



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Stine Gundersen & Mette Bjerke

Veileder: Cecilie Ruud Dangmann

## Bacheloroppgave

# Motiverende intervju med overvektig ungdom

Motivational interviewing with overweight adolescents

BASY 2013 - Bachelor i sykepleie

**2016**

Antall ord: 13297

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## **Sammendrag**

**Problemstilling:** Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe overvektig ungdom til å endre atferd ved hjelp av motiverende intervju?

**Bakgrunn og hensikt:** Overvekt blant yngre, deriblant ungdom er et økende problem i Norge. Hensikten med temaet er å kunne redusere overvekt. Vi vil derfor se om motiverende intervju er et redskap vi som sykepleiere kan bruke for å endre vektrelatert atferd hos overvektig ungdom.

**Metode:** Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie. Vi har i tillegg til pensumlitteratur funnet selvvalgt litteratur og fire forskningsartikler som er med å besvare problemstillingen.

**Resultat:** Forskningen hjelper oss med å belyse hvordan vi som sykepleiere kan bruke motiverende intervju for å endre vektrelatert atferd hos ungdom i de forskjellige stadiene i atferdsendring. I tillegg viser det hvordan vi kan involvere foreldre.

**Konklusjon:** Motiverende intervju er et godt egnet redskap for sykepleiere for å endre vektrelatert atferd hos overvektig ungdom. Motiverende intervju fokuserer på å skape refleksjon hos ungdommen, for å starte en tankeprosess som skal motivere til endring. For at ungdom skal lykkes med endring er foreldreinvolvering vesentlig da de er rollemodeller og en stor påvirkning på ungdommens liv.

## **Innhold**

Sammendrag .....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling .....	6
1.3 Begrepsforklaring.....	6
1.4 Begrensning av oppgaven .....	7
1.5 Oppgavens disposisjon .....	7
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteraturstudie som metode .....	9
2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode .....	9
2.3 Valg av litteratur og litteratursøking .....	10
2.3.1 Kildekritikk .....	11
2.4 Etske vurderinger .....	12
2.5 Presentasjon av funn.....	12
2.5.1 Artikkel 1.....	12
2.5.2 Artikkel 2.....	13
2.5.3 Artikkel 3.....	13
2.5.4 Artikkel 4.....	14
3.0 Teori .....	15
3.1 Årsaker til overvekt og fedme .....	15
3.2 Hva er sykepleie? .....	15
3.2.1 Sykepleieteori - Joyce Travelbee.....	16
3.3 Kommunikasjon .....	18
3.3.1 Kommunikasjon med ungdom fra 12 år og oppover .....	18
3.4 Veiledning .....	19
3.4.1 Motiverende intervju .....	19
3.5 Atferdsendring.....	21
3.5.1 Kosthold og fysisk aktivitet.....	22
3.5.2 Konsekvenser ved overvekt.....	24
3.6 Foreldreinvolvering .....	24
3.7 Empowerment og brukermedvirkning.....	25
3.8 Etikk og lover .....	26
4.0 Drøfting .....	28
4.1 Før-overveielse og overveielse.....	28

4.2 Forberedelse .....	31
4.3 Handling og vedlikehold .....	36
5.0 Konklusjon .....	38
6.0 Referanseliste .....	39
Vedlegg 1: PICO- skjemaet.....	42
Vedlegg 2: Søkematrise.....	43

## 1.0 Innledning

### 1.1 Valg av tema

Overvekt hos barn og unge har blitt et økende problem i verden, også i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2012). Man kan se en jevn økning de siste 30 årene. Kartleggingsrapporter viser at 16 -17 % av 15-åringer i Norge har overvekt eller fedme, og andelen gutter er noe høyere enn jenter (Helsedirektoratet, 2010). Dårlige kostholdsvaner og inaktivitet er de vanligste årsakene til overvekt, men overvekt kan være relatert til kroppstype, sosioøkonomisk status, livsstil og kultur (Helsedirektoratet, 2010). Det har også en arvelig komponent, og om begge foreldrene er overvektige er det en stor sjanse for at ungdommen utvikler overvekt. Overvektig ungdom har høyere risiko for å få høyt blodtrykk, få dårlig pust, slite med søvn, utvikle fedme når de blir eldre, og de har også større risiko for å utvikle andre livsstilsykdommer som hjerte- og karsykdommer eller diabetes type 2 (FHI, 2012). Vi har derfor valgt overvektig ungdom som tema fordi det er et vedvarende problem i verden og Norge. Vi mener at ved å ta tak i problemet i ungdomsalderen kan vi bidra til bedre folkehelse, da overvekt medfører mange helseplager over tid.

Som sykepleiere skal vi både arbeide med helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Helsefremmende arbeid er en prosess som skal gjøre den enkelte og samfunnet til å bedre og ivareta helsen, og har som mål å styrke ressurser til god helse. Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom og fremme helsen (Gammersvik & Larsen, 2012; Mæland, 2010). Å forebygge overvekt er ikke bare helsetjenesten som kan gjøre, men helsetjenesten er en viktig veileder for andre sektorer som skal sette i gang med tiltak. Helsetjenesten veileder også direkte barn, ungdom og foreldre. Det er derfor viktig at sykepleiere og annet helsepersonell kommer så tidlig som mulig inn på banen når man ser at det er stor risiko for overvekt eller at det alt er utviklet overvekt (Helsedirektoratet, 2010). Tverrfaglig samarbeid er også en viktig faktor for å forebygge overvekt, som sykepleiere kan vi samarbeide med mange forskjellige profesjoner. Disse kan være ernæringsfysiologer, skolen hvor ungdommen går, helsesøster og leger (Øen, 2012).

Vi vil videre i oppgaven se på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe overvektige ungdom til å endre vektrelatert atferd.

For å forebygge overvekt må man endre atferd. Det å skulle hjelpe mennesker med atferdsendring er en lang prosess (Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Man må endre mange holdninger, tenkemåter, vaner og atferd. Når vi skal jobbe med ungdom som må endre atferd

er det avgjørende å involvere foreldrene også. NRK (Kunnskapskanelen, 2015) sier i ett av foredragene sine at hele 75 % av foreldre ikke ser at barnet sitt er overvektig selv om dette er tilfelle. Selv om ungdom er i en løsrivingsfase og vil utforske på egenhånd, vil foreldrene fremdeles være viktige rollemodeller for ungdommen, i tillegg til at det er de som står for innkjøp av mat i husholdningen og lager rutiner rundt måltider (Øen, 2012). Etter å ha forsket rundt temaet har vi sett at motiverende intervju er en teknikk som blir brukt mye i atferdsendring i helse- og omsorgssektoren, og vi vil derfor fordype oss i hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe overvektige ungdom til å endre atferd ved hjelp av motiverende intervju.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe overvektig ungdom til å endre atferd ved hjelp av motiverende intervju?

## **1.3 Begrepsforklaring**

Her vil vi forklare noen av begrepene vi vil bruke gjennom oppgaven vår slik at leseren skal få en bedre forståelse om hva det er og hvorfor vi ønsker å bruke begrepene.

*Overvekt og fedme.* Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer overvekt og fedme som unormal eller overdreven fettakkumulering som kan være helsefarlig. En KMI på 25 eller høyere tilsvarer overvekt og en KMI på 30 eller høyere fedme (World Health Organization, 2015).

*Kroppsmasseindeks (KMI) og kjønns- og aldersjustert KMI (iso-KMI).* Dette er en måte å måle om ungdom er overvektig eller ikke. KMI regnes ut ved å dividere vekten med høyden ganger to og dette forteller oss hvor overvektig han kan være.

Iso- KMI forteller oss noe om hvilken vektklasse den målte verdien hos en ungdom tilsvarer hos en voksen og brukes kun for overvektig barn og ungdom. Man deler inn iso-KMI i; Iso-KMI 25 (overvekt), iso- KMI 30 (fedme) og iso-KMI 35 (alvorlig fedme) (Danielsen, 2014; FHI, 2012; Norsk Helseinformatikk [NHI], 2014).

*Relasjon.* En relasjon kan både være privat og profesjonell. En privat relasjon kjennetegnes av gjensidighet og sterke følelsesmessig bånd, mens profesjonelle relasjoner kjennetegnes av asymmetri og ensidighet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

*Interaksjon.* En interaksjon oppstår i møte mellom to individer der det pågår en gjensidig påvirkning ved hjelp av kommunikasjon (Travelbee, 1997).

*Empowerment.* Er et sentralt begrep innenfor forebyggende helsearbeid og betyr det å ha makt over sin egen helse (Mæland, 2010).

#### **1.4 Begrensning av oppgaven**

Vi velger å fokusere på overvekt hos ungdom i alder 14 -18 år, med iso-KMI over 25 da det er forskjellige tiltak til forskjellige iso-KMI klasser i forhold til om det er overvekt eller fedme, og iso-KMI over 25 til og med 29 beregnes som overvekt. Det finnes mange metoder for å hjelpe ungdom til å endre atferd, men vi velger å fokusere på motiverende intervju, da forskningen viser at dette er en god teknikk for atferdsendring. Gjennom oppgaven vår bruker vi ordet ungdom i stedet for pasient fordi vi mener vi burde tilnærme oss en ungdom som skal endre atferd på en annen måte enn med en voksen. Vi vil ikke se på ungdommen som en ungdom med en diagnose, men som et individ som trenger hjelp.

#### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven vår består av fem kapitler. Kapittel 1 er innledning, der vi vil beskrive valg av tema, problemstillingen vår og oppgavens begrensning og disposisjon.

Kapittel 2 er metode, der vi vil presentere hvilken metode vi har brukt, hvordan vi har funnet forskning og annen litteratur, og presentasjon av funn.

Kapittel 3 representerer vi teori. I denne delen presenterer vi litteratur som er relevant til vår problemstilling og stoff vi drøfter i drøftingsdelen. Vi velger å skrive om Travelbee, årsaker til overvekt, kommunikasjon, motiverende intervju, veiledning, foreldreinvolvering, atferdsendring, konsekvenser, empowerment, og lover og etikk da vi anser alt dette som viktig i forhold til atferdsendring og motiverende intervju.

Kapittel 4 er drøftingsdelen. Her vil vi drøfte hvordan vi kan hjelpe overvektig ungdom til å endre atferd ved hjelp av motiverende intervju ut i fra det vi har presentert i kapittel 2 og 3. Vi vil også bruke caser for å illustrere på en best mulig måte.

Kapittel 5 er konklusjonen hvor vi vil presentere det vi mener er svaret på vår problemstilling. Oppgaven har også en referanseliste og vedlegg, som vil vise hvordan vi har funnet forskning og hvilken litteratur vi har brukt.



## **2.0 Metode**

I dette kapittelet vil vi vise hvordan vi har innhentet oss informasjon for å kunne besvare problemstillingen. Metode sier noe om hvordan vi burde gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metode hjelper oss med å finne informasjon som er nødvendig for at vi skulle kunne svare på en problemstilling. Dalland (2012) gjengir sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode slik: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (s. 111).

### **2.1 Litteraturstudie som metode**

Metoden vi bruker er en litteraturstudie. Denne metoden skal hjelpe oss til å finne relevant forskning som kan hjelpe oss med å besvare problemstillingen om atferdsendring hos overvektig ungdom. Litteraturstudie er bruk av eksisterende litteratur rundt vårt tema, og skal gi oss en bedre forståelse av det vi skal skrive om. Litteraturstudier som metode gir oss en faglig og bred oversikt fordi data allerede finnes. Hvis litteraturen er pålitelig og beskrivende nok for oppgaven, så kan de brukes. Ulempen er at det finnes mye litteratur og informasjonen som kan være usann (Dalland, 2012).

### **2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode**

I forskning brukes det enten kvantitativ og kvalitativ metode for å samle informasjon som kan besvare en eventuell problemstilling (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Da vi leser artikler må vi kunne vite om det har blitt utført en kvantitativ eller kvalitativ metode, og vite hva forskjellene mellom disse er. Kvantitativ metode gir oss informasjon i form av målbare enheter. Den skal telle opp fenomener. Kvantitativ metode går i bredden og innhenter opplysninger via flere undersøkelser, som for eksempel spørreskjema eller eksperiment, og datasamlingen foregår uten kontakt med respondentene. Kvantitativ metode har en hensikt med å formidle forklaringer (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode vil fange opp mening og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes. Den skal gå i dybden og kjennetegnes av egenskaper av det som studeres. Kvalitativ metode henter inn opplysninger fra for eksempel intervju og observasjon og forskerne er i kontakt med respondentene. Kvalitativ metode har en hensikt med å formidle forståelse (Dalland, 2012; Johannessen, et al., 2010).

## 2.3 Valg av litteratur og litteratursøking

Overvekt hos ungdom er et tema som det står lite om i pensumlitteraturen vår og vi har derfor valgt å bruke bibliotekets søkemotor Oria for å finne litteratur som er relevant. Oria gir oss et bredspektret utvalg av litteratur innenfor overvekt, deriblant overvekt hos ungdom. Vi har gjort systematiske og grundig søk i forhold til temaet. Videre har vi søkt i databasene SveMed+, Cinahl og PubMed da disse gir oss fagfellevurderte forskningsartikler rettet mot sykepleie. Vi brukte norske søkeord i SveMed+ som ga oss nyttige MESH-termer på engelsk, som vi valgte å bruke i andre søk. Norske søkeord vi har brukt: overvekt, ungdom, kommunikasjon, undervisning, fysisk aktivitet, livskvalitet, livsstilsendring og motiverende intervju. Engelske søkeord vi har brukt: overweight, adolescents, nursing, communication, intervention, lifestyle changes, motivational interviewing, behavior changes og quality of life (se vedlegg 1 og 2).

Søk i SveMed+ og PubMed resulterte ikke i noen artikler vi så som relevante for å besvare vår problemstilling. Artikkene omhandlet ikke det vi ønsker å få svar på. Databasene ga oss mange treff på søkeordene "ungdom og overvekt", men ved å sette inn "motiverende intervju" sammen med "ungdom og overvekt", ble det ingen tilfredsstillende resultat.

Ved å kombinere søkeord i Cinahl fant vi tilslutt tre relevante, engelske forskningsartikler som er med å besvare problemstillingen vår. Vi har valgt å bruke forskningsartikkelen *"Weight's up? Predictors of weight-related communication during primary care visits with overweight adolescents"* og *"School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity"* fordi disse vektlegger hvordan man som sykepleier kan endre atferd hos overvektig ungdom ved hjelp av motiverende intervju og hvordan sykepleiere bruker motiverende intervju i praksis. Forskningsartikkelen *"Severely overweight children and dietary changes - a family perspective"* velger vi å bruke fordi den forteller oss hvordan familiens perspektiv på kostholdsendring hos overvektig barn og ungdom er, og er med å besvare problemstillingen vår.

Vi valgte å gå inn i Oria for å se på tidligere bacheloroppgaver og masteroppgaver da vi sto fast i søkingen etter forskning. Der fant vi en bacheloroppgave som hadde tatt for seg motiverende intervju. Vi gikk derfor inn i referanselisten for å få tips om forskningsartikler vi kunne bruke. Ved hjelp av den tidligere bacheloroppgave fant vi forskningsartikkelen *"Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare"* som vi har valgt å bruke fordi den er med å besvare

problemstillingen og den tar for seg både det overvektige barnet og deres foreldre, som vi ønsker å ha med i drøftingen.

I tillegg til pensumlitteratur, forskning og faglitteratur har vi benyttet oss av folkehelseinstituttets- og helsedirektoratets internettsider. Der har vi funnet faktaark om overvekt hos barn og ungdom, som viser statistikk over overvektig ungdom i Norge og om overvekt generelt. På helsedirektoratets internettsider har vi tatt i bruk *nasjonal faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge* og, rapport om *anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Retningslinjene forteller oss hvordan vi kan hjelpe overvektig ungdom til atferdsendring og gir oss som sykepleiere råd om hvordan dette kan gjøres.

Vi tok også en telefon til overvektsklinikken i Vestfold for å høre hvordan de jobbet med overvektig ungdom og deres familie. Vi valgte å bruke noe av informasjonen vi fikk under samtalen i casene vi har i drøftingen da vi fikk generell informasjon om behandling av overvektig ungdom.

### **2.3.1 Kildekritikk**

Kildekritikk er en metode som brukes for og fastlå om kildene som brukes er sanne. Ved kildekritikk må vi vurdere og karakterisere kildene som vi bruker. Kildekritikk har to sider, der den ene siden handler om å finne frem til den litteraturen som belyser problemstillingen på best mulig måte. Mens den andre som er litteratursøking, omhandler å gjøre rede for den litteraturen som vi anvender i oppgaven. Spørsmål vi har stilt oss selv underveis i søkingen er; hva slags tekst er det? Når er den skrevet? Er den fagfelleverdert? Er det fra et anerkjent tidsskrift? Svarer den på problemstillingen vår?

Ved å stille seg disse spørsmålene kan man i følge Dalland (2012) vurdere om litteraturen er valid og reliabel. Validitet betyr relevans og gyldighet, og betyr at litteraturen vi bruker må være relevant og gyldig i forhold til problemstillingen. Reliabilitet betyr pålitelighet og omhandler om hvor nøyaktig kilden er.

Når vi søkte i litteratur og forskning valgte vi å bruke de mest oppdaterte bøkene som omhandler temaet. Bøkene vi har brukt er storsett fra tidsrommet 2001 - 2014.

Helsedirektoratets- og folkehelseinstituttets internettsider har vi valgt å bruke fordi det er anerkjente og oppdaterte internettsider, samtidig som rapportene derfra finnes både i

utskrevne former og på deres internettsider. I tillegg har vi brukt disse sidene da de er relevante for problemstillingen og kildene reliable.

Vi valgte Joyce Travelbee sin bok *"Interpersonal Aspects of Nursing"* fra 1997 da vi mener den fortsatt er relevant og det står mye nyttig i boka i forhold til problemstillingen vår, og hvordan kommunikasjon påvirker relasjonen med ungdom. Vi har i tillegg sett i den norske utgaven fra 2001 for å forsikre oss at det står mye av det samme.

Vi begrenset søkene våre ved å søke forskning fra tidsrommet 2006 - 2016. Kravene våre for forskningsartiklene var at de skulle være skrevet på engelsk, de skulle være fra anerkjente tidsskrifter, fagfelle-vurderte og omhandle temaet vi har valgt.

Forskningsartikkelen *"Weight's up? Predictors of weight-related communication during primary care visits with overweight adolescents"* fokuserer på hvordan leger kan bruke motiverende intervju ved møte ved overvektig ungdom. Vi har valgt å bruke denne artikkelen fordi motiverende intervju kan brukes av all helsepersonell og den er relevant for å besvare problemstillingen vår.

## **2.4 Ethiske vurderinger**

Ethiske vurderinger og hvordan man skal ta i bruk personopplysninger er et krav i en bacheloroppgave. Når vi skal tilegne oss kunnskap om et individ, deres livssituasjon og deres syn og opplevelse av verden, er det kun det individet som kan gi oss denne kunnskapen. Vi må ta vare på deres menneskeverd. Dette kan gjøres ved å anonymisere personer og materialet vi har brukt i vår bacheloroppgave (Dalland, 2012). Litteraturen vi har brukt er anonymisert og foreldre har samtykket til at ungdommen kan være med i studiene som har blitt gjort.

## **2.5 Presentasjon av funn**

### **2.5.1 Artikkel 1**

*"Weight's up? Predictors of weight-related communication during primary care visits with overweight adolescents"* er en forskningsartikkel skrevet av Pollak, et al. (2014).

Forskningsartikkelen har benyttet seg av både kvantitativ og kvalitativmetode, og gir oss både tallfestet informasjon og går i dybden av temaet. Studiet består av 49 leger og 183 ungdommer for å få data. Ungdommene var mellom 12 og 18 år, med en iso-KMI over 85 %. Forskningsartikkelen omhandler hvordan leger kan bruke motiverende intervju (MI) som et hjelpemiddel for å få til en atferdsendring hos ungdom. For å finne ut om motiverende intervju er et effektivt hjelpemiddel har de spilt inn samspillet mellom lege og ungdommen. De forsket på hvordan samspillet mellom dem var ut fra hvilken teknikk legen brukte innenfor

motiverende intervju, tiden de brukte på å diskutere overvekten og hvor lang tid intervjuet tok. Drøftning og konklusjon i artikkelen viser at motiverende intervju er et egnet redskap som kan skape atferdsendring hos overvektige, men at det er forskjell om legen kan bruke teknikken eller ikke. MI skal i følge forskningen ikke ta lengre tid enn en vanlig konsultasjonstime og fokuset var vektrelatert.

### **2.5.2 Artikkel 2**

*"Severely overweight children and dietary changes - a family perspective"* er en forskningsartikkel skrevet av Lorentzen, Dyeremose & Larsen (2011) og omhandler hvordan endring i kosthold og fysisk aktivitet føles for det overvektige barnet og deres familie. Forskningsartikkelen er en kvalitativ casestudie som foregår over fire år. Fire overvektige barn, seks foreldre og fire søsken er med i studiet. Det ble til sammen gjort 61 intervjuer i denne tidsperioden. Resultatene fra studiet viser at noen av barna lager selvbeskyttende strategier fordi de føler at det er den eneste måten å takle hverdagen på og foreldre prøver alt de kan for å hjelpe dem og vise støtte. Noen av barna synes også det var lettere å forandre på kostholdet om de fikk ha mer kontroll selv, mens andre greide ikke å ha kontroll. Hensiktet med studien er å finne ut hvordan intervensjoner kan hjelpe overvektig barn til vektnedgang og atferdsendring og hva som må til for å få til dette. Studiet viser også at barnas sårbarhet må tas i betraktning. Det vises at kunnskap alene ikke endrer atferd, men at støtte fra foreldrene og planlegging i hjemmet er en stor del av endringen. Samtidig som barnet og familien må få hjelp av profesjonell helsehjelp.

### **2.5.3 Artikkel 3**

*"Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare"* er en forskningsartikkel skrevet av Söderlund, Malmsten, Bendtsen & Nilsen (2010) og handler om hvordan man kan motiverende intervju (MI) i møte med overvektige barn og deres foreldre i barnehelsetjenesten i Sverige. 89 sykepleiere deltok i studiet. Forskningsartikkel er en kvalitativ metode, der de brukte en beskrivende design for å finne ut hvilken påvirkning sykepleierne hadde da de deltok på et MI kurs med sitt arbeid med overvekt og fedmeproblemer og hvilke holdninger sykepleierne hadde til MI. Kurset varte over to dager, der sykepleierne får innføring i både overvekt og fedme hos barn, samt hva MI innebærer. Sykepleierne ble så gitt et spørreskjema der de ble stilt spørsmål om de deltok på kurset og hvordan, deres holdninger til MI og om de mente det funket slik det burde. Studiet viser at MI er et fungerende redskap for sykepleiere i samtale

med barn og foreldre og temaet overvekt. Sykepleierne nevner at det er en fordel ved bruk av MI fordi de får frem motivasjon og atferdsendring i en stor grad. I tillegg mener sykepleierne det var enkelt å bruke prinsipper som aktiv lytting, samtidig som det var enklere å forstå og oppsummere foreldrenes meninger om temaet. Over halvparten av sykepleierne synes også det var enkelt å be om tillatelse før de ga informasjon som skal bli gitt.

#### **2.5.4 Artikkel 4**

*"School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity"* er en forskningsartikkel skrevet av Bonde, Bentsen, & Hindhede (2014) og omhandler hvordan motiverende intervju (MI) kan integreres i praksis i sammen med andre metoder for å endre atferd hos overvektig barn og ungdom. Metoden som blir brukt i forskningsartikkelen er en kvalitativ casestudie, hvor de bruker dybdeintervju hos 12 helsesøstre for å finne ut hvordan de kan bruke MI i sitt arbeid. Studien foregikk i København og i fem lokale byer og 41 skoler hvor ca 25 00 barn i alderen 6 - 16 gikk, over et år. Sykepleierne deltok på et firedagers kurs i motiverende intervju og vektrelaterte problemer hos barn. Intervjuet fikk sykepleierne til å reflektere over praksis og belyse hvilke måter de hedret barnet og deres foreldres autonomi og hvilke holdninger de hadde til endring. Studien viser også til viktigheten med å involvere foreldrene hvis man skal endre atferd hos barnet. Studien viser at det oppstår tre dilemmaer ved bruk av motiverende intervju; (1) når barnet er overvektig, men foreldrene ikke oppfatter barnet som overvektig, (2) når barn og foreldre er på to forskjellige stadier i motivasjonen og (3) da man går ned på individnivå for å hindre et samfunnsproblem.

## **3.0 Teori**

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori som er med på å belyse vår problemstilling.

### **3.1 Årsaker til overvekt og fedme**

Det finnes flere årsaker til overvekt hos ungdom. Overvekt skyldes storsett en langvarig positiv energibalanse, der det blir konsumert flere kalorier enn kalorier forbrennes. Arv er med å regulere denne balansen, derfor er arv og gener med å bestemme om en blir overvektig eller ikke. En kan være arvelig disponibel for overvekt, men dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet som er den største årsaken (Helsedirektoratet, 2010). Det er flere faktorer som påvirker ungdoms helse og eventuelle helsevalg. Dette viser helsedeterminantmodellen godt. Dette er en modell som tar for seg både arv, livsstil og levevaner. Livsstil og levevaner er bestemt ut i fra menneskets atferd og psykologiske væremåte, som personlighet, kognitive faktorer, mestringsstrategier og emosjoner. Modellen tar også for seg hvordan et sosialt nettverk og miljøet kan påvirke helse og valg som blir tatt. Ytre påvirkninger som boligforhold og muligheten til helse- og omsorgstjenester er med å bestemme om en ungdom kan bli overvektig eller ikke (Mæland, 2010; Sletteland & Donovan, 2012). Man kan se en sammenheng mellom sosioøkonomiske forskjeller og overvekt blant ungdom, da man ser at ungdom som kommer fra familier med lav økonomi har høyere risiko for å utvikle overvekt sammenlignet med de som kommer fra familier med god økonomi. Det vises også en sammenheng mellom hvor man vokser opp, som for eksempel om de vokser opp i byen eller på landet. Disse forskjellene kan ha noe med hva slags utdanning og inntekt familien til ungdommen har. Utdanning kan virke inn på kunnskapene og det vil vise forskjeller på hvilken kunnskap familiene tilhenter seg via for eksempel informasjonskampanjer, tiltak og trender i samfunnet (FHI, 2015).

### **3.2 Hva er sykepleie?**

Sykepleie handler om å ivareta ungdommens grunnleggende behov. De grunnleggende behovene har en fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell dimensjon. Og ivareta ungdommens grunnleggende behov er viktig at vi som sykepleiere gjør på en respektfull og verdig måte. Sykepleieren har spesifikke funksjoner som også skal følges. Deriblant fremme helse og forebygge sykdom, behandle, lindre, undervise og veilede (Kristoffersen, et al., 2011).

Joyce Travelbee definerer sykepleie som "nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assist an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering, and, if necessary, to find meaning in these experiences" (Travelbee, 1997, s. 7).

### **3.2.1 Sykepleieteori - Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee (1926 - 1973) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og er kjent for sin interaksjonsteori innen sykepleie, der hun fokuserer på det mellommenneskelige aspektet i sykepleien. Hun mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren skal skape en relasjon til ungdommen for å hjelpe til å forebygge, mestre eller finne mening ved en sykdom eller lidelse. Travelbee fokuserer på at ungdommen skal kunne mestre og å ha et håp. Håp er knyttet opp mot tryggheten ved å ta i mot hjelp fra andre. Håp omhandler valg, ønsker, tillit, utholdenhet, mot, avhengighet av andre og det skal være framtidorientert. Hun poengterer at det er enkeltmenneskets opplevelse av situasjonen og ikke diagnosen som skal tas i betraktning ved sykepleie (Kristoffersen, et al., 2011).

Den mellommenneskelige prosessen er en prosess som skal skape endring. Travelbee mener at relasjonen til ungdommen skapes gjennom flere faser; det innledende møtet, fremveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det er gjennom det første møtet man skaper et første inntrykk av hverandre og det er her sykepleieren må fokusere på ungdommen som en person. Videre blir identitet vist mer frem. Det er nå man oppfatter hvem den andre er og det er nå etableringen av relasjonen starter. Sykepleieren skal kunne forstå hvordan ungdommen opplever sin situasjon i denne fasen. Empati og sympati er som nevnt tidligere viktig i mellommenneskelige forhold (Kristoffersen, et al., 2011; Travelbee, 1997). "Empati er evnen til å forutse atferden til en annen" (Travelbee, 1997, s. 138). Empati i sykepleie gir en forståelse av ungdommens opplevelse og atferd, og det skaper en viss nærhet og kontakt med ungdommen, men man er fortsatt nøytral til situasjonen. Sympati kommer som et resultat av den empatiske prosessen og er en holdning til situasjonen. Sykepleieren viser engasjement og bryr seg om ungdommen, slik at ungdommen slipper å bære byrden alene. I den siste fasen vises det et resultat av de andre fasene, og den utvikles da sykepleieren viser forståelse for og har et ønske om å hjelpe ungdommen videre. Det er på denne måten ungdommen føler tillit til sykepleieren og det er sånn relasjonen skapes og endring starter (Kristoffersen, et al., 2011; Travelbee, 1997).



Vi velger Travelbee's interaksjonsteori fordi hun fokuserer mye på kommunikasjon og hvordan det kan skape en god relasjon til ungdommen for å kunne finne behovet for sykepleie (Kristoffersen, et al., 2011). Dette er relevant for å kunne bidra til atferdsendring hos overvektig ungdom (Barth, et al., 2001; Travelbee, 1997). For å skape relasjon til ungdommen er kommunikasjon en av de viktigste redskaper sykepleieren har. En av grunnene til dette er fordi det er gjennom kommunikasjon man formidler tanker og følelser til hverandre. Ungdommen kommuniserer i følge Travelbee (1997) gjennom atferd, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og holdninger, og det er gjennom kommunikasjon sykepleier blir kjent med ungdommen som et enkeltmenneske og kan skille han fra andre ungdommer. Sykepleieren kan velge ut informasjon som blir gitt av ungdommen og gi informasjon om det ungdommen søker hjelp om. Sykepleieren skal bruke kommunikasjon for å motivere og påvirke ungdommen, samtidig som sykepleieren skal identifisere ungdommens behov, og planlegge og utføre sykepleie som dekker hans behov (Kristoffersen, et al., 2011; Travelbee, 1997). Målet med kommunikasjon som et beredskap i interaksjonen er at man gjennom kommunikasjonen blir kjent med ungdommen, man finner ut hva slags sykepleie som må gis og at sykepleien er kontinuerlig og uforanderlig. For at sykepleieren skal nå disse målene må sykepleieren forstå hva som skal oppnås med interaksjonen (det mellommenneskelige forholdet som skal oppnås), sykepleieren må forstå hvorfor det skal gis sykepleie og hvordan man skal skape en interaksjon og kommunisere på en måte så det kan bli gitt den sykepleien som skal gis. For at kommunikasjon skal fungere som et redskap må sykepleieren være en aktiv lytter og gi tilbakemeldinger om hva som blir sagt, observere ungdommen og kontinuerlig bygge tillit til ungdommen for at den informasjonen som trengs blir gitt (Travelbee, 1997).

I tillegg til kommunikasjon skal sykepleieren bruke sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med ungdommen, dette er fordi man skal fremme en ønsket forandring hos ungdommen som kan redusere plagene han har. Ved bruk av egen personlighet bruker man seg selv på en terapeutisk måte. Igjen finnes det en systematisk tilnærming til ungdommens situasjon, der sykepleieren bruker sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne frem til ungdommens behov for sykepleie og hvordan sykepleien skal utøves (Kristoffersen, et al., 2011).

### **3.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon kan defineres som "utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter" (Eide & Eide, 2007, s. 17). Kommunikasjon foregår mellom minst to parter og det skal foregå et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre, og det som formidles skal bestå av ulike tegn og signaler. Kommunikasjon foregår enten verbalt eller nonverbalt, og gjerne er disse to sammensatt. Nonverbal kommunikasjon er en form for kommunikasjon der du viser dine reaksjoner på det som blir formidlet, disse er ofte ubevisste. Nonverbal kommunikasjon blir oftest uttrykt i form av ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, toneleie, berøring, stillhet og ikke-ord (Eide & Eide, 2007).

I sykepleie er kommunikasjon basert på yrkets verdigrunnlag, og vi kommuniserer ikke med ungdommer slik vi kommuniserer med andre i dagliglivet. Vi skal gjennom kommunikasjon fremme og forebygge helse (Eide & Eide, 2007). Som sykepleier utøver man *hjelpende kommunikasjon*, og vi skal vise ferdigheter som aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Gjennom denne type kommunikasjon kan vi som sykepleiere skape trygghet og tillit til ungdommen. I tillegg kan vi formidle informasjon til både ungdom og deres familie som kan bidra til å løse problemet og gjøre at begge parter mestrer situasjonen på best mulig måte. Gjennom kommunikasjonen skal man få frem ungdommens perspektiv, forstå den unike psykososiale konteksten, ha en fellesforståelse i samsvar med ungdommens verdier og hjelpe ungdommen til utøve kontroll over sin egen helse der det er mulig. I et møte med en ungdom vil man alltid komme over situasjoner der kommunikasjon er viktig og man må derfor bruke kommunikasjonen på en hensiktsmessig måte, altså hjelpende, støttende og problemløsende. Det er gjennom kommunikasjon med ungdommen man skaper en relasjon, derfor er viktig å være aktiv lytter, observere, formidle informasjon, og samarbeide med ungdommen om gode beslutninger og løsninger på problemet (Eide & Eide, 2007).

#### **3.3.1 Kommunikasjon med ungdom fra 12 år og oppover**

Kommunikasjon med ungdom er ikke som med voksne og man må som sykepleier tilnærme seg ungdom på en annen måte (Eide & Eide, 2007). Ungdom ønsker å føle trygghet og det er viktig å skape en god relasjon til dem. Relasjon kan skapes gjennom tillit. Tillit kan skapes ved å lytte til hva ungdommen har å si og gi dem oppmerksomhet der de trenger det. Alder er en viktig faktor for hvordan man tilnærmer seg, fordi det er forskjell fra hva som blir forstått og hvordan de oppfatter sin situasjon. Alder spiller en viktig rolle for hva slags ord sykepleieren skal bruke. Ungdom kan i stor grad følge en verbal dialog på lik linje som en

voksen. De kan både tenke hypotetisk og abstrakt og forestille seg ulike hendelser som de selv ikke har opplevd. Likevel trenger de bekræftelse og anerkjennelse for og ikke føle usikkerhet og forvirring. Informasjon er viktig å gi ungdom ved sykdom, da de begynner å bli store og forstår mer, de har egne meninger og kan stille høye forventninger. Likevel er de barn og trenger støtte og hjelp. Støtte fra foreldrene er spesielt viktig, fordi de kan være med på å skape en bedre forståelse av et tema sammen med barn og ungdom (Danielsen, 2014; Eide & Eide, 2007). Ungdom har også mange tanker og ideer, noen av dem kan være urealistiske, men som sykepleier må du lytte og supplere med informasjon. Et annet redskap i kommunikasjon med ungdom er å bruke grupper med jevnaldere og likesinnede ungdom, da ungdom lærer av og motiverer hverandre (Eide & Eide, 2007).

### **3.4 Veiledning**

Ved veiledning skal vi som sykepleiere gjøre ungdommen i stand til å mestre. Veiledning er et samarbeid mellom sykepleier, ungdom og deres familie (Gammersvik & Larsen, 2012). Vi som sykepleiere skal hjelpe ungdommen og familien med å bli bevisst på svaret på hvordan de kan endre atferd, og bygge en mestringskompetanse i forhold til endringen. For å få satt i gang en prosess for å oppnå mestring må vi som sykepleiere ha kunnskap, ferdighet og gode holdninger i forhold til overvekt, temaet vi skal veilede i. Vi må også være formelle, relasjonelle og pedagogiske. Kommunikasjon er hovedformen i veiledning og det skal bidra til en felles forståelse for ungdommens bekymring og hva som skal til for at han skal oppnå tro på at målet vil oppnås. For å få til dette er det avgjørende at det bygges en god relasjon blant de involverte, og dette preges av tillit, likeverdighet og respekt. Det er derfor viktig at sykepleieren er en god lytter, viser oppmerksomhet, både til hva ungdommen forteller og hva ungdommen viser med kroppsspråket sitt. Man må stille spørsmål og veilede på ett nivå som ungdommen forstår. Om vi som sykepleier skal veilede ungdommen til å smøre en sunn matpakke må vi stille spørsmål til ungdommen om hva han liker av mat, og videre ut ifra dette forklare hvorfor han burde velge noe fremfor noe annet, slik at ungdommen får kunnskap om hvorfor vi velger å gjøre som vi gjør (Gammersvik & Larsen, 2012). Veiledning kan foregå gjennom motiverende intervju (Miller & Rollnick, 2002).

#### **3.4.1 Motiverende intervju**

I 1980 utviklet den amerikanske professor og psykologen William R. Miller motiverende intervju (MI) i sitt arbeid med alkoholavhengige pasienter. Senere fikk han med seg Steven Rollnick som er psykolog og metodeutvikler innenfor veiledning for helse- og

omsorgssektoren (Ivarsson, 2010). MI er nå en målrettet kommunikasjonsteknikk hvor pasientens syn på situasjonen er i fokus og ikke sykepleierens syn på hva som er rett eller galt. Det er viktig at sykepleieren er fordomsfri og viser respekt for pasientens rett til selvbestemmelse og autonomi (Ivarsson, 2010). Når det gjelder ungdom, er sykepleierens oppgave å få ungdommen til og utforske sine valgmuligheter og gjennom dette få indre motivasjon til å gjøre en endring. Det er viktig at dette går i ungdommens tempo, og at sykepleier ikke presser ungdommen slik at han føler han mister retten til selvbestemmelse. I MI er det fire prinsipper; vise empati, prøve å utvikle diskrepans, altså utløse en følelse hos ungdommen om at alt ikke er som det burde være, styrke ungdommens mestringstillit og «rulle med motstanden». Ved å rulle med motstanden menes det at vi som sykepleiere utfordrer ungdommens tenkemåter og grenser (Ivarsson, 2010). Ved MI er empatisk lytting grunnleggende, i tillegg til å vise interesse og respekt. Er ungdommen her av eget ønske, eller er det legen til ungdommen som har henvist vedkommende hit? Det er nyttig å starte med å kartlegge hva ungdommen tenker og føler om å være her, og hva ungdommen tenker om situasjonen. Da har man alt fått kartlagt en del, og det er enklere å vite videre hvordan man skal bygge opp samtalen. Å stille åpne spørsmål slik at ungdommen får reflektert over situasjonen, ser hva som vil være positivt med en endring og hva som er konsekvensene ved ikke å gjøre noe med situasjonen, er det vi vil få frem i samtalen. Når ungdommen forteller og reflekterer må sykepleier reflektere og bekrefte med ungdommen. Det er flere måter å gjøre dette på, deriblant *enkel refleksjon* og *kompleks refleksjon*. Enkel refleksjon gjøres ved å gjenta det ungdommen sier eller finne en annen måte å gjenta betydningen av det ungdommen sier. Kompleks refleksjon er at vi prøver å fange det underliggende av hva ungdommen prøver å si (Ivarsson, 2010). Bekreftelse kan gis ved for eksempel å fortelle ungdommen at vi ser at han jobber hardt for å få til en endring. For at ungdommen virkelig skal få til en stor endring må vi få frem en mestringsfølelse. For å styrke denne kan vi stille åpne spørsmål som får ungdommen til å tenke over hvordan han skal lykkes med å gjøre en endring, og hva ungdommen har av positive egenskaper til å klare dette målet, gjennom dette får vi frem endringssnakk. Da setter vi i gang en tankeprosess hos ungdommen som får han til å tenke over sine positive egenskaper og han ser at dette kanskje kan fungere. Samtidig er det viktig å kartlegge hva målet til ungdommen er, og om dette er ett realistisk mål. Ved MI er det viktig at sykepleier får frem av ungdommen hvordan nåværende situasjon er, hva ønsket situasjon er slik at det oppstår en indre konflikt som videre blir en drivkraft til å gjøre endringer. Det å kartlegge når ungdommen er klar for endring samt å få ungdommen til å forplikte seg ved å ta en endelig beslutning er ofte en avslutning ved MI. Videre er det viktig å følge opp

ungdommen og jobbe videre med at endringen opprettholdes over tid. I løpet av prosessen skal man ikke argumentere eller overtale ungdommen på noen måte, men det er lov å spørre om man kan tilby informasjon (Ivarsson, 2010).

### **3.5 Atferdsendring**

Gjennom motiverende intervju skal vi som sykepleiere skape refleksjon og motivasjon, og støtte ungdommen så de får til en atferdsendring (Danielsen, 2014). En etablert atferd er oftest vanskelig å endre, men det er ikke umulig. Alle trenger informasjon om hvordan de for eksempel skal velge sunnere eller trene mer, men alle har en ulik måte å prosessere informasjonen som blir gitt. Kunnskap påvirker holdninger, som da påvirker atferden. Atferdsendring kan forekomme i forskjellige stadier, der man forventer en endring over lang tid (Mæland, 2010; O' Dea & Eriksen, 2010).

For en langvarig atferdsendring er det viktig med flere handlinger og tilpasninger for og nå sitt mål. De fleste ønsker at endringen skal skje fort, men for at endringen skal vare, er det viktig at det skjer over lengre tid. Prochaska og DiClemente's endringshjul beskriver en persons tanker, følelser og atferd og at atferdsendring kan skje i ulike stadier (Barth, et al., 2001; O' Dea & Eriksen, 2010):

1. Før -overveielse - i dette stadiet er det ikke behov eller interesse for atferdsendring og ungdommen ser ikke problemet eller har ingen ønske om å endre atferd. Ungdommen har ikke motivasjon eller viser noe form for interesse for at en endring skal skje. I denne fasen har ungdommen ofte fire reaksjonsmønstre; benekting og bagatellisering, rasjonalisering, aktiv protest og resignasjon.
2. Overveielse - i dette stadiet starter prosessen ved å tenke på å endre atferd fordi ungdommen ser på atferden som et problem og han er i en vurderingsprosess. Det er tre kognitive påvirkningsfaktorer som er knyttet til vurderingen: resultatforventning, normativ påvirkning og mestringsforventning.
3. Forberedelse - i dette stadiet begynner planleggingen av å forandre atferd. Ungdommen planlegger hvordan han skal oppnå ønsket atferd. De praktiske aspektene som hvordan han skal få til endringen og hvordan endringen skal starte, skjer i dette stadiet. Dette kan være hvordan han skal få til en vekt nedgang, og om det skal skje på kort tid eller om det skal skje gradvis. Trenger ungdommen hjelp til å endre atferd skal det bestemmes nå, som for eksempel å involvere foreldrene.
4. Handling - i dette stadiet starter ungdommen å tilpasse seg nye vaner og det er her endringen starter. Ungdommen tar i bruk forskjellige teknikker for og nå ønsket atferd.

Konkrete avgjørelser blir tatt og systemer for suksessfull atferdsendring blir innført. I denne fasen kan ungdommen i samarbeid med sykepleier starte et tverrfaglig samarbeid med kommunehelsetjenesten, helsesøster på skolen eller ernæringsfysiolog.

5. Vedlikehold - i det siste stadiet starter ungdommen å utøve de ønskede rutinene, starter atferdendringer og får en sunnere atferd. Det er i dette stadiet den nye atferden blir en vane (Barth, et al., 2001; O' Dea & Eriksen, 2010; Øen, 2012).

Oftest vil man kunne hoppe frem og tilbake mellom stadiene når man er i en endringsfase, fordi man kanskje får et tilbakefall og må starte litt på ny, men dette er helt normalt ved endring og kan ses i sammenheng med hvordan motivasjonen og mestringsforventningen er. For at endring skal fungere vil det i stadier om handling og vedlikehold være vesentlig å starte et tverrfaglig samarbeid, da sykepleier ikke alltid er tilstede. Endringshjulet kan også brukes som en prosess for sykepleiere og hvordan de kan endre måten de arbeider og opptrer på (Barth, et al., 2001; O' Dea & Eriksen, 2010; Øen, 2012).

Sosial kognitiv læringsteori omhandler de kognitive aspektene knyttet til vår atferd og hvordan vi handler, og kan gjerne ses i sammenheng med stadiene i atferdsendringen. Spesielt stadiet om overveielse. Det er alltid et samspill mellom ungdommens atferd og kognitive prosesser. Denne teorien fokuserer en del på mestringsforventning og resultatsforventning. Mestringsforventning omhandler hvilken tro ungdommen har til egen evne til å gjennomføre en handling for å kunne lykkes, mens resultatsforventning omhandler troen på at den type atferd fører til ønsket resultat (Mæland, 2010; O' Dea & Eriksen, 2010). I følge teorien blir ungdommens motivasjon og handling styrt av en intensjon om å handle. Intensjonen påvirkes ut fra hva ungdommen tror om handlingen og hvilke konsekvenser handlingen har, og personlige holdninger og subjektive normer. Det er resultatsforventningen en som gjør at ungdommen ønsker å handle, men det er mestringsforventningen som gjør at han både tar beslutningen og gjennomfører handlingen (Mæland, 2010).

### **3.5.1 Kosthold og fysisk aktivitet**

Ved overvekt er endring i kosthold og fysisk aktivitet et punkt som man burde legge vekt på ved atferdsendring, da det er det som er den største årsaken til overvekt (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes mange ulike anbefalinger for hva et godt kosthold og fysisk aktivitet er, men helsedirektoratet anbefalinger er basert på vitenskapelig dokumentasjon som blir revidert når nye forskninger gir ny kunnskap (Helsedirektoratet, 2014). Anbefalingene deres har fokus på å få riktig inntak av næringsstoffer og energi, og redusere forekomst av sykdommer som

diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, overvekt og fedme forekommet av dårlig kosthold og lite aktivitet. Variert kosthold med fisk, grove kornprodukter, mye frukt og grønnsaker og begrensede mengder rødt kjøtt, i tillegg til å være regelmessig i fysisk aktivitet skal bidra til å opprettholde kroppens helse. Hvordan man tilbereder maten og hva man velger å drikke som tørstedrikk er vesentlig (Helsedirektoratet, 2014). Hvordan man strukturerer måltidene er også viktig i en sunn livsstil. Det å hoppe over frokosten blir mer og mer vanlig, og klinisk erfaring viser at mange barn og unge med overvekt og fedme hopper over frokost og noen ganger også lunsj, og heller spiser mye mat sent på dagen og kveld (Øen, 2012). For å hjelpe en overvektig ungdom er det avgjørende å kartlegge kosthold og aktivitet hos ungdommen. Helsedirektoratet anbefaler å kartlegge hvilke aktiviteter ungdommen liker, hvilke erfaringer ungdommen har med aktivitet, transportform til ulike gjøremål, skjermtid, familieaktiviteter, matvaner og andre relevante spørsmål som kartlegger hva slags rutiner og vaner ungdommen har med aktivitet og kosthold. Etter å ha kartlagt dette må man videre gi gode råd for enkle tiltak til ungdommen. Dette kan være å sykle til skolen istedenfor å ta buss, spille pc-spill som krever at man beveger kroppen, delta i kroppsøving, smøre en sunn matpakke, lage moderate middagsporsjoner, spise frokost istedenfor å vente til lunsj med å spise første måltid, og bytte ut sukkerinnholdig drikke med vann. Det overnevnte er bare noen av mange elementer man må kartlegge og tiltak man kan veilede ungdommen til. Under en slik kartlegging er det viktig å få frem ungdommens motivasjon. Motivasjonen er ofte knyttet til utseende, orke å være med på aktiviteter og passe inn i samme klær som andre ungdommer i sin krets (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for ungdom med iso-KMI på <25 (2010) er å ha ett strukturert måltidsmønster. Dette innebærer fire hovedmåltider per dag, samt to til tre mellommåltider. De fleste av måltidene skal inneholde frukt eller grønt. Det blir anbefalt å spise minst to porsjoner frukt og tre porsjoner grønt daglig. Det anbefales å velge magre meieri- og kjøttprodukter for å begrense inntaket av mettet fett, mens fisk skal man gjerne spise mye av på grunn av det "gode fettet". Grove kornprodukter er gunstig for fordøyelsen og metthetsfølelsen varer lengre. Helsedirektoratet har også en anbefaling om at ungdom burde være aktive i minimum 60 minutter hver dag, mens overvektige ungdom burde være i moderat aktivitet i 90 minutter hver dag for å hindre utvikling av diabetes og andre livsstilsykdommer. Moderat aktivitet kan oppnås ved å sykle til daglige gjøremål, gå opp trapper istedenfor å ta heis og leke aktivt i friminutt. Helsedirektoratet viser til nye studier på at det er en større helsegevinst ved høy fysisk aktivitet i 20-40 minutter hver dag, enn langvarig moderat fysisk

aktivitet. Endring i fysisk aktivitet og kosthold kan både føre til helsegevinster og vektnedgang (Helsedirektoratet, 2010).

### **3.5.2 Konsekvenser ved overvekt**

Ved atferdsendring er det vesentlig at ungdommen vet om konsekvensene av å være overvektig. Det er mange konsekvenser ved overvekt og fedme. Det å bære på en tung kropp kan gi store plager i knær, rygg, hofter og andre ledd. Når man bærer på mange ekstra kilo vil det også merkes på pusten, man blir fortere andpusten og orke derfor ofte mindre enn man normalt sett ville orket. For mange vil dette tære på psykisk (Danielsen, 2014). Det finnes også mange livsstilssykdommer som enkelte kreftdiagnoser, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og beinskjørhet. Hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 er to av livsstilssykdommene man ser ved overvekt og fedme (Mæland, 2010).

Hjerte- og karsykdommer er den hyppigste dødsårsaken blant middelaldrene og eldre i Norge, flest av disse er menn. Høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, røyking og lite mosjon er de viktigste faktorene for hjerte- og karsykdom (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Noen er mer arvelig disponert for hypertensjon og høyt kolesterol enn andre, men de fleste tilfeller er utviklet av en usunn livsstil. Saltinnholdig mat, overvekt, mettett fett og lite aktivitet er ofte en årsak til karsykdommer (Ørn, et al., 2011).

Diabetes type 2 er en livsstilssykdom vi ser hyppigere blant befolkningen, også barn. Diabetes type 2 er en sykdom som er arvelig disponert, men overvekt og mangel på fysisk aktivitet er viktige faktorer for utviklingen av sykdommen (Diabetesforbundet, 2016). Sykdommen skyldes dels nedsatt insulinproduksjon og dels at insulinet virker for dårlig. Diabetes type 2 kan til en viss grad reguleres og behandles med vekttap, fysisk aktivitet og kosthold. Hvis man ikke gjør noe med overvekten, kan det bli nødvendig medikamentbehandling (Diabetesforbundet, 2016).

## **3.6 Foreldreinvolvering**

Ungdom er i en utviklingsfase der de går fra å være barn til og bli voksen, og de er i forandring i det kognitive, emosjonelle, fysiske og det sosiale. Det er i denne fasen de starter å løsrive seg fra sine foreldre og utforske mer på egenhånd. Likevel er de til en viss grad avhengig av råd og hjelp fra sine foreldre (O' Donohue, Moore & Scott, 2008). Foreldre er ungdommens rollemodeller og er en avgjørende faktor for hvilke valg ungdommen tar i daglige avgjørelser, og kan derfor være en viktig premiss for at ungdom skal lykkes med en atferdsendring (Øen, 2012). At foreldrene er gode rollemodeller er viktig for ungdommens



oppvekst og spesielt deres utvikling. Som sykepleiere skal vi ikke veilede kun ungdom, men også deres foreldre for å styrke deres kompetanse. Det første møtet med familien som helhet er viktig for sykepleieren, fordi det er her problemstillingen kommer frem og er avgjørende hvis tillit skal skapes og hjelp ønskes. Sykepleieren må skape ønske om endring og realistiske mål for hele familien (Helsedirektoratet, 2010; Øen, 2012). Vi må gi foreldrene råd og veiledning om både kosthold, fysisk aktivitet, eventuelle konsekvenser som kan komme av å være overvektig og hvordan man kan forebygge overvekt (Helsedirektoratet, 2010; Øen, 2012). Foreldrene er i stor grad ansvarlig for en del av oppfølging, identifisering av atferd og hvilken konsekvens ungdommens atferd skal ha. Foreldrene kan lære seg forskjellige teknikker gjennom veiledning av sykepleier. Foreldrene kan også læres gjennom rollespill, tilbakemelding og diskusjoner rundt hvordan det er å være rollemodell (O' Donohue, et al., 2008). Sykepleieren må starte en prosess hos foreldrene, der de fokuserer på tanker og følelser, dette er for at man må skape et engasjement i familien, sånn at det kan bli lettere for ungdommen og starte atferdsendring. Det er viktig at familien er aktive deltakere i prosessen, fordi de skal være støttespillere underveis og for å skape nye holdninger hos dem samtidig som hos ungdom (Øen, 2012). I tillegg til å veilede foreldrene, må vi også se hvordan deres atferd er knyttet til overvekt, deriblant deres kostholdsvaner og atferd til fysisk aktivitet. I tillegg må vi ta i betraktning om en eller begge av foreldrene er overvektige, da arv er en faktor for å utvikle overvekt (Helsedirektoratet, 2010).

### **3.7 Empowerment og brukermedvirkning**

Empowerment er et sentralt begrep innenfor forebyggende helsearbeid og betyr det å ha makt over sin egen helse (Mæland, 2010). I en endringsfase skal vi som sykepleiere respektere ungdommens valg og perspektiver, samtidig som vi skal la ungdommen ha en stor innflytelse på sin egen situasjon. Sykepleieren er fortsatt "eksperten" på det faglige, mens ungdommen er "ekspert" sitt eget liv. Prinsippet med empowerment er å la ungdommen være ekspert på seg selv, ha medvirkning og at det skal være en jevn maktfordeling mellom sykepleier og ungdom. Vi skal være ungdommens samarbeidspartner i empowermentprosessen.

Ungdommen får ha en viss kontroll og makt over egen situasjon, samtidig som sykepleieren skal styrke og stimulere ungdommen til å delta i beslutninger. Empowerment er en holdning som vises gjennom kommunikasjon og er begrunnet ut i fra respekt, autonomi, likeverd og hensyn til ungdommens beste (Eide & Eide, 2007; Gammersvik & Larsen, 2012).

Empowerment handler om myndiggjøring og det er enklere å forstå ordet ved å koble det sammen med brukermedvirkning. Brukermedvirkning er først og fremst en lovbetning

rettighet. Brukermedvirkning er da ungdommen selv kan være med å styre tjenesten eller tiltaket. Dette betyr at ungdommen er med og bestemmer hvordan tilbudet skal være sammen med sykepleieren. Gjennom brukermedvirkning kan ungdommen ytre et ønske om å involvere familien. Brukermedvirkning foregår på flere nivåer, men på et individnivå fokuserer man på den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på behandlingen. Gjennom brukermedvirkning kan man stille spørsmål for å komme i bunn av hva som er behov, ønske og hvordan et mål skal oppnås (Kristoffersen, et al., 2011).

### **3.8 Etikk og lover**

I møte med overvektig ungdom og deres familie vil vi som sykepleiere kunne møte på vanskelige situasjoner hvor etikk og moral, verdier og holdninger er involvert. I slike situasjoner oppstår etiske dilemmaer. Et etisk dilemma kan defineres som: "en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser" (Brinchmann, 2012, s 43). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere omhandler hvordan vi skal møte ungdommer og deres pårørende. Retningslinjene forteller at vi som sykepleiere skal ivareta ungdommens verdighet og integritet.

Retningslinjene baserer seg på flere verdier og prinsipper; ungdommens rett til medbestemmelse, likeverd, grunnleggende menneskerettigheter og humanistiske verdier. Verdier er sentralt i etiske dilemmaer og vi som sykepleiere skal ikke la ungdommen føle seg krenket, og vi skal vise både dem og deres familie respekt og omtanke (Norsk sykepleierforbund, 2011; Øen, 2012). Som sykepleiere må vi også ha et faglig, etisk og personlig ansvar for hvordan vi utøver sykepleie, herunder må vi huske å følge lovene som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Som sykepleiere har vi flere lover vi må følge, men i møte med overvektig ungdom og deres familie har vi valgt ut Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3.1, § 3.4 og § 3.5, da disse er mest relevant til å besvare problemstillingen vår, da den fokuserer på mindreårige og deres familie.

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1. *Pasientens og brukers rett til medvirkning* (1999) at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker.

Dersom sykepleiere skal forholde seg til mindreårige vil loven være annerledes enn om pasient eller bruker hadde vært voksen. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-4.

*Informasjon når pasienten er mindreårig* (1999) står det at om pasienten er under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres, men er pasienter mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-5. *Informasjonens form* (1999) sier at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

## 4.0 Drøfting

I drøftingen vil vi bruke endringshjulet av Prochaska og DiClemente for å belyse hvordan motiverende intervju (MI) kan brukes for å endre atferd og hvorfor det er viktig å involvere foreldrene. Samtidig vil vi belyse hvordan man kan bruke MI i endringshjulet ved å bruke caser under vært punkt for å få frem eksempler på situasjoner vi som sykepleiere kan komme opp i under atferdsendring.

Vi vil også bruke litteratur som er nevnt i teori, forskning og våre synspunkter om problemstillingen.

### 4.1 Før-overveielse og overveielse

*Per går i åttendeklasse og har vært på vektkontroll hos helsesøster. Helsesøster oppdager at Per har gått en del opp i vekt og tar kontakt med foreldrene hans da han har en iso-KMI på 28, som er tett opp mot fedmegrensen. De tar han med i en samtale og de blir enige om å ta det opp med fastlege, som henviser han til en overvektsklinikk for videre samtale om hvordan han kan få til en vektnedgang og en varig livsstilsendring. Per er ikke interessert i å endre sin atferd.*

Som sykepleiere skal vi ivareta pasientens grunnleggende behov, som i Per sitt tilfelle er å hjelpe han til å endre vektrelatert atferd så han ikke utvikler livsstilsykdommer. Det er gjennom det første møtet med ungdommen at begge partene skaper et første inntrykk av hverandre, og det er nå sykepleier skal se ungdommen som et individ og ikke en diagnose (Travelbee, 1997). Travelbee sin interaksjonsteori understreker hvor viktig kommunikasjon er i den mellommenneskelige prosessen, og hvordan vi som sykepleiere kan skape en god relasjon og tillit til ungdom for å få frem hvor behovet for sykepleie ligger og hvorfor ungdommen er her (Travelbee, 1997). Derfor mener vi motiverende intervju (MI) er et godt hjelpemiddel for å få frem hvor behovet ligger og hvor stor motivasjon, selvinnsikt og kunnskap ungdommen har. Gjennom god relasjon kan vi få frem hvem Per er, fordi han vil kunne føle seg trygg på oss som sykepleiere og vi vil kunne få frem hvorfor Per mener hans atferd ikke er et problem (Kristoffersen, et al., 2011; Barth, et al., 2001). MI er en kommunikasjonsteknikk som blir brukt av helsepersonell, deriblant sykepleiere, for å hjelpe overvektig ungdom til å forstå at atferden er et problem. I før-overveiellesstadiet ser vi som sykepleiere at Per bagatelliserer og rasjonaliserer problemet rundt overvekten, og vi må endre holdningene han har til vektrelatert atferd for å få til en atferdsendring (Barth, et al., 2001; O'

Dea & Eriksen, 2010). Atferdsendringen skal hjelpe til å forebygge utvikling av overvekt (Mæland, 2010). På den ene siden må vi som sykepleiere være forberedt på at Per vil kunne aktivt protestere på at vi stiller kritiske spørsmål rundt hans vektrelaterte atferd når vi bruker MI (Barth, et al., 2001). På den andre siden hevder Bonde, Bentsen & Hindhede (2014) at å stille spørsmål om hvorfor han ikke ser atferden som et problem eller få han til å reflektere over hvordan han vil hans liv skal være, vil få han til å starte en tankeprosess og få han til å vurdere en endring.

I før-overveielsesfasen ser som sagt ikke ungdommen behovet eller har ønske om å endre atferd, og det vil være gunstig å involvere foreldrene i dette stadiet for at en atferdsendring skal skje. Derimot sier endringshjulet at om ungdom trenger hjelp til å endre atferd skal foreldrene dras inn i forbredelsesstadiet (Barth, et al., 2001). Bonde, et al. (2014) hevder at man kan møte på flere dilemmaer ved å involvere foreldre i MI. Ungdom og foreldre kan være på to forskjellige stadier i motivasjonen, eller foreldrene opplever ikke ungdom som overvektig og kan derfor være vanskelig å samarbeide med. De nevner i studien at vi som sykepleier burde involvere foreldrene ved atferdsendring, noe teorien vi har lest og andre studier støtter opp under. Øen (2012) foreller det kan være nyttig å involvere foreldrene fordi de er et premiss for ungdom skal lykkes i å endre atferd, men hun sier ikke noe om når i prosessen de skal involveres. Foreldrene kan involveres gjennom kartlegging, diskusjoner, veiledning og tilbakemeldinger (O' Dea & Eriksen, 2010; O' Donohue, et al., 2008).

*Per har kommet tilbake på overvektsklinikken, hvor han har vært i samtale med sykepleier to ganger tidligere. Etter samtale med sykepleier starter Per å forstå at atferden han har om sin overvekt er et problem. Han lurer nå på om han mestrer å endre atferden, hva andre tenker om vekt nedgang og hvordan resultatet blir.*

Sosial kognitiv læringsteori hevder at atferd er knyttet til kognitive prosesser. For det første må vi se på hvilke forventinger ungdom har om evnen til å gjennomføre en handling (mestringsforventning). For det andre må vi se om ungdommen tror at atferden vil gi det resultatet som er ønsket (resultatsforventning). Og for det tredje må vi ta i betraktning hva han tror andre mener om endring av atferden (normativ påvirkning) (O' Dea & Eriksen, 2010). Dette er noe vi kan få frem ved hjelp av MI. Forskning viser at MI er effektivt blant overvektig barn og ungdom for å få til en atferdsendring. En av grunnene til dette er at MI skal støtte ungdommens autonomi til å gjøre endringen (Lorentzen, et al., 2011; Pollak, et al.,

2014). Motiverende intervju fokuserer på empatisk lytting, der man aktivt bekrefter, stiller åpne spørsmål, reflekterer og oppsummerer med ungdommen. I følge Travelbee er empati en del av den mellommenneskelige prosessen, der vi som sykepleiere skal kunne forutse atferden til ungdommen. Empati skal også gi oss en bedre forståelse av hvordan ungdommen opplever overvekten og en forståelse av atferden ungdommen har (Travelbee, 1997). Som sykepleier skal vi skape refleksjon hos ungdommen. Ved hjelp av refleksjon kan vi få ungdom til å se sine egen styrke, svakhet og kunnskap. Refleksjonen starter i overveiellesfasen i atferdsendring, hvor ungdommen starter å tenke på at atferden kan være et problem (Pollak, et al., 2014; O' Dea & Eriksen, 2010). Gjennom refleksjon kan vi få ungdommen til å reflektere over spørsmål som *"hvordan har jeg blitt overvektig?"*, *"hva må jeg gjøre for å gå ned i vekt?"* og *"hvilken måte kan jeg gjøre dette på en best mulig måte?"*. Som sykepleier kan vi gjenta disse spørsmålene (enkel refleksjon) for å finne en betydning av det som blir sagt eller for at ungdommen skal kunne få en bekreftelse på at det han tenker er bra eller ikke (Ivarsson, 2010). Et etisk dilemma vi kan møte på som sykepleiere i dette tilfelle, er hvordan vår holdning til hva som faktisk er bra og ikke, og hva ungdommen føler. Vi som sykepleiere kan ha holdninger og tanker som er i strid med ungdommens og vi må huske å ivareta ungdommens verdighet og integritet. Vi mener at vi vil kunne ødelegge relasjonen vi har skapt til ungdommen hvis ungdommen føler at han blir overkjørt på grunn av våre holdninger. Vi må derfor finne en god balanse (Brinchmann, 2012). Refleksjonen skal på en side hjelpe oss som sykepleiere til å kartlegge ungdommens situasjon, mens på en annen side skal det hjelpe ungdommen til å løse holdningene til vektrelatert atferd (Pollak, et al., 2014). Kartlegging er en del av MI og i før-overveilelesstadiet har vi som sykepleiere startet med kartlegging av Per og vektrelatert atferd. Hvorfor vil han ikke endre atferd er et spørsmål som kan stilles. I overveilelesstadiet kan vi gjennom kartlegging skape en tankeprosess som kan føre til endringssnakk (Ivarsson, 2010). Vi mener endringssnakk er en del av overveilelesstadiet, da det er i dette stadiet en tankeprosess om endring skjer (Mæland, 2010). Per trenger å få tid til å undersøke egne tanker, følelser og ideer som er relatert til atferden, samtidig som han nå kan argumentere for hvorfor endring kan være nyttig. Endringssnakk kan bidra til at Per bestemmer seg for når en endring skal skje og øker derfor sannsynligheten for endring (Ivarsson, 2010).

MI er en velfungerende kommunikasjonsteknikk, men for at det skal ha god nok effekt burde helsepersonellet vite hvordan teknikken skal brukes (Pollak, et al., 2014; Söderlund, et al., 2010). Grunnen til at sykepleiere burde kunne teknikken og få opplæring i hvordan MI

brukes, er basert på hvor fokuset til sykepleieren ligger. Studier viser at helsepersonell som har fått opplæring i teknikken vil fokusere mer direkte på vektrelaterte emner, mens helsepersonell som ikke har blitt opplært har lett for å ha et bredere fokus (Pollak, et al., 2014). I følge studien til Söderlund, et al. (2010) føler sykepleiere det er enkelt å være en aktiv lytter ved bruk av MI, samtidig som det er enklere å forstå og oppsummere ungdommens og foreldrenes meninger om temaet. Over halvparten av sykepleierne synes også det var enkelt å be om tillatelse før de ga informasjon, mens på en annen side er det ikke alltid gjennomførbart å be om tillatelse før man skal gi informasjon. Studien viser til et eksempel ved veiging av barn og ungdom, der det er upraktisk å spørre foreldrene om lov til å si resultatet. Sykepleierne mente også at det var en fordel å bruke MI fordi de en større grad påvirket ungdommens motivasjon og atferd. Vi tror dette har en sammenheng med ungdommens refleksjon i begynnelsen av MI hvor vi snakker om nåværende situasjon og ønsket situasjon, som skaper drivkraften til atferdsendring. MI skaper bedre kunnskap hos sykepleiere om hvordan de skal veilede ungdom og foreldrene (Ivarsson, 2010; Söderlund, et al., 2010).

## **4.2 Forberedelse**

*Per har vært på overvektsklinikken fire ganger og ønsker nå å endre atferden sin for å gå ned i vekt for å bedre sin livsstil. Motivasjonen kommer fra refleksjonen han har gjort rundt sin vektrelatert atferd.*

I forberedelsen vil brukermedvirkning være viktig. For det første er det en lovbetting rettighet og Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1. *Pasientens og brukerens rett til medvirkning* (1999) forteller nettopp det at pasienten har rett til å medvirke tjenesten. Tilbudet skal utformes i samarbeid med pasient og brukermedvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til gi og motta informasjon. For det andre får man frem hva som er ønskelig gjennom god kommunikasjon og for det tredje kan vi få frem hvordan man skal komme frem til målet og hvem som skal involveres videre (Kristoffersen, et al., 2011). MI fokuserer på god kommunikasjon med ungdommen nettopp fordi den fokuserer på empati, det å skape mestringstillit og skal få frem et ønske om endring (Bonde, et al., 2014). Videre vil MI være et godt redskap for å komme i dybden på hvorfor ungdommen har blitt overvektig, hvilke faktorer som ligger i bunn for overvekten, hvor ligger motivasjonen og hvilke kunnskap har ungdommen og hans familie. Når dette har kommet opp på overflaten kan vi som sykepleiere

veilede til og for eksempel ta bedre valg, forklare hvorfor et valg kan være bedre enn et annet og hva som er anbefalt av kosthold og fysisk aktivitet, og hva som må til for å få til en atferdsendring (Gammersvik & Larsen, 2012). Hva er det ungdommen liker og ikke av matvarer, liker han sport eller en annen form for aktivitet? Sykler han til skolen eller blir han kjørt av foreldre? Har en med matpakke eller spiser han i kantinen på skolen?

Helsedirektoratet (2014) forteller om hvor viktig det er å kartlegge ungdommens vaner rettet mot kosthold og fysisk aktivitet, før man eventuelt veileder dem til en sunnere livsstil.

Spørsmålene nevnt over vil derfor være gode spørsmål for å få frem hvordan ungdommens levevaner og atferd mot kosthold og fysisk aktivitet er. Gjennom MI kan vi få frem helsedirektoratets generelle kostholdsråd ved å gi ungdom informasjon der vi ser han ikke har full forståelse (Pollak, et al., 2014). Helsedirektoratets (2014) generelle kostholdsråd poengterer at et variert kosthold kan være med å bidra til å opprettholde en god helse. Et variert kosthold vil gjerne bestå av fisk, grovekornprodukter, frukt og grønnsaker og magre kjøtt- og meieriprodukter. Ungdom burde også velge vann eller produkter uten sukker som tørstedrikke, da det er et sunnere valg å ta (Helsedirektoratet, 2014). For ungdom som har en iso-KMI over 25 vil rådene være noe annerledes (Helsedirektoratet, 2010). Regelmessige måltider er en faktor som spiller en rolle på vektneidgang, og syv måltider i løpet av en dag er gunstig. Fire av disse burde være hovedmåltider, frokost, lunsj, middag og kvelds, mens tre av dem burde være mellommåltider der frukt og grønnsaker er nok. Igjen burde alle måltidene inneholde grønnsaker. Likheten mellom anbefalinger for ungdom med iso-KMI over 25 og de generelle kostholdsrådene er valget av magre meieri- og kjøttprodukter, grove kornprodukter og frukt og grønt. For det første er det for å begrense inntak av mettet fett og for det andre for at metthetsfølelsen varer lenger. Fisk kan ungdom spise for fisk består av umettet fett (Helsedirektoratet, 2010). Det er viktig at overvektig ungdom endrer atferden mot kosthold, men ungdom kan også møte på hindringer. Lorentzen, et al. (2011) hevder at endring i kostholdsvaner kan by på flere problemer; sunn mat er oftest dyrere enn usunn mat og økonomien til foreldrene vil derfor reflektere valget av sunn eller usunn mat. Kunnskap og motivasjon til både ungdom og foreldrene kan være en barriere, hva vet de om et sunt kosthold og hvor motiverte er de?

For å gå ned i vekt kan ikke ungdommen kun endre kostholdsvaner, men også bli mer fysisk aktiv (Helsedirektoratet, 2010). Anbefalingene for overvektig ungdom er å være i moderat aktivitet i 90 minutter hver dag. Å være i fysisk aktivitet betyr ikke å jogge en time hver dag på morgenen, men kanskje å sykle eller gå til skolen, eller ta trappa i stedet for å ta heisen. Fysisk aktivitet kan også bety og være aktiv i friminuttene på skolen. En ungdom kan for



eksempel slå slåball, sparke fotball eller spille volleyball. Vi mener at vi som sykepleiere må få frem til ungdom og deres foreldre at fysisk aktivitet ikke kun må være slit, men også lek og moro. Dette fordi vi mener det er større sannsynlighet for at moderat fysisk aktivitet blir opprettholdt over lengre tid og sjansen for å lykkes med livsstilsendring kan bli større med lek og moro.

Veiledning skal foregå ved hjelp av kommunikasjon, der vi som sykepleiere skal skape en felles forståelse. Som ved MI er aktiv lytting like viktig ved veiledning, da vi ønsker å bygge videre på relasjonen og tilliten vi har skapt til ungdommen. Travelbee (1997) hevder at alle mennesker kommuniserer gjennom atferd, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og holdninger. Likevel er kommunikasjon med ungdom er annerledes enn med en voksen, forståelse av ord og hvordan dem tenker er ikke den samme, og ungdom trenger å føle trygghet (Eide & Eide, 2007). Med grunnlag i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-5. *Informasjonens form* (1999) som sier at informasjon som blir gitt skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, må vi som sykepleiere derfor ta ungdommens alder og forståelse med i betraktning ved bruk av MI. Videre sier loven om pasient- og brukerrettigheter § 3-5 (1999) at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Sett i et slikt lys burde vi som sykepleiere vite hva som blir forstått og ikke, og gi ungdom den oppmerksomheten dem trenger (Eide & Eide, 2007). Ved hjelp av MI kan vi derfor også bruke hjelpende lytting for å vise at vi ønsker å skape trygghet og tillit til ungdommen (Eide & Eide, 2007). Hva er det ungdommen egentlig forteller oss (kompleks refleksjon)? Blir han mobbet på skolen? Er overvekten skyldt arv? Ved få frem hva ungdommen liker, ikke liker og hva som er underliggende årsaker til overvekten, kan vi få frem en form for motivasjon til å gjøre endringer. Gjennom dette kan vi skape mestring hos han, ved at vi får frem de positive aspektene ved endringer og ikke bare konsekvenser ved og ikke gjøre en endring (Ivarsson, 2010). Gjennom MI kan vi få frem hva overvekten kommer av, både ved å høre på hva ungdommen forteller og ved å forklare og informere til han. Teorien forteller oss at overvekt hos ungdom stort sett skyldes langvarig positiv energibalanse og lite fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010) og det må vi som sykepleiere som nevnt over, veilede dem i. Mens overvekt kan også skyldes arv eller andre ytre påvirkningsfaktorer som boligforhold, økonomi, familiens kunnskap og vennekretsen (Mæland, 2010; O' Donohue, et al., 2008). Lorentzen, et al. (2011) hevder at familiens økonomi, kunnskap, bosted og muligheter til fysisk aktivitet er faktorer som spiller en rolle på

om ungdom utvikler overvekt eller ikke. Helse-determinantmodellen belyser nettopp flere av disse som påvirkningsfaktorer for overvekt (Sletteland & Donovan, 2012). Disse årsakene mener vi må komme frem for at en ungdom skal lykkes i å endre atferd, fordi vi allerede vet at man ikke bare må endre vaner som omhandler kosthold og fysisk aktivitet. Foreldre må være med for at en endring skal skje, og vi som sykepleiere må gi han den hjelpen han har krav på. Hvis ikke ungdommen får den hjelpen han har krav på kan han kanskje kan konsekvensen av overvekten være livsstilsykdommer som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2014).

*Etter og hatt flere samtaler med Per, ønsker sykepleierne å involvere foreldrene mer. Pers foreldre blir tatt med i samtalen for å høre hvilke holdninger og følelser de har rundt situasjonen.*

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 (1999) sier hvis pasienten er under 16 år, så skal både pasient og foreldre informeres. Men den sier også noe om at pasienter mellom 12 og 16 år har rett til og ikke å informere foreldrene om det er grunner som bør respekteres.

For at en overvektig ungdom skal kunne få til en atferdsendring mener vi at foreldrene skal involveres. Foreldrene er en stor del av ungdommers liv og er deres rollemodeller på mange arenaer. Derfor anses det som viktig at foreldrene blir involvert (O' Donohue, et al., 2008). Øen (2012) hevder at foreldrene er en stor ressurs for at overvektig ungdom skal kunne endre atferd, derfor må vi veilede foreldrene slik at de får bred nok kunnskap om vektrelaterte emner. Det er også viktig å ta med i betraktningen at foreldrene må veiledes til å endre atferd selv, slik at ungdommen ikke står alene. For det første kan det være vanskelig for en ungdom ha gode matrutiner om resten av familien ikke har det. For det andre er det som regel foreldrene som står for innkjøpene av mat i husholdningen og de står derfor med hovedansvaret for hva som blir valgt. Og for det tredje, om familien sitter foran TV-en med pizza og en intensjon om å sitte der resten av kvelden, vil det være ekstra tungt å holde motivasjonen oppe for ungdommen. Har foreldrene kunnskap og er engasjerte til å tilrettelegge for en sunn middag og fysisk aktivitet, vil det derimot være lettere for ungdommen å beholde motivasjonen oppe. Skylder vi som sykepleiere for mye på foreldrenes atferd og kunnskap? Lorentzens, et al. (2011) studie på familiens perspektiv på endringer i kostholdet hos overvektig ungdom viser at det er lettere for foreldrene å være støttende til vektnedgang hvis det var tilrettelagt for dette. Økende kunnskap om temaet, god økonomi og energi til å hjelpe kan gjøre det lettere for foreldrene og støtte endringer. Her ser vi at selv om

foreldrene kanskje har kunnskap om temaet, kan økonomi spille en rolle. Vi som sykepleiere vil kunne komme i en vanskelig situasjon der familiens økonomi kan være hovedproblemet og vi må vise respekt og forståelse, og derfor jobbe ut i fra forutsetningene familien har (Brinchmann, 2012; Norsk Sykepleieforbund, 2011). Lorentzens et al. (2011) studie viser også at barn og ungdom blir lettere motivert om foreldrene vet hvordan de skal sette grenser og være til støtte i deres endring. Både ungdom og foreldre må også lære seg betydningen av ordet «nei». Et nei betyr at forelderen bryr seg, og er ikke en straff for ungdommen (Øen, 2012). Som sykepleiere kan vi undervise og veilede foreldrene i hva som er anbefalt til en overvektig ungdom av kosthold og fysisk aktivitet, men vi må få ungdommen involvert. Sammen kan familien strukturere måltidene, og tilbrede maten sammen. Hvordan man tilbereder mat er vesentlig for vektning. Et eksempel på dette kan være å steke kjøtt og grønnsaker i olje eller vann i stedet for smør (Helsedirektoratet, 2014).

Foreldre forteller ofte at de synes å ha en overvektig ungdom kan være vanskelig. Spesielt i forhold til kosthold og trening. Mange foreldre føler seg sårbare i en slik situasjon. Noen foreldre vet at overvekten kunne ha blitt gjort noe med tidligere om de får god nok informasjon (Øen, 2012). Her står vi som sykepleiere i en vanskelig situasjon hvor det er avgjørende at vi skaper tillit til pårørende og klarer å vise forståelse for at det har vært en sårbar situasjon (Eide & Eide, 2007). Travelbee hevder at forståelse er en del av den siste fasen i den mellommenneskelige prosessen og det er i denne fasen tillit og relasjon skapes (Kristoffersen, et al., 2011; Travelbee, 1997). Lorentzen, et al. (2011) forteller at virkningene for sykepleie ligger i å demonstrere sårbarheten hos overvektige barn, ungdom og deres foreldre. Fokus på kosthold og fysisk aktivitet er ikke tilstrekkelig nok. Hva er det foreldrene egentlig ønsker og er motiverte til, er noe vi som sykepleiere burde få frem ved hjelp av MI. I møte med foreldrene må vi også få frem om det er andre faktorer som kan spille en rolle på ungdommens overvekt, som for eksempel arv. Motivasjonen til foreldrene er like viktig som ungdommens og den er oftest knyttet til forventningen av resultatet (Helsedirektoratet, 2010). Derimot er det ikke motivasjon hos foreldrene som gjør at ungdom lykkes i å endre atferden, men at familien ønsker, har håp og troen på at de kan lykkes (Helsedirektoratet, 2010; Mæland, 2010). Travelbee fokuserer på mestring og håp, og at håp er knyttet opp mot hjelpen som gis av sykepleiere (Kristoffersen, et al., 2011). Oftest vet foreldrene til den overvektige ungdommen at det må gjøres noe med, men at de kommer med "gode" unnskyldninger for og ikke skape endring. Foreldrene må innrømme at de ikke er klare for endring for å kunne starte endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2010). Motiverende intervju er derfor et godt redskap for å få frem motivasjon til endring for hele familien (Lorentzen, et al., 2011).

### 4.3 Handling og vedlikehold

*Per har nå startet å endre atferd sammen med foreldrene og i samarbeid med sykepleierne på overvektsklinikken. De har startet å lage systemer for en suksessfull endring. Per skal føre kostholdsdagbok og aktivitetsdagbok. Familien skal sammen tilbrede middag og smøre matpakke til dagen etter på kvelden.*

Brukermedvirkning kan ses i sammenheng med empowerment, der man får "makt" over egen helse, man blir på en måte myndiggjort. Gjennom atferdsendring, vil ungdom få en hvis grad av makt over egen helse ved å ta valg som er rettet mot å gjøre endring for en bedre helse (Gammersvik & Larsen, 2012). Empowerment er et resultat fra kommunikasjon, og gjennom MI vil vi som sykepleiere respektere valget ungdom tar og la han en stor innflytelse på sin situasjon. Mens vi må supplere med informasjon på det faglige, sykepleierne skal være ungdommens samarbeidspartner. Ved hjelp av MI skal vi kartlegge og få ungdommen til å ta en beslutning for å endre atferd og få dem til å forplikte seg til en endring (Ivarsson, 2010) og da han har forpliktet seg er han i handling i endringshjulet. Da ungdom er i dette stadiet, starter arbeidet med å få inn nye kostholdsvaner, være i mer fysisk aktivitet og arbeide mot en vekt nedgang og sunnere livsstil (Barth, et al., 2001). Ut i fra teori og forskning mener vi at empowerment vises gjennom handlingen ungdom tar til å endre vektrelatert atferd. Har Per egentlig forpliktet seg til endringen? Avslutningsvis forteller MI oss at vi som sykepleiere må få frem at ungdommen faktisk har bestemt seg til å endre atferd, vi kan ved hjelp av åpne spørsmål som "*hva er planen videre?*" og "*hvordan skal dere som familien hjelpe Per til å lykkes?*" Det er gjennom spørsmål som dette vi får frem forpliktelsen til endringen og handlingen (Ivarsson, 2010; Pollak, et al, 2014).

I handlingsstadiet er også familien like viktig som sykepleierne. Øen (2012) sier det blir anbefalt at familien tar en evaluering av dagen hver kveld. Av egen erfaring mener vi at dette kan både være gunstig og ugunstig i forhold til motivering videre. Grunnen for denne meningen er at vi mener det blir for stort fokus slik at ungdommen aldri vil få et pusterom fra "slanking". Det kan være gunstig fordi livsstilsendring og vekt nedgang er en kontinuerlig prosess, men det er viktig at ungdom får lov til å være ungdom. Derfor mener vi at daglig evaluering av endringen kan kreve for mye energi og skape unødvendig bekymring for ungdommen. Unødvendig bekymring fører i følge Øen (2012) til dårlig søvnkvalitet, som igjen kan føre til vektøkning.

*Per har etter samtaler med sykepleierne i lang tid, fått den nye atferden til å bli en vane i hverdagen. Han går fortsatt til samtaler med sykepleierne jevnlig.*

MI forteller også at oppfølging er like viktig som å få ungdom til å endre atferd. Oppfølgingen skal på en side vise hvem han er, hva han tenker og hvordan han tenker at han skal greie å forsette med det han har kommet frem til i intervjuet. Mens på en annen side skal det vise om han er på rett spor og hva som avhenger på at han forsetter å ha den atferden han har gjennom atferdsendringen (Ivarsson, 2010). I løpet av endringen vil ungdommen mest sannsynligvis møte på hindringer og dårlig motivasjon (Barth, et al., 2001), gjennom MI må vi som sykepleiere derfor være klar over at samtalen må legges til rette ut ifra hva som har skjedd siden sist. Et godt spørsmål som kan stilles er *"hvordan har det gått siden sist?"* Her får frem om han har nådd mål, delmål og hvordan det har vært i involvere foreldrene (Ivarsson, 2010). I handling- og vedlikeholdsstadiet mener vi det vil være viktig og frem et tverrfaglig samarbeid, der vi som sykepleiere får involvert skolen, ernæringsfysiolog og kanskje en samtalegruppe hvor flere i samme "bås" kan snakke sammen (Eide & Eide, 2007; Øen, 2012).

Hvorfor mange går frem og tilbake når de endrer atferd kommer vel an på hvilken forventning de har til resultatet og hvor motiverte de er til og forsette med en endring (Barth, et al., 2001). Ut i fra litteratur vi har lest tror vi at tilbakefall er normalt i en endringsprosess og alle vil på et tidspunkt falle tilbake for å så starte litt på nytt igjen. Vi må også huske at for noen vil atferdsendring vare livet ut, de må alltid passe på og være forsiktig. Derfor er oppfølgingen like viktig som selve endringen.

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan endre atferd til overvektig ungdom ved hjelp av motiverende intervju (MI).

Gjennom MI kan vi som sykepleiere skape en atferdsendring hos overvektig ungdom ved hjelp av god kommunikasjon, empatisk lytting, skape diskrepans, skape endringsnakk og ved få ungdommen til starte en tankeprosess. Ved å skape en tankeprosess hos den overvektige ungdommen vil vi kunne forberede ungdommen på at atferdsendring må til for å redusere overvekt og videre fedme og livsstilssykdommer.

Ved å lese forskning og bruke teori har vi også funnet ut at foreldreinvolvering er en premis for at atferdsendring skal fungere, og de kan både involveres fra starten av endringen og senere. Flere viktige faktorer for å endre atferd og redusere livsstilssykdommer er å være i fysisk aktivitet og ha et riktig inntak av næringsstoffer og energi, som man kan få gjennom et variert og godt kosthold. Gjennom MI skal vi som sykepleiere finne de underliggende årsakene til ungdommens overvekt og hva ungdom liker av mat og fysisk aktivitet, for å så hjelpe dem videre.

Sykepleiere skal gjennom MI skape refleksjon hos ungdommen fordi refleksjonen starter den tankeprosessen som er ønsket. I atferdsendring går ungdom gjennom fem stadier; før-overveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold, og MI kan brukes for å få overvektig ungdom gjennom stadiene og til en endret atferd. Vi må hele tiden huske at en atferdsendring kan være et kontinuerlig arbeid og vedlikehold er like viktig som de første stadiene.

MI er en velfungerende teknikk som kan brukes for å hjelpe ungdom til å endre atferd og spesielt i to første stadier i endringshjulet (før-overveielse og overveielse), men foreldre og eventuelt tverrfaglig samarbeid er premis for at atferdsendring skal fungere og vare.

## 6.0 Referanseliste

- \*Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- \*Bonde, H. A., Bentsen, P. & Hindhede, L.A. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing* 30 (6), 448-455. Doi: 10.1177/1059840514521240
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- \*Danielsen, S.Y. (2014). *Fedme hos barn. Intervensjoner og atferdsendringer i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget
- \*Diabetesforbundet. (2016). *Diabetes type 2*. Lokalisert på: <http://diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Folkehelseinstituttet. (2012). *Overvekt og fedme hos barn og unge - faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-barn-og-unge>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). (2012). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget
- \* Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (Rapport IS-2170). Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>

- \*Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. (Nasjonal faglige retningslinjer IS-1734). Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på:  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge>
- \*Ivarsson, H. B. (2010). *MI - Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Fortbildung
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag
- Kristoffersen, J. N, Nortvedt, F. & E.-A, Skaug. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Kunnskapskanalen. (2015). *Forsker stand-up. Overvekt hos norske barn*. Lokalisert på:  
<https://tv.nrk.no/serie/kunnskapskanalen/MDDP17001515/30-05-2015>
- \*Lorentzen, V., Dyeremose, V. & Larsen, H. B. (2011). Severely overweight children and dietary changes - a family perspective. *Journal of advanced nursing* 68 (4), 878 - 887.  
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05791.x
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. (2015).
- \*Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing – preparing people for change*. New York: Guilford Press
- Mæland, G. J. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- \*Norsk Helseinformatikk. (2014). *Beregning av KMI eller ISO-KMI*. Lokalisert på:  
<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/kmi-kroppsmasseindeks-3263.html>



- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: NSF.
- \*O' Dea, J. A. & Eriksen, M. (Red.). (2010). *Childhood Obesity Prevention. International research, controversies, and interventions*. Oxford: Oxford University Press
- \*O' Donohue, W. T., Moore, B. A. & Scott, B. J. (Red.). (2008). *Handbook of Pediatric and Adolescent Obesity Treatment*. New York: Routledge
- \*Pollak, K. I., Coffman, C. J., Alexander, S. C., Østbye, T., Lyna, P., Tulsy, J. A... Bravender, T. (2014). Weight's up? Predictors of weight-related communication during primary care visits with overweight adolescents. *Patient Education and Counseling* 96 (3), 327 - 332. DOI: 10.1016/j.pec.2014.07.025
- Sletteland, N. & Donovan, M. R. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Travelbee, J. (1997). *Interpersonal Aspect of Nursing*. Philadelphia: E. A Davis Company
- \*Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendtsen, P. & and Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal* 69 (4), 390 - 400. Doi: 10.1177/0017896910373136
- \*World Health Organization [WHO] (2015). *Obesity and overweight*. Lokalisert på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- \*Øen, G. (Red.). (2012). *Overvekt hos barn og unge - forså, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg 1: PICO- skjemaet

Et godt spørsmål beskriver:

1. **Hvilke mennesker det handler om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?**  
Overvektig ungdom
2. **Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?**  
Fysisk aktivitet, riktig kosthold, undervisning, kommunikasjon, veiledning, motiverende intervju
3. **Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?**  
Ingen
4. **Hvilke effekter er av særlig interesse?**  
Forebygge fedme, bedre livskvalitet, sunnere livsstil, atferdsendring

<b>Patients/population/problem HVEM?</b>	<b>Intervention/initiativ/action HVA?</b>	<b>Comparison ALTERNATIV ER?</b>	<b>Outcome RESULTAT/EFFEK T?</b>	
<b>Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)</b>	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑ O R ↓
Overvektig ungdom  Overweight adolescents  Adolescents  Overweight	Undervisning Kommunikasjon Motiverende intervju Fysisk aktivitet Nursing Intervention  <b>Overweight, communication, Nursing, intervention,</b>		Livsstilsendring  Atferdsendring  Livskvalitet  <b>Behavior changes Quality of life Changes of lifestyle Lifestyle changes</b>	
← AND →				

## Vedlegg 2: Søkematrise

Side 1 av 4

Dato og database	Søkeord	Treff	Avgrensning	Leste abstrakter	Brukte artikler
6.4.2016 SveMed+	Overvekt, ungdom	190	Peer-reviewed artikler Språk: engelsk <i>Nytt treff: 47</i>	2	Ingen
6.4.2016 SveMed+	Overvekt, ungdom, Undervisning kommunikasjon	2		2	Ingen
6.4.2016 Cinahl	Overweight, adolescents and communcation	22	Fulltekst År: 2006 -2014 <i>Nytt treff: 18</i>	3	1 - <i>"Weight's up? Predictors of weight-related communication during primary care visits with overweight adolescents"</i>
6.4.2016 Cinahl	Overweight and adolescents and nursing	58	Fulltekst År: 2006 - 2016 Språk: Engelsk Sted: Europa <i>Nytt treff: 14</i>	4	Ingen
	Overweight and adolescents and intervention	636	Fulltekst Academic journal År: 2006 - 2016 Sted: Europa <i>Nytt treff: 80</i>	4	Ingen

11.4.2016 Cinahl	Overweight adolescents and physical activity and lifestyle changes  Overweight adolescents and quality of life and lifestyle changes	66  18	Fulltekst Språk: engelsk  <i>Nytt treff: 28</i>  Fulltekst  <i>Nytt treff: 8</i>	1	Ingen          Ingen
11.4.2016 SveMed+	Overvekt, ungdom, livskvalitet  Overvekt, ungdom, livsstil	6  44	Peer reviewed <i>Nytt treff: 6</i>  Peer reviewed <i>Nytt treff: 25</i>	2  2	Ingen       Ingen
12.4.2016 Cinahl	Overweight adolescents, intervention and lifestyle changes	62	Fulltekst År: 2006 - 2016  <i>Nytt treff: 36</i>	2	Ingen

19.4.2016	Overweight and behavior change and nursing	84	Fulltekst Academic Journal År: 2006 - 2016 Nytt treff: 46	5	1- <i>"Severely overweight children and dietary changes - a family perspective"</i>
	Overweight adolescents and behavior change and nursing	24	Fulltekst År: 2006 - 2016 Nytt treff: 12	0	Ingen
20.4.2016	Overweight adolescents, behavior change, nursing	35		<i>"Reducing Pediatric Overweight: Nurse-Delivered Motivational Interviewing in Primary Care"</i>	
20.4.2016	"Reducing Pediatric Overweight: Nurse-Delivered Motivational Interviewing in Primary Care"	2			Ingen

20.4.2016 PubMed	Overweight adolescents, intervention, quality of life	219	Fulltekst År: 10 år Reviewed articles  <i>Nytt treff: 30</i>	0	Ingen
25.4.2016 Søkte i Oria	"Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare"	1	Ingen	1	<i>"Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare"</i>
3.5.2016 Cinahl	Motivational interviewing, nursing education	262	År: 2006 - 2016  <i>Nytt treff: 242</i>	5	1- <i>"School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity"</i> .