



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgåve**

Eksamensform: Heimeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.10

Kandidatnr.: 62

Antall ord: 8608

## Samandrag

Bakgrunn : Førekomsten av diabetes type 2 er aukande. Sjukdommen er omtala som ein livsstilssjukdom, og overvekt er ein disponerande faktor til å utvikla den. Eit aktuelt behandlingstiltak vil vera vektreduksjon, men det vil og vera det vanskeligaste å gjennomføre. Eg ynskjer å sjå på kva rolle motivasjon og motiverande intervju kan spela for den overvektige pasienten med diabetes type 2 når han skal endre levesett.

Formål : Formålet med oppgåva er å auke kunnskap og forståing om kva faktorar som kan gje pasienten motivasjon og kva betyding motivasjon har for å gjennomføre ei livsstilsendring. Eg vil og tileigne meg kunnskap om kva ein motiverande samtale inneberer. Problemstillinga er som følgjande; " *Betyding av motivasjon og motiverande intervju i ein livsstilsendring hjå overvektige pasientar med diabetes type 2*"

Metode : Eg har på bakgrunn av bacheloroppgåvas krav brukt litteratursøk som metode. Via HSH sine søkebasar har eg fått tilgang til relevant forskning knytta til tematikken.

Funn :Forsking viste at mangel på motivasjon og støtte var ei sentral årsak til at forsøket på å endre levesett vart mislukka. Andre funn frå forsking viste at ; ei livsstilsendring kan vera like god behandling som insulin, strukturerte treningsprogram bidrar til vektnedgang, pasientens autonomi er viktig å ivareta, å gje støttande og motiverande rådgiving viste seg å vera ei manglande ferdigheit både hjå sjukepleiarar og legar, å nytte eit motiverande intervju er meir effektivt enn å gje vanlege råd.

Oppsummering: Utan motivasjon er det vanskelig å endre levesett. For å oppnå motivasjon er det fleire behov som må vera dekkja. Sjukepleiaren kan hjelpa pasienten å tileigna seg nokre av desse behova, blant anna er ved å bruka motiverande intervju som ein teknikk.

## Summary

**Background:** The amount of diabetes type two is increasing. The disease is described as a lifestyle disease and overweight is a factor which can be part in developing the disease. One current treatment could be weightloss, though it seems to be the hardest to accomplish. I want to look at how motivation and motivation interviewing can help the patient struggling with overweight to change lifestyle.

**Intention:** The intention of this assignment is to gain knowledge and understanding about which factors that can give a patient motivation and to which intent motivation is important when changing one's lifestyle. I also aim to achieve knowledge about what one motivating dialogue is and contains. My hypothesis is; «the importance of motivation and motivating dialogues as a part of changing the lifestyle for patients with overweight and diabetes type 2».

**Method:** I have, because of the terms on the assignment, used literature search as a method. By HSH search engines I have found relevant research about the theme.

**Findings:** Research shows that lack of motivation and support is a central cause why the changing of lifestyle fails. Other findings from research tell us that a change of lifestyle can be a treatment as good as insulin treatment. Structured workout plans can help the patient achieve weightloss. Research also shows that the patient's autonomy is an important factor. Support and motivation counseling was shown to be a lacking skill both among nurses and doctors. Motivating interview is more effective than giving usual advice.

**To sum up:** It is difficult to change lifestyle without motivation. To achieve motivation several needs have to be covered. The nurse might help cover some of the needs by using motivating interviewing as a tool.

# Innhold

<b>1.0 Innleiing</b>	s. 6
1.2 Bakgrunn for val av tema	s. 6
1.3 Problemstilling	s. 7
1.4 Begrepsavklaring	s. 7
<b>2.0 Teoridel</b>	s. 8
2.1 Levesett	s. 8
2.2 Diabetes type 2	s. 9
2.2.1 Fysisk aktivitet som behandling av diabetes type 2	s.10
2.3 Overvekt	s.10
2.4 Motivasjon	s.10
2.5 Sjølvbestemmelseteorien	s.10
2.5.1 Kompetanse	s.11
2.5.2 Autonomi	s. 11
2.5.3 Tilhøyrlighet	s. 11
2.6 Motiverande intervju	s. 12
2.7 Sjukepleiarperspektiv	s. 13
<b>3.0 Metode</b>	s. 14
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	s. 14
3.2 Litteraturstudie	s.15
3.2.1 Fordel og ulemper ved litteraturstudie	s.15
3.3 Søkeprosessen	s. 16
3.3.1 Søkemotor, søkeord, kombinasjon og treff	s. 16
3.4 Funn av artiklar på bakgrunn av ovanfor søk	s.17
3.5 Kjeldekritikk	s. 22

3.6 Etske aspekt ved oppgåva	s. 23
<b>5.0 Drøftedel</b>	s.24
5.1 Samanhengen mellom motivasjon, motiverande intervju og livsstilsending	s.25
5.2 Samanhengen mellom målsetjing og livsstilsending	s.27
5.3 Samanhengen mellom tilhøyrlegheit, støtte og motivasjon	s.29
5.4 Samanhengen mellom autonomi, kunnskap og livsstilsending	s.30
<b>6.0 Avslutning</b>	s. 32
<b>7.0 Kjelder</b>	s.34

## **1.0 Innleiing**

I mi framtid som sjukepleiar vil eg truleg møte på fleire pasientar med diabetes type 2 som har behov for å endre livsstil. Erfaring mi frå praksis seier at motivasjon er heilt naudsynt for å kunne setje seg mål og gjennomføre dei. På bakgrunn av det syns eg det er hensiktsmessig å tileigne meg ei forståing om kva betyding motivasjon og motiverande intervju kan ha for pasienten som skal foreta ei livsstilsending.

### **1.1 Bakgrunn for val av tema**

Det er allmennkjent at overvekt er eit aukande problem både blant born og vaksne. Folkehelseinstituttet opplyser at opptil ein av fem har fedme i Noreg. Dette er tal som vart publisert etter ei undersøking som føregjekk frå år 2000 – 2003.

Folkehelseinstituttet opplyser også om at overvekt kan føra til fleire sjukdomstilstandar ; auka risiko for type 2 diabetes, sjukdommar i galleveiane, søvnapne, hjarte og karsjukdommar, høgt blodtrykk , slitasjegikt i kne og hofter og enkelte kreftsjukdommar som tjukktarmskreft hjå menn. (Folkehelseinstituttet,2010)

Tematikken er også belyst i Samhandlingsreforma 2008 – 2009. St. meld nr 47 seier blant anna at røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthald kan føre til kroniske sjukdommar og for tidleg død. Verdens helseorganisasjon har anslått at 80 prosent av førekomsten av hjerteinfarkt, 90 prosent av diabetes type 2, og 30 prosent av førekomsten av kreft kan førebyggast eller utsettast med endring i kosthald, fysisk aktivitet og røykevanar. Helsetjenesten kan ved å auke innsatsen på førebyggande intervensjonar bidra til betre folkehelsa, bl.a. ved å fange opp risikopasientar og sette inn førebyggande tiltak tidlig, samt setje i gang tiltak som forhindre forverring overfor pasientar som allereie har eit definert helseproblem som f eks type 2 diabetes.( St.meld. nr 47, 2008-2009) Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet meiner at Noreg ligg betre an med tanke på overvekt enn mange andre europeiske land. Likevel har meir enn halvparten av den norske befolkninga eit aktivitetsnivå som er lågare enn anbefalt. (Ulset, Malterud, 2007)

Det viser seg at ca 80% av dei som har type 2 diabetes er eller har vore overvektige. Kombinasjonen av å ha type 2 diabetes og vera overvektig gjev ein auka risiko for fleire krefttypar, migrene, astma, psoriasis og andre betennelsesjukdommar. Ein er også i større fare for å utvikle depresjon og Alzheimers sjukdom. (Jenum, 2008)

Sjukepleiaren er i ein eineståande situasjon til å vera ein støttespelar for pasienten som skal gjennomføre naudsynt livsstilsending. (Carino, Coke, Gulanick, 2004) Pasientar med overvekt og diabetes har ein klar gevinst av å gå ned berre 5-10 %. Ein kan blant anna betra blodtrykket, glukose kontroll, redusere risikoen for andre sjukdommar knytta til diabetes og fedme, som cardiovascular sjukdommar. Vekttap bør vera nøkkelen i behandlinga av diabetes type 2, men ein ser at dette er det vanskeligaste å gjennomføra i praksis. (Vidal, 2002)

## **1.2 Problemstilling**

Problemstillinga mi er ” *Betydning av motivasjon og motiverande intervju i ein livstilsending hjå overvektige pasientar med diabetes type 2*”

## **1.3 Begrepsavklaring**

Overvekt eller fedme er eit tilstand der ein har unormal eller overdriven fettakkumulering som kan svekka helsa. (WHO, 2011)

Motivasjon definerast som: ” de biologiske, psykologiske og sosiale faktorane som aktiverer, gjer retning til og opprettheld åtferd i ulike grad av intensitet for å oppnå eit mål” av Kaufmann, Kaufmann (2009)

Deci og Ryan(2002) snakkar om motivasjon som ei handlingskraft som kjem til syne når dei psykologiske behova ; *autonomi, kompetanse og tilhøyrlighet* er dekkja hjå menneskje. Desse behova er omtala under sjølvbestemmelseteorien.

Eg ynskjer å fokusere på Deci og Ryan(2002) sin forståing av motivasjon då denne tydeliggjer kva moglegheiter det er for omgjevnadane, i denne samanheng helsevesenet,

for å kunne påverkje overvektige pasientar med diabetes type 2 sin motivasjon til endring av levesett.

Levesett omhandlar val ein tar innan helse og livsstil. Nokre levesett kan resultera i livsstilsjukdommar. Anten for å førebyggje eller hindre forverring av sjukdom er det aktuelt å endre levesett (Naidoo, Wills 2000) Når levesettet er årsaka til utvikling av diabetes type 2 har det ein samanheng med kost og mosjonsvanar. (Mosand, Stubberud, 2010)

På bakgrunn av artiklanes hovudfokus vil livstilsendring omhandla å gå ned i vekt ved å endre kosthald og mosjonsvanar.

For å unngå tvetydning er Orems definisjon på eigenomsorg unngått å bli oversett til norsk.

## **2.0 Teoridel**

### **2.1 Levesett**

Kva livsstil og helse åtferd ein har er ofte årsaka til mange sjukdommar. Helsefremjande tiltak har difor fokus på å endre åtferd som ein veit kan resultera i sjukdom og dårleg helse. Mange menneskje har erfaring med at å endre levesett ikkje er enkelt. Mange forsøker opp til fleire gongar, men resultatet blir mislukka. Årsaka kan vera manglande motivasjon, mangel på støtte, mangel på kunnskap, eller mangel på tid og andre ressursar. Å endre levesett er ein tidkrevjande prosess og ein vil ikkje kunna oppnå resultat dersom ein tar for raske beslutningar. Måla som skal skapa endring må nemleg vera gjennomtenkt og realistiske. I første omgang vil kanskje ikkje menneskje ha kunnskap om at hans livsstil bør endrast. Ein må derfor først bli oppmerksam på dette før ein kan gå vidare til den neste fasen. Lenge kan ein gå å vera klar over kor gunstig ein endring hadde vore, men ein er likevel ikkje klar for å ta fatt på den. Ein er med andre ord avhengig av hjelp og informasjon for å kunne ta dei naudsynte avgjerslene. Vidare må ein vurdere fordelane med å endre levesett. Er det lønnsamt? Er det mogleg å



gjennomføre? Funksjonar som ein realistisk plan, støtte og belønning er særleg naudsynt i starten av endringsprosessen. (Naidoo, Wills, 2000)

## **2.2 Diabetes Type 2**

Diabetes Mellitus, også omtalt som sukkersyke, er ein kronisk metabolsk sjukdom. Tilstanden oppstår når ein har kronisk hyperglykemi og forstyrringar i karbohydrat, fett, og proteinomsetninga. Årsaka til dette vil vera manglande eller nedsett produksjon av insulin, eventuelt kombinert med redusert insulinverknad. Sjukdommen kan klassifiserast i fire kategoriar :

- Type 1 diabetes
- Type 2 diabetes
- Spesielle diabetestypar
- Svangerskapsdiabetes

Type 2 diabetes er ein tilstand der ein har utvikla ein insulinresistens og relativ insulinmangel. Kroppen vil ha ein svekka evne til å skilje raskt ut insulin av betacellene samtidig ein insulinresistens i perifere vev og lever. Når ein snakkar om insulinresistens meiner ein at glukoseopptaket i musklar og vev er nedsett grunna redusert verknad av insulin. (Mosand m. fl, 2010)

Sjukdommen vil i dei fleste tilfeller komma snikande, noko som fører til at det kan gå månader eller år før det blir oppdaga. Type 2 diabetes blir meir og meir vanleg og blir omtala som ein livsstilssjukdom. Disponerande faktorar for å utvikle sjukdommen er diabetes i familien, overvekt, høgt blodtrykk og ugunstig fordeling av blodfeittstoff. Det er registrert ein aukande førekomst av type 2 diabetes hjå pasientar i 20-30 års alderen. Mykje tyder på at dette er forårsaka av auka inntak av feitt og sukker, og ikkje minst mangel på fysisk aktivitet. Dette resulterer at gjennomsnittsvekta både hjå menn og kvinner aukar. (Mosand m. fl, 2010)

### **2.2.1 Fysisk aktivitet som behandling av diabetes type 2**

Når ein skal redusere insulinresistens vil fysisk aktivitet vera eit grunnleggjande tiltak. Kosthaldet har også ein stor betydning og ein bør ha eit fiberrikt kosthald som innehelder 30-35 % feitt og 50-60 prosent komplekse karbohydrat. Når personar med diabetes type 2 gjev mosjon til ei regelmessig rutine vil vevets følsomheit for insulin auka, også i kvile. Ein vil også senke risikoen for å utvikla hjerte-karsjukdommar, som til dømes høgt blodtrykk. Dette er viktig då ein har tre til fire gongar større risiko for å utvikle hjerte-karsjukdommar ved diabetes. (Östenson, Birkeland, Henriksson, 2010)

### **2.3 Overvekt**

Overvekt eller fedme er ein tilstand der ein har unormal eller overdriven fettakkumulering som kan svekka helsa. Ved hjelp av måling av BMI vil ein kunne fastslå om ein er overvektig. Verdas helseorganisasjon definerer overvekt når ein har BMI på over 25, og fedme når ein har BMI på over 30. Ved ein BMI på over 21 står ein allereie i fare for å utvikle kroniske sjukdommar. (Who, 2010)

### **2.4 Motivasjon**

Kaufmann, Kaufmann definerer motivasjon som " de biologiske, psykologiske og sosiale fatkorene som aktiverer, gjer retning til og opprettholder atferd i ulike grad av intensitet for å oppnå eit mål" (Kafumann, Kaufann 2009)

### **2. 5 Sjølvbestemmelseteorien**

Sjølvbestemmelseteorien av Deci og Ryan(2002) er ein teori som har fokus på vår indre motivasjon, men den ytre motivasjonen stiller seg også sentral. Teorien går særleg inn på kva som sett i gang og vedlikehelde ein aktivitet. Dei omtalar tre psykologiske behov ; kompetanse, autonomi og tilhøyrlighet. Om behova ikkje er dekkja vil det redusera motivasjonen og opplevinga av velvære. Sjølvbestemmelseteorien er bygd opp av fire mini teoriar ; "Cognitive evaluation theory", "Organismic intergration theory", "Causality orientations theory" og "Basics needs theory". Teorien "causality orientations" nemnar at

ein persons motivasjon, åtferd og oppleving i ein bestemt situasjon er ein funksjon både av den umiddelbare sosiale samanhengen og til personens indre ressursar som han har utvikla over tid. Utviklinga er påverka av tidlegare interaksjonar med sosiale samanhengar. (Deci, Ryan, 2002)

### *2.5.1 Kompetanse*

Kompetanse er oppfattinga av seg sjølv som effektiv i interaksjon med sosiale og fysiske omgjevnader. Behovet for kompetanse gjev folk ei lyst til å søkje utfordringar som er optimale for sitt potensiale. Det handlar og om å oppretthalda og forbetre dei aktuelle ferdigheitene ein har. Kompetanse treng ikkje nødvendigvis dreia seg om å oppnå dyktigheit, men å få ein kjensle av tilitt og effektivitet i aksjon. (Deci, Ryan, 2002)

### *2.5.2 Autonomi*

Autonomi vil sei å setje i gang handlinga som ein *ynskjer* å starte. Autonomi handlar om å vera opprinnelsen eller kjelda til sin eigen atferd. Mennesket har ut i frå interesser integrerte verdiar. Når autonome, enkeltpersonar opplever sin atferd som eit uttrykk for "selvet", anten den er påverka eller ikkje, har ein verdiar som seier seg einige med den aktuelle handling. Autonomi vert ofte forveksla med konseptet sjølvstendighet, som blant anna tyder å ikkje stole på eksterne kjelder eller påverknad.

"Sjølvbestemmelseteorien" omtalar at ein kan sjølvstendig vedta verdiar og atferd som andre har bedt om, men det kan og takast val på bakgrunn av andres råd og informasjon. Dette kan medføra at ein ikkje føler behovet for autonomi er ivareteken. Forsking og kliniske erfaring viser at atferdspåverknad som har hovudfokus på at pasienten skal ta eigne val er på lengre sikt er meir effektiv enn anna rådgiving. (Deci, Ryan, 2002)

### *2.5.3 Tilhøyrighet*

Tilhøyrighet handlar om å ha nære relasjonar samt føle at ein høyrer saman med andre. Tilhøyrighet handlar og om å vera i kontakt med andre. Ein blir tatt vare på, samt ein er tilknytt med andre og samfunnet. Behovet for å vera i kontakt med andre har ikkje mål i

å oppnå eit bestemt utfall eller ein formell status, men å ha ein psykologisk kjensle av å vera med andre i eit trygt fellesskap. (Deci, Ryan, 2002)

## 2.6 Motiverande intervju

Motiverande intervju er når fagpersonen brukar forskjellige lytteteknikkar, samtaleverktøy og samansette strategiar for å hjelpa menneskjer til å ta stiling til, setje i gang, gjennomføre og vedlikehalde endringar. Slike samtalar blir gjennomført i ein omsorgsfull atmosfære og med respekt for personens sjølvstendighet. (Barth, Näholm, 2006)

Når ein skal leda eit motiverande intervju skal ein først og fremst reflektera. Pasienten skal få moglegheit til å ta tak i situasjonen han er i ved å føla, tenka og reflektera over seg sjølv, utforska og finna fram motivasjonen og ta stilling til eventuell endring. I nokre tilfeller er kanskje ikkje pasienten i stand til å starta ein slik refleksjon og har difor behov for hjelp med å byrja. Hensikta med ein motiverande samtale er å motivera pasienten til å ta naudsynte val og saman finne ut kva endringsmål ein kan jobba mot. Pasienten skal heile tida ha rett til å komme med sine meining og forslag, det er tross alt han som sit med fasiten på sitt problem, sin sak og gangen i prosessen. (Barth, Näholm, 2006)

Når ein skal leia eit motiverande intervju er det fire grunnleggande prinsipp ein skal ta i bruk. Rollnick, Miller, Butler(2008) nemnar *“resist the righting reflex”, “understand your patient motivation”, “Listen to your patient”, “empower your patient”*.

Det første vert omtala som *“resist the righting reflex”*. Det ligg i helsepersonellets automatiske handlingsplan å endra pasientens retning om den skulle vera feil. Ein prøver å endre retning ved å fortelje pasienten kva han bør gjere. Dette kan i mange tilfeller hjelpa, men det er ein naturleg menneskeleg tendens å motstå overtalingar. Det er pasienten sjølv som skal koma med argument for kvifor han skal endra livsstil. Pasienten vil, kan, ser god grunn til, men så endar han opp med eit *“men”*. Og der må helsepersonellet trå inn med ein rettande refleks, nemleg å hjelpa dei å endra holdning

rundt problemet som dannar eit "men". (Rollnick, m.fl, 2008)

"Understand your patient motivation" er neste prinsipp. Det å vera interessert i pasientens eigne bekymringar, verdiar og motivasjon er særleg sentralt. I ein motiverande samtale må ein få fram kva synspunkt pasienten har om sin situasjon og kva motiv har han for å skapa ein endring. Dette vil vera ein langvarig prosess, men ikkje for gjeves. Det er betre å spørje pasienten om kvifor han ynskjer å endre livsstil enn at du fortel kva han skal gjere. (Rollnick, m.fl, 2008)

"Listen to your patient" blir presenter som det tredje prinsippet. Motiverande intervju handlar like mykje om å lytte som å informere. Dette krever at du viser empatisk interesse ved å forstå pasienten. (Rollnick, m fl, 2008)

Til slutt er det naudsynt å hjelpe pasienten til å utforska kva han kan gjere med deira eige helse. Ein snakkar no om det siste prinsippet "Empowerment your patient". Ein må få tak i pasienten sine eigne idear og ressursar. Du veit at regelmessig trening er viktig, men det er pasienten som veit korleis han kan fletta trening inn i sitt daglege liv. Ei viktig rolle her er å støtte pasientens håp om at ei endring er mogleg og gjev ein helsemessig gevinst.(Rollnick, m. fl, 2008)

## **2. 7 Sjukepleieperspektiv**

I 1959 starta Dorothea Orem å utarbeida ein sjukepleiarteori som omhandla eigenomsorgs tankegangen og teorien om eigenomsorgssvikt. Seinare har ho vidareutvikla sin sjukepleieteori, noko som har resultert i den generelle eigenomsorgssviktteorien. Ho presenterer og meir spesifikke teoriar om : eigenomsorg, eigenomsorgssvikt og sjukepleiesystema. (Renpenning, Taylor, 2003)

Orems omtalar eigenomsorg som " Self-Care is the self initiated and self-directed actions of persons to know their current and future requirements for regulating their own functioning and development and to select and use means to meet these requirements in order to sustain life to promote health and well-being. " (Renpenning, Taylor 2003 s.

217) Å oppretthalde liv, helse og velvære er eit absolutt mål for overvektige pasientar med diabetes type 2. Vektreduksjon bidrar ikkje berre til betre helse, men også til at pasienten tar vare på seg sjølv.

Orems syn på sjukepleie er som følgjande : ” Denne tjenesten spesielle anliggende er enkeltindividets behov for egenomsorgshandlinger, og iverkesetter og håndtering av dem på kontinuerlig basis for å hjelpe mennesket til å opprettholde liv og helse, komme seg ut av sykdommer og skade og forholdet seg til virkningene av disse” (Renpenning, Taylor, 2003, s. 169)

Som vist framheve Orem at sjukepleiaren stillar i ein aktuell rolle til å hjelpa pasienten til å ta vare på seg sjølv, slik at han kan oppnå betre liv og helse.

### **3.0 Metode**

*Vilhelm Aubert definerer metode slik:*

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland, 2007, side )*

*Med andre ord er metode eit verktøy som fortel oss korleis vi skal tileigne oss kunnskap, antan for å framprøva den eller etterprøva den. Ved bruk av metode skal ein kunna skaffe data som skal gje eit svar på undersøkinga. (Dalland, 2007)*

### **3.1 Kvantitativ/Kvalitativ metode**

Kvantitativ metode får fram kunnskap som er målbare. Det vil sei at informasjonen kan bli rekna på iform av å finna gjennomsnitt og prosent av ein viss mengde. Andre kjenneteikn er at metoden krev at ein går i breidda og at ein brukar eit lite antal opplysningar om mange undersøking einingar. Ein brukar også spørjeskjema med faste svaralternative eller systematisk og strukturerte observasjonar. Kvantitativt orientering vil å fokus på få fram det som er felles og representativt. Når studien skal bli framstilt vil

det bli tatt sikte på å formidle forklaringar. (Dalland, 2007)

Kvalitativ metode har til hensikt å tileigne kunnskap i form av meiningar og opplevingar. Dette er opplysingar som ikkje vil la seg måle eller talfeste. Andre kjenneteikn er at datainnsamlinga skjer i direkte kontakt med feltet der intervjuet er prega fleksible spørsmål utan faste svaralternativ. Dersom det blir gjort observasjonar vil desse vera ustrukturerte. Kvalitativ orientering vil ha fokus på å frå fram det som er spesielt og avvikande. Når studien skal bli framstilt blir det tatt sikte på å formidle forståing. (Dalland, 2007)

### **3.2 Litteraturstudie**

Ein metode kan vera litteraturstudie. Litteraturstudium har fleire krav, blant anna skal det innehalda bakgrunn, formål, spørsmålstillingar, innsamlingsmetode og liknande. Det er litteraturen som er informasjonskjelda i oppgåva. Litteraturen finn ein ved å samle inn data som skal bestå av vitenskapelige artiklar eller relevante vitenskapelige rapportar. (Olsson., Sörensen, 2003)

Det finns ulike typar litteraturstudie. Det kan blant anna vera eit allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie eller ein metaanalyse ( Forsberg, Wengström, 2008)

#### **3.2.1 Fordelar og ulemper ved eit litteraturstudie**

Eit litteraturstudie har både fordelar og ulemper. Forsberg m.fl (2008) nemnar følgjande fordelar; ein får rask tilgang til mykje litteratur, litteraturen kan både vera publiserte studiar og ikkje publiserte studiar. Kjelder vil vera lette å henta fram. Svakheiter kan vera at seleksjonen er kun av den som skriv oppgåva, ein vil ikkje få fram alles synspunkt og meiningar. Ein vil med andre ord få tilgang til ei avgrensa mengd med forskning. (Forsberg, m. fl, 2008)

### 3.3 Søkeprosessen

#### 3.3.1 Søkemotor, søkeord/kombinasjon, treff

For å finne artiklar til oppgåva har eg bruk SveMed, Cinahl og Cochrane.

Cinhal er ein database som dekker sjukepleie, fysioterapi og ergoterapi.

Dokumenttypene du finn her er vitenskaplege artiklar, monografier, doktorsavhandlingar og konferansesamandrag. (Forsberg, Wengström, 2008) Databasen er lett å finna fram i og kan by på masse relevant sjukepleiarforsking.

Cochrane er ein database som inneheld systematiske literturoversikter innan mange ulike områder. Søkbasen har som mål å tilby data for å kunna ta beslutningar i helse og omsorg. (Forsberg, Wengström, 2008)

Swemed er ein database som tar for seg medisinsk forsking. Her finn ein vitenskaplege artiklar, forskingsrapportar og avhandlingar. Språket vil variera mellom svensk, norsk, dansk og engelsk. Skal dekke nordisk forsking. (Forsberg, Wengström, 2008) SveMed har eg i hovudsak ikkje henta ut artiklar frå, men eg har brukt den som søkemotor for å tileigna med gode søkeord. Eg har likevel funne interessante tekstar der, blant anna frå bladet "Diabetes Forum". For å få tak i dei har eg søkt i BibSys på HSH.

I alle søk har eg avgrensa funna frå 2000 – 2010. I søka har eg tatt i bruk søkeordet "Nurs\*". Stjerneteiknet er med på å omdanna "Nurs" til *nursing* og *nurses* i søket.

**På SveMed** har eg brukt følgande søkeord :

Overvekt : Gav 36 treff

Motivasjon: Gav 8 treff.

Diabetes Type 2 : Gav 897 treff

Livsstil : Gav 1961 treff



Life Style Change : Gav 376 treff

**På Cinhal** har eg brukt følgjande søkeord og kombinasjonar :

Motivation – Overweight or obesity – Nurs : Gav 11 treff

Overweight – Diabetes Mellitus : Gav 602

Overweight + Diabetes Type 2 + Adult : Gav 76 treff

Life Change + Motivation + Nurs : Gav 58 treff

Life Change + Motivation + Nurs + Diabetes : Gav 5 treff

Life Change + Motivation + Nurs + Diabetes Type 2 : Gav 3 treff

Owerweight + Diabetes Type 2 + Nurs : Gav 8 treff

**På Cocrahne** har eg brukt følgjande søkeord :

Motivation: Gav 27 treff

Overweight: Gav 126 treff

### **3.4 Funn av artiklar på bakgrunn av ovanfor søk**

**The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. Av Jallinoja, P., Absetz P., Kuronen R., Nissinen A., Taja M., Uutela A., Patja K. 2007**

*Bakgrunn:* Artikkelen har i hensikt å utforska leger og sjukepleiaren sitt syn på pasienten og faglege forvaltningar av livsstilrelaterte sjukdomar og deira risikofaktorar. Studien tar for seg helsepersonelletes roller og eigenkompetanse til livsstil relaterte forhold.

*Metode :* Det blei send ut spørjeskjema mellom oktober 2004 og januar 2005 til

personellet i primærhelsetenesta og til personell som behandla metabolsk syndrom og livstilsrelaterte sjukdommar. Spørjeskjemaet hadde hovudfokus på bruk av holdningar mot kliniske retningslinjer, samt praksis og haldninga til livsstilsrådgiving. Spørsmåla retta seg også om fedme, diabetes, hyperglykemi og røyk.

*Funn:* Eit fleirtal var einige om at pasientens sin uvilje til å endre vanar var ein stor hindring for behandling av livsrelaterte sjukdommar. Det å ta vare på seg sjølv var noko ein særleg prøvde å oppmuntre pasienten til. Eit fleirtal av sjukepleiarar og leger kunne fastslå at ein del av oppgåva deira var å gje informasjon, støtte og motivere pasienten til å endre livsstil. På tross av dette viste det seg at kun halvparten hadde tilstrekkelig med ferdigheitar til å kunne gje livsstilsråd til pasienten. Mange i primærhelsetenesta mangla hensiktsmessige kommunikasjonsferdighetar. Dette førte til upersonlig rådgiving som ikkje gav pasienten den støtte han trengte.

**Competency in shaping ones life : Autonomy of people with Type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting; a qualitative study. Av Moser, A., Bruggen, H., Widdershoven G., 2008**

*Bakgrunn :* Sjukepleiaren spelar ei viktig rolle for pasientar som har ein kronisk sjukdom. Ei av oppgåvene er å oppmuntre kronisk sjuke menneskjer til å delta i val av organisering og tiltak for omsorg. Studia vil finne ut kva konsept av autonomi som blir tatt i bruk i behandlinga av diabetes type 2.

*Metode :* Studia er kvalitativ då det blei brukt intervju for å få svar på forskings spørsmåla.

*Resultat :* Det blei beskrive korleis menneskjer med diabetes utøvde sin autonomi. Svarresultata var delt inn i sju dimensjonar ; identifisering, sjølv kontroll, sjølvbestemmelse, delt beslutningstaking, planlagt overvåkning, responsforholdet og velkommen paternalisme

”Velkommen paternalisme” gjekk ut på at pasientar med diabetes type 2 ofte blir fortald

kva dei skal gjere. Det betyr likevel ikkje at dei blir dominert. Pasienten er klar over at andre ynskjer å bestemme for dei i viss situasjonar, då dei kan sitje på betre kunnskap enn dei sjølv. Dette er blant anna aktuelt i sjukepleiar – pasient settinga. Sjukepleiaren gjev informasjon og pasienten samtykker i det behandlingalternativet som sjukepleiaren føretrekker.

”Sjølbestemmelse” understreka at pasienten må ta beslutning som går på behandling, helse og åtferd. Sjukepleiaren skal informere om ulike behandlingsval og så skal pasienten vurdere alternativa. Ein deltakar i studien sa blant anna ” Eg fortel sjukepleiaren om mine problem så forklarar ho ulike val som eg har. Ho tvinger meg aldri til noko. Den fridommen eg har til å velja sjølv er veldig viktig”.

### **Weight Change During Diet and Exercise Interventions Among Overweight Adults with Type 2 Diabetes: Result of a Chart Review Av Keyhan, G., Rhame E., Grover S., Dsgupta K., 2008**

*Bakgrunn:* Studia samanliknar vektreduksjonen mellom to grupper. Dei besto av ”Klinisk” deltakara og ”Program” deltakara. Gruppene skulle utføra eit 24 vekers program som omhandla eit treningsprogram og diett rådgiving. Kurset føregjekk på eit hjarte- kar rehabiliteringssenter.

*Metode:* Studien er kvantitativ. Ved hjelp av diagram blei følgjande data registrert ; vekt, alder, kjønn, bruk av medikament, hemoglobin, feittnivå og frammøte på trening. Vektendringa som føregjekk på dei 24 vekene er uttrykt i prosent, samanlikna mellom grupper i ujusterte og justerte modellar. Dei kliniske deltakarane følgde ein diett frå 1998, medan Program deltakarane følgde ein diett frå dei siste 10 år. Treningsprogrammet var likt for begge gruppene.

*Funn:* ”Program” deltakarane oppnådde eit større vekttap enn dei ”Kliniske” deltakarane. Ingen klarte å gå ned 5-10% som er anbefalt, men det var ikkje langt i frå. Program deltakarane hadde ein nedgang på 4 % samanlikna med dei Kliniske deltakarane som gjekk ned mindre enn 2%. Etter 12 veker var det kun ”Program”

deltakarane som forsette sin vekt nedgang.

**An intensified lifestyle intervention programme may be superior to insulin treatment in poorly controlled Type 2 diabetic patients on oral hypoglycaemic agents : result of a feasibility study av Aas., A.M, Bergstad I., Thorsyby P.M., Johannesen Ø., Solberg M., Birleland K.I (2005)**

*Bakgrunn:* Ein studie undersøkte effekten av kost og mosjonsvanar for behandling av diabetes type 2. Det blei samanlikna effekten av livsstilsintervensjon med og utan insulinbehandling og insulinbehandling åleine. Hovudfokuset var å sjå endring av vekt og risikofaktorar for hjerte og karsjukdom som blodlipider, feittvevhormon og inflammasjonsmarkører.

*Metode:* 38 personar, der 24 var kvinner og 14 var menn deltok i studien. Dei hadde hatt i gjennomsnitt type 2 diabetes i 6 år. Alle var overvektige med ein BMI på 20 og blodsukkeret deira var ikkje tilfredstillande regulert til tross for medikament. Livsstilintervensjonen bestod i 14 undervisningskveldar i grupper som var leda av ernæringsfysiologar. Her fekk ein informasjon om korleis fysisk aktivitet og sunt kosthald kunne betre sjukdomstilstanden. Itillegg var det gruppetrening to gonger i veka. Her var det øvingar som skulle få dei store muskelgruppene i gang. Treningsformer som aerobic, gå turar, ballspel og symjing blei tatt i bruk .

*Resultat :* Resultatet av studien viste at veileining om kost og tilbod om trening i eit år senka blodsukkeret like effektivt som insulinbehandling. Dei som følgde kost og mosjonsprogramma gjekk i gjennomsnitt ned 3 kg, medan dei som fekk insulin gjekk opp 4,9 kg. Studien bekrefta også at fleire hadde ein betring i risikofaktorar som hjerte og karsjukdommar. 1 år seinare etter at studien var slutt hadde dei som brukte insulin lagt på seg igjen, og blodsukkernivåa hadde steget til same nivå som de var før studiestart.

**Overweight and obesity: helping clients to take action. Av Tod A.M, Lacey A. (2004)**

*Bakgrunn:* Studien foretar ein undersøking om faktorar som fremmer eller hindrar menneskjer med låg inntekt til å få tilgang til vekttap service.

*Metode:* Studien er kvalitativ då den basere seg på intervju. 16 deltok i studien. Det blei stilt spørsmål om vekt, noverande og tidlegare forsøk på å gå ned i vekt, om hjelp og støtte blei søkt eller tildelt, informasjon om vekt og vekttap, tankar om helserisiko og nivå av fysisk aktivitet.

*Resultat:* Det viste seg at berre det å ta valet om å gå ned i vekt kunne vera krevjande. Opplevinga av å vera overvektig og presset til å utføre vektreduserande tiltak var ein belastning. Sjølv om ein hadde tatt ein beslutning om å endra levesett, var innsatsen for å gjennomføre det ikkje alltid optimal. Mangel på motivasjon og støtte var ei viktig årsak til at ein ikkje klarte å gjennomføra livsstilsendingar.

***Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Av Rubak S., Sandbæk A., Lauritzen T & Christensen B. 2005).***

*Bakgrunn:* Motiverande intervju er ein kjend, vitenskapleg testa metode for veiledning utvikla av Miller og Rollnick. Metoden er særleg nyttig i behandling av livsstilsproblem og sjukdom. Meta analysen føretok ein systematisk gjennomgang av randomiserte, kontrollerte forsøk med motiverande intervju som intervensjon.

*Metode:* Seleksjonen er utvalt etter søkekriteria av eit systematisk litteratursøk . Gjennom 16 databasar vart 72 randomiserte og kontrollerte studiar funne, den første blei utgitt i 1991.

*Resultat :* I 80% av studiane hadde motiverande intervju ein større effekt enn å gje tradisjonelle råd. Meta-analysen viste at motiverande intervju var gunstig blant anna til overvektige, røykarar og pasientar med høgt blodtrykk. Det kom fram at det er viktig å vera klar over at motiverande intervju har i hensikt å gjera pasienten klar over hans

potensial til å endra livsstil. Det vil sei at også små endringar er viktige å fokusere på, då dette er med på å markere ein byrjing på endringsprosessen. 15% av dei som nytta motiverande intervju var sjukepleiarar

### **3.5 Kjeldekritikk**

Kjeldekritikk er naudsynt for å kunna begrunna om ei kjelde er sann eller ikkje. Det er også med på å synleggjera eigenskapen du har til å forholde deg kritisk til kjeldene du har tatt i bruk. Kva kriterar du anser som naudsynt i ein artikkel skal blant anna komma fram, slik at får eit innblikk av din vurderingsmetode. (Dalland, 2007)

Fyrst og fremst må ein vurdere teksten. Er denne relevant for min problemstilling og korleis kan eg ta den i bruk i oppgåva? Tittelen innehelder eit nøkkelbegrep for å kunne svare på om den er aktuell eller ikkje. Vidare må ein få tak i formålet med studien samt metoden. Kva vil forfattaren fram til og kva teoriar og perspektiv bygge forfattaren på? Dette er sentrale spørsmål ein må stille seg under lesing av litteratur. (Dalland, 2007)

Eg har prøvd å tileigne meg litteratur frå primærkjelder. Dette har ikkje vore mogleg i alle tilfeller. Blant anna er definisjonane til Dorothea Orem henta i frå Renpenning m fl (2003) og er boka er dermed ei sekundærkjelde.

Almås m. fl(2010) har eg nytta for å presentere diagnosen diabetes type 2. Til tross for at dette er ei pensum bok har eg likevel tatt den i bruk då den er forskingsbasert.

Eg har tatt i bruk Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Reinart(2007) sine retningslinjer i vurdering av artiklar.

Studien til Moser m. fl(2008) har eit utval på 15 stykk. Dette gjer at studien ikkje kan generaliserast til andre då utvalet er såpass lite. Likevel får ein gode og utfyllande svar av deltakarane som er med på å belysa oppgåva ut i frå eit pasientperspektiv. Det kan vera med på å berike oppgåva.

Tod m. fl(2004) presenterer ein studie med 16 deltakara frå South Yorkshire. Ettersom dette er i England kan levekulturen med tanke på mat og aktivitet vera betydelig annleis enn i Noreg. Ein kan med andre ord stilla spørsmål om resultatane kan generaliserast til norske forhold. Likevel er det nyttige funn som kjem til syne som fokuserer på kjensler omkring det å vera overvektig. Studien er difor med på å belysa eit pasientperspektiv som er relevant for oppgåva sin tematikk.

I Keyhan m.fl (2008) sin studie har pasientgruppa diabetes type 2. Ved utvalet krev det å ha denne diagnosen samt ein BMI som kan klassifiserast som overvektig. Korleis utvalet vidare blir valet kjem utydelig fram, men det kan ha tyda på at pasientgruppa har sjølve meldt seg på treningsprogrammet. Då programmet varar i 24 veker vil motivasjon til å delta vil vera ein fordel. Ein kan anta at motivasjonsnivået er høgare då det er frivillig påmelding. Artikkelen vil likevel ikkje berre vera nyttig for motiverte pasientar, men også for fleire av diabetes type 2 pasientar. Det kjem nemleg fram aspektar som tar for seg faktorar som vil vera med på å endre levestilting betydelig. Dette er data som kan nyttiggjerast av alle i denne pasientgruppa.

Jallinoja(2007) sin studie er gjennomført i Finland. Dette er særleg positivt då resultatane stammar frå Nord-Europa. Etter å ha sendt ut spørjeskjema til primærhelsetenesta fekk dei 220 svar, ein svarprosent på 56%. 59 av svarea kom frå legar medan 161 svar kom frå sjukepleiarar. Dette er ein stor forskjell. Ein kan påstå at sjukepleiaren står nærare pasienten då dei har meir kontakt med han iløpet av arbeidsdagen enn kva legen har. Eg ser derfor ingen ulemper med at sjukepleiaren utgjør den største tyngda av svar resultatane.

### **3.6 Etisk aspekt ved oppgåva**

Når ein skal forska er ein nøydt å forholde seg til Helsinkideklarasjonen. Det er eit eksempel på etiske retningslinjer som blir brukt i store deler av verda. Deklarasjonen blei danna av verdens legeförening i 1964. Dei etiske retningslinjene skulle hindra etiske overtramp, då særleg informerte samtykke sto heilt sentralt. Til tross for dette viste etterkrigsåra at deklarasjonen ikkje hadde optimal effekt, og det blei fastslått at det

medisinske forskarsamfunnet måtte styra sin forskningsetiske bevisstheit. Dette førte til at Verdens legeförening leda arbeidet. Helsinkideklarasjonen har fleire gongar gjennomgått revisjonar, sist i 2008. (Førde, 2009)

Helsinkideklarasjonen seier blant anna "Det primære formålet med medisinsk forskning som omfatter mennesker, er å bedre forebyggende, diagnostiske og terapeutiske metoder og forståelsen av sykdomsprosesser og deres årsaksforhold."

(Helsinkideklarasjonen frå Verdens legeförening, 2001)

Menneskjer som har fått Diabetes type 2 grunna sin overvekt vil truleg vera sensitive for forskingsspørsmål. Tema som dreie seg om vektreduksjon er kanskje særleg eit ømt område når dette er noko som er vanskelig å gjennomføra. Forsking vil vera ein belastning for deltakarane, men likevel er risikoen verdt å ta. Ein treng kunnskap om tematikken slik at ein kan hjelpe pasientane til å oppnå betre helse på best mogleg måte.

Denne oppgåva krev at eg følgjer retningslinjer knytt til etiske aspekt. Forsberg m. fl(2008) seier blant anna at studiar som ein tar i bruk skal vera godkjent frå etisk komité Vidare seier han at plagiat av data blir rekna som juks.

Artiklane eg har tatt i bruk er alle godkjende gjennom ein etisk komité

## **5.0 Drøfting**

For å kunna gå ned i vekt krev det at ein endrar levestil , frå no av vil ein planlagt kost og eit høgare aktivitetsnivå vera høgst aktuelt. Ein skal då bryta sjølvvalte vanar som ein har hatt i mange år, det seier seg sjølv at pasienten står ovanfor ei stor utfordring.

Denne prosessen vil krevja motivasjon og den kan ein tileigne seg ved hjelp av fleire faktorar. Ein metode som kan takast i bruk av sjukepleiaren er motiverande intervju. Det er eit reiskap til å gje råd, støtte og informasjon som kan hjelpe pasienten til å endra livsstil. Deci og Ryan(2002) snakkar om kompetanse, tilhøyrlegheit og autonomi som viktige behov . Gjennom eit motiverande intervju kan sjukepleiaren forsøke å auke pasientens motivasjon, gjerne ved å fokusera på dei tre psykologiske behova.



## 5.1 Samanhengen mellom motivasjon, motiverande intervju og livsstilsendring

Det viser seg at mange har gjennomgått fleire mislykka forsøk med å gå ned i vekt grunna mangel på motivasjon eller støtte. Om ein ikkje har det klart for seg i hovudet kva ein vil oppnå er det vanskelig å komme i gang. (Tod m. fl 2004) At motivasjon og støtte gjer det umogleg å gjennomføre ei livsstilsendring kan Naidoo (2000) og bekrefte.

Dette påpeikar viktigheita av motivasjon. Deci og Ryan(2002) omtalar tre psykologiske behov som grunnmuren for å oppnå motivasjon. Ein kan dermed påstå at sjukepleiaren står i ein posisjon til å kunne auke pasientens motivasjon ved å fokusere på tilhøyrighet, autonomi og kompetanse. Carino m. fl (2004) seier at når diabetes type 2 er eit veksende problem er det heilt naudsynt at helsepersonellet er oppmerksom på denne problematikken. Å setje i gang tiltak for livsstilsendingar som å ete sunt, gå ned i vekt og mosjonere er med på å påverke førekomen av diabetes type 2. Målet for helsepersonellet må vera å oppnå kontakt med pasienten og starte ein diskusjon slik at ein kan tileigne seg kunnskap om kva som fungerer for akkurat den pasienten. På den måten kan ein få tak i kva forventingar pasienten har og frosterke dei. Dette er mulig å oppnå gjennom kommunikasjon som går ut på å bruke motiverande intervju. (Carino m fl, 2004)

Jallinoja m. fl (2007) nemnar at pasientens motstand ofte er eit hinder når han skal foreta ein livsstilsendring. Ei av hovudoppgåvene til sjukepleiaren og legen er blant anna å gje motivasjon og støtte. Likevel viste studien at ferdigheitar innan rådgiving og kommunikasjon ein mangel hjå begge partar.

Dette er opplysningar som får meg til å danne meg eit bilete av problematikken ; Sjukepleiaren oppnår ikkje god nok kontakt med pasientens, hinderet som skapar motstand er dermed umogleg å gå over. Rollnick m. fl(2002) seier at i mange tilfeller lar ikkje menneskjer seg overtala av enkel råd. Det krev med andre ord ei meir grundig og hensiktsmessig rådgiving for å oppnå resultat. Årsakene til at pasientens motstand som blir rapportert i Jallinoja m.fl(2007) oppstår kan vera fleire. Kanskje ein ikkje har møtt pasienten rett? Råda og informasjonen har blitt formidla, men det har ikkje rørt ein

einaste motivasjonsknapp i pasienten? Å gjennomføre eit motiverande intervju på bakgrunn av dei fire prinsippa som Rollnick, m fl (2008) snakkar om vil høgst truleg vera tidskrevjande. Ikkje berre skal ein få tak i pasientens håp og ynskjer for framtida, men ein skal og setje av tid til å *lytte*. Med andre ord, samtalen er ikkje over etter du som sjukepleiar har sagt ditt. Studien av Jallinoja m. fl (2007) viser at 1/3 deltakarar rapporterte at dei ikkje hadde tid til å gjennomføre livsstilsrådgiving. Ut ifrå det Rollnick m. fl (2008) seier kan ein antyde at utan tid til pasienten vil rådgivinga vera nyttiglaus og mager. Rubak m. fl(2005) meiner derimot at tidspress ikkje treng vera noko hindring. Om ein har ferdigheit til å leda ein motiverande samtale kan dei vera effektiv sjølv i korte møter på berre 15 min. Vidare presenterte studien at meir enn eit møte med pasienten auka sannsynet for å oppnå effekt.

Ei av grunntanken i motiverande intervju er å respektere pasientens autonomi. (Rubak m.fl, 2005) Metoden skal setje i gang ein refleksjon, få tak i pasienten sine synspunkt og verdiar, framheve faktorar som motivere pasienten og utforske kva tiltak ein må setje i gang for å oppnå ei endring. Ein får med andre ord i gang ein grundig samtale med pasienten. (Rollnick m. fl, 2008) Med dette forstår eg motiverande intervju kan hjelpe sjukepleiaren til å gje ein rådgiving som er individuelt tilrettelagt for pasienten. Ein får tak i pasientens meiningar, lyttar til dei, og baserer samtalen vidare etter pasientens behov. Dette gjev det mogleg å få kunnskap om kva pasienten ikkje kan om hans situasjon og kan dermed gje informasjon som er tilrettelagt på hans nivå. På den måten kan ein gje den kompetansen pasienten treng. Vidare kan ein ivareta pasientens autonomi ved å lytte til pasienten sine ynskjer. Ut i frå det kan sjukepleiaren prøva å gje behandlingsval som støttar pasientens verdiar. Det kan tenkjast at tilhøyrighet ikkje vil bli oppnådd via ein samtale, men ein kan likevel oppfordra pasienten til å delta i grupper som oppfyller dette behovet, for eksempel å melda seg inn i diabetesforbundet, treningsgrupper eller lærings og meistringssenter for diabetes. Eg meiner med andre ord at motiverande intervju kan vera med på å hjelpe pasienten til å oppnå både kompetanse, autonomi og tilhøyrighet. Dette på grunn av at ein kan få tydeleg fram pasienten sine synspunkt og dermed kan sjukepleiaren vurdere kva behov han anten har

eller manglar.

Det kjem fleire motivasjonsfaktorar til syne i studien til Tod m fl (2004). Å sleppa å skamma seg over vekta si i sosiale samanhengar, unngå helseproblem, delta aktivt i feriar, bryllaup og bursdagar var tankar som fekk mange til å ynskje å endre levesett. Image og kleder var og ein motivasjon til å gå ned i vekt. Kanskje draumen om å passa inn i ein gammal kjole er så stor at den gjev pasienten eit hint av motivasjon? Eg meiner at å få fram slike ynskjer og tankar kan vera hensiktsmessig. Ein treng ikkje nødvendigvis kun fokusere på helsemessige gevinstar ved ein vektreduksjon, pasienten har kanskje andre bonusar i tankane.

## **5. 2 Samanhengen mellom målsetjing og livsstilsendring**

Alle livsstilsendingar krev ein intensjon eller plan. Denne kan vere alt i frå enkel til komplisert. Uansett er ein viss struktur naudsynt for å oppnå optimal innsats. Å danna individualiserte små mål er særlig aktuelt. Berre det å lage treningsprogram så korte som 5 minuttar kan auke kjensla av meistring. Ein skriftelig og godt spesifisert kosthald og mosjonsbehandlings plan er med på å oppmuntre pasienten til å ta betre vare på helsa si.(Whittemore, Bak, Melkus, Grey, 2003) Med dette forstår at målsetjing er med på å auke pasientens motivasjon. Det krev berre at dei er moglege å oppnå, altså må ein ikkje ha for høge krav i starten.

Å setje seg mål er ein viktig del av motivasjonsteknikken. Korleis måla er sett opp, anten dei er spesielle, generelle, delmål, langtidsmål, kortidsmål, vil vera med på å påverkje motivasjonen. Deltidsmål vil til dømes vera enklare og nå enn langtidsmål. Startar ein med små mål vil ein oppleve å bli meir sjølvmotivert. Ein kan også velje å belønna seg sjølv etter kvar gong noko går bra. På den måten vil ein oppretthalde motivasjonen. Når ein skal laga seg langtidsmål er det naudsynt å ha innsatsviljen og utholdenheit på plass. Langstidmål vil nemleg krevja meir tolmod enn kortidsmål. (Wormnes, Manger 2005)

Eit motiverande intervju skal ha hovudfokus på pasientens vilje og ynskjer(Carino m. fl, 2004) Det vil sei at å endra levesett er ein prosessen som må skje på hans premissar.

Den same tankegangen trur eg er naudsynt å ta i bruk ved målsetjing. Måla må vera skreddarsydd til akkurat til den pasienten, slik at dei er mulige å gjennomføra. Kanskje det er aktuelt å diskutere *kun* kortidsmål i starten? Langtidsmål kan kanskje verka meir strevsame å gjennomføre, og dermed tar det motet frå pasienten. Kaufmann, Kaufmann (2009) meiner at spesifikke mål er betre enn generelle mål. Om måla er vanskelege må ein først og fremst akseptere dei og dermed står ein betre rusta til å nå dei.

Tilbakemelding er også naudsynt for å halda motivasjonen oppe. Ein kan også nytte belønning og bonus når resultat oppnås. Dette kan stimulere til auka produktivitet dersom arbeidet er rutineprega og kjedelig. (Kaufmann, Kaufmann 2009)

I mange tilfeller av eit behandlingsopplegg vil ein merke at pasienten ikkje er motivert nok til å nå dei aktuelle måla. Årsaka til dette kan vera fleire. I nokre tilfeller kan pasienten ha manglande informasjon om tilstanden sin og vil dermed ikkje ha evne til å forstå viktigheita av behandlinga. Dette krev at sjukepleiaren å ha evne til å leve seg inn i situasjonen til pasienten, vise forståing og ikkje minst vera tolmodig. Det vil vera naudsynt for at hjelparen skal kunna vurdere kva pasienten maktar av aktivitet. På den måten vil ein kunna setje opp forventningar som er knytte til pasienten sine funksjonsevne. (Hummelvoll, 2003) Hummelvoll påpeikar her ei vurderingsevne hjå sjukepleiaren. Ein må nemleg kartleggje pasienten sine ressursar og finne ut kva evne han har til å gjennomføre aktivitetar. Dette vil truleg gjera det lettare å setje opp mål som er rette for pasienten. Kanskje pasienten har såpass mange ressursar at ei langtidsmål vil vera aktuelt å diskutere? Det handlar om bli bevisst på pasientens potensiale og moglegheiter.

Orems omtalar i sin definisjon på sjukepleiaren si rolle at ein må sjå enkeltindividets behov for eigenomsorgshandling. Dette er akkurat det ein gjer når ein hjelper pasienten med å setje individuelle mål.

Ein tar og tak i pasienten sine psykologiske faktorar som aktiverer til handling, noko som Kaufmann m fl(2007) påpeiker i sin definisjon på motivasjon. Ein byggjer nemleg måla på pasienten sine premissar på bakgrunn av hans meiningar og synspunkt.

Erfaringa eg tileigna meg i praksis ved avdeling for spiseforsyrring bekrefta kor viktig det var å ha mål som pasienten var einig i. Dette var naudsynt for at behandlingssopplegget kunne gjennomførast, om ikkje vart opphaldet basert på misnøye og pasienten mista motivasjonen. Dette kunne ofte føra til at pasienten skreiv seg ut av behandling, til tross for eit stort behov vidare behandling.

### **5.3 Samanhengen mellom tilhøyrlegheit, støtte og motivasjon**

Kostplan og mosjonstrening som ein måte å endre levesett på.(Bergstad m fl, 2005, Östad m.fl 2010) Å endre levesett har til hensikt å gje betre helse. Ein har med andre ord ein stor gevinst i vente. Til tross av dette er det ikkje nødvendigvis enkelt å gjennomføra. (Naidoo, Wills, 2000)

Å endre kost og mosjonsvanar kan truleg gjennomførast på fleire måtar. Ein effektiv måte visar seg å delta i treningsgrupper. Dette blir bekrefta i både Bergstad m. fl(2005) og Keyhan m. fl (2008) sine studiar. Funna som kjem til syne i Bergstad m fl(2005) sin studie belyser viktigheita av tilhøyrlegheit og støtte. Det viste seg nemleg at kost og treningsvanane ikkje blei vedlikehalde i etterkant. Kanskje ei av årsakene var tap av eit trygt fellesskap? Ein hadde ikkje lenger ei dra hjelp tilgjengelig og dermed forsvann motivasjonen sakte med sikkert? Denne tankegangen trur eg kan vera realistisk. Treningsprogrammet som var omtala i Bergstad m. fl(2005) sin studie gav tilgang til ei rekkje ressursar, som for eksempel ernæringsfysiolog, personlige trenarar, treningsutstyr og treningslokal. Dette er viktig å ha tilgang til då Naidoo m fl(2000) seier at mangel på ressursar kan vera ein disponerande faktor til å ikkje kunne gjennomføre ei livsstilsendring.

Tilhøyrlegheit beskriv Ryan og Deci(2002) som ein viktig faktor for å nå det optimale motivasjonsnivået. Det kan tenkjast at det behovet kan bli oppnådd ved å delta i treningsgrupper. Her vil ein møte fleire med same problematikk og same mål. Ein er omringa av menneskjer som er i ein eineståande posisjon til å forstå deg og dine problem, nemlig fordi dei truleg opplever den same motgangen i livet. Treningsgruppa kan ein gjerne kalle det, men å kalla det ei motivasjonsgruppa hadde ikkje vore feil. Eg

vil påstå at fellesskapet kan heile tida påverkja kvarandre til å nå måla sine. Eit treningsprogram vil også vera med på å gje pasienten struktur, noko som Whittemore m. fl(2003) meiner er eit viktig element for at livsstilsendringa skal bli vellukka.

Kols pasientar får tilbod om fleire å delta på rehabiliteringssenter for å oppnå gunstige helseendringar. Når ein veit at å gå ned 5 % av vekta vil kunna endra sjukdomstilstanden betydelig meiner eg pasientar med overvekt og diabetes også har rett på eit behandlingsopplegg. Mange av pasientane har kanskje aldri trent i heile sitt liv og det å endra kosthald verkar som eit uoppnåelig mål. Å få brosjyrar om aktivitet og kostråd vil ikkje vera nok, dra hjelpa må vera mykje tyngre. Eit treningsopplegg i samarbeid med sjukepleiar, personlige trenara og ernæringsfysiolog trur eg kan vera nøkkelen til å oppnå eit motivasjonsnivå som kan gje resultat. Sjukepleiaren bør særleg fokusere på å motivere pasienten til å ta eit val om å starte å trene, dette er ein beslutning som kanskje ikkje er like lett for alle.

Å motivere pasienten til å ha eit mål om å gå ned i vekt vil på mange måtar stå i samsvar med Orem's definisjon på sjukepleiaren si rolle. Ein skal fungere ei støtte som har til hensikt å hjelpe pasienten til å ta betre vare på seg sjølv. Det er noko av det ein gjer når ein hjelper pasienten til å foreta ein livsstilsendring.

#### **5.4 Samanhengen mellom autonomi, kompetanse og livsstilsendring**

I visse tilfeller krev det at pasienten blir fortald kva tiltak han må setje i verk i behandling av sjukdommen. Sjukepleiaren har nemleg eit delt ansvar ilag med pasienten om å tilrettelegga gunstig behandlingsplan(Moser m. fl, 2008).Etter det eg forstår betyr ikkje det at pasienten skal miste sin rolle som deltakar, tvert i mot. Han er i ein situasjon som krev ny kunnskap, og det krev at han får tilført god informasjon. Dersom fleire behandlingsval vert presentert for pasienten vil hans autonomi bli ivaretatt. Deci og Ryan(2002) seier at ein er autonom når ein tar val av fri vilje på bakgrunn av tilbod som ein får. Vidare seier dei at ei slik deltaking er og med på å auke pasientens motivasjon til å læra.

Bergstad m. fl (2005) tar i studien sin vare på pasientens autonomi ved å gje pasienten val. Å endre kost var eit av hovudmåla, men det vart ikkje foreslått kun ein type diett. Pasienten kunne velje mellom 20 ulike diettar som hadde eit riktig kcal innhald.

Eg tenkjer at kunnskap er med på å gje pasienten kompetanse. Deci og Ryan(2002) seier at kompetanse har ein samanheng pasientens potensial. Med dette forstår eg at den kunnskapen ein gjev pasienten må vera tilrettelagt på hans nivå og behov. Rollnick m. fl(2008) snakkar om at det er pasienten sjølv som veit korleis han kan utføra dei aktuelle tiltaka i forhold til hans sjukdom. Dette gjev meg tankar om at det er nyttelaust å gje informasjon om kor viktig det er med trening dersom ikkje pasienten har tilgang til eit einaste trenings areal. Eller kanskje pasienten forbinder trening med offentlige treningscenter og mistar lysten berre av tanken? Ein moglegheit er å kunna snakke om utsjånaden av heimen hans. Då ville ein kunna gjera pasienten oppmerksom på treningsmoglegheiter som kan utførast i heimen, f eks treningsmetodar ved bruk av berre ein stol, krakk eller trapp. Å oppfordra til daglig aktivitet er og aktuelt. Dette kan vera med på å skapa små endringar, noko som Rubak m. fl(2002) meiner er viktig å fokusere på i starten av ei livsstilsendring.

Det å gå ned i vekt kan ein samanlikna med å slutta å røyka. Ein må mentalt villa gjennomføre det. Du må gjera det kun for deg sjølv, ikkje fordi andre har sagt det til deg på ein forenkla måte som : "Du må gå ned i vekt, veit du". Pasientane treng hjelp til å gå gjennom stadium i ein endring for å oppnå eit suksessfullt vekttap i staden for å bli pressa til å gå ned i vekt før dei er klare for det. Tod, m. fl (2004)

Dette bekreftar betydinga av både motivasjon og autonomi for å endre levesett. Pasienten må sjølv villa det, om ikkje er alle tiltak nyttelause. Kanskje det første sjukepleiaren bør kartleggje er om pasienten vil dette? Om ikkje, kva er årsaka? Det kan tenkjast at viktig informasjon ligg bak pasientens uvilje, då er det kanskje den ein må arbeida med før ein gjev andre råd.

## 6.0 Avslutning

Å endre levestil er ikkje ei enkel oppgåva. Til tross for at vektreduksjon kan gje opp til fleire gunstige gevinstar, er det ingen selvfølge at pasienten ynskjer å setje i verk dei naudsynte endringstiltaka. Sjukepleiaren vil i mange tilfeller møte pasienten når diabetes type 2 er nyoppdaga. Å sjå viktigheita av å bli kjend med pasienten og hans opplevingar av situasjonen er naudsynt for eit godt grunnlag for vidare behandling. Det er nemleg mykje av det eit motiverande intervju handla om ; *å ta seg tid med pasienten, lytte til han og dermed gje gode individuelle råd*. Motiverande intervju har vist seg å vera effektiv, sjølv berre i korte møter med pasienten. Eg tenkjer det er av stor betydning at sjukepleiaren tileigner seg kunnskap om å leia ein slik samtale. På den måten kan ein vera med på å auke pasientens motivasjon og pasientens uvilje treng ikkje vera eit hinder i behandlinga. Motivasjon har heilt klart betydning for at pasienten skal kunna endra levestil ; det er tross alt det som er drivkrafta i oss. Sjukepleiaren kan i første omgang bidra til å motivere pasienten til å ta riktige val, men vidare arbeid krev innsats. Med andre ord er det heilt naudsynt at tiltaka må skje på pasienten sine premisser då det er tross alt han som skal gjennomføra dei. Målsetjing spelar ei sentral rolle når ein skal endre levestil. Ikkje berre er det med på å danna ein plan over kva ein vil oppnå, men det gjev også pasienten motivasjon. Anten det gjeld beslutningar av mål eller tiltak er det naudsynt å ivareta pasientens autonomi, dette er avgjerande for at livsstilsendringa blir vellukka.

Treningsgrupper byr ikkje berre på eit helseresultat, men også eit sosialt fellesskap. Det kunne vore aktuelt at sjukepleiaren undersøker kva tilbod det er innan trening og ernæring i området. Då kan ein motivere pasienten til å nyttiggjera seg av dei aktivitetane som passar han. I korte drag kan ein konkludere med at nøkkelen for at pasienten skal oppnå motivasjon er å behandla han individuelt. Menneskjer er forskjellige og vil dermed ha ulike meninga og mål i livet. Eg tenkjer at motiverande intervju er effektive då det gjev sjukepleiaren ein moglegheit til å bli godt kjend med pasienten. På den måten kan ein få informasjon om ; kva kunnskap pasienten har om sin sjukdom, kva kompetanse han treng, kva mål som er realistiske for han, kva pasienten



ynskjer å oppnå og kva ressursar han har. Sjukepleiaren stiller dermed mykje sterkare å gje livsstilsråd som er relevante for akkurat den pasienten. Kanskje tilsette i primær og sekundær helsetenesta kunne blitt oppfordra å delta på kurs som gjev kompetanse til å leia eit motiverande intervju?

## Littertaurliste

Barth, T. & Näsholm C. (2006). Motiverende samtale - Endring på egne vilkår. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Carino J.L., Coke L., & Gulanick M. (2004). Using Motivational Interviewing to Reduce Diabetes Risk. I: Progress in Cardiovascular Nurs. 2004;19:149-154

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Deci E.L & Ryan R.M (2002). Handbook of Self-Determination Research. Woodbridge : University of Rochester Press

Forsberg C. & Wengström Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

Førde R. (2009) Helsinkideklarasjonen. Henta frå <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Folkehelseinstituttet (2010). Overvekt og fedme hos voksne - faktaark. Henta frå [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,2689:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:61210::1:5567:11:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2689:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61210::1:5567:11:::0:0)

Helsinkideklarasjonen frå Verdens legeforening (2001). Henta frå <http://www.legeforeningen.no/id/2244>

Hummelvoll, K.K.(2004) Helt – ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psyksik helse. Oslo : Gyldendal akademisk.

Jenum, A.K. (2008). Overvekt og type 2 diabetes - trender, årsaker og konsekvenser. *Diabetes forum* nr. 3; 4-9.

Jallinoja P, Absetz P., Kuronen R., Nissinen A., Talja M., Uutela A. & 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; 224-249

Kaufmann A., Kaufmann G.(2009) Hjelper til psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

- Keyhan G., Rahme E., Grover S., Dasgupta (2008). Weight Change During Diet and Exercise Interventions Among Overweight Adults with Type 2 Diabetes: Result of a Chart Review. *Canadian Journal of Diabetes* 32(4):225-259
- Mary, T., Lacey A. (2004). Overweight and obesity: helping clients to take action. *British Journal of Community Nursing*, Vol 9(2); 59-66
- Mosand R., Stabberud D.G. (2010). Sykepleie ved Diabetes Mellitus I: Klinisk sykepleie: Bind 1. Almås, H. Stubberud D.G., Grønset R (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Moser A., Bruggen H., Widdershoven G. (2006). Competency in shaping one's life: Autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting; a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 43; 417-427
- Naidoo J., Wills J.(2000). Health Promotion. Foundations for practice. London : Bailliere Tindall
- Nortvedt M.W., Jamtvedt G., Graverholt B., Reinart L.M. (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk sykepleierforbund
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Renpenning K.M & Taylor S.G (2003). Self-care Theory in Nursing – selected papers of Dorothea Orem. Broadway: Springer Publishing Company
- Rubak S., Sandbæk A., Lauritzen T & Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*
- Rollnick S., Miller W.R., & Christopher C.B (2008). Motivational interviewing in Health care. Helping patients change behavior. New York: The Guildford Press
- Samhandlingsreformen - rett behandling til rett tid (2008-2009). St. meld. Nr 47 Henta frå : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/8.html?id=567278>
- Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidimien kommet til Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 127:34-7. Henta frå [http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp\\_SEKS\\_ID=1473366](http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1473366)
- Vidal J (2002). Updated review on the benefits of weight loss. *Int J Obes Realt Metab Disord* 26;25-28

Wormnes B. & Manger T. (2005). Motivasjon og mestring - veier til effective bruk av egne ressurser. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Whittermore R., Bak P.S., Melkus G.D, & Grey M (2003). Journal of the american academy of nurse practitioners Vol 12 ; 341-349

World Health Organization(2011). Obesity and overweight. Henta frå <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Östenson C.G., Birkeland K., Henriksson J.(2010). Diabetes mellitus - type 2 Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet I forebygging og be handling.