

# Sykepleiers rolle i møte med overvektige unge

*Hvordan kan sykepleier bidra til å motivere overvektige unge  
til livsstilsendring?*



Kandidatnummer: 1047

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull: 11sykkel

Antall ord: 10 911

Dato: 13.03.14

## **Sammendrag**

Denne oppgava tar for seg overvektige unge som er henvist til spesialisthelsetjenesten for behandling av overvekt. Formålet med oppgava er å utvide forståelsen for hvordan sykepleier kan bidra til motivasjon for livsstilsendring, som er primærbehandlingen hos overvektige unge. Gjennom et kvalitativt intervju, samt litteratur og forskning, har jeg søkt å få mer innsikt i fedmeproblematikkens kompleksitet, og hvordan ulike virkemiddel og intervensjoner kan påvirke den unges motivasjon etter hvor den er i endringsprosessen. Endringsprosessen bygger på James Prochaska og Carlos DiClementes endringsmodell.

Funnene synliggjør ulike aspekter ved hvordan sykepleier, gjennom handlingskompetanse og relasjonskompetanse, kan bidra til å skape motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge. Sentralt for motivasjonsarbeidet er at det bygges en tillitsfull relasjon gjennom respekt, varsomhet, anerkjennelse og åpenhet. Videre bør sykepleier være faglig dyktig, arbeide målbevisst og ha evnen til å anvende sin kunnskap på en måte som styrker den unges ressurser og fremmer mestring.

## Innhold

<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	5
1.3 Avgrensning og presisering av oppgavefokus .....	6
1.4 Definisjon av sentrale begreper .....	7
1.5 Relevans for sykepleie .....	8
1.6 Disposisjon på oppgava .....	9
<b>2 Teori.....</b>	<b>10</b>
2.1 Overvekt hos unge .....	10
2.1.1 Forekomst.....	10
2.1.2 Utvikling av overvekt.....	10
2.1.3 Konsekvenser av overvekt .....	12
2.1.4 Overvekt som trussel mot helse .....	12
2.2 Livsstilsintervensjoner ved overvekt .....	13
2.2.1 Fysisk aktivitet .....	13
2.2.2 Råd om fysisk aktivitet til overvektige unge.....	13
2.2.3 Kosthold .....	14
2.2.4 Råd om kosthold til overvektige unge.....	14
2.2.5 Atferdsendring.....	15
2.3 Joyce Travelbee's sykepleieteori .....	15
2.3.1 Travelbee's syn på lidelse .....	16
2.3.2 Sykepleieutøvelsens to dimensjoner .....	16
2.3.3 Travelbee om viktigheten av kommunikasjon .....	16
2.4. Endringsprosessen .....	17
2.4.1 Ambivalens.....	18
2.4.2 «Endringsfokuserte ytringer» .....	18
2.4.3 Motiverende samtale .....	19
2.4.4 Virkemiddel i endringsprosessen .....	19
2.5 Motivasjon .....	20
2.5.1 Målsettinger.....	20
2.5.2 Mestringsforventning .....	20
2.5.3 Myndiggjøring.....	21

2.6 Relasjonskompetanse.....	21
2.6.1 Tillit.....	22
2.6.2 Respekt.....	22
2.6.3 Visdom.....	22
2.7 Hva sier forskning om å skape motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge?.	23
<b>3 Metode.....</b>	<b>24</b>
3.1 Valg av metode.....	24
3.2 Metodebeskrivelse.....	25
3.3 Analyse av intervju.....	26
3.4 Metodekritikk og etiske overveielser.....	26
3.5 Andre kilder.....	27
<b>4 Funn.....</b>	<b>29</b>
4.1 Hvordan kan sykepleiers handlingskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?.....	29
4.2 Hvordan kan sykepleiers relasjonskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?.....	31
<b>5 Analyse og drøfting.....</b>	<b>33</b>
5.1 Å besitte fagkunnskap for å forstå den enkelte.....	33
5.2 Forstå den unges endringsprosess og «time» intervensjoner.....	34
5.3 Konkrete mål, mestringserfaringer og målbevisst jobbing.....	35
5.4 Bruk av praktiske virkemiddel.....	36
5.5 Innsikt i den unges selvforståelse og overvektens subjektive konsekvenser.....	38
5.6 Fremme beslutningstaking og bygge mestringstro gjennom kommunikasjon og motivasjonssnakk.....	40
5.7 Bygge en tillitsfull relasjon.....	41
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>43</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg: Intervjuguide.....</b>	<b>53</b>

## 1 Innledning

Folkehelse er i vinden. «Birken» var fulltegna 97 sek. (!) etter at påmeldinga åpnet (Fossum 2011). Kanskje ikke så rart, når det er vist at Birkebeinere lever lenger enn folk flest (Heggelund 2011). «Puls-Yngvar» viser hvordan du kan bli vel trent hjemme i stua ved hjelp av stuebordet og din bærbare PC (Engen 2014). Og ellers merkes det turstier, kjøres opp skiløyper og opprettes «Tjukkasgjenger» over hele landet (Sveen og Christiansen 2012). Livsstil og folkehelse preger debatter og nyhetsbildet. Informasjon og tilrettelegging har aldri vært bedre. Rådene er mange og det fins dietter for det meste.

Parallelt med økt medietrykk på sunnhet og helse blir det meldt om alarmerende overvektstall blant barn og unge (Hansen 2014), og debatten går høylydt om hvem som har skylda (Bergmo 2009). Fedmeepidemien blir sett på som en av våre største trusler mot folkehelsen, og det tas såpass seriøst at en barnehage i Vestfold dropper brunosten for å skape bedre kostholdsvaner blant barna (Gaustad 2014). Fedme er en stor samfunnsbelastning med betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser (Helsedirektoratet 2010:64). På nasjonalt plan ses derfor statlige satsinger som «Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet» - hvor Stortinget gjennom åtte departementer vektlegger viktigheten av samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå i arbeidet for bedre folkehelse (Regjeringen 2008), Folkehelseloven 2012 og Stortingsmelding 34: «Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar» (Meld. St. 34 (2012-2013)). Helsedirektoratet melder om en helsepolitisk holdningsendring, og de nasjonale satsingene rettes mot både samfunn og enkeltindivid (Helsedirektoratet 2010:8).

Overvekt er krevende å behandle, både for helsepersonell og pasient (ibid.:3). Det er behov for økt kompetanse gjennom bred belysning av problematikken, slik at man kan gi personer med overvekt et kvalifisert og kunnskapsbasert vurderings- og behandlingstilbud (ibid.:8).

### 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Jeg har tro på en sammenheng mellom kropp og sinn, og at tanker, følelser og atferd påvirker hverandre, og opplevelsen av helse og livskvalitet. Overvekt som fenomen er komplekst.

Gudbjørg Øen forteller i boka «Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse» at overvektige barn rapporterer redusert selvopplevd livskvalitet, og er sterkt representert også for andre helseproblemer av både fysisk og psykisk art (2012:23). Øen sier videre at overvekt og fedme ikke bærer den verdighet som andre lidelser bærer, og at fordommer, stigmatisering og nedvurdering av overvektige fortsatt er levende og sosialt akseptert i vårt samfunn (2012:107). Det gjør meg nysgjerrig på hvordan jeg kan utøve sykepleierrollen på en måte som fremmer «Mestring, muligheter og mening» (Meld. St. 25 (2005-2006))! Jeg tror man som fagperson kan utgjøre en stor forskjell – men det krever kløkt og klokskap. Jeg har stor tro på enkeltmenneskets muligheter og endringspotensiale! På bakgrunn av dette ble mitt valg av tema:

### *Sykepleiers rolle i møte med overvektige unge*

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Fysisk aktivitet, kosthold og atferdsendring er hjørnesteinene i all fedmebehandling (Helsedirektoratet 2011a:474). Men til tross for enorme mengder forskning, fortsetter fedmeproblemet å øke i omfang, noe som indikerer at kunnskapen fortsatt er mangelfull (Øen 2012:286). Ethiske utfordringer synes innvevd i fedmeproblemet, og spørsmålene om skyld og ansvarsfordeling blir sett på som medvirkende til at man ikke har kommet nærmere en løsning (ibid.). Helsepersonell opplever stadig å komme til kort i behandlingen (ibid.:218).

Helsedirektoratet presiserer viktigheten av å flytte fokus fra skam til mestring (Helsedirektoratet 2010:8).

Bakgrunnen for at den unge er henvist til spesialisthelsetjenesten kan være svært forskjellig. Noen har ventet på dette lenge, og er forventningsfulle. Andre har motvillig blitt henvist fra helsesøster eller fastlege. Noen har kanskje kommet dit etter at barnevernet har grepet inn i familien. Bakgrunnene er forskjellige – de unge er forskjellige – og motivasjonen er forskjellig. Motivasjon er en forutsetning for endring, og motivasjonen er påvirkelig gjennom tanker, følelser, erfaringer og refleksjon (Øen 2012:218). Å arbeide med motivasjon er derfor sentralt i behandlingen av overvektige unge (ibid.:199). Det har ledet til problemstillinga:

### ***Hvordan kan sykepleier bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?***

For å motivere overvektige unge til livsstilsendring trenger sykepleier kompetanse på flere felt. For å synliggjøre dette har jeg brukt to ulike aspekt ved kompetansebegrepet, presentert som to forskningsspørsmål. Jeg vil bruke begrepet «handlingskompetanse» om kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for å utøve et yrke på en faglig forsvarlig måte (Aubert og Bakke 2008:22). I oppgava vil det omhandle kunnskap om overvekt, livsstilsintervensjoner, endringsprosesser og motivasjon. Relasjonskompetanse ses ikke på som et separat kompetansefelt, men gjennomsyrrer alle handlingselementene i yrkesutøvelsen og er en integrert del av den samlede yrkeskompetansen (ibid.:23). Jeg vil i oppgava bruke begrepet «relasjonskompetanse» om den evne til forståelse, kommunikasjon, samhandling og relasjonsbygging som kan bidra til å utløse og forsterke ressurser hos klienten. Dette har ledet til forskningsspørsmålene:

### ***Hvordan kan sykepleiers handlingskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?***

### ***Hvordan kan sykepleiers relasjonskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?***

## **1.3 Avgrensning og presisering av oppgavefokus**

I oppgava tar jeg for meg overvektige unge, 13-18 år, som er henvist til spesialisthelsetjenesten. Kriteriene for henvisning er diagnosen «alvorlig fedme», med iso-KMI > 35 eller iso-KMI > 30 med tilleggslidelser (Helsedirektoratet 2010:31). Henvisning til spesialisthelsetjenesten er det øverste tiltaksnivået (tiltaksnivå 4 på en skala fra 1-4) i behandlingen av overvekt og fedme hos barn og unge (ibid.). Hos noen trengs en vurdering av behov for medisinsk eller kirurgisk behandling. For noen er det aktuelt med lav-energi-dietter.

Det er imidlertid knyttet mye usikkerhet til dette (Handeland, Juliusson og Simonsen 2009). For alle gjelder de generelle behandlingsprinsippene rettet mot kosthold, fysisk aktivitet og atferdsendring, og det er dette oppgava vil ta for seg.

Av hensyn til oppgavas omfang og tidsdimensjon, har jeg måttet avgrense. Familieinvolvering er sentralt i behandling av fedme hos barn, men økt selvstendighets- og modningsnivå gir større ansvar til den unge (Helsedirektoratet 2010:33). Det er anbefalt å jobbe med overvektige ungdom individuelt og i gruppe, og ha mindre fokus på familieinvolvering (Steinsbekk og Danielsen 2010). Jeg vil derfor ikke fokusere på familieinvolvering i oppgava. Overvekt hos unge blir sett på som komplekst, og man leter etter «løsningen» på problemet (Øen 2012:286). Tilbakefall er forventet i endringsprosesser, og det bør jobbes for å motvirke dette (Helsedirektoratet 2011a:90). Jeg tar likevel ikke for meg tilbakefall i oppgava. Jeg har forsøkt å belyse noe av overvektskompleksiteten for å øke forståelsen av at motivasjonsarbeidet krever bred kompetanse og flere innfallsvinkler. Det understrekes at det ikke er noen lettvinte løsninger på problemet.

## 1.4 Definisjon av sentrale begreper

**Alvorlig fedme:** KMI > 35 (WHO 2014)

**Barnevekststudien:** En landsomfattende studie som Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og WHO startet i 2008, hvor man overvåker utviklingen av høyde, vekt og livvidde blant norske 3.klassinger over tid (Folkehelseinstituttet 2013)

**Fedme:** KMI > 30 (WHO 2014)

**HUNT3:** «Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag» er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning, noe som gjør HUNT til en betydningsfull samling av helsedata både nasjonalt og internasjonalt (Meld. St. 34 2012-2013).



**Iso-KMI:** Kjønn- og aldersjustert kroppsmasseindeks basert på at barn og unge er i vekst og utvikling. Følger de samme grenseverdiene som for voksne (Folkehelseinstituttet 2012b)

**KMI/BMI:** Kroppsmasseindeks/Body Mass Index, finnes ved ligningen (vekt/høyde<sup>2</sup>) (WHO 2013)

**Overvekt:** KMI > 25 (WHO 2014)

## 1.5 Relevans for sykepleie

Fedme er en åpenbar risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer og lidelser, både fysiske og psykiske (Helsedirektoratet 2010:54). Behandling av barn og unge som allerede har utviklet fedme er nødvendig for å hindre videre utvikling av sykdom (ibid.). Blant de unge som får et behandlingstilbud, ser man stort frafall (Øen 2012:214). Det er vist at er man overvektig som ung, har man signifikant større sannsynlighet for å utvikle fedme i voksen alder (ibid.). Forskning viser samtidig at helsevaner som etableres tidlig har større sannsynlighet for å vare ut i voksenlivet, og unge har større evne til livsstilsendring sammenlignet med voksne (Steinsbekk og Danielsen 2010). Det underbygger viktigheten av tidlige intervensjoner.

Det viser seg imidlertid at helsepersonell har vanskeligheter med å vite hvordan de skal møte overvektsproblematikk hos unge, og de uttrykker mangel på veldokumenterte effekter av intervensjoner (Øen 2012:194). Mange fagfolk uttrykker også usikkerhet rundt hvordan fokus på vekt og kropp kan føre til et usunt forhold til kropp og mat (Øen og Stormark 2012:131). Dessuten er det sprikende oppfatning av hva overvekt er, også blant helsepersonell. Noen mener fedme skyldes latskap, og derfor er selvforskyldt (Øen 2012:284). Ulike syn stiller spørsmål ved om overvektsproblematikken er et ansvarsområde for helsetjenesten, og i hvilken grad pasienter med en negativ livsstil bør ha lavere prioritet når det gjelder helsetilbud (ibid.:194). Forskning viser at helsepersonell bidrar til stigmatisering av overvektige (Borge, Christiansen og Fagermoen 2012). Dette strider imot sykepleiens grunnlag slik det står nedfelt

i Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (2011), og kompliserer behandlingsprosessen. Yrkesetiske Retningslinjer sier i § 1.1 at sykepleiere har et særlig ansvar for «å ivareta en helhetlig omsorg for den enkelte pasient». § 1.3, 1.4 og 1.5 vektlegger sykepleiers ansvar for å utøve en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis, oppdatere seg på forskning og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (ibid.).

## **1.6 Disposisjon på oppgava**

Oppgava vil ta for seg teori om overvekt og livsstilsintervensjoner. Videre presenteres en sykepleieteoretiker jeg mener belyser oppgavas problemstilling på en interessant og relevant måte, før det kommer teori om endringsprosesser, motivasjon og relasjonskompetanse. Deretter beskriver jeg metoden jeg har brukt for å samle inn data, for så å presentere funnene. Analyse og tolkning av funnene i lys av relevant litteratur, forskning og egenrefleksjoner vil skje i drøftingsdelen. Til slutt har jeg en konklusjon som oppsummerer kunnskapen som har blitt presentert på bakgrunn av problemstillinga.

## **2 Teori**

### **2.1 Overvekt hos unge**

Fedme kan svært forenklet defineres som en omfattende fettakkumulering som kan gi helsemessige konsekvenser (WHO 2013). For å ha en klar og tydelig definisjon på overvekt og fedme, har WHO utarbeidet grenseverdier etter en BMI-tabell (se punkt 1.4). Barn og unge klassifiseres etter «iso-KMI» (Folkehelseinstituttet 2012b).

#### **2.1.1 Forekomst**

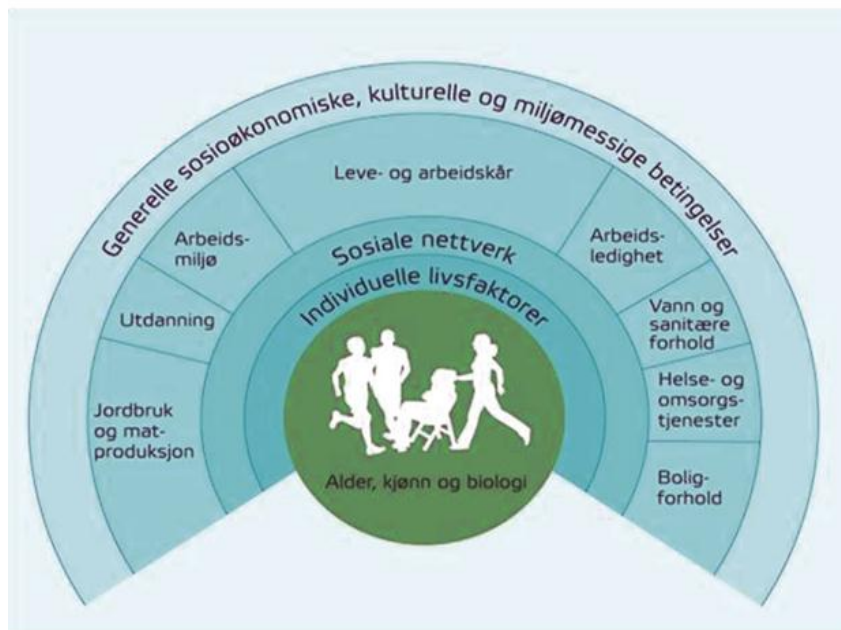
Globalt har antallet overvektige doblet seg siden 1980, og overvekt anslås å være verdens 5. største risikofaktor for død (WHO 2013). Folkehelseinstituttet kan gjennom Barnevekststudien fra 2012 melde at 16 % av norske 3.klassinger lider av overvekt og fedme (Folkehelseinstituttet 2013). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) fra 2008, har funnet at nærmere 2/3 av nordmenn over 20 år har en BMI på over 25 (Meld. St. 34 2012-2013), grensa for det WHO definerer som overvekt.

#### **2.1.2 Utvikling av overvekt**

Forenklet kan man si at når inntatt energi overskrider brukt energi, vil vekten gå opp (Øen og Stormark 2012:132). Årsakene til overvekt hos unge ses på som en dynamisk prosess, der atferd, kognisjon og emosjonsregulering påvirker hverandre i et samspill med biologi og kontekst (ibid.). Gener er en risikofaktor for fedme, men miljøet avgjør om det utvikler seg (Jåtun 2012:69). Det er en høyere forekomst av overvekt og fedme i familier med lav sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet 2010:10). Familiens holdninger og vaner ses på som den viktigste premissleverandøren for barn og unges livsstil og helse (Mæland m.fl. 2011:63). «Valgene vi gjør, gjøres i en sammenheng som avgrenser mulighetene vi har», sier Jåtun når

han skal forklare strukturelle og miljømessige årsaksfaktorer bak overvekt og fedme (2012:61). Han snakker videre om «det fedmefremmende samfunnet», hvor infrastruktur, skolehverdag, arbeidsliv og fritid legger til rette for inaktivitet (ibid.:69). I den vestlige verden har vi i dag kontinuerlig tilgang på kaloririk mat med mye sukker og fett, hvilket forklares som en tilgjengelighetsstyrt overspising. Overspising kan også være emosjonelt styrt (kjedsomhet, regulering av negative følelser) eller restriktivt styrt (ignorering av sultsignal, sensitivitet for ytre stimuli, overspising og skyldfølelse) (Helsedirektoratet 2010:26). Psykiske lidelser kan utgjøre en disponerende faktor for fedmeutvikling.

Kompleksiteten i ulike påvirkningsfaktorer på helse kan illustreres gjennom «Den sosiale helsemodellen», som indikerer sterkere påvirkningskraft jo nærmere sentrum (enkeltindividet) man kommer.



Den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren 1991)

### **2.1.3 Konsekvenser av overvekt**

Fedme innebærer en rekke metabolske risikofaktorer, som diabetes type II, hormonforstyrrelser, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk og dyslipidemi, og vektrelaterte, som belastningslidelser i vekt bærende ledd (artrose), muskelplager og nedsatt fysisk kapasitet (Helsedirektoratet 2011a:471). Fedme gir fysiske begrensninger i dagliglivet, som vansker med deltakelse i aktiviteter, vansker med å finne klær som passer og vansker med utførelse av vanlige gjøremål (Helsedirektoratet 2010:30).

Fedme øker risikoen for forstyrret spiseatferd, og vanlige psykiske lidelser er depresjon, angst og spiseforstyrrelser (Steinsbekk og Danielsen 2010). Mange sliter også med sosiale vansker, lav selvfølelse, tristhet, atferdsvansker, ensomhet og stress. Lav selvaktelse gir redusert livskvalitet, og blant overvektige unge er det vanlig med sterk misnøye og skam rundt egen kropp (ibid.). For svært mange er den psykiske belastningen verre å leve med enn de fysiske plagene (Helsedirektoratet 2011a:471). Fordommer, nedvurdering og stigmatisering av overvektige preger samfunnet vårt, bidrar til at mange ser på seg selv med fiendtlighet og selvforakt (Øen 2012:107), og kan virke forsterkende på videre overvektsutvikling (Helsedirektoratet 2010:25).

### **2.1.4 Overvekt som trussel mot helse**

WHO's første definisjon av helse fra 1948 beskriver helse som «fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende» (WHO 2005). Helsebegrepet har langt på vei blitt erstattet med begrepet livskvalitet, som foruten helsebegrepets biologiske, psykiske og sosiale aspekt i større grad også rommer tilstand og opplevelse (Mæland 2010:24). Sammenhengen mellom fedme og redusert helse og livskvalitet viser at overvekt rammer alle helseaspektets sider (Øen 2012:107).

## **2.2 Livsstilsintervensjoner ved overvekt**

I arbeidet med livsstilsendring hos overvektige unge bør det utarbeides individuelle oppfølgingsplaner som inneholder tidsplan, behandlingsmål og tiltak (Helsedirektoratet 2010:58). For barn og unge er behandlingsmålet en gradvis vektstabilisering på en iso-KMI < 30 (ibid). Helsedirektoratet presiserer imidlertid at vellykket behandling også måles i langsiktige behandlingsmål som vektlegger grad av livsstilsendring, bedre fysisk helse, økt mestring og selvfølelse samt økt egenopplevelse av trivsel, helse og livskvalitet (ibid.:57). Ved behov for tverrfaglig oppfølging over tid bør det opprettes en individuell plan (ibid.:78).

### **2.2.1 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet kan betegnes som «enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulaturen som resulterer i energibruk» (Folkehelseinstituttet 2012a). Fysisk aktivitet blir sett på som et element som kan bidra til økt helsegevinst og livskvalitet hos overvektige (Martinsen 2011:40). Det har gunstig effekt gjennom påvirkning på fettstoffskiftet, økt muskel- og skjelettstyrke, økt energiomsetning og muskelmasse, samt bedre insulinfølsomhet, immunforsvar og fysisk kapasitet (ibid.). Dessuten er det vist positive psykologiske effekter, som bedre stresstoleranse, selvfølelse, selvtillit, kroppoppfatning, læring og trivsel (Martinsen 2011:59).

### **2.2.2 Råd om fysisk aktivitet til overvektige unge**

De nasjonale anbefalingene for barn og unge er minst 60 min moderat til høy aktivitet hver dag (Helsedirektoratet 2010:43). Fysisk aktivitet kan foregå både gjennom lek, kroppsøving, trening, rekreasjon og idrett (Haugland og Haug 2012:178). Fornuftige, realistiske og lystbetonte aktiviteter er sentralt i behandlingen, da det er vist at overvektige bruker dobbelt så mye energi som normalvektige på å utføre samme aktivitet (Helsedirektoratet 2011a:472). Forsiktig progresjon er viktig, da fedme gir mekaniske hindringer og økt skaderisiko (ibid.). Variasjon gjennom å øke naturlig aktivitet i dagliglivet anbefales (NEAT – velge aktivitet

framfor inaktivitet), samt noe organisert sport (Helsedirektoratet 2010:43). Det er vist at registrering av aktivitet er gunstig for atferdsendringen ved behandling av fedme (Helsedirektoratet 2011a:477). Andre anbefalinger er bruk av belønninger og faste avtaler med andre, da dette kan oppleves forpliktende og motiverende (Helsedirektoratet 2010:45).

### **2.2.3 Kosthold**

Kroppen tilføres næringsstoffer gjennom mat og drikke, og vi har tre energigivende næringsstoffer: karbohydrat, protein og fett (Helsedirektoratet 2012d). Et riktig sammensatt kosthold sikrer optimal utvikling og helse, og er spesielt essensielt for unge i vekst (Kolsgaard 2012:159). All fedmebehandling tar utgangspunkt i å gjenopprette en balanse mellom inntatt og forbrukt energi (Jåtun 2012:97).

### **2.2.4 Råd om kosthold til overvektige unge**

Det anbefales å kartlegge vaner gjennom kostanamnese og kostregistrering, og la dette være utgangspunktet for endringsarbeidet (Kolsgaard 2012:163). Det er mange råd og tips om hva slags sammensetning av kosthold som er det optimale, og de lærde strides (ibid.).

Helsedirektoratet har utarbeidet generelle anbefalinger for inntaksfordelingen av energigivende næringsstoffer, som også gjelder for overvektige unge (Sosial- og helsedirektoratet 2005:6-7). Ved en iso-KMI > 35 og parallelle komorbiditeter kan det være aktuelt med lav-energi-dietter. Langtidsvirkningene er imidlertid uklare, og det mangler forskning på feltet (Helsedirektoratet 2010:60). Generelt sier man derfor at strenge dietter bør unngås (Helsedirektoratet 2010:46).

I hvilken grad behandlingsprogram for vektreduksjon hos unge kan utløse spiseforstyrrelser er en pågående diskusjon (Øen, 2012:220). Mange helsearbeidere unngår å snakke om overvekt fordi man er redd det kan utløse en spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet 2010:26). Forskning

viser at profesjonelle intervensjoner og behandlingsprogram er assosiert med bedring i psykososial fungering (ibid.). Temaet krever at man er både direkte og sensitiv på en gang. Det vektlegges å skape sunne, trivselsskapende måltid, og ikke bruke mat som trøst eller belønning (ibid.:49). Statlige anbefalinger dreier seg om å fremme varige sunne spisevaner gjennom redusert porsjonsstørrelse, regelmessige måltider og sunne mellommåltid, og å unngå sukkerholdig drikke, bruke grove kornprodukter, mer fisk, redusert mengde godteri/snacks/kaker og økt mengde frukt og grønnsaker (ibid.:46).

### **2.2.5 Atferdsendring**

Etter som atferd er lært, tenker man at den både kan avlæres og innlæres på nytt (Øen 2012:219). Atferdsendring hos overvektige dreier seg om å lære ny atferd som kan opprettholdes og implementeres i levevanene på lang sikt (Helsedirektoratet 2011a:475). Det fins mange atferdsterapeutiske tilnærminger rettet mot overvektige, både individuelle og gruppebaserte. Det er vist at «kombinerte livsstilsendningsprogrammer»; kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet i kombinasjon med atferdsterapeutiske teknikker, har best effekt (Steinsbekk og Danielsen 2010). Atferdsendring er likevel en krevende og langsiktig prosess som krever arbeid med tanker og følelser (Barth, Børtveit og Prescott 2001:73). Jeg vil utdype endringsprosessen under punkt 2.4.

## **2.3 Joyce Travelbee's sykepleieteori**

Relasjonsteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973) var opptatt av sykepleiens mellommenneskelige aspekter, og hun tok et oppgjør med det positivistiske menneskesynet hvor hun oppfattet at pasientene i stor grad ble generalisert, avpersonifisert og gjort til objekter for pleie (Kirkevold 1998:114). Hun ser mennesket som unikt, individuelt og med en ukrenkelig verdi. Travelbee vektlegger sykepleierens ansvar og karakter (ibid.). Hun stod for et eksistensialistisk menneskesyn, som ser på mennesket som et ansvarlig individ med stor mulighet for vekst og utvikling (ibid.:122).



### **2.3.1 Travelbee's syn på lidelse**

Travelbee mener lidelse er en allmennmenneskelig erfaring som oppstår når mennesket opplever tap, nedsatt egenverd eller atskillelse fra andre (ibid.:114). Lidelse kan erfares i ulike grader, og «apatisk likegyldighet» blir sett på som særlig alarmerende (ibid.:115).

Oppfatningen av – og holdningen til – lidelse bestemmer hvor effektivt den syke mestrer sykdommen, og derfor er personens opplevelse av lidelsen viktigere enn den konkrete diagnosen (ibid.).

### **2.3.2 Sykepleieutøvelsens to dimensjoner**

Travelbee omtaler sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og vektlegger to dimensjoner i fagutøvelsen: «en intellektuell tilnærming for å identifisere behov og intervensjoner», og «terapeutisk bruk av seg selv» (ibid.:121). Begge dimensjonene er forutsetninger for å nå målene for behandlingen og virkeliggjøre sykepleiens formål (ibid.:116). Den første dimensjonen innebærer systematisk å bruke sin fagkunnskap og innsikt for å identifisere behov og imøtekomme disse på en best mulig måte. Den andre dimensjonen omhandler en interaksjonsprosess hvor man har ansvar for å etablere et «menneske-til-menneske-forhold» gjennom kommunikasjon og interaksjon (ibid.). Menneske-til-menneske-forholdet opprettes og utvikles gjennom en prosess, hvor fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt er sentralt (ibid.:117). Travelbee omtaler terapeutisk bruk av seg selv som «en bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke mennesker» (Travelbee gjengitt etter Kirkevold 1998:119). Dette forutsetter selvinnsett, forståelse av egne verdier, forståelse for dynamikken i menneskers handlinger, engasjement og evne til å gripe inn på en effektiv måte (Kirkevold 1998:120).

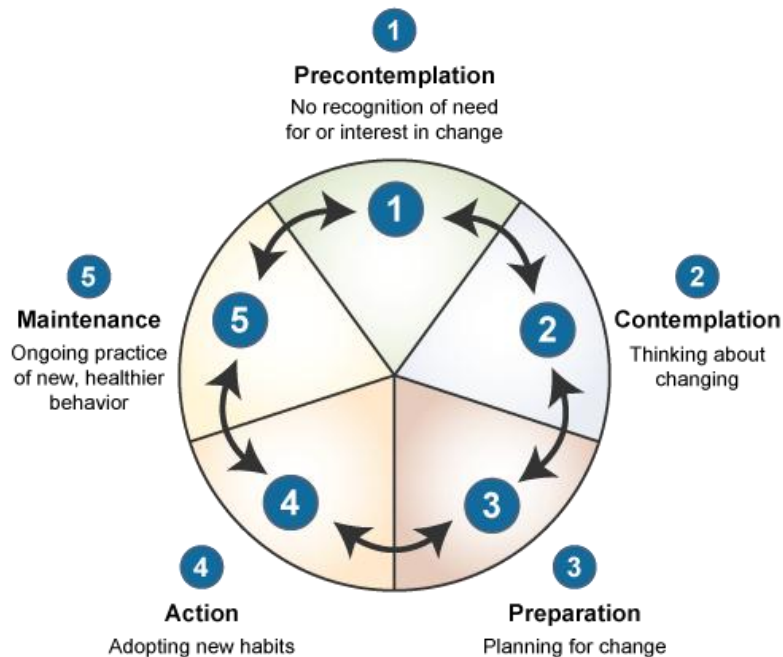
### **2.3.3 Travelbee om viktigheten av kommunikasjon**

Travelbee omtaler kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskap for å danne et menneske-til-menneske-forhold, og en forutsetning for å «... hjelpe pasienten til å mestre sykdom...» (Travelbee gjengitt etter Kirkevold 1998:119). Kommunikasjon betegnes som en komplisert prosess som forutsetter kunnskap, evne til å anvende kunnskapen, sensitivitet, en

velutviklet sans for «timing» samt mestring av ulike kommunikasjonsteknikker (Kirkevold 1998:119).

## 2.4. Endringsprosessen

Man ser fellestrekk i hvordan mennesker beveger seg i retning av endring (Barth m.fl. 2001:75). Prochaska og DiClementes utarbeidet en fasemodell, vist nedenfor, som illustrerer prosessen en person går gjennom når vedkommende forsøker å endre problematferd, og modellen brukes i dag på mange felt, blant annet i forbindelse med livsstilsendring hos overvektige (Helsedirektoratet 2012c). Modellen viser at endringsprosessen forløper gjennom faser med ulike psykologiske kjennetegn.



Transtheoretical Model/Stages of Change (Prochaska og DiClementes 1982)

*Føroverveiellesfasen* kan preges av benekting, bagatellisering, kunnskapsmangel, lav mestringsstro og i ytterste tilfelle, resignasjon. *Overveiellesfasen* kjennetegnes av ambivalens. *Forberedelsesfasen* innebærer at det tas beslutning om endring, og aktivitetsretta virkemiddel synes å ha god effekt i denne fasen. I *handlingsfasen* gjøres endringer konkret og synlig. Her brukes ofte mye energi og tankekraft for å bryte gamle mønstre og etablere nye.

*Vedlikeholdsfasen* kjennetegnes av at atferden er automatisert til en vane, men det ses ikke som en statisk tilstand; beslutningen om endring må gjentas og vedlikeholdes (Barth m.fl. 2001:76-90). Underveis i endringsprosessen er det vanlig å bevege seg litt fram og tilbake mellom de ulike fasene. Å kjenne til sentrale trekk i endringsprosessen er av betydning for lettere å forstå klientens atferd, samt tilpasse sine tiltak etter vedkommendes mottakelighet og psykologiske beredskap (Helsedirektoratet 2011a:90).

#### **2.4.1 Ambivalens**

Når man oppfatter at en atferd har både positive og negative sider, kan man oppleve konflikt (Barth m.fl. 2001:38). Ambivalens er å ville to uforenlige ting samtidig, og er svært vanlig ved forsøk på endring av problematisk atferd. Ambivalensen varer ofte lenge etter at endringen har festet grepet (ibid.:230). Utforskning av argumenter for å endre atferd og argumenter for å beholde situasjonen som den er, er derfor svært viktig (ibid.). Målet er å fremme klientens beslutningstaking (ibid. 2001:241).

#### **2.4.2 «Endringsfokuserte ytringer»**

Endringsfokuserte ytringer er verbale uttrykk for ønsker og motivasjon (Barth m.fl. 2001:192). De kan forstås som personens egne argumenter for endring. Det beste utgangspunktet for å finne gode argumenter for endring, er å bygge på klientens egne ideer (ibid.). Man kan hente fram og styrke klientens endringsfokuserte ytringer ved å fokusere på tidligere mestringserfaringer og positive effekter ved endring, samt bruke ulike

kommunikasjonsstrategier som aktiv lytting, åpne spørsmål, speiling, oppsummeringer og refleksjoner (ibid.:192-214).

### **2.4.3 Motiverende samtale**

I arbeidet med atferdsendring hos overvektige unge anbefales det å bruke hensiktsmessige samtaleteknikker, f.eks. prinsipper fra «Motiverende samtale» (Steinsbekk og Danielsen 2010). «Motiverende samtale» er en samarbeidsrettet samtalestil som baseres på at motivasjon for endring kan påvirkes av relasjonen mellom hjelper og klient, samt måten de snakker om klientens helse på. Målet er å styrke en persons egen motivasjon for å gjøre endringer (Helsedirektoratet 2012a). Gjennom samtale utforskes ambivalens og diskrepans; uoverensstemmelsen mellom nåværende og ønsket tilstand, og man lager en forandringsplan når klienten er klar (Helsedirektoratet 2012b). Mestringsforventning er viktig i endringsarbeid, derfor er det sentralt å bli kjent med klientens tidligere erfaringer. Endringsfokuserte ytringer fungerer som veiledere i prosessen (ibid). Grunnleggende prinsipper i «Motiverende samtale» er å utvise empati, lytte aktivt, stille åpne spørsmål, unngå konfrontasjon, bevisstgjøre klientens autonomi samt å støtte mestringskompetanse (Helsedirektoratet 2012e).

### **2.4.4 Virkemiddel i endringsprosessen**

Ytre og indre stimuli påvirker atferd og motivasjon, og det er viktig å bevisstgjøres hvordan ulike kognitive eller atferdsrelaterte faktorer har positiv eller negativ innvirkning på endringsprosessen (Barth m.fl. 2001:68). Når man jobber med å erstatte gammel atferd og etablere ny atferd, er det vist at ytre motivasjonelle faktorer som belønning og sosial støtte kan være ekstra viktig, fordi klienten har lite erfaringer å støtte seg til (Helsedirektoratet 2011a:97). Etter hvert vil klienten tilegne seg erfaringer som innlemmes i motivasjonen. Disse erfaringene får stadig større betydning for å fortsette endringsprosessen. Motivasjonen endres fra å være sterkt ytreregulert, til å bli mer indreregulert – med større grad av internalisert

motivasjon og vaneetablering (ibid.). Å kjenne til ulike virkemiddels effekt og funksjon er viktig for bevisst å kunne gå inn og støtte endringsarbeidet der klienten befinner seg.

## 2.5 Motivasjon

Motivasjon defineres som «faktorer som igangsetter, gir retning til og opprettholder atferd» (Helsedirektoratet 2012b). Det rommer både en retningskomponent og en kraft-/energikomponent. Motivasjon anses som nøkkelen til atferdsendring hos overvektige unge (Øen 2012:218). Det settes et teoretisk skille mellom ytre og indre motivasjon; motivasjon fra forhold *utenfor* aktiviteten eller motivasjon fra forhold *ved* selve aktiviteten (Wormnes og Manger 2005:26). Wormnes og Manger definerer i boka «Motivasjon og mestring» flere sentrale motivasjonselementer. Jeg vil trekke fram tre aspekt.

### 2.5.1 Målsettinger

Valg av mål kan være avgjørende for motivasjon og mestring i endringsprosessen (ibid.:35). Gode mål avgrenser oppgavene, konkretiserer hva som kreves for å lykkes og avler disiplin til å fullføre (ibid.). Mestringsmål retter seg mot å tilegne seg ferdigheter, mens prestasjonsmål søker bedømming av ferdigheter (ibid.:28). Det er vist at mestringsmål er mest gunstig på lang sikt (ibid.). Det anbefales å utarbeide både kortsiktige mål (oppleves selvmotiverende dersom de nås) og langtidsmål (for å vite hvor man vil). Mål påvirker tanker og følelser som selvtillit, angst og stress (ibid.:43). Passende mål øker opplevelsen av indre kontroll, reduserer stress og øker mestringstroen. Gode mål oppleves utfordrende nok til å motivere til innsats, og samtidig realistiske nok til at de kan nås (ibid.).

### 2.5.2 Mestringsforventning

Begrepet «mestringsforventning» er sentralt innenfor en av de mest innflytelsesrike teoriene innenfor kognitiv atferdsteori, og dreier seg om troen på egen evne til å mestre (Bandura

1997:21). Positive mestringserfaringer ses på som en av de sterkeste premissleverandørene for motivasjon, og kan styrke selvtilliten, selvoppfattelsen og forventningen om ny suksess (Wormnes og Manger 2005:136). Mestringserfaringer er derfor et sentralt mål i endringsprosessen hos overvektige unge (Øen 2012:218). Mestringsforventning kan også utvikles gjennom å omgi seg med positive forbilder og skaffe sosial støtte (Helsedirektoratet 2011a:93).

### **2.5.3 Myndiggjøring**

Myndiggjøring dreier seg om å styrke integritet og selvbestemmelse hos noen som opplever å stå i en avmaktsposisjon, slik at de kan få økt selvtillit, økte kunnskaper eller økte ferdigheter (Askheim 2012:12). Slik kan ressurser og kraft mobiliseres, og individet kan få mer makt, styring og kontroll i eget liv. Et kjennetegn ved myndiggjøring er et positivt syn på mennesket som et rasjonelt, aktivt og handlende individ (ibid.:17). Myndiggjøring har en emosjonell dimensjon, knyttet til bl.a. skam (ibid.). Skam kan være knyttet til lidelser som samfunnet betegner som «ikke-verdige», hvor den lidende anses å ha seg selv å takke for situasjonen vedkommende er i (ibid.:19). Myndiggjøring vil da bety at man søker å vende skamfølelsen til stolthet over å være den man er, noe som kan være viktig i prosessen med å ta mer makt og kontroll over eget liv (ibid.).

## **2.6 Relasjonskompetanse**

I boka «Utvikling av relasjonskompetanse» blir det sagt at relasjonen mellom bruker og hjelper har stor betydning i prosesser der bruker gjennomgår utvikling og endring (Aubert og Bakke 2008:16). Moe hevder at relasjoner preget av varme, tillit, aksept, respekt og menneskelig visdom synes å ha overordnet betydning for opplevelsen av å få god hjelp (Moe gjengitt etter Aubert og Bakke 2008:16). For å avgrense begrepet vil jeg trekke fram tre elementer som synes viktig i møte med overvektige unge.

### **2.6.1 Tillit**

For å kunne gi hjelp, må man vinne den unges tillit (Øen 2012:291). Tillit skapes når den unge opplever at sykepleier både har kunnskap, ferdigheter og vilje til å hjelpe, og fremmer samarbeidet om oppgaver og mål (ibid.:197). Tillit innebærer en åpenhet og varsomhet som kan gjøre at bruker våger seg fram og gir av seg selv. Dette er avgjørende for fremdriften i behandlingsprosessen (Aubert og Bakke 2008:147).

### **2.6.2 Respekt**

Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (2011) § 2 omhandler sykepleiers ansvar for å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Retningslinjene bygger på FN's menneskerettighetserklæring, og sier at «*Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet*» (ibid.). Respekt innebærer å anerkjenne det andre menneskets verdighet, la den andre få sette sine grenser, og ikke invadere (Aubert og Bakke 2008:149). Respekt innebærer fordomsfrihet og er utgangspunktet for en forandringsprosess. Respekt handler om å bygge opp under klientens selvbestemmelse, selvstendighet og integritet (Wormnes og Manger 2005:58).

### **2.6.3 Visdom**

Visdom betegnes som en rekke ulike egenskaper som utvikles gjennom livserfaring og refleksjon (Daatland og Solem 2011:79), og jeg vil trekke fram *selvinnsikt* og *empati*. Noe av kjernen i profesjonell relasjonskompetanse er å ha selvinnsikt med tanke på hvordan egne forståelser, erfaringer og verdier virker inn i samhandlingssituasjoner (Aubert og Bakke 2008:41). Utforskning av dette kan kaste lys over egne holdninger og fordommer (ibid.:45). I arbeidet med overvektige kan man møte på etiske dilemmaer som krever et reflektert forhold til holdninger, verdier og menneskesyn. Empati kan defineres som innlevelse, evne til å forstå og anerkjenne gyldigheten av andre menneskers følelsetilstand, reaksjoner og atferd (Malt 2009). Den profesjonelles evne til å dele brukers følelser og opplevelser er å se på som en

kjerne i relasjonsarbeid, har direkte påvirkning på atferdsendring og er en forutsetning for at bruker skal få best mulig hjelp (Aubert og Bakke 2008:59). Empati forutsetter kontakt med eget indre liv og et reflektert forhold til egne følelser og reaksjoner (ibid.83). Følelsesmessig sensitivitet, berørthet og sårbarhet kan være en kjemperessurs i utviklingen av relasjonskompetanse, men forutsetter evne til selvavgrensning, selvdialog og refleksjon (ibid.:143).

## **2.7 Hva sier forskning om å skape motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge?**

Forskningsartikkelen «*Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt*» baseres på kvalitative intervju av en gruppe fedmepasienter. Artikkelen retter søkelyset mot hva som kan påvirke overvektige til motivasjon for livsstilsendring. Et funn er at motivasjon for livsstilsendring først kommer når helseplagene, enten fysiske eller psykiske, blir for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv. Artikkelen viser at den overvektiges motivasjon for livsstilsendring påvirkes av helsepersonells holdninger til overvekt, og kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonell og den overvektige var avgjørende for å endre vaner. Et individuelt tilpasset og langsiktig behandlingsprogram med høy grad av brukermedvirkning bidro til økt bevisstgjøring og motivasjon for livsstilsendring. Sosial støtte, både fra familie/venner og i form av selvhjelpsgrupper, opplevdes motiverende. Kognitiv teori var et nyttig verktøy i endringsprosessen. Det understrekes at livsstilsendring er en komplisert prosess. En balanse mellom støtte og utfordring, samt et fundament av anerkjennelse og respekt bidrar positivt til motivasjon for livsstilsendring.



### 3 Metode

Begrepet «metode» innebærer en strategisk tilnærming til å akkumulere data som trengs for å belyse en problemstilling (Dalland 2012:112). Metoden er redskapet for innsamling av informasjon, og kan være kvantitativt eller kvalitativt orientert (ibid.). En kvantitativ metode søker å gi forklaringer til det som er undersøkt gjennom talldata, søker bredde, etterspør et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter og har gjerne avstand til undersøkelsesfeltet (ibid.:113). Kvalitative metoder søker dybde, mening, opplevelser og helhet, og fremstillingens siktemål er forståelse fremfor forklaring (ibid.).

#### 3.1 Valg av metode

Gjennom oppgava har jeg sett på ulike kompetanseområder som er viktig for sykepleier å inneha i møte med overvektige unge. Det fins enorme mengder forskningsresultater på feltet, og kunnskapen om fedme er økende; likevel fortsetter fedme å bre om seg – noe som understreker at man ikke har kommet til en løsning på problemet (Øen 2012:286). Helsedirektoratet understøtter manglende dokumentert effekt av intervensjoner, og at de fleste tiltaksanbefalinger er bygget på C, nest laveste evidensnivå (A-D) (2010:4).

Det at fedmeproblemet blir sett på som uløst, gjorde meg interessert i å snakke med en fagperson med erfaringskunnskap. Tanken var at en sykepleier som jobbet konkret med unge overvektige og livsstilsendring kunne belyse problematikken fra en personlig synsvinkel. Å søke erfaringskunnskap var intervjuets *formål* (Kvale og Brinkmann 2009:121). Jeg valgte å utføre et kvalitativt intervju (se vedlegg). Et intervju kan ses på som en samtale mellom to mennesker med en klar struktur og et formål (Glasdam 2012:95). Et mål for et kvalitativt intervju er at intervjuet ikke bare forteller noe om denne enes erfaringer og kunnskap, men har et budskap som kan forstås mer generelt (Dalland 2012:153).

På leit etter svar på bacheloroppgavas problemstilling har jeg benyttet elementer fra vitenskapssynene fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi baseres på sanseerfaringer og søker å beskrive et fenomen mest mulig forutsetningsløst, fordomsfritt og konkret, uten

fortolkning eller analyse (Thomassen 2006:83). Hermeneutikk betyr å *tolke* eller *fortolke* (ibid.:157), og innebærer å forsøke å finne fram til bakenforliggende mening i noe som er uklart (Dalland 2012:59). «Forståelse» kan forklares med at menneskets «indre opplevde erfaring» manifesterer seg i «livsytringer», og dermed blir gjort tilgjengelige for forståelse (Thomassen 2006:160). Intervjupersonens livsverden var utgangspunktet, og intervjuets formål var å søke å forstå betydningen av sentrale temaer i intervjupersonens livsverden og beskrive disse på en nyansert måte (Kvale og Brinkmann 2009:49). Begrepet «den hermeneutiske spiral» er en illustrasjon på hvordan forståelsen utvikles ved at man hele tida pendler mellom tolkning, forståelse, ny tolkning, ny forståelse ... altså ved bevegelse mellom *del og helhet* (Thomassen 2006:91). Gjennom et intervju kan man se det som at vekslingen mellom detaljer i intervjupersonens utsagn (subjektive) og kontekst/helhetsbildet leder mot stadig dypere forståelser av fenomenet.

### 3.2 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgavas omfang og tidsaspekt, samt det faktum at vi har liten bredde på fagmiljø med dokumenterte erfaringer nasjonalt (Øen 2012:25), gjorde at jeg valgte å gjennomføre ett intervju. Avdeling og intervjuperson ble valgt ut ifra hvem jeg anså kunne belyse min problemstilling på en god og spennende måte (Kvale og Brinkmann 2009:129) og samtidig forankre det sykepleiefaglig (Dalland 2012:165). Jeg tok kontakt med en sykepleier på stedet. På forhånd ble det viktig å innhente kunnskap om temaet, intervjupersonen og vedkommendes arbeidsplass (Kvale og Brinkmann 2009:123). Jeg søkte informasjon på internett, hadde telefon- og mailkontakt med intervjuperson og avdelingsleder, samt gjorde meg kjent på stedet i forkant av intervjuet. Intervjupersonen fikk tilsendt intervjuguide en uke før intervjuet for å kunne forberede seg. Intervjuguiden var semistrukturert, og inndelt i ulike tema basert på oppgavas problemstilling og forskningsspørsmål for å hjelpe meg å huske hva som skulle tas opp (Dalland 2012:167). Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk under intervjuet. Jeg forsøkte å formulere spørsmålene åpent, med rom for å stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuet ble gjennomført muntlig med skriftlig nedtegnelse, vekselvis med stikkord, tekst, setninger og direkte sitat, for å bevare nøyaktighet og sørge for at minst mulig informasjon gikk tapt (Kvale og Brinkmann 2009:188). Transkriberingen ble gjort med en omforming til en mer

formell, skriftlig stil, og foretatt like etter intervjuet. Informasjon om hva det innebar å delta i intervjuet ble gitt via mailkontakt, sammen med rammene rundt intervjuet, formålet, ivaretagelse av anonymitet, tidsaspekt og sted. Samtykke ble mottatt muntlig.

### **3.3 Analyse av intervju**

Jeg analyserte intervjuet som en trinnvis prosess, etter Kvale og Brinkmann (2009:212). Etter å ha lest gjennom det transkriberte intervjuet, valgte jeg ut «naturlige meningsenheter» og sorterte dem etter hvordan de besvarte forskningsspørsmålene. Innholdet som dominerte den naturlige meningsenheten bestemte hva slags tema jeg ga meningsenhetene. Meningsenhetene ble deretter fortettet, slik at beskrivelsene ble mer korte og konsise. Funnene er sammenfattet under punkt 4.1 og 4.2.

I drøftingsdelen vil jeg søke dypere sammenhenger og fortolkninger av meningsinnholdet i funnene relatert til oppgavas problemstilling. Gjennom fortolkning går man ut over det som blir sagt, og søker meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart (ibid.:214). Fortolkningen søker å rekontekstualisere utsagnene innenfor en bredere referanseramme (ibid.). Jeg vil la de meningsbærende enhetene, slik de uttrykkes under punkt 4.1 og 4.2, danne grunnlaget for analyse og drøfting under punkt 5.

### **3.4 Metodekritikk og etiske overveielser**

Etiske spørsmål er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse. Kunnskap skapes i samspillet mellom intervjuer og intervjuperson (ibid.:51), noe som kan påvirke intervjukvaliteten fordi utfallet blir svært personavhengig (ibid.:179). Med kun en intervjuperson kan det stilles spørsmål ved hvor generaliserbare funnene blir (ibid.:181). Intervjupersonen var fra et regionalt ressurscenter på feltet, og senteret hadde fokus på kompetanseutvikling og forskning. Sykepleieren var relativt nyutdannet med kort tids

erfaring. Intervju kvaliteten vil være påvirket av denne intervju personens kunnskapsnivå, erfaring og evne til å kommunisere sitt budskap (ibid.:175).

Intervjuet påvirkes også av intervjuers personlighet, forhåndskunnskap, intervjuerfaring, samt grad av åpenhet omkring det han ikke vet og et kritisk forhold til egne forutsetninger. Man er aldri helt verdinøytral (Dalland, 2012:119). Å være objektiv vil derfor handle om innsikt i egen subjektivitet og verdioppfatninger, og erkjennelse av det (ibid.). Jeg forsøkte å formulere åpne spørsmål for å være minst mulig ledende (Kvale og Brinkmann 2009:175). Intervjuers evne til å skape en trygg atmosfære vil påvirke hvor fritt og åpent intervju personen snakker (Kvale 2009:35). Hvordan det tas notater under intervjuet er av betydning. Målet mitt var å være best mulig tilstede med alle sanser i situasjonen, og samtidig bevare nøyaktigheten av det som ble sagt for best mulig transkripsjon (ibid.:188). Transkripsjonsprosessen innebærer en omskriving fra en muntlig diskurs gjennom oversettelse og fortolkning av både det sagte og det non-verbale uttrykk (Glasdam 2012:107). Kompleksiteter som stemme, toneleie, kroppsholdning, ambivalens og dobbeltydighet vil da reduseres (ibid.). Transkriberingen ble foretatt like etter intervjuet, da mest mulig av helhetsopplevelsen satt friskt i minne (Kvale og Brinkmann 2009:189). Fortolkningen/analyse skjer etter at jeg har tilegnet meg mer kunnskap om temaet, noe som nyanserer funnene og utvider grunnlaget for drøfting.

### **3.5 Andre kilder**

Relevans, forfatter(e), forlag og dato for utgivelse har hatt betydning for utvelgelsen av litteratur. Jeg har valgt en sykepleieteoretiker som jeg mener ut ifra sin eksistensialistiske filosofi kan være med på å belyse problemstillinga og utvide forståelsen for ulike betydningsfaktorer for motivasjonsprosessen. Teorien under punkt 2.3 er hentet fra sekundærlitteratur, da boka er vanskelig tilgjengelig. Jeg har foretatt litteratursøk i databasene Cinahl og Helsebiblioteket. Cinahl er spesielt relevant dersom man er på leit etter artikler innen kvalitativ forskning (Underdal 2013). Jeg har søkt på ord som «obesity and youth», «overweight», «obesity», «motivation», «behavior modification» og «lifestyle modification». I tillegg har jeg søkt i databasene til Tidsskriftet Sykepleien/Sykepleien Forskning, Tidsskrift for den Norske Legeforening og Tidsskrift for Norsk Psykologforening. På bakgrunn av hva

jeg fant mest relevant for problemstilling og oppgavefokus, valgte jeg å bruke en forskningsartikkel fra «Sykepleien Forskning». En svakhet ved dette er at den tar utgangspunkt i voksne. Jeg har brukt fagartikkelen «Fedme blant barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis», fordi den retter søkelyset mot hvordan overvektens psykososiale kompleksitet får konsekvenser for behandlingen, og at psykologisk kompetanse kan bidra til større motivasjon for atferdsendring og bedre behandlingsresultat. Fagartikkelen argumenterte for at endringsprosessen hos overvektige unge har flest likhetstrekk med atferdsendring hos voksne. Dette bekreftet valget av forskningsartikkel.

Jeg har brukt ulike utgivelser fra Helsedirektoratet som kilder, spesielt to; «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge» (2010) ble utarbeidet som en hjelp til å bedre helsepersonells forutsetninger for å behandle overvektige barn og unge både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2011b). Veiledningsverktøyet «Aktivitets håndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling» (2008) er utarbeidet som et ledd i å legge til rette for økt fysisk aktivitet i befolkningen.

## **4 Funn**

Gjennom analyseprosessen har jeg fordelt funnene som meningsbærende overskrifter under hvert forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene ble et redskap i analyseprosessen. De meningsbærende overskriftene belyser på ulike måter hva sykepleier bør inneha av kompetanse for å bidra til å skape motivasjon for livsstilsendring hos den unge. Under hver overskrift har jeg meningsfortettet ulike beskrivelser som kom fram under intervjuet, en del gjengitt som direkte sitat.

### **4.1 Hvordan kan sykepleiers handlingskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?**

#### *Å bruke fagkunnskap for å tilegne seg kunnskap om overvektens subjektive årsaker*

Hovedsakelig tre årsaksfaktorer til overvekt; inaktivitet pga. mye skjermtid, dårlige kostholdsvaner og negativ familiedynamikk med lite grensesetting og vansker med å bryte ut av mønster.

Spesifikke skjema knyttet til kostholdsvaner, mengde fysisk aktivitet, selvpoppfattelse/selvbilde, forhold til familie/venner og motivasjon for livsstilsendring ble brukt i kartlegginga. Det ble også tatt mål av blodtrykk, vekt, midje, høyde og blodprøver. «Det er viktig å være profesjonell! Jeg må vite hva jeg driver med!», uttaler intervjupersonen.

#### *Å forstå den unges endringsprosess og «time» intervensjoner*

«Jeg begynner gjerne 1.konsultasjon med å spørre hvorfor den unge er her. Det skaper bevisstgjøring og forteller meg mye om deres motivasjon!», sier intervjupersonen. «Noen er superklare og kjempemotivert når de kommer hit, og kan nesten ikke vente med å komme i gang. Endelig får de komme til et sted der de har tro på at noen kan hjelpe dem! Andre er her mer ufrivillig, skjønner ikke hva dette dreier seg om eller er egentlig ikke klare». «Jeg prøver

å realitetsorientere: «Nå er du her. Hva tenker du om det?» Bevisstgjøring er viktig!»

2.konsultasjon foregikk i grupper med undervisning fra tverrfaglig personale, erfaringsutvekslinger og matlagingsaktivitet.

### ***Å sette konkrete mål med fokus på mestringserfaringer i samarbeid med den unge, og jobbe målbevisst for å nå dem***

Overordnede mål: vektstabilisering hos barn, 5-10 % vektreduksjon hos unge. «Delmål er ekstremt viktig!» Delmålene skulle være realistiske, formulert av den unge selv og basert på den unges motiver, lyst og ønsker. Viktig med faglig forankring av intervensjonene som settes i gang. «Det er viktig å kunne begrunne det man gjør med oppdatert forskning!» For mange unge innebar målet sosial deltakelse; gå med samme klær som de andre, klare det de andre klarer, være med på fotballaget osv. Mange la verdi i fysisk aktivitet, så på det som noe som kunne gi glede. Det var sentralt å konkretisere målene til hverdagslivet, være konsekvent og «streng» (aktivitet uten forbehold: man går tur selv om det regner). Vektlegging av mestringsopplevelser og glede. «Hva har du lyst til? Hva må du gjøre hver dag for at vi skal få til det?» Målene skulle tas opp på hver konsultasjon. «Vi er seriøse. Vi vil noe med dette!». «Det er kjempeviktig å jobbe målretta og ha troa på det man driver med!» «Det er viktig å sette tydelige rammer og ha en tydelig agenda for at den unge skal forstå hva dette handler om». «Av og til går de på tryne. Det er greit. Men de skal ikke bli liggende! Vi skal opp på hesten igjen!»

### ***Å kjenne til nytten av virkemiddel***

Skriftlige forpliktende planer. De unge og foresatte/familie fikk undervisning om helse, livsstil og atferdsendring, de fikk være med på måltidslaging, fikk kostholdsveileder (utarbeidet av Helsedirektoratet) og bytteliste (nei-mat som kan byttes ut med ja-mat). Det ble arrangert felles temadager med andre i samme situasjon med samtalegrupper, erfaringsutveksling og motivasjonshistorier - positiv respons! Motivasjonshistorier ble brukt for å skape tro på at «det er mulig!». Mange unge ønsket å benytte dagbok/aktivitetsregistrering, skritteller eller andre virkemiddel. Noen konkurrerte med seg

selv. Noen likte å konkurrere med venner/familie om å gå flest skritt på en dag. Belønning når mål var nådd var svært viktig, skulle helst ikke knyttes til mat, men noe den unge opplevde positivt, f.eks. «Høyt og Lavt» (klatrepark), badeland osv.

## **4.2 Hvordan kan sykepleiers relasjonskompetanse bidra til å motivere overvektige unge til livsstilsendring?**

### *Innsikt i overvektens subjektive konsekvenser og den unges selvforståelse*

Svært mange unge sliter med selvførdømmelse, skam- og skyldfølelse overfor situasjonen. Stigmatisering og fordømmelse på skolen, fritida og i møte med helsevesenet er utbredt. Mange føler seg aleine og fastlåst i sin situasjon, har vanskelig for å se hvordan de skal komme seg ut av den. Mobbing og sosial isolasjon er vanlig, mange uttrykker et sosialt savn. Intervjupersonen vektlegger at hun ikke er psykolog, men hun må kunne fange opp signaler på behov for psykologhjelp. Å forstå overvektens subjektive konsekvenser er viktig for å utarbeide best mulig og mest mulig realistiske mål. Stor kropp hemmer deltakelse i normale hverdagsaktiviteter, mange sliter med lav mestringstro og liten selvtillit. Konsultasjon foregår ca. annenhver måned, oppfølging ved ressursenteret i opptil ett/halvannet år. Det var et ønske om kortere tidsintervall mellom konsultasjonene, uheldig om det gikk for lang tid. «Gruppen er krevende å jobbe med, man må være realistisk og ha tålmodighet. Roma bygges ikke på en dag!».

### *Å fremme beslutningstaking og bygge mestringstro ved hjelp av kommunikasjon og motivasjonssnakk*

Den unge skal oppleve «å bli heia på»! Personlig engasjement for temaet og målgruppa vektlegges, man må ha vilje og ønske om å hjelpe og tro på det man driver med! Den unge merker et personlig engasjement. «Mange har svært liten tro på seg selv. Jeg unngår å dvele for mye ved det de ikke får til – det forsterker bare deres følelse av mislykkethet».



Intervjupersonen jobber bevisst med å fokusere på det den unge får til, bekrefte og forsterke det gjennom positivt snakk og eksemplifiseringer via andre som har fått til å skape forandring. Det ble vektlagt å synliggjøre muligheter og skape tro på at den unge *kan få det til/kan klare det!* Elementer fra «Motiverende Samtale» ble brukt. Mange unge har stor grad av ambivalens for livsstilsendring. «Det er viktig å utforske ambivalensen for å stimulere den unges egne tanker! Da forstår jeg også lettere hvor de befinner seg». De jobbet konkret med argumentasjon for og imot endring. Et mål var å få fram deres egne begrunnelser, vurderinger og argumentasjoner, slik at endringsprosessen foregikk på den unges premisser.

### ***Å bygge en tillitsfull relasjon***

«Måten jeg møter den unge på betyr alt!», forteller intervjupersonen. Hun mener man kan si ting direkte og konkret, «måten det sies på» er avgjørende. Klimaet må være preget av respekt, varsomhet, åpenhet, empati, tillit og varme. Intervjuperson mener dette er egenskaper som er relatert til personlighet, samtidig som de er trenbare. «Å gjøre dem trygge er sentralt, og her må man prøve seg fram. Observere respons, prøve å forstå reaksjonsmønster og non-verbale uttrykk. Jeg er opptatt av å ikke fremtre som noen ekspert på dette. Jeg må ikke ha en ovenfra-og-ned-holdning» «Tillitsbygging tar tid». Man må «tre ut av ekspertrollen». Det er viktig å innta en aktiv, lyttende posisjon, være bevisst på hva slags non-verbale signaler man sender ut. De unge gir ofte uttrykk for at de har savnet å prate om overvekten. Sykepleier erfarer at skammen gjerne blir mindre når man våger å snakke. «Man må bli enig om hva slags ord man skal bruke» («stor rundt magen», «mindre kropp» osv.). Humor – brukt med sensitivitet, kan være forløsende. Hun vektlegger ydmykhet i forhold til hva hun ikke kan. «Jeg må være profesjonell og kompetent på det jeg driver med, og samtidig se mine begrensninger!» Å trekke inn annet fagpersonell ved behov, og kjenne til mulighetene som fins i behandlingssystemet er tillitsvekkende.

## 5 Analyse og drøfting

Jeg vil i drøftingsdelen bruke funnene som utgangspunkt, og trekke inn teori, litteratur, forskning, samt egne refleksjoner for å belyse hvordan sykepleier på ulike måter kan bidra til å skape motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge.

### 5.1 Å besitte fagkunnskap for å forstå den enkelte

Teori og intervju viste at årsakene til overvekt kan knyttes til inaktivitet, dårlige kostholdsvaner og sosial arv/uheldige vaner. Bakgrunnskunnskap om temaet kan ses som en forutsetning for å kunne forstå og imøtekomme klientens behov profesjonelt (Helsedirektoratet 2010:8). Travelbee omtaler fagkunnskap som en av sykepleiens to dimensjoner, og er en forutsetning for å oppnå sykepleiens hensikt (Kirkevold 1998:120). For sykepleier innebærer det at man opparbeider seg et best mulig grunnlag for planlegging og gjennomføring av den unges behandlingsprosess.

Intervjupersonen kartla den unges situasjon gjennom anamnese, bruk av diverse skjema og kroppslige mål. Teori og funn viser at mange unge har erfaringer med helsepersonell som har opptrådt lite profesjonelt (Øen 2012:193). En grundig utredning viser at sykepleier tar den unges tilstand på alvor, noe som da kan representere noe svært viktig. Intervjupersonen presiserte viktigheten av å kunne sitt fag: «Det er viktig å være profesjonell!» Intervjupersonen understreket også viktigheten av å holde seg oppdatert på forskning. Manglende fagkunnskap kan tenkes å svekke tillit og troverdighet, og dermed redusere den unges motivasjon. Fagkunnskap er en forutsetning for forståelse og muliggjør kunnskapsoverføring (Borge m.fl. 2012). Jeg tenker imidlertid at like viktig som å besitte fagkunnskap, er evnen til å formidle denne på en hjelpende måte. Forskning viser at motstand raskt reiser seg hos klienten dersom den opplever helsepersonellet belærende: «da kommer klørne ut!». «Kunnskap er makt», sies det. Å bruke fagkunnskap på en måte som ikke får klienten til å føle seg umyndig, er sentralt i motivasjonsarbeidet (ibid.). Det er kanskje dette

intervjupersonen snakket om når hun presiserte viktigheten av å være ikke-dømmende, og være bevisst hvilke signaler man sender ut.

## **5.2 Forstå den unges endringsprosess og «time» intervensjoner**

Intervjupersonen forteller at bevisstgjøring er svært viktig ved 1.konsultasjon: «Jeg begynner gjerne med å spørre hvorfor den unge er her. Dette skaper bevisstgjøring og forteller meg mye om deres motivasjon!». Forskning viser at erkjennelse og bevisstgjøring øker motivasjonen for endring (Borge m.fl. 2012). Å bli henvist til spesialisthelsetjenesten innebærer at tiltakene som har vært forsøkt tidligere ikke har ført fram (Helsedirektoratet 2010:31). Det betyr at den unge er i en situasjon som har vart forholdsvis lenge. Intervjuet viste at noen opplevde det å bli henvist til spesialisthelsetjenesten som en stor lettelse, og var forventningsfulle og motivert; «Endelig får de komme til et sted der de har tro på at noen kan hjelpe dem!». Andre kunne ha liten forståelse for hva behandlingsprosessen innebar. Ved 1. og 2. konsultasjon vektla intervjupersonen å tilføre den unge og dens familie kunnskap gjennom samtale, informasjonsmateriell, kostholdsveileder og undervisning. Dessuten ble det satt i gang konkrete intervensjoner rettet mot kostholdsendringer og fysisk aktivitet. Intervjupersonen var bevisst på å kommunisere engasjement, oppmerksomhet og tro på muligheter.

Ser man dette i lys av Prochaska og DiClementes endringsmodell, kan disse unge befinne seg i ganske ulike stadier av en endringsprosess. De som befinner seg i «føroverveielsesfasen» kan preges av benekting, bagatellisering, kunnskapsmangel, lav mestringstro og i ytterste tilfelle, resignasjon (Barth m.fl. 2001:78-82). Resignasjon kan nærme seg det Travelbee omtaler som «apatisk likegyldighet», hvilket krever iverksettelse av tiltak snarest (Kirkevold 1998:115). Det kan tenkes at *bevisstgjøring*, *kunnskapstilførsel*, involvering av foresatte/familie samt sykepleiers ekte engasjement (*sosial støtte*) virker positivt i føroverveielsesfasen.

De som oppfattes motiverte og klare for å komme i gang, er kanskje allerede i «forberedelsesfasen». Disse kan ha positivt utbytte av å *iverksette tilpassede intervensjoner* og bruke *aktivitetsretta virkemiddel* for å jobbe seg mot «handlingsfasen» (Barth m.fl. 2001:88). Lav selvtillit og lite mestringstro kan representere store barrierer i endringsarbeidet. Jeg tenker derfor det er viktig å være veloverveid i valg av intervensjoner, og søke balanse mellom utfordringer og mestring. Ved å identifisere barrierer hos den unge, vil jeg tenke man opparbeider seg bedre forståelse for hvilke intervensjoner den unge kan ha nytte av. Et hovedprinsipp innen «Motiverende samtale» er at en konkret forandringsplan ikke utarbeides før klienten er klar for det (Helsedirektoratet 2012b). Virkemiddel kan stimulere ytre motivasjonelle faktorer og være ekstra viktig i tidlig fase, når unge har lite erfaringer å støtte seg på (Helsedirektoratet 2011a:97).

### **5.3 Konkrete mål, mestringserfaringer og målbevisst jobbing**

Intervjupersonen forteller at behandlingsprosessen hadde tydelig tidsperspektiv på vektrelaterte mål. Underveis ble konkrete og realistiske delmål sett på som ekstremt viktig. Gode mål øker opplevelsen av indre kontroll, selvtillit og motivasjon (Wormnes og Manger 2005:48). Delmål som nås virker belønnende og motiverende, og gir økt energi på veien mot det store målet (ibid.:40). Forskning viser at overvektiges opplevelser med å mislykkes med livsstilsendringer bidrar til dårlig selvbilde (Borge m.fl. 2012). Gjentatte erfaringer med ikke å mestre kan utgjøre barrierer mot ny mestringsforventning, skape et ambivalent forhold til fysisk aktivitet og holde den unge tilbake fra deltakelse (Haugland og Haug 2012:186). Intervjupersonen vektla delmål som ga positive mestringserfaringer. Intervensjoner som fokuserer på utvikling av ferdigheter og gode mestringsopplevelser er vist å ha positiv effekt på unges overvektproblem (Steinsbekk og Danielsen 2010).

Intervjupersonen vektla at målene skulle være formulert av den unge selv og basert på den unges motiver, lyst og ønsker. Det er et vanlig fenomen at overvektige unge har lav kompetanse innen fysisk aktivitet (Haugland og Haug 2012:186). Dårlige ferdigheter kan tenkes å redusere mestringstro, selvfølelse og motivasjon for deltakelse. Å tilpasse aktiviteten

til den enkeltes forutsetninger bør derfor ikke undervurderes (Helsedirektoratet 2011a:99). Martinsen vektlegger at utgangspunktet for valg av aktivitet alltid bør være hva den unge selv vil, fordi det gir en opplevelse av medbestemmelse, kontroll og ansvar (2011:199). Samtidig tenker jeg at dette må balanseres. Det er vist at mange med lav mestringsstro setter seg enten altfor lave mål – som de garantert når, eller altfor høye mål – som er umulige å nå, og som det ikke engang nytter å prøve seg på (Wormnes og Manger 2005:49). Å bistå den unge til å sette «realistiske mål», som intervjupersonen sa, synes derfor viktig.

«Hva må du gjøre hver dag for at du skal få til det?», spurte intervjupersonen ved utarbeidelsen av mål. Evalueringen lettes og motivasjonen styrkes når delmålene er konkrete (ibid.:52). Intervjupersonen var opptatt av å forankre målene i hverdagslivet her og nå, og målene ble tatt opp på hver konsultasjon. Viktigheten av å være målretta, konsekvent og «streng» i oppfølging og evaluering av delmålene ble begrunnet med ønsket om fremdrift. Prokrastinering (tendensen til å utsette) er en del av fedmesykdommens psykopatologi (Helsedirektoratet 2011a:478). Forskning viser at mange overvektige har mye kunnskap om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, men sliter med å overføre teori til praksis: «... utfordringen er å omgjøre teoretisk kunnskap til forståelse og handling i eget liv» (Borge m.fl. 2012). Jeg tenker det er viktig å balansere ønsket om fremdrift med vissheten om at behandling av overvekt er tålmodighetsarbeid, og det er viktig at den unge går i takt med seg selv i endringsprosessen. «Roma bygges ikke på en dag!», uttalte intervjupersonen. «Jeg har fått lov til å ta det i mitt tempo, for det er jeg som har valgt», uttalte en klient til Borge, Christiansen og Fagermoen (2012).

#### **5.4 Bruk av praktiske virkemiddel**

Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten skal det vedtas enighet om behandlingen gjennom *skriftlige avtaler*; «Oppfølgingsplan» (Helsedirektoratet 2010:72) eller «Individuell plan» (ibid.:80). Skriftlige avtaler kan oppleves forpliktende, og synliggjør at begge parter har et ansvar for etterlevelse. Forskning viser at godt utarbeida planer kan ha positiv effekt på livsstilsendring (Borge m.fl. 2012). Teori og funn viser at bruk av *objektiv*

*aktivitetsregistrering*, skritteller osv. kan ha positiv effekt i arbeidet med å øke mengden fysisk aktivitet. For noen er det motiverende å konkurrere med seg selv eller andre, for andre er det bedre å fokusere på ferdighet/mestring av en aktivitet. Ulike personligheter lar seg motivere av ulike målorienteringer, og det er viktig å bli kjent med den enkelte (Wormnes og Manger 2005:48). Intervjupersonen forteller at *belønning* når mål var nådd ble ansett som svært viktig, og burde knyttes til noe helsefremmende som den unge opplevde positivt. Belønning blir ansett som et effektivt virkemiddel i endringsprosesser, og er noe både den enkelte kan nyttiggjøre seg og vi som helsepersonell aktivt kan benytte i endringsarbeidet (Helsedirektoratet 2011a:92). Det blir anbefalt å begrense bruk av mat som belønning (Steinsbekk og Danielsen 2010). Det kan forklares med at mange har misbrukt mat i forbindelse med håndtering av vanskelige emosjoner og følelsesregulering (Helsedirektoratet 2010:26 og Borge m.fl. 2012).

Intervjupersonen forteller om svært god respons på felles gruppe- og undervisningsdager for de unge og deres pårørende. Der får de treffe andre i samme situasjon, kan utveksle erfaringer og se at de ikke er aleine. Dessuten lager de et fellesmåltid sammen, som kan gi inspirasjon til å velge sunt. Teori og funn viser at sosiale vansker og isolasjon er utbredt blant unge overvektige, og mange opplever det sosiale som et savn. Mange føler seg aleine i en fastlåst situasjon. Travelbee definerer lidelse som noe som kan oppstå når mennesket opplever å bli atskilt fra andre (Kirkevold 1998:114). Forskning viser at *sosial støtte* kan bidra til positiv opplevelse av egenverd, læring og ny motivasjon og tro på at endring er mulig (Borge m.fl. 2012). Funnene viser at mange unge vektla det sosiale som en motivasjonsfaktor når de skulle utarbeide mål. Martinsen vektlegger viktigheten av samvær med andre når man jobber med å planlegge fysisk aktivitet, fordi dette synes å ha positiv tiltrekning på deltakelse og motivasjon (2011:199). Deltakelse handler om den enkeltes opplevelse av inkludering, medbestemmelse og autonomi (Bredland, Linge og Vik 2011:39). Øen sier at motivasjonen øker når den unge opplever deltakelse og ansvar i egen behandlingsprosess (2012:199).

Det kan være viktig å forstå hvordan ytre motivasjonelle faktorer påvirker den unge. Teorien vektlegger at det er positivt dersom disse virkemidlene brukes som et ledd i å bygge opp,

støtte og forsterke den indreregulerte motivasjonen. Indre motivasjon kjennetegnes av at den er mer internalisert, og bidrar positivt til vaneetablering (Helsedirektoratet 2011a:97).

## **5.5 Innsikt i den unges selvforståelse og overvektens subjektive**

### **konsekvenser**

Teori og funn viser at svært mange overvektige unge sliter med selvførdømmelse, skam- og skyldfølelse, mobbing og sosial isolasjon. Dette kan etterlate seg livslange følelsesmessige og sosiale arr. Ungdomstiden er en sårbar periode, hvor kropp og selvfølelse er særlig viktig (Steinsbekk og Danielsen 2010). Overvektens psykososiale konsekvenser kan være krevende å forstå. Det er kanskje noe av dette Travelbee snakker om når hun sier at terapeutisk bruk av seg selv krever «... en dyp forståelse av den menneskelige tilstand» (Travelbee gjengitt av Kirkevold 1998:120). Helsedirektoratet presiserer viktigheten av å se behandlingsmålene nyansert (2010:57). Økt deltakelse, mestring og selvfølelse, samt økt egenopplevelse av velvære, helse og livskvalitet blir sett på som like viktige behandlingsmål som vekt og iso-KMI (ibid.). Intervjupersonen understreket viktigheten av å kunne fange opp signaler på om den unge har psykiske vansker som gjør det nødvendig å henvise videre for psykologhjelp. Å erkjenne grensene for egen kompetanse er nedfelt i Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere § 1.7 (2011) og Helsepersonelloven § 4.

Teori, forskning og funn kan signalisere noe inkonsistens i forventninger og drivkrefter for motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge. Samfunnets motivasjon kan være å eliminere helseplager, redusere samfunnskostnader og øke individets fungering og bidrag i storfelleskapet (Helsedirektoratet 2010:64). Den unges motivasjon for endring er ofte relatert til kosmetikk og utseende, noe vestlig kultur, media og samfunn bidrar til (ibid.:42 og Øen 2012:29). Samtidig sier forskning at motivasjon for livsstilsendring hos overvektige først kommer når helseplagene blir for store, og ikke av å ha en stor kropp i seg selv (Borge m.fl. 2012). Foreldres motivasjon er ofte knyttet til forventningen om at livsstilsendring kan medføre økt selvfølelse og livskvalitet (Helsedirektoratet 2010:42). Dette viser viktigheten av

å bli kjent med klientens endringsteori, - forstå hva den hjelpesøkende selv tror kan hjelpe (Øen 2012:199). Tar vi for mye styring, kan klientens selvtillit lett brytes ned, egne initiativ kan kulminere og klienten kan få en følelse av maktesløshet og håpløshet (Wormnes og Manger 2005:63). Ytre krav til innsats medfører økt motstand og sabotering (Øen 2012:218). Øen sier at dersom motivasjonen kun dreier rundt det kosmetiske, kan det bidra til usunne løsninger på overvektsproblemet (2012:29). Å søke balanse mellom vårt samfunnsansvar og vårt ansvar som fagpersonell på den ene siden, og den unges ønsker, lyst og motivasjon på den andre siden, synes derfor viktig.

Sykepleiers teoretiske bakgrunnskunnskap kan i samspill med den enkelte brukers erfaringskunnskap skape økt forståelse og handlingskompetanse; «Motivasjonen for å komme i gang med læringsprosessen ble stimulert hos deltakerne når de opplevde erfaringsnær kunnskap som var gjenkjennelig for dem» (Borge m.fl. 2012). Viktigheten av å ta utgangspunkt i klientens egne tanker og virkelighetsforståelse, og i mindre grad styres av den profesjonelles teoretiske ståsted, blir presisert. Travelbee tar sterk avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket (Kirkevold 1998:114). Hun vektlegger lidelse som både fellesmenneskelig og dypt personlig, og det blir derfor nødvendig å søke innsikt i hvordan den enkelte opplever sin situasjon når man skal avhjelpe lidelse (ibid.). Det kan også dreie seg om å forstå i hvilken grad den unge oppfatter seg som overvektig, og tror dette er noe som kan endres. Annette Bævre Larsen, sykepleier ved overvektspoliklinikken på Kongsvinger, kommer med et innspill til «Sykepleien Forskning»;

«Pasientens normalitetsbegrep kan være en utfordring i behandlingen da vi opplever at mange av pasientene sier de alltid har vært store (...) Disse pasientene har ofte foreldre, søsken og besteforeldre som er overvektige (...) Vi erfarer at nedarvete holdninger til mat- og aktivitetsvaner er en stor utfordring for varig vektreduksjon» (Larsen 2012:23).

Det kan tenkes at man ved å utforske hvordan den unge selv forstår sin situasjon, kan bidra til mer spissing av intervensjonene. Dette kan igjen bidra til å stimulere den unge til å ta mer ansvar og styring i egen behandlingsprosess.



## **5.6 Fremme beslutningstaking og bygge mestringstro gjennom kommunikasjon og motivasjonssnakk**

Teori og funn viser at ambivalens er svært vanlig i endringsprosesser, og intervjupersonen forteller at de jobber konkret med ambivalensen ved å stille spørsmål om hva som er bra ved å endre atferd, og hva som er bra ved å beholde situasjonen som den er. Det tar tid før beslutninger om endring blir stabile, og beslutningene må gjentas ofte i arbeidet med å endre vaner (Barth m.fl. 2001:53). Å arbeide med ambivalens stimulerer den unges egne tanker, vurderinger og beslutningsgrunnlag. Intervjupersonen fant det hensiktsmessig å bruke elementer fra samtalemetoden «Motiverende samtale» i motivasjonsarbeidet. Ifølge Travelbee er ikke kommunikasjonsteknikker noen «mirakelkur for problematiske interaksjoner», men kan, om de brukes målretta, «bidra til forandring hos syke personer» (Kirkevold 1998:119).

Funnene viste at mange unge la verdi i fysisk aktivitet. Dette kan representere en endringsfokusert ytring. Et mål i arbeid med endringsprosesser er å aktivere og forsterke allerede eksisterende motivasjon og mestringstro (Barth m.fl. 2001:192-214). Det kan gjøres ved å fokusere på tidligere mestringserfaringer og kommunisere gjennom aktiv lytting, åpne spørsmål, speiling, oppsummeringer og refleksjoner (ibid.). «Mange har svært liten tro på seg selv. Jeg unngår å dvele for mye ved det de ikke får til – det forsterker bare deres følelse av mislykkethet», forteller intervjupersonen. Hun vektlegger viktigheten av å fokusere på det den unge mestrer, og bekrefte og forsterke det gjennom ekte engasjement og interesse. Jeg tenker at dette engasjementet er en viktig motivasjonsfaktor for den unge. Positive mestringserfaringer, fokus på fordelene ved endringene man skal gjøre og å omgi seg med positive forbilder er vist å påvirke mestringstro og utgjøre sterke drivkrefter i endringsprosesser (Helsedirektoratet 2011a:93). Intervjupersonen bruker motivasjonshistorier for å inspirere, formidle muligheter og skape håp ved å vise at andre har fått til å skape forandring. Forskning viser at når kunnskap om livsstilsendring formidles av mennesker med egenerfaring, stimuleres motivasjonen (Borge m.fl. 2012). Det kan tenkes at det øker troverdigheten ved det som formidles.

## 5.7 Bygge en tillitsfull relasjon

Liten selvrespekt, skam og skyldfølelse preger mange overvektige, reduserer håp, skaper motløshet og utgjør barrierer mot endring (Øen 2012:195). Travelbee sier at lidelse er noe som kan oppstå når mennesket opplever bl.a. nedsatt egenverd (Kirkevold 1998:114).

Forskning viser at overvektige har økt krenkbarhet for stigmatisering, og at en anerkjennende holdning derfor er svært viktig (Borge m.fl. 2012). Å bli sett og forstått på en empatisk måte er vist å ha positiv effekt på motivasjon for livsstilsendring (ibid.). Teorien viste at når den unge opplever at sykepleier både har kunnskap, ferdigheter og vilje til å hjelpe, bygges det tillit. Gjennom varsomhet, åpenhet og respekt kan tillit vinnes (Aubert og Bakke 2008:147). Intervjuet viste at mange unge savner å snakke om overvekten. Intervjupersonen vektla den profesjonelles ansvar for å tre ut av ekspertrollen og formidle verdighet og aksept gjennom anerkjennelse og empati, og mente en tillitsfull relasjon gjør det mindre skamfullt å dele tanker, følelser og opplevelser. En ovenfra-og-ned-holdning kan frata hjelperen troverdighet og bidra til avmakt og motløshet (Øen 2012:199). Tidligere negative erfaringer med å samtale om vanskelige tema og mangelfull opplevelse av å bli forstått kan skape frykt for avvisning (Wormnes og Manger 2005:200). Jeg tenker holdninger ofte kommer til uttrykk gjennom handlinger, og vises dermed gjennom vårt engasjement for den unge, behandlingstilbudet vi tilbyr og oppfølgingen vi gir. Egne holdninger påvirker den overvektige, og er derfor en del av vårt ansvarsfelt (Borge m.fl. 2012). Travelbee vektlegger sykepleierens ansvar og karakter i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet (Kirkevold 1998:116).

*«Måten jeg møter den unge på betyr alt!»,* forteller intervjupersonen. Forskning viser at kvaliteten på møter mellom overvektige og helsepersonell er avgjørende for om den overvektige blir motivert til å ta mer ansvar selv (Borge m.fl. 2012). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten vektlegger at målet for tjenestene er at de er trygge, sikre og virkningsfulle, og poengterer viktigheten av å involvere brukerne og gi dem innflytelse (Helsedirektoratet 2011c). Pasienters rett til medvirkning i egen behandling er lovbestemt gjennom Lov om Pasientrettigheter § 3.1. Brukermedvirkning krever en holdningsendring og forskyvning av makt fra hjelper til bruker, sier Øen (2012:197). Å tilføre klienten makt er en del av grunntanken i myndiggjøring (Askheim 2012:12). Myndiggjøring og selvbestemmelse kan bidra til økt selvtillit, mobilisering av kraft og ressurser og styrket

integritet. Myndiggjøring viser at man har troa på at klienten kan ta ansvar og lykkes (Øen, 2012:218). Forskning bekrefter viktigheten av at klienten opplever selvbestemmelse og kontroll i eget liv, gjennom bl.a. å få styre innhold og tempo på behandlingsprosessen (Borge m.fl. 2012). Samtidig tenker jeg at myndiggjøringens fokus på den enkeltes ressurser og muligheter kan underbygge vår vestlige kulturs verdsetting av enkeltindividets uavhengighet, autonomi og ansvar for egen helse (Øen 2012:287). Oppfatningen av hvem som har ansvar for fedmeproblematikken er sprikende (ibid.:186). Jeg tenker at å inneha kunnskap om overvektsproblematikkens årsaks- og påvirkningsfaktorer, slik «Den sosiale helsemodellen» illustrerte (se punkt 2.1.2), og formidle faglig forankra og reflekterte tanker rundt kompleksiteten rundt fedmeutvikling og behandlingsprosess, kan bidra til holdningsendringer og lette byrden for overvektige.

## 6 Konklusjon

Gjennom oppgava har det blitt belyst hvordan sykepleier på ulike måter kan bidra til overvektige unges motivasjon for livsstilsendring. For å kunne bidra til motivasjonsprosessen bør sykepleier besitte faglig kunnskap og ha evnen til å anvende denne kunnskapen på en tillitsskapende måte preget av respekt og med visdom. Kunnskap om overvekt, livsstilsintervensjoner, endringsprosesser og motivasjon virker tillitsvekkende og danner grunnlaget for handling i møte med den enkelte. Strategisk og bevisst bruk av virkemiddel i form av bevisstgjøring, mobilisering av sosial støtte, kunnskapsoverføring og individuelt tilpassede intervensjoner kan virke positivt inn på motivasjonen dersom de tas i bruk på den unges premisser og tilpasses hvor den unge er i endringsprosessen.

Våre holdninger og vårt engasjement påvirker den unges motivasjon. Innsikt i overvektens konsekvenser for den unge kan ha stor betydning for behandlingsprosessen. Gode målvalg bør utarbeides i fellesskap med den unge og fokusere på positive mestringserfaringer, og sykepleier bør søke en balanse mellom å utfordre og støtte. Et viktig premiss for endring er brukermedvirkning og myndiggjøring. Disse faktorene kan bidra til endret selvoppfatning, økt mestringstro og større evne til å ta ansvar i egen behandlingsprosess. Gjennom oppgava har sykepleiers relasjonskompetanse vist seg å ha sterk innflytelse på den unges motivasjon, og relasjonskompetansen påvirker alle handlingselementene i yrkesutøvelsen. Jeg avslutter oppgava med Øens definisjon på ekspertise i arbeidet med å skape motivasjon for livsstilsendring hos overvektige unge:

«I arbeid med livsstilsendring vil ekspertise kanskje først og fremst knytte seg til kunnskap om relasjoner, om kommunikasjon og ikke minst om motivasjon, ambivalens og mestringserfaring. Dette er også en slags «fagstemme»; et ekspertisebegrep som strekker seg utover kunnskaper om ernæring og treningsmetoder» (2012:199).

## Litteraturliste

Aubert, A-M. og Bakke, I.M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse – Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bandura, A. (1997). *The Exercise of Control*. United States of America: W.H. Freeman and Company

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bergmo, T. (2009). *Barn og overvekt*. Hentet 02.03.14 fra:  
<http://www.nrk.no/programmer/tv/redaksjonen/1.6400558>

Borge, L., Christiansen, B. og Fagermoen, M.S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*. 7 (1):14-20. DOI:  
10.4220/sykepleief.2012.0024

Bredland, E.L., Linge, O.A. og Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Den sosiale helsemodellen [illustrasjon] Whitehead og Dahlgren (1991). Hentet 22. februar fra <http://www.hordaland.no/PageFiles/54857/Folkehelse-2014-25%20H%C3%B8yringsutkast%20webutgave.pdf>

Engen, A. (2014). *Bli vel trent i stua med Yngvar*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.nrk.no/livsstil/bli-vel-trent-i-stua-med-yngvar-1.11426258>

Folkehelseinstituttet (2012a). *Fakta og statistikk om fysisk aktivitet*. Hentet 25.02.14 fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,6046&MainContent\\_6261=6464:0:25,6047:1:0:0:::0:0&List\\_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047:1:0:0:::0:0&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2012b). *Kroppsmasseindeks, vekt og høyde hos barn og unge*. Hentet 25.02.14 fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=MainContent\\_6263&Main\\_6157=6263:0:25,5813:1:0:0:::0:0&MainContent\\_6263=6466:0:25,5823:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=MainContent_6263&Main_6157=6263:0:25,5813:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6466:0:25,5823:1:0:0:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2013). *Barns vekst i Norge*. Hentet 24.02.14 fra: <http://www.fhi.no/studier/barnevekststudien>

Fossum, E. (2011). *Se hvor raskt Birken ble fulltegnet*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.nrk.no/ho/birken-fulltegnet-pa-97-sekunder-1.7859184>

Gaustad, C.M. (2014, 26. feb.). Bannlyst brunost og barnehelse. *NRK Ytring*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.nrk.no/ytring/brunostbannlysing-og-barnehelse-1.11568748>

Glasdam, S. (2012). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2012

Handeland, M., Juliusson, P. og Simonsen, S. (2009). *Overvekt og fedme*. Hentet 28.02.14 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/endokrinologi/overvekt-og-fedme>

Hansen, E.T. (2014). *Ekspløsjon av overvektige i Møre og Romsdal*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.nrk.no/mr/alarmerende-overvektstall-1.11569864>

Haugland, S. og Haug, E. (2012). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av overvekt. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Heggelund, G.Å. (2011, 11.jan). Birkebeinere lever lengre. *Dagens Medisin*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/birkebeinere-lever-lengre/>

Helsedirektoratet 2010. *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet 2011a. *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2011b). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Hentet 24.02.14 fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2011c). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten – og bedre skal det bli!* Hentet 04.03.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2012a). *Ambivalens*. Hentet 05.02.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/ambivalens.aspx>

Helsedirektoratet (2012b). *Endringsprosessen*. Hentet 05.02.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/endringsprosessen.aspx>

Helsedirektoratet (2012c). *Hva er motiverende samtale*. Hentet 10.02.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/Hva-er-motiverende-samtale.aspx>

Helsedirektoratet (2012d). *Motivasjon og mestring*. Hentet 10.02.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/motivasjon-og-mestring.aspx>

Helsedirektoratet (2012e). *Motiverende samtale*. Hentet 10.02.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/Sider/default.aspx>



Helsedirektoratet (2012f). *Næringsstoffer*. Hentet 25.02.14 fra:

[http://www.matportalen.no/kosthold\\_og\\_helse/tema/naringsstoffer/#tabs-1-2-anchor](http://www.matportalen.no/kosthold_og_helse/tema/naringsstoffer/#tabs-1-2-anchor)

Helsedirektoratet (2012g). *Prinsipper i Motiverende samtale*. Hentet 10.02 fra:

<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/prinsipper-i-motiverende-samtale-mi.aspx>

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Jåtun, B.M. (2012). Biologiske årsaker til overvekt og fedme. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jåtun, B.M. (2012). Somatiske følgetilstander ved fedme. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jåtun, B.M. (2012). Utredning og behandling av fedme hos barn og unge. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kolsgaard, M.L.P. (2012). Ernæring og kosthold; anbefalinger ved forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og ungdom. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Larsen, A.B. (2012). Livsstilsendring krever motivasjon. *Sykepleien Forskning*. 7 (1):23 DOI: 10.4220/sykepleief.2012.0043

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Meld. St. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet

Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet

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

Mæland, J.G. m.fl. (2011). *Sosialmedisin*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Regjeringen (2008). *Handlingsplan for fysisk aktivitet*. Hentet 24.02.14 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/handlingsplan-fysisk-aktivitet.html?id=230337>

Sosial- og helsedirektoratet 2005. *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Steinsbekk, S. og Danielsen, Y.S. (2010). Fedme hos barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 47 (1):23-28. Hentet fra Tidsskrift for Norsk Psykologforening

Malt, U. (2009). *Empati*. Hentet 26.02.14 fra: <http://sml.snl.no/empati>

Sveen, E.H. og Christiansen, V. (2012). *Fra tjukkas til kjekkas*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.nrk.no/ho/tjukkasgjeng-skal-bli-kjekke-1.8099312>

Transtheoretical Model/Stages of Change [illustrasjon] Prochaska og DiClementes (1982). Hentet 03.03.14 fra: [http://www.physio-pedia.com/Physical\\_Activity\\_Promotion\\_in\\_Teenage\\_Girls:\\_A\\_Physiotherapist%E2%80%99s\\_Guide\\_for\\_developing\\_a\\_Social\\_Media\\_Resource](http://www.physio-pedia.com/Physical_Activity_Promotion_in_Teenage_Girls:_A_Physiotherapist%E2%80%99s_Guide_for_developing_a_Social_Media_Resource)

Underdal, H. (2013). *Cinahl tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Hentet 02.03.14 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/nyhetsarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

World Health Organization (2014). *BMI Classification*. Hentet 24.02.14 fra: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

World Health Organization (2013). *Obesity and overweight*. Hentet 25.02.14 fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

World Health Organization (2005). *Re-defining health*. Hentet 25.02.14 fra:  
[http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/)

Wormnes, B. og Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Øen, G. (2012). Atferdsterapeutiske prinsipper i behandling av barn og unge med overvekt. I:  
Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*.  
Bergen: Fagbokforlaget

Øen, G. (2012). Etske utfordringer i arbeid med fedmeproblematikken. I: Øen, G. (red.).  
*Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen:  
Fagbokforlaget

Øen, G. (2012). Fedmeproblematikkens utfordringer. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og  
unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Øen, G. (2012). Overvekt, psykososiale faktorer og psykisk helse. I: Øen, G. (red.). *Overvekt  
hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Øen, G. (2012). Samhandling og kommunikasjon om overvektsproblematikk. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

Øen, G. og Stormark, K.M. (2012). Sammenheng mellom overvekt, fedme og spiseforstyrrelser. I: Øen, G. (red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget

## Vedlegg: Intervjuguide

*Tema: Sykepleiers rolle i møte med unge overvektige.*

*Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å motivere unge overvektige til livsstilsendring?*

Med forskningsspørsmålene:

*Hvordan kan sykepleiers handlingskompetanse bidra til å motivere unge overvektige til livsstilsendring?*

*Hvordan kan sykepleiers relasjonskompetanse bidra til å motivere unge overvektige til livsstilsendring?*

Med *handlingskompetanse* mener jeg kunnskapen om faget samt hvordan faget kan praktiseres slik at det utløser og forsterker ressurser hos den unge (Aubert og Bakke 2008:23).

Med *relasjonskompetanse* mener jeg at faglighet i yrker som innebærer å hjelpe andre, knyttes til kompetansen som utvises i relasjonen. Den kompetente yrkesutøveren behersker “faget”, samtidig som hun har “fingerspitzengefühl” i forhold til hvordan faget skal utøves på en måte som er til hjelp for den som mottar den (Aubert og Bakke 2008:21).

**Handlingskompetanse:**

- 1. Du arbeider konkret med unge som sliter med alvorlig grad av overvekt. Hva er din erfaring med hva disse unge strever med?**
  
- 2. Hva opplever du er viktig å inneha av kunnskap i ditt bidrag med å fremme motivasjon for livsstilsendring hos disse unge?**
  - a. Betydningen av kunnskap om og utøvelse av konkrete intervensjoner**
  - b. Betydningen av kunnskap om endringsprosesser**
  - c. Bruk av virkemiddel**

**Relasjonskompetanse:**

- 3. Det er blitt sagt at måten vi møter bruker på, i vesentlig grad kan påvirke personlig motivasjon for atferdsendring (Øen, 2012:199).**
  - a. Hvordan opplever du vellykket samhandling, og hva tror du gjorde at det blei vellykka?**
  
  - b. Hva opplever du utfordrende i samhandlingen med unge overvektige?**

