



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Bacheloroppgave

Emnekode: Syks-027

Leveringsfrist: 13. mars 2008 Kl. 1400

Kandidatnr.: 825 og 888

Veileder: Gudbjørg Øen



(vernepleier)

### ***.... å motivere til mestring***

*Diabetes mellitus er det opprinnelige greske navnet på sykdommen. Diabetes kan oversettes med "noe som renner igjennom", mens mellitus henviser til den søtlige, honningaktige smaken på urinen (Strand, 2005).*

## OM AT HJELPE

"Bruddstykke af en ligefrem meddelelse"

"At man, naar det i sandhed skal lykkes en at føre menneske  
hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at  
finde ham der, hvor han er og begynde der.

Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver der ikke kan det,  
han er selv i inbildning,  
naar han mener at kunne hjælpe den anden.

For i sandhed at kunne hjælpe en anden, maa jeg forstaae mere end han,  
men dog vel først og fremst forstaae det, han forstår.

Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min merforstaaen han slet ikke.

Vil jeg alligevel gjøre min mere-forstaaen gjeldende,  
saa er det, fordi jeg er forfærdelig stolt,

saa jeg i grunden i stedet for at gavne han egentlig vil beundres af ham.

Men al sand hjælp begynder med ydmykelse:

Hjelperen maa først ydmyge seg under den, han vil hjælpe,  
og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste,  
men den taalmodigste,

at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret,  
og ikke forstaae, hvad den anden forstaar:"

*Søren Kierkegaard, 1895*

## Sammendrag

Denne oppgaven tar opp utfordringer vi som sykepleiere står overfor i forhold til å motivere personer som enten står i fare for å utvikle diabetes-2, eller nylig har fått diagnosen, og har behov for å endre livsstil. Vi har valgt å gjøre en litteraturstudie i denne oppgaven, som har fått tittelen;

### **... å motivere til mestring**

I oppgaven har vi blant annet valgt å se nærmere på hvordan den innledende relasjonsbyggingen og kommunikasjonen med pasienten har betydning for den videre prosessen mot atferdsendring, sett i lys av blant annet empowermentbegrepet, motivering, veiledning og opplæring.

I den forbindelse tok vi med diktet "Om at hjelpe" av Søren Kierkegaard da vi mener han her tar for seg mye av essensen i sykepleier pasient relasjonen.

Problemstillingen vi har kommet frem til er:

*Hvordan kan vi som sykepleiere motivere pasienter med diabetes-2, til å gjennomføre helsefremmende livsstilsendringer?*

For å kunne motivere en pasient med diabetes-2 har vi kommet frem til at vi bør opprette en god profesjonell relasjon med pasienten, som bygger på tillit og likeverd. Vi må besitte nødvendig kunnskap om sykdommen, og om de mest hensiktsmessige metodene for å fremme atferdsendring. Empowerment er et sentralt begrep i denne prosessen. Det er pasienten selv som har ansvar for egen helse, men vi må fremme pasientens egen vilje til å ta dette ansvaret, og støtte han til å gjennomføre de nødvendige endringene.

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sammendrag .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Innholdsfortegnelse .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1 Innledning .....</b>   | <b>6</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema .....   | 6         |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling .....                                     | 6         |
| 1.3 Presentasjon av tema, begrepsdefinisjoner og avgrensning av oppgaven..... | 7         |
| 1.4 Målet med oppgaven .....  | 9         |
| <b>2 Metodedel.....</b>   | <b>9</b>  |
| 2.1 Valg av metode.....   | 9         |
| 2.2 Hvor og hvordan fant vi litteratur?.....                                  | 9         |
| 2.3 Kildekritikk .....  | 10        |
| <b>3 Teoridel .....</b>   | <b>10</b> |
| 3.1 Joyce Travelbees samhandlingsteori.....                                   | 11        |
| 3.2 Helsefremmende livsstilsendringer .....                                   | 11        |
| 3.3 Relasjonen sykepleier – pasient .....                                     | 13        |
| 3.4 Motivering .....  | 14        |
| 3.5 Atferdsendring.....   | 17        |
| <b>4 Drøftingsdel.....</b>  | <b>22</b> |
| 4.1 Sykepleieren i rollen som veileder og motivator .....                     | 23        |
| 4.2 Undervisning/informasjon.....   | 24        |
| 4.3 Kommunikasjon .....   | 26        |
| 4.4 Livsstilsendringer .....  | 26        |
| <b>5 Konklusjon.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>6 Litteraturliste: .....</b>   | <b>30</b> |
| 6.1 Bøker: .....  | 30        |
| 6.2 Internett/artikler:.....  | 32        |
| 6.3 Vedlegg: .....  | 33        |

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleiestudenter som har skrevet en hovedoppgave om hva vi som sykepleiere kan gjøre for pasienter med diabetes-2, i form av rådgivning og motivering for at de skal kunne foreta helsefremmende livsstilsendringer. Vi ser jo at diabetes er et stort tema, og må snevre oss inn mot noe vi mener er interessant å fordype seg i. Diabetes-2, er et stadig økende helseproblem, der forskning viser at en sunn aktiv livsstil både kan forebygge og redusere omfanget av sykdommen. Når vi skal ut i arbeidslivet vil diabetes være en sykdom vi med stor sannsynlighet vil ha befatning med. Det vil da være av stor betydning at vi har gode kunnskaper om behandlingsopplegg, forebyggingsarbeid og livsstilsendringer. Vi mener derfor det kunne være interessant å se nærmere på hvilken rolle sykepleiere kan ha i det å hjelpe pasienter til å finne motivasjon til å gjøre de nødvendige endringene.

En kan jo også stille seg et spørsmål i forhold til når denne motiveringsprosessen begynner. Her kan vi vise til en observasjon et av gruppemedlemmene gjorde. Det var i vår første sykehuspraksis at en av oss fikk høre fra en diabetessykepleier på poliklinikken at et av problemene hennes var at en del av pasientene ikke møtte opp til de avtalte timene. En tanke som da slo oss spesielt var: Hvordan skal en da kunne drive rådgiving og motivering, når man ikke engang får pasienten i tale?

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt å skrive om diabetes-2, og har kommet frem til denne problemstillingen:

*Hvordan kan vi som sykepleiere motivere pasienter med diabetes-2, til å gjennomføre helsefremmende livsstilsendringer?*

Gjennom arbeid med problemstillingen vil vi blant annet belyse nødvendigheten av å oppnå en hensiktsmessig relasjon med pasienten for å få muligheten til å være en motiverende faktor i pasientens vei mot en indre motivasjon til å gjennomføre sine livsstilsendringer.

### ***1.3 Presentasjon av tema, begrepsdefinisjoner og avgrensning av oppgaven***

Vi vil her presentere tema og redegjøre for hva vi legger i noen sentrale begrep i problemstillingen og de avgrensninger dette gir i forhold til oppgaven. Temaet i oppgaven dreier seg om hvordan vi som sykepleiere skal kunne motivere til at personer i alderen 40-65 år, som står i fare for å få eller nylig har fått diabetes type 2, skal finne motivasjon til helsefremmende livsstilsendringer. Når det gjelder de som står i fare for å utvikle sykdommen, vil det her begrense seg til dem som av en eller annen årsak kommer i kontakt med helsevesenet og blir oppfattet å være i faresonen for å utvikle diabetes-2.

I denne oppgaven vil sykepleier være definert som sykepleier i funksjon eller rolle der det vil være et naturlig ansvarsområde å skulle ha oppfølging av pasienter med diabetes. Det være seg for eksempel på poliklinikker eller lege-/helsesenter.

Motivasjon er noe vi i dagligtalen kanskje vil definere som ”noe som skaper interesse, noe man har lyst til å gjøre”. McClelland (1987) mener motivasjon er selve drivkraften som ligger til grunn for de handlinger vi bestemmer oss for å utføre, og er derfor en grunnleggende faktor i forståelsen og forklaringen av vår atferd (Barth m.fl, 2001, Grasaas m.fl, 2004). I denne oppgaven er motivasjon, eller det å motivere til, relatert til å gjennomføre livsstilsendringer. Med livsstilsendringer mener vi de faktorer som er nødvendig i forhold til å forebygge utvikling av, eller forhindre videre utvikling av diabetes-2. Det vil da i hovedsak dreie seg om endringer av kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon.

Diabetes mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom, og dens karakteristiske trekk er høyt blodsukker og metabolske forstyrrelser. Dette skyldes absolutt eller relativ insulinmangel, ofte sammen med insulinresistens. Insulin et hormon som produseres i bukspyttkjertelen, og har blant annet som oppgave er å senke glukosekonsentrasjonen i blodet (Almås, 2005). Diabetes har vært en kjent lidelse i lang tid. Første gang beskrevet på papyrusruller funnet for omtrent fire tusen år siden. Behandlingen ble radikalt forbedret da insulin ble oppdaget i 1921, noe som åpnet mulighetene for et lengre og bedre liv for diabetikerne. Differensieringen av diabetes (type 1 og 2) kom i 1960-70 årene (Vaaler, 2004). Diabetes rammer 2-3 % av befolkningen i Norge, og omtrent 4 av 5 av de som rammes, har diabetes-2. Denne formen for diabetes kaltes tidligere for aldersdiabetes, da lidelsen ofte ikke inntreffer før fra førti års alder eller eldre. De siste årene er det imidlertid registrert en økning i antallet diabetes-2 pasienter i alderen tjue til tretti år. Det er allikevel i aldersgruppen fra 40 år og oppover at forekomsten er størst, og den øker kraftig i takt med stigende alder. Så mye som halvparten av dem som blir

diagnostisert, er over 70 år, og omtrent 10 % av alle syttiåringer har diabetes (Almås, 2005, Jacobsen m.fl, 2006, Skafjeld, 2002, Wyller, 2005). Av helsevesenets totale ressurser, går 7 % til diabetes, og hovedtyngden av disse midlene går til behandling av diabetiske senkomplikasjoner (Vaaler, 2004). Årsakene til at diabetes utvikles er en kombinasjon av arvelig disposisjon og miljøfaktorer, men det er ennå uklart hva som ligger bak selve sykdomsprosessen (Norges Diabetesforbund). Tørste, hyppig vannlating, slapphet, tretthet, tiltaksløshet og vekttap, er noen av symptomene på diabetes. Ved diabetes-2 vil symptomene være lette å overse, da de ofte kommer gradvis over tid. Når det gjelder arvelig disposisjon, vil diabetes-2 hos en av foreldrene føre til at sjansen er stor, men har begge foreldrene det, må en regne med å utvikle sykdommen i løpet av livet (Strand, 2005).

Forebygging av komplikasjoner eller senskader, er en av hovedgrunnene til vårt ønske om å motivere diabetes-2 pasienter til å gjennomføre livsstilsendringer.

Senskader, eller langtidskomplikasjoner kan forenklet deles i tre grupper. Det er mikrovaskulære-, makrovaskulære- og infeksjonskomplikasjoner. Alle komplikasjonene ser dog ut til å ha sin årsak i forhøyede blodsukkerverdier over tid. Faren for makrovaskulære komplikasjoner som hjerteinfarkt og hjerneslag, er spesielt stor hos pasienter med diabetes-2, da hovedtyngden av disse, har høyt blodtrykk, dyslipidemi, og lider av overvekt. Disse plagene går under fellesbenevnelsen ”det metabolske syndromet”, og gir en forhøyet risiko for hjerte- og karsykdommer (Almås, 2005, Jacobsen m.fl, 2006, Wyller, 2005).

Det forebyggende helsearbeidet blir delt i to grener, det er sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Det helsefremmende arbeidet konsentrerer seg om å forebygge dårlig helse ved å redusere eller fjerne faktorer som gir sykdom, skade eller tidlig død. Det er flere faktorer som kan påvirke helsen vår, blant annet genetiske og biologiske faktorer, atferd og psykologiske væremåte, miljø og omgivelser, eller helsetjenestene, det vil si behandling, omsorg og pleie (Mæland, 2005). Flere større undersøkelser viser at man ved å følge opp livsstilsråd i et strukturert intervensjonsprogram, kan ha gode muligheter for å forebygge diabetes hos risikoindivider (Birkeland, 2002). Disse risikoindividene er i hovedsak personer med nedsatt glukosetoleranse (Berg, 2000). Problemet i forhold til å iverksette tiltak rettet mot disse individene, er at det ikke er så lett å kartlegge dem. Et eksempel er fra en amerikansk undersøkelse, der man for å skaffe omtrent 3.000 deltakere til undersøkelsen, måtte gjennomføre over 30.000 glukosebelastningstester, og screene over 350.000 personer. Andre



og kanskje enklere strategier, kan være å rette innsatsen mot overvektige personer, barn av type 2 diabetikere, eller personer med risiko for hjerte- karsykdom (Birkeland, 2002).

Da temaet er stort, og oppgaven har en ramme på maksimalt 8800 ord, vil dette naturlig legge begrensninger for hva vi kan få med i oppgaven.

#### ***1.4 Målet med oppgaven***

Målet med denne oppgaven er å få en bedre innsikt i hvordan vi som sykepleiere kan bistå pasienter som på grunn av sin sykdom må endre sin atferd eller livsstil. Selv om vi i denne oppgaven har rettet oppmerksomheten mot en spesifikk gruppe, er vi av den oppfatning at denne oppgaven vil gi oss et generelt bedre teoretisk og reflektorisk grunnlag til å møte pasienter som er rammet av sykdom eller plager som gjør at de har behov for motivering og veiledning til å mestre sin hverdag.

## **2 Metodedel**

### ***2.1 Valg av metode***

I denne oppgaven har vi en problemstilling som gjør det hensiktsmessig å benytte en kvalitativ metode. Ved å benytte denne metoden, har vi som mål å skape en bedre forståelse for hvordan vi som sykepleiere kan forholde oss i samhandlingen med pasienter som har behov for motivering og veiledning i forhold til endringer som må gjennomføres som følge av deres sykdom. Dette er problemstillinger som ikke gir noe svar der man kan samle inn harde fakta, systematisere og summere dem, og sette to streker under svaret. Her vil vi mer søke å tolke meninger og opplevelser. Disse svarene vil også være påvirket av vår førforståelse av temaet vi tar opp.

### ***2.2 Hvor og hvordan fant vi litteratur?***

Aktuell litteratur har vi funnet i pensumlitteraturen, ved litteratursøk i bibliotekets database, gjennom anbefalinger og utlån fra blant annet bibliotek og veileder, og ved å søke etter fag- eller forskningsartikler i ulike anbefalte databaser. Når vi søkte i bibliotekets databaser brukte vi søkeordene: diabetes 2, fysisk aktivitet, livsstilsendringer, motivering og ernæring. Da

diabetes er et tema det er skrevet mye om, fikk vi frem rikelig med litteratur, noe som gjorde at vi måtte stille oss selv en del kritiske spørsmål i utvelgelsen av litteratur. Ved å bruke problemstillingen vår, og holde oss til de områdene den omhandler, fikk vi redusert utvalget noe. Videre vurderte vi om opplysningene i litteraturen var sanne, gyldige og holdbare, og om resultatene bygget på anerkjent forskning. Da vi har utført søkene våre gjennom bibliotekets anbefalte sider, mener vi å ha dekning for kravene om anerkjent forskning, faglighet og gyldighet. De artiklene vi har brukt, er funnet ved å søke i: Vård i Norden, Tidsskriftet og i databasen ProQuest. For å få mest mulig oppdatert kunnskap, har vi valgt artikler datert etter år 2000. Fagbøker vi fikk anbefalt er også av nyere dato.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi er inneforstått med at litteratur i form av lærebøker og undersøkelser vil være sekundærlitteratur, og dermed påvirket av forfatterens tolkning og bearbeiding. Oppgaven vil følgelig være preget av våre vurderinger og tolkninger som vi gjør på grunnlag av vår førforståelse.

#### **2.3.1 Forskningsetikk**

Da denne oppgaven er en litteraturstudie, og ikke direkte behandler personopplysninger, har vi ikke vurdert forskningsetiske spørsmål i særlig grad.

## **3 Teoridel**

I denne delen av oppgaven vil vi legge frem en del teori som vi mener er relevant for temaet vårt, og den problemstillingen vi har kommet frem til. Vi har i arbeidet med denne oppgaven diskutert og vurdert hvilken teoretiker viss tanker samsvarer best med vår egen oppfatning av hva som vil være grunnleggende i en prosess der målet er å motivere og veilede pasienter med diabetes-2 til å foreta helsefremmende livsstilsendringer. Vi kom frem til Joyce Travelbees interaksjonsteori, da vi er av den oppfatning at selve grunnlaget i våre forsøk på å kunne veilede og motivere en pasient i en slik situasjon, er at det er etablert en relasjon som gjør et videre samarbeid mulig.

### **3.1 Joyce Travelbees samhandlingsteori**

Joyce Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der vi som sykepleiere hjelper pasienten til å forebygge sykdom, eller å mestre, og finne mening og håp i det å leve med en sykdom eller lidelse. Denne interaksjonen mellom sykepleier og pasient mener Travelbee er et forhold mellom to likeverdige mennesker, og ikke mellom rollene sykepleier og pasient. Sykepleieren må allikevel tilnærme seg pasienten ved å kommunisere på en intellektuell og målrettet måte, der sykepleieren terapeutisk bruker seg selv i samhandling med pasienten. Hun beskriver også hvordan denne relasjonen utvikler seg gjennom flere innledende faser fra det første møtet, gjennom utvikling av identiteter, empati og sympati, og til slutt en gjensidig forståelse og kontakt. (Kristoffersen m.fl, 2005).

Travelbee tar utgangspunkt i det individuelle og unike hos den enkelte, at mennesket er ”et enestående, uerstattelig individ, et engangs eksisterende vesen i denne verden”.

Hun sier videre at det er det unike individet som mottar sykepleie og ikke det generaliserte ”pasient” begrepet. Hun hevder også at det er pasientens opplevelse og den mening han legger i situasjonen som er det viktigste, og ikke den medisinske diagnosen (Kirkevold, 2005).

En annen definisjon på sykepleie, som hun er sitert på, er i norsk oversetting:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forbygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene”* (Kirkevold, 2005, Kristoffersen m.fl, 2005).

Selv om Travelbee her trekker inn familie og samfunn, er det i hovedsak det enkelte individ hennes teorier fokuserer på. Hun nevner dog pasientens families betydning for den syke i noen sammenhenger (Kristoffersen m.fl, 2005).

### **3.2 Helsefremmende livsstilsendringer**

Vi ønsker her å legge frem en del teori om kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon, og belyse de helsemessige fordelene det å legge om livsstilen kan gi for den pasientgruppen vi omtaler.

For personer med diabetes, uansett type, har omlegging av livsstil, ved å spise sunt og være fysisk aktiv, stor betydning for å unngå blant annet overvekt. Et essensielt stikkord for alle med diabetes, kan være regelmessig livsførsel. Disse endringene kan for personer med lette

tilfeller av diabetes-2, være nok til normaliser metabolismen og gjøre pasienten uavhengig av farmakologisk behandling (Wyller, 2005).

### **3.2.1 Kosthold**

Hovedtiltaket for personer med diabetes-2, er å legge om til et sunnere kosthold (Wyller, 2005). Kroppen bruker ca fire timer på å fordøye et måltid, omtrent like lenge påvirker måltidet blodsukkeret. Målet er å holde blodsukker jevnt, derfor vil anbefalingene gå på fire til fem måltider. Det er lettere å holde et jevnt blodsukker om en spiser små hyppige måltid, enn en spiser store og sjeldnere måltid (Aas og Haugum, 2006). Anbefalt kost for diabetikere, har stor likhet med dagens anbefalte normalkost. Det totale energiinntaket fordeler seg med et maksimalt inntak av fett på 30 %, der flerumettet fett bør utgjøre minimum en tredjedel. Videre bør kosten inneholde omtrent 15 % proteiner. De resterende prosentene bør bestå av sammensatte karbohydrater, og da særlig polysakkaridene som er de langsomt nedbrytbare karbohydratene og ufordøyelige karbohydrater (fiber). Det er anbefalt at under en fjerdedel av dette består av hurtig nedbrytbare karbohydrater (mono- eller disakkarider). Ulikheten mellom normalkost og diabeteskost ligger nok i hovedsak i sukkerinnholdet (Almås, 2005).

### **3.2.2 Fysisk aktivitet**

Tendensen i samfunnet er at det er stadig færre som prioriterer fysisk aktivitet. Enten det er i organiserte former, eller i aktiviteter på egen hånd. Der vi før hadde et fysisk kroppsarbeid, har nå tekniske hjelpemidler tatt over, noe som fører til mindre utfordringer på det fysiske plan. Det viser seg fra undersøkelser at mennesker som ikke er vant til fysisk aktivitet fra barnsben av, har enda vanskeligere for å begynne med slike aktiviteter i voksen alder. Forskningen viser at fysisk inaktivitet er en viktig faktor for utvikling av mange kroniske sykdommer. Innenfor forebyggende helsearbeid er det å få disse fysisk innaktive personene til å bli mer fysisk aktive, en av de største utfordringene i dag. Mosjon, trening og fysisk aktivitet er delvis sammenfallende begreper. Verdens Helseorganisasjon (WHO) (i Grasaas) definerer fysisk aktivitet, som alle former for bevegelse. Dette kan være dagligdagse aktiviteter som blant annet rengjøring, eller det å sykle eller gå tur. Organisasjonen anbefaler at vi er fysisk aktive i minst en halv time hver dag. Vi vil da oppnå en helsemessig gevinst gjennom en bedring av de metabolske prosessene (Grasaas m.fl, 2004). En finsk undersøkelse viser at

fysisk aktivitet, der lengden på aktiviteten i større grad enn intensiteten, hadde gunstig effekt på risikoen for å utvikle diabetes. Forsøkspersonene var utrente, overvektige personer mellom 40 og 65 år med nedsatt glukosetoleranse, og var i risikozonen for å utvikle diabetes-2 (Laaksonen m.fl, 2005).

### **3.2.3 Vektreduksjon**

Overvekt, i kombinasjon med lite fysisk aktivitet, øker insulinbehovet (Wyller, 2005). Statistisk er mellom 60 og 70 % av de med diabetes-2 overvektige, og hadde hatt store helsemessige fordeler av en vektreduksjon. En vektnedgang på mellom 5 og 10 % vil senke blodsukkeret og redusere behovet for insulin (Jacobsen m.fl, 2006). Overvekt nedsetter cellenes insulinfølsomhet og dermed effekten av insulinet (Sortland, 2004). Overvekt vil være med å forverre blodsukkerkontroll og dyslipidemi, samt øke blodtrykket og risiko for hjerte-karsykdommer og gir en del subjektive symptomer. Noen diabetesmedikamenter (sulfonylurea) øker kroppsvekten, og kan være en årsak til at diabetespasienter vanskeligere oppnår vektreduksjon enn andre overvektige. I sammenheng med diabetes er behandling av overvekt mer en symptomlindring, enn helbreding, men vil være effektiv mot andre sykdommer som er uheldig for diabetespasienten (Vaaler, 2004).

### **3.3 *Relasjonen sykepleier – pasient***

Vi vil søke å synliggjøre en del momenter med betydning for hvordan vi kan opptre, og kommunisere med en pasient i oppbyggingen av en relasjon med hensikt å motivere pasienten til livsstilsendringer.

I helsefaglig sammenheng brukes relasjonsbegrepet om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Først og fremst om forhold mellom to mennesker. Dette har med medmenneskelige relasjoner å gjøre; en samhandling. I kommunikasjon overfører en, eller deler tanker og følelser med andre mennesker (Eide og Eide, 2005).

I møte med pasienten må en først og fremst bygge en hensiktsmessig relasjon. I dette arbeidet er det viktig å kjenne pasienten, møte pasienten der han er for å bygge opp tillit og fortrolighet, samt å ansvarliggjøre pasienten i forhold til egne valg og egen helse. Å møte pasientene enkeltvis eller i små grupper er gunstig i forhold til relasjonsbygging. Relasjonen en har med pasienten vil igjen påvirke kommunikasjonen, slik at følelser, holdninger, tanker

og meninger blir involvert. Det å ha bevissthet om hva som handler om pasient og hva som handler om en selv er viktig for å unngå overføring og motoverføring. En tillitsfull og dynamisk relasjon med pasienten vil en kunne oppnå ved å støtte og bekrefte, dele tanker, erfaringer, reaksjoner og kunnskap i forhold til pasientens anliggende (Tveiten, 2007). For å oppnå en best mulig profesjonell relasjon med en pasient, er det tre forutsetninger som må være til stede. Det er empati, fagkunnskap og målorientering. Empati, eller evnen til medfølelse, som i profesjonell sammenheng også innebærer å formidle til pasienten at du har denne medfølelsen. Fagkunnskap, eller sykepleiefaglig kompetanse, er den andre forutsetningen for å oppnå en god relasjon med pasienten. Den tredje forutsetningen, målorientering, bygger på empati og fagkunnskap. Målorientering har med viljen og evnen til å la en faglig overordnet målsetting legge føringer for kommunikasjonen med pasienten (Eide og Eide, 2006).

### **3.3.1 Tillit**

Ifølge Løgstrup (1956) er tillit noe naturlig som oppstår mellom mennesker som møtes. Tillit kan ikke skapes av oss, men vi kan legge til rette for at tillit oppstår. Tillit kan oppnås, gjennom våre holdninger og handlinger overfor pasienten. Sykepleierens holdninger vises gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, og handlingene vises ofte gjennom ”kunstutøvelsen” i sykepleie. Tillit er et vesentlig aspekt ved relasjonen med pasienten. Vi må ha tid og rom for samtale. Videre må sykepleieren være slik at pasienten våger å legge sin sårbarhet i hennes hender. Tillit skapes ved å se pasienten, være interessert i han, ville han vel, være lyttende, respektere han og forholde oss til han med respekt (Brinchmann, 2005, Eide og Eide, 2006).

### **3.4 Motivering**

Pasientens psykiske tilstand, og hvor motivert pasienten er for å motta informasjon og opplæring, vil være noe av det første vi som sykepleiere bør kartlegge. En individuelt tilpasset undervisning er anbefalt. Pasientens motivasjon for å lære, legger grunnlaget for vårt videre arbeid. Sykepleieren må forsøke å stimulere pasientens indre motivering, som vil si at pasienten har forstått livsnødvendigheten av å ha kjennskap til, og forstå hva han må lære. Denne indre motivasjonen er i det lange løp av mye større betydning for en persons atferd,

enn den ytre motivasjonen som fordrer gjentatt premiering for å ha effekt (Almås, 2005). Den indre motivasjonen drives frem av et ønske om å være kompetent og mestrende. Dette kan føre til at vi velger aktiviteter som gir oss denne opplevelsen (Bunkholdt, 2005). Flere større studier viser at sosiale relasjoner, gjennom støtte og deltakelse, har positiv innvirkning på folks mosjonsvaner. Motivering fra andre oppgis å være en av de viktigste grunnene til at de begynte med fysisk aktivitet. Denne nære direkte kontakten mellom mennesker, hevdes å være den faktoren som gjør at vi omsetter vår kunnskap om at aktivitet fremmer helse, til praktisk handling. Sett i forhold til å skulle fremme atferdsendringer ser det ut til at en nær og personlig kommunikasjon har betydelig større effekt enn kommunikasjon formidlet av massemedier (Grasaas m.fl, 2004).

### **3.4.1 Kommunikasjon**

Hensikten med kommunikasjon i forholdet sykepleier pasient, har to sider. Man har prosessen en går igjennom for å etablere et tillitsforhold og bli kjent med pasienten, og man har den målrettede hensikten å utveksle mest mulig informasjon for å kunne gi best mulig behandling. Kommunikasjon kan deles i de to hovedkategorier. Den verbale kommunikasjonen, som formidles gjennom språket vårt, enten i skriftlig eller muntlig form, eller den nonverbale kommunikasjonen der vi signaliserer ved bruk av for eksempel mimikk, toneleiet i stemmen, kroppsbevegelser, eller berøring.

Det krever gode kommunikasjonsferdigheter å skulle bistå en pasient til å oppnå mestring av atferdsendringer for å få en forbedret livskvalitet. En skal kunne mestre en problemløsende dialog, og kunne lytte til pasienten. Som hjelpere bør vi ha evne og vilje til å fremheve pasientens indre og ytre ressurser, og hjelpe ham til en best mulig tilpasning til hans nye livssituasjon (Eide og Eide, 2006).

### **3.4.2 Empowerment**

Empowerment oversettes med bemyndige, livsstyrketrening eller styrking. WHO definerer empowerment som ”*en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse*”. Empowermentbegrepet står sentralt i alt helsefremmende arbeid, og deltagelse er et nøkkelord. Det vil si at pasienten er delaktig i avgjørelser som har med hans eget liv og helse å gjøre (Tveiten, 2007). Pasienten har rett til medvirkning og rett

på informasjon, i følge pasientrettighetsloven § 3- 1 og 3- 2 (1999). Empowermentbegrepet er komplekst og er lettere å definere i forhold til motsatsen. Fravær av empowerment kan beskrives som reell eller innbilt maktesløshet, hjelpeløshet, fremmedgjøring og opplevelse av ikke å ha kontroll over eget liv. Empowerment på individnivå handler om selvkontroll, tro på egen evne og mulighet til mestring. En analyse av Empowerment begrepet kan i følge Gibson (1991) sees på som et resultat eller en prosess, der resultat betraktningen viser til en egenskap eller kvalitet. Sammenlignet med tradisjonelle virkemidler, der man bokstavelig forteller pasienten hva han skal eller bør gjøre, vil nok empowermentprosessen kreve mer av både tidsbruk og arbeidsinnsats. Fordi en her mer skal bistå pasienten i en prosess der han selv skal finne ut hva han bør og skal gjøre. Gjennom prosessen kan den enkelte oppnå større kontroll over sitt liv. Sykepleieren må respektere at den enkelte pasient har hovedansvaret for sin helse, og at sosiale aspekter av helse må vektlegges og respekteres. Det må være gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient, og samhandlingen må preges av likeverd og maktfordeling i relasjonen. Sykepleieren sin rolle vil være å styrke og støtte pasienten ved å se ham som en likeverdig partner i helseteamet. Videre har maktaspektet en vesentlig rolle i empowermentprosessen. Dette fordi helsepersonell har mer kompetanse i form av fagkunnskap, vi har makt og myndighet til å bestemme hvilke tilbud som skal tilbys, hvilken behandling som skal tilbys med mer. Empowerment kan oppnås gjennom bevisstgjøring og samarbeid. Ved at pasientens iboende kraft og muligheter blir styrket og ledet gjennom deltagelse i helseteamet. Med vilje og evne til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse, kan alle utvikle empowerment. En kan også utvikle engasjement, opplevelse av kontroll og evner til å se på problemer som utfordringer, gjennom prosessen. Pasient og sykepleier må sammen reflektere over pasientens oppfattning av sykdommen og hans muligheter, og hva pasienten klarer å endre på i egenomsorgen sin. For så i fellesskap å utvikle et program som begge kan akseptere eller avslå, og en trinnvis implementering av programmet. Dermed vil målet om å få kontroll over egen helse bli pasientens eget (Tveiten, 2007).

### **3.4.3 Veiledning**

Et sentralt begrep i den selvstendige funksjonen til sykepleieren, er veiledning. Sidsel Tveiten (2001) mener at veiledning er å tilrettelegge for oppdagelse, læring, og mulig endring. Personer med nyoppdaget diabetes har ifølge lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 (1999), rett på startopplæring ved sykehusene. Undervisning er omfattende og dreier seg om



kunnskapsformidling i planlagte læresituasjoner. Veiledning dreier seg om formidling av kunnskap i et situasjonsbestemt læringsbehov. Forskjellen på undervisning og veiledning ligger i at der undervisning i stor grad gir svar, er veiledning å hjelpe den som veiledes til selv å finne svar (Almås, 2005, Mekki og Pedersen, 2004, Tveiten, 2001, Vaaler, 2004).

Opplæring og motivasjon er viktige bestanddeler i behandlingen av diabetes. Kroniske sykdommer, som diabetes, er et godt eksempel på lidelser der godt samarbeid mellom ulike kategorier helsepersonell behøves for å gi best mulig oppfølging til pasienten (Jacobsen m.fl, 2006). En person som har fått diagnosen diabetes, vil for å kunne mestre sin nye hverdag, ha behov for en god del informasjon, undervisning og praktisk opplæring, samt veiledning. Det vil være essensielt for det videre sykdomsforløp og prognose, hva denne første undervisningen eller veiledningen inneholder og hvordan den blir lagt frem. Målsettingen med et undervisningsopplegg, er at pasienten gjennom å tilegne seg og besitte tilstrekkelig med praktiske ferdigheter og kunnskap, skal være trygg nok, og i best mulig stand til å mestre sin sykdom på egenhånd. Mestring er et viktig moment for at pasienten skal oppnå trygghetsfølelse, det motsatte vil være å oppleve nederlag. For å unngå opplevelsen av nederlag, kan det være hensiktsmessig å ikke ta for store steg av gangen. I oppstarten vil behandlingsapparatet ha en mer tydelig og styrende rolle i opplegget rundt pasienten, men målet er på sikt å innta en veileder/rådgiver rolle, der pasienten selv tar ansvar for sin hverdag, og vi mer fungerer som konsulenter (Almås, 2005).

### **3.5 Atferdsendring**

#### **3.5.1 Sosialpsykologiske modeller for atferdspåvirkning**

Atferdsvitenskapelige modeller tar i hovedsak utgangspunkt i psykologiske teorier som tar for seg kognitive og følelsesmessige atferdspåvirkninger av individet. Teoriene kan derfor kritiseres for ikke å ta særlig hensyn til de biologiske- eller miljømessige forholdenes innvirkning. Ser vi på modernitetsutviklingen, er mange av de miljømessige påvirkningsfaktorene, som materielle eller sosiale rammer, borte eller forandret. Mennesket står mye friere i valgene av hvordan vi vil innrette livene våre. Her har vi de helsemessige valgene som et eksempel (Mæland, 2005).

”KAP-modellen” (Knowledge-Attitude-Practice) eller som den er oversatt til norsk: *kunnskap påvirker holdning, som igjen påvirker atferd*. Er en enkel, men allikevel kanskje den mest

brukte modellen for forklaring og påvirkning av atferd. Det er imidlertid utført en rekke undersøkelser som påviser svakheter ved denne modellen. De viser blant annet at sammenhengen mellom holdning og atferd, er relativt svak, og at den påvirkningsgraden kunnskap har på helserelatert atferd er noe begrenset. Om det er holdningen som påvirker atferden, eller om vi inntar den holdningen som passer vår atferd best, er uklart. En bedagelig sofasliter, vil for å forsvare sin livsstil, gjerne ha en noe negativ holdning til fysisk aktivitet (ibid).

”The Health Belief Model” eller modellen om helseoppfatninger som er den norske oversettelsen, bygger på avveiningen mellom fire forhold. Hvor stor er trusselen i form av hva er det vi kan rammes av (alvorlighetsgraden), og hvor stor er sjansen for å bli rammet (sannsynligheten)? Dette veies opp mot en eventuell gevinst (risikoreduksjon), og eventuelle hindringer (omkostninger). Sjansen for at en person gjennomfører en atferdsendring vil da være større jo større trusselen/gevinsten er. Modellen, som ble utviklet i 1960 årene av sosialpsykologer i USA, virker å ha svakheter i forhold til å kunne forklare personers valg av handlinger relatert til helse. Den har allikevel noen viktige momenter i seg. Blant annet tar den for seg de mentale hindringene som motvirker atferdsendring. Disse her og nå hindringene kan ofte veie tyngre i vurderingene enn de langsiktige fordelene av en atferdsendring. Har en vært rimelig inaktiv, kan oppstart av fysisk aktivitet bringe med seg en del hindringer i form av utstyrskostnader, kroppslig ubehag og bruk av tid. Selv de beste planene kan bli skrinlagt, dersom summen av hindringer blir for stor. Modellen poengterer at det ofte inntreer et utløsende moment, ofte en ytre hendelse, som iverksetter handling. Det kan være stor mediedekning av et helseproblem, sykdom eller risiko for sykdom hos en selv eller i nær tilknytning (ibid).

”The Theory of Reasoned Action”, teorien om overveide handlinger bygger på tanken om at en planlagt handling forhåndsavgjøres og styres av en hensikt (intensjon) om å handle. Atferd er et resultat av hvordan vi personlig oppfatter og vurderer en sak (personlige holdninger), i kombinasjon med motivasjon og hva en tror andre mener om saken (subjektive normer). Med andre, menes her nære eller viktige personer. Dette kan være foreldre eller venner, eller autoritetspersoner eller idealer. Nyere forskning har vist at sosiale normer og sosiale miljøpåvirkninger er de forholdene som i størst grad forklarer helserelatert atferd (ibid).

”Sosial kognitiv teori” er utviklet av atferdsteoretikeren Albert Bandura og er en videreutvikling av hans teori om sosial læring. Han setter de valgene vi gjør i sammenheng

med våre kognitive forestillinger, slik at vi kan utnytte andres erfaringer i tillegg til de vi erfarer selv. Begrepene mestringsforventning (self-efficacy) og resultatforventning (outcome efficacy) mener Bandura står sentralt i et menneskes vurderinger og valg i forhold til atferd. En person må tro på egne evner for å forsøke, og han må tro at handlingen gir det ønskede resultat. Resultatforventningen har i hovedsak innvirkning på motivasjonen, og mestringsforventningen påvirker beslutningen om å gjennomføre handlingen og selve gjennomføringen (ibid).

Kombinasjoner, eller mer omfattende modeller, av flere av disse teoriene er forsøkt i de senere årene. ”The Theory of Planned Behavior” (Teorien om planlagt atferd) er en av disse. Den har grunnlaget fra teorien om overveide handlinger, men trekker også inn mestringsforventning, eller opplevd atferdskontroll (Mæland, 2005).

### **3.5.2 Metoder for individuell atferdspåvirkning**

Opplevd atferdskontroll eller mestringsforventning kan påvirkes på flere måter. Det kan være gjennom egen erfaringer. Det å lykkes, vil være den beste måten å bygge opp under troen om at en skal kunne mestre en gitt atferd. Følelsen av å mislykkes har da den motsatte virkningen. I en prosess for å oppnå atferdsendring, vil det da være uheldig å ta for store steg i begynnelsen, da dette vil øke risikoen for å ikke lykkes, og hele forsøket kan stoppe opp. Ved å ta atferdsendringen i små etapper med stor sannsynlighet for mestringsoppnåelse, vil de positive erfaringene hjelpe en videre i prosessen (Mæland, 2005).

Modell-læring vil si at man ser på andre, og etteraper deres atferd. For at modellen skal være et best mulig forbilde, bør det være en del fellestrekk. Det kan være det at modellen befinner seg i en noenlunde lik situasjon. For et barn kan det være et litt eldre barn. Det er også en fordel om rollemodellen har en viss anseelse i det aktuelle miljøet (ibid).

Fra tiden på skolebenken har nok de fleste stiftet bekjentskap med overtalelse, eller verbal påvirkning, som påvirkningsform. Det kan være i både muntlig eller skriftlig form, og har stort sett til hensikt å endre resultatforventningene. I forhold til å fremme atferdsendring, har denne metoden hatt mindre effekt, da mestringsforventningene ikke påvirkes i samme direkte grad (ibid).

Fysiologisk-affektiv tilstand. Fysisk ubehag kan få personer til å avstå fra en handling.

Trening kan være så anstrengende at det av komfort hensyn er lett å finne på unnskyldninger for å la være å trene, selv om du vet at du har fordeler av å trene. Mentale hindringer som

bekymring eller engstelse, er andre faktorer som kan hemme en persons atferd. Samtidig kan spenningen over å prøve noe ukjent være en stor motivasjonsfaktor. For å kunne påvirke en persons mestringsforventning, uten å skape for store negative fysiologiske opplevelser av endringen, kan en forsiktig trinnvis overgang være bedre enn en stor og brå (ibid).

Endringsfokusert rådgivning bygger MI (Motivational Interviewing) og begge er metoder for å motivere til atferdsendring der fokuset ligger på om det vil komme en endring eller ikke, og ikke så mye på hvordan endringene vil forløpe. En motiverende samtale av denne formen er klientsentrert og ønsker å gi pasienten mulighet til å hente frem egen motivasjon gjennom refleksjon over egen situasjon. I noen tilfeller er det første steget i hjelpen, å få pasienten i gang med refleksjonsprosessen (Barth m.fl, 2001, Barth og Näsholm, 2007).

### **3.5.3 Stadier for atferdsendring**

*Før-overveielse* (ignorering): Pasienten ser ikke atferden som et problem på dette stadiet, og ser ofte ingen grunn for å endre på denne. Han viser liten interesse for informasjon og veiledning. Utløsende faktorer som sykdom kan være et moment som påvirker til endring. For eksempel jo mer en pasient føler seg truet og jo mer positive resultater en kan forvente, kan være en motiverende faktor til å endre atferden.

*Overveielse*: På dette stadiet ser pasienten at han har et problem, og vurderer om dette skal endres. Pasienten er i dette stadiet mer påvirkelig, og påvirkningsfaktorene knytter seg primært til resultatforventning, normativ påvirkning og mestringspåvirkning. Diskrepans som forklares med disharmoni i opplevelse av to forhold. For eksempel nåværende atferd i forhold til ønsket fremtidig atferd. Sammen med ambivalens eller opplevelsen av motsetningene mellom pluss- og minusfaktorer ved egen atferd er det som driver og styrker en eventuell beslutning om atferdsendring.

*Forberedelse*: I denne fasen er pasienten kommet frem til beslutningen om at en endring må skje, og har startet planleggingsprosessen for gjennomføring av denne. Oppmerksomheten vil nå være rettet mot praktiske aspekter av endringsprosessen. Han legger opp en plan om hvordan han går frem, om det må skje brått eller gradvis, hva som kreves av innsats, hvilken støtte han trenger. Planen bygger på pasientens forestilling om atferden og forhold som kontrollerer denne. Er atferden forutbestemt vil pasienten prøve å forsterke sin egen motivasjon og forpliktelse, eller er atferden avhengig av ytre omstendigheter og støtte fra andre, vil pasienten planlegge etter disse forholdene.

*Handling:* Pasienten vil i denne fasen gjennomføre endringene og vil rette oppmerksomheten mot om endringene finner sted. Å være mentalt forberedt på at det kan oppstå vanskeligheter å ha planer for å møte på disse, kan være avgjørende.

*Vedlikehold:* Det vil ofte være vanskelig å endre atferd, men å holde fast på endringen vil ofte være vanskeligere. Etter hvert som atferden går over til rutine og handlingene blir automatiske, vil det være viktig å få innarbeidet disse og hindre tilbakefall. Ofte vil tidligere vaner bli forbundet med trøst, avspenning og belønning, og det vil derfor være viktig å ha alternative måter å mestre vansker som dukker opp.

*Tilbakefall:* Det vil ofte være vanskelig å endre atferd, men å holde fast på endringen vil ofte være vanskeligere. Når en prøver å bryte et avhengighetsmønster, vil de fleste oppleve tilbakefall til gamle vaner. De fleste tilbakefall vil komme tidlig i prosessen og blir ofte utløst av spesielle situasjoner. Opplevelsen av manglende kontroll ved tilbakefall vil ofte bli forsterket. At man har mislyktes vil ofte skape en indre dissonans eller manglende samsvar mellom det man ønsker å være og det man faktisk er. De fleste vil prøve å redusere denne dissonansen ved ulike mekanismer som å endre selvbildet eller svekke betydningen av tilbakefallet. Begge disse mekanismene vil sementere tilbakefallet. En tredje mulighet er å avbryte tilbakefallet og gjenoppta endringen, og på denne måten komme styrket ut av tilbakefallet. Gjennom refleksjon over tilbakefallet, vil en kunne opparbeide en strategi for å unngå lignende senere, samt å sette opp realistiske mål for fremtidig atferd (Barth m.fl, 2001, Barth og Näsholm, 2007, Mæland, 2005).

### **3.5.4 Mestringsteori**

Å få en diagnose på en alvorlig og kronisk sykdom vil for de fleste oppleves som en stressituasjon. Stress kan utløses av sykdom, krise, ulykker og død. Det en da gjør, for å komme ut av stressituasjonen eller krisen, kalles mestring. Menneskets indre og ytre ressurser er en forutsetning for mestring. De indre ressursene er personens evner og anlegg, kognitive ferdigheter, kunnskaper, erfaringer, utviklingsnivå og motivasjon. Mens de ytre er familie og sosiale nettverk, arbeid, utdanning, økonomi med mer (Knutstad og Nielsen, 2005). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som en *”kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet”*.

Mestring er et mål for veiledningen og det må derfor legges til rette for reell mestring, slik at pasienten mestrer sitt liv og helse vesentlig ut fra tro på og bruk av egne ressurser (Tveiten, 2001). Mestring består av bestrebelser og strategier for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter. Lazarus (1991) mener at når en person står overfor en mestringsutfordring, vil vurderingen av situasjonen skje på ulike nivå. Mestringsstrategier er det man gjør for å takle krav og utfordringer. Hvilken mestringsstrategi hver enkelt bruker for å takle den nye livssituasjonen og bearbeide følelsene sine på er svært individuelt. Den subjektive opplevelse av muligheten til å lykkes vil være sentral i valg av strategi.

*Primærvurderingen* er den umiddelbare kognitive vurderingen av situasjonen og hvilke krav en står overfor. En vil ofte tolke situasjonen ut fra hvor truende den er og hvordan den berører ens viktige verdier og mål. Resultatet blir enten nøytralt, positivt eller stressende.

*Sekundærvurderingen* er vurderingen av mulighetene en har til mestring, og hvilke konsekvenser ens valg vil få for fremtiden. Denne innbefatter personens følelser og sees som en oppsummering av hvilke ressurser en møter utfordringene med.

*Revurderingen* er totalvurderingen av situasjonen etter at mestringsforsøket er gjennomført. Om denne ikke er tilfredsstillende går en tilbake i en ny prosess og kan foreta en ny primær- og sekundærvurdering (Knutstad og Nielsen, 2005).

Lazarus og Folkmann skiller mellom to hovedformer innenfor mestring, problemfokuset mestring og emosjonelt orientert mestring. Ved en problemløsende mestring vil en prøve å sette fokus på den aktuelle situasjonen og forsøke å endre, avslutte eller løse vanskelighetene eller problemene som er knyttet til denne. Denne typen strategi velges ofte når personen i sin sekundærvurdering konkluderer med at han vil ha store muligheter til å mestre situasjonen. Ved en emosjonelt orientert mestring går strategien ut på å endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre den (Knutstad og Nielsen 2005).

## **4 Drøftingsdel**

Forekomsten av diabetes-2 har økt enormt siden siste verdenskrig og det ventes ytterligere økning i årene fremover. Forskning viser at 60-70% av de som får diabetes-2 er overvektige. Videre ser vi at omtrent 7 % av de totale helseressursene går til behandling av diabetesrelaterte senkomplikasjoner (jfr 1.3). Hvert menneske har ansvar for egen helse, og hva kan da vi sykepleiere bidra med for å snu denne trenden? Med utgangspunkt i

problemstillingen vår: ”*Hvordan kan vi som sykepleiere motivere pasienter med diabetes-2, til å gjennomføre helsefremmende livsstilsendringer?*” vil vi systematisere, analysere, vurdere og tolke funnene våre, i håp om å kunne gi noen svar i forhold til problemstillingen. En kombinasjon av arvelig disposisjon og miljøfaktorer som feil kosthold, lite fysisk aktivitet, overvekt og en del metabolske forstyrrelser er medvirkende årsaker til utvikling av diabetes (jfr 1.3). Hvordan kan vi så hjelpe de som står i fare for å utvikle eller har utviklet diabetes? Her vil stikkordene være kommunikasjon i relasjon med pasient, motivering, empowerment, brukermedvirkning, atferdsendring og informasjon i form av veiledning og undervisning og opplæring.

#### ***4.1 Sykepleieren i rollen som veileder og motivator***

Sykepleierens ansvar er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2007). De helsepolitiske retningslinjene pålegger helsepersonell å gi informasjon og opplæring av pasienter og pårørende (jfr 3.4.3). Når en har fått diagnosen diabetes vil dette kreve kunnskaper om sykdommen, akseptering av den og motivasjon for å mestre den. Da er det grunnleggende at vi som sykepleiere gir den veiledning/opplæring som pasienten trenger for å akseptere og mestre sykdommen. Ofte må pasienten ha hjelp i startfasen, da alt er nytt og en kanskje også har en stress/krisereaksjon. Etter at de har fått diagnosen, vil mange oppleve maktesløshet og usikkerhet som skyldes mangel på kunnskap om og kontroll av situasjonen de er i. Mange kan være umotiverte til å ta til seg kunnskap om sykdommen, behandlingen og fremtidsutsiktene. Det er viktig at vi som fagpersonell er bevisst vår måte å informere på. Det som er krystallklart for oss fagpersonell kan være uklart for pasienten. Her vil sykepleieren stå overfor utfordringer som krever både kunnskaps- og kommunikasjonsferdigheter. Brukermedvirkning vil også være sentralt i motivasjonsarbeidet, hvor en sammen med pasienten får sette opp en plan som pasienten selv og vi som sykepleiere har tro på. Målet må være kortsiktig og ikke for krevende, da det kan være demotiverende om pasienten ikke skulle mestre dette i tidlig fase. Motløshet må vi prøve å ta fatt i så snart som det dukker opp, dette gjør vi ved å være tilstede slik at pasienten føler tilhørighet og ivaretagelse. I det helsefremmende arbeidet er empowerment et sentralt begrep, hvor en ønsker at hvert enkelt individ skal oppnå en større kontroll over avgjørelser som har med egen helse å gjøre. Empowerment (jfr. 3.4.2) og brukermedvirkning er viktige faktorer

som vi som sykepleiere må ha mer bevissthet om i arbeidet vårt i forhold til hjelpen vi skal yte. Hjelpen vil bestå i undervisning, veiledning og kunnskapsutvikling i forhold til sykdommen og mestring av denne.

Vi har sett at livsstilsendring (jfr. 3.2) vil være gunstig i forhold til forebygging av sykdom, eller hindre/senke utviklingen av senkomplikasjoner og eventuelle andre alvorlige sykdommer. For å kunne gi helsefremmende hjelp til en pasient med en nyoppdaget diabetes eller en som er i "fasesonen", vil det være nødvendig å opparbeide en god relasjon til pasienten. Gjennom holdninger og handlinger vil en kunne opparbeide tillit, slik at pasienten føler seg ivaretatt og får følelsen av støtte til motivasjon og mestring. Denne pasientgruppen trenger undervisning, veiledning og opplæring for å kunne ta ansvar for og mestre sin sykdom. Det må til en atferdsendring. Her har vi som sykepleiere en sentral pedagogisk funksjon i forhold til disse pasientene. En ting som da er vesentlig er at vi møter pasienten der han er og gir veiledning og opplæring etter pasientens situasjon i nuet. Det vil være avgjørende for pasientens fremtidige situasjon og prognose. Undervisningen og veiledningens mål vil være at pasienten får så gode kunnskaper og ferdigheter at han mestrer sykdommen, samt han er motivert for å redusere eller forhindre senkomplikasjoner og eventuelle andre alvorlige sykdommer i størst mulig grad. Like viktig er det at pasienten føler seg trygg, slik at han kan styre og ta ansvar for sin diabetes. I startfasen vil det være naturlig å motivere til enkel og praktisk førstehjelp, som kosthold, blodsuktermåling og eventuelt insulinsetting. Dette vil være nok i første omgang slik at pasienten får tid til å "fordøye" den nyervervede sykdommen. Hva når han fraskriver seg ansvaret for egen helse? Vi ser her at sykepleierne står overfor en utfordring. Som tidligere nevnt er det viktig å møte pasienten der han er. Som sykepleierstudenter ser vi at det første besøket er av stor betydning. Det er her vi legger grunnlaget for hjelpen vi skal gi pasienten.

## ***4.2 Undervisning/informasjon***

Undervisning som har atferdsendring som mål, kan ha ulike fremgangsmåter. Det kan være en styrt form, hvor fagpersonellet forteller hva som skal skje, hvordan ulike ting skal fungere og så videre. Som for eksempel KAP modellen (jfr 3.5.1). Denne modellen sier at kunnskap påvirker holdning, som igjen påvirker atferd. KAP- modellen er mye brukt for forklaring og påvirkning av atferd. Men gjennom forskning og litteratur elles, viser det at denne modellen



har flere svakheter og er ikke lenger særlig egnet til formålet. Videre har man en samarbeidsform hvor pasient og fagpersonell jobber sammen gjennom samtale og samarbeid. Her vil pasienten kunne komme med sine følelser, sine meninger og sine ressurser, hvor fagpersonen vil ut i fra dette kunne gi en faktabasert informasjon.

Sosial kognitiv teori er en annen modell. Hvor mestringsforventningene og resultatforventningene er sentrale faktorer i arbeidet. Forskning og annen litteratur mener at den modellen hvor en samarbeider er den beste, hvor pasienten selv medvirker til behandlingsform og andre ting som er viktig i forhold til prosessen de skal gjennomgå.

Ved undervisning/informasjon er det viktig at vi møter pasienten der han er. I startfasen vil pasienten ofte være i en stresset situasjon, og vil dermed konsentrere sine krefter på å holde følelser og tanker under kontroll. Og lite energi til å takle de mer langsiktige problemene han står overfor. I oppstarten er det viktig at behandlingsapparatet har en mer tydelig og styrende rolle i opplegget rundt pasienten, men målet er på sikt å innta en veileder/rådgiver rolle, der pasienten selv tar ansvar for sin hverdag, og vi mer fungerer som konsulenter. Det vil være behov for et godt tverrfaglig samarbeid, slik at pasienten får optimal oppfølging. Denne prosessen vil ofte ta lang tid og mange vil oppleve at de får tilbakefall. Som vi ser det vil det da være viktig å være der, vise at vi bryr oss og være tålmodige i videre motiveringsarbeid. For de aller fleste vil dette gi følelse av ivaretagelse og vil motivere til å forsøke på nytt, og det vil være gunstig i forhold til videre motivering og arbeid med endringene som pasienten må gjennomgå for å få best mulig resultat (Almås, 2005). Det å høre til og bety noe for andre er en svært viktig motivasjonsfaktor for pasienter som må lære å leve i et varig endret livssituasjon. Derfor vil familie og det sosiale nettverket rundt pasienten være verdifulle ressurser, og bør trekkes inn i veiledningen og undervisningen så snart den første krisen har lagt seg.

Individuell undervisning vil være gunstig, om en legger opp undervisningen etter pasientens behov og interesser. Undervisningen må være relevant og individualisert, det vil si at det som blir formidlet er faktakunnskap om sykdom og at pasienten selv kan bestemme farten og eventuelt stille spørsmål. Videre skal den være handlingsorientert og konkret slik at pasienten får hjelp til å foreta de nødvendige endringene, samt at de får selv registrere hva de får til av endringer. Vi som sykepleiere må oppmuntre og gi gode tilbakemeldinger på disse endringene.

Undervisning basert på mindre grupper er også bra i forhold til systematisk læring, hvor deltagerne da kan lære av andres erfaringer. Dette kan være med å øke pasientenes evne til egenomsorg.

Informasjonsprogrammer, brosjyrer, videofilmer, PC og annet materiale kan være virkningsfulle om de inneholder relevant informasjon på en klar og tydelig måte og til rett tid. Men bør kombineres sammen med individuell informasjon (Mæland, 2005).

### **4.3 Kommunikasjon**

I forbindelse med observasjonen vi gjorde i sykehuspraksisen stilte vi oss følgende spørsmål, Hvordan skal en da kunne drive rådgiving og motivering, når man ikke engang får pasienten i tale (jfr. 1.1)? I følge Travelbee vil kjennskap til pasientens opplevelse av, og mening om situasjonen være viktigere enn den medisinske diagnosen, og dette vil kunne oppnås ved god kommunikasjon. Hun sier at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene vi som sykepleiere har, og vil være det fundamentale for å skape et menneske-til-menneske forhold. I kommunikasjon overfører en eller deler tanker og følelser med andre. Formålet med sykepleie er i følge Travelbee å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i disse erfaringene (jfr. 3.1). Både verbal og nonverbal kommunikasjon vil være en forutsetning for å oppnå dette, samt det må være samsvar mellom disse. Et eksempel kan være å spørre pasienten om hvordan han har det, eventuelt sette deg ned sammen med han, ha øyekontakt og kanskje holde han i hånden. Da vil det være samsvar mellom det verbale og det nonverbale. Vi mener at gjennom kommunikasjon vil vi sykepleiere kunne vise at vi bryr oss. Ved tilstedeværelse, blikkontakt og aktiv lytting, og på denne måten oppnå tillit og en god relasjon med pasienten. Sykepleieren ser det unike individet og hva konsekvenser sykdommen vil ha for ham.

### **4.4 Livsstilsendringer**

Usunt kosthold og fysisk inaktivitet kan gi oss en dårligere livskvalitet enn ønskelig og kan i verste fall føre til sykdom (jfr 1.3). Og omlegging av kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon vil være viktige faktorer for en livsstilsendring, og vil ha gunstig effekt i forhold til forebygging og redusering av senkomplikasjoner. Litteratur og forskningsartikler viser at et sunt kosthold har mye å si for helsen vår. I dagens samfunn får vi mange råd og

mye informasjon om hva et sunt kosthold og fysisk aktivitet betyr for helsen vår, likevel er det mange som synes disse rådene og informasjonen er vanskelig å følge. Med den lette tilgangen av sunne og usunne ingredienser, og med alle de fristelser som blir presentert, kan valgene være vanskelige. Samtidig med at mye av den fysiske aktiviteten som arbeidet krevde av oss før, i dag er blitt erstattet med tekniske hjelpemidler (jfr 1.3). Stadig flere mennesker er inaktive og nyere forskningen viser at motivering fra andre er en av de viktigste grunnene for å starte med fysisk aktivitet.

Dårlig blodsukkerkontroll viser seg å være uheldig både for diabetesen, overvekt og metabolske forstyrrelser (jfr 1.3).

Lært hjelpeløshet blir brukt om personer som er passive eller ikke har tro på egne evner til å lykkes i læresituasjoner. Seligman (1975) hevder at passivitet/liten tro på egne evner til å lykkes er innlærte erfaringer fra tidligere forsøk. Forskning har vært opptatt av attribusjonsmønsteret hos individer som er preget av lært hjelpeløshet. Attribusjon forklares med våre egne og andres handlinger og holdninger. Menneskene er konstant opptatt av å finne forklaring på eller årsak til hendelser. Hvor attribusjonsteori handler om årsaker til handlinger, seire og nederlag, og hvordan disse blir avgjørende i forhold til fremtidig motivasjon og prestasjon. Bernhard Weiner (1979) sin attribusjonsteori bygger på tre attribusjoner: *kontrollplassering, stabilitet og ansvar/kontrollerbarhet*. Det er nær sammenheng mellom tanker, følelser og handlinger. Tankene virker på følelsene og følelsene påvirker tenkemåten.

Årsakene til utvikling av diabetes, er som beskrevet tidligere, arv og miljø (jfr 1.3). Det som går på arv har vi liten innvirkning på, men miljøfaktorene kan vi påvirke gjennom opplæring, undervisning og veiledning. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid kan drives på ulike nivå. En har det individuelle nivå, som kan stimulere til helsefremmende prosesser, hvor pasienten selv kan være med å forebygge og fremme helsen sin. Men her vil det også være utfordringer for både pasient og sykepleier, pasienten må jobbe veldig med seg selv, slik at han kan mestre både det mentale og eventuelt vedlikehold og tilbakefall (jfr 3.5.3). Det neste nivået er det mellommenneskelige hvor en stimulerer til å jobbe i små grupper, og vil være et viktig nivå i det helsefremmende arbeidet. Lokalsamfunnet er og et viktig utgangspunkt for å drive helsefremmende arbeid. Her kan det legges til rette for å bedre det fysiske miljøet, skape møteplasser, nettverkskapende arbeid med mer. Skole og arbeidsplasser vil være strategiske arenaer for det helsefremmende arbeidet. Her vil mange mennesker være organisert i et fysisk

og sosialt felleskap, hvor et helsefremmende skole- og arbeidsmiljø vil være mer enn et trygt miljø, det vil også gi sosialt felleskap og grunnlag for personlig vekst.

Flere større undersøkelser viser at livsstilsråd i strukturerte intervensjonsprogram har en god effekt. Og nyere forskning viser at sosiale normer og sosiale miljøpåvirkninger forklarer helserelatert atferd i større grad.

Det helsefremmende arbeidet på samfunnsnivå vil dreie seg om helsepolitikk, rammer og innhold i helsesektoren. Vi trenger et velfungerende helsevesen, hvor helsetjenestene skal være behandlende, pleiende og ikke minst forebyggende og helsefremmende.

Kommunehelsetjenesten, og da spesielt primærhelsetjenesten er den aller viktigste da det er de som er mest i kontakt med menneskene. Gjennom arbeidet har vi sett at mye av helsebudsjettet går til behandling av senkomplikasjoner og andre alvorlige sykdommer.

Kommunehelsetjenesten er i dag pålagt å drive forebyggende og helsefremmende arbeid, men bevilgningene går for det meste til pleie og omsorg, og bare en liten del til det forebyggende arbeidet. Vi har i arbeidet med oppgaven sett at tanken om empowerment (jfr. 3.4.2) og tett oppfølging i forhold til livsstilsendringer gir gode resultater (jfr. 3.2). Det blir påpekt at disse metodene er relativt mer ressurskrevende enn tradisjonelle helseforebyggende virkemidler, men som forskningen viser, virker de å ha bedre effekt. Hvordan vil disse nye forskningsresultatene virke inn på ressursfordelingen i helsesektoren? Kan bruken av flere midler til livsstilsendrende oppfølging av diabetes pasienter redusere behovet for midler til behandling av senkomplikasjoner hos diabetikere? Dette er spørsmål som ikke er enkle å gi svar på, men vi er av den oppfatning at dersom en legger faktoren livskvalitet til grunn, så vil forebygging være langt å foretrekke i de aller fleste tilfeller.

## **5 Konklusjon**

Gjennom arbeidet med oppgaven ser vi at diabetes er en sykdom som gir både pasient og sykepleier store utfordringer.

For å kunne motivere en pasient til å endre livsstil, vil det kreve kunnskaper på flere områder.

Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon vil en kunne opparbeide tillit og en relasjon med pasienten, som vi ser som en nødvendighet i en undervisning- og veiledningssituasjon.

Under undervisningsprosessen kan vi legge til rette for oppdagelse, læring og mestring, og på denne måten hjelpe pasienten til å mestre og å ta ansvar for egen sykdom. Vi ser at en

atferdsendring vil være en helsemessig fordel for pasienten, og i vårt arbeid med å motivere for en slik endring, vil vi ha nytte av å kjenne til ulike teorier for atferdsendring. Banduras sosialkognitive teori legger vekt på mestringsforventninger og resultatforventninger. Vi ser at kunnskaper om pasientens mestringsforventning vil være avgjørende i motiveringsarbeidet. Både individuell- og gruppestyrt læringssituasjon er gode former for læring og motivering.

## 6 Litteraturliste:

### 6.1 Bøker:

Almås, H. (red.) (2005) **Klinisk sykepleie Bind 1**. 3. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Almås, H. (red.) (2005) **Klinisk sykepleie Bind 2**. 3. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001) **Endringsfokuset rådgivning**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barth, T. og Näsholm, C. (2007) **Motiverende samtale- Endring på egne vilkår**. Bergen, Fagbokforlaget.

Brinchmann, B.S. (red.) (2005) **Etikk i sykepleien**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bunkholdt, V. (2005) **Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere**. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Eide, H. og Eide, T. (2006) **Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gibson, C.H. (1991) A concept analysis of empowerment. I: Tveiten, S. (2007) **Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen**. Bergen, Fagbokforlaget.

Jacobsen, D m.fl. (2006) **Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestesi**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2005) **Sykepleieteorier - analyse og evaluering**. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Knutstad, U. og Nielsen, B.K. (red.) (2005) **Sykepleieboken 2 teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie**. Oslo, Akribe.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2006) **Grunnleggende sykepleie, bind 4.** 2.utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984) Stress, appraisal, and coping. I: Knutstad, U. og Nielsen, B.K. (red.) (2005) **Sykepleieboken 2 teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie.** Oslo, Akribe.

Løgstrup, K.E. (1956) **Den etiske fordring.** I: Eide, H. og Eide, T. (2006) **Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mekki, T.E. og Pedersen, S. (red.)(2004) **Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie.** Oslo, Akribe a.s.

Mæland, J.G. (2005) **Forebyggende helsearbeid, i teori og praksis.** 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Seligman, M.E.P. (1975) Helplessness. On depression, development, and death. I: Wormnes, B. og Manger, T. (2005) **Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser.** Bergen, Fagbokforlaget.

Skafjeld, A. (red.) (2002) **Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell.** Oslo, Akribe Forlag.

Sortland, K. (2004) **Ernæring mer enn mat og drikke.** 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Strand, R. (2005) **Diabetes Lev godt.** Oslo, H. Aschehoug & Co.

Tveiten, S. (2001) **Pedagogikk i sykepleiepraksis.** Bergen, Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2007) **Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen.** Bergen, Fagbokforlaget.

Vaaler, S. (red.) m.fl. (2004) **Diabetes – håndboken**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Weiner, B. (1979) A theory of motivation for some classroom experiences. I: Wormnes, B. og Manger, T. (2005) **Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser**. Bergen, Fagbokforlaget.

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

Wyller, V.B. (2005) **Det Friske og Det Syke Mennesket**. Oslo. Akribe AS.

Aas, A.M. og Haugum, B. (2006) **Mat og type 2 – Diabetes**. Oslo, Norges Diabetesforbund.

## **6.2 Internett/artikler:**

Berg, T.J. (2000) Kan type 2-diabetes forebygges? **Tidsskriftet Norsk Lægeforening**. 2000; 120: 2430-3 utg. [Internett] Tilgjengelig fra:  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=156300](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=156300) [lest 05.02.08]

Birkeland, K.I. (2002) Kan vi forebygge diabetes? **Tidsskriftet Norsk Lægeforening**. 2002; 122: 155 utg. [Internett] Tilgjengelig fra:  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=475231](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=475231) [lest 05.02.08]

Grasaas, K.K., Sandvand, E. og Seiler, S. (2004) Mosjon – hva motiverer til å begynne? **Vård i Norden**, Nr. 3/2004. Publ. NO. 73 VOL. 24 NO. 3 PP 15–20 [Internett] Tilgjengelig fra:  
<http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx> [lest 04.02.08]

Kierkegaard, S. (1895) **Bruddstykke af en ligefrem meddelelse**. [Internett] Tilgjengelig fra:  
<http://home.online.no/~steinny/Kap6/Visdomsord/kierkegaard.htm> [lest 08.02.08]



Laaksonen, D.E. m.fl. (2005) Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes: The Finnish Diabetes Prevention Study. **New York**, Jan. 2005. vol. 54, lss. 1; pg. 158, 8 pgs [Internett]. Tilgjengelig fra: ProQuest. [lest 16.01.08]

**Lov om pasientrettigheter**, 1999 § 3- 1 og 3- 2 [Internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 08.02.08]

**Lov om spesialisthelsetjenesten**, 1999 § 3-8 [Internett] Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 08.02.08]

McClelland, D.C. (1987) Human motivation. I: Grasaas, K.K., Sandvand, E. og Seiler, S. (2004) Mosjon – hva motiverer til å begynne? **Vård i Norden**, Nr. 3/2004. Publ. NO. 73 VOL. 24 NO. 3 PP 15–20 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx> [lest 04.02.08]

Norges Diabetesforbund (u.å.) **Fakta om diabetes**. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.diabetes.no/index.asp?id=23023> [lest 31.01.08]

Norsk Sykepleierforbund (2007) **NSFs yrkesetiske retningslinjer og ICNs etiske regler**. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no> [lest 29.02.08]

**Vernepleier** [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.trysil.kommune.no/Modules/article.aspx?ObjectType=Article&Article.ID=8096&Category.ID=2299> [hentet 2008-12-03]

### **6.3 Vedlegg:**

Godkjenning av problemstilling og metode for bacheloroppgave Kull 2005.