



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 50

Antall ord: 7740



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave i sykepleie

“Caring for myself is not self-indulgence, it is self-preservation, and that is an act of political warfare.”

— Audre Lorde

” Hvordan kan vi styrke egenomsorgen hos voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 på sykehus, ved å benytte Dorothea Orems egenomsorgsmodell?”

”How can self-care be encourage in hospitalized type 2 diabetics, by applying Dorothea Orems Self-care Defect Theory into Practice?”

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling for helsefag
Bachelorutdanningen i sykepleie, kull 2012
Sted og dato: Haugesund 2014
Antall ord: 7740

Sammendrag:

Diabetes type 2 får i dag tittelen ”klodens moderne epidemi”, da omtrent 344 millioner mennesker lever med denne sykdommen. Forskning viser at diabetes type 2 pasienter har betydelig dårligere livskvalitet enn personer uten denne sykdommen, der egenomsorgen ofte er svært redusert. Etter et sterkt møte med to diabetes pasienter med svært forskjellig egenomsorgsbehov, vekket interessen for hvordan jeg som sykepleier kunne styrke egenomsorgen til diabetes type 2 pasienter. Dorothea Orem er en populær sykepleieteoretiker, og har med hennes etablerte egenomsorgsmodell vunnet troverdighet hos helsepersonell. Jeg kom dermed fram til følgende problemstilling: Hvordan kan vi styrke egenomsorgen hos voksne pasienter med nyopplaget diabetes type 2 på sykehus, ved å benytte Dorothea Orems egenomsorgsmodell?”

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av egenomsorg i en hverdag med type 2 diabetes, og hvordan man kan styrke egenomsorgen til disse pasientene ved å bruke Orems egenomsorgsmodell. Denne oppgaven er et litteraturstudie, der jeg har benyttet meg av forskningsartikler i databasen CINAHL. Dette gav 4 relevante artikler som blir drøftet senere i oppgaven. Resultatet viste både positive resultater ved å implementere Orems modell i praksis, samt begrensinger grunnet modellens abstrakte natur. Orems modell retter derimot søkelyset mot selve pasienten, og gir sykepleieren muligheten til å styrke egenomsorg hos diabetes type 2 pasienter ved å pasient sentrere pleien.

Nøkkelord: *Egenomsorg, Diabetes type 2, sykepleie, Orems egenomsorgsmodell.*

Abstract:

Diabetes type 2, also known as "the modern epidemic", is a chronic illness that affects approximately 344 million people today. Research shows that people living with diabetes have a significant lower quality of life that, including self-care deficit. My interest in discovering the relations between diabetes and self-care blossomed after experiencing completely different self-care requisites in two individuals living with diabetes type 2.

Dorothea Orem's is a well known nursing theoretic, and has won a lot of credibility by health workers over the world with her Self-Care Deficit Theory. This led to following question: How can self-care be encourage in hospitalized type 2 diabetics, by applying Dorothea Orem's Self-care Defect Theory into Practice?"

The aim in this study is to clarify the relations between diabetes type 2 and self-care, and how Orem's Self-Care deficit Theory may increase self-care agency.

After expending the method litterateur study, CINAHL provided 4 relevant research journals. The result showed both benefits and limitations by implementation of Orem's theory. Orem's theory gives on the other hand all health workers the opportunity to provide care that is person-centered.

Keywords: *Self-Care, Dorothea Self-Care Deficit Theory, Diabetes type 2, nursing.*

Innholdsfortegnelse

Sammendrag _____

Abstract _____

Innholdsfortegnelse _____

1.0 Innledning _____ 1

1.1 Bakgrunn for valg av tema _____ 1

1.2 Problemstilling, avgrensning og presisering _____ 2

1.3 Mål og hensikt med oppgaven _____ 3

2.0 Metode _____ 3

2.1 Litteraturgjennomgang _____ 4

2.2 Etiskerefningslinjer _____ 6

2.3 Metodekritikk og Kildekritikk _____ 6

3.0 Teori _____ 7

3.1 Diabetes type 2 _____ 7

3.1.1 Hva er diabetes type 2 ? _____ 7

3.1.2 Behandling _____ 8

3.1.3 Diabetes - en byrde ? _____ 9

3.1.4 Diabetes og egenomsorg _____ 10

3.2 Orems sykepleieteori og egenomsorgsbehov _____ 10

3.2.1 Orems definisjon av egenomsorg _____ 12

3.2.2 Orems egenomsorgsmodell – Orem’s self-care deficits theory _____ 13

4.0 Resultat _____ 15

5.0 Drøfting	18
4.1 Er Orems modell effektiv i praksis ?	18
4.2 Begrensninger i Orems modell ?	20
4.3 Nøkkelen til egenomsorg – undervisning ?	22
4.4 Finnes det en fasit for alle ?	25
6.0 Oppsummering/Avslutning	26
7.0 Litteraturliste	28

Liste over figurer

1.1 Figur 1: <i>tilfredsstillende universelle og helsesiktrelaterte egenomsorgskrav</i>	11
1.2 Figur 2: <i>redusert universelle og helsesiktrelaterte egenomsorgskrav</i>	12

1.0 Innledning

I dag er det omtrent 344 millioner mennesker som lever med diabetes type 2 i verden. I 2013 døde flere en 4.5 millioner mennesker av diabetes relaterte årsaker. Dette tilsvarer en person hvert sjette sekund (Gidynamics, 2013).

I Norge lever rundt 350 tusen nordmenn med diabetes type 2. Dette tallet har firedoblet seg de siste 50 årene. Hvert år får omtrent 6000-7000 nordmenn diagnosen (Diabetesforbundet, 2014).

Diabetes er en kronisk sykdom som inntreffer og påvirker individer i alle aldre og deres pårørende, samt setter individets egenomsorg i fare og korter ned forventet levealder grunnet kroniske komplikasjoner sykdommen påfører (Karakurt og Kaşıkçı, 2012).

Diabetes type 2 blir beskrevet av folkehelseinstituttene som den moderne epidemien (Diabetesforbundet, 2014). Gidynamics (2013) utnevner diabetes type 2 som en stor byrde for både den individuelle og det nasjonale helsesystemet og økonomien. 10,8% av den totale globale helsetjenestekostandene skyldes diabetes. Innen 2035 har Gidynamics (2013) regnet ut at 627 billioner dollar vil gå til behandling og forebygging av diabetes.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Disse sjokkerende tallene forsterker min egen erfaring og påstand om at diabetes type 2 er en svært aktuell sykdom i helsetjenesten i dag. Man vil møte diabetespasienter i de fleste helsesektorer, og er en alvorlig kronisk sykdom som krever kompetanse av helsearbeidere. Hvordan kan man som sykeleier bidra til å redusere komplikasjoner sykdommen medfører og styrke livskvaliteten til diabetespasienter?

Interessen for sammenhengen mellom egenomsorg og diabetes type 2 blomstret opp etter endt praksisperiode i Australia. Møte med to diabetes type 2 pasienter i samme alder, med pasientrom ved siden av hverandre på en privat hjerteavdeling i Brisbane ga meg et svært godt bilde på viktigheten mellom egenomsorg og diabetes.

Pasienten på det ene rommet hadde mange ”fordeler” som kunne øke livskvaliteten, blant annet et godt støttenettverk, gode fysiske forhold og kompetente helsearbeidere. 7 år etter diagnostisert diabetes type 2 måtte pasienten amputere høyre fot på grunn av ikke helende diabetessår. Pasienten nektet de fleste dager stell, medisiner og omsorg. Begrunnelsen var at han mente han hadde prøvd ”den perfekte hverdag” med diabetes og ingenting nyttet. Egenomsorgen gjennom mine øyne var svært redusert i denne pasientens liv.

Rommet ved siden av lå en ugift mann i 30årene, uten barn og familien befant seg i Europa. Mannen var oppegående, blid, hadde et stabilt og regulert blodsukker og god kunnskap om sin sykdom. Pasienten mestret sin hverdag med kronisk sykdom, der egenomsorgen hadde en sentral rolle. Den erfaringen jeg fikk gjennom å få et innblikk i forskjellene mellom disse pasientene har preget min problemstilling. Jeg valgte dette temaet nettopp for å se hva litteraturen sier om sammenhengen mellom diabetes type 2 og egenomsorg.

1.2 Problemstilling, avgrensning og presisering

Behandling av diabetes type 2 er ifølge Diabetesforbundet (2013) basert først og fremst på opplæring av egenomsorg. Når pasienten kommer i situasjoner der en selv ikke makter å utøve egenomsorg, som ved nyoppdaget kronisk sykdom, forventer ham, og har krav på, faglig forsvarlig behandling og sykepleie (Mosand og Stubberud, 2010, s. 507). Derfor har jeg valgt å avgrense denne oppgaven med å rette søkelyset på egenomsorg og nyoppdaget diabetes type 2. Av alle sykepleiemodeller som er utviklet er, ifølge Cavanagh (1999), Dorothea Orems modell den som har størst innflytelse. Derfor har jeg valgt å fokusere på Orems modell og hvordan denne kan fremme egenomsorg.

Problemstillingen i denne oppgaven lyder følgende:

Hvordan kan vi styrke egenomsorgen hos voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 på sykehus, ved å benytte Orems egenomsorgsmodell?

1.3 Mål og hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å drøfte betydningen av egenomsorg i en hverdag med diabetes type 2 som en kronisk sykdom, og hvordan man som sykepleier kan fremme egenomsorg hos disse pasientene ved å bruke Orems sykepleiemodell. Målet er å finne ut om Orems modell er relevant i dagens helsesamfunn, da Orems modell er over 20 år gammel. Dagens helsetjeneste er i konstant forandring, der nyere forskning kommer i søkelyset hver år. Det som var standard pleie for 2 år siden, kan være lite relevant i dag. Orems modell er en svært populær modell, som har blitt hyllet i flere tiår. Har modellen gått ut på dato eller har modellen store fordeler når det kommer til styrking av egenomsorg?

Et annet sentralt mål med oppgaven er også å styrke min evne til å drøfte relevante problemstillinger, samt håndtere kildekritikk og metodekritikk. Dette er viktig for å utøve god sykepleie og skrive gode oppgaver. Det å søke etter oppdatert forskning er en viktig sykepleiefunksjon. Sykepleierens fagutviklende funksjon består ifølge Nortvedt og Grønseth (2010, s. 22) både det om å holde seg faglig oppdatert, samt bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i praksis. Dette kan man implementere i praksis ved å lese faglitteratur, anvende og innarbeide utvikling av ny kunnskap. Dette krever ifølge Nortvedt og Grønseth (2010, s.22) interesse for faglitteratur og forskning. En av hovedhensikten med oppgaven er nettopp å øke interessen for litteratursøk og innarbeide utviklende forskning.

2.0 Metode

En metode er et redskap som forteller oss hvordan vi bør arbeide for å samle inn den informasjonen og kunnskapen vi behøver til den undersøkelsen man skal foreta seg (Dalland, 2012). Denne oppgaven bygger på et litteraturstudie, der data fra eksisterende litteratur innhentes. Denne metoden tillater tilgang til store mengder data, der man får utforske ulike synspunkter om et bestemt tema. Dette gir også god mulighet til god oversikt, finne og drøfte de viktigste teoriene og få henvisninger til sentrale teoretikere og personer innen faget

(Dalland, 2012). Jeg har søkt systematisk i databaser som BIBLYS, Svemd+ og CINHAL etter litteratur som omhandler mitt tema, diabetes type 2 og egenomsorg.

Metoden hjelper oss til å samle inn data ved at man foretar seg valg. Blant annet har man valget mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode.

Den kvantitative metoden har den fordelen at en former informasjonene etter målbare enheter som gir muligheten til regneoperasjoner.

Den kvalitative metode legger mer vekt på å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste. Denne oppgaven vil bli bygget opp av en kombinasjon av både kvantitative og kvalitative metode, ettersom begge disse metodene ifølge Dalland (2012, s. 84) ”bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler”.

I den litterære oppgaven kan utgangspunktet for problemstillingen bygges på erfaringer fra praksis, noe som kan bidra til relevans i sin litterære oppgave. Her er det viktig at det er ”vurderingen av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet” (Dalland, 2012s, 79). Problemstillingen ble bygget ut ifra erfaringer i praksis, der litteraturstudie som metode gjorde det mulig å drøfte denne.

2.1 Litteraturgjennomgang

Ifølge Dalland (2000) krever en hovedoppgave mye lesing, der en må være villig til å gå utover de rammene pensum setter. Gjennom litteraturgjennomgang vil en få oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om det temaet vi har valgt. Dette brukte jeg som en grunnbase i begynnelsen av litteraturstudiet. Flere titalls litteraturbøker, samt pensum ble skummet igjennom for å finne relevant stoff. Denne framgangsmåten gjorde at jeg fikk en god oversikt over litteratur og oppmuntret til avgrensning av tema og problemstilling. Ettersom begrepet egenomsorg er så vidt, valgte jeg å innskrenke oppgaven ved å fokusere på Ormes sykepleiemodell og hvordan denne modellen kan styrke egenomsorgen i praksis. Kravet videre til litteraturen som er blitt brukt var hvorvidt litteraturens relevans til problemstillingen, samt etiske retningslinjer og kildekritikk.

Temaet er mye valgt på grunnlag av interesse og erfaringer i praksis, der relevante treff i databaser gjorde temaet mulig å drøfte etter valg av relevant problemstilling. Databasen Svemed+ var den første databasen som ble brukt. Her fant jeg ikke de relevante forskningsartiklene jeg var ute etter, men var med på å plukke ut gode søkeord. CINAHL var databasen som ble brukt mest i søkeprosessen. Søkeordene ”Diabetes type 2 self-care”, ”nursing” og ”Orem” gav 18 treff. Ordene ble kombinert med AND og jeg fant 3 relevante forskningsartikler. For å finne forskning som kunne brukes til å drøfte ble ”Diabetes self-care”, ”nursing” brukt, som gav 326 treff. Her fant jeg flere relevante artikler og begrenset søket med adult og Academic Research. Dette gav 125 artikler, der jeg fant en relevant artikkel.

Det har ikke vært vanskelig å finne forskning om diabetes type 2. Orem's modell og diabetes type 2 derimot gav langt mindre treff. Dette medførte rask og enkel gjennomgang av litteratur. De fleste artikler har også vært på engelsk, noe som har krevd mer fokus da en må oversette. Det har vært viktig å bruke tid på dette slik at man forstår innholdet og får en så konkret oversettelse som mulig. Dette er viktig for kildesikkerheten.

BIBSYS ble mye brukt for å finne relevant litteratur, der biblioteket på HSH hadde de rikelig med faglitteratur om diabetes type 2, samt undertemaer som mestring, kostkontroll, løsningsorienterte samtaler, livskvalitet og fysisk aktivitet. Flere av bøkene jeg fant gjennom BIBSYS var derimot skrevet på tidlig 2000 tallet, noe som gjorde mye av denne litteraturen usikker. Derfor legger denne oppgaven mer vekt på forskningsartikler som er skrevet i nærmere tidsdato.

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgt ut
Svemed(13.01.15)	Diabetes type 2		1102	
	Diabetes type 2 egenomsorg		50	
	Diabetes type 2 self-care		59	
	Orem		5	
Nytt søk				
CINAHL(13.01.15)	Diabetes type 2		30,288	
	Diabetes type 2 self-care		2,253	

	Diabetes type 2 self-care, nursing		326	
	Diabetes type 2 self-care, nursing	Adults, Academic Research	125	1
	Diabetes type 2 self-care, nursing, Orem		18	3
Nytt søk				
CINAHL (18.02.15)	Orems Theory limitations		9	

2.2 Etiske retningslinjer

Etiske overveielser og personvern er helt avgjørende når en skriver oppgave (Dalland, 2010). Dette har jeg opprettholdt i de etiske retningslinjene, der forskningsartikler som har blitt brukt har blitt godkjent av komite og alle skriftlige kilder blir referert til. Personvern har blitt opprettholdt ettersom personer i forskning blir anonymisert, blant annet personene som inspirerte til problemstillingen i denne oppgaven.

2.3 Metodekritikk og kildekritikk

”Troverdig kunnskap er grunnlaget for en metode”, mener Dalland (2012, s.81).

Denne oppgaven kan ha for lite troverdig kunnskap, ettersom litteraturgjennomgangen viste lite konkret forskning rundt min problemstilling. Forskningsartiklene som er brukt i denne oppgaven er ikke bare de mest relevante gjennom mitt litteratursøk i databaser og BIBSYS, disse artiklene er de eneste treffene som kom opp i mine søk av nøkkelord. Dette kan begrense den troverdige kunnskapen i denne oppgaven, samt limitere litteraturgjennomgangen og kildebruk. Diabetes type 2 er i motsetning et svært relevant søkeord i dagens databaser for

forskning og litteratur. Dette medførte mye tid og krefter på gjennomgang av disse kildene for å finne troverdig og relevant kunnskap. Dyrbar tid kan ha gått til dette.

Problemstillingen i denne oppgaven bygger også på en modell som er over 20 år gammel. Dette kan medføre litteratur som ikke er skrevet i nyere dato. Selv om Orems egenomsorgsmodell er en populær og omtalt modell i dagens helsesamfunn, brukes det få ressurser på å forske på denne modellen i praksis som helhet. Flere studier bruker Orems modell som veiledning, men ikke til punkt og prikke. Dette har til tider ført til ”omveier” i min søken på en konklusjon av problemstillingen.

Flere av forskningsartiklene i denne oppgaven bygger på casestudier, som viser kun målbare funn fra et individ. Dette kan gi begrensninger artikkelens tyngde.

Oppgaven bygges derimot på flertall primærkilder, noe som kan gjøre litteraturen mer troverdig. Boken som omhandler Dorothea Orems (Cavanagh, 1999) sin teori er en oversettelse av hennes opprinnelige bok. Boken anses som en primærkilde til tross for at enhver oversettelse er en tolkning. Dette kan på den andre siden medføre at Orems opprinnelige tanker kan ha blitt fortolket.

3.0 Teori

3.1 Hva er diabetes type 2

Diabetes mellitus type 2 er en kronisk sykdom som medfører en varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel. Dette betyr at glukoseopptaket i muskler og fettvev er nedsatt, grunnet insulinets reduserte virkning. Av diabetes type 1, spesielle diabetestyper og svangerskapsdiabetes er det uten tvil diabetes type 2 som utgjør den største gruppen diabetespasienter, der prevalensen har blitt tredoblet de siste 30 årene. I dag regnes det ut at omtrent 350 000 personer i Norge har denne sykdommen, som vanligvis debuterer i 40 års alderen. Dette er en av grunnene til at jeg har valgt å fokusere på voksne med nyoppdaget diabetes type 2 (Mosand og Stubberud, 2010).

Kumar (2007) påstår at hvert år blir i million mennesker diagnostisert med sykdommen. Sykdommen ble tidligere kalt aldersdiabetes ettersom de fleste som får diagnostisert med diabetes type 2 er over 70 år. Det er midlertidig registrert økende antall pasienter i 20-30 årsalderen, der barn under 18 år også er representert. Sykdommen utvikler seg ofte langsomt. Mange har hatt sykdommen i flere måneder, til og med år før personen blir diagnostisert (Mosand og Stubberud, 2010).

3.1.1 Behandling

Ved nyoppdaget diabetes type 2 vil søkelyset først være rettet mot å korrigere pasientens fysiologiske tilstand og håndtere de psykiske reaksjonene på å ha fått en kronisk tilstand, påstår Mosand og Stubberud (2010). For å oppnå et godt og langt liv med diabetes bør en tilstrebe en blodglukoseverdi mellom 4 og 7 mmol/l, og 80 % av målingene gjort 2 timer etter et måltid bør vise blodglukoseverdier på under 10 mmol/l. Det gjennomsnittlige blodglukosenivået, altså glykosylert hemoglobin (HbA1c) bør ligge på under 10 mmol/l fastende og under 12 mmol/l målt 2 timer etter måltider. Behandling som omfatter kostbehandling i kombinasjon med blodglukosesenkende legemiddelbehandling som insulin gjør disse målene enklere å nå (Mosand og Stubberud, 2010).

Den økende forekomsten skyldes, ifølge Mosand og Stubberud (2010, s. 509) ”økt levealder og bedre diagnostikk, men også økt inntak av fett og sukker, og ikke minst mangel på fysisk aktivitet”. Denne livsstilen har ført til en økning i gjennomsnittsvekten hos både en eldre og yngre generasjon, noe som har gitt type 2 diabetes betegnelsen som en livsstilssykdom. Behandlingen av diabetes består derfor mye av regulering av kosthold og fysiskaktivitet i tillegg til medisiner (Karlsen, 2007). Dette betyr for mange en stor omveltning i livet sitt, der hverdagen blir snudd på hode. Ettersom flere pasienter har sykdommen i flere år før en får diagnosen og symptomene kan være diffuse, kan diagnosen komme som en sjokk. I tillegg kan det å få fastslått diagnosen diabetes for mange føles krenkende og forvirrende, ifølge Mosand og Stubberud (2010).

Erfaring viser at en del pasienter har vanskelig for å akseptere at de har fått diabetes, mange føler også skyld. Denne holdningen kan gjøre både pasientens situasjon og behandling en

vanskeligere. Enkelte kan reagere lite i begynnelsen av sin diagnose, som kan få reaksjoner senere. Den undervisningen og veiledningen pasienten får i begynnelsen av sin diagnose, har ifølge Mosand og Stubberud (2010) stor innvirkning på den framtidige situasjonen og prognosen. Det endelige målet i behandlingen er at pasientene skal ha så mye kunnskap og så gode ferdigheter at han mestrer et godt liv med sykdommen. Han skal oppnå god blodglukoseregulering, bli så selvhjulpent som mulig, føle seg trygg og oppleve god fysisk og psykisk tilstand. Ifølge Mosand og Stubberud (2010) er dette en av sykepleierens hovedansvar. Hvorfor viser da undersøkelser at høyere andel av psykososiale problemer, alvorlige psykiske lidelser og lavere livskvalitet ligger i befolkningen med diabetes?

3.1.2 Diabetes en byrde?

Ifølge Ribu og Singstad (2013) har det gjennom årene blitt forsket på hvordan det oppleves å ha diabetes, der resultatet ofte viser at personer med diabetes har dårligere livskvalitet enn personen uten denne kroniske sykdommen. Diabetespasientene skåret spesielt dårlig i fysisk helse, og de hadde problemer med arbeid og med dagliglivets aktiviteter som et resultat av dette. Flere beskriver sin sykdom som en byrde ettersom en opplever begrensninger i personlig frihet. Videre påpeker Ribu og Singstad (2013) at det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell i større grad retter fokus mot de psykososiale aspektene ved å leve med diabetes. Man må ta i betraktning at diabetes er en sykdom en skal leve med resten av livet, og det kan være krevende å skulle etterleve alle de anbefalingene som er knyttet til behandling av denne sykdommen (Ribu og Singstad, 2013). Karlsen (2007) påpeker ytterligere at det er personene med diabetes som selv utøver mer enn 95% av den daglige omsorgen. Diabetespasienter må selv overta styringen av komplekse prosesser i kroppen, noe som betyr at sykdommen stiller krav til egenbehandlingen og egenomsorg. Gjennom å styrke egenomsorgen til pasienten vil en diabetespasient gjøre de handlinger og valg som styrker sin egen helse, selvbylde og livskvalitet. Egenomsorg er derfor en svært sentralt begrep når en som sykepleier møter en diabetespasient (Mosand og Stubberud, 2010).

3.1.3 Diabetes og egenomsorg

Diabetesforbundet, Orem og forskningsartiklene brukt i denne oppgaven påstår at grunnmuren til behandlingen av diabetes type 2 består av opptrening av egenomsorg til pasienten.

Karakurt & Kaşıkçı, (2012) påpeker videre at diabetes type 2 er en kronisk sykdom som krever god egenomsorg hele livet. Det er svært nødvendig som sykepleier at man vet hvordan man kan styrke egenomsorgen til diabetespasienter.

Ribu og Singstad (2013) påstår at målet for egenomsorgen ved diabetes er at pasientene har en forståelse av sykdommen og behandlingen. Det er vesentlig at pasientene lærer å identifisere viktige helseproblemer i en tidlig fase, mens problemene ennå er reversible. For at den enkelte pasient skal ha et akseptabelt blodglukosenivå, er det nødvendig at pasienten selv tar ansvar. Vedkommende må også være motivert og klarer å gjøre de endringer i sine helsevaner som kreves for å opprettholde god livskvalitet. En pasient med nyopptaget diabetes må tilegne seg mye ny kunnskap og en rekke nye ferdigheter for best å kunne ivareta sin egenomsorg (Ribu og Singstad, 2013).

Etter at vi har sett på hvor sentral egenomsorg er for diabetespasienter, skal vi se nærmere på Orems populære modell og hvordan denne modellen kan styrke egenomsorgen til diabetespasienter

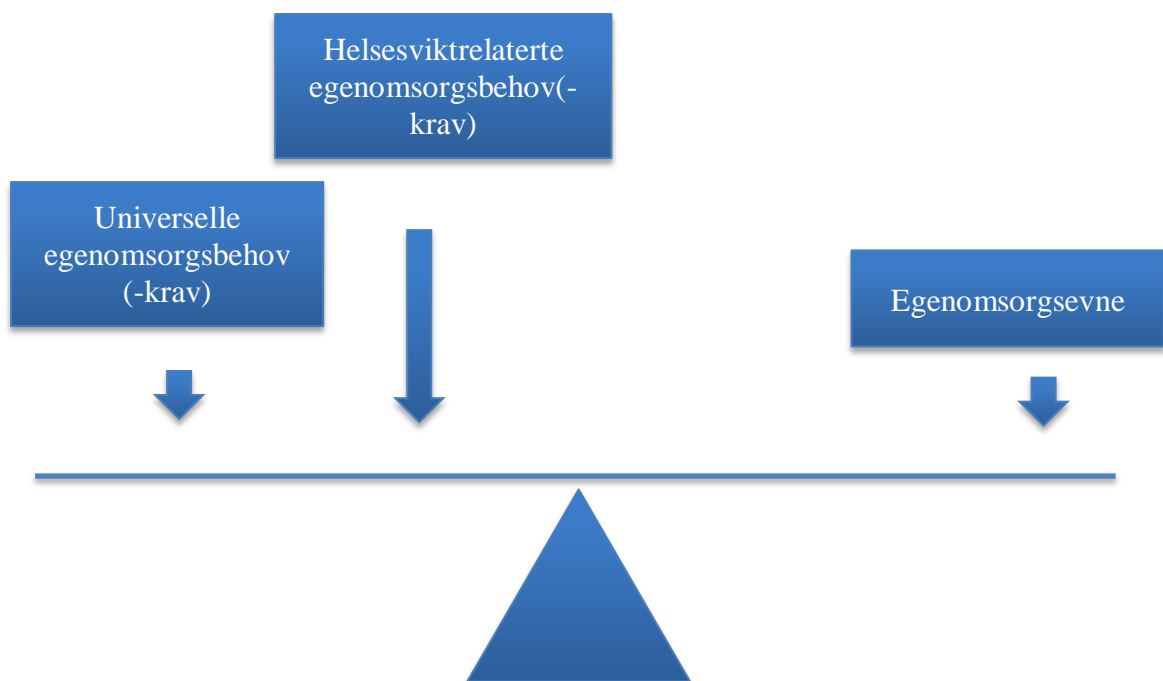
3.2 Orems sykepleieteori og egenomsorgsbehov

Dorothea Orems sykepleieteori har vunnet popularitet verden over med organisering av de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleiere behøver for å utøve omsorg ovenfor pasienter. Orem begynte sitt arbeid på slutten av 1950-tallet med det formålet å øke forståelsen av hva sykepleie egentlig er. Sentralt i Orems modell og teori står de såkalte egenomsorgsbehovene (Cavanagh 1999). Disse utgjør en viktig del av datasamlingen om pasienten. De åtte universelle egenomsorgsbehovene beskrives som aktiviteter som er

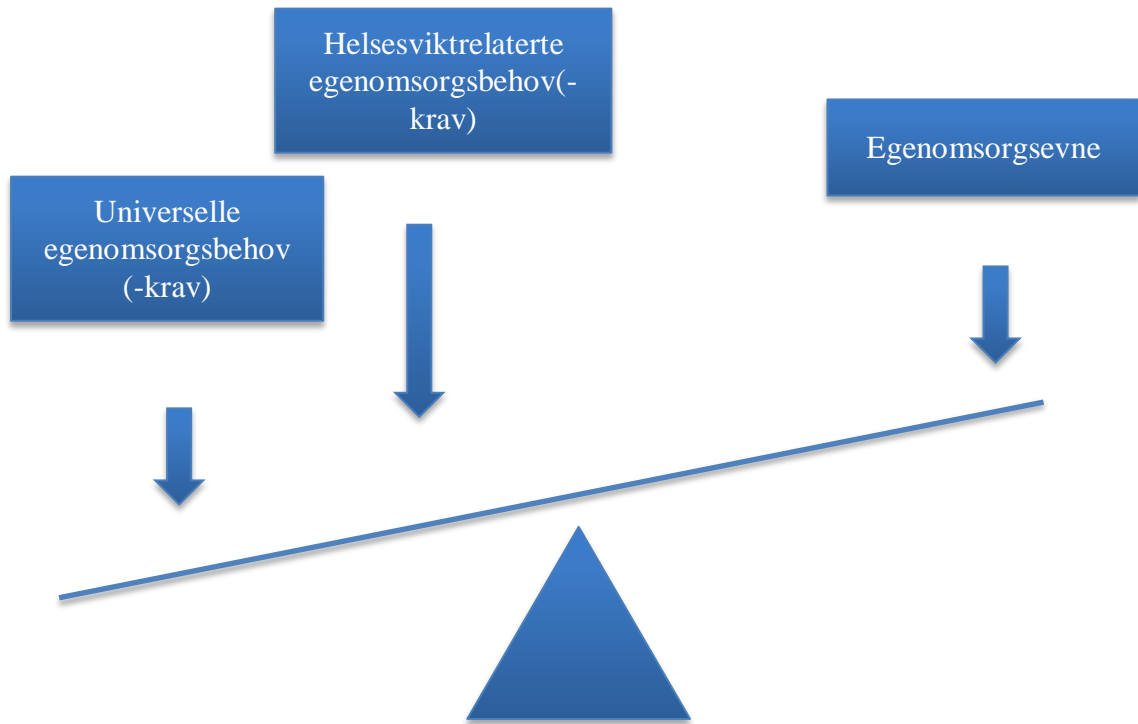
vesentlig for egenomsorg, uavhengig den enkeltes bakgrunn. Grunnleggende behov som tilførsel av luft, vann, mat, samt utskillelse av avfallsstoffer, balanse mellom aktivitet og hvile og alene og sosialkontakt blir beskrevet her. Behovet for trygghet og fremme av funksjon og utvikling er beskrevet som to av de siste behovene.

Videre beskriver Orem to andre grupper av egenomsorg: utviklingsrelaterte (developmental self-care requisites) og helsesviktrelaterte (health-care deviation requisites) behov.

De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene blir beskrevet som livsnødvendige og er knyttet til menneskelig modning og utvikling. De universelle egenomsorgsbehovene er til stede på hvert av de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene. De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov foreligger når den enkelte blir syk, har funksjonssvikt eller lignende. Hovedpremisset bak de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er at den enkelte søker råd og assistanse fra kompetente ved svikt evne til å opprettholde egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999).



Figur 1.1 Et individ som opplever endringer i helsetilstanden, men som likevel er i stand til å møte universelle og helsesiktrelaterte egenomsorgskrav (Cavanagh, 1999, s.26)



Figur 1.2 Et individ som opplever endringer i helsetilstanden, som ikke kan møte egne universelle og helserelaterte egenomsorgskrav og derfor trenger sykepleie.

(Cavanagh, 1999, s.27)

3.3 Orems definisjon av egenomsorg

Orem beskriver egenomsorg som "individens evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve" (Cavanagh, 1999, s. 17). Førsteleddet "egen" lar Orem stå for hele individet, både fysiske og psykiske, og omsorg som helheten av aktiviteter som den enkelte igangsetter for å opprettholde livskvalitet. Orem påpeker at svært sentralt for begrepet egenomsorg er det at omsorgen styrkes frivillig av den enkelte. Svært sentralt for diabetesbehandling er nettopp det at egenomsorg ikke bør betraktes som et sett av rutinemessige handlinger som den enkelte utøver uten å tenke seg om. Orem påpeker at det egenomsorg skal være et aktiv fenomen som krever at den enkelte er i stand til å forstå sin helsetilstand som helhet, og ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak.

”Egenomsorg er utførelsen av gjennomtenkte og tillærte handlinger som tjener til å opprettholde liv og helse og også fremme velvære”(Cavanagh, 1999, s. 17).

Disse handlingene og aktiviteter som trengs for å opprettholde helse og utvikling må læres, ifølge Orem (Cavanagh, 1999, s. 19). Her kommer sykepleierens rolle inn. Ifølge Orem kan et individ sies å utøve egenomsorg dersom følgende punkter er ivaretatt:

- understøttelse av livsprosessene og normal funksjon
- opprettholdelse av normal vekst, modning og utvikling
- forebygging eller kontroll av sykdomsprosesser og skader
- forebygging eller kompensering av funksjonssvikt
- fremme av velvære

Sentralt for begrepet egenomsorg er det at omsorgen iverksettes frivillig og tilsiktet individet. Hvordan kan man som sykepleier styrke disse punktene hos en pasient med nyopplaget diabetes? Her kommer Orems sykepleiemodell i praksis inn.

3.4 Orems sykepleiemodell – Orems’s self-care deficit Theory

Ifølge Cavanagh (1999) understreker Orem at sykepleie er en praktisk handling, og dermed må sykepleiemodellen omdannes til en form som kan tas i bruk i praksis. Denne omformingen skjer gjennom sykepleieprosessen, som tradisjonelt består av fasene kartlegging/diagnostisering, planlegging, intervensjon/tiltak og evaluering. Denne tradisjonelle sykepleieprosessen har blitt modernisert til en form som er mer i samsvar med hennes teori, der sykepleieren både må delta i mellommenneskelige og sosiale prosesser og problemløsningsprosesser. På engelsk heter Orems modell “Self-Care Deficit Theory (SCDNT). Denne modellen ble brukt som grunnmuren til forskningsartikkelen til Surücü og Kızılcı (2012), Rosmawati, Rohana & Manan (2013) og Kumar (2007).

Modellen består av 4 faser: datasamling, planlegging, intervensjon og evaluering. Datainnsamlingsfasen består av to deler. Først må en innsamle nødvendige

bakgrunnsinformasjon. Her må sykepleieren først vurdere biologiske, sosiale, psykiske og kulturelle faktorer som innvirker på pasientens evne til å ivareta sin egenomsorg. Deretter kommer kartlegging og analysering av både pasientens tilstand for naturlig utvikling, samt pasientens og familiens behovs for informasjon og evne til å lære. Til slutt skal sykepleier kartlegge og analysere pasienten muligheter til å bli i stand til å ivareta sin egenomsorg.

Neste steg er å utføre datainnsamling og vurdere data:

1. grundig og systematisk datasamling om pasienten
2. kartlegg hvilken betydning pasientens tilstand har for livsstilen hand
3. kartlegg hvilken mestringsstrategi pasienten for øyeblikket gjør bruk av
4. vurdere hvordan biopsykososiale og kulturelle faktorer påvirker pasientens reaksjoner på sin tilstand
5. kartlegg pasientens og familiens utviklingsnivå
6. kartlegg hvilken støttesystemer pasienten har tilgang til
7. beregne pasientens terapeutiske egenomsorgskrav ut fra datasamlingen
8. kartlegg hva en eventuelle egenomsorgssvikten består i, i forhold til pasientens tilstand, og årsaken til egenomsorgssvikten
9. kartlegg og analyser pasientens og familiens læringsbehov
10. formuler sykepleiemål basert på avdekket egenomsorgssvikt

(Cavanagh, 1999, s. 53).

Deretter kommer selve planleggingen. Her skal sykepleier formulere mål som samsvarer pasientens behov, etterfulgt av planlegging av sykepleie med sikte på å overvinne eventuelle egenomsorgssvikt og problemer pårørende står ovenfor. Det er viktig ifølge Orem at sykepleier alltid støtter pasientens egne beslutninger når det gjelder pleien. Videre skal en finne fram til hensiktsmessige beslutninger og metoder når det gjelder pleien og hvordan pasienten egenomsorgssvikt kan håndteres. Til slutt skal sykepleier skaffe de ressurser som er nødvendige for sykepleien. Dette kan være i form av utstyr, personale eller lignende.

Implementeringen er neste steg. Her skal en:

1. iverksett sykepleietiltak som er vitenskapelig begrunnet og i samsvar med forskning, og som følger en sykepleieplan det er enighet om

2. ta initiativ til å henvise pasienten til relevante instanser som kan øke hans muligheter til å oppnå optimal egenomsorgsevne
3. motiver pasienten til å ta egne muligheter og ressurser i bruk ovenfor begrensninger i egenomsorgsevnen
4. beskytte pasientens egenomsorgsevne med tanke på å forebygge nye egenomsorgsbegrensninger
5. dokumentere relevante sykepleieobservasjoner og –tiltak

(Cavanagh, 1999, s. 53-54).

Til slutt kommer evalueringen. Her skal sykepleier evaluere hvor effektiv planen bidrar til å redusere omsorgssvikt og økning av pasientens egenomsorgsevne. Sykepleier skal anvende disse kriteriene til evalueringen av sykepleie resultatene og pasientens og de pårørendes egne mål, deretter bruke sykepleiefaglige standarder som referanseramme for evalueringen av sykepleie. Slutt vis skal sykepleier justere sykepleieplanen ut fra resultatene av evalueringen.

(Cavanagh, 1999, s. 54).

4.0 Resultat

Forskningsartikkelen til Sürücü og Kızılcı (2012), Rosmawati, Rohana og Manan (2013) og Kumar (2007) har alle brukt Orems SCDNT som hovedramme i sin artikkel og forsker på hvor effektiv denne er for økt egenomsorg til diabetespasienter.

Karakurt og Kaşıkçı (2012) forskningsartikkel brukte Diabetes Self-Care Scale (DSCS) som bakgrunn for sin forskning. Denne skalaen er opprettet i nyere tid og bygger på nyere forskning når det kommer til diabetes type 2. Denne forskningsartikkelen har blitt brukt som en kontrast til å se om Orems modell fortsatt er relevant i lys av nyere forskning og om hvor effektiv den er for å øke egenomsorg. Det er interessant å se om nyere forskning i dette tilfelle er mer relevant eller om Orems populære modell fortsatt er den mest aktuelle.

"Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study"

Forskningsartikkelen *"Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study"* skrevet av Sürücü og Kızılcı (2012) forsket nettopp på hvor effektiv Orems SCDNT er i praksis og ble av American Diabetes Assisiation (ADA) retningslinjer rekommandert for å sikre god glukosekontroll og forebygge senkomplikasjoner. Metoden som har blitt brukt i studiet er en beskrivende case av en kvinnelig pasient, gjennom en periode på 3 måneder. Studiet ble gjort av "Diabetes Education Center" hos "Directorate of Nursing Services of Dokuz Eylül University". Studiet viste at gjennom SCDNT ble egenomsorgen mer effektiv og pasienten ble mer involvert i egen pleie. Konklusjonen i studie påpeker derimot at denne sykepleieteorien bør bli testet ut i en "randomized controlled trial", ettersom forskerne hadde problemer med å putte denne teorien i praksis på grunn av modellens abstrakte natur.

Application of Orem's Self-Care Deficit Theory and Standardized Nursing Languages in a Case Study of a Woman with Diabetes

Denne kvalitative forskningsartikkelen er skrevet av Coleen P. Kumar og ble publisert i 2007. Studiets hensikt er å illustrere prosessen av teoribasert sykepleie gjennom å presentere spesialistsykepleierens pleie av en dame med diabetes type 2. Orems egenomsorgsteori, samt NIC (Nursing Interventions Classification) og NOC (Nursing outcomes classification), står for designet av studiet, samt standardisert sykepleie. Kvinnen i studiet er en 49 år gammel Italiensk Amerikaner, som har hatt diabetes i 10 år. Hun har lenge hatt nedsatt egenomsorg og opplever senkomplikasjoner i form av nummenhet og smerter i begge bein. Konklusjonen i dette studiet er at Orems egenomsorgsteori og standardisert sykepleie forbedret egenomsorg hos denne kvinnen. Smerten og nummenheten i beina hadde forbedret seg, ettersom hun hadde en mer stabilt blodsukker. Etter en måned hadde blant annet kvinnen gått ned 7,6 pund, og skrev mat dagbok.

The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan

Denne forskningsartikkelen er skrevet av Rosmawati, Rohana og Manan i 2013. Hensikten med denne kvasi-eksperimentelle forskningsartikkelen er å evaluere effektiviteten av en planlagt støtteprogram basert på Orem's egenomsorgsteori. Ved hjelp av to spørreskjemaer, "The Demographic and Health Information Form" og "Diabetes Self-Care Practice Questionnaire" ble aktuell data samlet inn og utforsket av forskeren.

Dataene ble analysert ved hjelp av statistikk for frekvens, prosent, standardavvik og gjentatte målinger av ANOVA, noe som gjør denne forskningsartikkelen kvalitativ. 68 voksne med nyoppdaget diabetes type 2 fra Malaysia ble delt inn i to grupper. Gruppe en med 34 individer hadde rollen som kontroll gruppe som mottok standard diabetespleie med rådgivning om diabeteskontroll, fysisk aktivitet, medisiner, stresskontroll og personlig hygiene. Gruppe to, med like mange medlemmer, mottok en 7 ukers spesialutviklet støtteprogram gjennomført av forskeren som bestod av undervisning, læring, støtte og et miljø som styrker utviklingen av egenomsorg. Begge gruppene fikk behandling av en diabetesklinikk.

Hovedfunnene i studiet viste en betydelig høyere score av egenomsorg, diettkontroll, fysisk aktivitet, medikamentbehandling, stress, egenkontroll og personlig hygiene i eksperimentell gruppen enn i kontroll gruppen. Studiet konkluderer med at en støttende sykepleieprogram øker egenomsorg hos pasienter. Miljø, klima og kultur kan påføre visse feilmarginer ettersom pasientene i denne forskningen er fra Indonesia og ikke Norden. Jeg har derimot valgt å se egenomsorg som et universalt behov som ikke kan sees i forskjellig lys etter hvor man bor hen på denne kloden.

The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care

Denne kvantitative forskningsartikkelen er skrevet av Karakurt og Kaşıkçı i 2012. Hensikten med studiet var å undersøke effekten av undervisning og veiledning av egenomsorg til

pasienter med diabetes type 2. Undersøkelsen ble utført mellom oktober 2007 og juni 2008 av “Internal Medicin Outpatient Clinic” i Erzincan State Hospital. 100 pasienter med diabetes type 2 med tyrkisk statsborgerskap deltok i studiet ved å bruke “Patient Identification Form, Diabetes Self-Care Scale (DSCS) på tyrkisk og “Metabolic Control Parameters”. Pasientene ble testet før og etter undervisning, og funnene av datainnsamling ble sammenlignet med hverandre. DSCS skalaen måtte bli besvart ved hjelp av å krysse av på Aldri, Noen ganger, Ofte og Alltid, der en score på 66% eller høyere ble sett på som akseptabelt. Maksimum score var på 140 poeng.

Statistikken viste betydelig forskjell mellom verdiene før undervisning sammenlignet med verdiene etter undervisning, der pasienten hadde en økning av egenomsorg etter veiledning og støttende undervisning. Forskerne konkluderer med at dette studie beviser fordelene med undervisning om egenomsorg til pasienter med diabetes type to ved at egenomsorgen ble styrket, samt målinger som viste stor forbedring i de metaboliske kontrollverdier.

5.0 Drøfting

5.1 Er Orems modell effektiv i praksis?

Orems modell kan styrke egenomsorgen til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 ved å gi muligheten til å få en grundig innsikt i pasientens fysiologiske og psykiske tilstand.

Ifølge Mosand og Stubberud (2010) må en først, i behandlingen av nyoppdaget diabetes type 2, rette søkelyset mot å korrigere pasientens fysiologiske tilstand og psykiske reaksjoner. Fase en i Orems modell gir denne muligheten ved å gjøre undersøkelser og samle inn data om pasientens egenomsorgsevne og egenomsorgsbehov, samt forholdet mellom evne og behov (Cavanagh, 1999). Dette ser vi i casestudiet til Kumar (2007) og Sürücü og Kızılcı (2012). Disse forskerne utforsket sykepleie basert på Orems egenomsorgsmodell (SCDNT) i praksis og viste at en ved grundig innsamling av data og vurdering, fikk god innsikt i pasientens fysiologiske tilstand, samt psykiske reaksjoner og egenomsorgssvikt.

Begge forskerne konkluderte med at Orems teori retter søkelyset på opptrening av egenomsorg og at Orems modell kartlegger ressurser og behov. Orem (Cavanagh, 1999) påstår at evnen til å ivareta egenomsorg er avhengig av de ressursene den enkelte har, samt hvilke forutsetninger og muligheter brukeren har til å møte ulike krav og utfordringer i hverdagen. Orems modell kan kartlegge disse ressursene og bidra til å bruke disse til å møte utfordringer hverdagen med diabetes type 2 kan bringe.

I forskningsartikkelen til Sürücü og Kızılcı (2012) ser vi også at datainnsamlingsfasen i Orems modell kartla egenomsorgssvikt grunnet manglende kunnskap. Pasientens forebyggende tiltak mot senkomplikasjoner var heller ikke i søkelyset, dette igjen på grunn av lite kunnskap, vilje og håp om en hverdag med forebringer.

Ribu og Singstad (2013) har, gjennom mange år forsket på nedsatt livskvalitet hos personer med diabetes type 2. Ribu og Singstad (2013) mener at diabetespasienter skåret spesielt dårlig på fysiske og psykisk helse. Videre påpeker disse at det er viktig at sykepleiere i større grad retter fokus mot de psykososiale aspektene ved å leve med diabetes. Som en konsekvens av utførelsen av fase en i Orems modell, blir fokuset i artikkelen til Sürücü og Kızılcı (2012) rettet mot pasientens psykososiale aspekter ved å kartlegge opplevelsen av lite håp og vilje, ettersom pasienten har erfart at ingenting hjelper.

Orems modell kan styrke egenomsorgen til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 ved å gi muligheten til å tilrettelegge en pasientorientert målsetting og plan, samt god evaluering og dokumentering.

Gjennom fasen planlegging, implementering og evaluering konkluderer Sürücü og Kızılcı (2012) og Kumar (2007) at Orems modell medførte bedre egenomsorg, gjennom å styrke pasientens involvering i sin egen pleie. Dette er ifølge Karlsen (2007) svært viktig ettersom pasienten selv styrer 95% av sin daglige omsorg. Diabetes type 2 stiller store krav til egenbehandling, etter som personen selv må overta styringen av komplekse prosesser i kroppen. Her ser vi at Orems modell igjen har positiv effekt på styrking av egenomsorg.

Rosmawati, Rohana og Manan (2013) brukte Orems egenomsorgsmodell som rammeverk i sin studie, og viser fordelene med et egenomsorgsprogram bestående av pasientsentrert pleie basert på datainnsamlingsfasen i Orems modell. Forskerne brukte en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe, eksperimentgruppen hadde bedre resultat i egenomsorg enn eksperimentellgruppen. Dette viser at Orems modell styrker egenomsorgen til pasienten ved å lage et behandlingsopplegg basert på pasientens behov og ressurser. Rosmawati et al(2013) konkluderer også med at grunnleggende diabetesbehandling som består av informasjon gitt av lege, kan være en for enkel tilnærming. Av erfaring og ifølge denne forskningsartikkelen blir informasjon og veiledning gitt av lege under korte legevisitt, og baseres ofte på blodsukkerresultater. Den begrensede informasjonen og undervisningen som blir gitt av lege og sykepleier kan være en av grunnene til at scoren mellom eksperimentell- og kontrollgruppen var så stor, mener forskerne.

Sürücü og Kızılcı (2012) viser også at en konsekvens av evalueringsfasen i Orems modell, skapes muligheten til å kartlegge effekten av implementeringen, samt kunnskapsnivå og forbedringer. Mosand og Stubberud (2010) påpeker at målet med hele diabetesbehandling er nettopp det at pasienten skal ha så mye kunnskap og gode ferdigheter at han mestrer et godt liv med sykdommen.

Her ser vi at Orems modell kan bidra til å styrke egenomsorgen til diabetes pasienter ved å se hele pasienten, og bringe pasienten i hovedfokus.

5.2 Begrensinger i Orems modell?

Det finnes begrensninger i Orems modell ettersom den kan være vanskelig å implementere i praksis. Modellens alder, abstrakte natur og lite klinisk forskning og uttesting av modellen har gjort modellen utilstrekkelig i klinisk praksis, også i forhold til diabetesomsorgen.

Dette bekreftes av Sürücü og Kızılcı (2012) som hadde vanskeligheter med å implementere Orems teori i praksis grunnet teoriens abstrakte natur. De mente konseptene ”power components of self-care agency”, ”therapeutic self-care demands” og ”human and health state concept” gjorde Orems modell lite definerbar. Videre konkluderte de at bruken av Orems modell ble mer brukt som en veiledning, grunnet begrensningene. Orems modell kan med

andre ord være enkelt, samtidig som veldig kompleks. Bruken av Orems egenomsorgsdefinisjoner og betingelser, som “Self-Care Agency”, “Self-Sare Demand”, “Self-Care Deficit”, ” Self-Care Requisites”, and “Universal Self-Care”, kan være forvirrende for både leser, helsepersonell og pasient.

Vi ser også at Kumar (2007) og Rosmawati et al (2013) sin forskning har brukt Orems modell mer eller mindre som veiledning. Kumar (2007) sin studie bygger ikke på Orems modell alene, men på et samarbeid mellom Orems modell og et standardiserte sykepleiediagnoser NANDA og et standardisert språk for sykepleie intervensjoner, (NIC- Nursing Interventions Classification) og standardiserte begreper for resultater av sykepleien (NOC- Nursing outcomes Classification). Ved hjelp av NANDA sykepleiebegrepene, NIC gir et begrepssett for intervensjoner NOC setter opp resultatmål som kan implementeres. Dette medførte, ifølge Kumar (2007) styrket kommunikasjon mellom pleier og hjelpetregende. Vi kan på den andre siden ikke se hvordan Orems teori alene kan øke egenomsorgen hos diabetes pasienter.

Rosmawati et al(2013) forskningsartikkel har modernisert Orems modell Orems utviklingsrelaterte (Developmental Self-Care) hjelpemetoder består av 5 trinn. Denne forskningen baseres på 3 av disse kategoriene: undervise, støtte/ veilede og tilby et utviklingsrelatert miljø som bidrar til å bygge en relasjon. Denne forskningen har derfor utviklet seg i en litt annen retning en Orems tradisjonelle modell, som bygger på flere kategorier. Resultatet i forskningen viser, som tidligere nevnt, god effekt noe som kan bety at Orems modell trenger modernisering. Ifølge Buban-Aseron (2010) kan dette sees i sammenheng med at Orems modell ikke omfatter alle aspekter ved omsorg og behov til en pasient. Med andre ord, en teoretikers modell kan ha vanskeligheter med å støtte alle spektrere av sykepleie. Buban-Aseron (2010) påpeker videre at begrensningene i Orems modell kan ligge i uklar definisjon av pårørendes rolle, sykepleierens samfunn og dårlige offentlige utdanningsprogram. Pårørende, samfunn og miljø er faktorer som spiller stor rolle inn på egenomsorg, men hovedfokuset ligger på hvert enkelte, mener Buban-Aseron (2010).

Sürücü og Kızılcı (2012) og Kumar (2007) brukte også en case studie i sin forskning. Dette gjør at man må være kritisk når man drøfter modellens effekt på egenomsorgen, i og med at datamengden er liten. Det at forskningsartiklene brukte casestudiet, samt modernisert modell av Orems egenomsorgsteori, vanskeliggjør drøftingen i denne oppgaven. I min litteraturgjennomgang fant jeg ingen forskning som brukte Orems modell som helhet eller

som har brukt kvantitativmetode. Dette betyr at dagens helsesamfunn ikke bruker ressurser på å forske på Orems modell i praksis, men heller modernisert kunnskap og teori. Dette kan ha sammenheng med at Orems teori er over 20 år gammel. Dagens samfunn er i konstant forandring og mer konkret kunnskap kommer i søkelyset hvert år. Det er viktig at helsetjenesten følger disse forandringene slik at pleien blir så sikker og effektiv som mulig. Her kan Orems modell skape begrensninger i pleien, ved å være skapt på 90 tallet. Helse blir ofte definert som dynamisk og konstant i utvikling. Orems modell kan være for konkret og konstant, ved å blant annet å antyde at det er tre statiske betingelser for egenomsorg, de universelle, helsesvikterelaterte og utviklingsrelaterte behov.

For den andre så kan Orems modell være mindre effektiv på pasienter som ikke kan gjøre rede for seg. Da bygger datainnsamlingen og vurderingen mer på sykepleieren, og ikke pasientens opplevelse, og behandlingen kan basere seg på sykepleierens kompetanse. Nurseslabs (2014) påstår at, selv om Orems egenomsorgsteori kan bidra til å styrke pasientens selvstendighet, kan Orems teori ikke direkte omhandle de pasienter som trenger fullstendig pleie eller assistanse med egenomsorgen. Dette er noe jeg har sett i praksis, der sykepleieren står for egenomsorgen til pasienten ettersom pasientens fysiske og psykiske freidigheter er begrenset. Ved disse pasientene vil man, ifølge Orem selv, ha problemer med å delta i planleggingen og utførelsen av egenomsorg, på grunn av fysisk, psykisk eller emosjonell svikt. Her kan Orems modell være mindre effektiv.

Med dette i søkelyset, vil jeg se nærmere på forskning på egenomsorg fra nyere årstall.

5.3 Nøkkelen til egenomsorg – undervisning?

Undervisning bidrar til å styrke egenomsorgen til pasienter med diabetes type 2, noe Orems modell ikke har som hovedfokus. Nyere forskning viser at sammenhengen mellom undervisning og egenomsorg er svært avgjørende.

I tillegg til bruken av Orems modell i praksis, hadde funnene i forskningen til Kumar (2007), Sürücü og Kızılcı (2012) og Rosmawati et al (2013) en fellesnevner, undervisning.

Undervisning og egenomsorg hadde en klar sammenheng og bidro til å styrke egenomsorgen hos pasienter med diabetes type 2.

Mosand og Stubberud (2012) påpeker, som nevnt tidligere, at undervisning og veiledning i begynnelsen av diagnosen har stor innvirkning på egenomsorg. Diabetesforbundet og Orem selv, påstår begge at grunnmuren til behandling av diabetes består av opptrening av egenomsorg gjennom undervisning. Orems modell legger ikke direkte fokus på undervisning, men et godt samarbeid mellom innsamling av data, planlegging, implementering og evaluering. Hvis vi skal se gjennom øynene til nyere forskning, viser dette at Orems modell utelukker grunnmuren i diabetesbehandling. Man kan spørre deg spørsmålet om Orems modell burde legge mer vekt på undervisning for at den skal styrke egenomsorgen til diabetespasienter mer effektivt, for å sikre best mulig behandling og styrking av egenomsorg hos pasienten.

Karakurt og Kaşıkçı (2012) forsket på nettopp det med sammenhengen mellom undervisning og egenomsorg hos diabetes type 2 pasienter. Ved bruk av ”Diabetes self-care scale” (DSCS), ”Education Booklet” og pasientorientert undervisning og veiledning, viste resultatet store forbedringer i egenomsorg og metabolske verdier hos 119 pasienter med diabetes type 2. Undervisningen som hadde blitt gitt hadde en stor positiv effekt på pasientens egenomsorg, samt hbA1c nivåer. Karakurt og Kaşıkçı (2012) anbefalte blant annet:

evaluating the self-care activities of patients and supporting the efficacy and these activities in diabetes management, planning the education given to patients with diabetes in the way to make a positive effect on patients self-care activities and metabolic control variables”.

Forskerne konkluderer også med at man bør legge mer alvor i undervisningen til diabetes pasienter ettersom funnene i dette studiet viste enorme forbedringer. Mosand og Stubberud (2010) poengterer, som nevnt i teoridelen, at den økende forekomsten av diabetes type 2 skyldes nettopp dette med økt inntak av fett og sukker, og mindre aktivitet, der gjennomsnittsvekten har økt. Disse funnene viser til forbedring i forekomsten av selve diabetes type 2. For å oppnå et godt og langt liv med diabetes, mener Mosand og Stubberud

(2010) at en må tilstrebe en regelmessig og normal HbA1c, noe funnene i denne studien viser. Undervisning kan med andre ord, bidra til at pasienter med diabetes type 2 kan leve et godt liv med sin diabetes.

Resultatene viser også til at personene i denne studien utførte handlinger som økte egenomsorgen, ved å forstå sin helsetilstand bedre. Orem definerer egenomsorg som nettopp det å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve. Egenomsorg er å ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak, fortsetter hun. Ribu og Singstad (2013) påstår, som nevnt i teoridelen, at nettopp dette er målet med hele egenomsorgsbehandlingen. Pasientene må ha en forståelse av sykdommen og behandlingen, samt gjøre de endringer som trengs for å endre de helsevaner som er nødvendige.

Med andre ord så er relasjonen mellom undervisning og egenomsorg hos diabetespasienter svært avgjørende. Rosmawati et al (2013) poengterer:

the higher the educational level of the patient, the more accessible the ways to search for additional information, the more experiences in self-care practice and the better the chances for developing a repertoire for self care skills.

Dette er noe Orem identifiserte som en av hovedfaktorene til utvikling og positiv holdning til egenomsorg (Rosmawati et al., 2013). Undervisning er nøkkelen. Som nevnt tidligere så støtter Mosand og Stubberud (2010) dette, ved å påstå at den undervisningen pasienten får i begynnelsen av sin diagnose har avgjørende rolle i diabetesprognosen.

På den andre siden kan vi se at denne forskningen har mange likheter med Orems modell. Studien bygger på en grundig datainnsamling, som bidrar til en plan for hver enkelte pasient som var med i studiet. Så kom implementeringen, som i dette tilfelle var gjennom undervisning, og evalueringen ble gjort gjennom DSCS og metabolske nivåer. Selv om dette studiet bygger på et utviklet undervisningsprogram av forskerne, er det gode resultatet gjennom mine øyne mye på grunn av god datainnsamling som gjorde undervisningsprogrammet pasientsentret. Selv om Orems modell ikke legger hovedfokuset på undervisning, gir modellen rom til dette i mål og planleggingsfasen. Man vil gjennom datainnsamlingen avdekke eventuelle undervisningsbehov og kan sette søkelyset mot dette i planleggingen.

5.4 Finnes det en fasit for alle?

La oss gå tilbake til begrunnelsen av valget av oppgaven. To menn med diabetes type 2 med helt forskjellige situasjoner tross samme diagnose. Her trenger vi pasientsentrert pleie som bygger på pasientens situasjon, erfaring og behov. Ribu og Singstad (2013) påpeker at som sykepleier må man ta i betraktning at diabetes type 2 er en sykdom pasienten skal leve med resten av livet, og det kan være krevende å etterleve alle de anbefalingene som er knyttet til denne sykdommen. Pasienten trenger, som Ribu og Singstad (2013) videre påpeker, å gjøre de handlinger og valg som styrker sin egen helse, selvbilde og livskvalitet. Det er viktig å legge merke til “sin egen” i denne påstanden. Det som passer for en pasient, kan være helt feil for en annen. Her kommer Orems egenomsorgsmodell som et fint hjelpemiddel – sette pasienten først. Dette ser vi altså i fase en, datainnsamling. Pasienten kommer i hovedfokus fra første stund.

Orems modell lager ikke en fasit på hvordan pleien skal være, den bygger på pasientens styrker, resurser og behov. Den gir mulighet til å legge opp til hvordan pasienten selv kan styrke egenomsorg, og hvordan man som sykepleier kan bidra til denne prosessen. Orem understreker at hovedtanken bak hele modellen er å omdanne denne til en form som kan brukes i praksis. Denne skjer gjennom disse fire fasene, og det er gjennom sykepleiediagnosen som bestemmer om pasienten trenger sykepleie. Altså modellen gir rom til å ha forskjellig fasit på forskjellige pasienter, der planleggingsprosessen bestemmer hva som skal skje videre for pasienten etter pasientens resurser og behov.

Dermed ser vi at Orems modell kan bidra til å styrke egenomsorg, nettopp fordi modellen blir formet til å passe pasienten. Slik er denne modellen i mine øyne et svært effektivt redskap for å styrke egenomsorgen til pasienten. Som Ribu og Singstad(2013) påstår så er hele målet med god egenomsorg oppnådd ved at pasienten med nyopptaget diabetes tilegner seg nye kunnskap og ferdigheter for å ivareta egenomsorg, noe som Orems modell kan bidra til.

6.0 Oppsummering/avslutning

Orems modell kan styrke egenomsorgen hos diabetes type 2 pasienter ved å gi muligheten til å få en grundig innsikt i pasientens fysiologiske og psykiske tilstand. Orems modell retter også søkelyset på opptrening av egenomsorg og kartlegger ressurser og behov.

Orems modell kan i tillegg styrke egenomsorgen til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 ved å gi muligheten til å tilrettelegge en pasientorientert målsetting og plan, samt god evaluering og dokumentering.

Orems modell har på den andre siden sine begrensninger. Orems modell kan være vanskelig å implementere i praksis grunnet modellens abstrakte natur og lite forskning rundt modellen i praksis. Orems modell kan også utelate viktige aspekter ved omsorg og pasientens behov, samt gi en uklar definisjon av pårørendes rolle og sykepleierens samfunn, samt komplisere modellen med mange forskjellige termer og definisjoner. Orems modell kan også være mindre effektiv på pasienter som ikke kan redegjøre for seg og trenger full pleie. Vi ser også at undervisning og egenomsorg hadde en klar sammenheng og bidro til å styrke egenomsorgen hos pasienter med diabetes type 2. Orems modell fokuserer ikke konkret på undervisning, noe som er vist å være selve grunnmuren til diabetesbehandling.

Orems modell bidrar derimot til pasientsentrert pleie ved å sette søkelyset på pasientens behov og ressurser, og gir rom til å ha forskjellig "fasit" på forskjellige pasienter, der planleggingsprosessen bestemmer hva som skal skje videre for pasienten etter pasientens ressurser og behov.

I en travel hverdag med mange sykepleieroppgaver, forskjellige pasienter og begrenset med tid er det viktig at vi sykepleiere ikke glemmer hovedpoenget med hele pleien. Utføre omsorgsfulle handlinger og se pasienten. Dette mener jeg Orems modell setter søkelyset på.

Konklusjonen er at Orems modell kan styrke egenomsorgen til diabetes type 2 ved å pasient sentrere pleien. Man setter pasienten først. I mine øyne er dette desidert sykepleierens viktigste oppgaver. Jeg mener at pleien blir overfladisk, upersonlig og lite kompetent uten at pasienten blir satt først. Her vil altså bruken av Orems modell i praksis hjelpe å sette søkelyset på sykepleierens hovedoppgave. Det at Orems modell har sine begrensninger er jeg enig i.

Orems selv påstår ikke på noen måte at hennes modell gir det fullstendige svaret på alle egenomsorgsrelaterte problemer, men at modellen gir et begrepsmessig rammeverk som det er mulig og anvende i sykepleie, sykepleieutdanning og lederskap. Hver enkelt yrkesutøver må sette modellen ut i livet ut fra det som er intensjonen, nemlig gi bedre sykepleie. Det å bruke Orems hovedelementer, altså grundig datainnsamling, pasientorientert mål og planlegging og god evaluering og dokumentasjon bør ikke bare brukes i egenomsorgs behandlingen, men i all behandling.

En stor styrke av Orem sin teori er at det er like aktuelt for sykepleie ved begynnelsen av sin utdanning som avanserte klinikere. Pasientsentrert pleie er best pleie.

Hva med å bytte yrkesnavnet fra Sykepleie til Pasientsentretpleie?

7.0 Litteraturliste:

Buban-Aseron, M. L. (2010, 17. juli). *Strengths and Limitations of Orem's Theory*. Hentet fra: <http://upoun207tfn.blogspot.no/2010/07/strengths-and-limitations-of-orems.html>

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dallas, O. (2012). *Metode og oppgaveskrivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Diabetesforbundet. (2014, 12. juni). *Diabetes type 2*. Hentet 14. januar 2015 fra <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>.

Gidynamics. (2013, 13. desember). *Type 2 Diabetes and obesity – global health problems*. Hentet 13. januar 2015 fra <http://www.gidynamics.com/type2-diabetes-epidemic-problems.php>.

Karakurt, P., & Kaşıkçı, M. K. (2012). The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. *International Journal Of Nursing Practice*, 18(2), 170-179. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02013.x

Kumar, C. (2007). Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 18(3), 103-110. Hentet fra : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009683184&site=ehost-live>

Mosand, R. D. & Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I. R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 507-535). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I. R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 17-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nurseslabs (2014, 12. august) *Dorothea Orem's Self-Care Theory*. Hentet 8. februar fra:
<http://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>

Ribu, L. & Singstad, T. (2013). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (2. Utg., s. 609-661). Oslo: Cappelen Damm AS.

Rosmawati, M., Rohana, A. J., & Manan, W. A. (2013). The Evaluation of Supportive-Developmental Nursing Program on Self-Care Practices of Persons with Type 2 diabetes at the Health Centre in Bachok, Kelantan. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 20(1), 16-22. Hentet fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012210951&site=ehost-live>

Sürücü, H. A., & Kizilci, S. (2012). Use of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in the Self-Management Education of Patients with Type 2: A Case Study. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 19(1), 53-59. Hentet fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011729382&site=ehost-live>

Sitat av Audre Lorde på forsiden hentet 19 februar 2015 fra:
<https://www.goodreads.com/quotes/437563-caring-for-myself-is-not-self-indulgence-it-is-self-preservation-and>