



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Fedmeoperasjon – Den enkle løysinga?

Bariatric surgery – The simple solution?

Litteraturstudie

Kandidatnummer: 307 & 364

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato 12.12.22

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Føreord

Vi ynskjer å nytte høvet til å takka dei som har delteke i forminga av bacheloroppgåva, saman med oss. Takk til dei dyktige lærarane ved HVL Førde som har gitt oss eit godt kunnskapsgrunnlag, samt god oppfølging gjennom dei tre åra. Vi vil også takke for god praksis på gastro-kirurgisk sengepost, som gav oss innføring og opna auga våre for temaet. Til slutt ønskjer vi å takka lesarar, medelevar og heilagjengen vår for god støtte gjennom arbeidet.

God lesing!

Førde, 12. desember 2022.

Samandrag

Tittel: Fedmeoperasjon – Den enkle løysinga?

Bakgrunn for val av tema: Interesse for temaet kom gjennom praksis samt den pågåande samfunnsdebatten i media. Relevansen for fedmeoperasjonar aukar med stigande førekomst av fedme. Operasjonen blir ofte assosiert som «ei enkel løysing». Derimot har vi ei anna oppfatning frå praksis, der vi gjentekne gongar møter pasientar med komplikasjonar, som eit resultat av dårleg handtering av den nye livssituasjonen. Difor ønskjer vi å fordjupe oss i korleis sjukepleiarar kan bidra til livsmeistring hjå pasienten, gjennom å ta for oss det psykiske aspektet.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar bidra til livsmeistring hjå pasientar som har gjennomført fedmeoperasjon?»

Metode: Litteraturstudie er nytta som metode.

Funn: Handtering av livsstilsendingane er nøkkelen til suksess, der motivasjon er sentralt. Helsepersonell, sosial støtte, møte med problem og gode haldningar fremja motivasjonen. Kunnskap om fedmeoperasjon er viktig hjå helsepersonell, samt kandidatar til operasjonen. Fleire av deltakarane opplevde uventa problem etter operasjonen, der dei gjentakande problema til mat og alkohol skuldast psykiske utfordringar. Av meistringsstrategiar nytta pasientgruppa hyppigast problemfokusert meistring. Motiverande samtale, grundig psykisk kartlegging og gode relasjonar fremja meistring hjå pasientane.

Konklusjon: Til tross for gode helsefordelar med vekttapet, er fedmeoperasjon ingen enkel løysing. Endringsprosessen er krevjande, der pasienten sjølv må delta. For mange er dette psykisk belastande. Gjennom kartlegging, motiverande samtale og god informasjon kan sjukepleiar sikre gode forutsetningar for meistring.

Nøkkelord: Fedmeoperasjon, livsmeistring, sjukepleiar, motivasjon, psykisk helse.

Abstract

Title: Bariatric surgery -The simple solution?

Background for choice of theme: The theme has intrigued our interest through practice, and the present debate in media. The relevance for bariatric surgery increase, with the increasing prevalence of obesity. The operation is often associated as «a simple solution». In contrast, we have a different perception from practice, were we repeatedly met patients with complications, because of deficiency of master the new life-situation. Therefore, we wanted to look closer in how nurses can contribute to mastery of life, through the psychical aspect.

Problem statement: “How can nurses contribute to life mastery with patients who`s gone through bariatric surgery”.

Method: Literature study is used as method.

Findings: Managing the lifestyle changes is key to success and motivation is central. Healthcare personnel, social support, dealing with problems and good attitudes promote motivation. Knowledge of bariatric surgery is important for healthcare personnel, as well as patients. Several of the participants experienced unexpected problems after the operation, where the recurring problems with food and alcohol problems are due to psychological challenges. The patient group used problem-focused coping most frequently. Motivational interviews, thorough psychological mapping and good relationships promotes mastery in the patient´s lifestyle.

Conclusion: Despite the good health benefits of weight loss, bariatric surgery is not a simple solution. The process is demanding, and requires a lot from patient himself. For many, this is a mental burden. Through survey, motivational interviews and adequate information, nurses can ensure good conditions for mastery of life.

Keywords: Bariatric surgery, life mastery, nurse, motivation, mental health

Innholdsliste

1	Introduksjon til tema	1
1.1	<i>Innleiing.....</i>	1
1.2	<i>Bakgrunn for val av tema</i>	1
1.3	<i>Hensikt med oppgåva.....</i>	2
1.4	<i>Problemstilling.....</i>	2
1.5	<i>Avgrensing og presisering av problemstilling.....</i>	2
2	Teori.....	3
2.1	<i>Fedme og psykisk helse</i>	3
2.2	<i>Fedmeoperasjon</i>	4
2.2.1	<i>Sjellelivet etter fedmeoperasjon</i>	4
2.3	<i>Livsmeistring og meistringsstrategiar</i>	5
2.4	<i>Sjuepleiar si rolle.....</i>	6
2.4.1	<i>Sjuepleiarteori - Joyce Travelbee.....</i>	6
2.4.2	<i>Informasjon</i>	7
2.4.3	<i>Motivasjon og motiverande samtale.....</i>	8
3	Metode	8
3.1	<i>Litteraturstudie.....</i>	8
3.2	<i>Databasar og søkeord</i>	9
3.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriteriar.....</i>	9
3.4	<i>Val av forskning.....</i>	10
3.5	<i>Kjeldekritikk.....</i>	10
3.6	<i>Metodekritikk</i>	11
3.7	<i>Etiske vurderingar</i>	11
4	Presentasjon av funn	12
4.1	<i>Forskningsartikkel 1.....</i>	12
4.2	<i>Forskningsartikkel 2.....</i>	13
4.3	<i>Forskningsartikkel 3.....</i>	13

4.4	<i>Forsningsartikkel 4</i>	14
4.5	<i>Forsningsartikkel 5</i>	14
5	Drøfting	15
5.1	<i>Det psykiske aspektet i «Den enkle løysinga»</i>	15
5.2	<i>Forholdet mellom pasient og sjukepleiar</i>	18
5.3	<i>Viktigheita av informasjon ved livsmeistring</i>	20
5.4	<i>Meistring og meistringsstrategiar etter fedmeoperasjon</i>	21
5.5	<i>Motivasjon til endring</i>	23
6	Konklusjon	25
7	Bibliografi	26
8	Vedlegg	29
8.1	<i>Vedlegg 1 – PICO -skjema</i>	29
8.2	<i>Vedlegg 2 – Søkjeprosessen</i>	29
8.3	<i>Vedlegg 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriteriar</i>	33
8.4	<i>Vedlegg 4 – Litteraturmatrise</i>	34

1 Introduksjon til tema

I dette kapitlet skal vi kort presentere temaet vi har valt; fedmeoperasjon, og kva som er bakgrunnen for temavalet. Vi skal leggje fram problemstillinga vår med avgrensing, der vi presisere kva vi ynskjer å ha fokus på i oppgåva.

1.1 Innleiing

I følge estimat gjort av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2016, var heile 39% av alle vaksne over 18 år overvektige, der 13% av desse var under kategorien fedme. Førekomsten av fedme har nesten tredobla seg sidan 1975 til 2015 (WHO, 2021). Med ein aukande førekomst av fedme, aukar også relevansen for fedmeoperasjon (Groven & Rugseth, 2016, s. 271). Pasientane som skal gjennom fedmeoperasjon står ovanfor ei krevjande livsstilendring. Erfaringsvis møter pasientgruppa både fysiske- og psykiske utfordringar. Media har hatt mykje fokus på psykiske påkjenningar, som til dømes farleg alkoholbruk hjå pasientar som er fedmeopererte (Korsvoll, 2022). I møte med pasientgruppa er vi nysgjerrige på kva rolle det psykiske aspektet har, samt korleis sjukepleiar kan fremje livsmeistring etter fedmeoperasjon.

1.2 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunn for val av temaet fedmeoperasjon, har vore felles personlege interesser og erfaringar. Interesse for temaet kom gjennom praksis på gastro-avdelinga på kirurgisk sengepost. Her møtte vi pasientgruppa i pre- og postoperativ fase, i tillegg til ved re-innleggingar med komplikasjonar. Enkelte møter med pasientgruppa har skilt seg ut og gjort inntrykk. Møte med ein pasient som ynskja å putte smågodt i stavmiksar berre nokre dagar etter gjennomført fedmeoperasjon, er ein av dei. I slike tilfelle kan ein stille seg spørsmål om pasienten har dei psykiske føresetnadane som trengst for å gjennomføre ein fedmeoperasjon.

1.3 Hensikt med oppgåva

Oppgåva er skriven med hensikt om å belyse det psykiske aspektet si påverkingskraft. Vi vil få innsikt i korleis sjukepleiar i møte med pasientar på sjukehuset, kan bidra til livsmeistring. I tillegg vil vi undersøkje korleis faktorar som spelar inn på meistring av livsstilsendingane. Gjennom arbeidet ynskjer vi å bli meir bevisstgjort, samt få ei djupare forståing av temaet.

1.4 Problemstilling

Basert på hensikta med oppgåva har vi forma problemstillinga slik;

Korleis kan sjukepleiar bidra til livsmeistring hjå pasientar som har gjennomført fedmeoperasjon.

1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling

Problemstillinga undersøker korleis sjukepleiar i møte med pasientar på sjukehuset, kan bidra til livsmeistring hjå pasientar i etterkant av operasjonen. Vi har avgrensa oppgåva til å ha fokus på korleis sjukepleiar ved å ta for seg det psykiske aspektet, kan fremje meistring. Vi har derfor valt å ikkje gjere reie for sjukepleie ved fysiske påkjenningar, då dette er to ulike aspekt. Å gå i djupna på begge aspekta hadde gjort det utfordrande å få tilnærminga vi ynskjer. I tillegg har vi avgrensa til at oppgåva tek for seg pasientar over 18 år, då dette er eit av kriteria for å kunne gjennomføre ein fedmeoperasjon i Noreg (Norsk helseinformatikk (NHI), 2021a).

2 Teori

I dette kapittelet presenterer vi eit avgrensa utval av teori som bidreg til å belyse problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 104) Teorien skal seinare ta del i å svare på problemstillinga.

2.1 Fedme og psykisk helse

Overvekt og fedme er omgrep som blir brukt om kvarandre i media og daglegtalet. WHO definerer overvekt og fedme som unormal eller overdriven samling av feitt som kan svekke helsa (WHO, 2021). Det skuldast ein ubalanse i energiinntaket og energiforbruket i kroppen. Over tid vil overskotet bli lagra som feitt i kroppen, og kan føre til overvekt, og seinare utvikle seg til fedme. Fedme definerast som kroppsmasseindeks (KMI) på over 30. KMI er eit måleverktøy ein brukar til å rekne ut kroppsmasse, ved at kroppsvekt (kg) delast på kroppshøgde² (meter) (Groven & Rugseth, 2016, s. 271). I Noreg har rundt 20 % av befolkninga ein KMI på 30 eller meir, noko som blir klassifisert som fedme (NHI, 2021b). Det er ein samanheng mellom psykiske vanskar og overvekt og fedme. Psykiske vanskar kan påverke både appetitt, vilje og sjølvkontroll som er faktorar for utviklinga av fedme. Personar som er ramma av angst og depresjonar er meir sårbare for stress ved utfordringar, noko som kan føre til høgare inntak av mat, sukker og salt (Meyer & Bergh, 2022). Desse plagene kan også begynne i tidleg alder. Mange overvektige barn følar seg stigmatisert og mobba på grunn av kroppsvekt. Gjentatt stigmatisering i barne- og ungdomstida kan få uheldige helsekonsekvensar for sjølvbilete og kroppsbilete seinare i livet (Groven & Rugseth, 2016, s. 273). Pasientar som slit med psykiske lidingar startar ofte opp med rusmidlar for å dempe tidlegare opplevingar eller symptom. Alkohol er det rusmidelet som er mest vanleg å bruke (Lien & Stensrud, 2020, s. 178-179). Den beste beskyttelsen mot psykiske lidingar ligg i å ha eit godt og positivt sosialt nettverk av familie, vener og arbeidskameratar (Dahl, 2020, s. 22).

2.2 Fedmeoperasjon

Kvart år tek omlag 3000 personar fedmeoperasjon (Korsvoll, 2022). Fedmeoperasjon er ein kirurgisk behandling mot sjukeleg fedme, der det er to hovudprinsipp; restriksjon og malabsorbsjon. Gastric sleeve er ein restriksjonsmetode der ein minskar magesekken, der prinsippet er raskare mettheitsfølelse hjå pasienten. Gastric bypass er ein malabsorbsjonsmetode, der ein redusera tarmlengda. Metoden medføra at mindre næring blir tatt opp i tarmen. Desse metodane kan også kombinerast (NHI, 2021a). I gjennomsnitt ligg vekttalet på ca. 40 kg. 10% av pasientane er tilbake til si opphavsvekt etter 10 år (Kvam, 2018). Varig endring etter operasjonen er nødvendig, då operasjon aleine ikkje er nok til å oppretthalde vekttalet (Helse Bergen, u.å.). Før ein eventuell operasjon vil eit tverrfagleg team gjere ein vurdering av pasienten, der ein blant anna forsikrar seg om at pasienten ikkje har underliggende psykiske lidningar som kan påverke tida etter operasjon (NHI, 2021a). Sjukehusa tilbyr både individuell og nettbasert rettleiing. Vanlegvis får ein reise heim etter tre til fem dagar. Dei fleste blir sjukemeldt ein periode for tilpassing til den nye livsstilen med omsyn til mat og næringsinntak. Oppfølging skjer i samband med sjukehuset og fastlegen, der ein blir innkalla til sjukehuset dei fyrste åra, før fastlegen tek over oppfølginga (Helse Bergen, u.å.).

2.2.1 Sjelelivet etter fedmeoperasjon

Fedmeoperasjonar assosierast ofte med ei signifikant betring i helserelatert livsstil (Groven & Rugseth, 2016, s. 276). Likevel er tida etter operasjonen tøff for mange. 20-30% av pasientane rammast av alvorlege fysiske komplikasjonar og biverknadar. Konsekvensane er overraskande like, til tross for ulike operasjonsmetodar. Døme på nokre er; tarmslyng, magesår, hypoglykemi og dumping syndrom. Konsekvensane kjem i hovudsak av den anatomiske endringa og den nye livsstilen (Kvam, 2018). Operasjonen kan gi eit stort vekttalet, men livsstilsendringa som krevjast er omfattande (Groven & Rugseth, 2016, s. 276). Endringa inneber blant anna strenge kosthaldregimer. Små, langsame og hyppige måltid, grundig tygging og dårleg toleranse for feitt og sukker, er kunn nokre faktorar å ta omsyn til. Utan slike omsyn kan ein oppleve fysiske ubehag og komplikasjonar (Helse Bergen, u.å.). Det store vekttalet kan vere ei stor psykisk påkjenning og gjere at forventningane kjem tettare

på, og skuffelsen enda større dersom vekta går opp igjen (Kvam, 2018). Vekttapet kan gi mykje overflødig hud, som ikkje kan fjernast utan nye inngrep (Groven & Rugseth, 2016, s. 277). Psykiske plagar knytt til mat, sjølvbilete, livskvalitet og alkoholproblematikk er ikkje uvanlege følge av fedmeoperasjon (Kvam, 2018). NRK skreiv nyleg ein artikkel der dei belys alkoholproblematikk hos fedmeopererte. Pasientgruppa har ei dobling av risiko for alkoholproblem, etter operasjonen (Korsvoll, 2022).

2.3 Livsmeistring og meistringsstrategiar

Dei fleste forbind ordet «meistring» med å beherske eller å ha kontroll over noko. Lazarus og Folkman sin teori beskriv meistring som ein prosess mellom ein person og ein situasjon. Den bygg på korleis personen evaluera situasjonen gjennom tolkingsprosessen. Prosessen delast inn i primær-, sekundær- og retolking. Dette bestemmer vidare den følelses- eller åtferdsmessige reaksjonen. Stressituasjonar er gjerne so belastande at den overstig evna personen har til å handtere den (Lode, 2016, s. 40-41). Å forstå og påverke faktorar som har betydning for meistring av eige liv, går under omgrepet livsmeistring. Å kunne handtera medgang og motgang, og personlege og praktiske utfordringar på best mogleg måte, tilhøyrar også under omgrepet (Utdanningsdirektoratet (UDIR), u.å.). Meistringsstrategi er den strategien som oppfattast mest hensiktsmessig av personen, for handtering av situasjonen. Problemfokusert-, emosjonsfokusert- og unngåelsesstrategi er døme på nokre meistringstrategiar. Den problemfokuserte gjer noko aktivt for å løyse problemet, den emosjonsfokuserte regulerer følelsesmessige reaksjonar, medan unngåelsesstrategiar brukast for å unngå å tenke på stressituasjonen (Lode, 2016, s. 42). Personlegdom, meistringstru, situasjonsfaktorar, sosialstøtte og stigma er andre faktorar som påverka meistring (Lode, 2016, s. 44-48). I tillegg til at formelle aktivitetar som støttegrupper og turgrupper kan ha positiv innverknad på meistring (Gonzalez, 2020a, s. 244).

Ein klar føresetnad for ein god meistringsprosess er god pasient- og brukarmedverknad. Brukarmedverknad vil seie aktiv deltaking frå pasientar i planlegging, og utvikling av helsetilbod. Medverknad kan vere på systemnivå, eller på individnivå (Lode, 2016, s. 49-50). På individnivå blir omgrepet empowerment brukt, som handlar i korte trekk om å gjer

pasienten i stand til å ta egne val (Hummelvoll, 2016, s. 596). Dersom ein person følar avmakt i denne situasjonen so vil kunnskap, moglegheit til medverknad og rett og slett å bli høyrd - kunne bidra til at pasienten kjem seg ut av denne kjensla (Lode, 2016, 52). Samtale er det viktigaste verktøyet for å stimulere til meistring (Lode, 2016, 52). Det er viktig at helsepersonell bevisst brukar kommunikasjon som stimulerer til meistring (Lode, 2016, s. 50). Ved salutogen tilnærming vil ein fokusere på å styrke ressursane, potensial og kapasiteten til pasientane. Dette gjer pasienten meir bevisst på kva som er nødvendig for å gjere ei forandring (Mjøsund, 2020, s. 29-30). Salutogonose er ein helsemodell først brukt av Aaron Antonovsky, som fokusera på helse framfor sjukdom. Her fokuserer ein meir på kva ressursar pasienten har enn problemet (Mjøsund, 2020, s. 29).

2.4 Sjukepleiar si rolle

Sjukepleie er eit samansett fag. Førebygging og fremjing av meistring hjå pasientar og pårørande står sentralt i sjukepleiarrolla (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Sjukepleiar har ofte ei koordinerande rolle, og er ofte det helsepersonellet som ser pasienten oftast, og dermed størst moglegheit til å gjer observasjonar og kartleggingar (Lode, 2016, s. 53).

2.4.1 Sjukepleiarteori - Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er ei av sjukepleiarteoretikarane som har framheva eksistensielle behov og tema som sentrale i sjukepleie. Travelbee definera sjukepleie slik; «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Gonzalez, 2020d, s. 49). Travelbee tek utgangspunkt i den terapeutiske og mellommenneskelege delen av sjukepleieprosessen. Sjukepleieprosessen blir knytt opp mot relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, der kommunikasjonen har stor betydning (Gonzalez, 2020d, s. 49). Oppleving av håp og mening står også sentralt i teorien (Gonzalez, 2020d, s. 50).

2.4.2 Informasjon

Gode relasjonar er sentralt i sjukepleie, samt betringsprosessen (Gonzalez, 2020b, s. 58). Utvikling av ein relasjon, er sjølve kjerna i det sjukepleiefaglege arbeidet innanfor psykisk helsevern. For å få pasienten til å opne seg er gode haldningar, utvikling av tillit og vise forståing viktig for relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (Gonzalez, 2020b, s. 57). Når ein skal styrke meistringskompetansen til pasienten, inneber dette undervisning, informasjon og rettleiing (Tveiten, 2008, s. 79). Nyansert og forskingsbasert informasjon er viktig før ein vurderer fedmeoperasjon, slik ein har best mogleg grunnlag for valet ein tek (Groven & Rugseth 2016, s. 276). Pasientar har ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) rett på informasjon om si eiga helsetilstand, verknader og biverknader av behandling. Informasjonen og måten den blir formidla på, må tilpassast pasienten, slik det blir forstått. Denne pedagogiske kompetansen er avgjerande for korleis meistringsprosessen til pasienten utviklar seg (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

Når kunnskap skal formidlast er det lurt å stille opne spørsmål, be om lov til å gi informasjon og reflektere det som blir sagt (Gustin, 2021, s. 256-257). Informasjonen bør bli gitt i god tid før ein operasjon, skriftleg og munnleg, slik ein kan byggje vidare på dette i ettertid (Holm & Kummeneje, 2011, s. 46). Informasjon gir best effekt dersom den blir gitt ei veke i forkant av operasjon, og gjenteke etter innlegging. Dersom ein gir informasjon rett før ein operasjon, kan stress påverke evna til å ta opp- og lære av informasjonen (Holm & Kummeneje, 2011, s. 48). Mangel på informasjon kan føre til usikkerheit, utryggheit og auka liding (Tveiten, 2008, s.68). Etablering av læring- og meistringssenter ved sjukehus i Noreg har gitt merksemd omkring meistringsomgrepet. Hovudoppgåva til sentera er å leggje til rette for personar med langvarige helseutfordringar, og bidra til auka kunnskap for å betre livssituasjonen (Lode, 2016, s. 50). Oppdaging, læring, vekst, utvikling og meistring kan være med å skape auka kompetanse til personar med svikt i helsa, for å takle situasjonen betre (Tveiten, 2008, s. 31).

2.4.3 Motivasjon og motiverande samtale

Motivasjon kan sjåast som drivkrafta i åtferda til menneskjer (Tveiten, 2008, s. 121). Dette er vesentleg når ein skal gjennom meistring- og læringsprosessar. God støtte, forskjellige moglegheiter og struktur er avgjerande for motivasjon (Gonzalez, 2020a, s. 244). Det er aukande forventningar til at helsepersonell skal kunne motivere pasientar til livsstilsendingar. Auka kunnskap om livsstilsendingar kan påverke utviklinga av sjukdommar (Ivarsson, 2017, s. 11). Samtale er vesentleg i behandlingsforma eller -metoden når ein skal hjelpe personar med psykiske lidingar. Den har sentral plass i sjukepleie til menneskjer med psykiske lidingar (Gonzalez, 2020c, s. 342). Motiverande samtale dreiar seg om å styrke ein person sin motivasjon til endring. Her er det viktig å forstå vedkommande sitt perspektiv, unngå å styre samtalen, stimulere til optimisme og lytte empatisk (Lode, 2016, s. 51). Personen som skal hjelpe, har som oppgåve å få pasienten til å ta i bruk eigne ressursar for å møte utfordringane han står ovanfor (Gonzalez, 2020c, s. 348).

3 Metode

Dette kapitlet skal ta for seg metode som verktøy. Metode er den systematiske framgangsmåten ein nyttar for å samle inn litteratur, for å belyse ei problemstilling (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Litteraturstudie

For å svare på problemstillinga har vi nytta litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ein metode som systematisera kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneberer at ein samlar inn litteratur, går kritisk igjennom og til slutt samanfattar litteraturen innafor ei problemstilling (Thidemann, 2019, s. 79). Metoden går ut på å systematisk søke etter relevant fag- og forskingslitteratur ut frå valt problemstilling (Thidemann, 2019, s. 80). Hensikta med ei litteraturstudie er å gi lesaren forståing av kunnskapen på det området problemstillinga etterspør, samt beskrive korleis ein har gått fram for å finne kunnskapen

(Thidemann, 2019, s. 78). I korte trekk vil det seie å nytte sekundærdata, altså data som er samla av andre (Thidemann, 2019, s.75).

3.2 Databasar og søkeord

Vi har brukt sentrale databasar i søk etter litteratur og forskning. Primært har vi tatt nytte av søkemotoren Academic Search Elite, samt Sykepleien.no. Å utvikle ein god søkestrategi er ifølge Thidemann (2019, s.87) vesentleg for eit godt og effektivt søkjearbeid. Søkestrategi handlar i hovudsak om å bestemme søkeord og kombinasjonar av desse, til søk i databasar (Thidemann, 2019, s. 87). Vi har tatt utgangspunkt i problemstillinga for å identifisere søkeord. For å presisere søke og synonymord nytta vi det standardiserte emneordsystemet MeSH. I tillegg har vi tatt i bruk Orndett for å omsetje fagomgrep til engelsk, som gav eit utvida søk i den engelske søkemotoren; Academic Search Elite. Kombinasjonane satt vi inn i PICO-skjema (vedlegg 1), som har hjelpt oss å operasjonalisere problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 84). PICO er eit rammeverk som hjelp å presisere søk, slik ein lettare finn relevant forskning til problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 82). I søka kombinerte vi synonymord med *OR*, samt stjerne(*) på slutten av orda, for å ikkje utelukke treff på andre bøyingar og synonymord. I tillegg nytta vi *AND* der treff på fleire av søkeorda i same artikkel var av ynskje. Nokre av søkeorda vi har tatt nytte av: *bariatric surgery, bariatric patients, life quality, nurse, alcohol use, coping strategies, motivasjon, livsstilsending*. Søkeprosessen er dokumentert i tabell (vedlegg 2).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

For å avgrense søket satt vi opp inklusjons- og eksklusjonskriteriar (vedlegg 3) (Thidemann, 2019, s. 84). Dette gjorde søket meir hensiktsmessig utifrå det vi ynskja kunnskap om, Forskingsartiklar frå dei fem siste åra blei inkludert, medan tidlegare artiklar vart ekskludert. Som eit unntak har vi inkludert ein artikkel frå 2012, som vi kommentera under 3.5 *Kjeldekritikk*. Andre kriterium for artiklane var norsk eller engelsk skriftspråk, inneheldt søkeorda og var fagfellevurdert. Artiklar som ikkje gav fulltekst eller treff i

fulltekstdatabasane; Google Scholar eller ORIA, samt dei som ikkje følgde IMRaD-struktur vart ekskludert. Dette resulterte i eit overkommeleg utval av artiklar.

3.4 Val av forskning

Etter gjennomført søk etter forskning, silte vi ut artiklar som ikkje var hensiktsmessig for å svare på problemstillinga. Dette viser vi i vedlegg 2. Dersom vi fant artiklar med titlar som verka interessante for oppgåva, las vi samandrag og resultat på for å hente informasjon om artikkelen sin relevans. For at artikkelen skulle vurderast relevant, måtte den ta del i å svare på problemstillinga (vedlegg 4). Dei inkluderte artiklane, las vi fulltekst, vurderte kritisk kvaliteten og til slutt analyserte, samt tolka funna på. Vi hadde som ynskje å inkludere studiar av kvantitativ metode for å få fram relevansen av problemstillinga, ved hjelp av statistikk. Medan kvalitative studiar for å sjå på årsaka bak statistikken. Dei mest relevante artiklane er presentert i kapittel 4. *Presentasjon av funn*.

3.5 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å vurdere og karakterisere litteraturen som er nytta. Hensikta med kjeldekritikk er å synleggjere refleksjonane vi som forfattarar har gjort om kor truverdig, fagleg og relevant litteraturen er for å belyse problemstillinga (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Kjeldene vi har nytta er ifølgje Dalland og Trygstad (2017, s. 153) høgt oppe i kildehierarkiet. Med andre ord har vi nytta vitenskaplege tidsskrifter, fag- og lærebøker, fagleksikon, ordbøker og fagtidsskrifter. Samt uformelle kjelder og aviser for inspirasjon. Likevel må kvar kjelde vurderast individuelt (Dalland & Trygstad, 2017, s. 153-154). Av pensum er nokre av fag- og lærebøkene vi har nytta, eldre utgåver. Litteraturen har vi vore kritisk til, men likevel vurdert som valid, ettersom teorien er uendra på felta vi har inkludert. Dette gjeld deriblant *Sykepleieboken 1 (2015)* og *Sykepleieboken 2 (2016)*, som har vore nytta til å finne gode definisjonar og litteratur, samt *Pedagogikk i sykepleierpraksis (2008)* som har hjulpet oss med å ta for oss sjukepleiar si pedagogiske rolle. *Bachelorveilederen* til Thidemann (2019) har vi nytta som verktøy i skriveprosessen til tross for nokre endringar i dei tekniske retningslinjer for bacheloroppgåva, som vi har tatt omsyn til. Gode definisjonar i

tillegg til godt og oppdatert fagstoff er felles for nettkjeldene, som vi har brukt til å supplere med anna litteratur. Forskingsartiklane har vi kritisk vurdert opp mot helsebiblioteket (2021) sine sjekklister for kvalitetssikring. Forskingsartiklane er frå Noreg, Tyrkia, Taiwan og USA. Helsevesenet i desse landa er ikkje like, men artiklane inkluderast likevel ettersom dei tek for seg aspekt som også vil vere relevant i Noreg. Artikkelen til Borge et al. (2012) er publisert i 2012, og er eit unntak frå kriterane våre til forskingsartiklar (vedlegg 3). Unntaket er gjort med bakgrunn av funn og relevansen til artikkelen.

3.6 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode har gitt oss store valmoglegheiter når det gjeld forskning. Vi val å nytta både kvalitative- og kvantitative studiar for å kunne samanlikne statistikken, med opplevingane. I resultatata har vi av den grunn tatt omsyn til ulike framgangsmåtar, slik ein ikkje kan føreta ei lineær eller eksakt samanlikning (Thidemann, 2019, s. 99). Kvalitative metodar som intervju og observasjonar kan pregast av forskaren sin personlegdom. På same måte kan vår personlegdom prege oppgåva, som må takast i betraktning.

3.7 Ethiske vurderingar

Oppgåva er skriven etter retningslinjene til fakultetet for helse- og sosialvitskap på høgskulen på Vestlandet. Ethiske vurderingar er å reflektere over etiske utfordringar oppgåva kan medføre, og ta omsyn til desse (Dalland, 2017, s. 235). Ethiske omsyn i litteraturstudie omhandlar blant anna å overhalde akademiske normer for kjeldetilvising (Thidemann, 2019, s 12). For korrekt kjeldetilvising har APA 7th vore nytta. Kjeldetilvising gjer oppgåva ryddig ved å synleggjer litteraturen og skilje den frå drøfting. Dette gjer at ein enkelt kan finne tilbake til forfattar og unngå plagiat. Å utelate kjeldetilvising i teksten, kan føre til skulding om plagiat (Dalland, 2017, s. 167).

4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenterast forskingsartiklane som er inkludert i litteraturstudien, og dei funna vi anser som dei viktigaste for å svare på problemstillinga. Felles for artiklane er at dei tek utgangspunkt i personar som er, eller har vore sjukeleg overvektige. Vi tek for oss funna artikkelvis etter relevans. Artiklane ligg også i litteraturmatrise (vedlegg 4).

4.1 Forskingsartikkel 1

«Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge»

Forfattar(ar): Hsiu-Chin Lin og Lee-Ing Tsao (2018)

Formålet: Finne ut korleis pasientar tilpassa seg den endra kroppen i løpet av det første året etter fedmeoperasjon.

Metode: Artikkelen er ein kvalitativ studie basert på djubdeintervju av 17 deltakarar med snittalder på 34,5 år.

Forskingsfunn: Gjennom sjukepleierettleiing, ernæringsovervaking, familiestøtte og regelmessige oppfølgingsbesøk, kan ein handtere livsstilsendingar, som er nøkkelen til suksess ved fedmeoperasjon. Det blir poengtert viktigheita ved at medisinsk team nøye går igjennom retningslinjer for sjukepleie, samt inkludera underernæringsssymptom og behandling i pensum for profesjonell utdanning. Ved å gi kandidatar god kunnskap og informasjon om operasjonsmetoden, vil ein betre forstå betydinga av livsstilsendingane og dermed ikkje utelukkande fokusere på vektendingar. For å unngå negative konsekvensar må pasienten ta del i prosessen (Lin & Tsao, 2018).

4.2 Forskingsartikkel 2

«Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery»

Forfattar(ar): Anita Berg (2020)

Formålet: Utforske pasientar si langsiktige erfaring med fedmeoperasjon.

Metode: Artikkelen er av kvalitativ metode og byggjer på djubdeintervju av 7 deltakarar, 8 år etter gjennomført fedmeoperasjon.

Forskingsfunn: Opplevinga av å leve med ein kropp som har gjennomført fedmeoperasjon er svært individuell. Utfalla og dei langsiktige erfaringane kan verdsetjast både positivt og negativt, og er prega av livskonteksten til den enkelte. Tida etter vart opplevd som krevjande grunna endringar i kroppen, og auka ansvar for å unngå problem etter operasjon. Det utgjer ei sårbarheit både fysisk og psykisk. Det blir fleire gongar understreka kjensla av ansvar, samt fleire møter med fordommar og krenking frå samfunnet og helsepersonell (Berg, 2020).

4.3 Forskingsartikkel 3

«Motivasjon til livsstilsending hos personer med sykelig overvekt»

Forfattar(ar): Lisbet Borge, Bjørg Christiansen og May Solveig Fagermoen (2012)

Formålet: Få meir kunnskap om kva som motivera og demotivera personar med sjukeleg overvekt til livsstilending, og korleis lærings- og meistringssenter (LMS) kan påverke.

Metode: Artikkelen er av kvalitativ metode, og byggjer på intervju av 11 deltakarar.

Forskingsfunn: Livsstilsending hjå personar med sjukeleg overvekt er ein komplisert prosess. Det er gjort fleire funn av påverkande faktorar på motivasjon hjå deltakarane, deriblant haldningar og støtte frå helsepersonell, komplikasjonar som oppstod, samt anerkjenna og ei balanse mellom støtte og utfordringar. Deltakarane opplevde kunnskapen som personleg og relevant, gjennom undervisning frå erfarne brukarar og helsepersonell ved LMS. Motivasjonen for livsstilsending auka når ein vart bevisstgjort, og fekk kunnskap gjennom LMS, samt sjølvhjelpsgrupper. Helsepersonell bidreg til kunnskap hjå deltakarane

gjennom kognitiv teori og motiverande samtale, som aukar motivasjon til livsstilendring (Borge et.al., 2012).

4.4 Forskingsartikkel 4

«Coping and resilience levels of bariatric surgery candidates and affecting factors»

Forfattar(ar): Saliha Bozdogan Yesilot og Remiye Yesilkus (2022)

Formålet: Evaluere meistrings- og resiliensnivåer, samt påverkande faktorar hjå kandidatlar for fedmeoperasjon.

Metode: Ein kvantitativ studie som bygg på data frå 138 kandidatlar for fedmeoperasjon, med snittalder på 35,7 år.

Forskingsfunn: Kandidatar for fedmeoperasjon brukar meir problemfokusert meistring enn emosjonsfokusert meistring. Dei som nyttar denne meistringsstrategien har mellomnivå av motstandskraft, og har positive assosiasjonar mellom meistringsstrategiane og motstandskrafta til deltakarane. Kunnskap og berekning av resiliensnivå gjennom meistringsstrategiar, kan verke positivt på den tverrfaglege helsetilnærminga, i arbeid med handtering av livsutfordringane hjå fedmeopererte. Opplæring- og rettleiingsprogram blir oppgitt som eit godt hjelpemiddel for deltakarar og helsepersonell i arbeid med meistring (Yesilot & Yesilkus, 2022).

4.5 Forskingsartikkel 5

«Hazardous Alcohol Use in the Four Years Following Bariatric Surgery»

Forfattar(ar): Lisa R. Miller-Matero, Julia Orlovskaja, Leah M. Hecht, Jordan M. Braciszewski, Kellie M. Martens, Aaron Hamann og Arthur M. Carlin (2021)

Formålet: Estimere førekomsten av farleg drikking i dei fire åra etter fedmeoperasjon, og undersøke om det er forskjell på førekomst ved ulike operasjonsmetodar.

Metode: Studien er av kvantitativ metode og tek utgangspunkt i 564 deltakarar.

Forskningsfunn: Det er auka risiko for farleg alkoholbruk blant pasientar som har gjennomført fedmeoperasjon, uavhengig av metode. Alkoholinntak etter operasjonen auka drastisk risikoen for problematisk drikking. Verst ut kom pasientane som var operert for meir enn 3 år sidan, der forskarane meina risikoen kan auke med tida. Rettleiing før operasjon om risikoen for problematisk alkoholbruk etter kirurgi er vanleg, men reduserte ikkje bruken av alkohol. Tett postoperativ oppfølging kan tidleg identifisere problematisk alkoholbruk, samt tidleg setje i verk tiltak (Miller-Matero et al., 2021).

5 Drøfting

I denne delen av oppgåva ønskjer vi å drøfte problemstillinga ved hjelp av teori og forskningsfunn som er presentert ovanfor. Dette skal vi knytte opp mot egne erfaringar.

5.1 Det psykiske aspektet i «Den enkle løysinga»

Fedmeoperasjonar gir i gjennomsnitt eit vekttaap på ca. 40 kg (Kvam, 2018), samt reduserer risikoen for ei rekke fysiske og psykiske sjukdommar (Groven & Rugseth, 2016, s. 272). Medan mange assosiera operasjonsmetoden med betra livskvalitet (Groven & Rugseth, 2016, s. 276), stigmatiserer enkelte metoden som ei «enkel løysing». Stigmatiseringa ser ut å skuldast eit bilete av at operasjonsmetoden i seg sjølv gjer ein tynn. Ein tidlegare pasient beskreib operasjonen som; «eit spark i rumpa», som gir ein moglegheit til å oppnå gode vektresultat, gjennom ein krevjande og lang endrings prosess. Utifrå litteraturen oppfattast ikkje fedmeoperasjonar som den «enkle løysinga», stigmatiseringa skal ha det til. Forsking viser fleire fysiske- og psykiske komplikasjonar som følge av operasjonen. 20-30 % av pasientane får alvorlege fysiske komplikasjonar (Kvam, 2018). Årsaka til komplikasjonar ser for øvrig ut å vere samansett. Fyrst ser ein klar samheng mellom meistring av livsstilsendingar og førekomsten av komplikasjonar. Livsstilsendingane er svært omfattande (Groven & Rugseth, 2016, s. 276), der til dømes avvik frå strenge kostregimar kan gi komplikasjonar (Helse Bergen, u.å.). Dette kjem godt fram i studien til Lin & Tsao (2018). Sist nemnte beskriv handtering av livsstilsendingar, som nøkkelen til suksess (Lin &

Tsao, 2018). Utføring og oppretthalding av livsstilsendringar, krev god mental styrke, då prosessen er langvarig. Borge et al. (2012), vektlegg kognitive- og emosjonelle ferdigheiter, motivasjon, samt langvarig innsats og sosial støtte i livsstilsendringa, som faktorar for å meistre tida etter ein operasjon. Desse faktorane gir pasientane eit stort ansvar, då gjennomføringa må utførast av pasienten sjølv. Ansvarsfølinga er gjenkjenneleg for fleire av deltakarane (Berg, 2020). Sjukepleiar kan derimot leggje til grunn for gode val, og fremje meistring på denne måten. Dette synleggjer viktigheita ved at sjukepleiar tek føre seg det psykiske aspektet.

Når sjukepleiar tek føre seg det psykiske aspektet i meistringa, startar arbeidet allereie før operasjonen. Å kartleggje pasientar sine psykiske- og sosiale føresetnadar for meistring av tida etter operasjonen, oppfattast som dei viktigaste punkta. Psykiske plagar har ifølge befolkningsstudiar auka førekomst hjå personar med fedme (Meyer & Bergh, 2022). Kvam (2018) ser ei mogleg årsak i den auka førekomsten ved at røyking, usunt kosthald og fysisk inaktivitet er meir vanleg hjå menneskjer med psykiske lidningar. Personar med alvorlege psykiske lidningar er ikkje kandidatar til fedmeoperasjon (NHI, 2021a). Truleg kan delar av årsaka koplast mot risikofaktorane ved psykiske lidningar. Meyer & Bergh (2022) peikar på sårbarheit for stress ved utfordringar, medan Lien & Stensrud (2020, s. 178) trekk fram auka rusmiddelbruk som risikofaktor ved psykiske lidningar. Begge faktorane kan ein føresjå som negative innverknadar i møte med den krevjande tida, som også blir beskrive i litteraturen (Groven & Rugseth, 2016, s. 276). Når ein skal kartleggje psykiske føresetnadar, ser ein behovet av å inkludere forventningane pasienten har til operasjonen. Fleire av deltakarane i studiane til Lin & Tsao (2018), samt Berg (2020), gav inntrykk om overraskande psykiske- og fysiske biverknadar. Ein deltakar beskriv den fyrste tida etter operasjonen, som eit emosjonelt tilbakeslag (Lin & Tsao, 2018). Dette kan skuldast eit avvik i forventningane ein har bygd opp. Urealistiske forventningar knytt til eit stort vekttap, gjer skuffelsen større dersom vekta går opp igjen (Kvam, 2018). På same måte kan ein føresjå skuffelse etter ein fedmeoperasjon, dersom pasientar tek utgangspunkt i fedmeoperasjon som ei «enkel løysning», og ikkje er førebudd på det fleire beskriv, som ei krevjande tid. Ein dyktig sjukepleiar er med på å redusere forventningssgapet mellom før og etter, og gjere dette på ein realistisk, men motiverande måte for pasienten.

Viktigheita av kartlegging av det andre punktet; sosiale føresetnadar, blir understreka av Lode (2016, s. 42), og samsvarar med funna til Lin & Tsao (2018). Sistnemnte listar familiestøtte opp som eit av fem punkt for å oppnå suksess med fedmekirurgi (Lin & Tsao, 2018). Familien oppfattast gjennom litteraturen som ei brikke i endringsprosessen, med ei motiverande, hjelpande og støttande rolle. Dahl (2020, s. 22) nemner eit positivt sosialt nettverk, som den beste beskyttelsen mot psykiske lidingar. Som også samsvarar med egne erfaringar. Pasienten sjølv må forstå viktigheita med endringane, som erfaringsvis ikkje alle gjer. I praksis vart dette understreka. Ein kvinneleg pasient opplyste ikkje familien om operasjonen, med eit ønske om å overraske dei. Komplikasjonane oppstod, sjukehusopphaldet varte lenger og spørsmåla fleire. Prosessen ein skal gjennom er omfattande og kan utifrå studiane påverke både pasient og familie (Lin & Tsao, 2018). Av den grunn kan det vere hensiktsmessig å inkludere familien i prosessen. På denne måten kan familien ha ei viktig hjelpande, motiverande og støttande rolle, og dermed beskytte mot psykiske lidingar (Dahl, 2020, s. 22). Sjukepleiar kan ha ein motiverande rolle i å inkludere familien.

Gjennom å kartleggje psykiske- og sosiale føresetnadar av kandidatar til fedmeoperasjon, kan ein med større sikkerheit vite at pasienten har føresetnadar til å meistre eventuelle problem. Yesilot og Yesilkus (2022) beskriv dette som avgjerande for å førebyggje psykiske problem. Kartlegginga kan ifølge Yesilot og Yesilkus (2022) bli gjort gjennom ei psykologisk vurdering. Dette støttast også opp av litteraturen (NHI, 2021a). I tillegg til å sikre psykiske- og sosiale føresetnadar, kan også problematiske forhold til mat bli fanga opp. Maten er ifølge deltakarane, ingen enkel sak (Berg, 2020; Borge et al., 2012; Lin & Tsao, 2018). I studien til Borge et al. (2012) fortel ein deltakar at kunnskap om mat og ernæring er brei, men gjennomføringa er vanskeleg. Gjennom studiane er dette eit gjentakande problem, også etter operasjonen. Helse Bergen (u.å.) syner at forholdet til mat, kan pregast av kjensler. Lin & Tsao (2018), samt Borge et al. (2012) får tilsvarande oppfatning frå deira funn. Sist nemnte ser i tillegg at maten blir nytta som eit belønningssystem, eller som ei avhengigheit hjå nokon (Borge et al., 2012). Å bruke mat til å regulere kjensler, som belønningssystem, eller

som ei avhengigheit, kan vere problematisk i forkant av operasjonen. Etter ein fedmeoperasjon tek slike etevanar oss først og fremst, tilbake til komplikasjonane Helse Bergen (u.å.) beskriv, og kan gi vektoppgang. For det andre ser ein at avhengigheita kan bli bytt ut med ei anna.

Fedmeopererte har ifølge Kvam (2018) større risiko for å utvikle alkoholproblem enn andre. Dette blir tydeleggjort i studien til Miller-Matero et al. (2021), der 44 av 564 deltakarar meldte om risikofylt drikking i etterkant av operasjonen. Denne konsekvensen har også media nyleg sett i lys. Deriblant er Korsvoll (2022), som skriv 20 prosent av fedmeopererte utviklar alkoholproblem. Dette er ei dobling av risikoen personar som ikkje tek fedmeoperasjon har. Årsaka kan forklarast av endringa, som ikkje gir moglegheit for å nytte mat på same måten som tidlegare. Holrommet av mat kan dermed bli fylt med alkohol (Korsvoll, 2022). Årsaka oppfattast samd, også i studiane (Berg, 2020; Miller-Matero et al., 2021). Dette synleggjer korleis psykiske problem, som etevanar kan påverke livsstilsendring, som tidlegare vart beskrive som nøkkelen til suksess etter fedmeoperasjon.

5.2 Forholdet mellom pasient og sjukepleiar

I møte med fedmeopererte har sjukepleiaren ei viktig rolle. Teoretikaren Joyce Travelbee peikar på å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning, som ein del av sjukepleiarolla (Gonzalez, 2020d, s. 49). Etter ein fedmeoperasjon går ein gjennom ei omfattande livsstilsendring (Groven & Rugseth, 2016, s. 276), som krev både førebygging og meistring. Tida byr på komplikasjonar og psykiske utfordringar hjå fleire pasientar (Berg, 2020). Sjukepleiarar er ofte det helsepersonellet som ser pasienten oftast, og difor størst moglegheit til observasjonar og kartleggingar (Lode, 2016, s. 53). Sjukepleiarrolla blir også tydeleggjort i fleire av artiklane, der deltakarane peikar på påverkande faktorar for forholdet (Berg, 2020; Borge et al., 2012; Lin & Tsao, 2018). I teorien frå Gonzalez (2020c, s. 348) blir tillit vektlagt i møte med personar som ynskjer eller har behov for endring. Tillit har erfaringsvis gitt positive utfall i kor vidt pasientar opnar seg eller ikkje. Tankar om kor vidt ein skal søke hjelp gjer pasienten meir sårbar i møtet med helsepersonell (Borge et al., 2012).

Denne påstanden blir også bekrefta i litteraturen, der også tidlegare stigmatisering kan spele inn (Groven & Rugseth, 2016, s. 273).

Deltakarane i Berg (2020) sin studie opplevde dei negative konsekvensane som sjølvforskyldt. Den auka ansvar og skamfølelsen gjorde det vanskeleg å søke om hjelp. Ein deltakar beskreiv situasjonen slik; «Det er litt flaut å fortelje, for det betyr faktisk at eg ikkje har gjort jobben min» (Berg, 2020). Dette viser til viktigheita med ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient, som Travelbee fokusera på (Gonzalez, 2020d, s. 49). Erfaringsvis er terskelen lågare for å sei ifrå eller stille spørsmål, til nokon ein har god relasjon til. Haldninga til helsepersonell vart nemnt som eit problem i fleire studiar, der deltakarane følte seg kritisert og fekk lite støtte (Berg, 2020; Borge et al., 2012; Lin & Tsao, 2018).

Relasjonsbygging ser ein kan vere krevjande for begge partar. Både ved at helsepersonell har manglande kompetanse eller motvilje med pasientgruppa (Skårderud, 2020, s. 153). Eller på den andre sida ved at helsepersonell opplev motiveringa som ei barriere, når pasienten sjølv ikkje er motivert (Borge et al., 2012). Helsepersonell har eit større ansvar i relasjonsbygginga enn pasient, då det er helsepersonell som sit på fagkunnskapen. Dette synleggjer viktigheita av at sjukepleiar har god kompetanse, samt er bevisst på eigne haldningar.

Sjukepleiarar har i dag auka ansvar for å fremje meistring (Ivarsson, 2017, s. 11), og treng dermed kunnskap om korleis. Ifølge Lode (2016, s. 52) er samtale det viktigaste verktøyet for å stimulere pasienten til meistring. Å forstå vedkommande sitt perspektiv, unngå å styre samtalen, stimulere til optimisme, samt lytte empatisk er ifølge Lode (2016, s. 51) sentralt. Deltakarane til Borge et al. (2012) strakk seg lenger og vart meir positivt innstilt når dei vart sett og forstått. Med bakgrunn i dette kan Antonovsky sin helsemodell vere hjelpande. Antonovsky tek i hovudsak for seg å bevisstgjere pasienten på kva som er nødvendig for å gjere ei endring. Modellen fokusera på å styrke ressursane, kapasiteten og potensialet til pasienten (Mjøsund, 2020, s. 29). Samstundes er det viktig å ikkje verke belærande då pasienten lettare kan komme i forsvarsposisjon (Borge et al., 2012). Dette er noko ein sjølv kan kjenne seg igjen i. Dersom ein pratar om motivasjon og samlar inn informasjon om kva ressursar pasienten har, kan ein møte utfordringane knytt til endring best mogleg (Gonzalez, 2020c, s. 348). Sjukepleiarrolla blir tydeleggjort av Yesilot & Yesilkus (2022) som viser at god støtte frå helsepersonell hadde positiv verknad på motivasjonen til deltakarane.

5.3 Viktigheita av informasjon ved livsmeistring

Det er ifølge eit vedtak fatta av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstenesta, viktig at pasientar får nyansert og forskingsbasert informasjon før dei vurderer fedmeoperasjon, slik dei har best mogleg grunnlag for valet dei tek (Groven & Rugseth 2016, s. 276). Informasjonen bidreg til at pasientar best mogleg kan førebu seg, og delta i betringsprosessen i etterkant. Dette tek oss tilbake til Antonovsky sin helsemodell (Mjøsund, 2020, s. 29). Vedtaket understreka betydninga av at private og offentlege aktørar gir god informasjon og rettleiing, knytt til risikomoment og usikkerheita av langtidseffekten (Groven & Rugseth 2016, s. 276). Mangel på informasjon kan føre til usikkerheit, utrygghet og auka lidning hjå pasientar (Tveiten, 2008, s.68). Personar som skal gjennom ei slik endring av livsstil, må kunne gjere nytte av informasjonen dei får. Der informasjonen og undervisinga må tilpassast kvar enkelt pasient, slik at den blir forstått (Kristoffersen et al., s. 23). Det er mykje informasjon som blir gitt knytt til ein operasjon, og derfor viktig at pasienten får tilpassa informasjonen. I studien til Borge et al. (2012) var det fleire deltakarar som hadde ynskje om at informasjonen kom tettare på operasjonen. Å gi informasjon ei veke i forkant av operasjonen, og i tillegg gjenta denne etter innlegging, har vist seg å ha best effekt (Holm & Kummeneje, 2011, s. 48). Viktig informasjon bør ikkje gir rett før ein operasjon, da Holm & Kummeneje (2011, s. 48) meina dette kan påverke evna til å ta den opp. Dette samsvarar med tileigna erfaring. Til tross for mykje informasjon før inngrepet finn plass, er det dessutan mykje som kan bli gløymt i etterkant. Dette ser ein fleire årsaker til. For nokon kan det bli for teoretisk (Kvam, 2018). Medan andre opplev informasjonen som lite personleg eller relevant (Borge et al., 2012).

Å være sikker på at pasienten har eit godt kunnskapsgrunnlag, samt forstått informasjonen som trengs for å best mogeleg takle tida dei har i møte, er ei viktig del av rolla til sjukepleiar (Kvam, 2018). Denne pedagogiske kompetansen er avgjerande for korleis meistringsprosessen til pasienten utviklar seg (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). Borge et al. trekk fram opplæring gjennom Læring- og Meistringssenter (LMS) som eit tiltak for å sikre kunnskap. Deltakarane i studien opplevde kunnskapen som personleg og relevant, då

erfarne brukarar underviste i samarbeid med helsepersonell (Borge et al., 2012). Truleg kan den erfaringsmessige tilnærminga auke bevisstgjeringa, samt motivasjonen for livsstilsendring. Med bakgrunn i dette er det ikkje utelukkande det beste alternativet at sjukepleiar eller anna helsepersonell deler kunnskapen, men det er samstundes viktig at helsepersonell er til stades, for å eventuelt sikre riktig informasjon.

5.4 Meistring og meistringsstrategiar etter fedmeoperasjon

Dei fleste har sannsynleg stått ovanfor ein situasjon dei ynskjer å meistre. Enten det er ei skuleoppgåve eller til dømes ei vanskeleg tid. Meistring beskrivast i teorien som ein prosess mellom ein person og ein situasjon, som bygg på korleis personen evaluera situasjonen. Samstundes som folk flest forbind meistring med å beherske, eller ha kontroll over noko (Lode, 2016, s. 41). Når vi snakka om livsmeistring, utfyll UDIR (u.å.) omgrepet «meistring», med forståing og påverking av faktorar som er betydeleg for meistring av eige liv. Etter ein fedmeoperasjon er drastiske endringar i levevanar og livsstil nødvendig for varig vektreduksjon for å unngå komplikasjonar (Helse Bergen, u.å.). Utifrå dette ser meistring av varige endringar, av levevanar og livsstil naudsynt ut for å oppleve livsmeistring.

Vi har erfart at endring av vanar og livsstil uavhengig om det gjeld å slutte å røyke, redusere alkoholforbruket eller ete mindre porsjonar, meir næringstett mat og meir fysisk aktivitet som er aktuelt for vår pasientgruppe, er vanskeleg. Dette blir også understreka i studiane (Berg, 2020; Borge et al. 2012; Lin & Tsao, 2018). Martinsen (2020, s. 255) ser samanheng i at dei som treng det mest, har ofte størst problem med endringa. Truleg kan litteraturen til Groven & Rugseth (2016, s. 274) ta del i årsaka bak dette. Dei trekk nemleg fram at pasientar som har psykiske lidingar enten frå før av, eller som følge av operasjonen, kan alt frå grunnleggjande behov til daglege gjeremål vere krevjande å initiere, planlegge og gjennomføre (Groven & Rugseth, 2016, s. 274). Endringsprosessen er krevjande og ein ser kor viktig førebuing og informasjon er for meistring. Meistringsprosessen ser ut til å vere individuell, også etter ein fedmeoperasjon. Ut i frå statestikk og intervju av deltakarane, ser ikkje val av meistringsstrategiar, opplevingar og hjelpebehovet ut til å vere einsemd. Studien til Lin & Tsao (2018) peikar på tida tettast på operasjonen som mest krevjande, medan

deltakarane til Borge et al. (2012) opplevde den første tida som betre, medan det vart vanskelegare etter kvart. Dette støttar opp påstanden om livsmeistring som ein individuell prosess.

Likevel er problemfokusert meistring metoden som er mest brukt hjå fedmeopererte, i følge Yesilot & Yesilkus (2022). Personar som nyttar denne metoden gjer noko aktivt og problemløysande med utfordringane (Lode, 2016, s. 42). Dette kan tolkast som eit positivt funn for omfanget av meistringa, men bakgrunn i at 20-30% av fedmeopererte møter fysiske «problem», iform av biverknadar og fysiske komplikasjonar (Kvam, 2018). Denne statistikken tek for seg spesifikt alvorlege fysiske komplikasjonar. Derfor kan vi ikkje utelukka at fleire, både fysiske- og psykiske problem oppstår i ulik grad. Nokre av problema ser ut til å ha positiv effekt på meistring hjå deltakarane. Ifølge Borge et al. (2012), auka motivasjonen til deltakarane når helseplagar, belastningar og hindringar oppstod. Dette samsvarar også med funn i ei anna studie, som peika på meistring og motstandskraft som prediktorar for mental helse og vekttaap etter operasjon (Yesilot & Yesilkus, 2022). Mykje tyder på at Yesilot & Yesilkus sine funn om problemfokusert meistring som den mest nytta metoden hjå pasientgruppa, stemmer. Her må ein likevel ikkje utelukka at fedmeopererte også brukar andre meistringsmetodar.

Gjennom studiar og i media får ein inntrykk at fleire slit med eit problematisk forhold til alkohol i etterkant av operasjon (Berg, 2020; ; Korsvoll, 2022; Miller-Matero et al., 2021). Noko som stemmer betre overeins med den emosjonsfokuserte meistringsmetoden. Denne metoden regulerer kjenslemessige reaksjonar (Lode, 2016, s. 42). Miller-Matero et al. (2021) utfyll omgrepet med at personar som nyttar denne metoden forsøk å redusere, eller fjerne negative følelsar knytt til problemet. «Problemet» er som drøfta tidlegare ofte knytt til mat (Korsvoll, 2022). Med bakgrunn i dette kan enkelte nytte alkohol som emosjonsfokusert meistring. Sjukepleiar bør ha kunnskap om faktorar som kan påverke meistring, samt dele meistringsfaktorane med pasientar. Støttegruppe var i følgje deltakarane i studien til Borge et al. (2012) ein viktig arena. Samarbeid og diskusjon med personar som gjekk igjennom same prosess som dei sjølv, bidrog til gjenkjenning, felles assosiasjonar og samhald som hadde ein positiv effekt på deltakarane (Borge et al., 2012). Dette bekreftast også i litteraturen, der formelle aktivitetar og formelle roller er av betydning for recovery. Formelle

aktivitetar kan styrke personen sin identitet, verdigheit og tilhøyring (Gonzalez, 2020a, s. 244). Helsepersonell har eit ansvar for å fremje slike grupper, til tross for lite ansvar i sjølve gruppa. Ein bør også informere om familie som ein motivasjonsfaktor for endring. I studien til Lin & Tsao (2018) vart det gjort funn av støtte frå familiemedlem var til god hjelp hjå deltakarane. Dette blir og nemnt i litteraturen der Dahl (2020, s. 22), skriv at den beste beskyttelsen mot psykiske lidingar er god støtte frå familie og vener. Vi har også erfart viktigheita av dette, samt sett dei negative konsekvensane dette kan ha, gjennom møte med pasienten som unngjekk å fortelje familien om operasjonen (punkt 5.1.).

5.5 Motivasjon til endring

Det er forventa at personar som deltek på livsstilprogram er motivert og jobbar aktivt for endring (Groven & Rugseth, 2016, s. 274). Betydinga av motivasjon til livsstilsendring kjem tydleg fram i eine studien (Borge et al., 2012). I følgje Tveiten (2008, s. 121) blir motivasjon sett på som drivkrafta i åtferda til menneskjer. Kva som «driv» eit individ kan vere ulikt. Primært ser Gonzalez (2020a, s. 244) at struktur, valmoglegheiter og eit støttande miljø er avgjerande for eigen motivasjon. Sekundært må aktivitetane i tillegg opplevast meningsfulle og hensiktsmessige (Gonzalez, 2020a, s. 244). I studien til Borge et al. (2012) kom motivasjonen hjå deltakarane først då alvorlege helseplagar, belastningar og hindringar i kvardags- og arbeidslivet vart for store. Endringane kan i starten ha oppfattast som lite meningsfulle eller hensiktsmessige. Då plagene seinare medførte hindringar, vart viktigheita av endring belyst. Samstundes ser ein i studien til Yesilot & Yesilkus at deltakarene for fedmeoperasjon brukte problemfokuserert meistring hyppigast (Yesilot & Yesilkus, 2022). Denne meistringsstrategien bygg blant anna på handtering av problemet. Dette ser ein speglar seg hjå deltakarane til Borge et al. (2012), som først tok hand om livssituasjonen når problema oppsto.

Erfaringsvis er motivasjon noko som går i «bølgjer». Nokre er motivert på morgonen, andre på kvelden, medan nokre dagar er ein mindre motivert. Etter ein fedmeoperasjon er ein avhengig av å være konstant delaktiv i eigen endringsprosess. Helsepersonell har i dag auka forventning til å motivere pasientar. Auka kunnskap kan ifølgje Ivarsson (2017, s. 11) påverke utviklinga av sjukdommar. Ifølgje Borge et al. (2012) vart motivasjonen til deltakarane påverka av helsepersonell. Dette samsvarar med fleire av studiane (Berg, 2020; Lin & Tsao, 2018; Miller-Matero et al., 2021). Av den grunn bør helsepersonell ha kunnskap om kva som motiverer pasienten, for å kunne fremje motivasjon til endring. Motiverande samtale kan vere eit viktig verktøy i kartlegginga. Motiverande samtale er ifølgje Lode (2016, s. 51) å styrke ein persons motivasjon til livsendring. Unngå å styre samtalen, forstå situasjonen frå vedkommandes perspektiv, stimulere til optimisme og lytte til personen er viktige punkt her (Lode, 2016, s. 51). Borge et al. (2012) konkluderte med motiverande samtale som ei positiv innverknad på endringsprosessen til deltakarane. Med bakgrunn i dette, kan motiverande samtale bidra å svare på korleis sjukepleiarar kan fremje livsmeistring hjå fedmeopererte.

Eit anna godt verkemiddel er brukarmedverknad. Å la pasienten ta egne val er fyrst og fremst eit verkemiddel for å fremje motivasjon. Samstundes er brukarmedverknad ein rettighet (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999, §3-1). Motivasjonen til deltakarane i studien til Borge et al. (2012) auka når dei vart bevisstgjort. Med bakgrunn i dette kan Empowerment-modellen vere eit godt verktøy for at pasientane kan ta gode val for å mestre den krevjande tida. Ifølgje Hummelvoll (2012, s. 596) jobbar Empowerment tett med brukarmedverknad, der begge byggjer på å gi pasienten nok kunnskap for å kunne ta egne val. Dette vektlegg betydinga av god informasjon, som er ei forutsetning for gode val.

6 Konklusjon

I dette kapitlet skal vi samanfatte oppgåva i ein konklusjon, der dei viktigaste funna trekkjast fram for å svare på problemstillinga; «Korleis kan sjukepleiar bidra til livsmeistring hjå pasientar som har gjennomført fedmeoperasjon?»

Til tross for gode helsefordelar med vekttapet er fedmeoperasjon ingen enkel løysing. Prosessen er krevjande og kan medføre fleire alvorlege komplikasjonar. Tida etter operasjonen krev store livsstilsendingar, der unntak kan medføre fysiske ubehag, og vekttoppgang over tid. Dette krev god mental styrke, og er for mange ei psykisk belastning. Pasienten har eit stort ansvar, og må sjølv utføre endringane som krevjast. Travelbee sitt førebyggjande og meistringsframjande syn på sjukepleie, kan derimot ta del å svare på korleis sjukepleiar kan bidra til livsmeistring. Gjennom å ta føre oss det psykiske aspektet, i førebygging og meistringsfremjing, kan ein bidra til å hindre at komplikasjonar oppstår. Gjennom arbeidet med oppgåva har vi hatt fokus på å førebyggje komplikasjonar. Vi har sett at psykiske lidingar kan ha negativ innverknad på endringsprosessen til pasienten. Ved grundig kartlegging av pasientar sine psykiske føresetnadar, i forkant av operasjon, kan ein med større sikkerheit møte tida etter. Informasjon blir også sentral i det førebyggjande arbeidet. Informasjon gir pasientar godt grunnlag for å ta gode val. På denne måten kan pasientar vere meir førebudd på tida etter operasjonen. Travelbee sitt andre punkt; Meistringsfremjing, har vi sett kan gjerast gjennom motivasjonsarbeid. Motivasjon er ein individuell prosess, der motiverande samtale, kan svare på korleis sjukepleiar kan fremje motivasjon hjå den enkelte. For at sjukepleiar skal kunne ta del i denne prosessen, er relasjonen til pasienten sentral. Tillit og gode haldningar ligg til grunne for gode relasjonar. På denne måten vert også terskelen mindre for pasientar å søkje hjelp. Assosiasjonar med operasjonsmetoden som ei «enkel løysing» kan både gi urealistisk syn og skuffelse, når ein oppdagar at prosessen kan vere lang og krevjande.

7 Bibliografi

- Berg, A. (2020). Untold stories of living with a bariatric body: Long-term experiences of weight-loss surgery. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 217–231.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12999>
- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forsking*, 7(1), 14-20
[10.4220/sykepleienf.2012.0024](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024)
- Dahl, A. A. (2020). Psykiske lidelser - Teoretiske forståelsesmodeller. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 14–24). Gyldendal norsk forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6.utg., s. 148-165). Gyldendal Akademisk.
- Gonzalez, M. T. (2020a). Aktivitet og reaksjon. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 242-252). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid—Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57–67). Gyldendal norsk forlag.
- Gonzalez, M. T. (2020c). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 342–351). Gyldendal norsk forlag.
- Gonzalez, M. T. (2020d). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 44–56). Gyldendal norsk forlag.
- Groven, K. S., & Rugseth, G. (2016). Opplevelser og erfaringer hos mennesker med overvekt og fedme. I U. Knutstad & A. K. T. Heggstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 267–286). Cappelen Damm akademisk.
- Gustin, L. W. (2021). *Psykologi for sykepleiere* (H. Strømsnes, Overs.).(2. utg.). Fagbokforlaget.

- Helse Bergen. (u.å.). *Fedmeoperasjon—Gastric bypass*. Henta 25. november 2022, frå <https://helse-bergen.no/behandlinger/fedmeoperasjon-gastric-bypass>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Sjekkliste*. Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2011). *Pre- og postoperativ sykepleie—Med dagkirurgi* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt—Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI - motiverende samtaler en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (G. Gjestrud, Overs.)(2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Korsvoll, A. S. (2022, 19. september). *Fedmeopererte har langt større risiko for å utvikle alkoholproblem*. NRK. <https://www.nrk.no/vestland/fedmeopererte-har-langt-storre-risiko-for-a-utvikle-alkoholproblem-1.16096034>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie—Fag og profesjon* (4. utg., s. 17–28). Gyldendal Akademisk.
- Kvam, M. (u.å.). *Fedmeoperasjon—Oppfølging etterpå*. NHI.no. Henta 17. oktober 2022, frå <https://nhi.no/forskning-og-intervju/fedmeoperasjon-oppfolging-etterpa/>
- Lien, L., & Stensrud, B. (2020). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse- «ROP-lidelser». I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 177–186). Gyldendal norsk forlag.
- Lin, H.-C., & Tsao, L.-I. (2018). Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23–24), 4279–4289. <https://doi.org/10.1111/jocn.14616>
- Lode, K. (2016). Mestring. I U. Knutstad & A. K. T. Heggstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 40–55). Cappelen Damm akademisk.
- Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 253–257). Gyldendal norsk forlag.

Meyer, H. E., & Bergh, I. H. (2022, 31. august). *Overvekt og fedme*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Miller-Matero, L. R., Orlovskaja, J., Hecht, L. M., Braciszewski, J. M., Martens, K. M., Hamann, A., & Carlin, A. M. (2021). Hazardous Alcohol Use in the Four Years Following Bariatric Surgery. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27(9), 1884–1890.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1930075>

Mjøsund, N. H. (2020). Psykisk helse—Et salutogent perspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 29–34). Gyldendal norsk forlag.

Norsk helseinformatikk (NHI). (2021a, 19. juli). *Fedmeoperasjon*. Henta 14. oktober 2022, frå

<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/overvekt-og-kosthold/slankeoperasjoner/?page=all>

Norsk helseinformatikk (NHI). (2021b, 20. juli). *Overvekt og fedme*. Henta 14. oktober 2022,

frå <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/?page=all>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Hva gjør en sykepleier?* Henta 22. oktober 2022, frå

<https://www.nsf.no/nsf-student/hva-gjor-en-sykepleier>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 145–157). Gyldendal Norsk Forlag.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg).

Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg). Fagbokforlaget.

Utdanningsdirektoratet (UDIR). (u.å.). 2.5.1 *Folkehelse og livsmestring*. Udir.no. Henta 14.

oktober 2022, frå <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>

Yesilot, S. B., & Yeşilkuş, R. (2022). Coping and resilience levels of bariatric surgery candidates and affecting factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2064-2071

<https://doi.org/10.1111/ppc.13032>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 – PICO -skjema

Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Pasient som har/skal gjennomføre fedmeoperasjon	Motiverande samtale, motivasjon, sjukepleiar si rolle, livskvalitet	Vi har utelukka å bruke C-comparison, då samanlikning av tiltak frå studiar ikkje er hensiktsmessig for vår problemstilling.	Livsmeistring etter fedmeoperasjon

Henta frå (Thidemann, 2019, s. 84)

8.2 Vedlegg 2 – Søkjeprosessen

Database: Academic search elite				
Søk nr.	Søkeord	Avgrensingar	Antall treff	Inkluderte forskingsartiklar for søket
S1	Bariatric surger*	Ingen avgrensingar	12 702	
S2	S1	2017-2023	5559	
S3	Bariatric patien*	2017-2023	1 715	
S4	S2 or S3	2017-2023	5622	
S5	Life quality or quality of life or well being	2017-2023	385 505	

S6	S4 and S5	2017-2023	352	
S7	S6	2017-2023 Academic journals Peer Reviewed English	290	
S8	Nurse or nurses or nursing	2017-2023 Academic journals Peer Reviewed English	472 135	
S9	S7 and S8	2017-2023 Academic journals Peer Reviewed English	22	«Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge». «Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery».

Database: Academic search elite				
Søk nr.	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte forskingar i søket
S1	Bariatric surgery OR weight loss surgery OR gastric bypass surgery OR gastric sleeve surgery		15 765	
S2	Alcohol use OR alcohol consumption OR at-risk drinking OR heavy drinking		95 980	
S3	S1 AND S2	2017-2022 Academic journals Peer Reviewed English	48	«Hazardous alcohol use in the four years following bariatric surgery»

Database: Academic search elite				
Søk nr.	Søkeord	Avgrensingar	Antall treff	Inkluderte forskingar for søket
S1	Coping strategies OR coping skills OR coping OR cope		139 306	

S2	Bariatric surgery OR weight loss surgery OR gastric bypass surgery OR gastric sleeve surgery		15 763	
S3	S1 AND S2	2017-2022 Academic journals Peer Reviewed English	23	«Coping and resilience levels of bariatric surgery candidates and affecting factors»

Database: Sykepleien.no				
Søk nr.	Søkeord	Avgrensingar	Antall treff	Inkluderte forskingsartiklar for søket
S1	Motivasjon, livsstilsendring		24	
S2	S1	Forskingsartikkel	8	«Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt».

8.3 Vedlegg 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

	Kriterier	Grunngjeving
Inklusjon	Artiklar som ikkje er eldre enn 5 år, med eit unntak	Då fedmeoperasjon er eit relativt nytt tema, ønska vi å finne mest mogleg oppdatert data, for å kunne sjå både langsiktig og kortsiktige erfaringar.
	Språk: Norsk eller engelsk	Skriftsspråket er viktig for å forstå innhaldet i artiklane, og må derfor vere av språk vi begge forstår.
	Etiske vurderingar	For å sikre tilstrekkeleg etisk vurdering, må forfattaren dokumentere etiske vurderingar.
	Fagfellevurdert artikkel	Dette sikrar betre kvalitet på forskinga, då to eller tre anonyme ekspertar i fagfeltet må godkjenne den før den kan publiserast.
	Artiklar som følg IMRaD struktur	Sikrar same struktur for oppsett i artiklane som gjer dei oversiktlege.
	Kvalitative og kvantitative studiar	Vi ønska både kvantitative og kvalitative studiar. Kvantitative studiar for å sjå på statestikk og relevans, medan kvalitative for å undersøke kvifor statestikken er som den er
	Omhandla pasientar som er eller har vore sjukeleg overvektige	For å sjå på faktorar som spelar inn på meistring for den bestemte pasientgruppa.
	Studiar med deltakarar på over 18 år	18-55 år er eit av kriteria for å gjennomgå fedmeoperasjon i Noreg. Grunna ønske om studie av

		langtidskomplikasjonar, inkludera vi ei høgare alder.
Eksklusjon	Artikkel på anna skrift-språk enn norsk eller engelsk	Andre språk kan vanskeleg gjer tolkingsprosessen.
	Artiklar utan fulltekst, som ikkje gav treff på Google Scholar eller Oria	Artiklar utan fulltekst kan krevje betaling for tilgang, noko vi ønska å unngå.

8.4 Vedlegg 4 – Litteraturmatrise

	Forfattarar, publiseringår, tidsskrift, land	Tittel og metode	Hensikt, utvalg og relevans	Hovudfunn	Kvalitetsvurdering
1	<p>Forfattarar: Hsiu-Chin Lin og Lee-Ing Tsao</p> <p>Årstal: 2018</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Land: Taiwan</p>	<p>Tittel: «Living with my small stomach: The experiences of post-bariatric surgery patients within 1 year after discharge»</p> <p>Metode: Kvalitativ studie</p>	<p>Hensikt: Finne ut korleis pasientar tilpassa seg den endra kroppen i løpet av det fyrste året etter ein fedmeoperasjon.</p> <p>Utval: 17 deltakarar med snittalder på 34,5år</p> <p>Relevant: Studien ser vi på som relevant, da den tar for seg kva problem</p>	<p>Hovudfunn: Gjennom sjukepleierettleiing, ernæringsovervaking, familiestøtte og regelmessige oppfølgingsbesøk, kan ein handtere livsstilsendingar, som er nøkkelen til suksess ved fedmeoperasjon.</p> <p>Ved å gi kandidat god kunnskap og informasjon om operasjonsmetoden, vil ein betre forstå</p>	<p>Prosjektet vart godkjent av den instutusjonelle vurderingskomiteen ved eit medisinsk senter i Tapei City, Taiwan.</p>

			<p>pasientane får eit år etter operasjonen. Dette fortel oss kva sjukepleiar kan gjere for å betre tida etter ein slik operasjon.</p>	<p>betydinga av livsstilsendingane og dermed ikkje fokusere utelukkande på vektendingar. For å unngå negative konsekvensar må pasienten ta del i prosessen.</p>	
2	<p>Forfattarar: Anita Berg</p> <p>Årstal: 2020</p> <p>Tidsskrift: Sociology of Health & illness</p> <p>Land: Noreg</p>	<p>Tittel: «Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery»</p> <p>Metode: Kvalitativ studie</p>	<p>Hensikt: Utforske pasientar si langsiktige erfaring med fedmeoperasjon.</p> <p>Utval: 7 deltakarar, fire menn og tre kvinner, 35-61 år</p> <p>Relevans: Studien ser vi på som relevant, då den tek føre seg problem og utfordringar som oppstår 8 år etter fedmeoperasjon.</p>	<p>Hovudfunn: Opplevinga av å leve med ein kropp som har gjennomgått fedmeoperasjon er svært individuell</p> <p>Utfalla og dei langsiktige erfaringane kan verdsetjast både positivt og negativt, og er prega av livskonteksten til den enkelte. Tida etter vart opplevd som krevjande grunna endringar i kroppen, og auka ansvar for å unngå problem etter operasjon. Det utgjer ein sårbarheit både fysisk og psykisk.</p>	<p>Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk i Noreg godkjente studien.</p>
3	<p>Forfattarar: Lisbet Borge, Bjørg</p>	<p>Tittel: «Motivasjon til livsstilsending hos</p>	<p>Hensikt: Få meir kunnskap om kva som bidreg til å</p>	<p>Hovudfunn: Det er gjort fleire funn på faktorar som påverka</p>	<p>Prosjektet vart godkjent av personvernsom</p>

	<p>Christiansen og May Solveig Fagermoen</p> <p>Årstal: 2012</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning</p> <p>Land: Norge</p>	<p>personer med sykkelig overvekt»</p> <p>Metode: Kvalitativ studie</p>	<p>motivere eller demotivere personar med sjukeleg overvekt for livsstilsending.</p> <p>Utval: 11 deltakarar, 7 kvinner og 4 menn</p> <p>Relevans: Artikkelen tek føre seg kva som motiverar og demotiverar personar med sjukeleg overvekt. Studien kan bidra å finne ut korleis sjukepleiar best mogleg, kan motivere og fremje meistring.</p>	<p>motivasjonen hjå deltakarane, deriblant haldningar og støtte frå helsepersonell, komplikasjonar som oppstod, samt anerkjening og ein balanse mellom støtte og utfordringar.</p> <p>Motivasjonen for livsstilsending auka når ein vart bevisstgjort, og fekk kunnskap gjennom LMS, samt sjølvhjelpsgrupper.</p>	<p>bodet for forskning og regionaletisk forskingskomité i Helse Sørøst</p>
4	<p>Forfattarar: Saliha Bozdogan Yesilot og Remziye Yesilkus</p> <p>Årstal: 2022</p>	<p>Tittel: «Coping and resilience levels of bariatric surgery candidates and affecting factors»</p>	<p>Hensikt: Evaluere meistring- og resiliensnivå, samt påverkande faktor hjå kandidatar for fedmeoperasjon.</p>	<p>Hovudfunn: Kandidatar for fedmeoperasjon brukar meir problemfokuserert meistring enn emosjonsfokuserert meistring.</p>	<p>Etisk godkjenning gitt av Cukurova University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee</p>

	<p>Tidsskrift: Perspectives in Psychiatric Care</p> <p>Land: Tyrkia</p>	<p>Metode: Kvantitativ studie</p>	<p>Utval: 138 kandidatar for fedmeoperasjon med snittalder på 35,7år.</p> <p>Relevans: Artikkelen er relevant, då den syner korleis meistringsstratigar pasientar som har gjennomgått fedmeoperasjon, nyttar oftast.</p>	<p>Kunnskap om resiliensnivå og berekning av resiliens gjennom meistringsstrategiar, kan verke positivt på den tverrfaglege helsetilnærminga, i arbeidet med å handtere livsutfordringane hjå fedmeopererte.</p>	
5	<p>Forfattarar: Lisa R. Miller-Matero, Julia Orovskaja, Leah, M. Hecht, Jordan M. Braciszewski, Kellie M. Martens, Aaron Hamann og Arthur M. Carlin</p> <p>Årstal: 2021</p>	<p>Tittel: «Hazardous Alcohol Use in the Four Years Following Bariatric Surgery»</p> <p>Metode: Kvantitativ studie</p>	<p>Hensikt: Estimere førekomsten av farleg drikking, dei fire åra etter ein fedmeoperasjon, og undersøkje om det er forskjell på førekomst, ved ulike operasjonsmetodar.</p> <p>Utval: 564 deltakarar</p> <p>Relevans: Denne tek føre seg farleg</p>	<p>Hovudfunn: risiko for farleg alkoholbruk blant pasientar som har gjennomført fedmeoperasjon, uavhengig av metode. Alkoholinntak generelt etter operasjonen auka drastisk risikoen for problematisk drikking.</p> <p>Rettleiing før operasjon om risiko for problematisk alkoholbruk etter kirurgi er vanleg, men reduserte ikkje bruken av alkohol.</p>	<p>Studien skriv at prosedyrer er utført i samsvar med dei etiske standardene av den institusjonelle forskingskomite en og med Helsinki-erklæringen.</p> <p>Forfattarane melder ingen interessekonflikt</p>

	Tidsskrift: Psychology, Health & Medicine Land: USA		alkoholbruk etter operasjon, noko som peikar på korleis konsekvens mangelfull livsmeistring, kan ha.		
--	---	--	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	12-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	364
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7890
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	56
Andre medlemmer i gruppen:	307

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei