



Sykepleie til pasienter med diabetes type- 2

Hvordan kan hjemmesykepleier hjelpe brukere med diabetes type 2 til å mestre livsstilsendringene som følge av sykdommen?

Bacheloroppgave i sykepleie

Avdeling for sykepleieutdanning

Diakonhjemmet Høgskole

Kull:12 SYKDEL

Kandidatnummer: 124

Antall ord: 10812

Innleveringsdato – 24/09-2015

Sammendrag

Denne oppgaven forsøker å vise hvordan hjemmesykepleier kan hjelpe brukere med diabetes type- 2 til å mestre livsstilsendringene følge av sykdommen. I tillegg har oppgaven som formål å øke min faglige kompetanse på området. Oppgaven er kvalitativ metode og litteraturstudie som baserer seg på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Litteraturen som er anvendt beskriver velkjente teorier om diabetes type- 2, livsstilsendringer, kosthold, aktivitet, sykepleierens rolle og egenomsorg i dette arbeidet. Jeg har tatt for meg forskning om egenomsorg, motivasjon, veiledning, brukermedvirkning og mestring hos type- 2 diabetikere, hvor funnene indikerer bedre behandlingsmål for denne pasientgruppen. Oppgaven konkluderer med at forskningsresultater og litteratur viser at de metodene sykepleiere anvender for å hjelpe til å mestre livsstilsendringer hos brukere med diabetes type- 2, har en direkte innvirkning på egenmotivasjonen til brukere, slik at de selv kan mestre livsstilsendringer.

Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	6
1.4 Definisjon av begreper	7
1.5 Oppgavens oppbygging.....	8
2.0 Teori	9
2.1 Diabetes mellitus type 2	9
2.2 Komplikasjoner	10
2.3 Behandling	10
2.3.1 Kostens betydning ved diabetes type 2	10
2.3.2 Fysisk aktivitets betydning ved diabetes type2	11
2.4 Livsstilsendring	12
2.5 Mestring	13
2.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon	13
2.7 Orems egenomsorgsteori.....	14
2.7.1 Egenomsorg.....	15
2.7.2 Egenomsorgssvikt	16
2.7.3 Sykepleiesystemer	17
3.0 Metode.....	18
3.1 Valg av litteratur.....	18
3.2 Litteratursøk	18
3.3 Kildekritikk	19
4.0 Presentasjon av funn.....	20
4.1 Artikkel 1.....	20

4.2	Artikkel 2.....	20
4.3	Artikkel 3	21
4.4	Artikkel 4	22
4.5	Analyse av funn.....	23
4.6	Oppsummering av funn.....	23
5.0	Drøfting	24
5.1	Egenomsorg og mestring.....	24
5.2	Motivasjon til egeninnsats.....	27
5.3	Individuell veiledning	29
5.4	Brukermedvirkning og Empowerment.....	32
5.5	Mangel på kunnskap, tid og empati	34
6.0	Konklusjon	36
7,0	Litteratur.....	37
	Vedlegg	42

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Antall personer med diabetes type 2 i Norge har firedoblet i løpet av de siste 50 årene. I dag har omlag 350 000 personer diabetes type 2. Det er cirka 6000-7000 nordmenn som får diagnosen hvert år. Halvparten av nordmenn er ikke klar over sin tilstand (Diabetes forbundet: 2015). Type 2 diabetes rammer som oftest eldre, og har tidligere blitt omtalt som «aldersdiabetes» (Mosand og Stubberud, 2010:509). Det er en livsstilssykdom, og derfor er det viktig å endre livsstilen for å unngå komplikasjoner og sen komplikasjoner. Man kan unngå dette hvis man oppdager og får behandling tidlig (Diabetes forbundet: 2015).

Diabetes type 2 er den mest utbredte kroniske sykdommen i Norge. Samhandlingsformen ønsker mer behandling i hjemmet. Det betyr at pasienter kommer fort hjem fra sykehuset, og får oppfølging fra hjemmesykepleien. Dette fører til at en større gruppe pasienter i hjemmene vil være avhengig av hjemmesykepleien. For å opprettholde god helse hos disse pasientene kreves det god kompetanse i hjemmesykepleien. Halvparten av eldre pasienter som bor hjemme trenger hjelp til å mestre sykdommen. På grunnlag av dette, ønsker jeg å ha fokus på hvilke kunnskaper som er nødvendig for sykepleieren i møte med disse pasientene, og belyse viktigheten av tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi pasienten et så godt utgangspunkt som mulig for mestring av sykdommen og de endringene som kreves.

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i over ti år og har i ulike praksissituasjoner vært i kontakt med personer som har hatt diabetes type 2. Jeg har opplevd at eldre pasienter har vanskelig for å følge opp sykdommen. Det er bedre for pasienten å bli undervist i egenbehandling i sitt eget hjem etter sykehusopphold, fordi pasienten er i sine vante omgivelser. Jeg tror det er sannsynlig at det er et behov for bedre sykepleiekompetanse på hvordan dette kan gjennomføres på en tilfredsstillende måte for både pasienten og hjemmesykepleier. Jeg mener derfor at det er viktig å øke sykepleierens kunnskap og forståelse på dette området, slik at de forstår bedre hvordan den enkelte takler å ha fått diabetes, og hjelpe til å mestre de utfordringene med å leve med sykdommen. Jeg mener at det er viktig å se et behov for økt bevisstgjøring når det gjelder hjelp til å endre livsstil hos brukere med diabetes type 2, fordi det er interessant å se hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre i det daglige for å ivareta egen helse. Dette er bakgrunnen for at jeg i denne oppgaven ønsket å fordype meg i dette temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen min er:

«Hvordan kan hjemmesykepleieren hjelpe brukere med diabetes type 2 til å mestre livsstilsendringene som følge av sykdommen?»

Mange eldre får rådgiving etter sykehusopphold, men det mangler videre oppfølging i dagliglivet. Sykepleierne kommer som regel først inn i hjemmesykepleien hos diabetespasientene etter at de har fått senkomplikasjoner. Derfor er det viktig å se på hvordan sykepleier kan jobbe for å fremme livsstilsendringer i hjemmesykepleien. Gjennom denne oppgaven vil jeg opparbeide meg kunnskap som jeg kan dra nytte av i en senere anledning. Derfor har jeg valgt å skrive om diabetes i min bacheloroppgave.

Det vil være viktig at sykepleier formidler, og bruker kunnskapene sine på en måte som styrker pasientens kunnskap om sin egen sykdom. Hensikten med oppgaven er å finne ut mer om hvordan sykepleier kan hjelpe en person med ny diagnostisert diabetes til å gjøre endringer i forhold til kosthold og aktivitet, slik at brukeren kan leve med sykdommen. Formålet med denne oppgaven er å styrke min egen faglige og personlige kompetanse, slik at jeg kan hjelpe pasienter med å mestre livsstilsendringene som følge av sykdommen.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på hjemmeboende brukere med en nyoppdaget diabetes type 2, som trenger hjelp av hjemmesykepleien. Jeg avgrensner målgruppen der brukerne er over 50 år, og har fått diagnosen på bakgrunn av sykdomsrelatert livsstil i form av feilernæring og inaktivitet. Derfor velger jeg å fokusere på kosthold og fysisk aktivitet ettersom overvekt ofte forekommer ved inaktivitet og uregulert kost. I oppgaven utelukker jeg brukere med kognitivsvikt og insulin-avhengig type 2-diabetikere.

Jeg avgrensner oppgaven til brukere som i større eller mindre grad har mulighet til å være fysisk aktive. I tillegg er det mange brukere med minoritetsbakgrunn i hjemmesykepleien. De har språkvansker og vil trenge tolk og dermed ikke omfattes i oppgaven.

Sykepleierne har en viktig rolle å arbeide med denne brukergruppen. Jeg ønsker å øke min kompetanse på dette området slik at jeg kan bidra til at brukere får en forutsetning til å oppleve å mestre sykdommen, slik vil de føle at sykdommen ikke styrer hele livet deres.

1.4 Definisjon av begreper

Bruker

Begrepet bruker gjelder en person som har behov for eller benytter helsetjenester (Kristofersen m.fl. 2011:318). Som bruker får man mer aktiv rolle enn som pasient. Anvendelse av brukerbegrepet i behandlingssammenheng, retter i større grad fokus på brukerens ressurser, som kunnskap og kompetanse, og skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten (Fjørtoft 2012:15).

Diabetes type 2

Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og tilstanden karakteriseres ved relativ insulinmangel på grunn av insulinresistens og tiltagende redusert insulinfrigjøring fra betacellene (Sagen 2011:19).

Mestring

Mestring kan betegnes som en ferdighet som kan læres, fordi det er en måte å tenke på og handle på som medfører endring av tidligere handlingsmønstre og styring av følelsesmessige energi (Karlsen 2011:228).

Livsstilsendring

Livstil er atferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet (Milio 1986, i Kristofersen 2011:199). Da blir livsstilsendring en endring i levevaner på tross av pasientens allerede eksisterende kunnskapsgrunnlag og verdier.

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdommen, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Helsehjelp er handlinger som forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

Målet er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft 2012:19). Begrepet hjemmesykepleier blir brukt når det er sykepleieren som yter tjenesten (Fjørtoft 2012:15).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks kapitler. Kapittel 1 er en innledning til selve oppgaven. Kapittel 2 presenterer teorien. Kapittel 3 beskriver metoden jeg har anvendt. Kapittel 4 beskriver funn i oppgaven. I kapittel 5 drøftes teori og forskning opp mot problemstillingen, og kapittel 6 er konklusjonen.

2.0 Teori

2.1 Diabetes mellitus type 2

Type 2- diabetes kjennetegnes ved nedsatt insulinfølsomhet i kombinasjon med redusert insulinsekresjon. Insulinresistens fører til at den biologiske virkningen av insulin reduseres, og kroppens evne til å omsette glukosetoleranse nedsettes (Iversen 2010:434). Ved diabetes type- 2 lager langerhanskeøyene for mye glukagon, slik at leveren produserer for mye glukose, og blodets glukoseinnhold vil stige. Den høye blodglukosen ved diabetes type- 2 skyldes derfor både et underskudd av insulin og et overskudd av glukagon. De fleste personer med diabetes type 2 har insulinresistens. Det betyr at insulinets effekt på muskel, lever og fettceller er nedsatt (Jenssen 2011:385). Personer har fremdeles insulinproduksjon, men insulinet virker for dårlig og det produseres for lite insulin i forholdet til behovet (diabetesforbundet: 2015).

Sykdommen utvikler seg ofte langsomt, og mange har hatt sykdommen i både måneder og år før den blir diagnostisert (Helsedirektoratet 2009, Jacobsen mfl. 2009 i Mosand og Stubberud 2010:509). Forekomsten av type 2- diabetes er høyest hos eldre. Den økende forekomsten skyldes blant annet økt levealder og bedre diagnostikk, økt inntak av fett og sukker og mangel på fysisk aktivitet. Denne livsstilen har ført til en økning i gjennomsnittsvekten hos både menn og kvinner. Derfor betegnes type 2- diabetes som en livsstilssykdom (Claudi mfl. 2010b, Helsedirektoratet 2009, Jacobsen mfl. 2009 i Mosand og Stubberud 2010:509).

Diabetes type 2 utvikler seg snikende og kan være vanskelig å diagnostisere, og se tydelige symptomer. Dette er spesielt problematisk hos eldre når alderdommen ofte endrer kroppen fysiologisk, og som gjør at symptomene blir skjult. Typiske symptomer er tretthet, svimmelhet, tiltaksløshet og depresjon, og dette gjenspeiler kroppens glukoseomsetning. Symptomer er sukker i urinen, urinveisinfeksjoner og generelt diffuse plager som for eksempel nedsatt allmenntilstand. Disse symptomene er ikke uvanlig hos eldre på grunn av de fysiologiske forandringene i kroppen, men diabetes kan ofte forveksles med dette, og forbli udiagnostisert. Hos eldre er også hyppig vannlatning og behovet for å late vann om nettene et typisk symptom som lett kan forveksles med det "å bli eldre". Hvis pasienter bruker legemidler som gir økt urinlatning, munntørrehet og tørste, er det lett å overse eventuelle symptomer på diabetes (Mosand og Stubberud 2010:511).

2.2 Komplikasjoner

Høy blodglukose disponerer mikrovaskulære komplikasjoner, det vil si forandringer i de små karene i nyrene (diabetesnefropati), øynene (retinopati) og nerveledningen (nevropati).

Karveggen fortykkes, blodkarene kan bli fortettet, og i tillegg stimulerer vekstfaktorer i det omkringliggende vevet til celledeling og fibrose i organet (Jenssen 2011:388).

Halvparten av pasientene har allerede hypertensjon når de får diagnosen type- 2 diabetes. I tillegg har mer enn halvparten av disse pasientene en risikabel lipidprofil som gjør at de er utsatt for makrovaskulære komplikasjoner (Jenssen 2011:388). De vanligste formene for makrovaskulære komplikasjoner skyldes aterosklerose i hjerte eller hjernekar, og i arteriene i foten. Aterosklerosen kan overtid gi iskemisk hjertesykdom, iskemisk hjernesykdom eller nedsatt sirkulasjon og gangren i foten (Jenssen 2011:389). Kardiovaskulær sykdom har inntil nå vært årsaken til dødsfall hos to tredjedeler av pasientene. Behandling av risikofaktorene vil senke forekomsten av kardiovaskulær sykdom hos personer med diabetes type- 2 (Jenssen 2011:388).

2.3 Behandling

Målet med behandlingen av diabetes er å unngå episoder med hypo- eller hyperglykemi, og hindre/ forsinke utvikling av senskader. Behandlingen er en tilrettelegging av levevanene for å holde blodglukosen, blodtrykket og lipidene under kontroll. Ved nyopplaget type 2- diabetes er tilpasning av kostholdet og endring i levevanene med mer fysisk aktivitet ofte tilstrekkelig for tilfredsstillende regulering av blodglukosen de første månedene eller årene (Jenssen 2011:387-388). Kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for og kunne leve godt med diabetes, og for å ha en god egenomsorg (Sagen 2011:38-39). Pasienter må få god undervisning, opplæring, oppfølging og kontroll (Helsedirektoratet 2009, Jacobsen mfl i Mosand og Stubberud 2010:511).

2.3.1 Kostens betydning ved diabetes type 2

Kostholdet har stor innvirkning på blodsukkeret. Dette forutsetter at mennesker med diabetes har kunnskap om kostholdet. De har problemer med lipider, hypertensjon og overvekt. Dette er viktige tilleggsfaktorer i kostrådene. Personer som får diabetes må legge om kostholdet, og må endre litt på sammensetningen og mengdene (Jenssen 2011:387-388). Kostrådgeving som

er i tråd med dagens standard tar større utgangspunkt i å ha mest mulig normal kost.

Forskjellen fra normal kost ligger i å etterstrebe et lavere sukker og fettinnhold i maten. Det vil si en kost med gunstig virkning på blodglukosereguleringen og fettomsetningen i kroppen (Mosand og Stubberud 2010:520). Det daglige energiinntaket fra karbohydrater bør bestå av langsomt nedbrytbare karbohydrater. Dette er fordi karbohydrater som brytes ned sakte, går langsomt over i blodet, og på den måten reduseres hastigheten på blodsukkerstigningen. Dette kombinert med fiberrik mat, som er ufordøyelige karbohydrater, reduserer ytterligere opptak av karbohydrater og gir gunstig effekt på blodsukkernivået (Mosand og Stubberud 2010:520). Aas (2011:126) beskriver at karbohydrater i en normal kost utgjør en stor del av måltider. Dette tilsier at det mest gunstige for en diabetiker er å spre måltidene utover dagen. Dette fører til en jevn tilføring av karbohydrater, i motsetning til få, men store tilføringer. Et måltidsmønster med fire til seks måltider per dag har hatt gode resultater på glukosenivået i blodet hos pasienter, ifølge studier som er gjort. Dette er også gunstig, sett i forhold til vektregulering.

Lavere fettinnhold i maten er også gunstig for diabetes. Dette er fordi stor fettinntak gir stort tilskudd av energigivende stoffer, og dermed en vektøkning. Vektøkningen kan igjen gi dårligere opptak av insulin. Det er likevel viktig å nevne at fett fra fet fisk, nøtter og vegetabiliske oljer er bra i normale mengder, på lik linje med at det også er bra for mennesker uten diabetes. Det er det mettede fettet som vi finner i blant annet kjøtt og ost, som bør reduseres i kosten (Mosand og Stubberud 2010:520).

Aas (2011:142-143) understreker også at kostregulering, spesielt hos eldre, ikke må gå på bekostning av et godt næringsinntak. Streng diabeteskost kan ikke forsvares hvis dette går direkte utover den enkeltes livskvalitet, og andre typer regulering av diabetes vil da være nødvendig, som for eksempel medikamentell behandling.

2.3.2 Fysisk aktivitets betydning ved diabetes type 2

Regelmessig fysisk aktivitet er grunnleggende i behandlingen av type-2 diabetes. Det øker insulinfølsomheten i muskulaturen, bidrar til bedre metabolsk kontroll, og reduserer behov for legemidler (Sagen 2011:40). I tillegg er det en viktig risikofaktor i forhold til hjerte- og karsykdommer som diabetes er disponibel for, men gir også stor risiko for fedme med

komplikasjoner dette medfører. Derfor kan det være en stor utfordring å motivere personer med diabetes type- 2 til å endre sine levevaner (Sagen 2011:147).

Sagen (2011:147) beskriver også at studier har vist at intensiv livsstilsbehandling med både kostomlegging og regelmessig fysisk aktivitet kan hindre eller forsinke utviklingen av type 2-diabetes hos risikopersoner. Ved behandling av overvekt er fysiskaktivitet en naturlig del. For å oppnå vektreduksjon, bør regelmessig fysisk aktivitet kombineres med kostomlegging for ønsket resultat. Livsstiltiltak i form av diett og regelmessig fysisk aktivitet hos type- 2 diabetikere, kan redusere dødeligheten til samme nivå som hos friske personer (Sagen 2011:152). Som nevnt tidligere har fysisk aktivitet mange gunstige effekter for en diabetiker, men det kan være vanskelig å motivere pasienter til livsstilsendring.

Aldringsprosessen, gener og andre sammenvirkende faktorer utsetter kroppen for en gradvis reduksjon av bevegelsesapparatet. Denne prosessen er individuelt betinget, men det kan skje med alle (Helbostad 2010:287). I tillegg beskriver Helbostad at økt muskelstyrke i bena vil gi bedre funksjon i føttene, noe som generelt kan forebygge funksjonssvikt gjennom at den eldre kommer seg rundt. Økt styrke kan oppnås ved øvelser eller treningsapparat (Helbostad 2010:294). Sagen (2011:152) beskriver at insulinfølsomheten hos eldre øker allerede etter første treningsøkt. Likevel kan den økte insulinvirkningen på skjelettmuskulaturen forsvinne i løpet av kort tid dersom personen ikke opprettholder aktivitetsnivået. Derfor er det viktig å vedlikeholde behandlingen. Fysisk aktivitet må individualiseres, og effekten av denne vil variere ut fra varighet, intensitet, samt fysiologiske betingelser. Denne behandlingen hos gamle mennesker er avhengig av hvor mobil de er, og må tilpasses individuelt.

2.4 Livsstilsendring

Livsstilsendring er første behandlingsvalg ved diabetes type- 2. Gjennom kostregulering og fysisk aktivitet tilstrebes det å stabilisere blodglukosen på et akseptabelt nivå (Iversen 2010:436). For å endre levevaner er det viktig å formidle informasjon om hvordan livsstilen innvirker på blodsukkerkontrollen. Fagpersoner må ha kjennskap til hver enkelt persons behov, kunnskapsnivå om sykdommen, behandlingen, hvilke forventninger den enkelte har til helsepersonell og hvilke evner vedkommende har til å forstå det som formidles. Det er krevende å endre levevaner, og det er mange hensyn som skal tas i forhold til blodsukkerkontroll (Aas 2011:139).

Det er en utfordring å motivere til kostendring, vektreduksjon og fysisk aktivitet (Sagen 2011: 39). Aas (2011:139) trekker inn viktigheten av motivasjon for å lykkes med endring av levevaner. I tillegg beskriver Aas (2011:140). at pasienter kan gjøre det selv, hvis levevaner skal endres. Pasienter må bevisstgjøres om konsekvenser av endring av levevaner gjennom veiledning for å hente styrke til å gjennomføre intervensjonen i seg selv. Det er spesielt tre livsstilsendringer som kosthold, fysisk aktivitet og fedme, som beskrives av Sagen (2011:154) og Aas (2011:139), Oftedal, bru og Karlsen (2011) sine tekster og artikler. Utfordringen er å finne en balanse mellom kosthold, fysisk aktivitet og opprettholdelse av den enkeltes livskvalitet i hverdagen (Iversen 2010:436).

2.5 Mestring

Den enkeltes mestringsevne kan bedres gjennom veiledning og læring. Personer med type- 2diabetes kan lære å mestre daglige krav knyttet til sykdom og behandling (Karlsen 2011:228). Å leve med diabetes kan være en stor påkjenning som ofte medfører stress. Diabetesrelatert stress kan påvirke evnen til egenomsorg, noe som vil gå utover blodsukkerkontrollen (Karlsen 2011: 216). Å endre atferd og evne til mestring av sykdommen kan være vanskelig og konfliktfylt for mange. Derfor må personen med diabetes være motivert for å mestre endringene som kreves (Karlsen 2011:218).

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen. Når en person strever med diabetesrelaterte utfordringer, settes evnen til å mestre på en usedvanlig stor prøve, fordi situasjonen kan oppleves belastende for den enkelte. Belastningen kan igjen oppleves som stress når personen vurderer det slik at krav knyttet til diabetes overskrider hans ressurser og truer vedkommendes velvære (Karlsen 2011:228). Mestring og evnen til å leve bra med diabetes er av betydning for velvære hos den enkelte med diabetes. Hvordan den enkelte med diabetes mestrer sin situasjon, vil dermed være avgjørende for hvilken livskvalitet de opplever (Karlsen 2011:229).

2.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon overfor pasienter kan innebære veiledning, undervisning, rådgiving, informasjon og instruksjon (Tveiten 2008:29). Undervisning og veiledning har til

hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning (Tveiten 2008:157).
Veiledningen kan foregå både individuell og i gruppe (Graue og Haugstvedt 2100:245).

Endringsfokusert rådgiving kan være en metode som kan brukes til å hjelpe brukere til å endre livsstil. Sykepleiere trenger kompetanse til å utføre sykepleie hos brukere, men noen av funnene viser at sykepleierne mangler nødvendig kompetanse til å hjelpe. Studien til Jansink m.fl. viser at det er viktig å motivere pasienter til livsstilsendringer, men sykepleierne manglet rådgivingsferdigheter, tilstrekkelig med tid og empati til å motivere pasienter til livsstilsendring. Studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010) viser at mange deltakere opplevde mangelfull informasjon om sykdommen og følgene av den. I tillegg sa de fleste deltakerne at de sjelden hadde mottatt praktisk støtte av helsepersonell.

Det er sykepleierens oppgave å kartlegge personens kostvaner og fysisk aktivitet før man igangsetter noen form for livsstilsintervensjon. Kostrådene må individualiseres etter type diabetes og graden av fysisk aktivitet (Sagen 2011:40). Det er et målrettet samarbeid mellom sykepleieren og pasienten for å ha felles forståelse slik at pasienten blir sett, hørt og tatt på alvor. Derfor bør sykepleieren ha grunnleggende ferdigheter (Karlsen 2011:222).

2.7 Orems egenomsorgsteori

Jeg har valgt å benytte meg av Orems egenomsorgsteori fordi hun i sin tenkning utdyper de midler og hensikter med egenomsorgshandlinger som mennesket må ha for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Orems teori er relevant for problemstillingen min fordi egenomsorg har en sentral plass i diabetesomsorgen og av stor betydning for brukere med diabetes. Jeg ønsker derfor å belyse Dorothea Orems egenomsorgstenkning og hennes teori om egenomsorgssvikt.

Orems egenomsorgsteori består av tre delteorier (Kristofersen 2011: 227-241)

- Egen omsorg
- Egenomsorgssvikt
- Sykepleiesystemer

2.7.1 Egenomsorg

Orem sier om egenomsorg:

«Egenomsorg er de handlinger som mennesker tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kristofersen 2011: 228).

Å ha egenomsorg og omsorg for andre er noe som ligger og læres i den kulturen og samfunnet man vokser opp i. Egenomsorg og omsorg er en målrettet aktivitet, og består av vaner og bevisste handlingsmønstre. Den har som hensikt å fremme normal funksjon, utvikling, helse og velvære både hos seg selv og andre. De er også målrettede når man skal oppfylle personens egenomsorgskrav (Kristofersen 2011: 228).

Orem deler egenomsorgskravene inn i tre kategorier (Kristofersen 2011: 230).

1. De universelle egenomsorgskravene er knyttet opp mot det mennesket må gjøre for å opprettholde menneskelig funksjon, de handlingene og mål som må til for å sikre helse og velvære.

Jeg nevner her noen av hennes egenomsorgsbehov som synes er relevante for min problemstilling:

1. Å opprettholde tilstrekkelig inntak av mat
2. Å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
3. Å motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære

Å opprettholde tilstrekkelig inntak av mat er viktig for å opprettholde stabilt blodsukker. Balanse mellom aktivitet og hvile spiller inn på hvordan blodsukkeret oppfører seg. Dette læres ved å måle blodsukkeret i forbindelse med disse aktivitetene. Ved diabetes type- 2 er det viktig å forbygge sykdommen slik at det ikke går ut over menneskelig liv, funksjon og velvære. Ubehandlet diabetes type- 2 kan føre til komplikasjoner og sen komplikasjoner.

2. De utviklingsmessige egenomsorgskravene er egenomsorgsbehovene som relateres til hvor individet befinner seg i livet, og hvor i utviklingen det er. Noen behov følger individets alder og utviklingstrinn som et uttrykk for de universelle egenomsorgsbehovene som skaper og opprettholder vilkår som fremmer liv og utvikling av funksjonen. Andre behov er knyttet til situasjoner som kan true den normale utviklingen. Tiltak tar sikte på å hindre skadelig utvikling eller forebygge negative konsekvenser av den situasjonen som er oppstått (Kristofersen 2011:231-232).

3. Helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov foreligger hos personer som er syke eller skade, deriblant personer med funksjonsbegrensninger og/eller tap. Forandringer i helsetilstand kan føre til at man må tilpasse seg en ny og varig endret livssituasjon, hvor man kan bli helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre, for å kunne ivareta god egenomsorg og tilfredsstillende egenomsorgskravene (Kristofersen 2011:232). I Orem's egenomsorgsteori er det i tillegg begrepene terapeutisk egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet.

Terapeutisk egenomsorgskrav er summen av de totale aktivitetene som må gjøres for å oppfylle et menneskets universelle og utviklingsmessige egenomsorgskrav som er knyttet til helsesvikt.

Her skiller Orem mellom egenomsorgsbehov og krav til handling. Til enhver tid og for hvert enkelt menneske må det dekkes forskjellige egenomsorgsbehov for at personen skal opprettholde eller gjenvinne sin normale funksjon, utvikling og helse. Nødvendige handlinger må utføres, enten av personen selv eller andre, for å oppfylle de målene som egenomsorgsbehovene beskriver (Kristofersen 2011: 232).

Egenomsorgskapasitet er personens evne til å identifisere de terapeutiske egenomsorgskrav, og ta beslutninger som kreves for å oppfylle kravene. Når de terapeutiske egenomsorgskravene er klarlagt, må en vurdere evnen hos personen til selv å møte kravene til handling. Egenomsorgskapasitet er den evnen personen har for å regulere behovet for omsorg og hjelp for å ivareta livsprosesser som opprettholder menneskelig funksjon og fremmer velvære (Kristofersen 2011:234).

2.7.2 Egenomsorgssvikt

Orem sier at i visse situasjoner, slik som endringer i omgivelsene og egen helsetilstand, vil det kunne oppstå nye egenomsorgskrav som må innfris for at egenomsorgen skal være optimal. Videre hevder Orem at mennesket i stor grad er i stand til å identifisere disse kravene og deretter tilpasse sine handlinger etter dette. Hvis det oppstår ubalanse eller et misforhold mellom kravene om handling og evnen til å utføre disse handlingene, foreligger det en egenomsorgssvikt. Ved alvorlig helsesvikt kreves en særlig kompetanse for at en skal kunne ivareta de økte og nye egenomsorgskravene. I forbindelse med dette vil det være nødvendig med hjelp i form av sykepleie (Kristofersen 2011:234).

2.7.3 Sykepleiesystemer

Teorien om sykepleiesystemene beskriver hvordan sykepleiers tilrettelegging av sykepleien avhenger av hvor stor svikten i egenomsorgsevnen er. Kristofersen (2011:236) beskriver at Orem beskriver fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren gjør bruk av for å møte pasientens egenomsorgskrav:

- **Å gjøre noe eller handle for en annen:** Sykepleieren utfører handlinger som tar sikte på å kompensere for svikt i egenomsorgen.
- **Å veilede og rettlede en annen:** Pasienten bearbeider og bruker den informasjonen sykepleier har gitt, og har tilpasset i forhold til egenomsorgskapasitet og egenomsorgsbehov.
- **Å sørge for fysisk og psykisk støtte:** Sykepleier og pasient samarbeider om utøvelsen og utføringen av handlinger om egenomsorgsbehov. Sykepleier støtter opp om pasientens valg.
- **Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling:** Sykepleier legger til rette for pasientens læring.
- **Å undervise:** Pasienten mottar undervisning og veiledning for det som er relevant for den kunnskapen pasienten trenger for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg.

Valget av sykepleiesystem avhenger av omfanget av pasientens ressursvikt. Orem beskriver tre ulike sykepleiesystemer: (Kristofersen 2011:239).

- **Det helt kompenserende systemet:** benyttes dersom en pasient er ute av stand til å ivareta sine universelle egenomsorgsbehov. Sykepleierens rolle blir derfor å kompensere for pasientens egenomsorgssvikt ved å ta initiativ og utføre handlinger som ivaretar egenomsorgskravene.
- **Det delvis kompenserende systemet:** Pasienten har ressurser til å utføre deler av sin egenomsorg selv. Han utfører det han selv mestrer, mens sykepleier kompenserer for den delen som svikter. En tar sikte på at pasienten utvikler seg til å ta vare på sin egenomsorg etter hvert.
- **Det støttende og undervisende systemet:** pasienten har tilstrekkelige ressurser selv eller har mulighet til å utvikle disse, for å ivareta sine egenomsorgskrav. Pasienten er ikke i stand til å gjøre dette uten hjelp fra sykepleier. Sykepleieren blir planlagt på en slik måte at den kompenserer for pasientens ressursvikt.

3.0 Metode

En metode er et redskap som vi bruker for å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen (Dalland 2007:83). Det er problemstillingen som avgjør hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke. På hvilken måte man best mulig kan få svar på det man ønsker å undersøke, blir dermed bakgrunnen for valg av metode. Metoder deles gjerne inn i kvalitative og kvantitative. I en kvantitativ metode samles data som blir omgjort til målbare enheter, slik at en kan finne ut gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Ved kvalitativ metode går vi i dybden ved å undersøke få enheter, men med hensikt å få mange opplysninger (Dalland 2007:84). I min oppgave bruker jeg kvalitativ.

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som design. Grunnen til det er at det finnes mye litteratur innen mitt tema. I denne oppgaven følges prinsippene om systematisk litteraturgjennomgang. Det innebærer at det ikke er tilfeldig valgt litteratur som er benyttet, men litteraturen er vurdert på en systematisk måte (Breedholm og Fredriksen 2013:47). Metoden egner seg til å gjøre meg bevist på hvordan jeg som sykepleier kan fremme livsstilsendringer hos diabetes type- 2 pasienter.

3.1 Valg av litteratur

I denne oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, i tillegg til annen litteratur jeg har vurdert som relevant til min problemstilling. Jeg har brukt søkemotor «BIBSYS». Dette er litteratur anbefalt fra skolen. Jeg har i den grad anvendt primærkilder, der forfatteren selv har skrevet og bearbeidet stoffet, men i visse tilfeller var jeg nødt til å bruke sekundærkilder. Andre steder jeg har funnet relevant litteratur til oppgaven er ulike nettsider.

3.2 Litteratursøk

Jeg har gjennomgått ulike databaser for å finne forskning og litteratur som er relevant for. Først søkte jeg i Google for å få en generell oversikt. Her benyttet jeg meg blant annet søkeordene diabetes type 2, diabetes og aktivitet, diabetes og kosthold, og livsstilsendringer og diabetes type 2. Jeg fikk tusenvis av treff og måtte begrense søket mitt. Jeg ønsket å få noen artikler som forteller om kommunikasjon, mestring, kosthold og fysisk aktivitet. Derfor ble søket spisset til forskning innen kosthold og fysisk aktivitet.

For å finne forskning søkte jeg gjennom databaser som PubMed, Idunn, Oria, Dora, CINAHL og MEDLINE. Jeg brukte også Sykepleien.no og Tidsskrift for den Norske legeforening. Jeg brukte ulike søkeord, som var både norske og engelske. Hovedsakelig brukte jeg søkeordene på norsk: diabetes mellitus type 2, kosthold, fysiskaktivitet, livsstilsendringer, motivasjon, veiledning. Søkeordene på engelsk var: diabetes mellitus type 2, exercise, lifestyle changes, food and exercise, diet, motivation, prevention of diabetes mellitus by changes in lifestyle, Communication and diabetes type 2 and nursing. For å snevre inn søket litt la jeg til English language og full text i søkehistorien. Jeg fikk flere artikler etter søket, men bare noen artikler var i samsvar med min oppgave. Ved å lese abstraktet til bestemte artikler, valgte jeg de mest relevante artiklene. De artiklene som ble brukt i oppgaven fant jeg i PubMed og Idunn.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland 2007:66). I oppgaven har jeg brukt artikler som er under ti år gamle. Både pensumlitteratur og annen litteratur har jeg hovedsakelig innhentet fra sekundærlitteratur og tekster som forfatteren har tolket av andre. Jeg så på all litteratur som er relevant i forhold til min oppgave. Jeg har valgt å bruke stort sett forskningsartikler, men har tatt med to fagartikler. Jeg har valgt forskningsartikler som er mer relevans til min problemstilling. Andre ville kanskje funnet andre artikler.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funnene fra forskningsartiklene

4.1 Artikkel 1

Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management (Thoolen, Ridder, Bensing, Gorter og Rutten: 2009). Studien ble utført i Nederland, og hensikten var å undersøke effektiviteten av mestringstiltak som støtter pasienter, som nylig hadde fått diagnostisert type- 2 diabetes. Formålet var å forbedre atferden, slik at man lettere kunne mestre sykdommen. Det var 197 pasienter mellom alderen 50-70 som deltok i studien, og 17 av disse sluttet under studiet. Pasienter var aktive for å lære mestring i påvente av god planlegging for å opprettholde god egenomsorg. I en randomisert kontrollert studie ble deltakerne hvor denne metoden ble brukt, sammenlignet med den standardiserte behandlingen av diabetes type- 2. Etter samtykke ble pasientene randomisert til to behandlingsgrupper. 108 pasienter i kontrollgruppen fikk en brosjyre om diabetes mestring, og 78 pasienter i intervensjonsgruppen ble tilbudt en mestringskurs som varte i 12 uker. Begge gruppene ble fulgt opp i 12 måneder.

Den nye intervensjonen viste en forbedring med hensyn til sunnere kosthold og fysisk aktivitet, og førte til et betydelig vekttap på 12 måneder. Pasientene som var med på mestringskursen rapporterte om høyere intensjoner i forhold til kosthold og trening enn pasienter som fikk brosjyre. Deltakerne fra begge gruppene rapporterte om høyere self-efficacy (mestringstro). Begge gruppene ble flinkere med hensyn til målsetting og mestringskompetanse, når den langsiktige egenomsorgen økte.

Denne studien viser at en intervensjon basert på proaktiv mestring er effektivt hos nydiagnostiserte pasienter med diabetes type- 2, som vil endre sin egenomsorgsattferd, og vedlikeholde disse forbedringene over lengre tid. Pasientene var i stand med å forstå begrepet proaktiv mestring, og implementert disse nyervervede ferdighetene i sammenheng med selvledelse. Aktiv mestring gir ny innsikt innen atferdsterapi og teorier som omhandler dette.

4.2 Artikkel 2

Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn, og Grol: 2010). Denne studien ble utført i Nederland. Hensikten var å belyse de ulike barrierene som oppsto rundt pasienter med diabetes type 2,

slik at man kan utføre diverse livsstilsendringer, sett fra sykepleierens side. Det er en kvalitativ studie, og det ble tatt 12 dybdeintervjuer med sykepleiere som var involvert i diabetesbehandling. Spesifikke barrierer var i rådgiving med diabetes type 2 pasienter om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt.

For lite kunnskap rundt sin sykdom er et stort hinder, og feilinformasjon fra andre om fysisk aktivitet og kosthold kan i noen tilfeller være ødeleggende. Sykepleierne var villige til å hjelpe pasienter med hensyn til endringer i livsstil, og betraktet det som en viktig del av omsorgen for pasientene. Likevel er det vanskelig å forholde seg til visse pasient barrierer, og sykepleiere føler seg maktesløse noen ganger, når pasienter ikke oppnår de målene som ble satt. Pasienter leter etter unnskyldninger for å slippe å gjøre livsstilsendringer. De blir også demotivert av at resultatene tar for lang tid, og at de mangler disiplin til å vedlikeholde endringene. Dette kan både frustrere pasienter og sykepleiere, og redusere sykepleiernes empati for noen pasienter, og motivasjon til å informere pasientene generelt.

Mangel på empati oppstår, når sykepleiere ikke alltid forstår hvorfor det er så vanskelig å legge om vanene sine. Det er vanskelig å legge opp en strukturert og konkret plan, og vite hvilke stadier pasienten befant seg i endringsprosessen. De har ofte for høye forventninger til pasienten, og presser gjerne for hardt. Det er lite fokus på brukermedvirkning, og involvering av pasienten. Sykepleieren er mer opptatt av å gi nøyaktige råd. Det er viktig å motivere pasienten, men det er mangel på kompetanse i dette feltet. Sykepleierne forteller at det er mangel på rådgivingsferdigheter, og utilstrekkelig tid som barrierer i effektiv livsstilsrådgivning. Sykepleierne antydte at ekstra trening i rådgivingsferdigheter kan hjelpe dem med å motivere pasienter.

Artikkelen konkluderer med at det beste hjelpemidlet i situasjoner med pasienter med diabetes er å kunne bruke motiverende intervju som et verktøy. Å ha motiverende intervjuer er en pasientsentrert, metode for å øke indre motivasjon til å utforske og løse ambivalens. Da kan pasienten gjennom samtalen få frem egne kunnskaper rundt sin sykdom.

4.3 Artikkel 3

Discrete choice as a method for exploring education preference in a Danish population of patients with type 2 diabetes (Schjøtz, Bøgelund, Almdal og Willaing, 2011). Denne studien

ble utført i Danmark. Hensikten var å finne ut hvilke undervisningsform pasienter med diabetes type- 2 foretrakk, når de skulle leve godt med diabetes, forebygge komplikasjoner, spise sunt, trene og psykososiale problemer. Dette er en kvantitativ studie, og studien mottok 2187 brukbare resultater fra pasienter med diabetes type- 2. Studien viste at den kompetansen som var innenfor å leve et lykkelig liv med diabetes, justere kosthold og mosjonsvaner og forbygge komplikasjoner, var høyt verdsett informasjon. Pasientene foretrakk å bli involvert i planleggingen av sin diabetesbehandling sammen med helsepersonell. I tillegg foretrakk pasientene å få individuell tilrettelagt undervisning eller veiledning, fremfor ferdiglagd informasjon. Pasienter foretrakk å få undervisning og støtte enkeltvis isteden som en gruppe. Konklusjonen er at pasientene fra studien foretrekker å være aktivt involvert i undervisningen om sin tilstand, og samtidig ønsker de å utvikle kompetanse for å forebygge, og behandle komplikasjoner. De vil også involvere deres sosiale nettverk for å støtte dette. Denne studien indikerer at undervisning og støtte bør bli bedre tilpasset for enkelt pasienten, og at pasienten bør bestemme innholdet og undervisningsformen. Man bør fremme mer pasientdeltakelse i undervisningen i stedet for passiv- lytting.

4.4 Artikkel 4

The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela og Patja: 2007). Denne studien er utført i Finland, og baserer seg på kvantitativ metode i form av en spørreskjemaundersøkelse. Hensikten er å utforske helsearbeiderens syn på både pasientens og profesjonelles rolle i håndteringen av sykdom og risikofaktorer, knyttet til livsstil. Mange av helsearbeiderne var enige om at en barriere i arbeidet med livsstilsendring ofte var pasientens mot – villighet til å endre sin livsstil og vaner. Flere i helsepersonellet var enige om at deres viktigste rolle er å gi informasjon, motivere og styrke pasientene i deres jobb mot en livsstilsendring. Her er brukermedvirkning og egenomsorg relevante begreper, og i behandling av kronisk sykdom. Det er viktig at pasienten aksepterer sitt ansvar rundt egen sykdom, og tar sine egne avgjørelser. De understreker viktigheten av pasientens egenaktivitet spesielt i henhold til diabetes type 2, men at pasientens egen uvilje kan stå i veien noen ganger for bedre resultat.

Studien konkluderer med at brukermedvirkning er viktig i møte med pasienter, men mange av pasientene klarer ikke å ta valg for deres eget beste. Informasjon og veiledning om deres

tilstand er viktig. Studier om diabetes type 2 pasienter har vist at det er mange misforståelser rundt sykdommen, og dens behandling. Om pasienten ikke blir motivert godt nok, eller uvillig til å forandre sin atferd, er dette en stor barriere i behandlingen av sykdommen.

4.5 Analyse av funn

Analyse er et granskingsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2007:124). Etter vurdering og gransking av artiklene som danner grunnlag for resultatet i oppgaven, må informasjonen analyseres og sammenfattes. Derfor ble det gjort en tekstanalyse, inspirert av en innholdsanalyse. Analysen ble startet med at funndelen ble lest på nytt i alle artiklene, fordi man får en grundigere innsikt i innholdet av artiklene. For å få oversikt over hvilke tema som gikk igjen i artiklene, ble de ulike temaene skrevet ned på et ark.

Under analysen ble datamaterialet oversatt, fortolket og organisert. Det ble sett etter mønster, likheter og ulikheter i funnene/resultatene. Fellesnavnene som var relevante for studiens hensikt ble kartlagt. Forskjellige data fra de ulike artiklene ble satt opp mot hverandre, slik at funnene i hver enkelt artikkel enten ble styrket eller avkreftet. Ved å sammenligne likheter og forskjeller, hjelper oss med å skjerpe tankegangen (Dalland, 2007:124). Materialet som belyste hensikten ble sortert ut, og meningsbærende enheter ble identifisert. Meningsenhetene ble videre sammenfattet til tema. Temaene ble ytterligere sammenfattet til det som danner grunnlaget for de fire hovedtemaene i drøftingsdelen. Slik ble det også fulgt systematisk under analysen. Et utdrag av prosessen som danner grunnlaget for en kategori av oppgavens resultat er vedlagt oppgaven.

4.6 Oppsummering av funn

Jeg analyserte artiklene og sammenfattet felles temaer til fire hovedtemaer: Egenomsorg og mestring, motivasjon til egeninnsats, individuell veiledning, brukermedvirkning og empowerment, og mangel på kunnskap, tid og empati. Temaene er relevante i forhold til problemstillingen. Disse hovedtemaene vil bli drøftet og brukt som overskrift i drøftingsdelen.

5.0 Drøfting

Jeg vil her drøfte funnene opp mot problemstillingen min ved bruk av teorien i teoridelen.

5.1 Egenomsorg og mestring

Én bruker i hjemmesykepleie som nylig får diabetes type- 2, må kunne belage seg på justeringer i livsstilen, dersom brukeren vil håndtere sykdommen på en god måte. Endringer i livsstilen er ikke noe man gjør over natten, det krever innsats av individet selv. Enhver bruker har sine rutiner og levevaner. Sykepleieren kan være en påvirkende faktor i denne sammenhengen fordi sykepleieren er en fagperson som kan være med på å hjelpe brukere til å vurdere sin egen helse, sett i forhold til livsstilen. I Orems sykepleiemodell sies det at sykepleiekunnskaper må ta utgangspunkt i å kartlegge pasientens behov (Kristofersen 2011:233). Når brukeren er i et før- overveielsesstadium, kan sykepleier bruke kunnskaper om kost og aktivitet for å få brukeren til å innse fordelene med en endring

God egenomsorg og mestringsevne er vesentlig for den som har fått diabetes, og en forutsetning for en vellykket behandling. Derfor trenger den enkelte innsikt i egen sykdom og kontinuerlig tilbud om opplæring (Karlsen 2011: 216). Dette er i samsvar med Orems teori som sier at én må forstå sin helsetilstand for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak (Cavanagh 2001:17). Det er viktig å vite konsekvensene av de valgene man tar (Tveiten 2008:116). Dette kommer frem i studien til Oftedal, Bru og Karlsen (2011), og mangelen på praktiske råd minsker deltakernes evne til å bruke informasjonen som et redskap i mestringsprosessen.

Orem sier at egenomsorg er de handlingene som mennesker tar initiativ til og utfører på vegne av å opprettholde liv, helse og velvære (Kristofersen 2011:228). Brukeren skal lære seg å mestre sykdommen gjennom riktig kosthold og fysisk aktivitet for å oppnå et stabilt blodsukternivå. Angående om Orems teorier om sykepleiesystemer, beskriver hun sykepleiers tilrettelegging av sykepleien, og at det skal legges til rette for pasientens læring. Sykepleieren skal også sørge for at omgivelser fremmer utvikling. Studien til Thoolen m.fl. (2009) støtter delvis, og pasienter gikk aktivt inn for å lære mestring ved hjelp av god planlegging av hverdagen, og med å opprettholde god egenomsorg. Denne studien ble sammenlignet med den standardiserte behandlingen av type- 2 diabetes, hvor det var mer fokus på selv- efficacy og forventningene til mestring. Pasientene i den nye intervensjonen

viste en klar forbedring i atferd, også i forhold til pasienter med standardisert behandling. De spiste sunt og trente mer. Dermed gikk de ned i vekt i løpet av de 12 månedene mot studiens slutt.

I studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010) kommer det frem at deltakerne kun hadde fått råd om kosthold og fysisk aktivitet. De følte derfor at de hadde for lite kunnskap om selve sykdommen. En deltaker ga uttrykk for at helsepersonell må sette seg ned og snakke med hver enkelt, slik at de får en bedre forståelse. Dette understreker hvor viktig det er for personer med diabetes type-2 å få informasjon om alle aspekter ved sykdommen. Noe som underbygges av Karlsen (2011:229). Sykepleie til personer med diabetes type- 2 må baseres på helhetlig tenkning, der personens ressurser står sentralt i utformingen av tiltakene.

Kristofersen (2011:213) beskriver at mestringsforventninger er en helt avgjørende faktor for å lykkes med å gjennomføre livsstilsendringer som innebærer økt fysisk aktivitet, og endring av kosthold. Dette kommer frem i studien til Oftedal, Bru og Karlsen (2011). Studien viser at mestringsforventning, motivasjon og verdier er relatert til håndteringen av kosthold og fysisk aktivitet hos pasienter med diabetes type-2. Videre indikerer studien at det kan være hensiktsmessig at helsepersonell vektlegger å forstå hvordan livsverdier kan innvirke, når en forsøker å stimulere motivasjonen for sunt kosthold og fysisk aktivitet. I tillegg beskriver Kristofersen (2011:234) at støtte og oppmuntring, vil kunne gi nødvendig motivasjon til å fortsette med anstrengelsen for å lykkes med endringen. I studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010) kommer det frem at pasienter som opplever støtte blant helsepersonell, øker sin motivasjon, og blir bedre rustet til å ivareta egenomsorg.

Orems sykepleieteori baserer seg på en tanke om at menneskers behov i stor grad ivaretas av individet selv, og helsepersonells rolle inntreer når individet svikter å kunne gjøre dette. Det vil si at sykepleierens rolle i en slik sykepleieteori i stor grad handler om å hjelpe individet til å gi selvhjelp, når det er nødvendig. En bruker som er boende i eget hjem, er på mange måter avhengig av å kunne ivareta egenomsorgen. Fjørtoft (2012:41-42) beskriver om hjemmesykepleie, der brukerne i større grad har større helsesvikt enn tidligere. Dette krever store ressurser i forhold til bemanning, som igjen fører til en filosofi, der man må utnytte brukerens ressurser til det fulle. Det vil si at det brukeren kan gjøre for seg selv, skal brukeren gjøre. Dette medfører også at det vil være opp til sykepleier i samarbeid med brukeren å kartlegge hvilke behov som kan dekkes av brukeren selv, og hvilke behov sykepleieren kan

bidra med. Dette er en tanke som er i tråd med Orems sykepleiesystemer. Dette retter søkelys på denne type tankegang. Ved å kartlegge brukerens egenomsorgskapasitet, sett i forhold til brukerens terapeutiske egenomsorgskrav, kan sykepleier bruke de ulike hjelpemetodene som Orem mener er relevante. Ut i fra dette kan brukeren utøve selvhjelp ved å bruke egne ressurser, som er satt inn i Orems sykepleiesystem.

Aas (2011:142-143) mener at små justeringer i kosten hos eldre, kan utgjøre en stor forskjell i forhold til diabetes. Justeringen av normalkost i forhold til mindre karbohydrater og fett kan enkelt fås til i dag, med tanke på tilgang til mat av ulike typer. En kan dermed si at tilgangen er tilrettelagt, som gjør at en endring skal være mulig å få til, dersom individet selv ønsker det. Uvilje i forhold til kostjusteringer, kan dermed knyttes til individets «gamle vaner». Ernæring handler i stor grad om mer enn bare å få i seg den maten en trenger. Aas (2011:123) påpeker at det er flere aspekter ved mat. Det er sosialt, påvirket av tradisjon og avhengig av lyst og humør. Dette er aspekter som kan være med på å veie i mot en endring hos individet. I henhold til Orems teori, kan det likevel være tyngden bak et egenomsorgsbehov. I dette tilfelle vil en bedre regulert diabetes, veie mer enn ett eventuelt gode, i dette tilfellet lysten på den «normale kosten». Den «normale» kosten vil kunne ses på som en del av Orems teori i forhold til at dette blir en faktor i egenomsorgssvikten. Tanken er at egenomsorgsbehovet hos individet i dette tilfellet er sterkere, og kan gjøre at egenomsorgssvikten hos individet kan reduseres.

Å ta kontroll over sitt eget liv knyttet til diabetes i forhold til atferdsendring, vil også innebære økt fysisk aktivitet fra brukerens side. Oftedal, Bru og Karlsen (2011), Tuomilehto m.fl.(2001) og Jansink m.fl. (2010) bruker dette som kriterium i en livstilendring i deres studie om diabetes. Helbostad (2011:291) estimerer en halvtimes fysisk aktivitet hver dag, som er gunstig for helsen. Det kan kanskje for mange eldre være vanskelig å se for seg hvordan en kan drive med fysisk aktivitet, der mange kan ha reduksjon i bevegelsesapparatet av ulike årsaker. Her kan sykepleier bruke pedagogisk veiledning, i forhold til dialog. Veiledningen kan gi brukeren en mulighet til å øke aktivitetsnivået ved å bruke deres ressurser. Denne hjelpen kan bidra til å øke pasientens motivasjon, samt gi den gunstige effekten. Denne typen sykepleie samsvarer med Orems sykepleiesystem om det «støttende og undervisende sykepleiesystem», som bruker veiledning og kunnskapsøkning som hjelpemetode for å øke egenomsorgskapasiteten hos individet.

En bruker kan ikke presses til å ta grep til egenomsorgen. For å kunne ivareta egenomsorgen, er det derimot i henhold til Orem, viktig at individet selv bruker de ressursene som individet har, slik at man på best mulig måte kan ivareta sin egen helse. Det er viktig å benytte seg av de mulighetene hjemmet tilbyr. For eksempel, utføre husvask, dersom brukeren har bistand til det. Gå opp og ned trappene et par ganger hvis huset har to etasjer. Man kan hente avisen sin selv. Ved å la helsepersonell overta funksjoner som individet selv kan gjennomføre, vil dette ikke være gunstig. Dette kan være med på å sykeliggjøre individet, som igjen kan føre til egenomsorgssvikt som krever et mer kompensierende sykepleiesystem enn nødvendig.

5.2 Motivasjon til egeninnsats

Ved å ta utgangspunkt i pasientens situasjon er målet med motivasjonsarbeid både for helsepersonell og pasienten å øke pasientens bevissthet, innsikt i egen sykdom og skape motivasjon til livstilendring, som gir økt livskvalitet. Sykepleierens hovedoppgave i den første fasen, hvor pasienten ennå ikke er rede er å informere og oppmuntre ved hjelp av å stille åpne spørsmål, anerkjenne pasientens valg, og tilby profesjonelle råd (Berg- Smith m.fl.1999 i Eide & Eide 2007:339).

For å holde motivasjonen oppe, mestre utfordringer, og mobilisere styrke til å stå imot fristelser, trenger personen god støtte og hjelp fra sykepleiere (Karlsen 2010:218). For at en person skal lære noe eller veiledes, forutsettes det at mottakeren virkelig ønsker å tilegne seg ny kunnskap. Da vil målet eller resultatet være drivkraften og motivasjonen til mottakeren (Tveiten 2008:121). Før eventuelle mestringsbehov og kunnskapsberiking kan skje, må menneskers trygghetsbehov ivaretas. Dette innebærer at veiledning, og et satt mål kan nå dersom trygghetsbehovet er tilstede. Dette veier da tyngre enn mestringsbehov (Tveiten, 2008:122).

Motivasjon, læring og mestring er nøkkelbegreper innenfor diabetesrelaterte utfordringer. Karlsen (2010:219) samler disse begrepene i en felles tankemodell, som spesielt er rettet mot denne sykdomsgruppen. Gjennom motivasjon og læring tilegner individet seg kunnskaper og ferdigheter, som fører til å nå et mål, altså mestring og endret atferd. Følelsen av mestring og endret atferd gir mer motivasjon. Sammenhengen mellom disse tre begrepene har stor betydning for behandlingen, fordi dette gir sykepleier en tankemodell for hvordan man skal møte pasienten i veiledning. Hvis pasienten trenger motivasjon, må sykepleiere rette fokuset

på dette. Trenger pasienten å lære praktiske ferdigheter, må sykepleieren starte her (Karlsen 2010:219).

Kunnskap om motivasjon, og hva som virker motiverende kan gi en bedre forståelse av menneskets handlinger, tenking og beslutninger (Karlsen 2011:224). Motivasjon er en viktig faktor for å mestre livsstilsendringer. Jeg opplever at alle brukerne i hjemmesykepleien ikke er like mottakelige for informasjon på et tidlig tidspunkt. Sykepleiere må klare å se hvor i prosessen brukeren er men studien til Jallinoja m.fl. (2007) viser at det er vanskelig i noen tilfeller, når sykepleieren føler at de mangler kunnskap på dette området, og tiden er utilstrekkelig. Dette fører til at sykepleieren går for fort fram. Jansink m.fl. (2010) skriver at et godt redskap for å hindre at dette skjer kan være motiverende intervju.

Motiverende intervju øker indre motivasjon til å utforske og løse ambivalens. Sykepleieren er tilstede for å lede pasienten inn i tankene om endring, men pasienten selv må gi uttrykk for at han ønsker og er klar for dette. Sykepleiere skal stille spørsmål som gjør at vedkommende ikke bare må tenke på endring, men også de positive fordelene dette kan gi. Disse fordelene er en stor motivasjonsfaktor og er helt avgjørende for at endringen skal bli en realitet (Iversen 2010:440). Studien fra Oftedal, Bru og Karlsen (2011) viser at pasientens personlig ståsted har også en innvirkning på hvordan han takler sykdommen. Resultatene antyder at kostholdet blir mer påvirket av ytre faktorer enn når det kommer til fysisk aktivitet. Når sykepleieren stimulerer den indre motivasjonen, oppnås lettere de ønskede resultater i forhold til kosthold og fysisk aktivitet.

Ved å oppfylle terapeutiske egenomsorgskrav kan pasienten klare å leve i en ny situasjon, som dekker egenomsorgsbehovet. Dette er i følge Orem det generelle målet med all sykepleie (Kristofersen 2011:232). Oftedal, Bru og Karlsen (2011) sier også i sine artikler at personer som har en indre motivasjon for å kunne opprettholde en sunn livsstil og fysisk aktivitet, er oftest de som har størst sjanse for å gjennomføre dette. Jallinoja m.fl. (2007) hevder at pasienten kan være en potensiell barriere dersom vedkommende er uvillig og umotivert til å forandre sin atferd. Sett fra et sykepleieperspektiv forstår jeg dilemmaet i artikkelen, men det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å finne sin indre motivasjon. Dermed vil pasienten i stand til å gjennomføre endringer som bidras til helse, utvikling og trivsel.

Det er viktig at rollefordelingen er tydelig. Sykepleiere må ha en plan og et mål før de starter (Jansink 2010). Denne studien er i samsvar med teorien Berg- Smith m.fl. 1999 i Eide & Eide (2007:339). I den første fasen vil det å stille spørsmål være relevant. Åpne spørsmål gir rom for at pasienten kan reflektere over sin situasjon, og se muligheter for endringer, for eksempel hva tenker du om diabetes? Hvordan ser du på dette med endringer knyttet til kosthold og aktivitet? Underveis er det viktig å komme med bekreftelser til pasienten om at det vedkommende forteller er av betydning (Eide & Eide 2007:220). Sykepleier kan bygge videre på det pasienten sier for å komme mer i dybden og finne ut mer, samtidig som de roser for utsagn som er i riktig og gir pasienten anerkjennelse for å være åpen og delelig (Iversen (2010:9).

Studien til Oftedal, Karlsen og Bru (2010) viser hvordan motivasjon og veiledning har innvirkning på å følge retningslinjer for anbefalt kosthold og aktivitetsnivå. Resultatet viste at selv om motivasjonen og forventningene i forkant av undersøkelsen var svært høy, var det flere som i større grad klarte å følge retningslinjene for kosthold i motsetning til fysisk aktivitet. Undersøkelsen konkluderer med at potensialet for å prøve å øke motivasjon, verdier og forventning i forkant av endring av kost og aktivitet, var begrenset sett i forhold til utfallet, altså endringer som vedvarte. Dette vil i henhold til Orems sykepleieteori, være en svikt i egenomsorgskapasiteten. Individets evne til å oppfylle kravene til egenomsorg, og resultatet i studien viser manglende evne til dette. Det kan her være forenlig å tenke at Orems «støttende eller undervisende sykepleiesystem» vil være en faktor som har innvirkning på et slikt resultat. Med læring, støtte og veiledning fra sykepleier kunne kanskje resultatet i studiene hatt et annet resultat.

5.3 Individuell veiledning

Opplæring og veiledning som setter pasienten i stand til å mestre utfordringene ved å leve med diabetes, er en sentral sykepleieoppgave (Iversen 2010:439). En forutsetning for god veiledning er at den enkelte sykepleieren har interesse for emnet, kunnskap om behandlingsmetoder og kjennskap til nye forskningsresultater (Graue 2001:298) Studien til Tuomilehto m.fl. (2001) viser at undervisning og veiledning om kosthold og fysisk aktivitet kan bedre pasientens egenomsorg og metabolske kontroll.

En av Orems fem hjelpemetoder omhandler å veilede og rettlede en annen (Kristofersen 2011:236). I forhold til min problemstilling kan det være nødvendig å bruke denne hjelpemetoden i hjemmesykepleien for å gi tilstrekkelig sykepleie, slik at brukere mestrer å endre livstil. For å kunne legge til rette for at undervisning og veiledning blir individuell i hjemmet hos brukere, er det viktig at sykepleiere har riktig kunnskap for å stimulere motivasjon. Motivasjonen kan være lav hos mange pasienter hvis de ikke er bevisste på behovet for undervisning og veiledning (Tveiten (2008:162).

For å unngå mikro og makrovaskulære komplikasjoner er det viktig å regulere blodglukose ved å tilpasse kostholdet, og endring i levevanene med mer fysisk aktivitet. Derfor trenger pasienter informasjon, undervisning, opplæring og god oppfølging av sykepleiere (Jensen 2011:388). Dette samsvarer en del med i studien til Jallinoja m.fl. (2007), der beskrives at helsepersonellens viktigste rolle er å gi informasjon, motivere og styrke pasientene i deres jobb mot en livsstilsendring. I debut fase er det naturlig å fokusere mest på kunnskapsformidling og praktiske ferdigheter. I følge litteraturen blir det etterhvert mer bekymringsverdig å ikke ha oppnådd tilfredsstillende behandlingsresultater. Da blir det viktigere å legge mer vekt på mestrings- og motivasjonsaspekter (Graue og Haugstvedt 2011:243). Studien til Jallinoja m.fl. (2007) viser at det er viktig at pasienten aksepterer sitt ansvar rundt egen sykdom og tar egne avgjørelser. Helsepersonellet understreker at pasientens egen uvilje kan stå i veien noen ganger for å få bedre resultatet i behandlingen. Studien til Jansink m.fl. (2010) viser også at for lite kunnskaper rundt sin egen sykdom er et stort hinder, og feil informasjon fra andre rundt fysisk aktivitet og kosthold kan i noen tilfeller være ødeleggende.

Brukere som bor hjemme trenger individuell veiledning slik at de kan mestre livsstilsendringer, fordi de har egne behov som følge av sykdommen. Iversen (2010:439) beskriver at behandlingsmålene og planleggingen av opplæringen bestemmes sammen med pasienten, slik at de tilpasses individets ønsker og behov. Delaktighet fra pasientens side er en forutsetning for å lykkes. Dette kommer frem i studien til Tollen m.fl. (2009) og Schiøtz m.fl.(2011). Tollen m.fl. (2009) sier at pasienter var aktive for å lære mestring i påvente av god planlegging for å opprettholde egenomsorgen. Schiøtz m.fl.(2011) viser også at den kompetansen som er innenfor å leve et lykkelig liv med diabetes, justere kosthold og mosjonsvaner og forbygge komplikasjoner, var høyt verdsatt informasjon. Pasienter foretrakk å bli involvert i planleggingen av sin diabetesbehandling sammen med helsepersonell. I tillegg

foretrakk pasientene å få individuell tilrettelagt veiledning. Denne studien indikerer at undervisning og støtte bør bli bedre tilpasset den enkelte pasienten, og at pasienten bør bestemme innholdet og undervisningsformen. Videre bør pasientdeltakelse fremmes i undervisningen, istedenfor passiv-lytting. Graue og Haugstvedt (2011:245) beskriver at helsepersonell og diabetes pasienten er sammen om å sette mål som gjør den enkelte i stand til å gjøre gode behandlingsvalg i hverdagen, slik at personen skal oppleve å ha ansvar for egen helse og behandling av egen sykdom. Studien til Nagelkerk m.fl.(2006) viser også at pasienter ønsker spesifikt undervisning for deres egne behov, istedenfor generell undervisning.

Det er nødvendig at sykepleier har kjennskap om den enkeltes behov og kunnskapsnivå knyttet til sykdommen, og hvilke evner vedkommende har for å forstå det som formidles (Sagen:2003:39). Dette støttes i studien til Jansink m.fl.(2010). Dialogen mellom pasienten og sykepleier har betydning for å finne frem til hva veiledningen skal handle om. En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene til tross for at sykepleieren sitter med mer kunnskap (Tveiten 2001:80). Det kan i seg selv være en utfordring. Som veileder er det ikke bare å gi råd og informere, men de skal også støtte og oppmuntre, slik at pasienten kan få styrket mestringsevnen (Karlsen 2011:217). Det skal være rom for å bearbeide vonde opplevelser knyttet til sykdommen eller ønske om å finne nye måter å mestre dagliglivet på (Karlsen 2011: 226). Det er en hårfin balanse mellom å oppmuntre og informere på den ene siden, og moralisere på den andre (Eide og Eide 2007: 341).

Når veiledningen innebærer endringer i pasientens diabetesomsorg, må begge partene komme fram til løsninger som bidrar til forandringer (Karlsen 2011:227). Veileder må møte den enkelte med respekt for deres valg av livsstil, og prøve å finne ut av hvorfor de for eksempel har et usunt kosthold og er lite fysisk aktive. Det kan være andre årsaker til deres valg av livsstil. En kan forsøke å få vedkommende selv til å foreslå alternative løsninger. Veileders rolle er å formidle konsekvensene av hva den usunne livsstilen kan forårsake (Aas 2011: 140). Eide og Eide (2007:175) beskriver at det er viktig og gi den informasjonen pasienten trenger, men sykepleier må tenke gjennom måten den skal formidles på, og hvorfor man gjør det på akkurat på den måten. Slik gjør informasjonen dem mindre usikre. Mange hjemmeboende eldre opplever at livet med diabetes setter mange begrensninger, og med denne tilnærmingen oppleves det lite motiverende.

Som veileder skal man ikke bare gi råd og komme med handlingsforslag, men gi støtte og bistand, slik at brukeren får styrket sin mestringsevne og kan gjøre selvstendige valg. Motivasjon, læring og mestring av diabetesrelaterte utfordringer er tre sentrale nøkkelbegreper som hver for seg knytter til den individuelle veiledningen (Karlsen 2011:217). Vedkommende trenger hjelp til å omsette kunnskapen til mestring av den praktiske hverdagen med diabetes. En sentral hensikt med veiledning er å styrke mestringskompetanse gjennom læring (Karlsen 2011:225). Læring kan stimuleres gjennom individuell behandling, det vil si en-til-en- samhandling der både læringsmål og læringselementer gjennomgås, og aksepteres av begge parter (Karlsen 2011:219). Studien til Oftedal, Bru og Karlsen (2011) peker også på at mer praktiske og individuelle råd, særlig knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, samt tilretteleggelse for kontinuerlig oppfølging kan være hensiktsmessig.

5.4 Brukermidvirkning og Empowerment

Brukermidvirkning er helt sentralt i diabetesdiagnosen. Jo mer ansvar man tar for sin egen helse, desto mer helsegevinst gir det. Pasienten skal medvirke i sin egen prosess, og får dermed en større innflytelse på egen behandling. Det er pasientens behov som står i fokus. Det er viktig at pasienten aktivt deltar og medvirker i egne beslutninger. Tilslutt vil pasienten ta ansvar for seg selv og sine handlinger (Allgot 2011:210-211).

Å være medvirkende i sin egen behandling er en rettighet man har ifølge lovverket. Egeninnsatsen er også helt avgjørende for prosessen videre, der pasienten stiller sterkt med gode kunnskaper om seg selv, og sin hverdag. Det er ingen som vet bedre enn pasienten selv om hvordan sykdommen preger livet. Det er viktig at man aksepterer sykdommen som en del av livet, og jobber helhetlig for å unngå at sykdommen progredierer. Helsepersonell hjelper med å tilrettelegge for videre læring. Pasienten må kontinuerlig holde seg oppdatert på ny kunnskap. Målet er å oppnå egenmestring for å ta i mot de utfordringene som dukker opp, og være stand til å stole på sine egne beslutninger som må tas angående sykdommen (Allgot 2011:208). Helsepersonell i studien til Jallinoja m.fl. (2007) opplevde at den største utfordringen i møte med pasienter ved veiledning av livsstilsendring, var pasientens egen uvilje til endring eller manglende motivasjon. Dette var en hindring for videre behandling, og førte til at samarbeidet ble vanskelig.

Det er pasienten som sitter med mesteparten av kunnskapen rundt sin egen sykdom, og dermed besitter egne ressurser. Sykepleiere kan bidra med faglig kompetanse, slik at pasienten selv kan ta kontroll over de beslutningene som tas om livsstilsendring. Manglende engasjement og oppfølging av råd fra pasientens side har vist seg å påvirke sykepleieren i den grad at empati og forståelse svekkes (Jansink m.fl.2010). Det er veldig viktig at sykepleiere holder motivasjonen oppe, slik at de kan ha en positiv innvirkning på pasienten ved å støtte på veien mot endring og bedring. Pasienten gir selv uttrykk for når vedkommende er klar for å ta steget videre. Undervisning dreier seg om at sykepleieren fremmer kunnskap og ferdigheter hos pasienten. Likevel må man huske at dette er en samhandling (Graue og Haugstvedt 2011:238). Derfor må vi legge bort «pekerfingermentaliteten» som mange mener henger igjen ifra gamle dager. Før var det mer fokus på å belære pasienten og gi råd, istedenfor å involvere pasienten i beslutningene som tas (Jansink m.fl. 2010).

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi og en terapeutisk verdi, og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenester (Allgot 2011:210). Studien til Jallinoja m.fl. (2007) viser at det er et manglende fokus på pasientens rolle i å medvirke i planlegging og utøvelse av behandlingen. Dette er helt sentralt i arbeidet med diabetespasienter. I tillegg konkluderer studien at brukermedvirkning er viktig i møte med pasienter, men at mange av pasientene ikke klarer å gjøre valg som er i deres interesse.

Et begrep som ligger tett knyttet opp mot mestring er empowerment. Museaus (2001:49) beskriver at empowerment er en metode som tar utgangspunkt i menneskes mulighet for å tilkjempe seg makt over sitt eget liv ved å bli bevisst på personlige og sosiale ressurser. I tillegg peker Museaus på at det er viktig å bruke erfaring og refleksjon for å styrke den personlige utviklingsprosessen. Sykepleiere kan også forsøke å styrke personenes positive ressurser. I tillegg kan de trekke inn andre erfarne diabetikere som har gjennomgått livsstilsendringer i sin veiledning. Kanskje brukere vil se sin endringsprosess på en annen måte ved å utveksle erfaringer med andre diabetikere som har gjennomgått livsstilsendringer. Det kan vise seg å være motiverende, og gi brukere vilje til å mestre endring av kosthold og aktivitet. Pasienten skal involveres i sin egen prosess, og følelsen av å kunne være med på å styre sitt eget liv bidrar til bedre selvtillit og økt mestring (Mæland 2010: 75). Empowerment prosessen gir pasienten større styrke til å mestre sykdom (Walseth og Malterud:2004). På den annen side vil mye fokus på empowerment i behandlingen av diabetikere kunne føre til at det legges for mye ansvar på diabetikeren i behandlingen. Ifølge Jallinoja m.fl. (2007) kan

empowerment føre til stress hos personer med diabetes type- 2 dersom de må ta mye ansvar og beslutninger selv i behandlingen. Mye ansvar kan føre til at type- 2 diabetikeren velger en passiv mestringsstrategi.

5.5 Mangel på kunnskap, tid og empati

En svakhet ved Orems hjelpemetoder kan være at sykepleier ikke innehar den kompetansen som er nødvendig for å kunne undervise, og veilede pasienten. Dette kommer frem i en studie til Jallinoja m.fl. (2007). Over halvparten av helsepersonellet som deltok, følte at de ikke hadde nok kompetanse til å veilede. I løpet av mine praksisperioder, og jobben i hjemmesykepleien har jeg opplevd at både studenter og sykepleiere har behov for et kompetanseløft blant annet innen veiledning. Manglende kunnskap vil kunne medføre til at pasienten ikke får tilstrekkelig oppfølging og behandling.

Tveiten (2008:162) beskriver at sykepleiere trenger nødvendige kunnskap for å stimulere motivasjon hjemme når de gir individuell veiledning. Iversen (2010:439) skriver at en tett tidsplan og manglende kunnskap hos helsepersonell kan være til hinder for god diabetesomsorg. Dette kommer frem i studien til Jansink m.fl., som sier at det er viktig å motivere pasienter til livsstilsendringer. Sykepleiere antyder at det er mangel på rådgivingsferdigheter, og utilstrekkelig tid som er barrierer i effektiv livsstilsrådgiving.

En empatisk væremåte av sykepleier er nødvendig for å oppnå en tillitsfull relasjon. Dersom sykepleier gir pasientene medbestemmelsesrett i egen behandling, myndiggjøres pasienten til å komme med innspill selv for å styrke egenmotivasjonen. Dette gir sykepleieren mulighet til å fokusere på hva undervisningen bør inneholde. Tveiten (2008:122-123) beskriver viktigheten av å reflektere over hva enkelte pasienter trenger i undervisningen. Dette kommer frem i studien til Jansink m.fl.(2010), der pasienter ikke oppnår de målene som blir satt. Dette reduserer sykepleierens empati for disse pasientene.

Fagartikkelen til Klette m.fl. (2014) viser at sykepleiere gir uttrykk for at yrkesrollen deres delvis har endret seg de siste årene; fra en rådgivende og undervisende posisjon til en mer veiledende. For å ivareta pasienter som har behov for å endre levevaner, må de bort fra tanken om «å gjøre for» pasienten. Helsepersonell er «ekspert» på faget mens brukeren er ekspert på

seg selv. Sykepleierens oppgave blir å anerkjenne pasientens kompetanse av seg selv. Som fremtidige sykepleiere kan vi gi generelle råd om kosthold og fysisk aktivitet. Hvis ikke rådene angår pasientens hverdag, vil de sjelden ha noen effekt.

I følge Klette m.fl. (2014) bør sykepleieren velge kartlegging ved å stille åpne spørsmål der hensikten er at pasienten beskriver sitt kosthold og aktivitetsnivå. Hva som er viktig for vedkommende og hva som er målet med livsstilsendringen. Uti fra dette forstår jeg at pasienter har en aktiv rolle i egenbehandling og i forbindelse med endring av levevaner. Sykepleiere må ha kunnskap, både på det humanistiske, naturvitenskaplige og pedagogiske feltet, slik at pasienten kan dra nytte av endringsprosessen.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan hjemmesykepleieren kan hjelpe brukere med diabetes type- 2 for å mestre livsstilsendringer som følge av sykdommen. Ved å gjøre en grundig anamnese, kartlegge, læreforutsetninger og bistå i fortolkning av sykdommen til brukeren, gir det sykepleieren en mulighet til å spille på lag med brukeren. Ved å inkludere brukeren i beslutningsprosessen, gir dette brukeren en følelse av kontroll, som igjen skaper motivasjon og mestringsfølelse. Forskningsfunnene og litteraturen har gitt meg mange svar på hvordan motivasjonen kan skape en atferdsendring hos type- 2 diabetespasienter, slik at de selv kan mestre og øke egenmotivasjon til livsstilsendring, og utføre kostendringer og fysisk aktivitet. Jeg har tatt for meg sykepleieteorier som omhandler egenomsorg, veiledning og atferdsendring. Denne oppgaven har gitt meg innblikk i hva sykepleieren bør fokusere på i det undervisende og veiledende arbeidet av type- 2 diabetiske pasienter.

Jeg har videre sett på forskningsartikler som omhandler forskjellige behandlingsmetoder for diabetes pasienter. Forskningsresultater og litteratur tyder på at de metodene sykepleieren avventer for å motivere brukere med type- 2 diabetes har en direkte innvirkning på egenmotivasjonen til pasienten, slik at de selv kan mestre sykdommen. Økt egenomsorg i denne brukergruppen betyr at en livsstilsendring hvor kostendring og fysisk aktivitet vil føre til en bedre helse og velvære.

Kartlegge problemer vil danne et bilde av hvor pasientens egenomsorgssvikt ligger i forhold til anbefalingskravene om diettbehandling og fysisk aktivitet. Når egenomsorgssvikten blir kartlagt, vil det være enklere å finne ressurser som kan møte de terapeutiske egenomsorgskravene. Gjennom empowerment strategier, kan sykepleierne motivere brukere til livsstilsendring, og viser at sjansen for å lykkes kan øke betraktelig ifølge litteratur og forskning. Praksiserfaringene jeg har fra arbeidet med disse brukergruppene er bakgrunnen for å bruke god tid, lytte, være empatisk og spille på lag med brukeren. Dermed skaper det tillitt mellom meg og brukere.

7,0 Litteratur

Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I: A. Skafjeld og M. Graue (red.). Diabetes; forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe AS.

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv I: A. Skafjeld og M. Graue(red.). Diabetes forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe AS.

Breedholm, K. og Fredriksen, A.K.(2013). Litteraturreview. I: Glasdam, S.(red.). Bachelorprosjekter innen for det sunnhetsfaglige område- indblik i videnskabelige metoder. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Cavanagh, S. J.(2001). Orem's sykepleiemodell i praksis. 2utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Dalland, O. (2007). Hva karakteriserer en metode? Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). Gangen i en undersøkelse – hvordan gjør vi det? Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). Kildebruk og kildekritikk. Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Diabetesforbundet (2015). Diabetes type 2. Hentet 29. mai 2015 fra

<http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=358>

Eide & Eide (2007). Bekreftende ferdigheter. Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide & Eide (2007). Forandringsveiledning og motivasjon. Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide & Eide (2007). Krise og mestringsteori. Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtøft, A-K. (2012). Innledning. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 2 utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Fjørtøft, A-K. (2012). Hva er hjemmesykepleie? Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 2 utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Fjørtøft, A-K. (2012). Å arbeide i andres hjem. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 2 utg. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Graue, M og Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I: A. Skafjeld og M. Graue (red.). Diabetes; forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe AS.

Graue, M. (2001). God diabetesomsorg-mer enn medisinsk behandling. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.). Å leve med kronisk sykdom. 2. utg. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Helbostad, J. L. (2010). Bevegelse og aktivitet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). Geriatrisk Sykepleie. 1. utg. Oslo: Gyldendal Forlag As.

Iversen, M. (2010). Diabetes. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). Geriatrisk sykepleie. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Iversen, B.H. (2010). Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren. Stockholm. Gothia Forlag AB.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. og Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249. Doi: 10.1080/02813430701691778.

Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G. og Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family practice*. Doi: 10.1186/1471-2296-11-41.

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I: S. Ørn, J. Mjell og E.B. Gansmo (red.). Sykdom og behandling. 1 utg. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedret mestring? I: A. Skafjeld og M. Graue (red.). Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe AS.

Klette, G.S., Evju, A.S., Kasen, A, og Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. Sykepleien 2014 102 (02):62-64. DOI:10.4220/sykepleiens.2014.0013

Kristoffersen, N.J.(2011). Livsstil og endring av livsstil. I: N. J. Kristofersen, F. Nordtvedt, og E-A. Skaug. (red.). Grunnleggende sykepleie. Bind 3. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristofersen, N.J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: N. J. Kristofersen, F. Nordtvedt og E-A. Skaug.(red.). Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristofersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristofersen, F. Nordtvedt og E-A. Skaug.(red.). Grunnleggende sykepleie. Bind 1. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mosand, R.D. og Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: H. Almås, D-J Stubberud og R. Grønseth (red.). Klinisk sykepleie.4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.

Musaeus, L. (2001). Sykepleie til mennesker med diabetes. København: Forlaget Munksgaard.

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

Nagelkerk, J., Reick, K., Meengs, L (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing* 54(2), 151–158.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x

Oftedal B., Karlsen, B og Bru, E. (2010) Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1500–1509. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x.

Oftedal, B., Bru, E. og Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4): 735-744. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x.

Sagen, J.V. (2011). Fysisk aktivitet. I: A. Skafjeld, og M. Graue (red.). *Diabetes; forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.

Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I: A. Skafjeld og M. Graue (red.). *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.

Schiøtz, M., Bøgelund, M., Almdal, T. og Willaing, I. (2011). Discrete choice as a method for exploring education preference in a Danish population of patients with type 2 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 87(2): 217- 225. Doi:10.1016/j.pec.2011.09.003.

Thoolen, B. J., Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K., og Rutten, G. (2009). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management. I: *Psychology and Health*. 24. (3): 237-254. DOI: 10.1080/08870440701864504.

Tuomilehto, J., Lindstrøm, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., Parikka, P., Kiukaanniemi, S.K., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, J., og Uusitupa, M. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among

Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine. Vol. 344:1343-1350. DOI: 10.1056/ NEJM 20010 5033441801.

Tveiten, S. (2008). Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Pedagogikk i sykepleiepraksis.2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2008). Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. Pedagogikk i sykepleiepraksis.2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2008). Veiledning. Pedagogikk i sykepleiepraksis.2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tveiten, S. (2008). Undervisning. Pedagogikk i sykepleiepraksis.2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Walseth, L.T, og Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. Tidsskrift for den norske legeförening. 124:65-6.

<http://tidsskriftet.no/article/953695> (lest 15/8-2015).

Vedlegg

	Forskningsartikkel	Tema	Hovedtema
1	<p>Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management.</p> <p>Forfatter- Thoolen, Ridder, Bensing, Gorter og Rutten</p>	<p>Mestringstilak</p> <p>Støtte</p> <p>God planlegging</p> <p>Opprettholde egenomsorg</p> <p>Mestringskurs</p> <p>Høyere intensjon</p> <p>Selv-efficacy</p> <p>Målsetning og mestringskompetanse</p> <p>Proaktiv mestring</p>	<p>Mestring og egenomsorg</p>
2	<p>Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.</p> <p>Forfatter- Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn og Grol: 2010.</p>	<p>Barriere</p> <p>Rådgiving</p> <p>Omsorg</p> <p>Maktløshet</p> <p>Motivasjon</p> <p>Ekstra trening</p> <p>Empati – mangel på kunnskap hos sykepleien</p> <p>Motiverende intervju</p> <p>Mangel på rådgiving, ferdigheter og utilstrekkelig tid</p> <p>Lite fokus på brukermedvirkning</p>	<p>Motivasjon til egeninnsats</p>

3	<p>Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes.</p> <p>Forfatter- Schiøtz, Bøgelund, Almdal og Willaing,</p>	<p>Undervisning</p> <p>Forebygge</p> <p>komplikasjoner</p> <p>Kompetansen</p> <p>Informasjon</p> <p>Individuell tilrettelagt undervisning/veiledning</p> <p>Støtte</p> <p>Pasientdeltakelse (aktiv deltakelse)</p>	<p>Individuell veiledning</p>
4	<p>The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses.</p> <p>Forfatter- Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela og Patja: 2007.</p>	<p>Informasjon veiledning og styrke pasienten</p> <p>Villighet</p> <p>Barriere i forhold til motivasjon</p> <p>Brukermedvirkning og egenomsorg</p> <p>Akseptere sitt ansvar</p> <p>Egen aktivitet (empowerment)</p>	<p>Brukermedvirknings betydning</p>