

BACHELOROPPGÅVE

"Fysisk aktivitet er gøy"

Hvordan kan sykepleiere være med å motivere pasienter med nyopptaget diabetes til å være mer aktiv?

av

Kai-Sindre Moldestad, Kandidatnummer 21

"Physical activity is fun"

Emnekode og navn: Bachelor i Sjukepleie, SK 152

Innleveringsdato: 19.04.2013

Tal ord: 6952

Rettleier: Irene Valaker

Den som er motivert, beveger seg mot noe eller i en bestemt retning.

(Allgot, 2011, s.220)

Samandrag

Tittel:

"Fysisk aktivitet er gøy"

Bakgrunn for valg av tema

I min praksis ved medisinsk avdeling møtte jeg pasienter som hadde utviklet diabetes på grunn av dårlig livsstil, og lite fysisk aktivitet. Det å være aktiv har selv gitt meg mye glede, derfor ønsket jeg mer kunnskap om hvordan aktivitet påvirket pasienter med diabetes. Videre ønsket jeg å finne en måte sykepleiere kunne motivere denne pasientgruppen til å være mer aktiv.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere være med å motivere pasienter med nyopplaget diabetes til å være mer aktiv?

Fremgangsmåte

Jeg har brukt pensum litteratur, annet litteratur, og søkt etter relevante forskningsartikler via databasene SveMed og Pubmed. Samtlige artikler er oversiktsartikler, noe som er en styrke kvalitetsmessig. I tillegg har jeg brukt Helsedirektoratets nettsider for nasjonale føringer.

Konklusjon

Diabetikere har flere barrierer knyttet til fysisk aktivitet. Jeg mener det er viktig at sykepleiere kjenner til disse hemmende faktorene, samt kartlegger hva som er mest aktuelt for den enkelte pasient. Det er mange strategier for å endre pasientens vaner, men studier viser at motiverende samtale kan være en aktuell intervensjon i møte med denne pasientgruppen.

Abstract

Title

“Physical activity is fun”

Background for choice of theme

In my nursing practice at the hospital, I met patients who had developed diabetes because of poor lifestyle, as lack of physical activity. Being active has given me much pleasure, that's why I wanted more information about how activity affected patients with diabetes. In addition, I wanted to find a way nurses could motivate patients to become more active.

Issue

How may nurses help to motivate patients with newly diagnosed diabetes to be more active?

Method

The thesis is structured as a literary paper. I have used textbooks, and searched for relevant research articles through databases as SveMed and Pubmed. All the articles I have used are review articles, which will strengthen my paper. In addition, I used the directory of health website for national guidelines.

Summary

Diabetic patients have different barriers related to physical activity. I think it is important that the nurse knows these inhibitory factors, as well as identifying what's the most appropriate treatment for individual patient. There are many strategies to change the patients' habits, but the study show that motivational interviewing may be an actual intervention working with this patient group.

Innhold

1. Innledning m/bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1 Problemstilling med avgrensing.....	7
1.2 Hvordan oppgaven blir løst.....	7
2. Metode for valg av litteratur.....	8
2.1 Framgangsmåte og utvelgelse av teori.....	8
3. Teori.....	11
3.1 Presentasjon av forskningsartikler.....	11
3.2 Diabetes mellitus.....	12
3.2.1 Symptom.....	12
3.2.2 Diagnostikk.....	13
3.4 Aktivitet og sykdom.....	13
3.5 Kommunikasjon, og relasjonens betydning.....	14
3.6 Mestring og myndiggjøring.....	15
3.7 Motivasjon og endringsvilje.....	16
4. Drøfting.....	18
4.0.1 Case:.....	18
4.1 Hva kan hemme og fremme vilje til å være fysisk aktiv?.....	18
4.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon - nøkkelen til bedre motivasjon?.....	20
5. Styrke og svakheter.....	25
6. Konklusjon.....	26
Bibliografi.....	27

1. Innledning m/bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet estimerte at ca. 265 000 hadde diabetes i 2004, hvor 230 000 hadde diabetes type 2 (Helsedirektoratet, 2009). Type 2-diabetes er en kronisk metabolsk sykdom som påvirker insulinproduksjonen i menneskekroppen, noe som fører til et høyere nivå av blodglukose (Jacobsen, Os, & Birkeland, 2009). Ofte forekommer denne sykdommen gjennom kombinasjon av arv, overvekt og lite fysisk aktivitet.

I følge Helsedirektoratet (2009) øker forekomsten av diabetes i Norge, samt resten av verden. Verdens helseorganisasjon beskriver at 90 % av personene som får diabetes type-2 kan forebygge sykdommen gjennom endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Hjerte- og karsykdommer, nevropati, fotproblemer og høyt blodtrykk kan oppstå som senkomplikasjoner. Fysisk aktivitet er med på å forhindre disse senkomplikasjonene, samt øke glukoseopptaket i musklene, bedre insulinfølsomheten og hjelper til vektreduksjon. Fysisk aktivitet gir også positive impulser til et sunnere liv. I de sentrale anbefalingene til helsedirektoratet står det beskrevet at en bør ha minst 30 minutter rask gange, eller tilsvarende moderat aktivitet daglig for å forebygge videre utvikling av sykdommen (Helsedirektoratet, 2009).

I oppgaven har jeg valgt å se nærmere på hvordan sykepleier kan motivere pasienter til å være mer aktiv for å bedre sin diabetesdiagnose. Problemstillingen er både samfunnsaktuell og sykepleiefaglig relevant. Det foreligger blant annet god dokumentasjon på at endring i levevaner kan forsinke utviklingen av diabetes type-2. Videre er jeg selv opptatt av å opprettholde god helse gjennom fysisk aktivitet i min hverdag. Som sykepleierstudent har jeg vært gjennom flere praksiser hvor jeg har møtt mennesker som sliter med dårlige levevaner, og som følge av dette, utviklet diabetes. I oppgaven vil jeg også se hva som påvirker motivasjonen til diabetikere i forhold til fysisk aktivitet.

1.1 Problemstilling med avgrensning

Jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere være med å motivere pasienter med nyoppdaget diabetes til å være mer aktiv? ».

På bakgrunn av problemstillingen ønsker jeg å avgrense oppgaven til pasienter som har en kostregulert diabetes type-2, dette vil si en diabetes som ikke behandles i form av medikamenter. Jeg vil konsentrere meg om pasienter som nylig har fått diagnosen, er innlagt på sykehus og har behov for sykepleie. Det er også relevant for oppgaven at personer som mottar informasjonen ikke er kognitivt svekket. Siden oppgaven omhandler fysisk aktivitet må pasientene også ha mulighet til å være aktiv. Hovedsakelig tenker jeg å avgrense oppgaven til pasienter i 40 – 60 års alderen. De har gjerne levd et liv med sine vaner og aktivitetsmønster, og det kan være utfordrende å skulle endre disse nå. Selv om jeg har valgt diagnosen diabetes håper jeg oppgaven kan ha overføringsverdi til andre diagnoser og aldrer. I flere sammenhenger kan det være aktuelt med tverrfaglig samarbeid, men jeg vil konsentrere meg om sykepleierens funksjon. Jeg velger å forkorte fysisk aktivitet til "FA" i diskusjonskapittelet.

1.2 Hvordan oppgaven blir løst

Jeg har allerede presentert bakgrunn for valg av tema og oppgavens avgrensninger. Videre vil jeg gjøre rede for metodedel og fremgangsmåte. I denne delen viser jeg til bøker og artikler, og hvorfor jeg har valgt akkurat disse. Dere vil også se søkemetoden min i form av skjema. Valgt teori vil omhandle presentasjon av forskningsartikler, diabetes type 2 og aktivitet. I denne delen trekker jeg også inn sykepleierens funksjon i møte med pasienter, og motiverende faktorer. I diskusjonskapittelet lager jeg en case som jeg går ut ifra når jeg drøfter. Underkapitlene vil være; hva kan hemme og fremme vilje til å være fysisk aktiv? og den individuelle veiledningssamtalen – nøkkelen til bedre motivasjon? Avslutningsvis vil jeg skrive noe om de positive og negative sidene ved oppgaven og deretter en konklusjon på problemstillingen.

2. Metode for valg av litteratur

I bacheloroppgaven bruker jeg litteraturstudie som metode. Det vil si at jeg bruker eksisterende kunnskap som bøker og forskningslitteratur til å finne svar på problemstillingen (Bjørk & Solhaug, 2008). I den sammenheng er det viktig å ha en strategisk søkemetode slik jeg finner relevant litteratur. Dette innebærer å bruke kunnskapspyramiden under utvelgelse av forskning (Dalland, 2012; Kunnskapssenteret, 2008).

Når en skriver litterær oppgave som metode får en dybdeinnsikt og flere meninger fra flere forfattere. Derfor er det viktig å være oppmerksom på at studier som har blitt forsket mye på kan ha forskjellige resultater (Dalland, 2012). Jeg velger å ikke benytte meg av litteratur eldre enn 10 år, noe som gir oppdatert forskning og litteratur, og de nyeste kunnskapene. Jeg har brukt kunnskapssenterets anbefalinger for å vurdere de valgte forskningsartikler kritisk (Kunnskapssenteret, 2008).

2.1 Framgangsmåte og utvelgelse av teori

Da jeg startet mitt litteratursøk søkte jeg i høyskolens biblioteksdatabase, Bibsys.

Jeg avanserte søkene, og søkeordene ble:

- Diabetes
- Diabetes +motivasjon
- Diabetes + motivasjon + aktivitet

(Se tabellen nedenfor)

Jeg satt igjen med syv bøker som jeg leste igjennom, og valgte to av bøkene som jeg syntes var mest relevante for min oppgave med tanke på sykdom og behandling:

- “Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling” av Skafjeld & Graue.
- “Diabetes; -Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell” av Skafjeld.

Jeg var også interessert i å finne informasjon om motiverende faktorer, og søkte:

- Empowerment + brukervedvirkning
- Motivasjon og mestring
- Motiverende samtale

(Se tabellen nedenfor)

I det første søket fant jeg 83 bøker. Ut i fra overskriftene valgte jeg en bok som virket interessant og heter “Fra bruker til samarbeidspartner, Realisering av brukervedvirkning” av

Myhra. Denne boken tok for seg begrepene brukermedvirkning og empowerment.

I det andre søket fikk jeg fire treff. Jeg så gjennom disse bøkene og valgte boken “Motivasjon og mestring; Veier til effektiv bruk av egne ressurser ” av Manger og Wormnes som tok for seg viktige faktorer innen mestring og motivasjon. Det tredje søket fant jeg to bøker. Der valgte jeg å bruke boken “Motiverende samtale; endring på egne vilkår ” av Barth og Näsholm.

Jeg har også brukt "Sykepleiepedagogisk praksis; pasientsentrert sykepleie på ulike arena" av Brataas som beskrev fremgangsmåter sykepleiere kan bruke for å fremme kommunikasjon og empowerment. Boken "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" av Travelbee, og "Pedagogikk i sykepleiepraksis" av Tveiten forteller noe om sykepleierens funksjon i arbeid med mennesker.

Da jeg skrev metodedel hentet jeg informasjon fra “Metode og Oppgaveskriving” av Dalland, og “Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie” av Bjørk & Solhaug. Disse bøkene var relevante siden jeg skrev en litteraturstudie, og gav korrekt informasjon om hvordan en formulerte metodedel og oppgavens struktur.

Jeg fikk også hjelp fra bibliotekaren på skolen som anbefalte "Aktivitetshåndboken; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling” av Helsedirektoratet skrevet av Bahr, som beskrev sammenhengen mellom aktivitet og kronisk sykdom.

Fra pensumlisten til sykepleierutdanningen valgte jeg å konsentrere meg om bøker som omhandlet fakta om diabetes, endring av livsstil, aktivitet, mestring og relasjoner. Videre “Sykdomslære” av Jacobsen m.fl., “Bære eller bryte” av Hansen & Røkenes, “Helt - ikke stykkevis og delt” av Hummelvoll, og “Klinisk Sykepleie 1” av Almås m.fl..

Jeg brukte også de Nasjonale retningslinjene for diabetes i oppgaven slik jeg fikk nasjonale føringer fra myndighetene, blant annet fra diabetesforbundet og Helsedirektoratet. Andre nettsider jeg har brukt er Lovdata der jeg har hentet lover om pasient- og brukerrettigheter.

Når det gjelder forskning, har jeg fokusert på PubMed og Svemed. Det var anbefalt fra skolens side å velge to databaser. I databasene avanserte jeg søkene der jeg brukte følgende søkeord:

- Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon
- Motivation+ physical activity + diabetes
- Motivational interviewing to reduce diabetes risk

På PubMed fant jeg til sammen 14 artikler, og ekskluderte 12 av disse der innholdet ikke var relevant for oppgaven. Jeg valgte oversiktsartiklene “Improving Patients’ Adherence to physical activity in Diabetes Mellitus” og “Using Motivational Interviewing to Reduce Diabetes Risk”. Når jeg søkte i SveMed+ fant jeg oversiktsartikkelen “Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon”.

Databaser:	Søkeord:	Avansert	Antall treff:
Bibsys	-Diabetes	-Bøker	194
	-Diabetes + forebygging	-Bøker	15
	-Diabetes + forebygging + aktivitet	-Bøker	<u>7</u>
	-Empowerment + Brukermedvirkning	-Bøker. 2003-2013	<u>83</u>
	- Motivasjon og mestring	- Tittel. Bøker. 2003-2013	<u>4</u>
	- Motiverende samtale	Tittel, 2003-2013	<u>2</u>
PubMed	-Motivation+ physical activity + diabetes		253
	-Motivation+ physical activity + diabetes	-Review	34
	-Motivation+ physical activity + diabetes	-Review + Free Full text available + 10 years	<u>7</u>
	- Motivational interviewing to reduce diabetes risk	Review + Free Full text available + 10	<u>7</u>
SveMed+	- Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon	2003-2013 + Läs	<u>1</u>

3. Teori

3.1 Presentasjon av forskningsartikler

Improving Patients' Adherence to physical activity in Diabetes Mellitus

Oversiktsartikkelen (Qui, Shan-un et al., 2012) beskriver at mennesker med diabetes har ulike barrierer knytt til fysisk aktivitet. Forskningen fant videre ut at de kunne dele disse barrierene opp i to kategorier; Indre- og ytre barrierer. Indre barriere var påvirket av egne bestemmelser som; følelsen av dårlig helse, mangel på selskap under- og utenfor trening, lite interesse for fysisk aktivitet, dårlig tid, smerter i kroppen, tretthet, ukomfortabel pga. overvekt slik det ble vanskelig å trene, og manglende informasjon rettet til trening. De ytre barrierene var faktorer som de selv ikke kunne påvirke; dårlig vær, kulturelle barrierer, dårlig fasiliteter, mangel på sosial respons og motivasjon, og mangel på treningspartner. Artikkelen forteller også at fysisk aktivitet er essensielt for å holde kontroll på sykdommen, i tillegg gir fysisk aktivitet flere positive effekter på blant annet vekt, blodtrykk, HbA1c (langtidsblodsukker), livskvalitet og levealder. Videre viser de til tre forskjellige strategier for å øke motivasjon til FA(Qiu, Sun, Cai, Liu, & Yang, 2012)

Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon

Oversiktsartikkelen til Aadland og Anderssen (2013) undersøkte effekten av fysisk aktivitet med overvekt- og fedme personer. Selv om fysisk aktivitet gir et økt energiforbruk og fører til en negativ energibalanse, kommer det frem at vektreduksjonen er omdiskutert. Grunnen til dette vil de koble til design, utforming av intervensjonene og/eller gjennomføring og måling av faktisk aktivitet i de forskjellige forskningene. Oversiktsartikkelen viser at fysisk aktivitet kombinert med diett gir fire ganger (8,9 kg – 12 kg) større vekttap over et til to års oppfølging. Ved bare fysisk aktivitet vil en gjennomsnittlig få vektreduksjon på 1-3 kg med ca. 1000 kalorier (kcal) pr. uke. I oversiktsartikkelen konkluderer de med at personer som driver med fysisk aktivitet må ha en endringsatferd (egenmotivasjon) for å gjennomføre faktiske aktivitet over lengre tid for og få tilstrekkelig effekt (>3 kg) (Aadland & Anderssen, 2013, ss. 37-40).

Using Motivational Interviewing to Reduce Diabetes Risk

Oversiktsartikkelen til Carino et al. (2004) forteller at sykepleiere er i en posisjon til å motivere pasienter til livsstilsendringer gjennom kommunikasjonsprosessen motiverende intervju/samtale. Videre beskriver det at motiverende samtale er et viktig verktøy innen terapeutisk livsstilsendring som er med på å fremme motivasjon til vektreduksjon, trening og generelle livsstils forandringer. Noen av RCT-artiklene de presenterer viser at motiverende samtale (MS) er mer effektiv enn medikamentell-, og standard behandling (MB) for å redusere diabetes forekomsten (MS - 58 %, versus MB - 31 %).

Oversiktsartikkelen viser også hvordan motiverende samtale skal gå frem, og hvordan en skal fremme empowerment og motivasjon til pasienter (Carino, Coke, & Gulanick, 2004).

3.2 Diabetes mellitus

Diabetes rammer 5-6 % av den voksne befolkningen i Norge, og forekomsten øker til eldre man blir. Det finnes flere klassifikasjoner innen diabetes: diabetes type 1, diabetes type 2, svangerskapsdiabetes og flere spesielle former for diabetes (Jacobsen, Os, & Birkeland, 2009). Kjentegnene på type-2 diabetes er en varierende grad av insulinresistens og/eller relativ insulinmangel, noe som fører til et høyere nivå av glukose i blodet (hyperglykemi). Glukose/blodglukose er en angivelse av hvor mye sukker som finnes i blodet på et gitt tidspunkt, målt i millimeter per liter. Årsakene til diabetes kan være redusert evne til å skille ut insulin fra betacellene, eller insulinresistens i de perifere venene og i leveren. Kroppen klarer da ikke å opprettholde et normalt glukosenivå, noe som påvirker karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen i kroppen. Insulinresistens betyr at musklene og fettvevet ikke klarer å ta opp insulinet fordi virkningen av insulin er nedsatt. Diabetes kan også være forårsaket av andre sykdommer som t.d. overvekt og hjerte- og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2010).

3.2.1 Symptom

Det finnes flere måter pasienter kan oppdage om de har diabetes. Symptomer ved hyperglykemi kan være konstant tørste, hyppig vannlatning, vekttap, kløe, varmfølelse, høgt energinivå, sulthetsfølelse og hyppig vannlatning (Vaaler, 2002; Mosand & Stubberud, 2010). Andre ganger har ikke pasienter symptomer i det hele. Når de ikke føler symptom kan det være vanskeligere å oppdage sykdommen, og det kan gå lengre tid før de får behandling (Vaaler, 2002).

3.2.2 Diagnostikk

Den mest normale måten å bekrefte diabetes er to fastende blodprøver ved to anledninger som viser glukosekonsentrasjon over 7,0 mmol/l i venøst plasma, eller over 6,1 mmol/l i kapillærblod (Mosand & Stubberud, 2010; Vaaler, 2002).

Det finnes også en test som heter glukosebelastning. Pasienten drikker 75 gram glukose i 300 ml vann, og etter 2 timer måler glukosenivået. Om blodglukosen er under 7,8 mmol/l har vedkommende ikke diabetes, ligger blodglukosen mellom 7,8 og 11 mmol/l har pasienten nedsatt glukosetoleranse, og over 11 mmol/l har pasienten diabetes (Vaaler, 2002).

3.4 Aktivitet og sykdom

Fysisk aktivitet gir flere fordeler hos pasienter som har diabetes. Under aktivitet forbrukes glukose som energi. Dette fører til en glukosenenking i kroppen slik nivået av blodglukose blir lavere under-, og etter aktivitet. Fysisk aktivitet gir også økt muskulatur. Dette fører til at musklene forbruker mer energi, noe som medfører mer forbruk av glukose (Mosand & Stubberud, 2010). Gjennom fysisk aktivitet får en også et økt energiforbruk som gir tap av fett. Dette kan medføre slik at pasientens insulinproduksjon kan bli tilstrekkelig for å tilfredsstille kroppens insulinbehov i forhold til blodglukosenivået (Mosand & Stubberud, 2010).

Diabetikere kan også få flere komplikasjoner som t.d. høgt blodtrykk og kolesterol. Ved fysisk aktivitet blir lipidinnholdet(fett) i blodet forbedret ved at triglyseridnivået(lager- og transport av fett) blir senket, og HDL-kolestrolet(umettet fett) øker. Dette kan medføre en senkning av forhøyet blodtrykk, kolesterolnivået blir forbedret, og en forebygger hjerte- og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2010).

I de nasjonale retningslinjene for diabetes (Helsedirektoratet, 2009) står det beskrevet at dose-responskurven er lineær med tanke på trening og effekten av fysisk aktivitet, - jo mer aktiv desto større effekt vil treningen gi, noe som gir økt helseeffekt for diabetikere. Videre beskriver de at styrke- og utholdenhetstrening gir redusert HbA1c, og er relevant for diabetesbehandling med tanke på senkomplikasjoner. Anbefalt aktivitetsnivå er 30 minutter daglig med moderat intensitet. Ved å doble dette aktivitetsnivået i tid eller intensitet vil medføre en større helseeffekt. I anbefalingene står det også beskrevet at det å lage en plan for fysisk aktivitet med den enkelte pasienten er viktig. Dette for at pasienten skal være med å bestemme hvilke behandling som blir gitt. I pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2 (1999) står

det beskrevet at pasienten har rett til å medvirke i forhold til hvilken behandling han eller henne får, og hvilke tiltak som blir satt i verk (Lovdata, 1999). I utgangspunktet kan personer med type-2 diabetes utføre all form for aktivitet om ikke sykdomsbildet tilsier noe annet (Helsedirektoratet, 2009).

3.5 Kommunikasjon, og relasjonens betydning

Joyce Travelbee (2001) mener at sykepleie er primært en mellommenneskelig prosess der personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er essensielt. Travelbee mente at sykepleierens oppgave var:

- Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
- Å utvikle et «menneske-til-menneske-forhold» til pasienten
- Å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiers hensikt

I følge Travelbee (2001) er en god interaksjon en forutsetning når en skal skape tillit hos pasienter. Dette innebærer å lære den syke å kjenne, ivareta den sykes behov, og å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Siden pasienter krever kontinuerlig hjelp til å mestre sykdommen vil vedkommende få nye behov når det første behovet for sykepleie er oppfylt. Dette innebærer at sykepleieren må kontinuerlig følge opp nye mål utover i behandlingen. Videre mente hun at sykepleieren skal bruke kommunikasjon som et middel til å møte pasientens behov slik at de klarer å mestre sykdommen, og eventuelt finne mening i opplevelsene. Travelbee (2001) hevdet også det var viktig at sykepleiere forsto hva pasienten sa både verbalt, og non-verbalt, for så å bruke denne informasjonen til og planlegge å iverksette tiltak videre i prosessen.

Røkenes og Hanssen (2012) mener alle mennesker har en grunnleggende evne til å kommunisere med andre. En god relasjon blir til ved at et sett av verdier en mener er viktig i samhandlingen ivaretas og utvikles. Når relasjonen blir skapt må pasienten føle trygghet, åpenhet og tillit. Det er også viktig at pasienten opplever å bli sett og hørt under møtet. Har en bidratt til god relasjon der trygghet og åpenhet ligger til grunne kan kommunikasjonen videre i samhandlingen fungere bedre (Røkenes & Hansen, 2012). Andre viktige forhold for å opprette en relasjon er at begge partene som skaper relasjonen er villig til å møte den

andre parten. Forholdene rundt møtet må være behagelige slik pasienten ikke føler seg ukomfortabel eller påtvungen til å gjøre noe han ikke vil (Hummelvoll, 2012).

3.6 Mestring og myndiggjøring

Mestring omhandler det helhetlige mennesket. Dette innebærer det psykiske, fysiske og de sosiale omgivelsene som er med på å påvirke menneskets ressurser, og samspillet i sin helhet. Mestring er med på å forklare hvordan mennesket møter dagliglivet, og hvordan de takler stress og utfordringer (Wormnes & Manger, 2005). Kunnskap skaper trygghet, og trygghet gir mestringsfølelse og selvstendighet (Allgot, Diabetes og samfunnet, 2002). For at pasienter skal kunne leve fullt ut med sin sykdom trenger de kunnskap om sykdommen. Vedkommende må styre kompliserte prosesser i kroppen, ta valg som er bra, og valg som ikke er fullt så bra. Å ha en kronisk sykdom er både skremmende og utfordrende, og å leve i frykt om å gjøre feil kan gå ut over livskvaliteten til den enkelte. Derfor er veiledning, hjelp og støtte et viktig moment for sykepleie i disse situasjonene slik at pasienter klarer å mestre sykdommen, og bedre livskvalitet (Allgot, Diabetes i et brukerperspektiv, 2011).

Myhra (2012, s. 122) sier at «*Empowerment er en prosess hvor man oppnår makt, utvikler makt, tar makt eller legger til rette for å utøve makt. Andre kan bare bistå og medvirke til makt*». Empowerment handler om å myndiggjøre seg selv slik at man kan ta kontroll over eget liv. Ved hjelp av empowerment vil personer føle selvstyring, og få egenkraftmobilisering slik at de klarer å ta egne valg som er positivt for deres egen helse. For at pasienter skal klare å bruke begrepet empowerment må de være bevisst rundt sin egen rolle. Empowerment er en prosess som innebærer mye selvrefleksjon, tenke nye tanker og utøving i praksis.

Brukermedvirkning skal gi positive assosiasjoner knytt til styrke og ressurser hos enkeltmenneske. Lært hjelpeløshet er et godt eksempel på hva dette begrepet går ut på, og hvordan en gjennom denne prosessen kan ta kontroll over egne valg som styrker individet selv. Fokuset er at mennesket skal være selvstendig, ha integritet og selvtillit til å håndtere livet og verden rundt (Myhra, 2012).

Det er ikke alltid like enkelt å finne nye løsninger på egen hånd. Derfor kan det være viktig å ha en veileder som hjelper pasienter på nye veier, og kommer med forslag til «strategier» slik de kan håndtere en ny hverdag (Myhra, 2012).

3.7 Motivasjon og endringsvilje

I følge Tveiten (2008, s. 31) kan hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon være å oppdage læring, vekst, utvikling og mestring. Hun mener motivasjon betraktes som en læreforutsetning om pasienten vil tilegne seg ny kunnskap. Ytre faktorer kan motivere et menneske til definert aktivitet, men den mest effektive motivasjonskilden har man i seg selv. Videre definerer hun motivasjon som «*den drivkraften som ligger til grunne for handling, eller som tilstander som gir retning for atferd*» (Tveiten, 2008, s. 121). Wormnes og Manger (2005) hevder at motivasjon påvirkes positivt om pasienter kan lage spesifikke mål for en behandling. Dette kan være generelle mål, delmål, korttidsmål og langtidsmål. Disse målene vil i seg selv være motiverende underveis i behandlingen, og arbeidet som blir gjort kan bli mer vedvarende. Fordelen med målformulering er at pasienten retter oppmerksomheten mot viktige delmål i behandlingen, og ikke ser på langtidsmålet som umulig. Målene vil øke innsatsen og utholdenheten når en ser behandlingen fungerer. Gjennom målformulering lærer pasienter seg nye arbeidsmåter, og tilegner seg ny kunnskap de kan ta med videre i arbeidet (Wormnes & Manger, 2005). Wormnes og Manger (2005) mener også at motivasjon er en viktig betingelse for læring, da visse rammer må være på plass. Dårlig planlegging, uro rundt pasienten eller at sykepleieren ikke er motivert, kan skade læringen til vedkommende. Informasjonen som blir gitt må være tilrettelagt og tilpasset til den enkeltes behov. Hvordan undervisningen skal foregå må vurderes ut i fra læreforutsetningene der sykepleieren bruker ulike tilnæringsmåter (Tveiten, 2008).

Barth og Näsholm (2007) skriver om motiverende samtale, en fremgangsmåte oppbygd i fem faser innen kommunikasjon som konsentrerer seg om motivasjonsaspekt i forandring. Motiverende samtale er et redskap for sykepleiere i samtale med pasienter der en legger vekt på personenes egne opplevelser, oppfatninger og prioriteringer. Pasienten må reflektere over seg selv, utforske, løfte frem egen motivasjon, og ta stilling til eventuelle endringer. I denne modellen bruker pasienter aktiv empowerment og tar egne beslutninger som fremmer mestring og motivasjon (Barth & Näsholm, 2007).

I den første fasen må sykepleieren og pasienten etablere en relasjon og et kommunikasjonsmønster preget av trygghet, åpenhet og interesse. Andre fase er en nøytral-utforskende fase der sykepleieren får informasjon om pasientens opplevelser, samt pasienten får opplysninger om sykdommen. Dette fører til at sykepleieren og pasienten får til en felles oppfatning av utgangspunktet for endring. Tredje fasen er perspektivutvidende fase, en mer

utfordrende fase for pasienten der sykepleieren blir mer aktiv og spørrende. Sykepleieren fokuserer på sammenhenger, andre perspektiver, pasientens ambivalens og diskrepans. Diskrepans handler om pasientens oppmerksomhet, og kontraster om hvordan det faktisk er, og hvordan pasienten kunne ønsket det skulle vært. Fjerde fase er motivasjonsbyggende fase der de fokuserer på endringsmotivasjon. Pasienten fokuserer på endringstanker og motivasjon, noe som fører vedkommende fremover mot beslutning og endring. Femte fasen er beslutnings- og forpliktelsesfasen. I denne fasen tar pasienten egne beslutninger, og han jobber med sitt ansvar for plikt til gjennomføring. Denne formen for arbeid øker sannsynligheten for at endringene blir gjennomført (Barth & Näsholm, 2007).

4. Drøfting

4.0.1 Case:

De siste 3 månedene har ikke "Hansen" vært seg selv. Han har vært mer sliten enn tidligere, tørr i munnen, og har hatt hyppig vannlatning. Han bestemte seg for å gå til fastlegen og fikk påvist diabetes type-2 gjennom glukosebelastning som viste 14,2 (Vaaler, 2002). Da legen mente han var i grenseland for insulinbehandling ble han henvist til sykehuset ved medisinsk avdeling for videre utredning, informasjon og tilrettelegging i forhold til sin sykdom.

"Hansen" er 55 år gammel, 175 cm høy, og veier 88 kg. Langtidsblodsukkeret er 13,2. På sykehuset ble det bestemt at "Hansen" skulle prøve med vektreduksjon og endring av livsstil. I flere år har han ønsket å gå ned i vekt, og motivasjonen har kommet og gått. Han føler det alltid har vært noe som har holdt han tilbake når han skal ta det første skrittet mot et aktivt liv. Unnskyldningene hans har vært at han er trøtt etter jobb, og ingen å trene sammen med. Han synes også det er tungt å trene siden han har en lang vei å gå, og følelsen av dårlig helse. Andre unnskyldninger har vært dårlig vær. Han er nå engstelig for om han ville klare å endre sine treningsvaner. "Hansen" håper han får hjelp fra helsepersonell til å komme i gang.....

4.1 Hva kan hemme og fremme vilje til å være fysisk aktiv?

FA gir flere positive reaksjoner i kroppen, som økt helseeffekt samt endring i kroppssammensetning mellom fett og muskulatur. Aadland og Anderssen (2013) viser i sin studie at generell FA over en lengre periode kan føre til en vektreduksjon på 1-3 kg. Siden studiene har konsentrert seg om generell vektreduksjon må en se nøyer på hva som skjer i kroppen ved trening. FA øker muskelmassen som igjen gir økt fettforbrenning, og fører til reduksjon i visceralt fett (Jacobsen, Os, & Birkeland, 2009). Videre forteller Aadland og Anderssen (2013) at styrke, uthold- og kondisjonstrening er den beste metoden for vektreduksjon. Mosand og Stubberud (2010) sier at denne type trening også kan føre til en glukosesenkning i blodet. De beskriver videre at FA gir muskelhypertrofi (muskelvekst), som igjen fører til mer forbruk av energi og glukose. Dette vil være en helsegevinst for "Hansen" siden langtidsblodsukkeret er 13, 2 og han er noe overvektig.

Forskning viser at det å være tung eller overvektig kan være utfordrende for diabetikere når de skal være i aktivitet (Qiu, Sun, Cai, Liu, & Yang, 2012). Hansen veier 88 kg. Dette tilsier en KMI på 28,74 og betyr overvektig (Bahr, 2008). Overvekt kan være med å hemme FA grunnet det blir tyngre, mer slitsomt, og mer belastende for kroppen å være i bevegelse.

Hjertet får mindre plass som fører til mindre pumpekraft, lungene får dårligere plass til ventilering, og benene i kroppen får mer belastning som kan føre til smerte (Mosand & Stubberud, 2010). "Hansens" mangelfulle aktivitetsnivå fra tidligere, og hans overvekt kan være med å skape mistriivsel og hemme motivasjon til videre aktivitet. Waagø og Skaug (2009) hevder at kroppen som ikke blir brukt, blir svekket, og overvekt etterfølges ofte av en følelse av hjelpeløshet.

Som en kan se har "Hansen" flere barrierer knytt til å ta det første steget mot å være fysisk aktiv. Av artikkelen til Qiu et al. (2012) kommer det frem at diabetikere er mindre motivert til FA. De viser til flere studier fra USA, Kina og Tyskland der bare 39 % av diabetikerne holder på med FA, versus 59 % av menneskene uten diabetes holder på med FA. Hvorfor det er slik kan være vanskelig og forstå? Qiu et al.(2012) hevder at forklaringen kan være ulike barrierer diabetikere har. De fant ut at 58 % av deltagerne hadde en felles indre-barriere; *følelse av dårlig helse*. Dette er det samme problemet "Hansen" sliter med, og problemet kan igjen knyttes opp i mot den kroniske sykdomsfølelsen. Hanstad (2002) forklarer at det å leve med kronisk sykdom kan fører til psykiske- og fysiske påkjenninger. Videre forklarer hun at å leve med kronisk sykdom gir undertrykte, vonde følelser som kan påvirke mestring, motivasjon og selvfølelse. Slik jeg vurderer det er det en sammenheng mellom barrierene, og motivasjon til å gjøre FA. Andre barrierer som kan være med å hemme motivasjon til FA er; *ingen interesse, smerter i kroppen, og trøtthet* (Qiu, Sun, Cai, Liu, & Yang, 2012). Det kan tenkes at pasienter synes det er utfordrende å gå på treningssenter når de ser muskuløse mennesker løfter tunge vekter, og atletiske mennesker springer kilometer etter kilometer, og har veltrente kroppar... Her kommer "Hansen", utrent, og kanskje usikker på seg selv. Han føler seg gjerne mer utsatt for blikk, hvissing og latter siden han er utrent, og er annerledes enn det «ideelle». Igjen kan dette bekreftes med funn i studien til Qui et al. (2012) angående ytre barrierer; *mangel på sosial respons og motivasjon*. "Hansen" får ikke den positive oppmerksomheten han trenger for å bli motivert videre til FA, og kan få en følelse av å mislykkes. Disse barrierene er med på å hemme motivasjonen til fysisk aktivitet, og kan være ødeleggende for diabetikere som vil endre seg selv til å være mer aktiv.

Allgot (2011) hevder motivasjon er med på å fremme FA. Videre forteller hun at motivasjon og egeninnsats er viktige moment for gjennomføring av aktivitet. Dette mener også Tveiten (2008) som sier motivasjon kan sees i sammenheng med behovet for mestring. Aadland og Anderssen (2013) viser en klar dose-respons-sammenheng hvor faktisk gjennomført aktivitet er essensielt med tanke på motivasjon og egeninnsats. I forskningen kommer det frem at

personer med energiforbruk > 2500 kcal pr. uke hadde et vekttap på 12,0 kg, sammenliknet personer med energiforbruk < 2500 (1000) kcal pr. uke som hadde vekttap på 0,8 kg. Dette betyr at personer som skal drive FA må ha tilstrekkelig egenmotivasjon for gjennomføring av aktivitet for å få ønsket effekt av treningen. "Hansens" levevaner har ført til diabetes, og han er nå innstilt på å endre livsstil. Skafjeld og Graue (2011) skriver at faktorer som setter i gang endring av atferd, er personens indre motivasjon. "Hansen" har nå en mer personlig grunn for å forandre seg selv, og kan i den sammenheng motiveres til FA. For at "Hansen" skal få tilstrekkelig effekt av treningen må egeninnsats som tidligere presisert være vesentlig. Klarer han å motiveres til FA kan dette i følge Waage og Skaug (2009) gi "Hansen" mer energi i hverdagen, noe som kan motivere han til videre aktivitet etter arbeid når han egentlig føler seg trøtt og sliten.

For at "Hansen" skal bli mer motivert til FA må han mestre sin sykdom, og i tillegg mestre sykdom i forhold til aktivitet. Mestring er med på å skape trygghet og selvtillit, noe som kan gjøre han mer åpen for forandringer. Wormnes og Manger (2005) mener at mestring er med på å bedre livskvalitet, noe som gjør at de kan takle nye utfordringer i hverdagen som FA. Denne kunnskap kan pasienter få fra helsepersonell gjennom veiledning, støtte og undervisning (Allgot, Diabetes i et brukerperspektiv, 2011). Sykepleiere er med på å skape trygghet og selvstendighet slik pasienter som "Hansen" klarer å mestre sykdommen bedre. Derfor føler jeg mestring kan være med på å fremme motivasjon videre til FA siden sykdommen ikke blir så belastende og utfordrende.

4.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon - nøkkelen til bedre motivasjon?

Sykepleiere er i en perfekt posisjon for å fremme motivasjon hos pasienter gjennom kommunikasjon og relasjoner. Sykepleiere er i kontakt med pasientgruppen daglig, noe som gir dem mulighet til å kommunisere om vanskelige temaer knytt til fysisk aktivitet. For å fremme motivasjonen til "Hansen" mot å bli mer aktiv velger jeg å bruke modellen til Barth og Näsholm (2007) som omhandler motiverende samtale. Oversiktsartikkelen til Carino et al. (2004) viser at motiverende samtale med diabetikere er mer effektiv enn andre metoder når pasienten skal endre kosthold, trening og vektreduksjon. I denne kommunikasjonsmetoden er pasienten med i samtalen, og en bruker aktivt empowerment og brukervedvirkning. I samtalen reflekterer pasienten over sterke- og svake sider, og en snakker om fortid og fremtid. Gjennom motiverende samtale vil pasienten bli mer bevisst på barrierene, noe som kan gjøre han mer motivert til å ta det første steget mot å være fysisk aktiv.

En motiverende samtale blir innledet med *en kontakt- og relasjonsskapende fase*. Det første møtet kan oppleves skremmende for "Hansen" da han ikke kjenner den som skal veilede, og fordi han ikke vet hva samtalen går ut på. Derfor er det viktig å opprette en relasjon der de føler trygghet, omsorg og en behagelig atmosfære. Det å etablere en positiv, men profesjonell relasjon med pasienter så tidlig som mulig, medfører bedre kommunikasjon og bedre atmosfære neste gang de møtes (Hummelvoll, 2012). Dette betyr at sykepleieren må kommunisere, og samhandle på en måte som gir mening for pasienten, og at behovene blir ivaretatt (Travelbee, 2001). Kroppsspråk sier mer en tusen ord; Et nikk, et blick, et blunk, hvor du plasserer hendene, og hvordan du sitter forteller noe om den non-verbale kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten. Det er avgjørende i relasjonsbygging at sykepleieren viser interesse både gjennom samtale og kroppsspråk slik at dette ikke påvirker kommunikasjonsprosessen videre (Røkenes & Hansen, 2012).

Når man skaper en relasjon er det viktig at sykepleieren er seg selv slik pasienten føler det blir ekte. Derfor må sykepleieren vise innlevelse og empati slik at vedkommende føler seg forstått og respektert (Hummelvoll, 2012).

Frem til den *nøytralutforskende fasen* har sykepleieren og pasienten opparbeidet en kommunikasjonsrelasjon der trygghet og åpenhet ligger til grunne (Barth & Näsholm, 2007). I den nøytralutforskende fasen får sykepleieren informasjon om "Hansens" opplevelser og følelser fra tidligere i livet. I denne fasen kan pasienten fortelle om t.d. familieforhold, kosthold og levevaner, og hvorfor han tror han har fått diabetes? Sykepleierens oppgave er å bekrefte Hansens oppfatning gjennom tilbakemelding og oppsummering av hva han sier og føler. Evnen til aktiv lytting, og til å stille klare spørsmål gjør slik at pasienten responderer positivt, og lettere tørr å åpne seg (Allgot, Diabetes i et brukerperspektiv, 2011). Det er viktig med strategiske oppsummeringer slik at samtalen føres videre til neste spørsmål, og man får progresjon i arbeidet. Gjennom denne typen arbeid viser sykepleieren at de har evne til å forstå uten å dømme, og de får en felles oppfatning av pasientens opplevelser og følelser. I denne fasen tilføyer også sykepleieren "andres" perspektiv slik at Hansen hører sine tanker fra en annen vinkel. En slik speilingsprosess åpner for ny forståelse slik at "Hansen" får bearbeide følelsene, og han blir mer reflektert (Barth & Näsholm, 2007; Carino, Coke, & Gulanick, 2004). I den nøytralutforskende fase får pasienten i tillegg informasjon om sykdommen;

Sykepleier: Hva vet du om diabetes?

Hansen: Diabetes er en sykdom som kommer når vekten er høy, og aktivitetsnivået er lavt.

Sykepleier: Aktivitetsnivå og vekt kan være en av grunnene, men det er også flere grunner for at diabetes oppstår, som arv, alder og kosthold... (Jacobsen, Os, & Birkeland, 2009)

Denne typen arbeid fører til at sykepleieren og pasienten får en felles oppfatning av utgangspunktet for endring, og de kan arbeide videre med endringsprosessen i neste fase, *perspektivutvidende fase* (Barth & Näsholm, 2007).

I den perspektivutvidende fasen blir sykepleieren mer aktiv, tar mer kontroll og stiller flere spørsmål som fokuserer på pasientens diskrepans, ambivalens og uoverstemmelser. Dette kan føre til at det blir vanskeligere for pasienten å snakke siden han blir utfordret (Carino, Coke, & Gulanick, 2004). Nå er ikke samtalen utforskende lenger, men mer fokusering på barrierene som hindrer "Hansen" i å trene. Dette kan være barrierer som: *følelsen av dårlig helse, mangel på treningspartner, dårlig tid, smerter i kroppen osv...* (Qiu, Sun, Cai, Liu, & Yang, 2012). I denne fasen er det svært viktig at sykepleieren er strategisk med konfrontasjonene slik at samtalen ikke forlater det reflekterende nivå, noe som kan skade læringen (Barth & Näsholm, 2007).

Hansen: Jeg vet jeg trenger å være mer i aktivitet. Jeg har tid og energi vist jeg vil, men er ofte trøtt etter jobb, og da er det heller ingen som presser meg i aktivitet.

Sykepleier: Så du sitter liksom fast helt i begynnelsen av noe som du egentlig tror vil være bra for deg. Hva med å gjøre avtale med venner eller familie? Kunne det vært en god plan?

Hansen: ... Dette kan være en god plan. Jeg kan kanskje lage avtale med konen slik vi kan gå flere turer.

Gjennom et reflektert nivå blir pasienten oppmerksom på hans barrierer som et psykologisk aspekt som har hindret han til FA. Ved hjelp av refleksjon og oppsummering vil pasienten kanskje få nye tanker og en endringsatferd, noe som kan gjøre han mer mottakelig for endring (Barth & Näsholm, 2007).

I *motivasjonsbyggende fase* er pasienten mer reflektert over barrierene, og har startet en ny tankegang som vektlegger motivasjon og endring. Sykepleierens oppgave i motivasjonsbyggende fase er å fokusere på delene av samtalen der pasienten forteller om en retning av endring (Barth & Näsholm, 2007). Wormnes og Manger (2005) beskriver at en støttespiller er viktig under målformuleringsarbeid og prosessen frem mot mål, dette for å styrke pasientens beslutning, noe vedkommende trenger i denne fasen. Når pasienten forklarer et problem og er optimistisk til løsning, speiler sykepleieren dette tilbake til pasienten hvor han utdyper og argumenterer hva han tenker;

Sykepleier: Du har bestemt deg for å gjøre en del endringer. Hva vil du begynne med?

Hansen: Jeg skal klare å gå minimum 35 minutter hver dag, før eller etter jobb for å bedre helsen. Jeg skal få med konen, så psyker vi opp og hjelper hverandre!

Sykepleier: Så flott! Hvordan har du tenkt at endringen skal bli gjennomførbar?

Gjennom denne måten blir samtalen preget av motivasjonsuttalelser, noe som er med på å øke mestringsfølelsen til "Hansen". Dette fører til at pasienten bygger opp et nytt bilde av seg selv som ønsker å gjennomføre endring, og en person som har evne til å utføre endringen (Barth & Näsholm, 2007). Sykepleieren og pasienten vender blikket stadig fremover til den siste fasen; *Beslutning- og forpliktelsesfasen*.

I beslutning- og forpliktelsesfasen blir pasienten mer aktiv i samtalen der empowerment og brukermedvirkning blir tydelig brukt (Barth & Näsholm, 2007). Ved hjelp av empowerment vil pasienten føle selvstyring og myndiggjøring. Dette gir vedkommende makt over seg selv som styrker hans beslutninger og forpliktelser til å ta ansvar for egen helse (Myhra, 2012; Askheim, 2011). Istedenfor at Hansen bare har tenkt på FA får han nå interesse for gjennomføring. En avgjørende faktor for at pasienten skal lykkes er egenmotivasjon, og at egenmotivasjonen er tilstrekkelig for gjennomføring av tenkt aktivitet (Aadland & Anderssen, 2013);

Sykepleier: ...vi har snakket om mye i dag. Om du nå står i et veikryss som heter beslutningskrysset der du kan ta til vestre som fører deg til ingen endring, eller du kan ta til høyre som fører deg til endring. Hvilken vei vil du ta, og hvorfor?

Hansen: Dette skal jeg klare! Jeg vil ikke være sykere enn jeg må, og da er dette noe jeg må gjennomføre. Jeg er motivert og klar for å endre meg selv. Høyre!

"Hansen" er motivert for å ta en beslutning, og dette fører til at han forplikter seg til endringen (Barth & Näsholm, 2007). Som sykepleier i denne slutfasen er oppgaven å speile, og bekrefte beslutningene han tar gjennom oppsummering. I tillegg skal sykepleier styrke pasientens motivasjon og forpliktelser. Ofte kan pasienten kan ha ulike mål med ulike prioriteringer, både korte- og langsiktige. Derfor er det viktig at pasienten selv er med å rangere disse, dette for å fremme empowerment, i tillegg til å gjøre "Hansen" mer forpliktet til å gjøre de høyeste prioriteringene (Barth & Näsholm, 2007).

Veien videre...

For å vedlikeholde motivasjonen videre er oppfølging et viktig moment for gjennomføring av behandling (Allgot, Diabetes i et brukerperspektiv, 2011). Oppfølging er også viktig for

at pasienten skal nå fremtidige mål (Brataas & Furunes, 2011) Artikkelen til Qiu et al. (2012) viser til strategier for å øke motivasjon og mestring over tid. Pasienten kan få en «hjelper» med kunnskap innen aktivitet og sykdom slik han får oppfølging i treningen. Pasienten kan også få faste tilbakemeldinger på hvordan han responderer på treningen, noe som kan øke selvtillit og motivasjon (Qiu, Sun, Cai, Liu, & Yang, 2012). Det er òg viktig at sykepleieren formidler at det finnes et nasjonalt forbund for diabetikere. Der kan "Hansen" kan møte mennesker som har samme vansker, i tillegg få mer informasjon om sykdommen.

I den kommunale helse- og omsorgstjeneste loven, § 3-1 og § 3-3 står det beskrevet at kommunene har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenesten. Som sykepleier er det viktig å presisere at det er en lovpålagt oppgave for kommunen å ta ansvar for sekundærbehandlingen som innebærer oppfølging og veiledning (Lovdata, 2011). I praksis vil dette bety at "Hansen" kan få oppfølging av fastlege eller poliklinisk avdeling om han har behov. Dette har vist seg å være positivt for å vedlikeholde motivasjonen til å være fysisk aktiv (Iversen & Skafjeld, 2011).

5. Styrke og svakheter

Litteraturstudien har vært svært spennende. Jeg har tilegnet meg mye kunnskap om emnet som jeg tror vil være nyttig for meg som fremtidig sykepleier. Videre håper jeg at også andre vil ha nytte av å lese oppgaven jeg har skrevet. Jeg har ikke bare lært om motivasjon, diabetes og fysisk aktivitet, men også like mye om hvordan finne frem relevant kunnskap. Jeg har i tillegg brukt 3 oversiktsartikler og nasjonale føringer, noe som er med på og å gi styrke til oppgaven.

Dersom jeg skal være kritisk til eget arbeid kan det være at jeg har noe foreldet litteratur fra 2001. Boken til Joyce Travelbee er likevel mye brukt i dag for å belyse sykepleie. Jeg har i tillegg vært opptatt av å supplere med nyere forskningsartikler. I forhold til forskningsartiklene jeg har funnet, har jeg prøvd å tolke dem på riktig måte slik jeg har oppfattet dem, men siden noen av dem er på engelsk kan det være fare for mistolking. Jeg har underveis i denne prosessen kommet over materiale som kunnet vært med på å styrke oppgaven, men på grunn av oppgavens omfang ikke kunne ta med.

En annen svakhet ved oppgaven kan være valgt kontekst siden flere av disse pasientene i dag får oppfølging hos egen fastlege og derfor ikke vil bli innlagt på sykehus der samtalen blir gjort mellom sykepleier og pasient.

6. Konklusjon

Som sykepleier vil man kunne komme bort i denne pasientgruppen daglig uansett hvor du arbeider, og det finnes ulike måter til å formidle kunnskap som fremmer motivasjonen til pasienter. Kommunikasjon er et viktig verktøy sykepleiere kan bruke for å fremme motivasjon. For å kunne gjøre denne typen arbeid er det viktig å danne en relasjon der tillit, trygghet og åpenhet ligger til grunne med tanke på kommunikasjonsprosessen videre. Når sykepleiere skal arbeide motiverende er det viktig å vite at diabetikere har flere barrierer knyttet til fysisk aktivitet. Dette kan hjelpe sykepleieren med tanke på kartlegging av behandlingen, og hva samtalen bør omhandle. Det er mange strategier for å endre pasientens vaner, men studier viser at motiverende samtale kan være en aktuell intervensjon i møte med denne pasientgruppen. Ved hjelp av motiverende samtale vil pasienter bli mer bevisst på barrierene, noe som kan gjøre de mer motivert til å ta det første steget mot å være aktiv.

Ut i fra forskning og litteratur er motiverende samtale en metode for å fremme motivasjon hos pasienter som vil bli mer aktiv. Om motiverende samtale kan bli brukt daglig tenker jeg fortsatt er utfordrende. Med tanke på tidsressurs hos sykepleiere, og helsesystemets oppbygging kan det være vanskelig og sette av tilstrekkelig tid slik sykepleiere virkelig får kommunisere med pasienter. Sett fra et politisk synspunkt er ikke det norske helsesystemet oppbygd for «atferdsendring som behandling», men mer som en «medikamentell behandlingsplass for syke». Jeg vil uansett konkludere med at sykepleiere er i en posisjon til å fremme motivasjon hos diabetikere til å bli mer aktiv gjennom kommunikasjonsmetoder.

Bibliografi

- Aadland, E., & Anderssen, S. A. (2013, januar 8). Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon. *Tidsskrift Norske Legeforening*, ss. 37-40.
- Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I A. Skafjeld (red.), *Diabetes - Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 20-25). Akribe Forlag.
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (red.), *Diabetes; forebygging, oppfølging, behandling* (ss. 205-236). Oslo: Akribe@forlag.no.
- Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. V. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis; Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (ss. 72-84). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bahr, R. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr, *Aktivitetshandboken* (ss. 8-37). Oslo: Helsedirektoratet.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI; Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). Å finne kunnskap om et tema. I I. T. Bjørk, & M. Solhaug, *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* (ss. 55-83). Oslo: Akribe.
- Brataas, H. V., & Furunes, K. A. (2011). Pasientforløp, samarbeid og samhandling. I H. V. Brataas (red.), *Sykepleiepedagogisk praksis; Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (ss. 223-238). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carino, J. L., Coke, L., & Gulanick, M. (2004, April 13). *Using Motivational Interviewing to Reduce Diabetes Risk*. Henta frå Pubmed:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539976>
- Dalland, O. (2012). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 114-116). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hanestad, B. R. (2002). Diabetes som kronisk sykdom. I A. Skafjeld (red.), *Diabetes - Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 62-68). Akribe Forlag.

- Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes; -Nasjonal faglig retningslinjer*. Henta 02 17, 1013 frå Helsedirektoratet: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Sider/default.aspx>
- Hummelvoll, J. (2012). Samtale og relasjon. I T. Dahl, B. Eriksson, P. Jensen, A. Salvia, & J. Hummelvoll (red.), *Helt - ikke stykkevis og delt* (ss. 419-442). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Iversen, M. M., & Skafjeld, A. (2011). Organisering av helsetjenesten o tverrfaglig samarbeid. I A. Skafjeld, & M. Graue (red.), *Diabetes; forebygging, oppfølging, behandling* (ss. 254-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D., Os, I., & Birkeland, K. I. (2009). Endokrine sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvalsen, T. Buanes, & O. Røise, *Sykdomslære; -Indremedisn, kirurgi og anestesi* (ss. 285-309). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kunnskapssenteret. (2008, Mai 14). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta frå Kunnskapssenteret; Nasjonalt kunnskapssenter for helsepersonell: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklisteforvurderingavforskingsartikler.2031.cms>
- Lovdata. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* . Henta frå Lovdata: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-1>
- Lovdata. (2011, Juni 24). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Henta frå Lovdata: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse*%20%2b%20og*%20%2b%20omsorgstjenestelov*&
- Mosand, R. M., & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 508-536). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner, Realisering av brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Qiu, S.-h., Sun, Z.-l., Cai, X., Liu, L., & Yang, B. (2012, Februar 17). *Improving Patients' Adherence to physical activity in Diabetes Mellitus: A review*. Henta frå Diabetes &

Metabolism Journal:

<http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/2004DMJ/dmj-36-1.pdf>

- Røkenes, O., & Hansen, P. (2012). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I O. Røkenes, & P. Hansen, *Bære eller bryte, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (ss. 9-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk.
- Røkenes, O., & Hansen, P. (2012). Utvikling av relasjonskompetanse. I O. Røkenes, & P. Hansen (red.), *Bære eller bryte, Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (ss. 71-99). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I A. Skafjeld(Red.), *Diabetes; -Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (ss. 26-42). Akribe Forlag.
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring, veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.