



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

*«Livsstilsendring som forebygging av senkomplikasjoner
hos brukere med type 2-diabetes»*

Frist for innlevering: 27.04. 2012

Kandidatnummer: 291

Kull 09 Høst

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven	1
1.2 Problemstillingen	1
1.3 Begrepsavklaring: pasient/bruker	1
1.4 Avgrensninger	2
1.5 Oppgavens disposisjon	2
2.0 METODE	3
2.1 Valg av metode og metodekritikk	3
2.2 Valg av litteratur	4
2.3 Artikkelsøk	4
2.3.1 <i>Artiklene</i>	5
2.4 Kildekritikk	5
3.0 TEORI	6
3.1 Dorothea Orems sykepleieteori	6
3.1.1 <i>Egenomsorg</i>	6
3.1.2 <i>Egenomsorgssvikt</i>	7
3.1.3 <i>Sykepleiesystemer</i> ⁹	7
3.1.4 <i>Sykepleieetikk og makt</i>	8
3.2 Diabetes Mellitus	9
3.2.1 <i>Type 2-diabetes</i>	9
3.2.2 <i>Diagnostisering</i>	9
3.2.3 <i>Blodsukker</i>	10
3.2.4 <i>Senkomplikasjoner</i>	10
3.2.5 <i>Behandlingsanbefalinger</i>	12
3.3 Endring av livsstil som sykdomsforebygging	13
3.3.1 <i>Modellen om helseoppfatninger</i>	13
3.3.2 <i>Mestringsforventning</i>	14
3.3.3 <i>Endringshjulet</i>	14
4.0 ARNE	16
5.0 DRØFTING	17
5.1 Egenomsorg og egenomsorgssvikt	17
5.2 Sykepleierens funksjon ved livsstilsendring	18
5.3 Sykepleiers pedagogiske funksjon	23
5.3.1 <i>Konkrete livsstilsråd</i>	24
5.4 Etske og juridiske betraktninger	25
6.0 AVSLUTNING	27
Litteraturliste	28

1.0 INNLEDNING

Oppgaven inneholder 9134 ord.

1.1 Bakgrunn og formål med oppgaven

Som sisteårsstudenter på bachelor i sykepleie skal vi skrive en avsluttende oppgave om et selvvalgt tema. Jeg fant fort ut at jeg ønsket å skrive om noe som omhandlet diabetes. Dette fordi jeg alltid har syntes at diabetes har vært et interessant og relevant tema, og har gjennom praksisperiodene møtt mange brukere med sykdommen. I følge Norsk Helseinformatikk (2012) har rundt 265.000 personer i Norge diabetes, hvorav rundt 240.000 har type 2-diabetes, noe som er en tredobling de siste 30 årene. Antall eldre med diabetes øker, og det vil føre til store utfordringer for det norske helsevesenet i framtiden (Haugstvedt, 2011). Jeg hadde en førforståelse av at senkomplikasjoner var vanlige og fryktede komplikasjoner, og jeg ønsket å finne mer ut om hva sykepleier kan gjøre for å forebygge disse. Etter hvert som jeg begynte å sette meg inn i temaet og fikk en litt annen forståelse, ble vinklingen av oppgaven mer og mer dreid mot sykepleiers rolle i å motivere, undervise og støtte brukeren til selv å forebygge senkomplikasjoner. Jeg valgte hjemmesykepleien som arena for brukerne i min problemstilling, først og fremst fordi dette var en veldig spennende praksisperiode, men også fordi jeg har erfart at dette er en arena hvor sykepleier møter mange mennesker med diabetes.

1.2 Problemstillingen

Jeg endte opp med følgende problemstilling:

«Hvordan kan hjemmesykepleier anvende sin kompetanse til å hjelpe sine brukere med type 2-diabetes til å foreta livsstilsendringer med mål om å utøve god egenomsorg for å forebygge senkomplikasjoner?»

1.3 Begrepsavklaring: pasient/bruker

I denne oppgaven mener jeg at begrepet «bruker» passer målgruppen best. Fokuset mitt ligger på sykepleiers rolle i å hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv, noe som krever at han er aktiv og medvirkende. Fjørtoft (2006) sier at den hjelpetrequende får en mer aktiv rolle som bruker

enn som pasient. Begrepet tydeliggjør også brukerens selvbestemmelsesrett, myndiggjøring og mulighet til å spille en mer aktiv rolle. Jeg har derfor valgt å konsekvent bruke begrepet bruker, med unntak av steder hvor jeg gjengir forfatteres bruk av begrepet pasient.

1.4 Avgrensninger

Ut i fra tema og problemstilling er der nærmest ubegrensede områder man kan velge å belyse, men grunn av oppgavens omfang har jeg vært nødt til å gjøre noen avgrensninger.

Jeg avgrenser målgruppen til å være brukere med type 2-diabetes i hjemmesykepleien som er kognitivt oppegående. Jeg utelukker insulin-avhengig type 2-diabetikere, og vil heller ikke gå inn på annen medikamentbehandling. Jeg har forståelse for at dårlig kontroll av blodsukkeret kan gi andre kortsiktige plager som kan gå ut over livskvaliteten, men jeg ønsker hovedsakelig å fokusere på de langsiktige plagene. Oppgaven skal omhandle de livsstilsfaktorene som har betydning for utviklingen av senkomplikasjoner, og jeg vil derfor ikke fordype meg i andre faktorer, som for eksempel betydningen av riktig fottøy for forebygging av fotsår. Jeg vil ikke fokusere på forebygging av selve sykdommen. Jeg har vært inne på sykepleiers viktige pedagogiske funksjon, men har ikke hatt kapasitet til å fordype meg i området. Jeg har heller ikke satt noe fokus på det spesifikke ved å jobbe med mennesker i deres eget hjem.

1.5 Oppgavens disposisjon

Første del av oppgaven er innledningen hvor jeg gjør rede for hvorfor jeg har valgt å skrive om dette temaet, presentasjon av problemstilling og avgrensninger.

Deretter følger metodekapittelet hvor jeg presenterer og begrunner valg av metode, framgangsmåte for artikkelsøk og artiklene jeg har valgt, og foretar kildekritikk.

3. kapittel er en teoridel hvor jeg tar for meg Dorothea Orems sykepleieteorier, teori om diabetes og senkomplikasjoner, og teori om livsstilsendring som forebygging.

Deretter kommer en fiktiv case som omhandler en mann i hjemmesykepleien som har fått type 2-diabetes.

I drøftingsdelen skal jeg ta utgangspunkt i casen og drøfte den sammen med teorien og forskningsartiklene jeg har funnet. Helt til slutt kommer en avslutning hvor jeg oppsummerer hva jeg har fått ut av denne oppgaven.

2.0 METODE

Ut i fra problemstillingen måtte jeg velge en metode for å belyse spørsmålet på. Vilhelm Aubert definerer begrepet metode er slik:

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder(1985:196)» (sitert i Dalland, 2007, s 83).

Metode er altså et redskap vi benytter for å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Med kvantitativ metode ønsker vi å gå i bredden ved å undersøke få opplysninger om en rekke enheter. Ofte er vi ute etter tall og statistikker. Standardiserte spørreskjema med svaralternativ som sendes ut til mange informanter, er et eksempel på en kvantitativ metode. Ved kvalitativ metode går vi i dybden ved å undersøke få enheter, men med hensikt å få mange opplysninger. Vi er ofte ute etter å få fram en helhet og en forståelse. Personlige intervjuer hvor informanten får utdype sine meninger, er et eksempel på en kvalitativ metode (Dalland, 2007).

2.1 Valg av metode og metodekritikk

Jeg har i denne oppgaven valgt å gjøre en litteraturstudie. Dette fordi jeg ønsker å benytte meg av litteratur og resultater av forskning som er gjort i forbindelse med temaet eller deler av temaet. Hensikten med en litteraturgjennomgang, er i følge Dalland (2007) å få oversikt over kunnskapen som allerede fins om temaet. Jeg har benyttet meg av en del forskning om pasientenes opplevelser, noe jeg kun hadde mulighet til ved å søke i forskningsartikler. Vi har som bachelorstudenter ikke anledning til å bruke pasienter som informanter, og jeg hadde derfor ikke hatt muligheten til dette. I en litteraturstudie tar en i bruk kunnskap som allerede finns om det temaet en har valgt. Litteraturen blir mitt redskap for å belyse og gi svar på spørsmålet i min problemstilling.

Jeg mener styrken med en litteraturstudie er at en kan benytte seg av nyere og oppdatert forskning gjort på området. Man kan også få opplysninger om undersøkelser som er gjort med flere forskjellige informanter. Ved å velge intervju hadde jeg antakelig bare hatt kapasitet til å intervjué én informant. I følge Bjørndal, Flottorp og Klovning (2007) er det lettere å svare på

kjernespørsmålene ved å innhente forskningsbasert informasjon enn ved bare å basere oss på praksiserfaring og egen og andres intuisjon. De sier også at vi nesten alltid er avhengige av å benytte oss av forskningsbasert informasjon for å svare på spørsmål om helse og sykdom.

Svakheten med å bygge oppgaven på kun litteratur, kan være at litteraturen man bruker allerede er tolket av en annen forfatter, og det opprinnelige budskapet kan forsvinne. Artikler kan dessuten stå skrevet på engelsk, slik at en feiltolker innholdet, eller forfattere kan ha oversatt fra engelsk og dermed feiltolket noe. På samme måte som det er positivt at en kan finne litteratur som passer oppgaven, kan man også gå i den fella at man velger ut de artiklene som gir de resultatene man vil ha, og dermed velger bort artikler som gir motstridene informasjon. Jeg har erfart at det kan være vanskelig å finne forskning som gir svar på akkurat de spørsmålene man ønsker og studier som treffer akkurat den målgruppen jeg er ute etter å vite noe om.

2.2 Valg av litteratur

I valg av litteratur har jeg først og fremst forsøkt å bruke pensumlitteratur, men da mye av pensumlitteraturen har begynt å bli gamle, har jeg supplert med nyere selvvalgt litteratur. Jeg har også brukt retningslinjer og lovverk som jeg anser som pålitelige. I tillegg har jeg benyttet meg av forskningsartikler.

2.3 Artikkelsøk

Dalland (2007) sier at selve metoden i en litterær oppgave, er hvordan man har gått frem for å finne litteraturen. Søkemotorene jeg har brukt er, ProQuest, Sykepleien.no, Helsebiblioteket og PubMed. Ved å bruke engelske søkeord fikk jeg flest relevante resultater. Jeg har primært brukt søkeordet «type 2 diabetes», i forskjellige kombinasjoner med ett eller flere av: «self-management», «motivation», «lifestyle», «nursing», «long term complications», «cardiovascular risk», «self-efficacy» og «self-regulation». Da jeg fikk svært mange treff på noen av søkene måtte jeg etter hvert begrenset søkene til å være nyere enn 2006.

2.3.1 Artiklene

Etter å ha gått igjennom utallige artikler, skrev jeg ut og vurderte ca 10 artikler som virket relevante. Til slutt endte jeg opp med 3 artikler som passet inn i drøftingen.

Artikkelen *How do people with type 2 diabetes perceive and respond to cardiovascular risk?* (Carroll, Naylor, Marsden og Dornan, 2003), viser hvilken oppfatning personer med diabetes har om sin helse og risiko, særlig med tanke på kardiovaskulær sykdom.

I den norske artikkelen *Life values and self-regulation behaviors among adults with type 2 diabetes* (Ofstedal, Karlsen og Bru, 2010), kartlegges det hvordan enkelte livsverdier har innvirkning på selvregulerende atferd hos personer med type-2 diabetes.

Artikkelen *The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes* (Mishali, Omer og Heymann, 2011), viser sammenhengen mellom mestingsforventning og villighet til å utføre anbefalte behandlingsformer hos mennesker med diabetes.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er i følge Dalland (2007) å vurdere den litteraturen som er benyttet for å fastslå om den er sann. Jeg har i utvelgelse av litteratur vært nøye på at kildene er pålitelige. Jeg har primært brukt lærebøker som er sekundærlitteratur. Det vil si at forfatterne har tolket andres tekster. Noen av lærebøkene begynner å bli gamle, og de refererer til tekster og bøker som er enda eldre. De tre forskningsartiklene som benyttes er «peer-reviewed» og publisert i relevante tidsskrifter, og forfatterne har publisert flere artikler tidligere. To av undersøkelsene er gjort i utlandet. Ved utenlandske artikler kan kulturelle forskjeller gjøre at resultatene ikke med sikkerhet passer for tilsvarende problemstilling i Norge.

3.0 TEORI

3.1 Dorothea Orems sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke Dorothea Orems teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer for å belyse min problemstilling. Modellen passer fint inn i min oppgave fordi jeg ønsker å sette fokus på hvordan sykepleier ved hjelp av undervisning og veiledning kan hjelpe brukere til å hjelpe seg selv til å oppnå god egenomsorg.

3.1.1 Egenomsorg

Orem definerer egenomsorg slik: «*utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære*» (i Kirkevold, 2001, s 128).

I ordet «egenomsorg» står «egen» for hele individet, både de fysiske, psykiske og åndelige behov, og «omsorg» for helheten av de aktivitetene individet utfører for å opprettholde livet og utvikle seg normalt (Cavanagh, 1999). Et viktig poeng er at aktivitetene som utøves skal være frivillige, gjennomtenkte og tillærte. Dette innebærer at man må være i stand til å forstå sin helsetilstand, og ut i fra den ta beslutningene om utøvelse av hensiktsmessige handlinger for å opprettholde helse og utvikling. Disse handlingene og aktivitetene må læres, og påvirkes blant annet av alder, modning og kultur (Cavanagh, 1999).

Egenomsorgsbehovene består av tre grupper av egenomsorgsbehov. Ved behov menes det her en aktivitet som må utføres av den enkelte for å utøve egenomsorg (Cavanagh, 1999). Kirkevold (2001) bruker betegnelsen *krav* i stedet for behov.

De universelle egenomsorgsbehovene omfatter livsviktige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved livet, og er felles for alle mennesker. Dette er grunnleggende behov som innebærer for eksempel behovet for luft, mat, drikke, aktivitet, hvile, sosial kontakt og trygget (Cavanagh, 1999).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er behov som har sammenheng med forhold som er knyttet til menneskets utvikling og modning. Det kan være bestemte utviklingsstadier som for eksempel nyfødtstadiet, forskjellige utviklingstrinn i barne- ungdoms- og voksenalder, eller graviditet. Det kan også være behov som oppstår i forbindelse med hendelser som kan ha

negative konsekvenser for menneskelig utvikling, som for eksempel helseproblemer, tap av nære mennesker eller endring i levekår (Cavanagh, 1999).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov er behov som oppstår når man blir syk, skadet, har funksjonssvikt eller er under legebehandling. Hvis vedkommende ikke er i stand til å ivareta disse behovene, må han søke råd og assistanse hos andre som er kompetente til dette, for eksempel en sykepleier (Cavanagh, 1999).

3.1.2 Egenomsorgssvikt

Kirkevold (2001) nevner begrepet *terapeutiske egenomsorgskrav*, som er de totale egenomsorgsaktivitetene eller handlingene som må utføres for å oppfylle alle kategoriene av egenomsorgskravene/behovene. *Egenomsorgskapasiteten* er evnen til å delta i sin egenomsorg (Cavanagh, 1999). Den varierer med alder, helsetilstand, læring og utdanning, livserfaring, kulturell innflytelse og ressurser (Kirkevold, 2001). Den består av kunnskaper, motivasjon og mentale og praktiske evner man trenger for å vurdere egenomsorgskravene og planlegge hvilke tiltak som må til for å oppfylle dem. Kapasiteten utvikles ved å utføre egenomsorg i hverdagen og ved instruksjon av andre

Når egenomsorgskapasiteten er mindre enn det terapeutiske egenomsorgskravet, snakker vi om *egenomsorgssvikt*, og pasienten vil da ha behov for sykepleie. Pasienten er da helt eller delvis ute av stand til å utføre egenomsorg for å oppfylle egenomsorgskravene. Egenomsorgssvikten er knyttet til begrensninger i pasientens egenomsorgskapasitet. Disse begrensningene kan omfatte begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser og begrenset evne til å utføre handlingene som må til for å oppfylle egenomsorgskravene (Kirkevold, 2001).

3.1.3 Sykepleiesystemer

Teorien om sykepleiesystem består av begrepene sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer.

Sykepleiekapasitet: Sykepleiekapasitet er de kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper man trenger for å yte sykepleie (Kirkevold, 2001). I likhet med egenomsorgskapasiteten innebærer den evne til å utføre spesielle typer hensiktsmessige handlinger, men her er fokuset

på den hjelpetrengende i stedet for på seg selv. Orem nevner kunst, villighet og motivasjon for å yte pleie som nødvendige komponenter i sykepleiekapasiteten. Aller mest vektlegger hun fire praktiske evner: diagnostisering forordning, behandling eller regulering og administrering av pleie.

Hjelpemetoder: «I følge Orem benytter alle profesjonelle hjelpere seg av 5 hjelpemetoder.

1. å handle for eller gjøre for en annen
2. å rettlede en annen
3. å støtte en annen (fysisk eller psykisk)
4. å sørge for et utviklende miljø og
5. å undervise en annen» (Kirkevold, 2001, s 134).

Sykepleiesystemer: De fem hjelpemetodene tas i bruk i forskjellig grad i de tre sykepleiesystemene.

1. *Helt kompensierende sykepleiesystemer:* er knyttet til pasienter som ikke har mulighet til å utføre egenomsorgshandlinger, fordi de for eksempel er komatøse og ikke kan utføre bevisste handlinger, ikke kan eller skal utføre motoriske handlinger, eller fordi svekket mental funksjon hindrer dem i å ta avgjørelser om egenomsorg. Her er spesielt hjelpemetoden «å handle for noen» relevant.
2. *Delvis kompensierende sykepleiesystemer:* her utfører både pasient og pleier sykepleiehandlinger, og alle fem hjelpemetodene er aktuelle.
3. *Støttende eller undervisende sykepleiesystemer:* benyttes når pasienten skal lære seg å utføre handlinger som bidrar til å oppfylle sitt terapeutiske egenomsorgskrav. Her skal kun hjelpemetodene å rettlede, å støtte, å sørge for et utviklende miljø og å undervise, benyttes (Kirkevold, 2001).

3.1.4 Sykepleieetikk og makt

Orem sier at mennesket har sine individuelle retningslinjer for måter å nå et mål, og sykepleier må respektere hvert enkelt individs preferanser og væremåte (i Slettebø, 2009). Allikevel er det ikke noe hinder for at sykepleier kan forsøke å påvirke den enkelte til

helsefremmende atferd. Et middel for å påvirke andre mennesker er makt (Slettebø, 2009). Sykepleier har makt i kraft av sine kunnskaper, ferdigheter og sykepleierrolle. Makt er i utgangspunktet et nøytralt begrep, og det er hvordan sykepleier bruker makten som avgjør om den er positiv eller negativ. Det er derfor viktig at sykepleier er bevisst på makten slik at den ikke blir misbrukt. Dette innebærer blant annet å dele makten med brukeren slik at maktforholdet blir jevnt. Å gi makt til brukeren kan være å respektere ham og hans selvbestemmelsesrett.

3.2 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom som kjennetegnes ved forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet. Dette skyldes helt eller delvis mangel på insulinproduksjon og/eller nedsatt følsomhet for insulin, som resulterer i at glukose ikke tas opp i cellene fra blodet. Sykdommen deles hovedsakelig inn i type-1 og type-2. I tillegg finns det andre spesielle former for diabetes. Ved type 1-diabetes brukeren avhengig av tilførsel av insulin for å overleve, mens det ved type 2-diabetes kan være tilstrekkelig med kostregulering (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røiset, 2009).

3.2.1 Type 2-diabetes

Type 2-diabetes oppstår vanligvis etter 40-årsalderen, og sjansene for å få sykdommen øker med alderen. Brukere med type 2-diabetes har en delvis insulinmangel, og mange har i tillegg nedsatt følsomhet for det insulinet som blir produsert. Blodsukkeret vil dermed ikke kunne holde seg nede på et normalt nivå. Alle med type 2-diabetes har en viss insulinproduksjon, og er derfor i utgangspunktet ikke avhengig av å få tilført insulin. For noen kan sykdommen utvikle seg slik at insulinproduksjonen med tiden blir så lav at de må begynne å sette insulin for å klare å stabilisere blodsukkeret (Mosand og Førstund, 2001). Rundt 70% av de som har sykdommen er overvektige (Sagen, 2011). Ellers er arv, fysisk inaktivitet og røyking, faktorer som kan ses i sammenheng med utviklingen av type 2-diabetes.

3.2.2 Diagnostisering

Type 2-diabetes utvikles langsomt og kan være vanskelig å oppdage fordi den vanligvis ikke gir tydelige symptomer på hyperglykemi, særlig hos eldre, hvor fysiologiske

aldersforandringer kan skjule symptomer (Mosand og Førstund, 2001). I en del tilfeller oppdages det ved rutineundersøkelser (Sagen, 2011). Man kan altså ha hatt sykdommen i mange år før den blir oppdaget, og det kan derfor allerede ha oppstått begynnende tegn til senkomplikasjoner. Diagnostisering skjer ved at tilfeldig blodsukker måles, og om det er mistanke om diabetes måles fastende blodsukker.

3.2.3 Blodsukker

Normalt fastende blodsukker hos et menneske uten diabetes ligger på mellom 4,2 og 6,3 mmol/L i venøst plasma (Brukerhåndbok i medisinsk biokjemi, 2010). Som nevnt kjennetegnes diabetes ved at blodsukkeret i mindre eller større grad er forhøyet. Ett av målene med diabetesbehandlingen er å holde blodsukkeret under 10 mmol/L. Hvis blodsukkeret ligger høyere enn dette over tid, vil det være fare for å utvikle senkomplikasjoner (Jacobsen et al. 2009). I følge Sagen (2011) vil god blodsukkerkontroll ikke bare redusere farene for å utvikle komplikasjoner, men det vil også være avgjørende for utviklingen av allerede etablerte senkomplikasjoner.

Det er viktig at brukeren lærer seg å måle blodsukkeret og forstår hva tallene betyr. Det varierer hvor ofte man bør måle blodsukkeret ved type 2-diabetes, men det kan være nyttig å finne ut hvordan blodsukkeret påvirkes, særlig ved nyoppdaget diabetes (Måløy 2011). Mosand og Førstund (2001) påpeker at blodsukkermåling ikke bare er en kontroll, men også et hjelpemiddel for å forstå hvordan ulike faktorer som mat og aktivitet påvirker blodsukkeret.

3.2.4 Senkomplikasjoner

Ett av behandlingsmålene ved diabetes er å hindre eller forsinke utviklingen av diabetiske senkomplikasjonene som kan oppstå (Jacobsen, et al. 2009). Senkomplikasjonene deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære.

Med *mikrovaskulære komplikasjoner* mener vi komplikasjoner i små blodkar. I følge Vaaler (2002) er dette spesifikke diabeteskomplikasjoner som kun ses hos mennesker med diabetes. Skadene i karene skyldes vedvarende hyperglykemi over tid. Utviklingstid er vanligvis 5-15 år etter sykdomsdebut, og faren reduseres ved god blodsukkerkontroll. Det omfatter forandringer med sykdom i øyne, nyrer og nerver.

Retinopati er en diabetisk øyesykdom som kjennetegnes ved forandringer på netthinnen. Små forandringer er vanlig for de fleste mennesker med diabetes, uten at det har betydning for synet. Noen kan derimot få en mer aggressiv form som kan føre til nedsatt syn eller blindhet (Vaaler, 2002). Dette er i følge Sagen (2011) den vanligste årsaken til blindhet blant personer under 65 år. I følge Vaaler kan man reversere utviklingen ved begynnende tegn, ved blodsukkerkontroll. Det er viktig med jevnlig kontroll hos øyelege.

Nefropati er en diabetisk nyresykdom som kjennetegnes ved forandringer i nefroner og filtrasjonsbarrieren i nyrene. Tidlig tegn på skade er økende utskillelse av proteinet albumin i urinen. Ubehandlet kan tilstanden forverre seg til nyresvikt (Vaaler, 2002). Det er i følge Sagen (2011), 70-80 personer med diabetes som hvert år utvikler nyresvikt som følge av sin sykdom. Regelmessig kontroll er av stor betydning, og tilstanden kan reverseres ved blodsukkerkontroll og bruk av blodsukkensenkende medikamenter (Vaaler, 2002).

Nevropati er den vanligste senkomplikasjonen til diabetes og rammer mellom 20 og 50% av personene med diabetes (Sagen, 2011). Denne nervesykdommen gir nedsatt følelsessans, særlig i føtter, smertetilstander, endret muskeltonus og skader i det autonome nervesystemet med blant annet ereksjonssvikt, diaré og vannlatingsbesvær (Vaaler, 2002). Nedsatt følesans og smerter kan oppstå hver for seg, eller det kan være en kombinasjon av grader av følelseløshet og brennende, sviende, prikkende smerter (Sagen, 2011). En fryktet komplikasjonen til nevropati er diabetisk fotsår. Dette kan oppstå som en kombinasjon av dårlig perifer sirkulasjon og nedsatt følesans i beina som fører til at man ikke merker om man har noe under foten som kan lage sår. I tillegg kan deformasjon av føtter gi feilbelastet trykk som kan føre til sår. Tilstandene knyttet til nevropati som er nevnt ovenfor er progressive, det vil si at de ikke kan stoppes eller reverseres når de har oppstått. Forebygging av tilstanden og dens komplikasjoner er derfor viktig (Sagen, 2011). Behandling av nevropati er blodsukkerkontroll og behandling av symptomer (Vaaler, 2002).

Makrovaskulære komplikasjoner innebærer forandringer i større blodkar som kan føre til hjerte- og karsykdommer. Dette er den største årsaken til sykkelighet og dødelighet, særlig blant personer med type 2-diabetes hvor makrovaskulære komplikasjoner er mest vanlig (Sagen, 2011). Arv, blodtrykk, dyslipidemi og røyking, samt alder, etnisitet og diabetesvarighet er risikofaktorer for makrovaskulære komplikasjoner, mens det er uvisst om

hvilken betydning blodsukkerkontroll har for utviklingen. Viktige tiltak er å behandle forhøyet blodtrykk, slutte å røyke, gå ned i vekt og behandling av dyslipidemi.

3.2.5 Behandlingsanbefalinger

Endring av kosthold og mosjon er selve hjørnesteinene i behandling av diabetes hos brukere med type-2 diabetes, og opplæring og motivasjon er derfor vesentlig (Jacobsen et al. 2009).

Anbefalt kosthold for diabetikere er i følge Sjøen og Thoresen (2008) identisk med normalt anbefalt kosthold. Det vil si rikelig med fiber og grønnsaker, og redusert mengde mettet fett og sukker. Helsedirektoratet og Diabetesforbundet (2010) har i samarbeid utviklet Nasjonale retningslinjer for diabetes hvor de kommer med anbefalinger om kosthold for personer med diabetes. I følge retningslinjene bør man velge mat som gir en langsom økning av blodsukkeret og som er hjertevennlig. Det førstnevnte kan oppnås ved å velge langsomme og fiberrike karbohydrater fra frukt, grønnsaker, belgvekster og fullkornsprodukter, framfor lettfordøyelige og raske karbohydrater som ris, pasta, hvite bakervarer og søte mat- og drikkevarer. Man må være oppmerksom på at noen frukttyper, gir større blodsukkerstigning enn andre. Sjøen og Thoresen (2008) anbefaler å fordele frukt utover de forskjellige måltidene. Videre sier retningslinjene at sukkerholdig drikke, og næringsfattige matvarer med mye fett og sukker er ugunstig fordi det gir rask blodsukkerstigning og metter dårlig. Bruk av søtningsstoffer som ikke gir blodsukkerstigning er greit i moderate mengder. Ulike typer fett kan framkalle eller beskytte mot hjerte- og karsykdommer. Enumettet (nøtter og planteoljer) og flerumettet fett (fiskefett) bør velges framfor mettet fett (fete kjøttvarer og meieriprodukter). For å opprettholde et jevnt blodsukker gjennom hele dagen bør man spise regelmessig. Alkoholmengden bør begrenses, da det ofte er mye sukker og karbohydrater i enkelte av drikkevarene.

Fysisk aktivitet er en positiv faktor i diabetesbehandlingen, blant annet fordi blodsukkernivået senkes ved at glukose forbrukes under aktiviteten, og kroppen får et mindre insulinbehov og bedre insulinfølsomhet. I tillegg bedres lipidnivået i blodet samtidig som forhøyet blodtrykk kan senkes, noe som har positiv innvirkning på hjerte og kar (Mosand og Førstund, 2001). Kombinasjon av riktig kosthold og mosjon kan bidra til vektreduksjon, som kan ha gunstig effekt på blodsukkeret hvis brukeren er overvektig (Jacobsen, et al. 2009). En del brukere kan faktisk oppnå normalt blodsukker ved vektreduksjon og fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet og Diabetesforbundet (2010) anbefaler 30 min rask gange eller tilsvarende daglig.

Røyking er spesielt ugunstig for brukere med diabetes. Dette er fordi den allerede økte risikoen for hjerte –og karsykdommer øker ytterligere, i tillegg til at røyking reduserer effekten av insulinet (Helsedirektoratet og Diabetesforbundet, 2010).

3.3 Endring av livsstil som sykdomsforebygging

I følge Mæland (2010) har våre handlinger og levevaner stor innflytelse på helsen, og gode levevaner er forbundet med et langt liv med færre plager, bedre livskvalitet og bedre funksjonsevne på mange områder. Av denne grunn er det mange som ønsker og lykkes i å endre sin livsstil og leve sunt. Andre forsøker å leve sunt, men klarer det ikke, og andre igjen bryr seg ikke.

3.3.1 Modellen om helseoppfatninger

I følge denne modellen vil beslutninger om å foreta en forebyggende handling, bygges på et mentalt regnskap hvor følgende forhold avveies mot hverandre (Mæland, 2010):

- alvorlighetsgrad av tilstand man vil unngå
- sannsynlighet for å bli rammet
- antatt risikoreduksjon handling medfører
- omkostninger knyttet til handlingen

De to første punktene er avgjørende for personlig opplevelse av trussel, mens avveiingen av de to siste punktene er avgjørende for vurdering av nettoresultatet av handlingen. Det vil si at hvis en person opplever en sykdom som svært truende, og han vurderer sykdomsforebyggende tiltak som positiv, er det sannsynlig at han vurderer å gjennomføre tiltaket. Beslutninger om å gjøre atferdsendringer kan også igangsettes av en ytre hendelse, for eksempel at man får påvist en medisinsk risikofaktor (Mæland, 2010). I følge Kristoffersen (2011) benyttes modellen ofte for å motivere mennesker som har en sykdomsrisiko eller diagnostisert sykdom, til å legge om livsstilen. Hun legger også vekt på at det er en persons subjektive opplevelse og oppfatning av de fire komponentene som avgjør

om personen vil velge å foreta atferdsendringer. Kristoffersen tar også med komponenten som går på personens egen tillit til at han vil klare å gjennomføre en endring.

3.3.2 Mestringsforventning

Mestringsforventning benyttes som et viktig begrep innenfor ulike modeller og teorier om atferdsendring. Mestringsforventning er basert på erfaringer med å mestre, og utgjør en forventning om at en vil lykkes med å mestre også i framtiden (Kristoffersen, 2011). Det innebærer også en persons evne til å sette seg konkrete handlingsmål, og at han har positive forventninger om å nå målene eller mestre situasjoner. Hvis en person mangler tro på at han vil klare å nå sine mål, vil han kanskje ikke en gang forsøke.

3.3.3 Endringshjulet

Det skal mye til for å endre et godt etablert atferdsmønster (Mæland, 2010). De amerikanske forskerne Prochaska og DiClemente (i Mæland, 2010) har beskrevet en endringsprosess med fem stadier. Modellen beskriver de ulike kognitive prosessene bak en selvbestemt atferdsendring.

1. *Før-overveielse (ignorering)*. Personen opplever ikke sin atferd som noe problem, har ingen motivasjon for endring og er ikke interessert i opplysninger. Utløsende momenter som sykdom eller symptomer på sykdom hos seg selv eller bekjente, kan påvirke personen til å vurdere handling.
2. *Overveielse*. Personen skjønner at hans atferd er et problem, og han vurderer for og mot om han skal foreta endringer. Han er nå mer åpen for påvirkninger. Påvirkningsfaktorene knytter seg til resultatforventninger, normativ påvirkning og mestringsforventning.
3. *Forberedelse*. Når beslutningen om endring er tatt, starter planleggingen av gjennomførelsen. Personen lager en plan som dreier seg om hvordan endringene vil skje, om de vil skje plutselig eller gradvis, hvor mye innsats som må legges ned, hvor mye støtte som trengs, osv. Om personen opplever at atferden er selvbestemt, legger han vekt på å forsterke egen motivasjon og forpliktelser. Mener han endringen avhenger av ytre faktorer, er det dette som blir lagt vekt på i planleggingen.
4. *Handling*. Her iverksetter personen de tiltak som er nødvendige for å komme fram til en endring. Fokuset ligger på den aktuelle nye atferden og å kontrollere at det faktisk

skjer en endring, for eksempel ved vektkontroll. Det kan være vesentlig at personen har en plan for å takle vanskeligheter som kan oppstå underveis.

5. *Vedlikehold*. Etter hvert vil den nye atferden gå over til å bli en rutine, og handlingene blir automatiske. Fokuset nå er å hindre tilbakefall (Mæland, 2010).

4.0 ARNE

Arne er en 75 år gammel enkemann som bor alene i en førsteetasjes leilighet i en liten by. Han er noe overvektig, røyker og har hypertensjon.

I sine yngre dager har han hatt et fysisk krevende arbeid, men måtte gi seg da han var 50 år på grunn av fysiske begrensninger. Fra sin yrkesaktive tid har han vært vant til å spise godt. Mye fisk og kjøtt med potet og smør, og han har alltid vært glad i søtt. Etter at han sluttet i den fysisk krevende jobben har matvanene forblitt uendret. Forskjellen nå er at kona ikke lenger er der og kan lage ham faste, næringsrike måltider slik som hun alltid hadde gjort. Nå går det mest i brødmatt og halvfabrikater. Noen dager velger han å bytte bort ett av dagens måltider med en skål med dessert eller søte bakervarer. Tidligere var han glad i å være ute i naturen, men det har det blitt lite av de siste årene.

På en tilfeldig legesjekk for ett år siden fikk han påvist type 2-diabetes. Det er uvisst hvor lenge han hadde gått med sykdommen, men man kan anta at den ikke var nylig oppstått. Han fikk all den informasjon han trengte om sykdommen og dens komplikasjoner, anbefalinger om kosthold og livsstil og opplæring i blodsuktermåling. Arne oppfattet informasjonen som ble gitt, men han følte seg jo ikke syk. Disse komplikasjonene som legen snakket om, var vel bare en viss risiko for kunne skje. Han hadde det utmerket godt slik som han hadde det nå.

Arne er ellers fysisk og kognitivt oppegående, men har begynt å se dårlig den siste tiden, dessuten er ikke beina som de en gang var. Han kjenner innimellom en slags prikking i dem. Han har i et par år hatt vedtak om husvask 2 ganger i måneden. Nå har han nettopp fått innvilget hjemmesykepleie for å få hjelp med medisinene og samtidig få kartlagt behovet for sykepleie i forhold til sin diabetes.

5.0 DRØFTING

I denne delen skal jeg drøfte Arnes behov for sykepleie ut i fra Dorothea Orem's teori om egenomsorg og egenomsorgssvikt. Deretter skal jeg ved hjelp av helseoppfatningsmodellen og endringshjulet, drøfte hvordan sykepleier kan motivere og støtte Arne til å foreta de livsstilsendringene som er nødvendige for å unngå eller bremse forekomsten av senkomplikasjoner og dermed oppnå god egenomsorg. Her vil jeg også dra inn relevante forskningsartikler. Tredje del omhandler mer konkrete tiltak i forhold til undervisning og anbefalinger. I den siste drøftingsdelen tar jeg for meg noen etiske problemstillinger.

5.1 Egenomsorg og egenomsorgssvikt

I følge Dorothea Orem (i Kirkevold, 2001) er det sykepleiers oppgave å identifisere former for omsorgssvikt hos pasientene. Oppgaven blir deretter å delvis bidra til å øke pasientens egenomsorgsevne og delvis å overta egenomsorgsaktiviteter hvor pasienten eller pårørende ikke kan gjøre det. For Arnes tilfelle kan man anta at han har gode forutsetninger for å få økt sin egenomsorgsevne. Det er et vesentlig mål at brukeren selv skal utføre aktiviteter som oppfyller egenomsorgskravene og dermed fremmer helse og velvære. Sykepleier må kunne beregne Arnes totale terapeutiske egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet, og kartlegge om det finnes en egenomsorgssvikt. Det må også kartlegges i hvor stor grad egenomsorgssvikten er, og hvilke sykepleiesystemer som er egnet (Kirkevold, 2001).

Nå som Arne har fått bekreftet en sykdom, har han fått et egenomsorgskrav knyttet til helseavvik som går ut på «å lære å leve med virkningene av patologiske tilstander og effektene av diagnostiske og behandlingsmessige tiltak innenfor en livsstil som fremmer videre personlig utvikling» (Cavanagh, 1999, s 24). Ut i fra Orem's teori om egenomsorg må man blant annet følge følgende punkt ivaretas for at man skal kunne si at Arne utøver god egenomsorg: «forebygging eller kontroll av sykdomsprosesser og skader» (Cavanagh, 1999, s 17). Ut i fra retningslinjene om anbefalt livsstil for mennesker med diabetes og ved å se på de opplysningene om Arnes kosthold og aktivitetsnivå, kan man anta at han ikke oppfyller overnevnte punkt. Han har dessuten begynnende tegn på senkomplikasjoner, som retinopati ved nedsatt syn og nevropati ved at det prikker i beina.

Ved egenomsorgssvikt framstår det visse begrensninger i egenomsorgskapasiteten. Dette kan være begrenset kunnskap, begrensning i å bedømme og ta avgjørelser, og begrensning i evnen til å utføre resultatproduserende handlinger. Arne har ikke nevneverdig nedsatt fysisk funksjon og heller ikke noen form for kognitiv svikt. Det er nærliggende å tro at det er kunnskapsnivået som er begrenset. For å oppfylle de nye egenomsorgskravene må Arne iverksette tiltak. Daglig selvregulering av sin type 2-diabetes med mål om å unngå komplikasjoner, er nødvendig for at Arne skal kunne oppnå god egenomsorg. Dette er imidlertid krevende hvis han mangler kunnskap og motivasjon til å utføre selvregulerende tiltak. Målet er at Arne skal kunne klare å ivareta sin egenomsorg, noe som betyr at egenomsorgskapasiteten må økes. Det er flere områder som kan bidra til dette. Økt kunnskap, motivasjon og mentale og praktiske ferdigheter er områder Arne kan utvikle. I første omgang trenger han instruksjon fra helsepersonell, men etter hvert er målet at han selv skal kunne utøve egenomsorg for å utvikle sin egenomsorgskapasitet.

I følge Orem (i Canavagh, 1999) må personer som ikke klarer å ivareta sine egenomsorgsbehov ved helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, søke råd og assistanse fra andre som er kompetente. I dette tilfellet kommer hjemmesykepleieren inn i bildet. Når målet med sykepleien er at Arne skal lære å utføre tiltak som oppfyller hans terapeutiske egenomsorgskrav, må sykepleier benytte seg av det støttende eller undervisende sykepleiesystemet. Relevante hjelpemetoder er da å rettlede, støtte, undervise og å sørge for et utviklende miljø (Kirkevold, 2001). Som nevnt er økt motivasjon og kunnskap viktige stikkord for hvordan Arnes egenomsorgskapasitet kan økes. Sykepleieren er den personen som skal formidle denne kunnskapen og motivere ham til å leve på en måte som ikke fører til større sykkelighet. Dette setter krav til sykepleierens sykepleiekapasitet, som innebærer kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper som er nødvendige for å kunne yte god sykepleie (Kirkevold, 2001). I neste drøftingsdel skal jeg gå inn på hva sykepleier kan gjøre i møte med brukere som er avhengige av å endre sin livsstil for å oppnå god egenomsorg.

5.2 Sykepleierens funksjon ved livsstilsendring

Å skulle foreta store livsstilsendringer er for de fleste svært utfordrende, uansett hvilken endringsfase de befinner seg i. Det skal være en fordel å kombinere helseoppfatningsmodellen med modellen for faser i atferdsendring når man arbeider med brukere (Kristoffersen, 2011).

Sykepleier må kunne identifisere hvor i endringsprosessen brukeren befinner seg i, og veilede og undervise ut i fra de utfordringene som er tilstede, slik at han kommer seg videre til neste fase (Kristoffersen, 2011). Arne befinner seg sannsynligvis i føroverveiellesfasen når han møter sykepleier for første gang. En viktig oppgave for sykepleieren blir derfor først og fremst å danne en relasjon til Arne, som bygger på åpenhet og tillit. Sykepleier kan også oppmuntre ham til å tenke over og lage en liste over fordeler livsstilsendringen fører med seg. Kristoffersen (2011) påpeker at brukere i føroverveiellesfasen er langt mindre innstilte på å foreta endringer enn i senere stadier, og sykepleier må derfor bruke mye mer tid på å formidle informasjon og kunnskap i denne fasen. Eide og Eide (2007) påpeker at det er en hårfin balanse mellom å informere og oppmuntre, og det å moralisere. Det har ingen hensikt å forsøke å overbevise Arne om at han har et problem hvis han ikke ser det selv. Dette er noe han selv må komme fram til. Jeg har i føroverveiellesfasen brukt helseoppfatningsmodellen for å vise hvordan Arne kan gå fra ikke å vurdere endring, til å begynne å overveie det.

Ut i fra modellen om helseoppfatning, er det visse forhold som spiller inn for at Arne skal kunne føle at han selv ønsker en livsstilsendring. For det første må han selv oppleve at trusselen om senkomplikasjoner er både alvorlig nok og at han selv ligger i faresonen for å bli rammet til at dette er verdt å gjøre noe med. På dette stadiet ser kanskje ikke Arne på risikoen for å utvikle senkomplikasjoner som en stor nok trussel til at det er verdt å gjøre endringer. Kanskje har han ikke gode nok kunnskaper om verken alvoret i sykdommen og hva som skal til for å redusere farene, og han ser kanskje ikke at han selv er i faresonen.

I en studie i England (Carroll, Naylor, Marsden og Dornan, 2003) ble det konkludert med at flere av testpersonene med type 2-diabetes ikke var klar over hvordan deres diabetes hadde sammenheng med risikoen for å utvikle kardiovaskulære sykdommer. De fleste var klar over hvilke utløsende faktorer som var og mulige virkninger dette, og at de selv var i risikozonen. De la i midlertid risikofaktorene til uforanderlige faktorer som stress og arvelighet i stedet for kolesterol og røyking. Få av testpersonene så sammenhengen mellom det å være diabetiker og kardiovaskulær risiko. Konklusjonen fra studien er at pasienter ofte har en annen helseoppfatning og syn på risiko enn hva profesjonelle helsearbeidere har, og man bør derfor kartlegge hvert enkeltes individs syn på helse.

Sykepleier som skal hjelpe Arne bør altså undersøke hans sykdoms- og risikooppfatning, og finne ut hvordan han ser på sin nåværende sykdom og konsekvensene den kan ha. I følge

Kristoffersen (2011) kan undervisning og veiledning benyttes for å øke pasienters kunnskap, innsikt og forståelse. Arne har blant annet begynt å merke symptomer som kan være begynnende tegn på senkomplikasjoner. I likhet med personene i studien, kan det hende han ikke er klar over at det er hans dårlig regulerte diabetes som er årsaken til de plagsomme symptomene. Det kan i så fall være en vekker for ham, og kan kanskje være en faktor som kan være med på å gi motivasjon til å ville foreta endringer.

Foruten en reell opplevelse av trussel, må Arne ha en subjektiv oppfatning om at tiltakene som anbefales vil redusere risikoen for komplikasjoner, og at barrierene for å gjennomføre tiltakene er overkommelige. Det vesentlige med modellen er at det er personens subjektive opplevelse av sin situasjon som er avgjørende for om tiltak blir iverksatt, og denne opplevelsen må sykepleier kartlegge (Kristoffersen, 2011). For å gjøre dette foreslår hun at helsearbeidere kan stille spørsmål som innebærer komponentene i helseoppfatningsmodellen. For eksempel kan sykepleier spørre Arne: Hvilken helserisiko innebærer dine nåværende levevaner? Hva tror du vil skje hvis du ikke gjør endringer? Hvilke fordeler oppnår du ved å gjøre endringer? Hva hindrer deg i å foreta endringer? Spørsmålene kan være en tankevekker for Arne, og svarene kan være med på å avdekke hvilke barrierer han føler han står ovenfor. På den andre siden kan det hende at Arne allerede er klar over at hans nåværende livsstil er ugunstig og at han står i fare for å utvikle komplikasjoner. Problemet kan være at han har lave mestringsforventninger til å utføre anbefalte tiltak. I følge Kristoffersen (2011) er personens egen tillitt til å klare å foreta endringer, en viktig del av helseoppfatningsmodellen. Studier viser også at god mestringsforventning har mye å si for utfallet av de målene og tiltakene som blir satt.

En studie gjort i Israel (Mishali, Omer og Heymann, 2010) underbygger dette. Mestringsforventningene på fire forskjellige punkter; egenmåling av blodsukker, trening, kosthold og orale medikamenter, ble målt på 119 pasienter med diabetes ved hjelp av spørreskjema. Spørreskjemaene vurderte i hvilken grad pasientene følte seg kompetente til å følge behandlingsanbefalingene i en rekke forskjellige situasjoner, for eksempel å trene når de var nedstemt. De svarte også på et spørreskjema som omhandlet motstand mot behandling. Det viste seg at informantene som fulgte opp behandlingen på et bestemt område, hadde mestringsforventning på dette området. Det viste seg også at jo høyere motstand informantene hadde mot behandling, desto lavere selvsikkerhet hadde de om mulighetene til å overholde de anbefalte behandlingene. Dette gjaldt imidlertid ikke om overholdelsen av medisininntak.

Forskerne konkluderte med at mestringsforventning har innvirkning på om behandlingen utføres. De mener at vurdering av mestringsforventning kanskje bør være første steg i utviklingen av individuell tilpasset behandling. Vurderingen bør i tillegg skje for hver enkel behandlingsanbefaling, og ikke bare generelt. På denne måten kan helsearbeidere identifisere hvordan pasientens mestringsforventning er på de forskjellige områdene, og dermed å vurdere behovet for støtte hver enkel pasient trenger for å komme i gang med og vedlikeholde sin atferdsendring. Studien anbefaler at helsearbeidere i de tidligste fasene i endringsprosessen hjelper pasienten med å finne positive årsaker til å endre atferd. Deretter må man i de videre stadiene forbedre pasientens tro på sine muligheter til å klare å gjøre en endring ved å styrke mestringsforventningene.

Sykepleier må altså kartlegge Arnes mestringsforventninger i å klare å endre atferd og deretter forsøke å fremme positive forventninger om å lykkes, ved å motivere og støtte ham i troen på at han vil klare det. Kristoffersen (2011) anbefaler å gjøre bruk av veiledningsmetodikk i tilfeller hvor brukeren har en negativ mestringsforventning. Sykepleier bør også hjelpe Arne til å finne positive årsaker til å foreta atferdsendringer. Antakelig bør man finne flere positive konsekvenser med atferdsendringen enn det som går direkte på sykdommen og forebyggingen. Det kan for eksempel være andre verdier i livet som kan motivere til å endre livsstil.

I en norsk pilotstudie (Ofteidal, Karlsen og Bru, 2010) utført med fokusgrupper, kom det fram at enkelte livsverdier hos deltakerne med type 2-diabetes kom i konflikt med deres selvregulerende atferd, og dermed virket inn på motivasjonen for selvregulering. De seks temaene som ble nevnt var å opprettholde helse og et langt liv, følelse av kroppslig velvære, bevare et positivt kroppsbilde, selvbestemmelse, opprettholde muligheten til å arbeide, og tilhørighet. Noen av punktene gav ekstra motivasjon til å gjøre en innsats for å forebygge komplikasjoner, for eksempel ønsket om å leve et langt og sunt liv, og å kunne se sine barn og barnebarn vokse opp. Verdien om kroppslig velvære motiverte enkelte av deltakerne til å redusere vekten, trene og å spise sunt, men for flertallet førte fysisk aktivitet til ubehag, og ble dermed brukt som unnskyldning til ikke å være fysisk aktiv. Verdien i å opprettholde et positivt kroppsbilde skulle man tro ville gi motivasjon til å være fysisk aktiv og gå ned i vekt. I stedet kom det fram at deltakerne unngikk å trene på treningsstudio fordi kroppsbildet ble ytterligere sårbart av å trene med slanke mennesker. Verdien om tilhørighet ble beskrevet som vanskelig, fordi man for eksempel i selskap føler seg annerledes fordi man ikke kan spise et

kakestykke. Andre deltakere beskrev tilhørighet som positivt hvis man var flere i samme båt og kunne støtte og motivere hverandre til å leve sunt. Forskerne mener at studien kan hjelpe helsearbeidere til å forstå hvordan livsverdier kan påvirke motivasjonen for selvregulering, og at verdiene bør tas i betraktning når det gis råd om selvregulerende atferd. Helsearbeidere bør også hjelpe pasientene til å finne sunn mat som de kan like, og å finne former for aktivitet som ikke truer kroppsbildet.

Resultatene i denne studien kan benyttes i fasen hvor Arne og sykepleieren må kartlegge hva den nye atferdsendringen innebærer og hvilke verdier i Arnes liv denne atferden kan komme i konflikt med. Studien pekte på seks tema som gikk igjen, men for å skreddersy et opplegg for Arne, er det viktig at hans personlige livsverdier tas i betraktning. Det bør fokuseres på å framheve de verdiene som støtter opp om å leve etter anbefalingene, men også tas tak i de verdiene som kolliderer med ønsket om leve sunt, og prøve å finne alternative løsninger som Arne føler han kan leve med.

Neste fase i endringshjulet er overveielsesfasen. Her er det i følge Kristoffersen (2011) viktig å gi bekreftelse ved å støtte og oppmuntre om at han har tatt et viktig skritt i å vurdere å legge om livsstilen. Sykepleier kan også gi tips om hvordan en ny livsstil kan integreres i hans hverdag. I forberedelsesfasen trenger Arne oppmuntring, støtte og motivering. I denne fasen kan det være viktig å gjøre avtale med pasienten ved å konkretisere dato, angi hva endringen skal gå ut på og å sette mål. I handlingsfasen skal det begynne å skje ting. Igjen er det støtte og oppmuntring sykepleier må bidra med for at Arne skal fortsette med anstrengelsene. Gode resultater av endringene kan gi økt motivasjon for å fortsette. Det er allikevel viktig at sykepleier snakker med Arne om mulige tilbakefall og at de sammen lager en beredskapsplan for det. Hvis Arne tidligere har mislyktes i livsstilsendringer, kan det være lurt å snakke om hva som gikk galt den gang, og hvordan han kan unngå det denne gangen. Vedlikeholdsfasen kan være en utfordrende fase hvor de nye livsstilsendringene skal slå rot og vare. Her sier Kristoffersen (2011) at det kan være positivt for Arne å påta seg rollen som veileder og å dele erfaringer med andre som forsøker å endre livsstil. Eventuelt kan han dele sine erfaringer med sykepleieren.

5.3 Sykepleiers pedagogiske funksjon

Det som går igjen i litteratur som omhandler sykepleiers rolle i å hjelpe brukere til å oppnå god egenomsorg, er undervisning og veiledning med fokus på økt kunnskap og mestring. Tveiten (2009) støtter opp om at veiledning og undervisning relevant for å ivareta egenomsorg, i tillegg til blant annet å styrke mestringskompetanse, fremme medvirkning, forebygge sykdom, og å mestre konsekvenser og behandling av sykdom. Undervisningen kan legges opp på mange måter, og det er viktig at den er tilpasset individet den er rettet mot. For at undervisningen skal bli individuell må man i følge Tveiten vurdere brukeren og hans situasjon. Tid og sted for undervisningen bør være avtalt på forhånd slik at Arne har mulighet til å være så godt forberedt som han kan, og det bør skje når han er motivert og mottakelig for det.

Selv om Arne fikk informasjon hos fastlegen da han ble diagnostisert med type 2-diabetes for ett år siden, kan det virke som at han har behov for å få frisket opp kunnskapen. Han vet nok en del om sin sykdom, men har kanskje ikke innsikt i hva det vil si for ham. Eide og Eide (2007) foreslår en rådgivningssamtale som en nyttig intervensjon for å hjelpe pasienten til å reflektere over sin situasjon og foreta nødvendige endringer. Her bør sykepleier opptre lyttende og utforskende, og overlate pasienten til å fortelle (Eide og Eide, 2007). Sykepleier kan for eksempel starte med å be ham om å fortelle det han vet om sykdommen og hvilken innvirkning det har for hans liv. På denne måten kan sykepleier få vite noe om Arnes kunnskap, forståelse, opplevelse og holdninger (Tveiten, 2009). Det blir da lettere å vite hva man skal fokusere på videre. Når Arne har gjort rede for det han vet om sykdommen, kan sykepleier bekrefte det han sier og supplere der kunnskapen har mangler. Videre undervisningen kan bestå av både teori om sykdommen, og praktisk opplæring i for eksempel å måle blodsukkeret. Sykepleier og Arne må samarbeide om å sette realistiske mål (Tveiten, 2009). I følge Blix og Breivik (2006) kan delmål være motiverende når det gjelder fysisk aktivitet. Arne kan også få i oppgave å måle og skrive ned fastende blodsukker hver dag i en uke, fortelle sykepleieren hva disse tallene sier ham, og hva han tror verdiene har sammenheng med. Mosand og Førsum (2001) påpeker at målet med en samtale om blodsukkerresultat ikke skal være å gi dårlig samvittighet over uønskete verdier, men å øke kunnskaper og ferdigheter hos brukeren og hjelpe ham å se sammenhenger.

5.3.1 Konkrete livsstilsråd

Arne har levd et langt liv og har dermed godt inngrrodde vaner og uvaner både hva kosthold og mosjon gjelder. Når det gjelder kostholdet har han fra ung alder vært vant til å spise godt og å unne seg noe søtt hver dag. Det er nok urealistisk å tro at Arne skal legge om på vanene sine over natten. I stedet for å ta fra Arne alt han er vant til, kan det være en idé å inngå kompromiss ved å bytte ut en matvare om gangen og erstatte det med produkter som kan være overkommelig både for Arne og i henhold til anbefalingene. Det vil kanskje være en vekker for Arne hvis han får i oppgave å måle blodsukkeret etter hvert måltid med det kostholdet han har nå. Deretter kan sykepleier utfordre ham i å forsøke et mer anbefalt kosthold og se hva det gjør med blodsukkeret. Kanskje må sykepleier formidle informasjon om hvilke alternativer som finns. Her kan anbefalingene i Nasjonale Kliniske Retningslinjer for Diabetes (Helsedirektoratet og Diabetesforbundet, 2010) eller andre opplysningshefter være hjelpemidler Arne kan få med seg og lese. I følge retningslinjene bør alle med diabetes få profesjonell og kvalitetssikret kostveiledning. Sykepleier bør ha kunnskaper om hvordan kosten virker inn på blodsukkeret (Mosand og Førsum, 2001), men ernæringsfysiolog bør kanskje komme på banen hvis sykepleier er usikker. Arne har ikke vært vant til å være den som står for innkjøpene av matvarene, og vet kanskje ikke hva som finns der ute av gode sunne alternativer. Sannsynligvis har han bare kjøpt inn det de alltid har brukt å ha i huset, uten å tenke på om det er bra for ham eller ikke. For å bedre hans mestring på dette området, kan en del av undervisningen legges til handleturen.

I litteratur som omhandler anbefalt behandling ved diabetes, vektlegges utførelse av fysisk aktivitet som en stor helsegevinst. Dette kan være vanskelig for mange, men kanskje ekstra vanskelig for eldre mennesker som kan ha fysiske hemninger. Haugstvedt (2011) understreker viktigheten med individualisering i arbeid med brukere over 65 år. Dette fordi de individuelle fysiske forutsetningene kan være veldig forskjellige. Man må derfor ta hensyn til funksjonsnivå og smerter. Wyller (2006) underbygger viktigheten med fysisk aktivitet, selv i høy alder. Han anbefaler å motivere brukere til mest mulig fysisk aktivitet. Med aktivitet mener han ikke hardtrening. Om brukeren har tungt for å komme seg ut å eller utføre enkelte aktiviteter, kan de gå innendørs, trene i trapper eller på ergometersykkel. Som nevnt i tidligere drøftingskapittel må Arne og sykepleier kartlegge hva som er barrierene for å utføre fysisk aktivitet, og finne alternative former for aktivitet som Arne føler han kan mestre. Kreativitet fra sykepleiers side, er en viktig egenskap Blix og Breivik (2006) nevner, i likhet med evnen til å se muligheter i stedet for begrensninger. Arne har tidligere vært glad i å være ute i

naturen. Tur/mosjonistgrupper for pensjonister i nærmiljøet kan foreslås som en sosial aktivitet. For noen kan det være motiverende å møte andre i liknende situasjon (Blix og Breivik, 2006). Det som går igjen i litteratur, er som nevnt tidligere viktighet med at sykepleier motiverer og støtter brukeren og forklarer viktigheten med fysisk aktivitet. Blix og Breivik nevner at informasjon, undervisning og veiledning kan gi brukeren kunnskap som igjen kan bidra til å motivere ham til å delta aktivt og å gi større ansvarlighet i forhold til egen kropp.

5.4 Etiske og juridiske betraktninger

Teorien bak å forebygge komplikasjoner hos brukere med diabetes, er forholdsvis enkel. Vanskeligere er det når brukeren av ulike årsaker ikke ønsker å motta helsehjelpen, og velger å ta beslutninger som motstrider sykepleierens anbefalinger. Her havner sykepleieren i et vanskelig etisk dilemma. På den ene siden har sykepleieren et faglig ansvar å forebygge skade. I følge Yrkesetiske Retningslinjer For Sykepleiere (2011) har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. På den andre siden sier retningslinjene at sykepleier har ansvar for å overholde og respektere brukerens selvbestemmelsesrett. Disse etiske retningslinjene kan fort komme i konflikt med hverandre. Velger sykepleier å la være å gjøre noe, kan dette resultere i framtidig skade for brukeren. Tar sykepleier for mye over, frarøver hun brukerens selvbestemmelsesrett og integritet.

Arne er en godt voksen mann som er klar og orientert, og har etter § 4-3 i Pasientrettighetsloven (1999), samtykkekompetanse. I henhold til § 4-1 må pasienten gi samtykke til helsehjelpen for at den skal kunne utføres. Han skal ha mottatt nødvendig informasjon om sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer for at samtykket skal være gyldig, og samtykket kan trekkes tilbake. Nødvendig informasjon om konsekvenser skal da gis av helsepersonell. Arne har altså rett til å la være å samtykke til behandling. Det er vanskelig å komme med noe fasitsvar på hvordan sykepleier skal løse en situasjon hvor brukeren ikke er interessert i å ta del i et behandlingsopplegg. Man bør antakelig la brukeren få litt tid på seg til å la informasjonen synke inn. Endringsprosessen er en lang prosess, og det er ikke gitt at Arne stiller seg positiv til å foreta atferdsendringer med det første.

I henhold til Pasientrettighetsloven (1999) § 3.2 har Arne rett til nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Sykepleiere sitter inne med mye kunnskap om

livsstil og helse, og det er viktig at en er bevisst på hvordan en bruker og formidler denne kunnskapen (Slettebø, 2009). Tiltakene som må til for å endre livsstil er noe Arne må gjøre selv. Sykepleier kan umulig gjøre det for ham og har heller ingen mulighet til fysisk å tvinge Arne til å utføre de forebyggende tiltakene, men hun kan opplyse og motivere ham til å ønske det selv. Man skal allikevel være oppmerksom på forskjellen mellom å motivere og å manipulere. I kraft av utdanningen har alle sykepleiere en viss makt (Slettebø, 2009). Sykepleiere sitter med mye kunnskaper og ferdigheter, som i følge Slettebø er en del av den faglige makten sykepleiere har. Tidligere har jeg nevnt at sykepleier må undervise brukeren om sin sykdom, hvilke konsekvenser den nåværende livsstilen kan føre med seg, og hvilke positive fordeler en livsstilsendring kan ha. Når sykepleier formidler denne kunnskapen med hensikt om at brukeren skal ta et valg, kan man si at sykepleier bruker sin faglige makt til å påvirke. Sykepleier er pliktig til å gi adekvat og nøktern informasjon, og unngå å bruke sterkt verdiladede ord (Slettebø, 2009). Når sykepleier skal informere Arne, skal altså informasjonen som blir gitt, være adekvat og ikke framstå som noen skremselspropaganda hvor Arne presses til å gå med på tiltakene, ikke fordi han vil, men fordi han er redd og føler seg hjelpeløs og maktesløs. Dette er i så fall et eksempel på skeivfordeling av makt, hvor sykepleier misbruker sin faglige makt slik at Arne ikke får mulighet til å foreta egne og oppriktige valg.

6.0 AVSLUTNING

I løpet av den lange og omfattende prosessen med å skrive denne oppgaven har jeg lært mye. Blant annet om planleggingen og gjennomføringen i å skrive en så stor oppgave og om å søke etter, vurdere og benytte meg av kilder. Jeg føler ikke minst at jeg har økt min faglige kompetanse ved å søke etter og benytte kunnskap for å besvare min problemstilling. Flere ganger underveis har jeg måtte endre på problemstillingen fordi fokuset forandret seg etter hvert som jeg satte meg inn i temaet og fikk en annen forståelse og perspektiv.

Det jeg har kommet fram til etter å ha jobbet med denne oppgaven, er at de fleste mennesker som lever med type-2 diabetes er avhengige av å leve i tråd med de anbefalingene som finns om kosthold, fysisk aktivitet og avhold fra røyking. Dette for å ivareta sin egenomsorg og dermed bedre sjansene til å forebygge senkomplikasjoner. Når brukeren ikke er i stand til å oppfylle disse kravene på egen hånd, er sykepleier en viktig støttespiller for å motivere, støtte, undervise og fremme mestringsforventning med mål om å oppnå en atferdsendring til en livsstil som er forenelig med sykdommen. Dette kan være en utfordrende oppgave hvis brukeren ikke er innstilt på og ikke ønsker å endre sin atferd eller strever med motivasjonsproblemer. Sykepleier må da bruke sin faglige kompetanse og makt på en slik måte at brukeren opplever sykepleien som en positiv støtte og motivasjon, og ikke et negativt press og moralisering. Denne endringsprosessen er en prosess som ikke er gjort over natten, og det kreves tålmodighet både fra bruker og sykepleier.

Litteraturliste

Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk. * (20 s)

Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget

Brukerhåndbok i medisinsk biokjemi (02.12.2010). *Glukose, blod/serum/plasma*. Hentet 8. mars 2012 fra:
http://www.prosedyrer.no/index.php?var1=prosedyrer&var2=emne&emne_id=130&kapittel_id=000001 * (1 s)

Carroll, C., Naylor, E., Marsden, P. & Dornan, T. (2003) How do people with Type 2 diabetes perceive and respond to cardiovascular risk? *Diabetic Medicine*, 20(5), 355–360 * (6 s)

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget (34 s)

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fjørtoft, A. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe * (37 s)

Helsedirektoratet & Diabetesforbundet (2010). *Nasjonale kliniske retningslinjer Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: [s.n.] * (11 s)

- Jacobsen, D., Kjeldsen S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademiske.
* (16 s)
- Kristoffersen, N.J. (2011). Livsstil og endring av livsstil. I: Skaug, E.(Ed.) *Grunnleggende sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. * (48 s)
- Mishali, M., Omer, H. & Heymann, A. D. (2011). The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice*, 28(1), 82-87. doi: 10.1093/fampra/cm9086
* (6 s)
- Mosand, R.D. & Førsvund A.D. (2001) Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: Almås, H (red.) (2008) *Klinisk sykepleie*. Bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I: Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe. * (22 s)
- Norsk helseinformatikk. (2012, 16. april). *Type 2-diabetes*. Hentet 16. april fra <http://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-nering/diabetes-type-2/type-2-diabetes-oversikt-1153.html> * (1 s)
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: [s.n.] * (5 s)
- Oftedal, B., Karlsen, B. and Bru, E. (2010), Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548–2556.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x * (9 s)

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63.*

Hentet 17. april 2012 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes:*

Forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe. * (49)

Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk. * (48 s)

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. (Red.), *Diabetes: Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell.* [Oslo]: Akribe Forlag. * (17 s)

Wyller, T. B. (2006). Generelt om behandling av gamle. I: Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

* *Selvvalgt litteratur: 330 sider*