til denne vektøkningen vil være nødvendig for å forbedre utfallet av operasjonen og for å optimalisere pasientenes helse (Stewart et al., 2010).

Etter gjennomgang av litteratur og forskning kan en se at sykepleieren har stor mulighet til å bidra til at pasientene som har gjennomgått fedmeoperasjon mestrer sin nye livssituasjon. Sykepleieren kan hjelpe pasientene til å endre sitt kosthold og sitt fysiske aktivitetsnivå slik at pasientene klarer å vedlikeholde vekttapet etter operasjon og forebygge vektøkning. Sykepleieren kan følge opp pasientene, veilede og informere dem for å bidra til at de mestrer. Å gi støtte og tilrettelegge for og gjennomføre støttegrupper er også en oppgave sykepleieren kan ha som vil fremme pasientenes mestring. Støttegrupper vil hjelpe pasientene til å mestre ved at de blant annet får arbeide med andre som er i samme situasjon. I alle møter med pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon vil det være viktig at sykepleieren styrker pasientenes motivasjon og håp for at de skal kunne mestre sin nye livssituasjon.

## Referanseliste

- Aasheim, E. T., Mala, T., Søvik, T. T., Kristinsson, J. & Bøhmer, T. (2007). Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(1), 38-42. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2007/38-42.pdf>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning* 7(1), 14-22. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0024
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Freire, R. H., Borges M. C., Alvarez-Leite, J. I. & Davisson, I. T. (2012). Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition*, 28(1), 53-58. doi: 10.1016/j.nut.2011.01.011
- Gundersen, D. (2000). Støtte. I *Norske synonymer blå ordbok* (3.utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I T.- J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Hentet 18. januar 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for->

[forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf](#)

Hofsø, D., Aasheim, E. T., Søvik, T. T., Jakobsen, G. S., Johnson, L. K., Sandbu, R., ...  
Hjelmesæth, J. (2011). Oppfølging etter fedmekirurgi. *Tidsskrift for den norske  
legeforening*, 131(19), 1887-1892. doi: 10.4045/tidsskr.10.1463

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære:  
Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F.  
Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 206-270). Oslo:  
Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsbasert praksis (2012). *Sjekklistor*. Hentet 8. januar 2012 fra  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>

Lien, N. & Klepp, K.- I. (2009). Overvekt og fedme: Den tunge folkehelseutfordringen. I K.-I.  
Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 219-231).  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3.utg.).  
Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk helseinformatikk (2010, 31. august). *Livet etter gastrisk bypass*. Hentet 23. januar  
2013 fra <http://nhi.no/livsstil/gastrisk-bypass-livet-etter-35510.html?page=all>

Norsk helseinformatikk (2012, 15. februar). *Slankeoperasjoner, fedmekirurgi*. Hentet 12.  
januar 2013 fra [http://nhi.no/livsstil/kosthold/overvekt/slankeoperasjoner-  
13578.html?page=all](http://nhi.no/livsstil/kosthold/overvekt/slankeoperasjoner-13578.html?page=all)



- Odom, J., Zalesin, K. C., Washington, T. L., Miller, W. W., Hakmeh, B., Zaremba, D. L., ... McCullough, P. A. (2010). Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery* 20(3), 349-356. doi: 10.1007/s11695-009-9895-6
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 6. februar 2013 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map003>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, B. (2005). Bariatric surgery: It's no easy fix. *Rn*, 68(6), 58-63. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009010839&site=ehost-live>
- Sortland, K. (2007). *Ernæring: mer enn mat og drikke* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stewart, K. E., Olbrisch, M. E. & Bean, M. K. (2010). Back on track: Confronting post-surgical weight gain. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, 5(2), 179-185. doi:10.1089/bar.2010.9920
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008a). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2008b). *Veiledning: Mer enn ord...* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(1), 34-37. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2007/34-7.pdf>

World Health Organization (2012). *Obesity and overweight*. Hentet 5. januar 2012 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wysoker, A. (2005). The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(1), 26-34.  
doi:10.1177/1078390305275005

## Vedlegg I

### *Oversikt over søkeprosessen*

Database	Søkeord	Treff	Avgrensning	Valgte studier
CINAHL	Obesity AND bariatric surgery OR bariatric patient	1378		
CINAHL	Obesity AND bariatric surgery OR bariatric patient AND coping	11		
CINAHL	Obesity AND bariatric surgery OR bariatric patient AND coping	4	“Peer reviewed” og “Research article”	“Back on track: Confronting post-surgical weight gain”
CINAHL	Obesity AND gastric bypass AND weight gain	21		
CINAHL	Obesity AND gastric bypass AND weight gain	6	“Peer reviewed” og “Research article”	<p>“Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass”.</p> <p>Fra referanselisten i denne artikkelen kom jeg også frem til artikkelen: “Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery”.</p>
Svemed+	Life style changes AND obesity	10	“Peer reviewed”	“Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt”
PsycInfo	Bariatric surgery OR bariatric patient AND nurs* OR nursing AND obesity	25	“Peer reviewed”	“The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight”

## Vedlegg II

### *Oversikt og sammendrag av utvalgte forskningsartikler*

#### **“Back on track: Confronting post-surgical weight gain”**

**Forfattere:** Stewart, Olbrisch og Bean

**Bakgrunn:** Kampen mot fedme er en livslang prosess. Operasjon kan være en effektiv intervensjon, men mange pasienter opplever postoperativ vektøkning.

**Hensikt:** Få forståelse av psykologiske mekanismer for vektøkning etter fedmeoperasjon ved å utforske psykologiske temaer som fremkommer i en gruppe.

**Metode:** Kvalitativ metode, pilotstudie. 14 gastrisk bypass-pasienter deltok i grupper for å få hjelp til å komme “back on track” etter postoperativ vektøkning. Gruppene kombinerte bruk av kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju.

**Resultater:** Deltakerne rapporterte vansker med å mestre matsug/matlengsel og utfordrende spiseatferd etter en periode med relativ “lettelse” etter operasjonen. Det kom frem en rekke utfordringer deltakerne sto ovenfor i sin innsats for å opprettholde vekttapet etter fedmeoperasjonen. De følte seg umotiverte og alene når de fikk emosjonelle spisevaner tilbake. Noen unngikk tilbakemeldinger om deres vekt. Å få arbeide sammen med andre personer i samme situasjon og å lære mestringsstrategier for å unngå emosjonelle spisevaner var nyttig. Deltakerne rapporterte atferdsmessige forandringer, forbedret motivasjon, tillit og vekttap som resultat av å delta i gruppene.

**Konklusjon:** Resultatene tyder på at å tilby slike grupper har fordeler for personer som har gjennomgått fedmeoperasjon, både fysiologisk og psykologisk og kan være viktig for langtidssuksess.

#### **“Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass”**

**Forfattere:** Freire, Borges, Alvarez-Leite og Davisson

**Bakgrunn:** Fedmeoperasjoner er effektivt for behandling av sykelig overvekt og gastrisk bypass-operasjon er definert som gullstandard, men det er en høy forekomst av vektøkning blant disse pasientene.

**Hensikt:** Vurdere livsstilsvaner av pasienter som hadde gjennomgått gastrisk bypass operasjon, for å identifisere vesentlige faktorer for vekttap og vektøkning etter operasjon.

**Metode:** Kvantitativ metode, tverrsnittsstudie, der utvalget var 100 informanter som hadde gjennomgått gastrisk bypass-operasjon.

**Resultater:** Vektøkning etter operasjon ble sett hos 56 % hvorav 29 % hadde gått opp over 10,1 % av minimumsvekten de hadde nådd etter operasjonen. Vektøkningen økte etter tid etter operasjon. Dårlig matkvalitet, stillesittende livsstil og mangel på oppfølging innen ernæring var assosiert med vektøkning.

**Konklusjon:** Selv om personene gikk godt nok ned i vekt etter operasjonen klarte de ikke å vedlikeholde vekttapet. Hovedfaktorene som påvirket vektøkningen var dårlig kvalitet på mat, stillesittende livsstil og mangel på ernæringsoppfølging.

### “Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery”

**Forfattere:** Odom, Zalesin, Washington, Miller, Hakmeh, Zaremba, ..., McCullough

**Bakgrunn:** Etter fedmeoperasjon starter en livslang behandling av vektøkning og en tror atferd spiller en rolle.

**Hensikt:** Identifisere faktorer for vektøkning hos pasienter med ekstrem overvekt som har gjennomgått gastrisk bypass.

**Metode:** Kvantitativ metode, spørreundersøkelse med et utvalg på 203 pasienter som hadde gjennomgått gastrisk bypass operasjon for mer enn ett år siden.

**Resultater:** 79 % av deltakerne rapporterte noe vektøkning. 15 % av disse opplevde en betydelig vektøkning lik eller mer enn 15 % økning. Avgjørende faktorer for vektøkning var økt trang til mat, redusert postoperativ velvære og bekymring om alkohol- og rusbruk. Deltakere som var engasjerte selvkontroll hadde mindre sannsynlighet for vektøkning etter operasjon. Frekvensen av postoperativ oppfølging var relatert til vedlikehold av vekttapet.

**Konklusjon:** Faktorer som kan gi vektøkning viste seg å være økt trang til mat, redusert velvære og bekymringer om alkohol og rus. Selvkontroll og oppfølging ble assosiert med vedlikehold av vekttapet.

### “Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt”

**Forfattere:** Borge, Christiansen og Fagermoen

**Bakgrunn:** Behandling og forebygging av sykkelig overvekt er et helsepolitisk satsingsområde i Norge. Et lærings- og mestringssenter (LMS) kan være nyttig i endringsarbeidet.

**Hensikt:** Få kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring i hverdagen og hvilken betydning et lærings- og mestringssenter kan ha i den sammenheng.

**Metode:** Utforskende, deskriptivt design. Individuelle intervjuer med elleve informanter som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram ved LMS for sykkelig fedme.

**Resultater:** Fem hovedtemaer ble funnet: stor kropp og belastninger, erfaringer med fastlege og helsepersonell, mellom kunnskap og handling, sosial støtte og operasjon.

**Konklusjon:** Motivasjon til endring kom når helseplagene ble for store og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Kvalitet på møter med helsepersonell var avgjørende for endring av vaner. Økt bevisstgjøring og motivasjon oppstod ved tilpassede opplæringsprogram der erfarne brukere underviste sammen med helsepersonell. Kunnskapen ble da sett på som personlig og relevant. Kognitiv teori kan være nyttig. Støttegrupper kan gi støttende og motiverende nettverk. Operasjon ble sett på som siste utvei og ga størst håp om endring.

### **“The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight”**

**Forfatter:** Wysoker

**Bakgrunn:** Kirurgisk behandling av sykkelig overvekt øker. Fedmeoperasjon er en livsforandrende prosedyre som krever lang tid med engasjement og forpliktelse fra individet.

**Hensikt:** Utforske temaer relatert til å velge kirurgisk behandling for å oppnå vektreduksjon.

**Metode:** En fenomenologisk studie av fem kvinner og tre menn som hadde utført operasjon for å redusere vekten for minst ett år siden.

**Resultater:** Kvalitative data ga disse temaene: en siste mulighet, operasjon gir struktur, virkeligheten setter inn (det blir nødvendig med livsstilsendringer, pasientene går ikke så mye ned i vekt som ønsket, en har en frykt for vektøkning) og positivitet til valget om operasjon.

**Konklusjon:** Med dette kan sykepleiere tilby en holistisk pleie og implementere studiens funn inn i individuelle planer. En kan fokusere på disse temaene i terapi og påvirkningen de har på personens målsetninger for å vedlikeholde vekttapet.