

# Bacheloroppgave

## Empowerment for vektreduksjon hos overvektige individer

av

101737

29.04.2016

### VF201 – Bacheloroppgave

Bachelor i Friskliv og Lokalt folkehelsearbeid

7513 ord

April, 2016

Institutt for helsefag - Høgskolen Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag – Høgskolen Kristiania. Høgskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

## Forord

Gjennom denne bacheloroppgaven har lærdom og ny kunnskap blitt brukt og satt på prøve, og er en avslutning på den 3 årige bachelorgraden i Friskliv og Lokalt folkehelsearbeid ved Høyskolen Kristiania.

Med et ønske om å lære mer om hvordan vi bør løse den globale utbredelsen av overvekt og fedme gjennom bruk av forebyggende tilnæringsmetoder, ble denne oppgaven et resultat av dette.

Mange timer har gått med, noen frustrerende, forvirrende og optimistiske timer. Disse timene har lært meg å bli bedre kjent med mine arbeidsmetoder, og gitt meg mye kunnskap som jeg vil dra nytte av når jeg skal ut i arbeidslivet. Når arbeidet med oppgaven nærmet seg slutten må jeg også innrømme at jeg koste meg med det i enkelte stunder.

I denne anledning vil jeg benytte muligheten til å takke noen personer som har bidratt til at dette har blitt en god opplevelse. Klassevenninner som jeg har spist lunsj med og utvekslet erfaringer og frustrasjon, en tålmodig samboer (og hund) som har gitt meg beskjed om å ta luftepauser, og til slutt høyskolelektor Lars Erik Braaum for konstruktive og gode tilbakemeldinger underveis i arbeidet.

Oslo, 28.04.2016

*Anniken S. Johnsen*

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b>                                     | <b>2</b>  |
| <b>Sammendrag</b>                                 | <b>4</b>  |
| <b>1. Innledning</b>                              | <b>5</b>  |
| <i>1.1 Bakgrunn</i>                               | 5         |
| 1.1.1 Overvekt og vektreduksjon                   | 5         |
| 1.1.2 Overvekt og risiko                          | 6         |
| 1.1.3 Salutogenese og helsefremmende atferd       | 6         |
| 1.1.4 Empowerment                                 | 7         |
| 1.1.5 Motiverende Intervju                        | 8         |
| <i>1.2 Problemstilling</i>                        | 9         |
| <i>1.3 Oppgavens disposisjon</i>                  | 10        |
| <i>1.4 Begrepsavklaring</i>                       | 10        |
| <b>2. Metode</b>                                  | <b>11</b> |
| 2.1 Metode – etikk                                | 11        |
| 2.2 Begrunnelse for metodevalg                    | 11        |
| 2.2.1 Dokumentasjonskvalitet                      | 11        |
| 2.3 Fremgangsmåte                                 | 11        |
| 2.3.1 Litteratursøk                               | 12        |
| 2.3.2 Inklusjonskriterier                         | 13        |
| 2.3.3 Eksklusjonskriterier                        | 13        |
| 2.3.4 Systematisk gjennomgang av datafunn         | 13        |
| 2.3.5 Kildekritikk: valg av artikler og forskning | 13        |
| <b>3. Resultater</b>                              | <b>14</b> |
| 3.1 Randomisert kontrollert studie                | 14        |
| 3.2 Tverrsnittstudie                              | 15        |
| 3.3 Grounded theory                               | 16        |
| 3.4 Systematic Review og Meta-analyse             | 16        |
| 3.5 Randomisert kontrollert studie                | 17        |
| 3.6 Randomisert kontrollert studie                | 18        |
| <b>4. Diskusjon</b>                               | <b>20</b> |
| 4.1 Oppsummering                                  | 20        |
| 4.2 Forklaring og vurdering av resultatene        | 20        |
| 4.3 Viktigste funn                                | 22        |
| 4.4 Dagens forskningsgrunnlag                     | 22        |
| <b>5. Konklusjon</b>                              | <b>23</b> |
| <b>Referanseliste</b>                             | <b>24</b> |
| <b>Vedlegg 1</b>                                  | <b>27</b> |

# Sammendrag

## Bakgrunn

De senere årene har fokuset på helse begynt å fått en dreining; fra å behandle smittsomme sykdommer, til å skulle forebygge livsstilsykdommer. Salutogenese fokuserer på hva som fremmer god helse og gir mennesker økt velvære og mestring. I salutogenese innebærer empowerment et mål om at personer kan få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styringen over helsefremmende faktorer. Motiverende intervju er et verktøy som i økende grad har blitt brukt i den sammenhengen.

## Problemstilling

*På hvilken måte kan empowerment bidra til vektreduksjon hos enkeltindivider som lider av overvekt?*

## Metode

For å besvare problemstillingen er det hensiktsmessig å foreta en litteraturstudie. Slik kan jeg kartlegge omfanget av tidligere studier på området. En systematisk gjennomgang av forskningsmaterialet blir gjort, hvor ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier legges til grunn for resultatene. De inkluderte studiene blir grunnlaget for diskusjon og konklusjon rundt problemstillingen.

## Resultater

Litteraturstudien inkluderer 6 artikler fra ulike databaser. Disse artiklene omhandler studier av ulikt omfang og forskjellig forskningsmetode. Randomiserte kontrollerte studier, en tverrsnittstudie og en Meta-Analyse blir inkludert, sammen med en Grounded Theory studie. Studiene fikk ulike resultater hvorvidt bruk av intervensjoner med empowerment hadde effekt. Studiene brukte ulike metoder i undersøkelsen av forskjellige helseaspekter knyttet til empowerment.

## Konklusjon

Bruk av empowerment kan gi vektreduksjon hos overvektige ved å kombinere ulike metoder. På bakgrunn av resultatene vil individuelle samtaler med helsepersonell, kunnskapsopplysning, gruppebasert undervisning og registrering av livsstilsvaner gi best effekt for vektreduksjon og for å øke pasientens nivå av empowerment.

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 Overvekt og vektreduksjon

#### *Endring i sykdomsbildet*

Mye har forandret seg de siste 100 årene når det gjelder helsen til den norske befolkningen. Fra høy forekomst av mangelsykdommer og smittsomme infeksjonssykdommer på 1800-tallet og starten på 1900-tallet, til dagens samfunn hvor vi nyter godt av oljefunnene som ble gjort på 1960-tallet (1, 2). Arbeidsforholdene har endret seg gradvis fra fysiske arbeidsoppgaver, til i dag hvor vi sitter inne med kontorarbeid. Dette er bidragsgivende faktorer til økningen av ikke-smittsomme sykdommer. I internasjonal sammenheng, har nordmenn imidlertid god helse. Likevel er det store forskjeller i sykkelighet og dødelighet på grunn av sosioøkonomiske ulikheter.

Dagens sykdomsbilde er preget av hjerte- og karsykdommer, overvekt og fedme, kreft, diabetes type 2 og KOLS (1). Økningen av disse sykdommene henger sammen med nordmenns økte levealder og de samfunnsmessige endringene som påvirker leve- og livsstilsvaner.

Det tyder nå på at økning i overvekt og fedme hos barn har stoppet opp, og hos voksne ser vi tegn til at økningen i fedme har blitt mer moderat (1). På tross av dette er fortsatt nivået av overvekt og fedme betydelig høyere enn det var på 1980-tallet. Hos voksne viser undersøkelser at ca. 20 % av menn og 17 % av kvinner i alderen 40-45 år lider av fedme, og hovedårsaken er for lavt aktivitetsnivå.

Helseundersøkelser utført i Norge har vist at mellom 15-20 % av barn har overvekt eller fedme, mens 8 % av tredjeklassinger har bukfedme, det fettete som i størst grad påvirker helsen (1). Fram til år 2000 økte andelen overvektige barn signifikant, mens de siste 10 årene ser det ut til at andelen barn med overvekt og fedme har forandret seg lite. Resultatene viste også at det er en betydelig forskjell i overvekt og fedme mellom barn i sentrale og i landlige områder. Foreldres utdanning og sivilstatus er en påvirkende faktor. Blant ungdom viser Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) at 22 % av guttene og 20 % av jentene på ungdomsskolen var overvektige (3). For elever på videregående skole var 27 % av guttene og 25 % av jentene overvektige. Disse tallene henger sammen med tallene for aktivitetsnivået blant disse gruppene, i tillegg til kostholdsvaner. Tilsatt sukker er en bidragsgivende faktor til den økende forekomsten av kroniske sykdommer, spesielt for overvekt og fedme.

Helsedirektoratets råd om fysisk aktivitet til barn og unge er 60 minutter daglig av moderat til høy intensitet (4). For voksne og eldre er rådet 150 minutter moderat intensitet per uke, og inntil 300 minutter i uken gir økt gevinst. I tillegg anbefales redusering av stillesitting for alle aldersgrupper. Når det gjelder anbefalinger om kosthold består de kort fortalt av: variert kosthold med 5 porsjoner frukt og grønt per dag, balanse mellom energiinntak og energiforbruk, spise grovkornprodukter hver dag og fisk 2-3 ganger i uken. Magre kjøtt- og meieriprodukter bør velges, begrense inntaket av salt til 5 g daglig og sukkerholdig mat og drikke til 10 energiprosent.

*Hva er overvekt og hvordan klassifiseres det?*

Verdens Helseorganisasjon definerer overvekt ved bruk av kroppsmasseindeks (KMI) (5). KMI er definert som vekt i kilogram delt på kvadratet av høyden. En person som er 165 cm høy og veier 60 kg vil ha følgende KMI:  $60 \text{ kg} / 1,65 \text{ m}^2 = 22$ . Overvekt er definert som KMI over 25, mens fedme er definert som KMI over 30. Normal KMI regnes å være mellom 18,5 - 25.

Det er viktig å være oppmerksom på at KMI ikke alltid er et korrekt mål på overvekt siden målingen ikke tar hensyn til fordelingen mellom fett og muskelmasse. Andre målemetoder som livvidde og hoftevidde i cm kan være nyttige verktøy i tillegg til beregning av KMI (6).

*Hva menes med vektreduksjon?*

Vektreduksjon kan betegnes som helsefremmende for overvektige individer (7).

Vektreduksjon kan også forekomme ved underernæring eller sykdomstilstander som gjør at kroppen ikke tar opp næring. Her vil jeg fokusere på de helsefremmende aspektene som kan bidra til en redusert vekt og vedlikeholde en normal vekt. Helsefremmende atferd kan være kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet og psykologiske faktorer som kan bidra til å redusere kroppsvekten.

Det å redusere vekten behøver ikke være enkelt. En nyere studie fra London viser at det er en stor utfordring for folk flest (8). Studien undersøkte vektutviklingen hos ca. 280 000 personer med fedme i perioden 2004 til 2014, og viser at det er svært mange som ikke klarer å redusere vekten. Disse personene fikk et program som fokuserte på tradisjonell kalorikutt og økt fysisk aktivitet. I kategorien med KMI fra 30-35 klarte 1 av 210 menn og 1 av 124 kvinner å oppnå normal vekt. For personer med høyere KMI var det enda færre som klarte det.

### **1.1.2 Overvekt og risiko**

Inaktivitet og høyt inntak av energirike matvarer er faktorer som gir øke risiko for overvekt (6). Ved økt aktivitetsnivå vil denne risikoen bli redusert. Matvarer som har lav energitetthet og høyt næringsinnhold, som grove kornprodukter og grønnsaker vil også være gunstig (9). For å redusere risikoen for overvekt og fedme er det viktig å opprettholde en stabil vekt, noe som kan oppnås ved et balansert inntak av mat og drikke, og et tilstrekkelig nivå av fysisk aktivitet. Hos personer med fedme er det en overhyppighet av psykiske plager som depresjon og angst. Slike psykiske plager virker m.a.o. inn på risikoen for å utvikle overvekt og fedme. Psykiske utfordringer i livet kan påvirke appetitten på mat, vilje og evne til selvkontroll, noe som på lengre sikt kan bidra til overvekt eller fedme.

Overvekt og fedme er ikke bare livsstilssykdommer i seg selv, men også risikofaktorer for en rekke alvorlige sykdommer som kreft, hjerteinfarkt og diabetes type 2, samt slitasje på bein og ledd (1).

### **1.1.3 Salutogenese og helsefremmende atferd**

Salutogenese er teorien om fysisk og psykisk helse. Den fokuserer på hva som fremmer god helse og gir mennesker økt velvære og mestring (10). Holdningen til livet er sentralt, og holdningen til å håndtere stress eller uventede forhold, bedre kjent som opplevelse av sammenheng (OAS) fra det engelske begrepet "Sense of Coherence" (11).

OAS handler om forståelsen av en situasjon som personen skal håndtere ut ifra tre aspekter (10). Om personen tror situasjonen er påvirkbar, om den tror situasjonen lar seg forklare og

om den tror situasjonen byr på utfordringer som er overkommelige. Personer som har en sterk OAS er motiverte for å håndtere stressende situasjoner, har tro på at de forstår den og har ressurser tilgjengelig for å kunne gjøre noe med det.

Empowerment innen salutogenese innebærer et mål om at individer kan få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styringen over de faktorer som er helsefremmende eller som gjør deg frisk (12).

#### **1.1.4 Empowerment**

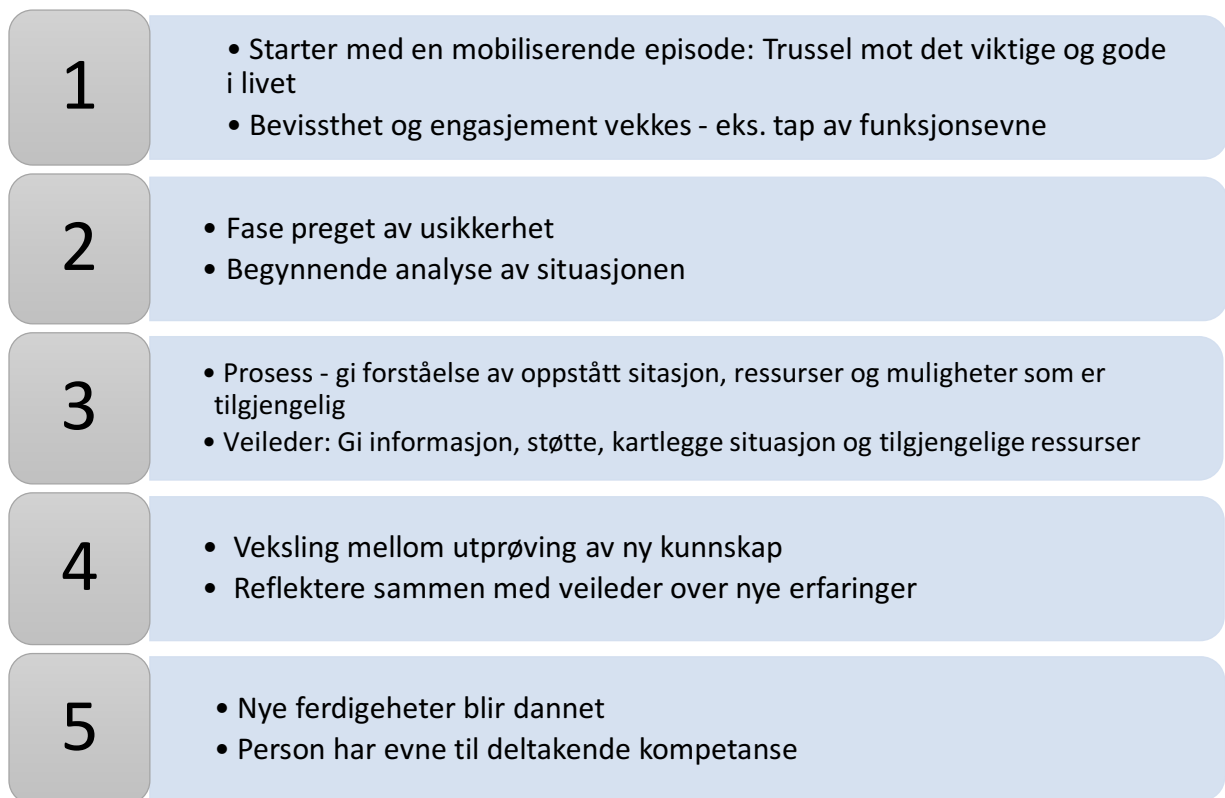
Empowerment er et engelsk begrep som også blir brukt i det norske språket, på grunn av manglende og lite dekkende norske oversettelser (13). Noen har brukt ordene myndiggjøring, egenkraftmobilisering og styrking, som i mange tilfeller kan brukes der det engelske begrepet skaper tunge norske setninger (14).

I helsefremmende arbeid blir empowerment definert som en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over egne beslutninger og handlinger som berører helsen deres (15). En forutsetning for å ha kontroll over eget liv er å ha selvbevissthet og bevissthet over egen situasjon, bevissthet om hvordan omgivelsene kan påvirkes, utvikling av kompetanse og deltakelse når det gjelder å definere behov, problemer og beslutninger som omhandler eget liv (16). Deltakelse i avgjørelser som berører eget liv og egen helse er derfor forutsetninger for empowerment (17).

Empowermentbegrepet kan ses på som en prosess eller et resultat, hvor det må respekteres at individet har hovedansvar for egen helse (18). Dette skaper et behov for god og korrekt informasjon for å ta riktig beslutning for seg selv. Empowerment er et resultat av selvbevissthet, utvikling og ressurser hos brukeren. Empowerment handler også om å nøytralisere krefter som skaper avmakt, som kan være et nødvendig element for å kunne bli frisk og beholde en god helse (19). Personer som innehar økt følelse av empowerment blir også mindre avhengig av helsevesenet og mindre kostbar for samfunnet. En følelse av maktesløshet eller manglende kontroll over det som skjer med en selv, kan medføre risiko for sykdom (20). Empowerment forutsetter derfor en arena fri for bruk av makt, der pasientens verdier og ressurser står i fokus (21).

For å gi et oversiktlig bilde av empowerment-prosessen, kan den deles inn i fem faser (figur 1) (22).

Denne inndelingen tydeliggjør de ulike stegene i en endringsfase hvor følelsen av empowerment gradvis blir sterkere (22). Det brukes ofte mye tid i fase 4 før den siste fasen inntreffer.



Figur 1. Fem faser i empowermentprosessen (22).

### *Mestringstro og atferdsendring*

Opplevelse av kontroll har mye til felles med mestringstro i sosial kognitiv læringsteori, og mestringstro har stor betydning for helseatferd (22, 23). Den kan forutsi hvor godt mennesker følger opp medisinske atferdsråd eller hvorvidt de opprettholder helseatferd. Det å ha tro på at en atferd vil gi ønsket effekt og ha tro på egen kapasitet til å gjennomføre det som skal til for å nå målet er derfor helt sentralt. Økt empowermentnivå kan på det grunnlag øke individers mestringstro.

Atferdsendring er en prosess som foregår gradvis, og som kan deles inn i fem stadier (figur 2) (24, 25). Førerverveise, overveise, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. I tillegg kan man inkludere et stadium med tilbakefall, som kan være av kortere eller lengre art. Det er viktig å legge vekt på ulike motivasjonsfaktorer etter hvilket stadium av forandring individet befinner seg på. Dette er tiltak som kan styrken pasientens opplevelse av kontroll og mulighet til selvbestemmelse. Modellen har vist seg å være nyttig i ulike former for endring av helseatferd, som røykeslutt og vektkontroll.

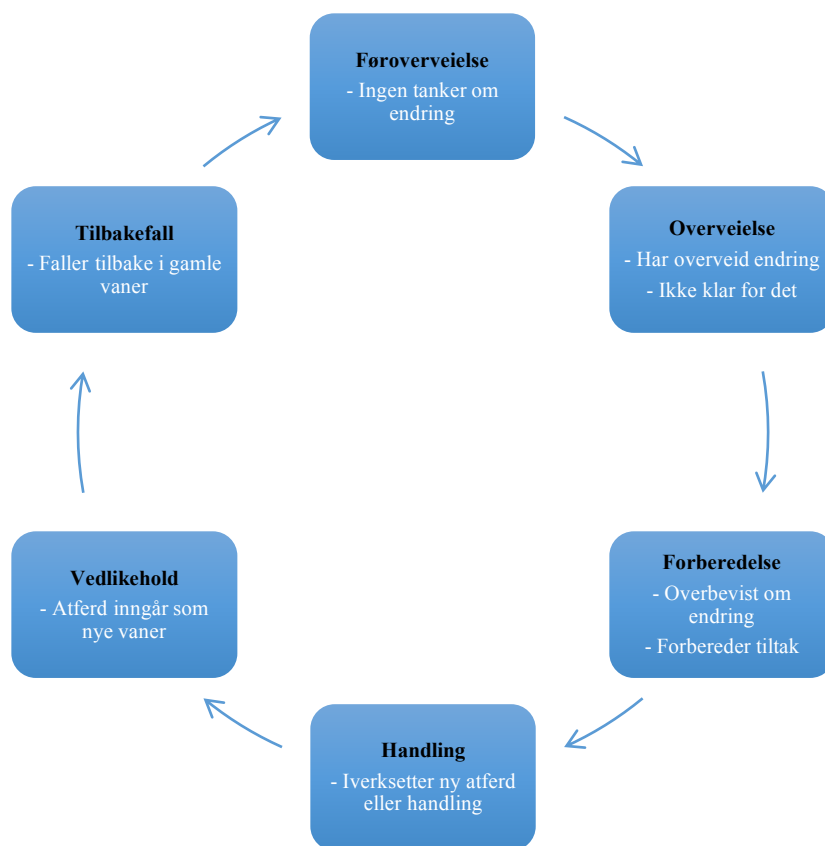
#### **1.1.5 Motiverende Intervju**

Motiverende intervju (MI) handler om motivasjonsaspektene ved endring (27). Det behøver ikke å starte med hvordan, men heller om det skal skje og hvorfor/hvorfor ikke. Det gir rom for refleksjon. MI kan være et steg på veien til å ta kontroll over egne handlinger, gjennom økt motivasjon for endring; det å motivere pasienten til å ta nødvendige valg for seg selv. Det legges stor vekt på pasientens autonomi, fordi pasienten sitter på fasiten til problemet-, saken- og gangen i prosessen. Samtalen handler om å motivere pasienten til å ta nødvendige valg, og



finne det punktet som beslutningen om endring kan baseres på. Samtalen bygges gradvis opp på en måte som kan gjøre det lettere for pasienten å komme videre. Pasienten har hele tiden rett til å vurdere, godta eller forkaste momenter og forslag som helsearbeider mener er relevante, og klientens vurdering skal respekteres.

Sentrale prinsipper i MI er endringsfokus, klientsentrering og autonomi (27). Samtalens formål er å bidra til endring hos klienten, med lytteteknikk og bruk av samtaleredskaper, hvor prinsipper for å styrke klientens egen motivasjon benyttes. Endringsarbeidet foregår med reflekterende distanse til problemet. MI kan brukes i alle faglige sammenhenger der man ønsker å hjelpe mennesker i en endringsprosess, uavhengig av om sammenhengen kalles behandling, rådgivning eller lignende. MI kan dermed brukes som et redskap i arbeidet med å øke empowermentnivået hos personer som skal gå ned i vekt.



Figur 2. Atferdsendringens prosess (25).

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av denne teorien syntes jeg det ville være spennende å se på hvordan empowerment kunne hjelpe mennesker til å ta mer ansvar i egne liv og til å skape en mer helsefremmende hverdag for seg selv, og å kunne hjelpe personer som står i fare for å få livsstilssykdommer utover overvekten. Problemstillingen ble et resultat av dette.

## *På hvilken måte kan empowerment bidra til vektreduksjon hos enkeltindivider som lider av overvekt?*

Jeg begrenset problemstillingen til å omfatte voksne mennesker med overvekt og overvekt/fedme. Samtidig ble fokuset lagt på de studiene som omfattet dette direkte og ikke indirekte i form av for eksempel diabetes type 2 og empowerment, som det finnes mange artikler om fra før.

For å finne svar på problemstillingen vektla jeg studier som hadde et empowerment element i form av eksempelvis motiverende intervju, eller intervensjoner som hadde til hensikt å opplyse og gi kunnskap, og som kunne øke pasientenes autonomi.

### **1.3 Oppgavens disposisjon**

I oppgaven ble innledning med bakgrunn og teoretisk forankring grunnlaget for problemstillingen. Videre avklarte jeg begreper brukt gjennom hele oppgaven. Deretter presenterte jeg metode og begrunnelse for denne, som la grunnlaget for neste del; resultatene. I resultatene ble funnene fra studiene som ble inkludert presentert. Diskusjonskapittelet tok så for seg styrker og svakheter ved resultatene og sentrale begreper. Avslutningsvis kom en konklusjon som svarte på problemstillingen.

### **1.4 Begrepsavklaring**

*Empowerment*: I resultatdelen ble begrepet som var brukt i den enkelte artikkel (eks. "self-empowering") brukt, mens det på generell basis ble brukt det engelske ordet empowerment, siden det var mer dekkende enn norske oversettelser. I setninger hvor empowerment vanskelig lot seg anvende, brukte jeg det norske begrepet styrking (13).

*EBSMI*: "Empowerment-based self-management interventions" (28). Ved full benevnelse på norsk ble "empowermentbaserte selvhjelpsintervensjoner" benyttet. "Self-management" alene ble oversatt til selvhjelp.

*"Good capability-level"*: Deltakernes gode helserelaterte evner ble i en av studiene en målt faktor, og jeg valgte å omtale dette som evnenivå (29).

## **2. Metode**

Metode er den delen som beskriver hvordan forskere går fram for å finne svar på sine problemstillinger. Metode kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ. Kvantitativ metode brukes for å teste en hypotese og statistiske metoder brukes for å analysere datafunn, for deretter å presentere resultatene med tall (30). Kvalitativ metode er en forskningstype som legger vekt på beskrivelse og analyse av trekk og egenskaper eller kvaliteter ved fenomener som blir undersøkt (31). Kvalitativ metode er sentralt for å utvikle bedre forståelse av individer, og utvikle ny kunnskap som videre kan testes gjennom kvantitative studier.

### **2.1 Metode – etikk**

I denne litteraturstudien ble resultatene bygget på studier fra seriøse tidsskrift. Deltakerne skulle være anonymiserte og på bakgrunn av at det i denne litteraturstudien ikke skulle gjennomføres noen nye intervensjoner, fantes det ingen etiske dilemmaer ved gjennomføring av studien.

### **2.2 Begrunnelse for metodevalg**

En litteraturstudie ble vurdert til å være best egnet for å besvare oppgavens problemstilling. Oppgavens tidsperspektiv ville gjort det vanskelig å skulle gjennomføre en intervensjon på egenhånd, og en rekke avanserte verktøy hadde vært nødvendig for å kunne gjennomføre dette. Det var ikke tilgjengelig i mitt tilfelle. Siden kvalitative studier gjort på overvektige personer og empowerment best ville belyse og besvare problemstillingen, ville en litteraturstudie som tok utgangspunkt i eksisterende forskning på dette området være den beste metoden. Litteraturstudien baserte seg i hovedsakelig på artikler fra anerkjente tidsskrift og artikler som var fagfelleverderte, slik at jeg sikret høyest mulig kvalitet på det anvendte materialet.

#### **2.2.1 Dokumentasjonskvalitet**

Vitenskapelige tidsskrifter blir rangert etter en skala bestående av to nivåer (32). Nivå 2 består av ledende tidsskrift som utgir omtrent 20 % av publikasjonene og Nivå 1 består av alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet.

En forskningsartikkel blir vurdert av minimum to fagpersoner innen det samme forskningsfeltet før den blir akseptert for publisering (33). Forfatteren av artikkelen får tilbakemelding og må eventuelt forbedre artikkelen før den kan publiseres. Det skaper en kvalitetssikring, og skal bidra til at artikkelen følger akademiske og vitenskapelige normer. Artikler som ikke er fagfelleverderte kan fortsatt være gode, men desto viktigere er det at de har god relevans. Impact factor er et mål på hvor ofte en gjennomsnittsartikkel blir sitert i løpet av ett bestemt år (33). En høy Impact factor i et tidsskrift betyr at det har blitt referert til mange ganger sammenlignet med andre, og kan være et mål på rangering av ulike tidsskrift.

### **2.3 Fremgangsmåte**

Innhenting av informasjon ble foretatt på en systematisk måte. Problemstillingens omfang og område ble kartlagt. Relevante søkeord ble brukt for å innhente aktuell teori, og litteratursøk ble foretatt. Resultatene ble inkludert eller ekskludert på bakgrunn av satte kriterier, for deretter å bli analysert og sammenlignet.

### 2.3.1 Litteratursøk

Siden problemstillingen var helsefaglig, ble det foretatt søk i MedLine og den ble brukt som hoveddatabase for oppgaven. Deretter søkte jeg i PubMed, og i PsycINFO som er en internasjonal database innen psykologi. Dette er databaser som baserer seg på engelsk språk, og jeg brukte derfor engelske søkeord. En kombinasjon av ordene ”overweight” (og ”obesity”), ”empowerment” og ”health promotion” ble bl.a. brukt.

Ut i fra problemstillingen startet jeg med søk i MedLine. Det første søket som ble foretatt var ganske vidt, hvor jeg brukte kombinasjoner av søkeordene ”empowerment”, ”overweight”, ”obesity”, ”lifestyle disease” og ”health promotion” for å se om det var noen gjennomgående temaer og målgrupper i disse studiene. Dette resulterte i mange artikler om diabetes type 2, helsearbeiderens rolle (ofte sykepleier) og empowerment. Relevansen ble derfor ikke god nok. Videre ble følgende søkeord (tabell 1) brukt ved søk i MedLine og dette resulterte i et bedre treff.

Tabell 1. Litteratursøk i MedLine.

| Nummer | Søkeord                   | Resultat  |
|--------|---------------------------|-----------|
| 1      | ”power (psychology)”      | 10597     |
| 2      | ”Empowerment.tw.”         | 7333      |
| 3      | 1 OR 2                    | 15561     |
| 4      | ”Overweight” OR ”obesity” | 144582    |
| 5      | ”Overweight.tw.”          | 44697     |
| 6      | 4 OR 5                    | 161871    |
| 7      | <b>3 AND 6</b>            | <b>82</b> |

Søket ga treff på 82 artikler ved bruk av illustrert kombinasjoner av ord. Ved søk på samme kombinasjon uten ordet ”obesity”, ga det langt færre treff og en del artikler var ikke relevante for problemstillingen. Dermed valgte jeg å inkludere ordet ”obesity”, da det viste seg at noen artikler omhandlet både overvekt og fedme. På dette stadiet ble ikke studier på barn og unge ekskludert. Informasjonen fra disse artiklene ville bidra til større innsikt og en bedre forståelse på dette området, og kunne ha viktig informasjon om empowerment knyttet til overvekt og fedme. Samt andre begreper som brukes om samme tema.

Systematisk sortering av artiklene gjorde jeg ved å lese abstraktene og se etter relevante ord og uttrykk som var like eller tilnærmet lik det jeg hadde satt som kriterier. De med størst relevans ble skimlet og videre sortert. Dette ga en bedre oversikt over hvor mye relevant stoff det var på området, og hvilken målgruppe det har blitt utført flest studier på. Her valgte jeg videre å ekskludere studier som omhandlet barn og ungdom, for å ha en mengde materiale som var håndterbart for videre undersøkelse.

I PsycINFO resulterte søket i et treff på 13 artikler, hvor en artikkel ble vurdert til å være relevant nok for inklusjon. Søket utført i PubMed resulterte i 18 artikler, og noen studier fra de andre søkene dukket opp som medførte noe overlapping hva gjelder inklusjon. Jeg valgte å inkludere en metaanalyse som jeg fant ved en tilfeldighet da jeg søkte informasjon når problemstillingen skulle lages, ved å søke på blant annet ”empowerment” og ”overweight” i Googles søkemotor.

Totalt vil resultatdelen omhandle 6 artikler av ulike typer (tabell 2. side 14).

### **2.3.2 Inklusjonskriterier**

Det var en fordel at artiklene var av ulik type for å kunne svare godt på problemstillingen. Ulike typer studier ble derfor inkludert, men med hovedvekt på intervensjonsstudier; Meta-Analyser, randomiserte kontrollerte studier og Grounded theory. Studiene var også av ulikt omfang på bakgrunn av de ulike metodene som ble brukt i studiene. For at studiene skulle være generaliserbare var det imidlertid en fordel om de var av et visst omfang. Eksempelvis kunne 5 studier som hver inkluderte 10-20 personer, være litt lite.

Studier som omhandlet overvekt eller overvekt og fedme (KMI fra 25) ble inkludert. Studier av menn og kvinner eller kun menn/kvinner over 18 år ble inkludert. Studier fra hele verden ble sett på, ikke bare fra den vestlige verden.

### **2.3.3 Eksklusjonskriterier**

Studier utført før år 2000 ble ekskludert, samt studier som kun omhandlet fedme og ikke overvekt (KMI fra 30). Personer med alvorlige psykiske lidelser eller spiseforstyrrelser ble også gjenstand for eksklusjon, samt studier gjort på gravide. Personer med diabetes type 2 ble ekskludert, men studier som omhandlet personer som kunne stå i fare for å utvikle diabetes type 2 og hadde overvekt kunne imidlertid inkluderes. Mange overvektige personer vil kunne være i fare for å få diabetes type 2 uten selv å vite om det. Innvandrere ble det siste eksklusjonskriteriet, da jeg hovedsakelig ønsket å undersøke normalbefolkningen.

### **2.3.4 Systematisk gjennomgang av datafunn**

Da utvalget av studier som kunne inkluderes var gjort, startet arbeidet med å analysere studienes innhold ved å se i detaljene på valg av metode og forskningsdesign, for å utelukke at det ikke eksisterte grove feil med tanke på validitet og reliabilitet. Det ble også undersøkt om det i artiklene ble beskrevet svakheter som måtte tas hensyn til. Videre ble resultatene i studiene sammenlignet og vurdert opp mot hverandre, og i hvilken grad det var mulig å sammenligne disse. Tilnærmingen til empowermentbegrepet ble brukt i mange tilfeller på vidt forskjellige måter, og det ble en potensiell utfordring.

### **2.3.5 Kildekritikk: valg av artikler og forskning**

Studier som har blitt utført basert på dette temaet, krever ofte mye ressurser i form av tid til intervju og intervensjoner som tar sikte på å behandle enkeltindividet (31). Omfanget av noen studier kan derfor bli mindre enn det som er ideelt hva gjelder utvalgsstørrelser, intervensjonsmetoder og varighet. Resultatene fra noen studier vil på det grunnlaget ikke være like generaliserbare som studier som inkluderer et stort antall personer og har lang varighet.

Styrkene ved de mindre studiene, er at de har en større overførbarhet til det virkelige liv og at de i større grad kan gjøre intervensjoner som har lang varighet og går mer i dybden (34). Resultatene fra disse kan være nyttig for å finne ut hvordan empowerment kan bidra til vektreduksjon over lengre perioder enn noen uker eller få måneder på individnivå.

Siden studier fra hele verden ble inkludert i denne litteraturstudien, kunne resultatene påvirkes av kulturforskjeller. Normer, religion og levesett i de ulike verdensdelene var faktorer som kunne gi utslag på resultatene. Eksempelvis var et av inklusjonskriteriene i studien på kvinner fra Iran at de skulle være gift (29). I ulike deler av verden kan det også være ulikt kunnskapsnivå og forståelse for empowermentbegrepet, helse og overvekt. Områder der det finnes mange overvektige, kan det tenkes at det blir betegnet som "normalen" og at personer

som er normalvektige blir sett annerledes på. Dette kunne påvirke studienes sammenlignbarhet. På den positive siden ga de potensielt ulike perspektiver rundt bruken av empowermentbegrepet.

### 3. Resultater

Tabell 2. Oversikt over inkluderte studier.

| Studie nr. | Type studiedesign                 | Benevnes som      | Ref. nummer |
|------------|-----------------------------------|-------------------|-------------|
| 3.1        | Randomisert kontrollert studie    | Iranstudien       | 29          |
| 3.2        | Tverrsnittstudie                  | Tverrsnittstudien | 35          |
| 3.3        | Grounded Theory – induktiv metode | GT-studien        | 36          |
| 3.4        | Meta-Analyse og Systematic Review | Meta-Analysen     | 28          |
| 3.5        | Randomisert kontrollert studie    | Finlandstudien    | 37          |
| 3.6        | Randomisert kontrollert studie    | POWER-studien     | 38          |

#### 3.1 Randomisert kontrollert studie

*”The impact of Training on women’s capabilities in Modifying Their Obesity-Related Dietary Behaviors: Applying Family-Centered Empowerment Model”* av Mataji Amirrood M. Et al. fra Urmia i Iran, 2013 (29). Studien undersøkte effekten av trening på overvektige kvinners evne til å kontrollere sine kostholdsvaner.

##### Metode

En randomisert kontrollert studie (RCT) med bruk av en familiesentrert empowermentmodell (29). En studie med pretest og posttest, utført på 90 kvinnelige deltakere med overvekt og fedme. Bekvemmelighetsutvelgelse ble brukt og deltakerne ble tilfeldig fordelt på en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Studien inkluderte deltakere i alderen 18-60 år som var gift, med KMI over 25 og som ikke var gravide. Deltakerne måtte være i stand til å lese og mulighet til å delta på empowerment-programmet. Ved oppstart ble datainnsamling gjort ved utfylling av spørreskjema om generell info (sivilstatus, jobb, alder etc.), et skjema om kostholdsvaner og et evalueringsskjema om empowerment som inneholdt spørsmål om bevissthet, holdning, Rosenbergs selvtillitsspørsmål og mestringstro knyttet til kostholdsvaner. Dette ble gjort for begge grupper. Intervensjonsgruppen fikk seks undervisningstimer i ernæring på 45 minutter per time. Deltakerne ble delt opp i grupper på 15 stk. per undervisningstime. Etter avsluttet undervisningsperiode ble det laget et hefte basert på diskusjonene og samtalene fra undervisningene, med informasjon til deltakernes familiemedlemmer. To måneder etter intervensjonsfasen ble en oppfølgingstest utført, der deltakerne i begge grupper fylte ut skjemaene om kostholdsvaner og empowerment på nytt. 10 eksperter med helse- ernæringsutdanning undersøkte spørreskjemaene for å vurdere validiteten av dem, og ved kalkulering av ”Cronbachs alpha” kom frem til at reliabiliteten på skjemaene var akseptable. Dataene fra studien ble analysert i SPSS, hvor gjennomsnitt, standardavvik, t-test, Chi og Fishers test ble brukt.

## Resultater

Studien baserer seg på 87 % av deltakerne (13 % ble borte/mistet) i pretestfasen (29). 42 personer i intervensjonsgruppen og 36 personer i kontrollgruppen. Alderen varierte fra 19 til 57 år og gjennomsnittlig KMI var  $29,28 \pm 3,6$  kg.m. 92,3 % av deltakerne var hjemmeværende husmødre, mens resterende hadde jobb. Det var ingen signifikant forskjell i utdanningsbakgrunn i de to gruppene. Scorene for kostholdsvaner i intervensjonsgruppen hadde økt fra  $7.4 \pm 2.11$  til  $9.95 \pm 2.41$  ( $p < 0.001$ ). Gode kostholdsvaner hadde økt fra 21,4 % til 61,9 % ( $p = 0,002$ ). Deltakernes gode evnenivå i intervensjonsgruppen hadde steget fra 23,8 % til 97,6% ( $p < 0,001$ ).

Studien konkluderte med at kunnskapsbasert intervensjon utført sammen med en familiesentrert empowermentmodell viste seg å ha god effekt på gifte kvinner (29).

## 3.2 Tverrsnittstudie

*”Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey”* av Ovaskainen M-L. Et al. utført i Finland, 2002 (35). Undersøkelsen så på om det fantes assosiasjoner mellom KMI og mestringsstro, inkludert måltidsmønster, helseatferd og utdanning.

### Metode

Deltakere ble trukket tilfeldig fra folkeregisteret, fra seks regioner i Finland i alderen 25-64 år, som resulterte i 11 944 deltakere (35). Aktuelle kandidater ble invitert til helseundersøkelse på det lokale helsesenteret. 60 % av mennene og 71 % av kvinnene møtte opp. Totalt antall deltakere ble 7784. Deltakerne ble tilsendt et spørreskjema i posten som inneholdt spørsmål om sosial bakgrunn, utdanning, fysisk aktivitet, røyking og alkoholinntak. De fikk også spørsmål om vurdering av mestringsstro. Målemetoden var basert på Schwarzers Health Action Process Approach. Noen av faktorene som ble mål var evne til å motstå fristelser som var skadelig for helsen og evne til å ha en sunn livsstil på tross av andre personers meninger. Skjemaene ble innlevert når de deltok på helseundersøkelsen, hvor høyde, vekt og KMI ble målt. Matinntak fra de tidligere 12 månedene ble registrert gjennom spørreskjema bestående av 48 ulike matvarer.

### Resultater

Gjennomsnittsalderen for mannlige deltakere var 46 år og 45 år for kvinnelige (35). 21 % av de mannlige deltakerne hadde fedme og 20 % av kvinnene hadde fedme ( $KMI > 30$ ), mens 11 % av mennene og 17 % av kvinnene oppfattet seg selv som fete. Det ble funnet seks matvaremønstre (eksempel: ”fast food (P1)”), og disse korrelerte med KMI og mestringsstro. De fant også at lav mestringsstro var assosiert med høyere KMI etter justering for alder, utdanning, spisemønster og helseatferd for begge kjønn. For kvinner fant de at høy score i ”fast food (P1)” og ”tradisjonell mat (P3)” var assosiert med høyere KMI.

I studien konkluderes det med at oppfattet mestringsstro forbedrer personlig motivasjon, evne til selvkontroll og empowerment (35).

### 3.3 Grounded theory

*"Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults"* av Leske S. et. al. utført i Australia, 2012 (36). Studiens formål var å identifisere egenskaper ved relasjoner som styrket pasienter til å gjøre livsstilsendringer.

#### Metode

En induktiv metode ble brukt for å lage en modell av forholdet mellom pasient og helsepersonell basert på perspektiver fra 21 personer med overvekt og fedme (36). Sju menn og 14 kvinner i alderen 24-69 år deltok. KMI hos deltakerne varierte fra 26 til 48. 21 intervjuer ble gjennomført, med en varighet fra 40 minutter til 2,5 time. Intervju ble utført tilstede med helsepersonellet eller over telefon. Intervjuene startet med spørsmål om kvaliteter som var viktige for å skape god relasjon til helsearbeideren, målsettinger de kunne være enige om og hvilke endringer de mest sannsynlig ville implementere. Dette bygget videre på informasjonsinnsamlingen, og fortsatte videre til ingen nye temaer dukket opp.

#### Resultater

Pasienter som var skeptiske til det de fikk foreskrevet basert på eksisterende kunnskap og erfaring, verdsatte helsepersonell som var villig og i stand til å godt begrunnet forklare hvorfor det skulle bli foreskrevet et spesifikt kosthold- eller treningsopplegg (36). Pasienter som beskrev seg selv som ikke psykisk sterke i intervjuet, var mer villige til å høre på en veileder som ikke var dømmende. Pasienter som manglet motivasjon identifiserte seg med helsepersonell som hadde tilnærmet lik kroppsvekt som dem, og så på de som troverdige og en kilde til inspirasjon. Gjennom samarbeid i helsesamtalen ble tillit skapt. Det medførte at pasientene styrket sin egen selvtillit, og helsepersonellet ga dem muligheten til å ta valg basert på ny informasjon. Nvivo 8.0 kvalitativ dataanalyse ble brukt til å kategorisere og organisere temaer som ble snakket om. Empowerment ble synlig hos pasienter som forhandlet målsetninger, tok eierskap til disse som et resultat og var i stand til å forstå nytten av endring. Pasienter ble gitt mulighet til å velge og ta eierskap til realistiske og meningsfylte målsetninger hvis de forstod årsakene til nødvendig livsstilsendring. Disse aspektene ved empowerment kom som et resultat av tillit gjennom relasjonsbygging, dannet på grunnlag av godt samarbeid.

Forskerne konkluderte med at pasientene ble styrket av en ideell match mellom pasientens og helsepersonellens egenskaper i ulike dimensjoner (36). Det førte til økt empowerment gjennom samarbeidsprosessen og tillit i relasjon til helsearbeideren.

### 3.4 Systematic Review og Meta-analyse

*"Effectiveness of Empowerment-Based Self-Management Interventions on Patients with Chronic Metabolic Diseases: A systematic review and Meta-Analysis"* av Chia-Chi K. Et al. fra Taiwan, 2014 (28). Studiens formål var å måle effekten av empowermentbaserte selvhjelpsintervensjoner (EBSMI) på pasienter med kronisk metabolske sykdommer.

#### Metode

En systematisk Review og en Meta-analyse ble utført (28). Fem elektroniske databaser ble brukt: Airiti Library, CINAHL, Cochrane Library, PubMed/MedLine og Index of Taiwan Periodical Literature System. Søkene ble gjort fra tidligste år som var tilgjengelig og frem til



oktober 2012. Randomiserte kontrollerte studier, kontrollerte studier og kvasi-eksperimentelle studier på effektiviteten av intervensjoner på pasienter med kroniske metabolske sykdommer ble inkludert. Studier som omfattet personer med kronisk metabolske sykdommer som metabolsk syndrom, diabetes mellitus, hypertensjon, hyperlipidemi eller fedme ble inkludert. Personer under 18 år ble ekskludert. Alle intervensjoner som baserte seg på empowerment og selvhjelp ble vurdert. Målinger ble utført på effekten av EBSMI på kunnskap, atferd, psykologiske eller fysiologiske utfall på pasienter med kroniske metabolske sykdommer. Hver enkelt studie ble vurdert av tre "reviewers" og ble tildelt en grad av gyldighet basert på Jadad skalaen. Ekstraherte data ble lagt inn og analysert ved hjelp av Review Manager 5.2.

## Resultater

19 studier ble vurdert (28). De fleste studiene viste at EBSMI forbedret pasientens hemoglobinnivå, midjeomkrets og empowermentnivå. Fire av studiene sammenlignet effekten av kroppsvekt og KMI, men totalt var ikke effekten signifikant i disse studiene. Fem studier sammenlignet effekten av mestringsstro, hvor fire av de indikerte signifikant økning. Den totale effekten på mestringsstro ble ikke sammenlignet fordi studiene brukte ulike målemetoder.

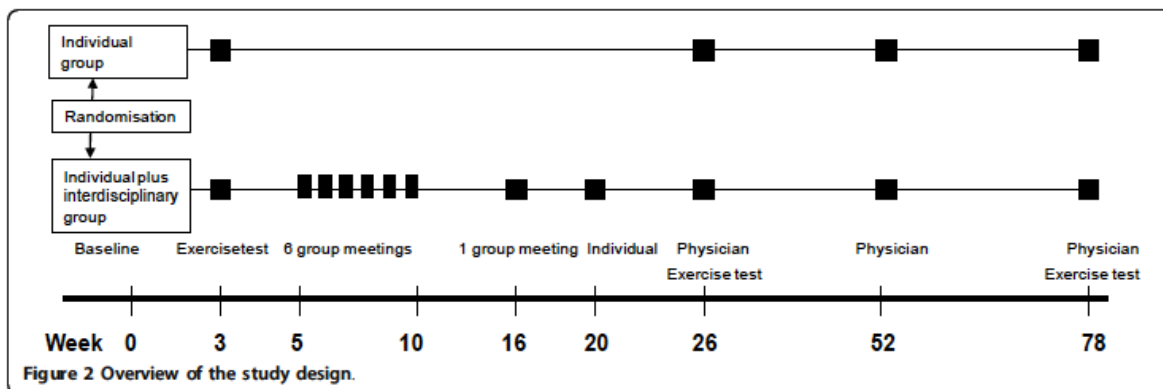
Meta-analysen konkluderte med at EBSMI hadde større og lengre effekt enn tradisjonell undervisning eller selvhjelpsprogram uten empowermentbasert intervensjon (28). På grunnlag av funnene tror de at pasientene har potensialet til å løse problemene sine så fremt de er selvbevisste på sine egne problemer, vet hvordan de skal søke og utnytte ressursene for å overkomme hindringer i håndteringen av sykdom, samt oppnå mestringsstro gjennom bruk av empowerment.

### 3.5 Randomisert kontrollert studie

*"Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus – results from a randomised, controlled trial"* Nilsen V. et al. utført i Finland, 2011 (37). Studien hadde som mål å undersøke effekten av individuell livsstilsopplegg gitt av en lege og sammenligne dette med samme livsstilsopplegg kombinert med en gruppeundervisning som var overførbart til det daglige liv.

#### Metode

213 deltakere ble inkludert i studien og randomisert til intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (inkludjonsrate på >91%) (37). En randomisert kontrollert studie med 18 måneders oppfølging ble brukt for å vurdere effekten av individuelt livsstilsopplegg av en lege hver sjettede måned, med fokus på kosthold og fysisk aktivitet (IG gruppen). Dette ble sammenlignet med den andre gruppen som fikk individuelt livsstilsopplegg av en lege kombinert med gruppeundervisning (IIG gruppen) som ble gitt over 16 uker (figur 3.). Utfall ble målt gjennom endring i livsstil målt i vektnedgang på 5 % eller mer. VO2 maks ble brukt som mål på forbedring i treningskapasitet, og forbedringer i kostholdet ble målt med "Smart Diet Score". "Finnish Diabetes Risk score (FINDRISC)" ble brukt for å identifisere personer med høy risiko for diabetes type 2. Midjeomkrets, KMI, alder, medisin mot høyt blodtrykk, aktivitet, historie med høy blodglukose og daglig inntak av frukt og grønnsaker ble vurdert. Denne metoden ble vurdert til å være den beste metoden tilgjengelig for kliniske undersøkelser.



Figur 3. Oversikt over studiens design og varighet (37).

## Resultater

Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 46 år og gjennomsnittlig KMI var 37 (37). 182 av disse kom på oppfølgingskonsultasjonen (15 % frafall). Det ble ikke avdekket noen signifikante forskjeller i livsstilsfaktorer mellom de to gruppene. Resultatene ble derfor presentert samlet. Den største effekten fikk de på endring av kostholdet. 78 % av deltakerne som hadde usunt kosthold ved oppstart, hadde ikke lenger det. Det ble funnet en gjennomsnittlig økning i maksimal aerob kapasitet på 9 % etter 6 måneder, som holdt seg stabilt etter dette. En tredjedel av deltakerne forbedret sin aerobe kapasitet til et nivå som gav bedret helse. En tredjedel av deltakerne hadde en vektreduksjon på mer enn 5 %, mens en tredjedel hadde mindre enn 5 % og den siste tredjedelen gikk opp i vekt.

Studien konkluderte med at det er mulig å oppnå livsstilsendringer blant personer med risiko for å utvikle diabetes type 2 med moderate livsstilsendringer (37). De fant at gruppeintervensjoner ikke hadde noen ytterligere effekt. Med det lave frafallet mente de resultatene ville være overførbare til normale kliniske situasjoner.

### 3.6 Randomisert kontrollert studie

”The Impact of a Workplace-Based Weight Loss Program on Work-Related Outcomes in Overweight Male Shift Workers” av Morgan P.J. et al. utført i Australia, 2012 (38). Studien ønsket å evaluere effekten av et vektreduksjonsprogram for mannlige skiftarbeidere knyttet til ulike jobbrelaterte livsstilsfaktorer.

#### Metode

En prospektiv randomisert kontrollert studie (38). 110 menn med overvekt og fedme deltok ved oppstart og ble randomisert etter skiftgruppe til intervensjon- eller kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen ble satt på Workplace POWER programmet, og kontrollgruppen bestod av en 14 ukers vente-liste. POWER var forkortelse for ”Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit”. Workplace POWER programmet bestod av fire komponenter:

- En individuell informasjonssamtale på 75 minutter for å gi grunnleggende kunnskap om å gå ned i vekt.
- En nettside for studien hvor mennene ble bedt om å rapportere vekten sin en gang i uken, sende inn daglig kostholds- og treningsdagbok og motta tilbakemelding på dette.

- Håndbok for vektreduksjon, en brukerveiledning til nettsiden og et pedometer (YamaxSW200).
- Gruppebaserte insentiver bestående av 50 dollars gavekort til hver enkelt medlem i skiftgruppen til bruk i en sportsbutikk. Gavekortene gikk til den skiftgruppen med høyest gjennomsnittlig prosentvis vektnedgang etter 1 måned og ved slutten av programmet. Det ble hentet informasjon om blant annet søvn, livskvalitet, ulykker/skader på jobb og fravær.

## **Resultater**

Det var ingen signifikante forskjeller i score for noen av variablene mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ved oppstart (38). Ved oppfølgingen etter 14 uker var det signifikant behandlingseffekt i vektendring ( $p < 0.001$ ), med en gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene på 4,4 kg. På oppfølgingen hadde signifikant flere deltakere i intervensjonsgruppen mistet mer enn 5 % av startvekten sammenlignet med kontrollgruppen (0%).

Studien konkluderte med at et vektreduksjonsprogram som oppnådde klinisk betydelige vekttap hos overvektige og fete mannlige skiftarbeidere, resulterte i økt livskvalitet og arbeidsproduktivitet, samt redusert fravær og skader på arbeidsplassen (38).

## 4. Diskusjon

### 4.1 Oppsummering

På bakgrunn av resultatene i denne litteraturstudien, vil jeg si det er få studier fra nyere tid som undersøker bruk av empowerment i behandling av overvektige individer. Mange studier som omhandler empowerment har imidlertid blitt utført på personer med diabetes type 2. Jeg tenker at det er lærdom å hente fra disse studiene, men for å kunne minske forekomsten og utbredelsen av overvekt på et tidligere stadium, er det viktig å vite i større grad hvordan overvektige personer uten ytterligere sykdom kan øke sitt empowerment nivå. Slik at de i større grad kan lykkes med en vektreduksjon. I mange situasjoner vil kommunikasjon mellom helsearbeider være en nøkkelfaktor (36).

I de inkluderte studiene ble empowerment brukt i større eller mindre grad, eller de tok sikte på å undersøke nærliggende faktorer som påvirket livsstilsfaktorer som kan være sentrale ved en vektreduksjon. Empowerment har vist seg å være en krevende metode og det vil ofte være behov for å gjennomføre slike intervensjoner med fokus på enkeltindividets utvikling, noe som gjør at varigheten ved slike behandlingsmetoder eller intervensjoner kan bli lang (37).

### 4.2 Forklaring og vurdering av resultatene

*Iranstudien* konkluderte med at kunnskapsbaserte intervensjoner utført sammen med en familiesentrert empowermentmodell, viste seg å ha god effekt på gifte kvinner når det gjaldt å kontrollere kostholdsvaner (29). Det som var viktig å merke seg ved denne studien, var at 92,3 % var hjemmeværende husmødre, men det var ingen forskjell i utdanningsnivå blant hjemmeværende og arbeidstakere. Resultatene fra denne studien var derfor etter min mening mindre overførbare til andre områder i verden, f.eks. Skandinavia, hvor menn og kvinner i større grad er likestilte. Siden majoriteten av disse kvinnene var hjemmeværende, ville måten de levde på kunne være noe mer isolert enn kvinner som jobber og i større grad tar del i samfunnet. De gode resultatene kunne være et resultat av at de hadde fått informasjon som var ny for dem, men som var kjent kunnskap i samfunnet forøvrig.

*Tverrsnittstudien* fant at lav mestringsstro var assosiert med høyere KMI for begge kjønn (35). De konkluderte med at oppfattet mestringsstro forbedret personlig motivasjon, evne til selvkontroll og empowerment. Det som fanget oppmerksomheten min var at kun halvparten av de som hadde KMI over 30, oppfattet seg selv som fete. Dette kunne indikere at mange av deltakerne ikke hadde nok selvvinnsikt til å forstå hvilken helsetilstand de var i. I en helsesamtale kan det for mange med overvekt og fedme være viktig å få økt selvvinnsikt, for at de skal forstå alvoret i situasjonen sin. Sammen med økning av mestringsstro kan det ha en viktig påvirkning på psykologiske faktorer, som kan bidra til å tilrettelegge for mestrings av en vektnedgang.

*GT-studien* konkluderte med at pasientene ble styrket av en god forbindelse mellom pasientens og helsearbeiderens egenskaper på ulike nivåer (36). Tillit og godt samarbeid var viktig for å øke empowermentnivået hos pasientene. Mange psykologiske faktorer spilte m.a.o. inn om hvorvidt helsearbeideren nådde gjennom til pasienten, og jeg tenker at dette er viktig i samtalen med individet. Det å kartlegge eksisterende kunnskapsnivå, motivasjon og selvbilde vil være sentralt for å kunne nå inn til pasienten som befinner seg i en sårbar situasjon, og på den måten oppnå tillit. Steg for steg kan pasienten bygges opp til et nivå der det er hensiktsmessig å finne målsetninger som kan styrke mulighetene for en vektnedgang.

*Meta-analysen* fant at empowermentbaserte selvhjelpsintervensjoner forbedret pasientenes hemoglobinnivå, midjeomkrets og empowermentnivå (28). I tillegg indikerte fire studier en økning i mestringsstro. Resultatene i denne Meta-analysen tyder på at det tas i bruk mange ulike intervensjonsmetoder for å øke pasienters empowermentnivå, og at det derfor er vanskelig å tydelig fastslå hva som kan ha beviselig god effekt. I følge studien har selvhjelpsintervensjoner som ikke er basert på empowerment mindre effekt. Etter min mening vil det derfor i de fleste behandlingssituasjoner av overvektige være sentralt å bruke empowermentbaserte metoder, sammen med eventuelle spesifikke tiltak som pasienten og helsearbeideren blir enige om.

*Finlandstudien* konkluderte med at det er mulig å oppnå livsstilsendringer for personer med risiko for å utvikle diabetes type 2 (37). Individuell oppfølging over lengre tid (18 mnd.) kunne ha effekt, men bruk av gruppeundervisning i tillegg hadde nødvendigvis ikke noen ytterligere effekt. Det kunne være et resultat av at undersøkelsen ikke ble utført på et stort nok antall deltakere. Andre faktorer som kunne spille en rolle var hvor god oppfølging de fikk av helsepersonellet. Dersom oppfølgingen var tilstrekkelig, noe resultatene tyder på, kan det hende at gruppetimene som ble gitt over 16 uker ikke ga ekstra utbytte for deltakerne. Da kan det stilles spørsmål ved om det skulle ha vært større forskjell på hvilken type oppfølging de fikk. Slik kunne det avdekkes hva som var det beste for deltakernes mulighet til å endre livsstil og gå ned i vekt. I en slik setting hvor begge grupper fikk individuell oppfølging, tenker jeg at gruppeundervisningen kanskje kunne ha en sosial effekt for deltakerne i denne gruppen selv om det ikke var utslagsgivende i livsstilsfaktorer. Dersom intervensjonen ble utført med én gruppe bestående av individuell oppfølging og én gruppe med kun gruppeundervisning, tenker jeg resultatene kunne sett annerledes ut. Fordi i en individuell samtale får pasienten mulighet til å dele erfaringer og får tilpasset behandlingen i større grad, som øker sjansene for mestringsstro. Individuell samtale vil også i større grad kunne gi godt samarbeid og økt tillit (27). Jeg tenker at et undervisningsopplegg likevel kan ha nytte for personer med svært lavt kunnskapsnivå om livsstilsvaner og som behøver å gå ned i vekt, slik som Iranstudien indikerte (29). Dette kan sette i gang tankemønstre som er ukjente for dem, og bidra til økt mestringsstro. Den informasjonen de blir gitt kan også bli forstått på en bedre måte.

*POWER-studien* konkluderte med at et vektreduksjonsprogram som ga betydelig vekttap hos overvektige mannlige skiftarbeidere, resulterte i bedre livskvalitet og arbeidsproduktivitet (38). Intervensjonen ga også redusert fravær og skader på arbeidsplassen. Skiftarbeiderne fikk grunnleggende kunnskap, registrerte sine vaner og fikk tilbakemelding på dette. Jeg tror at registrering av kosthold og trening førte til at arbeiderne følte seg mer forpliktet, og dette kunne bidra til økt innsikt i egne vaner. Med tilbakemelding fra helsepersonell fikk de sannsynligvis god veiledning til å videre gjøre riktige valg for sin vektreduksjon, og dette tror jeg er en viktig faktor som tilrettelegger for vektreduksjon. Det at de var en del av en gruppe man omgås daglig, kan også være en påvirkende faktor og de nye vanene individene gradvis utvikler ”smitter” over på de andre i sosiale settinger. Ytre motivasjonsfaktorer som gavekort kunne være greit å bruke i noen tilfeller for å vekke interesse for noe som kunne virke uinteressant. For at disse personene skulle få en langvarig effekt av en vektreduksjon, er det etter min mening viktig å fokusere på de elementene som øker pasientenes indre motivasjon og mestringsstro (23). Den ytre motivasjonsfaktoren kunne dermed gi et skjevt resultat, og sjansen for å falle tilbake i gamle vaner kan være større.

### **4.3 Viktigste funn**

Iranstudien, GT-studien og POWER-studien hadde intervensjoner som inkluderte metoder for å gi kunnskap til deltakerne (28, 35, 37). Disse studiene fikk også resultater som ga vektreduksjon eller økning i faktorer som gode kostholdsvaner, evnenivå og mestringstro. Jeg tenker at de gjennom økt kunnskapsnivå kan lære seg å bruke de psykologiske verktøyene i større grad og bli styrket i jobben med å redusere kroppsvekten. Selvhjelp i Meta-analysen

Det å bygge opp sin egen mestringstro gjennom økt empowerment kan være viktig for å unngå overvekt, siden lav mestringstro er knyttet til høy KMI (35). Det kan gjøres ved å hjelpe personer til selvhjelp (28). Slik kan overvektige i større grad følge opp de atferdsrådene de blir gitt og opprettholde de nye vanene.

Finland-studien ga resultater når det gjelder bedring i kosthold, økning i aerob kapasitet og vektreduksjon (37). Jeg tenker at den lange oppfølgingstiden kunne være avgjørende for resultatene, da faren for tilbakefall blir redusert gjennom oppfølging av legen. Etter min mening kan en lang oppfølging derfor være fordelaktig for pasienter som har lett for å falle tilbake i gamle vaner og har vanskelig for å øke sitt empowermentnivå eller sin mestringstro.

GT-studien viste at forholdet mellom helsearbeider og pasient er sentralt for å kunne få tillit og tiltro (36). Jeg tenker at på den måten kan helsepersonellet bruke den kunnskapen de besitter på en måte som styrker pasientens empowerment. Det å kunne identifisere seg med helsearbeideren på noen aspekter, hadde også tydelig verdi i samtalen.

### **4.4 Dagens forskningsgrunnlag**

Dagens forskningsgrunnlag har blitt større og bedre hva gjelder kunnskap om empowerment og vektreduksjon, men jeg tenker det fortsatt er en vei å gå når det kommer til anvendbar kunnskap som kan hjelpe overvektige individer til å mestre en vektnedgang. I litteratursøket fant jeg mange studier gjort på barn og unge, og denne kunnskapen kan også brukes til å bedre behandlingstilbudet i den voksne befolkningen. Det har blitt satt i gang mer forskning på empowerment hos overvektige personer i nyere tid (39). Forskere fra Italia publiserte i 2013 en studieprotokoll for en pilotstudie til en RCT, og skulle utføres på overvektige personer. De ville med denne studien evaluere effekten av "self-empowerment" i gruppebehandling på overvektige pasienter. Resultatene fra pilotstudien er enda ikke klar, men etter min mening er det positivt at det i de senere år har fått økt fokus og utføres større undersøkelser om overvekt og empowerment.

## 5. Konklusjon

*Individuelle helsesamtaler* hvor pasienten befinner seg i sentrum, med tilpasset varighet kan ha effekt (36, 37). Samtalene forutsetter et åpent forhold mellom helsepersonell og pasient bygget på gjensidig tillit. Det skaper mottagelighet for ny informasjon. I samtalen vil økt mestringstro øke motivasjon og evne til selvkontroll (35). Det gir mulighet for å ta eierskap til realistiske og meningsfulle mål, noe som kan gi pasientene økt empowermentnivå. Varigheten på en slik oppfølging vil variere veldig fra individ til individ, med bakgrunn i hvor pasienten befinner seg i endringsprosessen og hvor stor grad av empowerment pasienten føler for å kunne fortsette på egenhånd (28).

*Kunnskapsopplysning* til pasienten og dens familie, i form av brosjyrer og annet lesestoff som omhandler hvordan endre kostholdsvaner og gå ned i vekt (38). Informasjon bidrar til at de kan ta nye valg, noe som gir økt selvtillit. Riktig tidspunkt og behov er viktige prinsipper når dette skal tas i bruk. For enkeltindivider med lavt kunnskapsnivå om ernæring og fysisk aktivitet kan det være et godt verktøy å implementere gruppeundervisning (37).

*Registrering av livsstilsvaner* i dagbok eller online med tilbakemeldinger fra helsepersonell kan øke innsikt og kontroll over egen atferd når det gjelder vektreduksjon (38). Et pedometer kan også være en metode som bidrar til økt kontroll og motivasjon.

En kombinasjon av gjentatte individuelle samtaler, informasjonsopplysning og registrering av livsstilsvaner, kan gi økt nivå av empowerment og kan bidra til vektreduksjon hos individer som lider av overvekt.

## Referanseliste

1. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i befolkningen. Oslo: FHI; 2014.
2. Olje- og energidepartementet. Norsk oljehistorie på 5 minutter [Internet]. Regjeringen.no. 2016 [cited 2016 Apr 17]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/energi/olje-og-gass/norsk-oljehistorie-pa-5-minutter/id440538/>
3. Krokstad S, S. Knudsen M. Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1, HUN2, HUNT 3. [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 17]. Available from: <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>
4. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Rapport IS-2170. [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 17]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
5. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2003.
6. Folkehelseinstituttet. Om overvekt og fedme - Folkehelse rapporten 2014 - FHI [Internet]. [cited 2016 Apr 12]. Available from: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8907&Content\\_7242=7244:110553::0:7243:6::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110553::0:7243:6::0:0)
7. Taylor SE. Health psychology. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2009.
8. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, Littlejohns P, Prevost AT, Gulliford MC. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. *Am J Public Health*. 2015;105(9):e54–9.
9. Helsedirektoratet. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
10. Antonovsky A. Sense of coherence. A historical and future perspective. *Isr J.: Med.Sci*; 1996.
11. Lønne A. Salutogenese. In: Store medisinske leksikon [Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 17]. Available from: <http://sml.snl.no/salutogenese>
12. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. 255 p.
13. Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskr - Tidsskr Den Nor Legeforening*. 2000;120:2330.
14. Talset. Empowerment - egenkraftmobilisering. [Internet]. 2000 [cited 2016 Apr 28]. Available from: <http://www.selvhjelp.no/filestore/Empowerment.pdf>
15. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
16. Stevenson HM, Burke M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Health Promot Int*. 1991;(6 (4)):281–9.



17. Mitcheson J, Cowley S. Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *Int J Nurs Stud.* 40(4):413–26.
18. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991 Mar;16(3):354–61.
19. Thesen J, Malterud K. Empowerment» og pasientstyrking–et undervisningsopplegg. *Tidsskr La Egeforen.* 2001;121(13):1624–8.
20. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot AJHP.* 1992 Feb;6(3):197–205.
21. Stang I. Makt och bemyndigelse: om å ta pasient- og brukerudvikling på alvor. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
22. Kieffer CH. Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. *Prev Hum Serv.* 1984 May 7;3(2-3):9–36.
23. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
24. Ewart CK, Stewart KJ, Gillilan RE, Kelemen MH. Self-efficacy mediates strength gains during circuit weight training in men with coronary artery disease: *Med Sci Sports Exerc.* 1986 Oct;18(5):531–540.
25. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983 Jun;51(3):390–5.
26. O’Connell D, Velicer WF. A decisional balance measure and the stages of change model for weight loss. *Int J Addict.* 1988 Jul;23(7):729–50.
27. Barth T, Näsholm C. Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
28. Kuo C-C, Lin C-C, Tsai F-M. Effectiveness of empowerment-based self-management interventions on patients with chronic metabolic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2014 Oct;11(5):301–15.
29. Mataji Amirrood M, Taghdisi MH, Shidfar F, Gohari MR. The Impact of Training on Women’s Capabilities in Modifying Their Obesity-Related Dietary Behaviors: Applying Family-Centered Empowerment Model. *J Res Health Sci.* 2013 Jan 12;14(1):76–81.
30. Aalen OO. Statistiske metoder i medisin og helsefag: Odd O. Aalen (red.). Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
32. Helsebiblioteket.no. Hva betyr «publiseringsnivåer»? [Internet]. [cited 2016 Apr 11]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsniv%C3%A5er>

33. Kvalitative vurderinger | Søk & Skriv [Internet]. [cited 2016 Apr 11]. Available from: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/>
34. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger [Internet]. Tidsskriftet.no - Tidsskrift for Den norske legeforening. [cited 2016 Apr 18]. Available from: <http://tidsskriftet.no/article/618649>
35. Ovaskainen M-L, Tapanainen H, Laatikainen T, Männistö S, Heinonen H, Vartiainen E. Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. *Scand J Public Health*. 2015 Mar 1;43(2):197–203.
36. Leske S, Strodl E, Hou X-Y. Patient–practitioner relationships desired by overweight/obese adults. *Patient Educ Couns*. 2012 Nov;89(2):309–15.
37. Nilsen V, Bakke PS, Gallefoss F. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomised, controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:893.
38. Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, Cook AT, Berthon B, Mitchell S, et al. The Impact of a Workplace-Based Weight Loss Program on Work-Related Outcomes in Overweight Male Shift Workers: *J Occup Environ Med*. 2012 Feb;54(2):122–7.
39. Struzzo P, Fumato R, Tillati S, Cacitti A, Gangi F, Stefani A, et al. Individual empowerment in overweight and obese patients: a study protocol. *BMJ Open*. 2013 May 14;3(5):e002669–e002669.

# Vedlegg 1



## Bekreftelse/ skrive oppgave individuelt

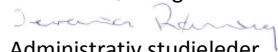
|           |  |
|-----------|--|
| Studium:  | Bachelor i Friskliv og lokalt folkehelsearbeid |
| Emnenavn: | VF 200 Bacheloroppgave                         |
| Tid:      | Vår 2016                                       |
| Student:  | 101737   |

Bekrefter med dette at studentnummer: **101737** har fått innvilget å skrive bacheloroppgave i **VF 200** individuelt. Dette med bakgrunn i søknad fra student.

Student må legge ved en kopi av denne bekreftelsen til alle eksemplarer av besvarelsen ved innleveringer. Dette gjelder bacheloroppgaven.

Norges Helsehøyskolen, 24. september 2015

Veronica Rønning

  
Administrativ studieleder  
Norges Helsehøyskole

