



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKH390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	17-03-2023 00:00 CET	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	31-03-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	219
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7731
----------------------	------

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:	4
Andre medlemmer i gruppen:	203

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



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Par med fedme på fertilitetsklinikk

Couples with obesity at a fertility clinic

Kandidatnummer: 203 & 219

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 30. mars. 2023

Antall ord: 7731

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

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

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Fedme er en økende global epidemi, og som en konsekvens av dette vil det oppstå et økende trykk på fertilitetsklinikker på grunn av fedme relatert infertilitet. Det er økt behov for kunnskap om hvordan sykepleier kan veilede denne pasientgruppen i livsstilsendring.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier ved fertilitetsklinikk veilede infertile par med fedme om livsstilsendring?*

Hensikt: Målet med denne studien er å utforske litteraturen for å bedre forstå hvordan sykepleier ved fertilitetsklinikk kan gjennomføre veiledning for livsstilsendring hos infertile par med fedme.

Metode: Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. Gjennom en kritisk søkeprosess i databasene Cinahl og Medline, er det valgt ut fire forskningsartikler: tre systematiske oversiktsartikler og en kvalitativ artikkel. Pensumlitteratur og andre skriftlige kilder er innhentet for å belyse problemstillingen.

Resultater: Gjennom riktig gitt og tilpasset informasjon, konkrete råd som fremmer atferdsendring og bruk av motiverende intervju som metode, vil sykepleier på fertilitetsklinikk kunne veilede infertile par med fedme til livsstilsendring. Innholdet i veiledningen bør ha fokus på sammenhengen mellom fedme og infertilitet, endring i atferd, spesifikke kostholdsråd og begrensninger ved fertilitetsbehandling som konsekvens av høy BMI.

Konklusjon: Funn viser at sykepleier på fertilitetsklinikk kan bruke motiverende intervju som metode i veiledning av infertile par med fedme om livsstilsendring. Sykepleier bør ha kunnskap om og få opplæring i bruk av metoden og veiledningens innhold er avhengig av at informasjonen tilpasses forutsetningene til paret.

Nøkkelord: Sykepleier, Infertilitet, Par, Fedme, Overvekt, Livsstilsveiledning, Livsstilsendring, Atferdsendring, Motiverende intervju, Vekttap, Helseatferd, Livsstil.

Abstract

Background for choosing the topic: Obesity is an escalating global epidemic, and as a consequence the fertility clinics will feel an increased pressure due to obesity-related infertility. There is an increased need for knowledge on how nurses can give this patient group guidance for lifestyle change.

Research question: *How can a nurse at a fertility clinic guide infertile couples with obesity about lifestyle change?*

Aim: The aim of this study is to explore literature to better understand how a nurse at a fertility clinic can implement guidance for lifestyle change in infertile couples with obesity.

Method: The method used in this assignment is a literature review. Through a critical search process using the databases Cinahl and Medline, four research articles were selected: three systematic reviews and one qualitative. Curriculum literature and other written sources have been obtained to illuminate the issue.

Results: Through accurate and adapted information, specified advice that promotes behavioral change and the use of motivational interviewing as a method, will nurses at fertility clinics be able to guide infertile couples with obesity to lifestyle change. The guidance should focus on the connection between obesity and infertility, behavior change, specific dietary advice, and limitations for fertility treatment as a consequence of a high BMI.

Conclusion: Findings show that nurses at fertility clinics can use motivational interviewing as a method in lifestyle guidance for infertile couples with obesity. A nurse should have knowledge of and be trained in the usage of the method and the content for guidance also depends on the information being adapted to the couple's preconditions.

Keywords: Nurse, Infertility, Couple, Obesity, Overweight, Lifestyle guidance, Lifestyle change, Behavior change, Motivational interview, Weight loss, Health behavior, Lifestyle.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	5
1.2 TEORETISK RAMMEVERK.....	6
1.2.1 Tidligere forskning	6
1.2.2 Fedme og overvekt	6
1.2.3 Infertilitet.....	7
1.2.4 Fertilitetsklinikk.....	7
1.2.5 Bioteknologiloven.....	8
1.2.6 Helseatferd og livsstil.....	8
1.2.7 Sykepleierens helsefremmende funksjon	9
1.2.8 Dorothea Orems sykepleieteoretiske perspektiv.....	10
1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN	11
1.4 PROBLEMSTILLING.....	11
2.0 METODE	11
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	11
2.2 SYSTEMATISERING AV SØK.....	12
2.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER FOR SØK	12
2.4 SØK	14
2.4.1 Søkeprosessen	14
2.4.2 Presentasjon av inkluderte forskningsartikler.....	15
2.5 METODEKRITIKK.....	15
2.6 KILDEKRITIKK	16
2.7 FORSKNINGSETISKE HENSYN.....	17
3.0 PRESENTASJON AV RESULTAT OG ANALYSEPROSESSEN.....	18
3.1 ANALYSEMÅTE.....	18
3.2 RESULTATER	18
3.2.1 Artikkel nr.1	18
3.2.2 Artikkel nr.2.....	19
3.2.3 Artikkel nr.3.....	20
3.2.4 Artikkel nr.4.....	20
4.0 DISKUSJON	22
4.1 SAMMENHENG MELLOM FEDME OG INFERTILITET.....	22
4.2 VARIABLER FOR LIVSSTILSENDRING	24
4.3 METODIKK FOR LIVSSTILSVEILEDNING	28
5.0 KONKLUSJON	32
6.0 REFERANSER.....	34
7.0 VEDLEGG	39
VEDLEGG 1: SØKEPROSESSEN	39
VEDLEGG 2: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV ÉN OVERSIKTSARTIKKEL.....	44
VEDLEGG 3: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE	47

Tabell 1: PICO-skjema.....	s.12
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	s.13
Tabell 3: Inkluderte artikler fra systematisk søk.....	s.15
Tabell 4: Analysematrise.....	s.18

1.0 Introduksjon

I dagens samfunn står vi overfor utfordringer knyttet til levevaner som utgjør en helsemessig risikofaktor. Inaktivitet og usunt kosthold påpekes både globalt og nasjonalt som noen av de største risikofaktorene for utvikling av ikke-smittsom sykdom (World Health Organization [WHO], 2022). Forekomst av infertilitet er av ulike årsaker økende i de forskjellige verdensdelene. I vestlige land er noen av årsakene til infertilitet dårlig kosthold, livsstil, og en høy BMI (Seljeflot, 2022). I lys av usunne levevaner vil flere oppleve vanskeligheter med infertilitet, noe som kan føre til økende etterspørsel om hjelp på fertilitetsklinikker i årene fremover. Skadelig helseatferd må i seg selv begrenses for å kunne redusere forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som fedme og overvekt. Høy livskvalitet og bedre funksjonsevne henger positivt sammen med gode helsevaner. Risikofaktorer for utvikling av ikke-smittsom sykdom påvirkes av helseatferd, gjennom vaner, livsstil og handlinger (Mæland, 2021, s.114). Økende forekomst av infertilitet utgjør i tillegg en særskilt grunn til å arbeide for livsstilsendringer og redusert forekomst av fedme.

WHO definerer overvekt som en BMI over 25 kg/m² og fedme som en BMI over 30 kg/m². I 2016 var 39 prosent av alle voksne over 18 år overvektige, og 13 prosent hadde fedme (WHO, 2021). Fedme har nådd et epidemisk omfang på verdensbasis (Øen, 2022, s. 20). Globalt har forekomsten av fedme nesten tredoblet seg fra 1975 til 2016 (WHO, 2021). På verdensbasis lider nå hver åttende person av fedme (Mæland, 2021, s.54), og hver femte nordmann lider av fedme i Norge (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Denne statistikken bekrefter økning av overvekt og fedme i befolkningen globalt og lokalt. Sett i sammenheng med at overvekt påvirker fertilitet (Seljeflot, 2022), vil derfor helsepersonell ha en viktig veiledende funksjon for vektnedgang hos personer med fedme på fertilitetsklinikk.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsker å fordype oss i veiledning for livsstilsendring ved fedme og infertilitet. Dette er en pasientgruppe og et arbeidsfelt vi ønsker å arbeide med som sykepleiere. På bakgrunn av dette

Ønsker vi å bidra med mer kunnskap om hvordan sykepleiere på fertilitetsklinikker kan veilede om livsstilsendring for heterofile, infertile par som lider av fedme. Infertilitet er et fagfelt det ikke er særlig fokus på i pensum på sykepleierutdanningen på bachelornivå. Vi har vært i samtale med sykepleiere med høy kompetanse innen fertilitets tilbud i spesialisthelsetjenesten for å undersøke temaets relevans. Fertilitetsklinikker har en øvre BMI grense for kvinnen som søker behandling. Det resulterer i at kvinner med BMI over grensen vil oppfordres av lege til å gå ned i vekt før videre behandling kan tilbys. Sykepleiere på fertilitetsklinikker har derfor en viktig rolle i veiledning for vektnedgang til par som lider av fedme og infertilitet.

1.2 Teoretisk rammeverk

1.2.1 Tidligere forskning

Homan & Norman (2009, s. 77) viser til at infertile heterofile par stort sett var klar over potensielle livsstilsfaktorer som påvirket deres fertilitet. Av kvinnene som deltok i studien hadde 40 prosent fedme, men halvparten av de mente at vekten deres ikke var en faktor som kunne påvirke egen fertilitet. Blant menn i studien mente 30 prosent at vekt kunne påvirke fertiliteten (Homan & Norman, 2009, s. 80; s.82). Det er behov for effektive metoder som kan hjelpe infertile par til å ta "sunnere valg", som øker sannsynligheten for graviditet. Helsepersonell på fertilitetsklinikk bør bidra til positiv livsstilsendring ved hjelp av veiledning (Homan & Norman, 2009, s. 84).

1.2.2 Fedme og overvekt

Fedme og overvekt er en tilstand med mer fettvev på kroppen enn anbefalt (Meyer & Bergh, 2022). Det vanligste måleverktøyet som brukes for å regne ut vektforhold er kroppsmasseindeks (BMI), som er kg dividert med kvadratet av høyden i meter (Helsedirektoratet, 2010, s. 12). Ifølge Mæland (2021, s.56) er et dårlig sammensatt kosthold en bakenforliggende årsak til fedme og overvekt. Forekomsten av fedme i befolkningen henger sammen med samfunnsutviklingen som minsker de fysiske hverdagskravene og samtidig øker energitilførsel i mat og drikke. Andre faktorer, som genetikk, spiller inn på den individuelle risikoen for overvekt

(Mæland, 2021, s.175). Annen etiologi ved fedme og overvekt er oppvekstforhold, livsvilkår, reaksjoner, opplevelser og psykologiske forhold som stress og depresjon (Helsedirektoratet, 2010, s.18).

Fedme er ofte assosiert med stigma og skam, og helsepersonell har derfor en viktig rolle i møte med denne pasientgruppen (Ueland, 2019). Overvekt og fedme kan være sårbart å snakke om. Mange pasienter føler seg stigmatisert av helsetjenesten, og det henger sammen med måten de blir møtt på. Helsepersonell kan gi uttrykk for at fedme er selvforskyldt og under frivillig kontroll. Slike holdninger kan fremme skyld og skam. Sykepleier må være bevisst på egen holdning, og møte denne pasientgruppen med verdighet og respekt (Øen, 2022, s. 165).

1.2.3 Infertilitet

Infertilitet defineres som manglende graviditet etter 12 måneder med ubeskyttet samleie blant heterofile par, og rammer 9-15 prosent av befolkningen i perioder eller vedvarende (Bendiksen, 2019, s.36). Mange ser på det å få barn som en selvfølge, men flere har behov for hjelp. Det er ikke alltid en klar årsak til hvorfor det er vanskelig å bli gravid. Ifølge Tanbo et al. (2015, s.298) ligger 50 prosent av årsaken hos kvinner, 20-30 prosent hos menn, og 20 prosent hos begge kjønn. Årsaken kan også være uforklarlig. Infertilitet klassifiseres etter om det er kvinnen, mannen eller begge parter som har den underliggende patologien (Hanevik et al., 2021). Høyere BMI reduserer sannsynligheten for å oppnå graviditet, både spontant og ved assistert befruktning (Hanevik et al., 2021). Ved vektnedgang kan muligheten for graviditet øke både spontant og ved hjelp i form av assistert befruktning (Seljeflot, 2022).

1.2.4 Fertilitetsklinikk

Fertilitetsklinikker er en del av spesialisthelsetjenesten, hvor tverrfaglige team tilbyr ulike tjenester som er tilpasset til den enkeltes behov for hjelp. Spesialisthelsetjenesten omfatter både sykehus og privatpraktiserende spesialister (Helsenorge, 2021). Infertilitet er en av diagnosene som blir behandlet på fertilitetsklinikker ved hjelp av ulike behandlingsmetoder (Hanevik et al., 2021). I Norge tilbys assistert befruktning i offentlige sykehus og i private

klinikker (Ønskebarn, u.å), og det er legen ved klinikkene som avgjør om det skal tilbys behandling i form av assistert befruktning (Helsedirektoratet, 2022). Fertilitetsklinikker har imidlertid en øvre BMI grense for behandlingstilbud til kvinnen, som kan være 32-34 kg/m² (Hanevik et al., 2021).

1.2.5 Bioteknologiloven

Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi (2003, §1) skal sikre at medisinsk bruk av bioteknologi blir benyttet for menneskers beste i samfunnet. I Norge tilbys assistert befruktning til kvinner som er gift, i samboerskap eller for enslige kvinner (Bioteknologiloven, 2003, §2-2). Beslutningen om å foreta behandling med assistert befruktning skal være basert på kvinnens, og hennes eventuelle ektefelle eller samboers medisinske og psykososiale vurderinger. Deres omsorgsevne og hensynet til barnets beste skal vektlegges (Bioteknologiloven, 2003, §2-6). Loven avgjør om pasienten får behandling eller ikke.

1.2.6 Helseatferd og livsstil

Helsen påvirkes av måten mennesker velger å leve på, og valgene som blir tatt. Gjennom vaner og handlinger kan det tas valg som kan forbedre eller forverre egen helse. Atferd reguleres ved indre stimuli, og belønningssystemene i hjernen påvirkes av positive tilbakemeldinger, som kan bidra til at handlingsmønsteret gjentas (Mæland, 2021, s.114; s.116). Når et atferdsmønster er etablert, krever det ofte stor innsats for endring (Mæland, 2021, s.123). Med ordet livsstil menes personens levevaner. Levevaner knyttet til blant annet aktivitet og kosthold har stor betydning for egen helse (Kristoffersen, 2019b, s.295). Sunne helsevaner forlenger livet, og er forbundet med høyere livskvalitet og bedre funksjonsevne (Mæland, 2021, s. 114). Å veilede pasienter i endringsprosesser er en viktig oppgave i helsevesenet. Veiledning blir brukt når pasienten skal foreta endringer i vaner og livsstil. Endringsprosessen består av de ulike stadiene føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, vedlikehold og avslutning (Eide & Eide, 2019, s. 257).

1.2.7 Sykepleierens helsefremmende funksjon

Sykepleiere er forpliktet til å ha kunnskap om retningslinjer og lovverk som regulerer yrkesutøvelsen, anvende kunnskapen i praksis, og forankre utøvelse av sykepleie basert på omsorg, respekt og barmhjertighet. Norsk Sykepleierforbund (2019) har utarbeidet de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som går ut på å utøve profesjon på etisk og forsvarlig måte. Sykepleiere skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg, være profesjonell i yrkesutøvelsen, reflektere over etiske dilemmaer og arbeide kunnskapsbasert (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiere har en viktig helsefremmende funksjon i møte med livsstil og fertilitet. Ifølge WHO kan det helsefremmende arbeidet forstås som en prosess som bidrar til økt kontroll over avgjørelser og handlinger som berører helse hos den enkelte og i samfunnet (Tveiten, 2020, s.239). Sykepleier kan gjennom empowerment hjelpe pasienter å oppnå en større kontroll over handlinger og beslutninger som påvirker deres egen helse (Tveiten, 2020, s.239-240).

Sykepleiers helsefremmende funksjon innebærer å sette den enkelte i stand til å mestre økt kontroll over forhold som har innvirkning på egen helse (Mæland, referert i Kristoffersen, 2019d, s.354). Sykepleier må tilegne seg kunnskap om sammenhenger mellom livsstil, helse og sykdom både i individ- og samfunnsperspektiv (Kristoffersen, 2019b, s.297).

Veiledning kan forstås som et samarbeid mellom pasienten og sykepleieren, som skal legge til rette for medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse. Veiledning er en prosess basert på pedagogisk, formell og rasjonell istandsettelse som er rettet mot å styrke pasientens kompetanse for mestring. Det kan gjøres gjennom dialog som baseres på kunnskap og humanetiske verdier (Tveiten, 2020, s.249). Sykepleierens pedagogiske funksjon omhandler støtte, læring, veiledning og tilegnelse av kunnskap på ulike områder (Brataas et al., 2020, s.16). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) har pasienten rett til medvirkning og informasjon. Sykepleiepedagogikk går ut på å støtte læringsprosesser som gir en opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene (Brataas, 2011, s. 18). Forståelse for viktigheten av egen helseatferd og tiltro til egen mestringsevne kan motivere pasienten til aktivitet (Brataas et al.,

2020, s.82). Sykepleier må i tråd med retningslinjene understøtte håp, livsmot og mestring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

1.2.8 Dorothea Orems sykepleieteoretiske perspektiv

Dorothea Orems sykepleieteori om egenomsorg handler om å ta vare på seg selv (Orem, 1991, referert i Cavanagh, 1999, s.20). Sykepleier har gjennom veiledning en viktig rolle i å hjelpe pasienten å ta vare på seg selv, og dermed styrke egenomsorgen (Orem, 1991 referert i Cavanagh, 1999, s.27-28). Orem beskriver at sykepleier skal ta i bruk hjelpemetoder for å gi tilstrekkelig sykepleie og møte pasientens egenomsorgskrav. Veiledning er en av disse hjelpemetodene, og er aktuell når pasienten har behov for veiledning i riktig utøvelse av handling eller skal prioritere bestemte handlinger for å nå et mål for egen helse (Orem, 1991, referert i Biermann, 1996, s.22). Orems teori belyser at mennesker er naturlig motivert til å ta vare på seg selv og andre som de har ansvar for (Orem, 1991, referert i Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 103). Det er helt avgjørende at forholdene tilrettelegges for aktivitet og utvikling dersom pasientens egenaktivitet er en forutsetning for å gjenvinne eller opprettholde helse og velvære. Det innebærer at sykepleier skal rette handlinger mot pasientens fysiske, sosiale, emosjonelle og åndelige behov for å styrke pasientens personlige aktivitet og utvikling (Orem, 1991 referert i Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.103). Undervisning er en annen hjelpemetode som kan brukes når pasienten må tilegne seg ny kunnskap for å mestre egenomsorgen (Orem, 1991 referert i Biermann, 1996, s.23). Orem vektlegger viktigheten av å utvikle gode vaner og handlingsmønstre som fremmer helse, og egenomsorg anses som viktig for helsen generelt (Orem, 1991 referert i Kristoffersen, 2019c, s.20). Gjennom Orems egenomsorgsteori kommer det frem at sykepleie handler om å hjelpe personer til å ta helsefremmende valg. Det understrekes også at egenomsorg er et mål, og kan anses å omfatte handlinger og handlingsmønstre. Ifølge Orem er egenomsorg selve forutsetningen for å gjenvinne eller opprettholde helsen (Orem, 1991 referert i Kristoffersen, 2019c, s.20). Omsorgen må også tilrettelegges når individets bearbeiding av egne opplevelser er avgjørende for menneskelig utvikling (Orem, 1991 referert i Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.103).

Sykepleiere har derfor en viktig rolle i å se behovene til hver enkelt pasient og samarbeide for å tilfredsstille og ivareta den enkeltes egenomsorgsbehov.

1.3 Hensikt med oppgaven

I lys av presentert teori og inkluderte artikler fra systematisk søk, vil oppgaven søke svar på følgende problemstilling:

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved fertilitetsklinikk veilede infertile par med fedme om livsstilsendring?

2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte som har til hensikt å komme frem til ny kunnskap og løse problemer, samt finne svar på en problemstilling (Dalland, 2021, s.53). Videre vil litteraturstudie som metode og søkestrategi belyses, og de inkluderte forskningsartiklene presenteres. Denne oppgaven inkluderer både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Målet med kvalitativ metode er å få kunnskap om informantenes menneskelige egenskaper, som meninger, følelser, erfaringer og opplevelser. Den kvantitative metoden går derimot ut på å samle data og kunnskap som er av målbare enheter og tall (Thidemann, 2020, s.75-76).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som innebærer at det hentes inn data fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2021, s.199). Ifølge Thidemann (2020, s.77-79) er hensikten med en litteraturstudie å gi oppdatert og god forståelse av kunnskapen som etterspørres i problemstillingen. Fremgangsmåten for denne kunnskapen skal også beskrives. I en litteraturstudie brukes sekundærdata, altså data som er samlet inn av andre (Thidemann, 2020, s.75). Litteraturstudier systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom litteraturen og sammenfatte det til slutt (Thidemann, 2020, s.77-

79). Vi skal samle tidligere forskning ved å gjøre systematiske søk i databaser, og evaluere og analysere de artiklene vi velger å bruke.

2.2 Systematisering av søk

Aktuelle søkeord er presisert ved å sette problemstillingen inn i et PICO-skjema (tabell 1), slik at alle viktige variabler som bidrar til å svare på problemstillingen inkluderes.

Tabell 1: PICO

	Norske ord	Emneord
P = population/ problem	Infertile par med BMI over 32 kg/m ² . Sykepleiere ved fertilitetsklinikk.	Couple/Couples BMI (Body Mass Index) obesity nurs* Fertility Infertility
I = (phenomenon of) interest	Veiledning ved livsstilsendring.	Counseling/Guidance Lifestyle Lifestyle changes
Co = Context	Sykepleie - kommunikasjon og pasientrelasjon ved fertilitetsklinikk.	Patient relation Patient education Health education

(*Kunnskapsbasert praksis.no, 2021b*)

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk

For å systematisere søk og øke sannsynligheten for relevante treff, ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2). Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier er nødvendig for å kunne tidlig utelukke litteratur som ikke er relevant med hensyn til problemstillingens omfang. Artikkeltreff er avgrenset til engelsk- og nordiskspråklige artikler. Andre aktuelle avgrensninger som er brukt i tabellen er alder, sektor, helsepersonell, studiedesign og pasienter. Artikler som er eldre enn ti år ble ekskludert for å sikre nyere data. Både aldersintervall og «fertil alder» er satt i inklusjonskriterier, fordi enkelte søk ble utført med avgrensning på aldersintervall for å

systematisere treff. Det er likevel også valgt å sette fertil alder som hovedinklusionskriterie med tanke på pasientgruppen sykepleiere sannsynligvis vil møte på fertilitetsklinikken. På en fertilitetsklinikk vil de vi møter være ufrivillig barnløse og ha et ønske om å bli gravide. I forlengelsen av dette vil ønsket om barn ligge som en indirekte styrende variabel for hvilket aldersspenn de ulike mennene og kvinnene har. Sannsynligheten for at ungdom eller kvinner etter menopause kontakter fertilitetsklinikk er liten til null, derfor vurderes aldersintervallet for både menn og kvinner til å avgrenses naturlig.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alder	18-46 år Kvinner i fertil alder Menn i fertil alder	0-18 år, 50+ Kvinner utenfor fertil alder Menn utenfor fertil alder
Sektor	Fertilitetsklinikk Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Personell	Sykepleier Lege Jordmor	
Studiedesign	Akademisk artikkel IMRAD struktur Systematisk oversikt Meta-analyse Randomisert kontrollert studie Enkeltstudie	Kronikk Rapport Kommentarer Andre publikasjoner som ikke følger et strengt forskningsdesign
Språk	Engelsk, norsk, svensk og dansk	Andre språk som ikke inngår i eksklusjonskriterier
Pasienter	Heterofile par, mann og kvinne med partner av motsatt kjønn. Overvekt og fedme på menn og kvinner. Artikler som bruker WHO sin klassifisering på overvekt og fedme Menn og kvinner som lider av infertilitet.	Homofile par, homofile menn, lesbiske kvinner. Andre livsstilssykdommer enn overvekt og fedme. Artikler som ikke bruker WHO sin klassifisering på overvekt og fedme. Andre sykdommer som kommer i tillegg til inklusjonskriteriene.
Tidsperiode	2013-2023	Eldre artikler enn 10år

2.4 Søk

Problemstillingen dannet grunnlaget for valg av søkeord. I søkeprosessen brukes internasjonale sykepleiefaglige databaser som Medline, Cinahl og PubMed. Emneordsystemet MeSH ble brukt som en metode for å strukturere søk.

2.4.1 Søkeprosessen

Innledningsvis ble det gjort søk i Pubmed for å orientere oss i tematikken, og for å finne ut hvilken forskning som fantes på fagfeltet. Ordene som ble brukt var blant annet “assisted fertility”, “lifestyle”, “fertility” og “infertility”. Videre ble det også brukt søkeord som blant annet “infertility”, “life style”, “obesity”, “life style changes” og “overweight”. Det er brukt både emneord (MH) og tekstord (KEY) som søkeord i databasen. Det har også blitt brukt trunkeringer i søkeprosessen, som er nyttig ved gode søk i databasen. Trunkering innebærer å søke på stammen av ordet for å få med de ulike varianter av et ord. Trunkeringstegnet er som regel en stjerne (*) (Søk&Skriv, 2022). Søkeprosessen presenteres videre i vedlegg 1.

2.4.2 Presentasjon av inkluderte forskningsartikler

Tabell 3: Inkluderte artikler fra systematisk søk

Tittel/År/Forfatter	Metode	Informanter/Land
How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or obese? (Best et al., 2017a) <i>Human reproduction update</i>	Systematisk oversikt og meta-analyse Inkluderer kvantitative og kvalitative studier	40 studier inkludert. Infertile menn og kvinner. Skottland.
The correlation between raised body mass index and assisted reproductive treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis of the evidence (Supramaniam et al., 2018) <i>Reproductive Health</i>	Systematisk oversikt og meta-analyse Inkluderer kvantitative studier	49 studier inkl. England.
The effect of obesity on human reproductive health and foetal life (Irgat & Bakirhan, 2022) <i>Human fertility</i>	Systematisk oversikt Inkluderer kvantitative studier	17 studier inkl. Tyrkia.
Dietary advice on prescription: experiences with weight reduction programe (Bräutigam-Ewe et al., 2016) <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Kvalitativ metode	17 kvinner og to menn. Sverige.

2.5 Metodekritikk

Denne oppgaven er en litteraturstudie og inkluderer både kvantitative og kvalitative studier for å oppnå en bredere forståelse for veiledning i livsstilsendringer ved infertilitet. Målet er å få et

best mulig svar på problemstillingen. Det er svakheter og styrker ved litteraturstudie som metode. En svakhet er at forskningen kan feiltolkes, fordi vi selv ikke har utført forskningen. En styrke er at det inkluderes både kvantitative og kvalitative studier. På bakgrunn av oppgavens rammeverk blir et begrenset antall forskningsartikler inkludert, noe som vil si at flere artikler med relevant informasjon er uteblitt.

2.6 Kildekritikk

Det er viktig å kvalitetssikre alle kilder for å kontrollere gyldighet og troverdighet (Dalland, 2021 s.143). Kildene som benyttes skal kritisk vurderes med tanke på kvalitet, og om litteraturens gyldighet og relevans bidrar i å belyse problemstillingen (Dalland, 2021, s.152). Sjekklistene fra Helsebiblioteket (2016) er et systematisk verktøy for kritisk vurdering og kvalitetssikring av utvalgte forskningsartikler. I denne oppgaven benyttes to sjekklister (se vedlegg 2 & 3), en for oversiktsartiklene og en for kvalitativ metode (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021c). Samtlige forskningsartikler innfridde kriteriene. For øvrig er også artikkelens relevans vurdert i utarbeidingen av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, for å kunne tidlig utelukke litteratur som ikke er relevant med hensyn til problemstillingens omfang. Faglitteratur inkludert i oppgaven er relevant for problemstillingens omfang, og vi anser det som troverdige kilder siden de er hentet fra høgskolens bibliotek. Litteratur som er inkludert fra nettsider er av anerkjente organisasjoner, og vi har derfor vurdert de som pålitelige.

Gjennom systematiske søk ble fire artikler inkludert, og tre av disse er systematiske oversikter. Inkluderte artikler er engelskspråklige, noe som kan ha medført feiltolkning ved oversettelse, fordi engelsk ikke er vårt primærspåk. Av de systematiske oversiktsartiklene har to gjennomført søk fra 1966 til 2016. Dette er en styrke fordi studien har fått et bredt innblikk i hvilke studier som finnes. På den andre siden har den siste systematiske oversiktsartikkelen inkludert artikler fra de siste ti årene, som kan være en svakhet da et begrenset antall studier er inkludert. Det vil være viktig å ha et kritisk blikk og undersøke den primære kilden dersom det er en sekundærkilde, for å kvalitetssjekke forskningsartikkelen (Kildekompasset, u.å.). Med hensyn til problemstillingens omfang har vi valgt å inkludere disse artiklene. Den kvalitative studien

inneholder 19 deltakere, noe som er en styrke siden den gir dybde og forståelse i pasientenes opplevelser og erfaringer. Den kvalitative artikkelen inneholder et aldersintervall over det som anses som fertil alder og har ikke noe med infertilitet å gjøre. Artikkelen inkluderes fordi den samtidig inkluderer kvinner og menn i fertil alder, og inneholder et stort antall deltakeres erfaringer og meninger om kostholdsprogram for vekttap. Systematiske søk viser også at det er lite forsket på sykepleierens veiledende funksjon for livsstilsendringer hos infertile kvinner og menn med fedme. Det vil derfor være et behov for mer forskning på dette området i fremtiden.

2.7 Forskningsetiske hensyn

Forskningsetikk handler om å vurdere forskningen opp mot samfunnets normer og verdier. Vurderingen av forskningen omfatter planlegging, valg av problemstilling, valg av metodebruk og hvordan resultatene anvendes og rapporteres. Personvernet til deltakerne skal ivaretas i forskningen, og skal sikre at det ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2021, s.168). Andre etiske prinsipper som må ivaretas er taushetsplikt, anonymitet og informert samtykke (Dalland, 2021, s.173). Forsøket om og finne ny kunnskap skal ikke gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. For å sikre at forskningsetiske normer blir ivaretatt finnes organisasjoner som gir råd og veiledning til studenter og forskere. Norsk senter for forskningsdata (NSD), Personvernombudet for forskning og De nasjonale forskningsetiske komiteene er eksempler på slike organisasjoner (Dalland, 2021, s.168).

Denne litteraturstudien bygger på tidligere forskningsprosjekter. Som lesere tar vi sekundære forskningsetiske hensyn ved vurdering av forskernes ivaretagelse av taushetsplikt og deltakernes rett til samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Utvelgelsen av anvendte studier er tatt på bakgrunn av slike vurderinger. Den kvalitative forskningsartikkelen er godkjent av forskningsetisk komité. Vår vurdering er at de inkluderte artiklene har overholdt etiske retningslinjer da personvernet og taushetsplikten er ivaretatt, og at det er innhentet informert samtykke fra deltakerne.

3.0 Presentasjon av resultat og analyseprosessen

3.1 Analysemåte

Ved å analysere får vi tak i de mest sentrale temaene i teksten (Thidemann, 2020, s. 92). Vi har forsøkt å se etter relevante kategorier som kan bidra til å svare på problemstillingen ved hjelp av fargekoding. Videre har vi sett etter likheter og forskjeller i artiklene, og vurdert hvordan temaene henger sammen (Thidemann, 2020, s. 93).

Tabell 4: Analysematrise

Artikkel	Sammenhengen mellom fedme og infertilitet	Variabler for livsstilsendring	Metodikk for livsstilsendring
Artikkel 1: (Best et al., 2017)	x	x	x
Artikkel 2 (Supramaniam et al., 2018)	x	x	x
Artikkel 3 (Irgat & Bakirhan, 2022)	x	x	
Artikkel 4 (Bräutigam-Ewe et al., 2016)		x	x

3.2 Resultater

3.2.1 Artikkel nr.1

“How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are

overweight or obese?” (Best et al., 2017a).

Hensikt: Å undersøke om infertile kvinner og menn med overvekt eller fedme oppnår vektnedgang ved ulike livsstilsintervensjoner, og om det resulterer i forbedret fruktbarhet.

Resultat: Individer med fedme som søker hjelp med fertilitet bør få undervisning om de skadelige effektene fedme har og fordelene med vektreduksjon. Vekttap intervensjoner, spesielt diett og trening, viste seg å forbedre graviditetsrater og eggløsningsstatus hos kvinnen, og forbedret spermkonsentrasjonen hos menn. Kosthold, trening, og en kombinasjon av disse, medikamenter og motiverende intervju har alle vist seg å være effektive metoder for å redusere fedme.

Relevans: Ikke-kirurgiske strategier for vektreduksjon har vist seg å forbedre reproduktive resultater hos kvinner og menn med fedme eller overvekt. Det bør gis undervisning om effekten overvekt og fedme har på den reproduktive helsen. Analytiske kategorier som denne studien inkluderte var “sammenhengen mellom fedme og infertilitet”, “variabler for livsstilsendring” og “metodikk for livsstilsendring”.

3.2.2 Artikkel nr.2

“The correlation between raised body mass index and assisted reproductive treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis of the evidence” (Supramaniam et al., 2018).

Hensikt: Å undersøke virkningen høy BMI har på assistert reproduktiv teknologi.

Resultat: Kvinner med BMI over 30 kg/m² som gjennomgår assistert befruktning hadde mindre vellykkede graviditetsutfall sammenlignet med normalvektige kvinner (BMI 18,5-24,9 kg/m²).

Relevans: Studien viser til virkningen høy BMI har på fertilitetsbehandlingens resultater. Forskning viser at vektnedgang kan øke sannsynligheten for å bli gravid. Det bør under

veiledning brukes helhetlig tilnærming med åpen diskusjons måte når sykepleier skal informere pasienter om den negative effekten høy BMI har ved assistert befruktning. Analytiske kategorier som denne studien inkluderte var “sammenhengen mellom fedme og infertilitet”, “variabler for livsstilsendring” og “metodikk for livsstilsendring”.

3.2.3 Artikkel nr.3

“The effect of obesity on human reproductive health and foetal life” (Irgat & Bakirhan, 2022).

Hensikt: Å utforske mulige effekter av fedme ved mannlig og kvinnelig infertilitet og avsløre virkningsmekanismene.

Resultat: Fedme påvirket reproduktiv helse negativt og bidro til en reduksjon i graviditet og levendefødte. Det viste seg at fedme hos menn bidro til alvorlig endret sædparametere, reproduksjonsfunksjoner og DNA-strukturen i sperm, og fedme hos kvinner forårsaket egglosningsforstyrrelser gjennom ulike metabolske verdier.

Relevans: Fedme er en faktor som bidrar til infertilitet. En ideell kroppsvekt har vist seg å forebygge infertilitet som et folkehelseproblem. Ulike intervensjoner, inkludert sunn spiseatferd og strategier for vektkontroll, kan være en god løsning for å redusere infertilitetsraten som er forbundet med fedme. Personer med fedme som ønsker barn, bør informeres om risiko ved fedme og oppfordres til å implementere en sunnere livsstil. Analytiske kategorier som denne studien inkluderte var “sammenhengen mellom fedme og infertilitet” og “variabler for livsstilsendring”.

3.2.4 Artikkel nr.4

“Dietary advice on prescription: experiences with weight reduction program” (Bräutigam-Ewe et al., 2016).

Hensikt: Å beskrive overvektige personers erfaringer med vektnedgang og deltakelse i

vektreduksjon programmet Dietary Advice on Prescription (DAP), som bestod av motiverende intervju, atferdsendring, kostholdsråd og en nettside for vedlikeholdsfasen.

Resultat: Deltakerne satte pris på møtene med sykepleier, og ga uttrykk for å føle seg sett og hørt under konsultasjonene. DAP var hjelpsomt ved utførelse av atferdsendringer og vekt nedgang. Deltakerne satte også pris på bruk av motiverende intervju. Deltakerne som gikk ned i vekt beskrev viktigheten av støtte fra sykepleier, familie og nære venner. Mange hadde nytte av nettbasert støtte, og innspill fra sykepleier gjennom e-post og telefonsamtaler.

Relevans: Motiverende intervju ser ut til å være en god teknikk for å etablere et bra forhold mellom sykepleier og pasient i livsstilsveiledning. DAP var en god måte å forbedre matvaner ved vekttapsintervensjoner. Analytiske kategorier som denne studien inkluderte var “variabler for livsstilsendring” og “metodikk for livsstilsendring”.

4.0 Diskusjon

Analysen av inkluderte artikler viser til kategoriene “sammenheng mellom fedme og infertilitet”, “variabler for livsstilsendring”, og “metodikk for livsstilsendring”. Nevnte kategorier vil drøftes i sammenheng med inkludert teoretisk rammeverk for å belyse problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier ved fertilitetsklinikk veilede infertile par med fedme om livsstilsendring?*

4.1 Sammenheng mellom fedme og infertilitet

Tre av fire inkluderte artikler viser til sammenhengen mellom infertilitet og fedme, og hvordan fedme kan negativt påvirke fertilitet. (Best et al., 2017a; Supramanian et al., 2018; Irgat & Bakirhan, 2022). Ifølge Irgat & Bakirhan (2022, s. 861) kan fedme gi fysiologiske endringer både hos kvinnen og mannen, ved menstruasjon og egglossningsforstyrrelser hos kvinnen og endringer i sperm-parameterne hos mannen. Sannsynligheten for å oppnå graviditet, både spontant og ved assistert befruktning, reduseres ytterligere når begge i et parforhold har fedme. Både menn og kvinner oppfordres derfor til vektnedgang for å kunne bli kandidater for behandling ved fertilitetsklinikk. Likevel er det ikke nødvendigvis det største vekttapet som gir best fertilitetsutfall (Best et al., 2017a, s.700).

Sykepleierens pedagogiske funksjon omhandler å informere, undervise og veilede pasienten (Brataas et al., 2020, s.16), og infertile par vil ha behov for både kunnskap og veiledning for å kunne endre livsstilsvaner. Sykepleier har dermed en viktig rolle i å engasjere både kvinnen og mannen til vektnedgang, fordi begges infertilitet kan være en konsekvens av fedme. Ifølge Best et al. (2017a, s. 702) bør kvinnen og mannen informeres om effekten fedme har for deres infertilitet og fordelene med vektreduksjon. De bør også informeres om fedmens potensielle negative effekt på assistert befruktning og få en begrunnelse for BMI-grensen for behandling, da kroppsmasseindeks (BMI) er et nasjonalt kriterium for kvinner ved behandling av fertilitetsproblematikk både i offentlig og privat sektor (Supramaniam et al., 2018, s. 12-14). Det vil imidlertid være viktig å tilpasse informasjonen ut fra parets kunnskap og tidligere erfaringer med vektnedgang. Ifølge Orem er undervisning en metode som hjelper individer å tilegne seg ny

kunnskap som understøtter mestring av egenomsorg (Orem, 1991 referert i Biermann, 1996, s.23). Sykepleier er også forpliktet til å tilpasse læring og undervisning ut fra den enkeltes behov for informasjon og tidligere erfaringer (Kristoffersen, 2019c, s.20), dette understøttes i lovverk som påpeker pasienters rett til å få informasjon som gir innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Undervisning er derfor en viktig del av både den tilpassede informasjonen som gis det infertile paret, men også veiledningen for livsstilsendring må tilpasses ut fra det pasienten vet fra før. Sykepleier kan da veilede paret ved å informere om sammenhengen mellom fedme og infertilitet, og dermed bidra til å motivere til atferdsendring som resulterer i vektnedgang og fertilitet.

Forsvarlig sykepleie innebærer å jobbe etisk og følge juridiske og faglige rammer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette innebærer at sykepleierens holdninger skal baseres på lovverk og retningslinjer som regulerer yrkesutøvelsen. De nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme har til hensikt å hjelpe helsepersonell å veilede og følge denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2010, s.3). Forankret i lovverk og retningslinjer skal sykepleier gjennom veiledningen for vektnedgang sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon om risiko ved fedme og behandling på fertilitetsklinikk. Sykepleier kan blant annet vise til Helsedirektoratets (2010, s.24) anbefalinger som indikerer at økt fysisk aktivitet og et variert kosthold kan resultere i moderat vektreduksjon. Livsstilsendringer for vektnedgang vil være påvirket av hvorvidt sykepleier sørger for at par som oppsøker råd og veiledning på fertilitetsklinikken får den informasjonen de trenger.

Ifølge Supramaniam et al. (2018, s. 9; s.13) har par med fedme flere spontanaborter, færre kliniske graviditeter og høyere behandlingskostnader ved behandling på fertilitetsklinikk, sammenlignet med normalvektige som søker tilsvarende behandling. Fedme øker også risikoen for svangerskapskomplikasjoner, som for eksempel utløst hypertensjon, svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes (Supramaniam et al., 2018, s. 14). Helsetjenestene som tilbys eller ytes er pliktig til å være forsvarlig for pasientene (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Ifølge Bioteknologiloven (2003, §2-6) skal legens beslutning om å foreta behandling med assistert

befruktning bygge på medisinske vurderinger av kvinnen og partneren. I lys av dette er det rimelig å understreke at pasienter med fedme som søker hjelp på fertilitetsklinikk bør fullgodt informeres om disse risikoene og bli oppmuntret til å implementere en sunnere livsstil.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleierens kunnskap bygges på forskning (Norsk sykepleierforbund, 2019, 1-1). For å sikre faglig forsvarlighet og kvalitetssikrede tjenester skal sykepleier jobbe kunnskapsbasert, ved å søke etter forskningsbasert kunnskap, innhente pasientens ønsker og bruke erfaringsbasert kunnskap (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021a). For å arbeide kunnskapsbasert i veiledning kan sykepleier vise til en kombinasjon av forskning, tilsvarende pasientsituasjoner og egne erfaringer som belyser hvordan fedme påvirker reproduktiv helse negativt. Det vil derfor være nødvendig med tilstrekkelig informasjon om dette og viktigheten for vektnedgang til denne pasientgruppen. Det er nødvendig med god veiledning og informasjon om viktigheten av sunne levevaner for å få til atferdsendring (Mæland, 2021, s.114).

4.2 Variabler for livsstilsendring

Samtlige inkluderte artikler fra systematiske søk viser at livsstilsendring er avgjørende for vektreduksjon (Best et al., 2017a; Supramanian et al., 2018; Irgat & Bakirhan, 2022; Bräutigam-Ewe et al., 2016). Ifølge Irgat & Bakirhan (2022, s.868) bør personer med fedme som ønsker barn, oppfordres til å implementere livsstilsendringer som gir en sunnere livsstil. Irgat & Bakirhan (2022, s. 865-866) viser til de positive effektene av sunnere kosthold og en mer aktiv hverdag, hvor resultatene av studien viste reduserte egglosnings- og menstruasjonsforstyrrelser hos kvinnen. En fysisk aktiv livsstil forbedret også sperm-konsentrasjonen til menn. Disse endringene kan anses som signifikante for å øke sannsynligheten for graviditet. Best et al. (2017a, s. 700) viser til at infertile kvinner i heterofile parforhold oppnådde vellykket graviditet gjennom vekttap, uten behov for ytterligere hjelp på fertilitetsklinikk. Variablene for livsstilsendring ved studiene fulgte nasjonale retningslinjenes råd om vekttap. De var basert på kostholdsendringer i form av kalori restriksjoner, og mesteparten av intervensjonene i form av trening besto av å øke mengden ukentlig aerob aktivitet hos deltakerne for å øke

kaloriforbruket (Best et al., 2017a, s.702). I Norge anbefaler nasjonale retningslinjer å ta i bruk kostråd. Under hvert punkt beskrives det hva rådet er basert på og hvordan rådene kan tas i bruk (Helsedirektoratet, 2016). Økt fysisk aktivitet og et variert kosthold kan gi moderat vektreduksjon. Et variert kosthold bør inneholde økt inntak av grove kornprodukter, grønnsaker og frukt, samt redusert inntak av mettet fett fra kjøtt- og meieriprodukter (Helsedirektoratet, 2010, s. 24). Ved å bruke Helsedirektoratets anbefalinger i veiledningen sikres faglig forsvarlighet.

Bräutigam-Ewe et al. (2016, s.803) beskriver at barrierene for suksess var deltakernes egen livssituasjon og selvdisciplin. Studien viste imidlertid også at noen deltakere fikk nye tanker rundt livsstil og kosthold, samtidig som de reflekterte mer over valg i hverdagen deres. En sunn spiseatferd med et balansert kosthold viste seg å være viktig for sunn embryoutvikling, sæddannelse og kontinuitet i fosterlivet (Irgat & Bakirhan, 2022, s. 865). Ifølge Best et al. (2017a, s.702) var en intervensjon for vekttap basert på bruk av medisiner for vektnedgang. På en annen side viste det seg å redusere vekten kun midlertidig. Med tanke på dette bør kostholds- og aktivitetsintervensjoner prioriteres som første behandlingsmetode for vektnedgang. Best et al. (2017a, s.698) viste også til at det i hovedsak var kostholds- og treningsintervensjoner som resulterte i forbedring av graviditetsrate og egglossningsstatus. En kombinasjon av et redusert kaloriinntak og økt aerob aktivitet bør danne grunnlaget for et program til denne pasientgruppen. Programmet bør ikke være for restriktivt, da intervensjoner med for strenge kostholds- og treningsregimer viste mer frafall. Artikkelen besto derimot også av studier som rapporterte at høye graviditetsrater og levendefødte ikke nødvendigvis hang sammen med stort vekttap. Artikkelen inkluderte to studier som også benyttet en kombinasjon av kostholds- og treningsintervensjoner, som ikke ga tilstrekkelig informasjon om endringene hos mannlige deltakere (Best et al., 2017a, s.700-702).

Det kreves stor innsats for å bryte et atferdsmønster (Mæland, 2021, s. 123). For individer med fedme er selve problemet ofte sårt og vanskelig å snakke om. Skyld og skamfølelse kan gjøre endringsarbeidet vanskelig (Øen, 2022, s.76). Pasientgruppen opplever at samfunnets

Kroppsnormer gjenspeiles i møte med helsepersonell, noe som forsterker stigmatisering og skam (Christansen et al., 2015 referert i Ueland, 2019, s.3). Sykepleier bør derfor være oppmerksom og reflektere over egne holdninger i møte med paret. Relasjonen skal bygges på tillit og trygghet, og er avhengig av at sykepleier er oppmerksom på sin verbale og nonverbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2019, s. 137). Endring i atferdsmønster må utføres av pasientene selv, men sykepleier skal igjennom prosessen informere, motivere og utfordre til refleksjon ved hjelp av empati og støtte (Eide & Eide, 2019, s. 262). Veiledningen må tilpasses det enkelte paret på bakgrunn av ulike utgangspunkt. Sykepleier kan ta i bruk endringsprosessen for å utforske parets ståsted.

Føroverveiellesfasen er første fase i endringsprosessen. I denne fasen vil personen føle at sin egen atferd er problematisk (Eide & Eide, 2019, s. 263). Paret har anerkjent at infertilitet er en konsekvens av fedme. De erkjenner at endring må til, uten å være motivert nok til å tenke over hvordan de kan endre atferd (Eide & Eide, 2019, 263). Paret kan ha behov for påminnelser underveis om bakgrunnen for atferdsendring for å øke motivasjonen til livsstilsendring. Støtte fra både familie og sykepleiere har vist seg å være avgjørende for å klare å foreta livsstilsendringer, og for å opprettholde en langsiktig vektreduksjon (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s. 801). Det vil dermed være naturlig å anse støtte som en motivasjonsfaktor. At både kvinnen og mannen i forholdet går gjennom livsstilsendringer sammen har vist seg å være en fordel, fordi par har en tendens til å ha lignende spise- og aktivitetsmønstre (Best et al., 2017b, s. 2361). Partnerstøtte i hverdagen kan også legge bedre til rette for gjennomføring av atferdsendring (Best et al., 2017b, s. 2360). Dette betyr at sykepleier burde oppfordre partnere til å finne støtte i hverandre for å nå målet om livsstilsendring som resulterer i vekttap og graviditet. Orems teori om egenomsorg legger vekt på viktigheten av å utvikle gode vaner og handlingsmønstre (Kristoffersen, 2019c, s.20). For å støtte parets egenomsorg vil målet med veiledningssamtalen derfor være å øke bevisstheten om hvorfor livsstilsendringer er viktig for å oppnå graviditet.

I overveiellesfasen begynner de å tenke at endring er nødvendig. Sykepleier må i denne fasen styrke problembekreftelsen til pasienten, ved hjelp av aktiv lytting og bekreftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2019, s. 266-267), og kan derfor komme med forslag til kosthold- og aktivitetsendringer. Tredje fase i endringsarbeidet består av forberedelse, hvor det er tatt en beslutning om endring og det skal utarbeides en plan for veien videre (Eide & Eide, 2019, s. 268). I denne fasen vil paret ha tatt en beslutning om å foreta atferdsendring, og sykepleier kan bistå paret i å planlegge veien videre. Det kan også være nyttig å snakke om hvordan paret skal unngå tilbakefall eller hva de skal gjøre om det skjer. Ifølge Best et al. (2017a, s. 685) bør den ukentlige aktiviteten økes, samtidig som inntaket av fett, raffinerte karbohydrater og kalorier reduseres. Neste fase i endringsarbeidet er handlingsfasen (Eide & Eide, 2019, s. 270). Her er paret selv ansvarlig for å gjennomføre planen om nødvendige livsstilsendringer.

Vedlikeholdsfasen handler om å opprettholde motivasjonen, og hindre tilbakefall (Eide & Eide, 2019, s. 270). Ifølge Bräutigam-Ewe et al. (2016, s. 802) ble pasienter oppfordret til å bruke en nettside som støtte i vedlikeholdsfasen. Nettstedet gikk ut på at deltakerne kunne fylle ut matdagbok, vektkurve og finne sunne oppskrifter og informasjon om kosthold, fysisk aktivitet og helse (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s. 797). Nettbasert støtte krever innspill fra sykepleier i form av e-post og telefonsamtaler (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s. 803). Ifølge Bräutigam-Ewe et al. (2016, s. 800) var stress en årsaksforklaring til overspising. Sykepleierne gav råd som viste seg å senke stressnivået ved måltider. Et av rådene var å planlegge innkjøp ved hjelp av handleliste, som førte til at deltakere tok mindre usunne valg ved innkjøp. Et annet råd fra sykepleier var å spise faste måltider daglig, fordi deltakere erfarte å ha mer lyst på raskere karbohydrater og mat med høyere fettinnhold når de ikke deltok i måltider. Når deltakerne fulgte sykepleiers råd om å legge fra seg bestikk mellom hver munnfull under måltidet, resulterte det i et roligere tempo som også førte til mer metthetsfølelse. Deltakerne mente at rådene var en god metode for mindre stress og atferdsendring relatert kosthold (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s. 802). Siste fase i endringsarbeidet er avslutningsfasen, hvor det er etablert nye vaner og en trygghetsfølelse av å ikke falle tilbake i gamle atferdsmønstre (Eide & Eide, 2019, s. 271). I lys av avslutningsfasen

skal sykepleier derfor sørge for veiledning under hele prosessen, som motiverer for etablering av nye vaner og gir en følelse av trygghet på at de kan følge disse vanene.

4.3 Metodikk for livsstilsveiledning

Av de inkluderte artiklene fra systematisk søk viser to til motiverende intervju (heretter kalt MI) som en metodikk for livsstilsveiledning (Best et al., 2017a; Bräutigam-Ewe et al., 2016). MI, også kalt motiverende samtale, er en metode som motiverer til atferdsendring (Helsedirektoratet, 2017), og kan hjelpe mennesker til livsstilsendring for å unngå sykdom (Kristoffersen, 2019d, s.387). Ifølge Best et al. (2017a, s.702) viste MI seg å være et nyttig verktøy i veiledningen om livsstilsendring for personer med fedme og infertilitet. Ved å styrke empowerment gjennom MI vil det bidra til at paret opplever en større kontroll over beslutningene og handlingene som tas for å endre atferd relatert til livsstil. I tillegg blir også Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) ivaretatt gjennom MI, fordi loven viser til vektleggingen av hva pasientene selv mener i utforming av helse- og omsorgstjenester. Med andre ord bestemmer pasientene selv hvordan de skal oppnå endring i egen livsstil. Sykepleier skal støtte pasienten i å ta helsefremmende valg (Orem, 1991 referert i Kristoffersen, 2019c, s. 20), noe som for øvrig styrker bruk av MI som metode.

Ifølge Best et al. (2017a, s. 690) viste studier til at MI under kosthold- og aktivitetsveiledning ikke nødvendigvis var assosiert med økt fødselsrate hos deltakerne. Studier som brukte MI under veiledning viste seg derimot å ha større vekttap og endring i BMI enn studier som ikke brukte metoden (Best et al.,2017a, s. 694). Det vil si at størst vekttap ikke nødvendigvis henger sammen med økt forekomst av graviditet, men at vekttap kan øke sannsynligheten for graviditet. Pasienter med fedme over behandlingsgrensen på fertilitetsklinikker er imidlertid avhengig av og gå ned i vekt for å få behandling i form av assistert befruktning. Med andre ord kan MI anses som en god metodikk sykepleieren kan ta i bruk for å hjelpe paret til livsstilsendring og vektnedgang, fordi paret ikke får behandling før de har oppnådd en medisinsk forsvarlig BMI. Studier som inkluderte MI hadde også mindre frafall av deltakere enn studier

uten metoden. Dette tyder på at motivasjon er et viktig element for etterlevelsen (Best et al., 2017a, s. 701).

De ulike fasene i MI-samtalen er å innlede og bestemme tema for samtale, utforske motivasjonen og holdning til forandring, fokusere på endring, avslutte samtalen og motivere for handling, og videre følge opp pasienten (Kristoffersen, 2019d, s.390). Ved bruk av MI styrer sykepleier samtalen ved å stille spørsmål som utforsker endring, og retter oppmerksomheten mot å forsterke det pasienten mener fører til positiv utvikling. Samtalen er personsentrert, som vil si at det er pasientenes syn på situasjonen og livsførsel som er hovedfokuset under samtalen (Ivarsson, 2017, s. 13). Målet med denne metodikken er å styrke konstruktive samtaler hvor personen får muligheten til å overtale seg selv til å bestemme seg for å utføre endring, og deretter planlegge hvordan det kan resultere i ønsket endring (Helsedirektoratet, 2017). Dette betyr at paret skal komme med egne forslag til endring. Denne evnen og muligheten til å ta initiativ til å ta vare på seg selv understøttes av Orem's teori om egenomsorg (Orem, 1991 referert i Kristoffersen, 2019c, s.20). Bräutigam-Ewe et al. (2016, s.795) viser at MI bidrar til et godt forhold mellom sykepleier og pasienten ved livsstilsveiledning. Deltakerne verdsatte bruk av MI som metode i veiledningen basert på at de følte seg sett og hørt av sykepleieren, noe som ga videre motivasjon for kostholds- og livsstilsendringer (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s.801). Oppgaven til veilederen er å styre samtalen slik at søkelyset kan rettes mot det pasienten mestrer allerede, samt mot positive erfaringer med å gjennomføre endringer tidligere i livet (Kristoffersen, 2019d, s.390). Mestring kan videre bidra til økt motivasjon for livsstilsendring og gi individet en opplevelse av empowerment, noe som er et sentralt begrep i helsefremming. Empowerment defineres av WHO som en prosess hvor folk oppnår en større kontroll over beslutninger og handlinger over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2020, s.239-240). MI hjelper pasienten å ta egne valg som gir de en følelse av at de selv er årsaken til at de ser resultater (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s.802). Det vil være en fordel å inkludere både kvinnen og mannen i parrelasjonen ved livsstilsveiledning, da det kan resultere i bedre etterlevelse, fordi partnere kan motivere hverandre (Best et al., 2017a, s.702).

Pasienter med fedme kan på bakgrunn av skyld og skam føle et behov for å forsvare seg og minimalisere problemet. Sykepleier skal i samtalen forsøke å lette på skamfølelsen (Øen, 2022, s. 76-77). Effekten av MI som metode påvirkes av sykepleierens relasjon til pasientene (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s.801). Det vil si at sykepleieren burde fokusere på å skape en god relasjon med paret under veiledning. Empati spiller en nøkkelrolle for gjensidig forståelse og god kontakt, samtidig som det skaper positiv energi og styrker relasjonen mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2019, s. 159). Sykepleier skal derfor være et godt medmenneske ved å anerkjenne parets følelser og vise forståelse overfor situasjonen. Ifølge Øen (2022, s.165) blir fedme assosiert med stigma og skam, og mange pasienter føler seg ikke godt nok ivaretatt av helsepersonell. Personer med fedme har erfart å bli møtt på en negativ og respektløs måte (Øen, 2022, s. 76). Sykepleier har derfor en viktig rolle i veiledning med denne pasientgruppen, og skal være bevisst på egne holdninger og kroppsspråk, slik at par på fertilitetsklinikken føler seg godt ivaretatt og ikke stigmatisert fordi de har fedme. Sykepleier kan også vise empati gjennom å aktivt lytte. Ikke-verbale signaler som kan fremstå bekreftende er nikkning, øyekontakt og å ytre "ja" eller "hm" (Kristoffersen, 2019d, s.388). De yrkesetiske retningslinjene viser til barmhjertighetsprinsippet og respekt, samt at sykepleier skal arbeide på en etisk og forsvarlig måte. Sykepleier skal samtidig understøtte pasientens håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund, 2019, avsn. 2-2). På bakgrunn av disse retningslinjene skal derfor sykepleiere ta til seg relevant kunnskap og være bevisst på hvordan de fremstår i veiledning.

For å fremme personens beslutning om endring kan MI med fordel kombineres med andre tilnærminger (Kristoffersen, 2019d, s.387). Ifølge Supramaniam et al. (2018, s.13) bør en helhetlig tilnærming brukes under livsstilsveiledningen, ettersom det bidrar par i å ta grep om eget velvære og livsstil ved bruk av åpen diskusjonsmåte. Dette understøttes i Orem's sykepleieteori om egenomsorg, fordi det vil være helt avgjørende å tilrettelegge forhold for aktivitet og utvikling om personens egenaktivitet er en forutsetning for å opprettholde velvære og helse (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.103). Sykepleier kan derfor bruke veiledning for å øke parets kunnskap og for å mestre egenomsorg. Sykepleier skal rette handlinger mot pasientens fysiske, sosiale, emosjonelle og åndelige behov for å styrke dette (Kristoffersen &

Nortvedt, 2019, s.103). Motiverende intervju som metode har også mange fellestrekk med pedagogisk veiledning (Kristoffersen, 2019d, s.340). Pedagogisk veiledning innebærer læring i betydning av personlig vekst og utvikling hos mottaker (Kristoffersen, 2019d, s.383). Dette betyr at sykepleier bør benytte MI som metodikk for å fremme pasientens personlige utvikling for at det skal resultere i livsstilsendring som vedvarer. Korte samtaler for å øke bevisstheten om behov for livsstilsendring og sette i gang endringsprosesser kan imidlertid være en enklere metodikk enn bruk av MI (Kristoffersen, 2019d, s.395). Derimot viser inkludert forskning og teorigjennomgang til MI som en god metodikk ved livsstilsveiledning.

Det viser seg at helsepersonell ofte mangler nødvendige kommunikasjonsferdigheter for å kunne bistå personen i livsstilsendring ved bruk av MI (Kristoffersen, 2019d, s.340). Resultatet av MI påvirkes da av hvor erfaren og trent helsepersonell er i metodikken (Bräutigam-Ewe et al., 2016, s.801). Sykepleier har behov for undervisning og oppfølging fra en mer erfaren person for å kunne gjennomføre MI slik metoden bør praktiseres (Östlund et al., 2015 referert i Kristoffersen, 2019d, s. 387). Veiledningens kvalitet kommer frem gjennom sykepleierens evne til å engasjere seg i pasientens situasjon. Det innebærer å forstå hva pasienten synes er vanskelig, hva pasienten ser på som viktig, samt stille gode spørsmål som kan bidra pasienten i å klargjøre egne tanker og ståsted. Basert på dette kan veiledningen bidra i å øke samsvar mellom kunnskap, verdier og handlinger i livet til pasienten (Kristoffersen, 2019d, s.385). Sykepleiere på fertilitetsklinikker må derfor ta til seg kunnskap om motiverende intervju som metode under veiledning for livsstilsendringer, samt innhente kunnskap om de effektene fedme har for oppnåelse av graviditet.

5.0 Konklusjon

Mange par som søker hjelp på fertilitetsklinikk, må gjennomføre livsstilsendring før de tilbys behandling. I møte med infertile par med fedme har sykepleier en viktig veiledende og undervisende rolle. Sykepleier skal informere paret om sammenhengen mellom fedme og infertilitet samt hvorfor de ikke får behandling før livsstilsendring er foretatt. For å styrke relasjonen mellom sykepleier og paret, skal sykepleieren være oppmerksom på egne holdninger og kroppsspråk under veiledningen, samt vise empati ved å aktivt lytte. For å lykkes i livsstilsendring er paret avhengig av å forbedre sine kostholds- og aktivitetsvaner. Derfor må sykepleier veilede i endringer relatert til kosthold- og aktivitetsmønstre. Sykepleier bør anbefale et redusert inntak av kalorier og en mer aktiv hverdag, fordi det kan øke sannsynligheten for spontan graviditet samt vellykket assistert befruktning ved behandling. Sykepleier kan veilede gjennom spesifikke råd som kan senke stress og endre atferd relatert til måltider. Rådene innebærer blant annet planlegging av matinnkjøp, jevnlig måltider i løpet av dagen, og å legge bestikket ned mellom hver munnfull.

Motiverende intervju (MI) viste seg å være en effektiv metode sykepleier kan bruke ved livsstilsveiledning til personer med fedme og infertilitet. Metoden fokuserer på hva paret selv ønsker å utføre av livsstilsendring. Intervensjoner som bruker MI i veiledning viste seg å resultere i flere vekttap, som videre kunne føre til behandling og en eventuell graviditet. Suksessen av MI er avhengig av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter og tidligere erfaringer med bruken av verktøyet. Sykepleier vil trenge opplæring i metoden for å kunne anvende den i praksis. Andre metodikker, som korte samtaler og helhetlig tilnærming med åpen diskusjonsmåte, kan anvendes alene eller kombinert med MI i veiledning.

Oppsummert kan sykepleiere ved bruk av motiverende intervju og helhetlig tilnærming med åpen diskusjonsmåte veilede par med fedme om livsstilsendring. Sykepleieren vil trenge opplæring i metodikkene for å kunne anvende de til god praksis. Innholdet i veiledningen bør fokusere på atferdsendring, spesifikke råd relatert til måltid og kostvaner, sammenhengen mellom fedme og infertilitet samt behandlingsbegrensningene innen fertilitetstilbud som

konsekvens av forhøyet BMI. Veiledningen er også avhengig av at informasjonen tilpasses kvinnen og mannens forutsetninger.

6.0 Referanser

- Bendiksen, R. B. (2019). Befruktning og fosterutvikling. I Hagtvedt, M. L. & Holan, S. (Red.), *Det nye livet* (s.21-38), (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Best, D., Avenell, A. & Bhattacharya, S. (2017a). How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or obese? A systematic review and meta-analysis of the evidence. *Human reproduction update*, 23(6), 681–705. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx027>
- Best, D., Avenell, A., Bhattacharya, S., & Stadler, G. (2017b). New debate: is it time for infertility weight-loss programmes to be couple-based?. *Human reproduction*, 32(12), 2359-2365. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex313>
- Biermann, K.U. (1996). Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: en innføring. (Skriftserie 1/95). Høgskolen i Oslo.
- Bioteknologiloven. (2003). *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.* (LOV-2003-12-05-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100>
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleierens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I Brataas, H. V. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis - Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s.18-29). Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H., Evensen, A. E. & Ingstad, K. (2020). Pedagogisk praksis i sykepleie. I Brataas, H., Evensen, A. E. & Ingstad, K. (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie*. (s.16-26). Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. & Evensen, A. E., (2020). Modell for pasientundervisning. I Brataas, H., Evensen, A. E. & Ingstad, K. (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie*. (s.75-93). Gyldendal Akademisk.
- Bräutigam-Ewe, M., Lydell, M., Månsson, J., Johansson, G., & Hildingh, C. (2017). Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 795–804. <https://doi.org/10.1111/jocn.13532>
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems model i praksis*. Munksgaard.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hanevik, H. I., Kjotrød, S., Nordbø, O., Oldereid, N. B. & Olsen, I. T. (2021). *Infertilitet og fertilitetsbehandling*. Norsk gynekologisk forening Veileder i gynekologi. Hentet 9. februar 2023 <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/infertilitet-og-fertilitetsbehandling/>
- Helsedirektoratet (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne - Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* (IS-1735). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksene>
- Helsedirektoratet. (2022, 6. april). *Vurdering av egnethet ved assistert befruktning*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/vurdering-av-egnethet-ved-assistert-befruktning>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
- Helsedirektoratet. (2016, 24. oktober). *Kostrådene og næringstoffer*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer>
- Helsenorge. (2021, 15. april). *Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/>
- Homan, G. & Norman, R. J. (2009) Couples perception regarding how lifestyle might affect fertility: Results of a pilot study. *Australian journal of advanced nursing*, 26(4),77-86. https://www.researchgate.net/publication/242216884_Couples_perception_regarding_how_lifestyle_might_affect_fertility_Results_of_a_pilot_study
- Irgat, S. I. & Bakirhan, H. (2022). The effect of obesity on human reproductive health and foetal life. *Human fertility*, 25(5), 860–871. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1928774>
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI Motiverende samtaler*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2019). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (s.89-138), (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2019a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I Kristoffersen, N. J.,

Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (s.29-87), (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2019b). Livsstil og endring av livsstil. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug,

E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (s.295-348), (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2019c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (s.16-80), (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2019d). Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F.,

Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (s.349-406), (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kildekompasset. (u.å). *Kildekritikk*. Hentet 27.01.2023 fra

<https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kunnskapsbasertpraksis.no (2021a, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Kunnskapsbasertpraksis.no (2021b, 30. september). *PICO*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Kunnskapsbasertpraksis.no (2021c, 17. september). *Sjekkliste*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

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

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

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.).

Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2

Seljeftot, E. B. (2022, 5. mai). *Infertilitet: Definisjon*. Norsk Elektronisk Legehåndbok.

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/infertilitet>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* LOV-1999-07-02-61.

Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#%C2%A72-2

Supramaniam, P. R., Mittal, M., McVeigh, E. & Lim, L. N. (2018). The correlation between raised body mass index and assisted reproductive treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis of the evidence. *Reproductive health*, 15(1), 34.

<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0481-z>

Søk&Skriv. (2022, 23. september). *Søketeknikker*.

<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#friteksts%C3%B8k>

Tanbo, T., Åbyholm, T. & Molne, K. (2015). Det infertile par. I J. M. Maltau, K. Molne & B.- I.

Nesheim (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg, s. 298-306). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2020). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon. I Å.

Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 237-258). Fagforlaget.

Ueland, V. (2019). Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme.

Sykepleien Forskning, 14, e-77012. [10.4220/Sykepleienf.2019.77012](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012)

World Health Organization. (2021, 9. juni) *Obesity and overweight*. WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Health Organization. (2022, 16. september). *Noncommunicable diseases*. WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-disease>

Øen, G. (2022). *Sunn framtid ved overvekt: Forebygging, samarbeid og kommunikasjon med barn, ungdommer og familier*. Fagbokforlaget.

Ønskebarn. (u.å). *Assistert befruktning*. Hentet 27.01.2023 fra <https://onskebarn.no/assistert-befruktning/>

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeprosessen

Database/ dato for søk	Søkeord	Avgrensning	Treff	Vurderte artikler
Cinahl 26/01-23	(MH Fertility AND MH Obesity)	Academic journals 2013-2022 English	47	<p>“Male partners of subfertile couples in which the spouse is obese display adverse weight and lifestyle associated with reduced sperm quality.”</p> <p>“Effects of obesity treatment on female reproduction: results so not match expectations.”</p> <p>“Lifestyle, environment, and male reproductive health.”</p>
Cinahl 27.01.23	(MH Infertility) AND (MH Obesity OR KEY Overweight) AND (MH Reproductive Health)	Academic journals 2013-2023 English	18	<p>“The effect of obesity on human reproductive health and foetal life.”</p>
Cinahl 08.02.23	(KEY Overweight) AND (KEY Shame*)	Academic journals 2013-2023 English	56	<p>“How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or obese.”</p>

				<p>“The influence of male and female overweight/obesity on IVF outcomes: a cohort study based on registration in Western China”</p>
<p>Cinahl 17.02.23</p>	<p>((MH Infertility OR KEY Infertility) OR (MH Fertility OR KEY Fertility)) AND ((MH Counseling OR KEY Counseling) OR (MH Guidance) OR (MH Motivation OR KEY Motivation)) AND ((MH Weight loss OR KEY Weight loss) OR (MH Obesity OR MH Obesity) OR (KEY Overweight))</p>	<p>Academic journals 2013-2023 English</p>	<p>41</p>	<p>“The correlation between raised body mass index and assisted reproductive treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis of the evidence.”</p> <p>“The impact of lifestyle behaviors on infertility treatment outcome.”</p> <p>“Determinants of successful lifestyle change during a 6-month preconception lifestyle intervention in women with obesity and infertility.”</p> <p>“Feasibility of a brief, intensive weight loss intervention to improve reproductive outcomes in obese, subfertile women: a pilot study.”</p> <p>“The influence of paternal overweight on sperm chromatin integrity, fertilization rate and pregnancy outcome among</p>

				<p>males attending fertility clinic for IVF/ICSI treatment.”</p> <p>“Preconception Evaluation Before In Vitro Fertilization.”</p> <p>“Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Obesity, Reproduction, and Pregnancy Outcomes.”</p> <p>“Systematic review and meta-analysis of the impact of preconception lifestyle interventions on fertility, obstetric, fetal, anthropometric and metabolic outcomes in men and women.”</p>
<p>Cinahl 17.02.23</p>	<p>(MH Motivational interviewing OR KEY Motivational interviewing) AND (KEY Nurs*) AND ((Weight loss KEY OR Weight loss) OR (KEY Obesity OR MH Obesity) OR (KEY Overweight))</p>	<p>Academic journals 2013-2023 English Age 19-44</p>	14	<p>“Dietary advice on prescription: experiences with weight reduction program.”</p> <p>“Primary care nurses' communication and its influence on patient talk during motivational interviewing.”</p>

Medline 26.01.23	(Motivational interviewing AND Life Style)	Academic journals 2013-2023 English	91	“Motivational interviewing in obese women with polycystic ovary syndrome - a pilot study.”
Medline 01.02.23	Motivational Interviewing AND “Nurse*” AND “Lifestyle”	Academic journals 2013-2023 English	16	“Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle”
Medline 08.02.23	(MH Obesity) AND (MH Life Style) AND (MH Counseling) AND (MH Weight Loss)	Academic journals 2013- 2023 English	28	“Lifestyle intervention has a beneficial effect on eating behavior and long-term weight loss in obese adults” “A Qualitative Study of Participant Engagement With a Weight Loss Intervention” “Determinants of successful lifestyle change during a 6-month preconception lifestyle intervention in women with obesity and infertility”
Medline 14.02.23	(KEY Nurs*) AND (KEY Guidance OR MH Counseling) AND (KEY Lifestyle)	Academic journals 2013-2022 English Age 19-44	134	“Setting goal and implementation intentions in consultations between practice nurses and patients with overweight or obesity in general practice.”

<p>Medline 03.03.23</p>	<p>(MH Obesity) AND (MH Life style OR KEY Lifestyle) AND (Infertility, female OR Infertility, Male)</p>	<p>Academic journals 2013-2022 English Age 19-44</p>	<p>38</p>	<p>“Randomized Trial of a Lifestyle Program in Obese Infertile Women”</p> <p>“Association between periconceptional weight loss and maternal and neonatal outcomes in obese infertile women”</p> <p>“Male partners of subfertile couples in which the spouse is obese display adverse weight and lifestyle associated with reduced sperm quality.”</p> <p>“Effects of a preconception lifestyle intervention in obese infertile women on diet and physical activity; A secondary analysis of a randomized controlled trial.”</p>
------------------------------------	---	--	-----------	---

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av én oversiktsartikkel

Vi har benyttet sjekklister for alle de fire inkluderte forskningsartiklene. Her er en utfylt sjekkliste for én oversiktsartikkel. Tittel: "How effective are weight-loss interventions for improving fertility in women and men who are overweight or obese".

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Artikkelen har gode inklusjons- og eksklusjonskriterier for hva som inkluderes i studien. Det er søkt etter både kvantitative og kvalitative studier.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det ble gjort søk fra 1. januar 1966 - 19. mars 2016, og søkene har blitt gjort på flere relevante databaser. Det ble ikke satt språkbegrensninger, og studier inkluderes uavhengig om de var publisert. Derfor er det stor sannsynlighet for at alle relevante studier ble inkludert i denne systematiske oversikten frem til 2016. Det kan også ha blitt utført nye studier etter mars 2016, som vi ikke har fått innsikt i.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det ble brukt Cochrane Risk of Bias Tool som sjekkliste for og vurdere den metodiske kvaliteten til de inkluderte randomiserte studiene, og en sjekkliste fra Review Body for Interventional Procedures som vurderte kvaliteten på de ikke-randomiserte studiene. Vi

vrurderer sjekklisterne som brukt fornuftig, da de har vurdert risikoen for skjevheter. Dataen ble trukket ut av en person, og vurdert av en annen. En tredje anmelder var tilgjengelig ved behov.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det er klart hvilke sammenligninger som ble utført. Statisk heterogenitet ble undersøkt ved en visuell inspeksjon av skogstometer. Forfatterne har beskrevet analysemetoden de har brukt. En random effect ble brukt istedefor fixed effekt i metaanalysen, på grunn av uunngåelig populasjons- og intervensjons heterogenitet som var forventet i intervensjoner for vekttap.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Kommentar: Hovedkonklusjonen er godt forståelig. Det ble inkludert 14 randomisert kontrollert studier, og seks ikke-randomisert kontrollert studier og 20 kohortstudier i denne oversiktsartikkelen. Resultatene er fremstilt etter blant annet gjennomsnittsforskjell (mean difference) og etter relativ risikoreduksjon (RRR).

7. Hvor presise er resultatene?

Kommentar: Studien viser tydelig at vekttapsintervensjoner i form av kosthold og trening, og en kombinasjon av de, resulterer i vekttap og har en sammenheng med fertilitet.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Resultatene fra studien kan overføres til praksis, fordi populasjonen som deltok i studien samsvarer med pasientgruppen som rettes fokus på i denne oppgaven, altså kvinner og menn med fedme og infertilitet som søker hjelp på fertilitetsklinikk. Artikkelen beskriver også kliniske anbefalinger om blant annet undervisning om fedmes effekt på infertilitet, kostholds- og aktivitetsråd, samt metodikk for veiledning av denne pasientgruppen. Resultatene er overførbare og betydelige for videre praksis.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ikke noen vesentlige mangler.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det vil være en rimeligere kostnad å anbefale livsstilsintervensjoner i form av kostholds- og aktivitetsråd for å øke sannsynligheten for spontan graviditet og vellykket behandling. Det kan redusere fertilitetsbehandlinger og kostnadene som er relatert til mislykket graviditetsforsøk.

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Denne sjekklisten benyttes for den inkluderte artikkelen som hadde en kvalitativ metode. Tittel: "Dietary advice on prescription: experiences with weight reduction program".

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien sin problemstilling var klart formulert. Studiens hensikt var å finne ut hva deltakernes erfaringer med vektnedgang var og hvordan de er erfarte å delta i et vektreduksjonsprogram.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, studien har som mål å belyse deltakernes erfaringer og opplevelser ved et vektreduksjonsprogram.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, det beskrives at en kvalitativ studie gir andre svar enn effekten av intervensjonen, og gir deltakerne mulighet til å uttrykke og dele erfaringer.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, det er gjort godt rede for hvem som ble valgt ut som deltakere, hvordan de ble valgt og hvorfor. Alle deltakerne valgte å delta og det var ingen som meldte seg ut av studien underveis.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, det ble samlet inn data gjennom en spørreskjemaundersøkelse med fem åpne spørsmål for å sørge for fleksible svar om hvordan deltakerne erfarte kostholdsprogrammet. Måten dataene ble samlet inn på er beskrevet og forskerne diskuterte også datametning.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, for å få en helhetlig forståelse av dataene ble de skriftlige svarene lest gjennom flere ganger i analysen. For å styrke troverdigheten i svarene ble de diskutert i en tverrprofesjonell gruppe. Denne studien er fra Sverige, og forskerne beskriver at oversettelsen til engelsk er gjort etter data analysen. Forskerne har vurdert sin egen rolle ved å ha en forhåndsforståelse av egen kompetanse, og hvordan den kan påvirke tolkningen av resultatene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Etiske forhold har blitt vurdert, og har fått tillatelse av etisk komité.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien brukte deskriptivt kvalitativt forskningsdesign med en induktiv tilnærming. Analysen ble delt opp i ulike kategorier. Det er brukt sitater som støtter de innsamlede dataene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskingen har trukket inn andre kilder for å underbygge funnene.

Troverdigheten til resultatene ble styrket ved at en tverrfagelig gruppe møttes flere ganger for å diskutere og møte konsensus.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Ja, forskerne forklarer hvordan deres studie er verdifull i forbedring av deltakernes erfaringer i fremtidige vektreduksjonsprogram. Forskerne har diskutert og sammenlignet sine funn opp mot relevant forskningsbasert litteratur.