



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Emnekode: SY 180H 000

Motivasjon til livsstilsendring

"Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos brukere som står i fare for å utvikle diabetes type 2 grunnet overvekt og inaktivitet?"

Kandidatnummer: 120

Dato for innlevering: 26.10.2012



SAMMENDRAG

Faren for å utvikle diabetes type 2 stiger i takt med alderen, grad av innaktivitet, økt fedme og overvekt. I den siste tiden viser det seg at stadig yngre har utviklet sykdommen. Den tidlige debuten av diabetes type 2 vil kunne føre til at flere utvikler senkomplikasjoner. Forskning viser til at det nytter å endre livsstil for å stoppe denne utviklingen, men at utfordringene ligger i å utføre det i praksis for den enkelte bruker. Min problemstilling er: "Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos brukere som står i fare for å utvikle diabetes type 2 grunnet overvekt og inaktivitet?". For å finne svar har jeg intervjuet en sykepleier som jobber med denne problemstillingen. Hun kan fortelle meg om teknikker og metoder som blir tatt i bruk.

INNHOOLD

| | | |
|-----|---|----|
| 1.0 | INNLEDNING | 4 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema. | 4 |
| 1.2 | Presentasjon av problemstilling. | 4 |
| 1.3 | Avgrensning av oppgaven | 5 |
| 1.4 | Begrepsavklaring: Bruker/pasient | 5 |
| 1.5 | Oppgavens disposisjon. | 5 |
| 2.0 | METODE | 6 |
| 2.1 | Hva er metode? | 6 |
| 2.2 | Vitenskapelig forståelse | 6 |
| 2.3 | Intervju som metodevalg | 6 |
| 2.4 | Litteraturstudie som metodevalg | 7 |
| 2.5 | Søkehistorikk | 7 |
| 2.6 | Metode og kildekritikk | 8 |
| 2.7 | Forarbeid og gjennomføring av intervju | 8 |
| 2.8 | Etiske overveielser | 8 |
| 3.0 | SYKEPLEIETEORI | 10 |
| 3.1 | Dorothea Orems sykepleieteori, definisjon. | 10 |
| 3.2 | Om egenomsorg, definisjoner | 10 |
| 3.3 | Egenomsorgsbehov | 11 |
| 3.4 | Egenomsorgssvikt | 11 |
| 3.5 | Egenomsorgsprosessen | 11 |
| 3.6 | Sykepleieprosessen | 12 |
| 3.7 | Sykepleiesystem | 12 |
| 4.0 | MOTIVASJON | 13 |
| 4.1 | Motivasjon/mestring | 13 |
| 4.2 | Selvbestemmelsesteorien | 13 |
| 4.3 | Endringsprosessen | 14 |
| 5.0 | LIVSSTIL | 15 |
| 5.1 | Livsstilbegrepet, definisjon. | 15 |
| 5.2 | Endring av livsstil | 15 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.3 | Helseoppfatningsmodellen | 15 |
| 6.0 | MEDISINSK TEORI | 17 |
| 6.1 | Diabetes type 2 | 17 |
| 6.2 | Overvekt og inaktivitet | 18 |
| 7.0 | DIABETES TYPE 2 - MEDISINSK UTFORDRING I VÅRT MODERNE SAMFUNN. | 19 |
| 7.1 | Hva er det som kan være årsaken til diabetes type 2 oppstår oftere og i stadig yngre alder?.. | 19 |
| 7.2 | Hva er det som gjør at folk vet det kan være skadelig å leve slik, men gjør ikke noe aktivt for å skape en forandring? | 20 |
| 7.3 | Hvilke utfordringer kan sykepleier møte under veiledning til livsstilsendring? | 20 |
| 8.0 | FORDELER OG ULEMPER VED Å VÆRE SYKEPLEIER I MOTIVERINGSARBEID I KOMMUNALT HELSEFORETAK. | 23 |
| 8.1 | Sykepleiers rolle i forebyggende team. | 23 |
| 8.2 | På hvilken måte kan sykepleier bidra til å veilede en bruker til motivasjon, og opplevelsen av mestring?..... | 23 |
| 8.3 | Hvordan kan tydelige målsetninger være med på å hjelpe brukeren til å oppleve mestring? | 24 |
| 8.4 | På hvilken måte kan sykepleier med sin faglige kompetanse motivere og veilede en bruker til livsstilsendring? | 25 |
| 8.5 | På hvilken måte kan sykepleier trekke inn kunnskapsbasert praksis ved veiledning og motivering til livsstilsendring? | 28 |
| 8.6 | Hvordan kan sykepleier veilede en bruker til å legge et godt grunnlag, slik at han lykkes med å gå ned i vekt og opprettholde fysisk aktivitet i hverdagen? | 29 |
| 9.0 | OPPSUMMERING. | 32 |
| | LITTERATURLISTE | 34 |
| | Pensumlitteratur..... | 34 |
| | Selvvalgt litteratur | 35 |
| | VEDLEGG..... | 38 |
| | Tillatelse til innhenting av data..... | 38 |
| | Samtykke..... | 41 |
| | Intervju..... | 42 |

"Men fremfor alt, tab ikke lysten til at gå. Jeg går mig hver dag til det daglig velbefindende og går fra en hver sygdom. Jeg har gået mig til mine beste tanker, og jeg kjender ingen tanke så tung at man ikke kan gå sig fra den"

Søren Kirkegaard, 1847 (Martinsen, 2005, s. 23).

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som fremtidig sykepleier synes jeg det er svært viktig å ha forståelsen for gevinsten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Siste skriftlige eksamen er en bachelor av selvvalgt tema. Jeg ønsker med denne oppgaven å fordype meg i temaet motivasjon til livsstilsendring. Samfunnsmessig gir overvekt og diabetes type 2 helseplager /sykdommer som krever store ressurser av helsevesenet. Overvekt øker risiko for blant annet diabetes type 2 som igjen er med på å øke risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdommer, komplikasjoner fra nyre, øyne og perifere nerver (Borch-Jonsen, 2004, ss. 20,22). Risikoen for å utvikle sykdommen stiger i takt med alderen, lite aktivitet og økende grad fedme, spesielt rundt abdomen for menn, og hofta og lår for kvinner. Økende kroppsvekt kan ofte føre til nedgang i insulinfølsomheten og reduksjon av glukosetoleranse (Tonstad, 2004, ss. 55-56,59). I min praksis har jeg møtt pasienter som står i fare for å utvikle diabetes type 2, og som selv har ytret ønske om livsstilsendring, men som mangler motivasjon til å begynne. For å forebygge diabetes type 2 anbefaler Helsedirektoratet en kombinasjon av økt aktivitet, forandring av kostholdet og røykekutt (Berg T. J., 2011). Dette er det sentrale og høres jo enkelt og greit ut, men jeg tror livsstilsendring kan være en svært utfordrende og komplisert prosess.

Livsstilsendring vil kunne ta tid, jeg tror det vil være en livslang tanke og handlingsmåte for brukeren. Jeg ønsker med denne oppgaven å få frem noen av de metoder og teknikker jeg som sykepleier kan benytte meg av for å motivere bruker til å komme i gang, og at brukeren klarer å stå i det. Jeg vil se på viktigheten av opplevelse av mestring for en bruker som skal klare å gjennomføre livsstilsendringer. Jeg ønsker også å belyse hva jeg i mitt virke kan gjøre for å hjelpe brukeren til å få gnisten tilbake om motløsheten kommer. For finne mine svar vil jeg i tillegg til selvvalgt litteratur og pensumlitteratur dra ut i felten og gjøre et dybdeintervju av sykepleier, og drøfte funn opp mot litteratur og teorien om egenomsorg av Dorothea Orem.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut i fra dette er min problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier motivere til livsstilsendring hos brukere som står i fare for å utvikle diabetes type 2 grunnet overvekt og inaktivitet?"

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg ønsker å begrense oppgaven til å omhandle yrkesaktiv alder, der bruker har fått nedsatt glukosetoleranse grunnet overvekt og fedme. Å utvikle diabetes type 2 går som regel over mange år. Helsefremmende og forebyggende kunnskap tror jeg at jeg vil få bruk for både i sykehus og hjemmetjeneste. Jeg ser for meg jeg kan møte personer i risikogruppe de fleste steder en sykepleier kan ha sitt virke. I oppgaven ønsker jeg å få fram sykepleierens rolle i motivasjonsarbeid og den pedagogiske rolle når det gjelder undervisning og veiledning av bruker.

1.4 Begrepsavklaring: Bruker/pasient

Det er viktig å være bevisst hvilke begreper man titulerer den person sykepleieren skal yte hjelp til, fordi dette kan være med å farge vår forståelse for personen. *Pasient* betyr av latin "lide", og defineres i bokmålsboka fra 1986 som en syk person. Om man titulerer en person som pasient kan det gi assosiasjoner om en person som trenger mye hjelp, men benevnes en person som *bruker* ligger det straks en mer aktiv rolle i begrepet. Brukerbegrepet tydeliggjør, retter oppmerksomheten mot personens egne resurser, og legger fokuset på aktivitet og delaktighet (Fjørtoft, 2006, s. 11). Jeg velger benevnelsen *bruker* i min oppgave fordi jeg i min rolle som sykepleier vil hjelpe personen til å hjelpe seg selv.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i nummererte kapitler. I første kapittel har jeg innledningsvis forsøkt å redegjøre for hvorfor jeg har valgt dette temaet og problemstillingen med avgrensninger. I metodekapitlet gjør jeg rede for vitenskapelig forståelse, valg av metode, etiske overveielser, artikkelsøk, metode og kildekritikk. I teoridelen går jeg inn på sykepleieteori jeg har valgt, motivasjon, livsstil og medisinsk teori. I første drøftingsdel belyser jeg det generelle og komplekse rundt denne problemstillingen, og i andre del drøfter jeg opp mot intervjuet og relevant teori. Til slutt kommer en kort oppsummering.

Antall ord i oppgaven: 9443.

2.0 METODE

Det finnes ulike metoder man kan benytte seg av når man skal skrive bacheloroppgave.

Vilhelm Aubert sier:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap.

Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder

(1985: 196) (Dalland, 2007, s. 81).

2.1 Hva er metode?

Metode er et verktøy, det redskapet som jeg velger for å få innhente gode data som kan hjelpe meg å belyse spørsmål på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007, s. 81). Jeg kan velge å skrive i en kvantitativ eller kvalitativ metode. Ved å bruke kvantitativ metode får man kunnskap om størrelse og utbredelse, og den statistiske sammenhengen i forhold til flere enheter. Ved å bruke kvalitativ metode ønsker man å få en helhetsforståelse og dybdekunnskap. Man undersøker få enheter, og ønsker svar på forskningsspørsmål knyttet til meningsinnhold, eksempelvis av typen, "hva betyr...?" (Thornquist, 2003, s. 202).

2.2 Vitenskapelig forståelse

Positivismen og hermeneutikken beskrives som to hovedsyn innenfor kunnskap. Positivismen kjennetegnes av tiltroen til vitenskapelig fornuft, man er opptatt av at kunnskapen skal kunne observeres, måles og etterprøves. I den hermeneutiske tilnærmingen søker man å finne den skjulte meningen i et fenomen, og tolke dem. Hermeneutikken er humanistisk orientert, og søker å forstå grunnlaget for menneskelig tilværelse gjennom menneskets handlinger og ytringer (Dalland, 2007, ss. 48,54,80). "Vitenskapsteorien handler om spørsmål som hvordan og hva, kan jeg vite, hvordan kan jeg bestemme hva som er verdifullt, og hvordan skal jeg gå frem for å handle rett?" (Aadland, 2004, s. 49). Vi sykepleiere jobber for mennesker, dermed er det svært viktig å ha en forståelse for denne tilnærmingen (Dalland, 2007, s. 54).

2.3 Intervju som metodevalg

Jeg har valgt å bruke den kvalitative metoden, da jeg ut i fra valg av tema synes dette blir naturlig. Jeg tror fagkunnskap bare i noen grad vil kunne belyse min problemstilling. Det er brukers opplevelse av situasjonen som vil si meg noe om hvilke motivasjonsmetoder som

bidrar til positiv endring av livsstil. For å innhente denne kunnskapen har jeg gjennomført et dybdeintervju av en sykepleier. Jeg forsøker å få tak på hennes egne beskrivelser rundt temaet, og trekke det inn i oppgaven, jeg blir en "tolker". Ved intervju kan mange utfordringer oppstå. For å få et best mulig kvalitativt intervju er det viktig å skape god mellommenneskelig kontakt, der jeg er oppmerksom på sykepleier, jeg lytter aktivt og følger med på kroppsspråk. I tillegg må jeg være bevisst på at jeg tar med meg inn egne tanker og følelser når jeg intervjuer. Dette er det viktig å ta i betraktning når jeg senere skal tolke og bearbeide intervjuet. Selv om jeg bare har intervjuet en sykepleier ved et kommunalt helseforetak, opplever jeg at intervjuet har gitt meg en større forståelse til det jeg studerer. Jeg har en hermeneutisk tilnærming i denne oppgaven da jeg skal forsøke å forstå brukers komplekse utfordring ved en livsstilsendring, og tolke faglitteratur og intervju slik at jeg kan få forståelse og finne svar til min problemstilling. Hvert enkelt menneske har sin egen historie, dermed kan man ikke forklare mennesket ut i fra positivistisk syn, da mennesket er tenkende, handlende villende og skapende vesen (Dalland, 2007, ss. 55,82-83,95,141).

2.4 Litteraturstudie som metodevalg

Jeg har også innhentet kunnskap fra pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, både fagbøker, artikler og forskningsmateriale. I første omgang har jeg søkt i pensumlitteratur, der hvor jeg synes noen bøker har vært av eldre årgang har jeg søkt i nyere litteratur for så å sammenligne og eventuelt supplere. Dette har jeg gjort for jeg mener det er viktig som sykepleier å holde seg oppdatert for faglig ny kunnskap.

2.5 Søkehistorikk

Jeg har brukt pensumlitteratur, og funnet selvvalgt litteratur på universitetet, kommunen og sykehusets sitt bibliotek. Jeg har brukt søkemotoren BIBSYS på bibliotekene og søkt i databaser hos Helsebiblioteket, PubMed og SveMed+, i tillegg har jeg søkt i tidsskrift for Den norske legeforening og Sykepleien forskning. Jeg har søkt med ord som: *forebygge diabetes type to, livsstilsendring, fysisk aktivitet. Engelske ord er: Prevention diabetes 2, diabetes 2 lifestyle physical activity, diabetes 2 lifestyle physical activity, lifestyle, glucose tolerance.* Søkene er utført enkeltstående og sammen. Blant søkene fant jeg tre relevante artikler som jeg vil bruke i oppgaven:(Tuomilehto, et al., 2001), (Berg T. J., 2000.), og (Borge, Christiansen, & Fagermoen, 2012).

2.6 Metode og kildekritikk

Når jeg nå har skrevet denne oppgaven er jeg svært fornøyd med valgt av intervju som metode. Svakheten kan være at jeg bare har intervjuet en sykepleier ved et kommunalt helseforetak. Men jeg føler dette var svært nyttig og jeg fikk et veldig utdypende intervju med mange funn til å bruke i diskusjonen. Relevant teori fant jeg et mangfold av, jeg mener jeg har benyttet meg av det som best hjelper meg å besvare problemstillingen. Noen artikler, for eksempel en islandsk studie (Thorsson, Aspelund, Harris, Launer, & Gudnason, 2009), valgte jeg å forkaste da det ble for utfordrende å tolke den. Jeg har valgt å bruke lovdata ved § da nettstedet oppdateres jevnlig.

2.7 Forarbeid og gjennomføring av intervju

Da problemstillingen var klar, ønsket jeg å komme ut i felten for å studere dette nærmere. Jeg la frem problemstilling og intervjuguide for min veileder, og fikk det godkjent. Det var krevende å finne en god intervjukandidat fordi det er få enheter som jobber konkret med denne problemstillingen. Til slutt fikk jeg tildelt et intervjukandidat fra en leder i kommunehelsetjenesten. Sykepleier fikk før intervjuet presentert hensikten med intervjuet, samt spørsmålene oversendt per mail. Jeg ønsket på forhånd å dele ut spørsmålene slik at sykepleier hadde mulighet å forberede seg om ønskelig.

Jeg var spent og gledet meg til å få komme i gang. Intervjuet foregikk i en rolig og avslappet tone. Jeg skrev stikkord, diktafonen som på forhånd var avklart, lå midt på bordet, det virket ikke som hun var stresset av den. Sykepleier hadde på forhånd satt seg opp noen stikkord, jeg følte hun svarte veldig utfyllende.

Opptaket ble slettet umiddelbart etter transkribering.

2.8 Ethiske overveielser

Det stilles krav til personopplysninger når man innhenter data med intervju. Opplysninger om arbeidsted og beliggenhet benevnes generelt, personen blir titulert som sykepleier, eller hun (Dalland, 2007, s. 241). I følge personopplysningsloven § 1 er formålet med loven å beskytte den enkelte slik at personopplysninger ikke blir videreført direkte eller indirekte (Personopplysningsloven, 2012). Sykepleier jeg har dybdeintervjuet forteller fra sin praksis og sine opplevelser med å motivere brukere til livsstilsendring. I den forbindelse kan jeg få

kjennskap til sensitive opplysninger om brukerne (Dalland, 2007, s. 241). Da er det viktig å forholde seg til Helsepersonelloven § 21 som sier at helsepersonell i sitt virke skal forhindre at andre får tilgang eller informasjon angående pasienten (Helsepersonelloven, 2012). Jeg informerte om frivillig deltakelse, at hun og stedet ville bli anonymisert. Samtykkeskjema ble underskrevet av henne og meg, dette vil ligge som vedlegg til oppgaven.

3.0 SYKEPLEIETEORI

For å belyse min problemstilling ønsker jeg å se nærmere på hva Dorothea Orem sier. Hennes tre teorier omhandler egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer. Jeg vil hovedsak bruke kjente bøker innenfor faget, som er oversatt til norsk, og norske forfattere som har tolket henne.

3.1 Dorothea Orem's sykepleieteori, definisjon

Dorothea Orem er født i 1914, hun har opp igjennom årene hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, også Norge. Hun har arbeidet både innenfor sykepleietjenesten og sykepleierutdanningen ved mange universitetssykehus. Hun har helt fra 1959 arbeidet med å utvikle sin sykepleierteori. I 1971 kom boken *Nursing: Concepts of Practice* (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2005, s. 38).

Teorien hennes går ut på at de aller fleste har noen resurser for selv å kunne ivareta egenomsorg. Der dette ikke er mulig er det sykepleiers ansvar å hjelpe pasient eller de pårørende slik at pasienten kan gjenvinne sine evner best mulig (Kirkevold, 1998 , s. 137).

Orem mener sykepleierens ansvarsområde er å kunne se pasientens behov, identifisere egenomsorgssvikt og sette inn nødvendige tiltak for å øke pasientens egenomsorg. Der pasienten eller pårørende ikke har kapasitet til å møte pasientens egenomsorgsbehov, er det sykepleiers oppgave å gå inn for å etterkomme pasientens behov på best mulig måte. Hun mener sykepleierens viktigste mål er å opprettholde pasientens helse, fremme normal utvikling, og at pasienten så langt det er mulig selv skal utføre de tiltak som vil oppfylle hans egenomsorgskrav. Sykepleieren skal gjennom alle livssykluser lindre lidelser og stabilisere pasientens tilstand. Ut i fra pasientens egenomsorgskapasitet kan sykepleier observere om egenomsorgssvikt er tilstede, og ut i fra dette planlegge egne sykepleiesystemer (Kirkevold, 1998 , ss. 136-137). Mennesker som klarer å ivareta egenomsorg innehar i følge Orem egenomsorgskapasitet eller egenomsorgsevne (Cavanagh, 1999, s. 29).

3.2 Om egenomsorg, definisjoner

"Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being" (Orem, 1991, s. 104). Med det mener hun at

egenomsorg er å ha omsorg for seg selv, for å opprettholde liv og helse, og for å fremme velvære. Dette kan påvirkes av mange faktorer som aldring, modning og kultur. Egenomsorg er ikke en automatisk prosess, men krever at man har fornuftig innsikt i sin helsetilstand, og ut i fra dette tar formålstjenlige beslutninger om tiltak (Cavanagh, 1999, s. 17). Orem fremhever at en del av egenomsorgen er å ha gode vaner og handlingsmønstre som fremmer helse, og egenomsorgen anses som en forutsetning for å opprettholde, eller gjenvinne helse (Kristoffersen, Teoretiske perspektiver på sykepleie, 2005, ss. 40-41).

3.3 Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehov gjelder alle mennesker, uavhengig av alder, utviklingsnivå, den enkeltes helsetilstand eller omgivelser. De universelle egenomsorgsbehovene omfatter de fysiske, psykiske, åndelige og sosiale områdene ved livet, disse må sees i samspill med hverandre og ikke hver for seg. Egenomsorgsbehov er krav som hvert enkelt menneske aktivt må møte med sine tillærte evner. Det er denne balansen mellom krav og evner som er sentralt i Orem's modell. (Cavanagh, 1999, ss. 19-21).

3.4 Egenomsorgssvikt

Orem bruker en vektskål for å vise forholdet mellom helserelevante egenomsorgskrav og den enkeltes egenomsorgsevne. Når kravene blir større enn evnen til å gjennomføre egenomsorg oppstår det en egenomsorgssvikt, og den enkelte vil kunne trenge hjelp av for eksempel en sykepleier. Mangel på kunnskap eller traumer kan ha negativ innvirkning på den enkeltes evne til å ivareta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999, ss. 25-28).

3.5 Egenomsorgsprosessen

Mennesket ser sin helse og tar i bruk personlig lærdom og kunnskap i et ønske om å dekke egenomsorgen. Pasient må eksempelvis kunne bruke fysisk energi, tenke klart og rasjonelt i forhold til egenomsorg, ha motivasjon, ta til seg kunnskap, og ta relevant lærdom i bruk (Cavanagh, 1999, s. 31). Det er behov for sykepleiekapasitet når det er svikt i pasients evne til å vurdere, bedømme, beslutte eller gjennomføre handlinger. Sykepleiekapasitet omhandler de kunnskapene, evnene, holdningene og de egenskapene som trengs når sykepleie skal utøves.

De handlinger og funksjoner en sykepleier utfører for en pasient kaller Orem hjelpemetoder og grupperer disse slik:

1. Å handle eller gjøre noe for en annen.
2. Å veilede en annen.
3. Å støtte en annen fysisk, eller psykisk.
4. Å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlig evne.
5. Å undervise (Kirkevold, 1998 , ss. 132-134).

3.6 Sykepleieprosessen

Sykepleier må her delta i mellommenneskelige, sosiale og problemløsende prosesser som består av diagnostisering, planlegging, tiltak og evaluering. Dette fortsetter eller justeres så lenge pasienten står i relasjon til sykepleier (Cavanagh, 1999, ss. 34-35).

3.7 Sykepleiesystem

Orem beskriver tre systemer, og omfanget av egenomsorgssvikt avgjør valget av hvilket system som skal benyttes: Det helt kompenserende, det delvis kompenserende, og det støttende og undervisende. Det helt kompenserende system benyttes når pasient er ute av stand til å gjennomføre egenomsorgshandlinger selv. I det delvis kompenserende utfører både pasient og sykepleier egenomsorgsoppgaver. Det støttende og undervisende system er tilegnet pasienter som kan lære å tilpasse seg nye situasjoner for så selv å ivareta sin egenomsorg. Det trengs kanskje bare litt betryggelse, undervisning, eller tilretteleggelse for videreutvikling, slik pasienten selv utfører egenomsorgen. Hvilket system som brukes endres i takt med behovene til pasienten, systemene kan også overlape hverandre. Ut i fra valg av system blir sykepleietiltak valgt (Kirkevold, 1998 , ss. 134-135). For brukergruppen denne oppgaven omhandler vil det støttende og undervisende system være mest hensiktsmessig.

4.0 MOTIVASJON

4.1 Motivasjon/mestring

Motivasjon er et psykologisk begrep og innbefatter den drivkraften som får et menneske til å gjøre handlinger, eller får en person til å fortsette med sine handlinger (Tveiten, 2008, s. 121).

Vi skiller mellom *ytre* og *indre* motivasjon. Indre motivasjon, egenmotivasjon, kan eksempelvis komme av at det vi gjør skaper glede og nysgjerrighet, aktiviteten blir et mål og er en premie i seg selv. Ytre motivasjon er når vi gjør det for andre, eller vi vet det er en belønning i vente, eksempelvis ros og annerkjennelse. Dette kan motivere oss til å fortsette. Skillet mellom indre ytre motivasjon er ikke absolutt, indre motivasjon er ofte virkning av tidligere ytre motivasjon (Wormnes & Manger, 2005, s. 26).

Benner og Wrubel definerer mestring med:

Det folk gjør når de opplever som meningsfylt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende (Konsmo, 1995, s. 84).

Benner og Wrubel sier livets omstendigheter og mestring i forhold til dette ikke har noen fasit. Å involvere seg eller å distansere seg er måter å takle stress på. Om man skal hjelpe andre må sykepleieren forstå hvordan brukeren opplever sin egen situasjon, den situasjon brukeren befinner seg i, og hvilke muligheter han selv ser for seg at han har (Konsmo, 1995, ss. 85-86).

4.2 Selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien av Deci og Ryan skiller seg fra andre motivasjonsteorier. De hevder mennesket har tre medfødte psykologiske behov, behov for kompetanse, selvstendighet og tilhørighet. Når et menneske opplever at disse behovene er dekket, vil det styrke selvmotiveringen og velværet. Denne teorien er utgangspunktet for teorien om empowerment, å få herredømme og ta ansvar for eget liv (Renolen, 2008, ss. 49-50).

4.3 Endringsprosessen

Livsstilsendring vil inneholde forskjellige trinn eller faser. Det er viktig at sykepleier identifiserer hvilke av disse endringsfasene brukeren er i, slik at sykepleier har en forståelse for hvilken veiledning brukeren kan ha nytte av. Avhengig av hvilken endringsfase brukeren befinner seg i kan sykepleier motivere til å starte, fortsette eller vedlikeholde en livsstilsendring. Endringsfasene er:

- Før- overveielsesfasen
- Overveielsesfasen
- Forberedelsesfasen
- Handlingsfasen
- Vedlikeholdsfasen (Kristoffersen, Stress, mestring og endring av livsstil, 2005, ss. 266-268).

5.0 LIVSSTIL

5.1 Livsstilbegrepet, definisjon

Livsstil er et adferdsmønster som foregår over tid. "Det er valgt ut i fra de alternativer som er tilgjengelig for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet" (Kristoffersen, Stress, mestring og endring av livsstil, 2005, s. 227).

5.2 Endring av livsstil

Noen ganger kan det bli behov for å legge om livstil for å unngå sykdomsutvikling. Fysisk aktivitet i fritid og arbeidsliv er synkende. I St. meld nr.16 Resept for et sunnere Norge er målet å gjøre det lettere for den enkelte i samfunnet å ta vare på egen helse. Måten folk lever på har innvirkning på helsen. Det er viktig med riktig sammensatt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet. Det er anbefalt en daglig aktivitet på minimum 30 minutter, der man får opp pulsen litt, aktiviteten kan gjerne deles opp utover dagen om ønskelig (St.meld nr.16, 2002-2003).

5.3 Helseoppfatningsmodellen

Kunnskap kan bidra til forandre adferd, eller opprettholde gode vaner for helsa, men kunnskap er ikke avgjørende alene. Helseoppfatningsmodellen (*the Health Belief model*) kom fra USA på 50 tallet (Espnes & Smedslund, 2010, s. 98). Modellen er basert på at det er menneskets subjektive opplevelse av situasjonen som utgjør deres adferd, og ikke de objektive fakta som mennesket har om situasjonen (Mæland, 2005, s. 107).

Helseoppfatningsmodellen viser til at det er to faktorer som spiller inn om man beslutter å gjøre noe forebyggende, opplevelsen av fordelene må være større enn den opplevde barrieren og hvorvidt de opplever trussel av eksempelvis sykdommen (Espnes & Smedslund, 2010, s. 99).

De sentrale komponentene i helseoppfatningsmodellen:

- Opplevelse av å være utsatt
- Opplevelse av alvorlighet
- Opplevelse av fordeler
- Opplevelser av barrierer
- Signaler om behov for handling

- Opplevelse av å være kompetent (Kristoffersen, Stress, mestring og endring av livsstil, 2005, s. 233).

Opplevelsen varierer fra person til person, alder, kjønn og sosial tilhørighet. En konkret trigger i tillegg til kunnskap vil være med på å hjelpe en person til å forandre livsstil, triggere kan være uttalelse fra lege eller at bruker selv får øket kunnskap gjennom å lese fagartikler (Kristoffersen, Stress, mestring og endring av livsstil, 2005, s. 234).

6.0 MEDISINSK TEORI

6.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og den blir ofte oppdaget ved tilfeldighet, i forbindelse med annen sykdom eller at senkomplikasjoner av sykdommen oppdages. Det er en hormonell sykdom med forhøyet blodsukker som et resultat av insulinmangel grunnet insulinresistens og økende redusert insulinfrigjørende betacellene i bukspyttkjertelen (pancreas) (Sagen, 2011, ss. 19,33). Diabetes type 2 ble tidligere kalt aldersdiabetes, men man ser nå tydelige tegn på at yngre debuterer. Ved type 2 foreligger det forstyrrelse av karbohydrat-, protein- og lipidmetabolisme og er assosiert med det metabolske syndrom, som kjennetegnes med høyt blodtrykk og økt mengde sirkulerende fettstoffer i blodet som øker sjansene betydelig for å utvikle kardiovaskulær sykdom (Mosand & Førsum, 2001, s. 901). Ved diabetes type 2 er det ca. 70 % i tilknytning til fedme eller overvekt, mens de resterende 30 % er normalvektige (Sagen, 2011, s. 25). Den beste behandling er i første omgang en livsstilsforandring med økt aktivitet og omlegging av kosten, der ikke disse tiltak er tilstrekkelig må en behandling av perorale antidiabetika eller insulin iverksettes (Mosand & Førsum, 2001, s. 901). WHO har bestemt diagnostiske kriterier for diabetes type 2 til:

Diabetes mellitus:

Fastende med resultat ≥ 7.0 mmol/l i venøst blod og til ≥ 6.1 mmol/l i kapillær blod.

Resultat etter 2 timer etter inntak av 75g glukose per os ≥ 11.1 mmol/l både i venøst og kapillært blod.

Nedsatt glukosetoleranse:

Fastende med resultat < 7.0 mmol/l i venøst blod og < 6.1 mmol/l i kapillært blod

Resultat etter 2 timer etter inntak av 75g glukose per os ≥ 7.8 mmol/l og < 11.1 mmol/l i venøst blod og ≥ 7.8 mmol/l og < 11.1 mmol/l i kapillært blod (Mosand & Førsum, 2001, s. 900).

6.2 Overvekt og inaktivitet

Innaktivitet er som oftest grunnet personens egen vilje og valg av livsstil. Inaktivitet kan føre med seg komplikasjoner og ekstrabelastninger for personen. Det er en større risiko for sykdomsutvikling og svikt i funksjonsevnene (Blix & Breivik, 2006, s. 294). Det er ikke mye fysisk aktivitet som skal til for å bryte inaktiviteten. En voksen person trenger bare 30 minutters rask gange hver dag, mer aktivitet enn dette gir ytterligere gevinst. Det beste er om den fysiske aktiviteten blir en del av hverdagen. At det ikke bare er et mål man skal nå, men at det er "en reise" gjennom livet (Martinsen, 2005, ss. 27,32). Overvekt blir som et resultat når energiinntaket er større enn kroppen bruker, dette resulterer i at overskuddet blir lagret som fett. Vi bruker kroppsmasseindeks, også kalt BMI, for å vurdere grad av overvekt. Resultatet får vi ved å dividere vekt med kvadratet av høyden i meter.

$BMI \leq 17$ er alvorlig undervekt

$BMI 17 - 20$ er moderat undervekt

$BMI 20 - 25$ er normalvekt

$BMI 25 - 30$ er overvekt

$BMI \geq 30$ fedme (Almås & Kondrup, 2001, s. 507).

WHO ser viktigheten med å måle livmål i tillegg til måling av BMI fordi den økte opphopningen av abdominal fett fører til større risiko for å utvikle sykdom som eksempelvis diabetes type 2 (WHO, 2008, ss. 13-14).

DRØFTING

7.0 DIABETES TYPE 2 - MEDISINSK UTFORDRING I VÅRT MODERNE SAMFUNN

7.1 Hva er det som kan være årsaken til diabetes type 2 oppstår oftere og i stadig yngre alder?

Før sa man gjerne at diabetes type 2 var en "gammelmannssykdom" men man ser nå tydelige tegn på at det er i forandring (Mosand & Førstund, 2001, s. 901). Noen kan tilskrive sykdommen sin til en kombinasjon av arvelighet og miljøfaktorer, det er enda ikke helt klart hva som ligger bak selve sykdomsprosessen. Diabetes type 2 forbindes som oftest med overvekt og fysisk inaktivitet. Når folk får diabetes i ung alder er de mer utsatte for å kunne få senkomplikasjonene som følge av diabetesen (Frenningsmoen, 2012). Helseundersøkelse viser at de siste 22 år har tilfellene diabetes type 2 økt med det dobbelte, og "konkluderer" med at den økte vekten er årsaken (Midthjell & Krokstad, 2011, s. 63).

Man kan spørre seg hva er det som gjør at mennesker handler slik de gjør? Ca. 70 % av tilfellene ligger årsak i fedme, overvekt og inaktivitet (Sagen, 2011, s. 25). I følge Helseoppfatningsmodellen er det to faktorer som spiller inn om man tar beslutning for å gjøre noe forebyggende, hvor nært man opplever at gevinsten er, og hvorvidt man opplever det som en nær sannsynlighet at det vil få negativt utfall om man ikke handler. Det er flere komponenter som spiller inn eksempelvis alder og kjønn, og det vil kunne variere fra person til person (Espnes & Smedslund, 2010, s. 99).

Man hører ofte nordmenn lever med tidsklemme, og det er vanskelig å kunne finne tid til å være fysisk aktiv. Ofte har jeg hørt folk si: *jeg skal begynne å trene, men har bare ikke tid nå*, det kan være mange gode "forklaringer" som kommer frem for å utsette en start. Fra langt tilbake i tid har fysisk aktivitet vært nødvendig for å overleve (Martinsen, 2005, s. 132). Når jeg ser på samfunnet i dag ser det ut for vi krever alt mer og mer lettvinnt og automatisk. Vi bruker mindre energi, slipper å jakte for mat, vi kjører på butikken og hjem og fra jobb og hjem, ofte fra en stillesittende jobb. Maten man spiser skal ofte gå hurtig å lage, eller man kjøper mat hjem på døren. Vi trykker på knapper og tar heiser, vi sender SMS, og vi kommuniserer i sosiale media istedenfor å gå på besøk. Vår urbane livsform gjør at vi blir mer og mer fysiske inaktive. Jeg tror det kan få fatale konsekvenser om man ikke selv gjør noe

med det i fritiden. Jeg tror de aller fleste vet at lite fysisk aktiv vil før eller senere kunne få konsekvenser.

7.2 Hva er det som gjør at folk vet det kan være skadelig å leve slik, men gjør ikke noe aktivt for å skape en forandring?

Å bli overvektig kommer ikke over natten. Mange ganger tenker jeg vi ofte lar oss friste for lett, og vi liker "å belønne oss selv". Jeg har lyst til å si at matkjedene har stor skyld i hva som havner i handlekurvene til folk, kanskje det er bare meg, men jeg legger ofte merke til at butikkene setter ut fristelser, og usunn mat på salg. Det er ofte dyrere å velge sunne alternativer. Jeg tror vi lett lar oss friste til å kjøpe mer enn vi bør når det er salg, gjerne når det er to for en, det kan man ikke gå glipp av. En annen problemstilling er at mange liker å kose seg, jeg tror personlig sofaen "kan ta liv". Når man sitter framfor tv tenker mange at man må ha noe å "kose seg med". I tillegg har de fleste hjem en datamaskin som kan bidra til å gjøre folk passive. Jeg tror summen av alt dette fører ofte til en "ond sirkel", som til slutt kan resultere til inaktivitet, og overvekt. Det er forståelig at det er vanskelig å bryte innarbeidede vaner, og at dette er en kompleks utfordring å stå ovenfor.

7.3 Hvilke utfordringer kan sykepleier møte under veiledning til livsstilsendring?

Måten folk velger å leve sitt liv har innflytelse på helsen. Med gode helsevaner vil man kunne oppnå en høyere livskvalitet. I det forebyggende helsearbeidet er det viktig å tenke salutogenese, det vil si produsere helse ved å styrke helsen, og motvirke at helsen svekkes. Dette øker antallet leveår, og utsetter, eller forhindrer forekomsten av plagsomme sykdommer (Mæland, 2005, s. 68). Studier viser at mennesker som er disponert for diabetes type 2 har stort utbytte av å være fysisk aktiv og legge om sitt kosthold, samt å gå ned i vekt (Midthjell, 2011, s. 68).

Både generelle verdier, og menneskets preferanser er med på å styre våre handlinger. Man skal heller ikke glemme at arv og biologiske faktorer, materielle forhold og miljø påvirker vår adferd. At alkoholisme og familiær overvekt "går i arv" er velkjent og det finnes visse holdepunkter for dette. Årsaken til denne "arvelige tendensen", og spesielt ved overvekt kan både tilskrives arvelige faktorer og arvelig læring av uheldig livsstil og spisevaner (Mæland, 2005, s. 104).

Fysiologiske og biologiske faktorer vil kunne innvirke ved opprettholdelse av bestemt adferd. Eksempelvis vil overvektige etter en slankekur mest sannsynlig øke i vekt igjen, dette grunnet en indre fysiologisk "termostat" som fører til økning. Menneskets adferd vil ofte stå i samsvar til de sosiale, kulturelle eller religiøse normer og regler mennesket lever innen for. Det er sjeldent økonomiske hensyns alene står bak valg av livsstil her i Norge. KAP- modellen (Knowledge- Attitude- Practice), den sosialpsykologiske modellen for adferdspåvirkning viser til hvordan kunnskaper, holdninger og adferd står i forhold til hverandre. Kunnskap påvirker holdning, som igjen på påvirker vår adferd, det kan også være slik at man tilpasser holdningene til den adferden man har (Mæland, 2005, ss. 104-105).

Jeg tror mange tenker på hva de må gi avkall på hvis, og når, en livsstilsendring skal innføres. Endring av etablerte levevaner kan medføre visse omkostninger i form av savn og frustrasjoner. De fleste ønsker å øke sannsynligheten for å leve godt og lenge, utfordringen er at de fleste ønsker å leve godt i øyeblikket (Mæland, 2005, ss. 84,103).

Som for eksempel vanskeligheten med å begrense seg, jeg overhørte en pasient en gang: "*jeg bryr meg ikke om den der diabetesen, nå vil jeg ha kake*", og forsynte seg godt med kaker. Jeg tror det har stor betydning for utfallet at personen selv ønsker en livsstilsendring. Det å kunne ha en sykepleier som er der og følger opp, støtter og oppmuntrer tror jeg vil ha positiv innvirkning. Jeg tror ønsket om ha det komfortabelt ligger i menneskets natur, å avvike fra dette vil nok oppleves som en utfordring for mange. Det å begynne å trene kan ofte være tungt i starten, muskler som har vært lite trent blir såre og ømme (Martinsen, 2005, s. 157). En inaktiv person vil lett kunne utvikle et negativt syn på trening fordi det ligger i det at mennesker ønsker å forsvare sin "rett" (Mæland, 2005, s. 106). Selv om studier viser til at overvekt og fedme kan være utgjørende for å utvikle diabetes type 2 bør vi ikke stigmatisere overvektige mennesker som late og at sykdommen er selvforskyldt. I tillegg til arv er det mange som kan slite med ambivalente følelser i forhold til mat. Overspisningslidelse benevnes som den tredje spiseforstyrrelse, noen spiser mye på en gang, andre spiser jevnt, slik at kroppen får mer en den trenger. Overspising kan være et resultat av motstridende følelser og et indre kaos. De aller fleste sliter med dårlig selvfølelse der mat blir en trøst, og det må mye til for å fylle opp tomrommet. Ensomhet og lengsel etter kjærlighet kan føre til at personen fyller seg med mat (Skårderud, 2007, ss. 16-17,45). Ellen Anker-Nilssen er psykiatrisk sykepleier med hovedfag i spesialpedagogikk og overspising, hun sier kropp og følelser henger sammen. Hun mener man ikke skal satse på slanking, men det er den indre

stemmen i hodet man må bli kvitt, den som får oss til å finne mat når magen ikke trenger det. Slanker man seg vil stemmen fortsatt være der, derfor mener hun slanking er å lure seg selv. Ved forandring er det viktig å kjenne på følelsen, ikke spise seg i fra den, å finne ord for følelser som er vanskelig (Anker-Nilssen, 2005, s. 11). Jeg støtter meg til Anker-Nilssen når hun sier det er viktig å finne en måte der brukeren kan ha det godt i hverdagen. Hver enkelt må støttes og veiledes til å etablere en balansert livsstil uten strenge regler som kan medføre dårlig samvittighet eller følelse av skam. Et sunt forhold til mat og et sunt forhold til fysisk aktivitet er viktig. Bruker må veiledes på en slik måte at han selv kan opprettholde den sunne livsstilen etter at oppfølging fra sykepleier avsluttes.

8.0 FORDELER OG ULEMPER VED Å VÆRE SYKEPLEIER I MOTIVERINGSARBEID I KOMMUNALT HELSEFORETAK

8.1 Sykepleiers rolle i forebyggende team

Sykepleieren jeg intervjuet jobbet i et kommunalt helseforetak som bare hadde vært i drift i noen få år. Hun hadde bred erfaring fra tidligere arbeidsforhold innenfor samme helsefremmende og forebyggende arbeid, i tillegg til praktisk pedagogisk utdanning og ulike videreutdanninger og kurs.

Sykepleier sier at vi mennesker er sammensatte, og ser det som en fordel å være sykepleier i denne jobben: *"de fleste brukerne har som regel en eller annen form for kronisk sykdom, som kols, diabetes eller smerte der jeg får bruk for mine faglige kunnskaper"*. Sykepleier mener i tillegg det gir andre fordeler, *"slik at jeg kan se helheten, og ikke minst må vi ikke glemme alt rundt brukeren, for eksempel familie, venner, jobben, og det er viktig å huske at alt dette henger sammen. Jeg ser for meg et puslespill, der du må få alle brikkene til å passe sammen. Og ved en livsstilsendring må brukeren på nytt få brikkene til å passe sammen igjen"*.

Sykepleier ser det er nyttig med pedagogisk bakgrunn når det skal jobbes med brukere i grupper. Sykepleier kommer med et lite men, og sier: *"det kan være litt utfordrende å finne sin rolle i det tverrfaglige teamet, som sykepleier er jeg litt god på alt, i forhold til for eksempel en ernæringsfysiolog og en fysioterapeut som bare forholder seg spesifikk på sitt område og er veldig gode på det"* (Vedlegg 3, ss. 1-2).

8.2 På hvilken måte kan sykepleier bidra til å veilede en bruker til motivasjon, og opplevelsen av mestring?

Bruker blir henvist til kommunen av sin fastlege, og får først time til samtale. Sykepleier sier: *"dette er for å sette i gang en refleksjon. Der vi ser hvor brukeren er i endringsprosessen, og vi kartlegger indre og ytre motivasjon. Noen kommer jo med "sånn, jaja, legen min mener jeg skal prøve dette", eller det kommer klart fram at for eksempel en kone står bak, det er tydelig det ikke ligger så mye indre motivasjon bak. Men selv om, så kan det være en fin start"* (Vedlegg 3, ss. 2,4). Orem sier mennesket må kunne ha omsorg for seg selv, for sin egen del for å ta vare på og opprettholde liv og sin helse, dette kaller hun egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 17). Jeg tenker at brukerne som viser tilsynelatende lite indre motivasjon, og likevel

møter opp til en slik time må ha et lite ønske om forandring, og er ikke blottet for egenomsorg. En indre motivasjon har gjerne større kraft enn en ytre (Renolen, 2008, s. 43).

Sykepleier forteller: "*andre ganger kan jeg oppleve at brukeren er veldig motivert i samtalen, men motiverte for å bli tynn, være slank, og vel trent. Men de er ikke motiverte for trening og de endringer som skal til for å komme dit. Så vi kan ofte se at det ikke helt henger på greip*" (Vedlegg 3, s. 4). En studie basert på intervju av elleve personer som tidligere hadde deltatt på et opplæringsprogram i regi av lærings og mestringssentre for sykelige overvekt fremhever det er viktig at brukerne blir møtt med forståelse og respekt for å bli motivert til livsstilsendring, helsepersonell må ha en passe balanse mellom å være støttende og utfordre brukerne (Borge, Christiansen, & Fagermoen, 2012, s. 22).

Om bruker opplever det er vanskelig å komme i gang sier sykepleier: "*jeg bruker en teknikk med motiverende intervju*" (Vedlegg 3, s. 6), samtalen er basert på at sykepleier driver med aktiv lytting og speiling. Det er av stor betydning at sykepleier viser empati for brukere. Når brukeren føler seg forstått har han lettere for å åpne seg. Prinsippene er å ta utgangspunkt i brukerens egne holdninger, overveielser og ønsker. På denne måten kan motiverende intervju, eller også kalt endringsfokuset rådgiving hjelpe brukeren til å finne ressurser selv. Sykepleier må støtte og oppmuntre brukerens selvbestemmelse, og styrke brukerens tro på at en endring er mulig (Renolen, 2008, s. 51).

8.3 Hvordan kan tydelige målsetninger være med på å hjelpe brukeren til å oppleve mestring?

For å kunne oppnå forandringer er det viktig å klargjøre målene. Målene er med på å avgrense oppgaven, slik at den blir oversiktligere, og lettere å gjennomføre. Det er viktig å ikke sette seg for ambisiøse, nesten uoverkommelige og for utfordrende mål. Dette er med på å redusere sjansene til å lykkes, og brukeren oppnår ikke mestring (Wormnes & Manger, 2005, ss. 35-36).

Sykepleier sier: "*for å hjelpe brukerne til å oppleve mestring ønsker jeg å være en slags lommelykt. Vi snakker om hva brukeren selv før har klart. For eksempel er det noen som bare ser fortvilelsen i at de har gått opp igjen kiloene, men da prøver jeg snu det til at, ja du har gått opp de kiloene, men du klarte faktisk å få kiloene bort i forkant*". For brukeren skal oppleve mestring sier sykepleier: "*det er viktig å ha realistiske mål, begynne i det små,*

målene må være definerte og målbare". Sykepleier forteller: "vi som jobber her må være en støtte, en mur for brukerne" (Vedlegg 3, s.7). Måloppnåelse gir mennesker bedre selvtillit, det er først når man lykkes at vi får troen på oss selv og det vi holder på med (Wormnes & Manger, 2005, s. 55). Sykepleier sier: "det er viktig at brukeren selv definerer sine mål, de skal helst være konkrete, for eksempel om brukerne ønsker å få mer overskudd i hverdagen til å være ute å leke med barna sine, så er det veldig bra om barna blir navngitt i målet. På denne måten kan brukeren få en konkret tilbakemelding på hva de har klart å gjennomføre, eller de selv får fortelle hva de faktisk har oppnådd" (Vedlegg 3, s.7). Spesifikke delmål er lettere og mer overkommelig å nå fram til, enn langtids generelle mål. Om man setter seg spesifikke, generelle, del-, lang- eller kortidsmål har mye å si for motivasjonen (Wormnes & Manger, 2005, s. 39).

Ved enhver forandring er det alltid fare for tilbakefall, Sykepleier sier: *"det er viktig å snakke om strategier ved tilbakefall, og normalisere dette på en slik måte at det kan skje, men man skal ikke ta lett på det og la det skje"* (Vedlegg 3, s.7). Her kan sykepleier komme inn med det Orem kaller det støttende og undervisende sykepleiesystemet (Cavanagh, 1999, s. 43). Sykepleier kan undervise og tilrettelegge slik at brukeren selv kan utføre egenomsorg. Kanskje er det nok med litt betryggelse om at det er helt normal å falle for fristelsen, eller støtte med å si ingen dager er like. Som hun sa: *"en "sprekk" er ikke farlig, men det er hvordan man opprettholder "sprekken", og hvordan brukeren kommer seg tilbake på rett spor igjen. Å lage strategier for det er kjempeviktig"* (Vedlegg 3, s. 5).

8.4 På hvilken måte kan sykepleier med sin faglige kompetanse motivere og veilede en bruker til livsstilsendring?

Når man skal hjelpe et annet menneske til livsstilsendring er det svært viktig å tilpasse til hver enkelt (Lerdal & Celius, 2011, s. 175). Forskning viser at evnen til å ta til seg og bruke oppmuntring og råd er avhengig av om man opplever informasjonen som relevant for seg selv og sin situasjon (Skinner, Strecher, & Hospers, 1994, ss. 47-48). Selv om det jobbes mye i grupper ved helseforetaket forteller sykepleier om den første samtalen som bare er tilpasset den enkelte. Det finnes ingen fasit for hvordan den vil foregå, sykepleier sier: *"vi jobber mye med åpne spørsmål, der jeg lener meg litt tilbake og gir rom til brukerne. Dette kan være en utfordring av og til da man kan få lyst til å komme med sine egne råd, og fortelle hva fungerer, men om man gjør det skaper det ofte motstand, da kanskje brukeren ikke er klar for*

det. Det viktigste jeg gjør er å "løfte" brukeren opp på nivået, slik at han kan gi råd til seg selv, eller brukere ønsker konkrete råd fra meg om endring" (Vedlegg 3, s. 4).

Benner og Wrubel sier at det viktigste for en sykepleier som skal hjelpe, er å klare å få innsikt i hvilken forståelse brukeren har i sin situasjon (Konsmo, 1995, s. 85). Jeg tror det er viktig å gå rolig fram om man skal veilede og hjelpe noe til livsstilsendring, og at det er svært viktig at brukeren ønsker denne forandringen selv. Empowerment-begrepet mener jeg må stå sterkt her, fordi det omhandler en prosess der brukeren oppnår en større kontroll over beslutning og handling som berører egen helse. Det er tre viktige prinsipper ved empowerment-tenkning, medvirkning, maktfordeling, og at brukeren er ekspert på seg selv (Tveiten, 2008, s. 33). Jeg mener sykepleiere må jobbe på en slik måte at brukeren har mulighet å velge, og at han står bak sine egne valg. Dette kan sykepleier gjøre på den måten at hun legger til rette for egen mestring ved at brukeren mestrer sitt liv ut i fra tro på egne ressurser.

Sosial og læringsteoretiker Alebert Banduras self-efficacy-teori fokuserer på individets tro på egne muligheter som bestemmende for individets atferd. Når brukeren får kunnskaper og en forståelse på innvirkning på egen helse, kan egenomsorg utvikles (Tveiten, 2008, s. 32).

Ved første samtale kartlegges endringshjulet, sykepleier sier: *"jeg får brukeren selv til å fortelle hvorfor han er her"* (Vedlegg 3, s. 4). Det er svært få som klarer å legge om livsstilen totalt, alle vil gjennomgå ulike faser eller trinn. Ambivalens i forhold til å endre livsstil opplever sykepleier ofte: *"jeg opplever brukerne kan ha en slags vekt som ligger og vipper, spesielt ser jeg det hos brukere som har overvekt og tidligere har vært i gjennom mange runder der de har feilet. Mange er livredde for å legge ut på den veien igjen, vekt er jo veldig synlig, og dermed gjør det ekstra vanskelig for mange"* (Vedlegg 3, s. 4). Endringshjulet består i **Før- overveiellesfasen**, her er det viktig å forsøke å skape tillit, og relasjoner til hverandre, slik at bruker føler trygghet og tørr ta kontakt når han er klar. I **Overveiellesfasen** er det viktig å bekrefte overfor brukeren at han er på rett vei når han tenker på å gjøre livsstils forandringer. Her må sykepleier både gi støtte og oppmuntre, og styrke brukers tro om at det nytter. I **forberedelsesfasen** er det viktig å finne ut om brukeren før har forsøkt, og understreke at selv om han mislyktes da, har han fått med seg erfaring som kan styrke han nå. Dette er viktig fordi en slik støtte kan gi brukeren motivasjon til å fortsette utfordringen for å klare det. I denne fasen er det viktig å ha klare avtaler og mål. **Handlingsfasen**, brukeren er i aktiv fase, dette er med på å bygge opp hans selvtillit. Sykepleier må "backe opp" og gi pågangsmot til å fortsette, dette kan hun gjøre i form av støtte og oppmuntring. Når brukeren

kan se resultat av strevet er det med på å gi han motivasjon til å fortsette. I denne fasen skal sykepleier huske på faren for tilbakefall, og hjelpe brukeren til å utarbeide en plan om dette skulle skje. Å være i gruppe med andre i samme situasjon kan ofte være nyttig i denne fasen. Frustrasjon og gleder kan deles, man kan gi hverandre støtte og "bytte" tips og råd. Det er i **Vedlikeholdsfasen** faren for å falle tilbake til gammel livsstil kommer, da er det viktig å ha noen i "samme båt" å snakke med. Det er anbefalt å gå i vedlikeholdsgrupper, eller ha faste avtaler med andre (Kristoffersen, Stress, mestring og endring av livsstil, 2005, ss. 266-268). Jeg tror det er vanskeligere å bryte avtaler med andre enn med seg selv.

Sykepleier forteller at helseforetaket gang i måneden drar gruppevis og "utforsker" de forskjellige aktivitetene som finnes i kommunen. Det kan være gratis prøvetime ved helsestudio, idrettslag eller andre aktiviteter kommunen holder på med. Dette synes jeg høres helt fantastisk ut. Jeg tror ved "å ufarliggjøre", skape kjennskap og åpne dører for det som finnes vil gi brukerne trygghet og hjelp til å komme "ut av sofaen". Jeg tror også dette tiltaket kan være med til å finne andre som strever med det samme og finne en motivasjon i hverandre som er god å ha i blant annet vedlikeholdsfasen. Dessverre kan studier vise til at opptil 50 % av de som har vært lite aktiv og startet med fysisk aktivitet, har sluttet etter et år (Dishman 1988) i (Lerdal & Celius, 2011, s. 174).

Lerdal og Celius refererer videre til Prochaska og Norcross 2007. Det er svært vanlig at brukere som starter med regelmessig aktivitet ikke har et rett endringsforløp, det vil kunne bevege seg frem og tilbake som i sirkulære prosesser. Brukerne vil ut i fra hvilke stadier de er i ha ulike behov for hjelp til å komme videre i endringsprosessen (Lerdal & Celius, 2011, ss. 174-175).

Når vi tenker sykepleierfunksjon er det mest nærliggende å tenke at sykepleier handler på vegne av noen andre, ved livsstilsendring tror jeg det bare er brukeren selv som kan stå for forandringene. Men sykepleier kan ha en viktig rolle som Orem sier med sine fem hjelpemetoder. Vi kan veilede brukeren med kunnskapsrik informasjon eller råd, som er med på å hjelpe brukeren om å ta valg om å gjøre tiltak for sine egenomsorgsbehov. Ved å gi fysisk støtte mener Orem sykepleieren kan betraktes som et fellesskap, et lagarbeid som omfatter brukeren. I tillegg skal sykepleier kunne gi psykisk støtte i form av lytting og ved å tilby varierte hjelpemetoder. Det samspillet som skjer i mellom en bruker og sykepleier er det Orem kaller sykepleiesystemet. Det er den som hjelper, som identifiserer hjelpebehov den andre har. Hvilket av de tre systemene som blir anvendt av det helt kompensierende, det delvis

kompeniserende, det støttende og undervisende system er helt avhengig av egenomsorgssvikten. Ved en livsstilsendring vil det være det støttende og undervisende systemet som sykepleier vil forholde seg til. Det er egnet for brukere som kan lære seg økt egenomsorg med veiledning og støtte. Det kan være tilstrekkelig for brukeren å få betryggelse og tilrettelegging, for så å selv stå for videreutvikling (Cavanagh, 1999, ss. 33,39,42-43).

Jeg tror det har veldig mye å si hvordan brukeren tenker om seg selv for om han kan lykkes med en livsstilsendring. For å forklare for seg selv årsaken til at "tilstanden er blitt som den er" kan mennesket ty til indre eller ytre forklaringer. Attribusjon er et begrep sosialpsykologen Fritz Heider introduserte i 1958. De indre forklaringene har med personen selv å gjøre, mens den ytre har med omgivelsene å gjøre. Attribusjon handler om personens egen opplevelse av årsak. Personens attribusjonsmønster har nær sammenheng med selvpoppfatning, og spesielt om han attribuerer til egne evner. Konsekvens av dette er at dersom han eksempelvis mislykkes i forsøket vil det kunne føre til svekket motivasjon (Wormnes & Manger, 2005, ss. 83-87).

8.5 På hvilken måte kan sykepleier trekke inn kunnskapsbasert praksis ved veiledning og motivering til livsstilsendring?

Jeg mener at det som sykepleier alltid er viktig å holde seg faglig oppdatert. Vi skal være nysgjerrige på ny lærdom, og kunne finne relevante studier og forskning og kunne kritisk vurdere disse slik at vi kan ta kunnskapsbaserte beslutninger. I forhold til å forebygge diabetes type 2 er en intensiv livsstilsendring svært viktig å starte når det foreligger utilstrekkelig insulinfrigjøring i pancreas. Dette kan forhindre eller i alle fall forsinke utvikling av sykdommen. Så mye som 70 % av de som har fått type 2 diabetes har fedme og overvekt som grunnleggende årsak (Sagen, 2011, s. 25).

Forskning fra flere land viser at livsstilsendring for å forebygge type 2 diabetes nytter. En finsk studie gjennomført med intervensjonsgruppe, og kontrollgruppe, tilsammen 172 menn og 350 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 55 år, og en gjennomsnitts BMI på 31, og alle hadde nedsatt glukosetoleranse. Studien konkluderer med at det er nytteverdi i livsstilsendring hos personer som er i risikozonen (Tuomilehto, et al., 2001, ss. 1343-1350). Jeg tror det kan være av nytteverdi at sykepleier kan vise til forskning og studier med positive resultater. Jeg tror dette kan bidra til å gi brukeren pågangsmot og motivasjon, og at det kan ha stor innvirkning å se at man ikke er "alene i verden". At det er andre før som har klart å lykkes.

Oppi alt som kan føles håpløst og nytteløst kan det være av stor verdi å kunne vise brukeren gode resultater på at diabetes type 2 kan forebygges slik som Tidsskrift for Den norske legeforening viser. Her har Berg ved forskningssentret sett på tidligere studier som er foretatt i forhold til om livsstilsendring, kostholdsendring, økt aktivitet og om det finnes noen gode potensielle medikamenter til forebygging. Det konkluderes med at økt aktivitet og et anbefalt kosthold kan forebygge diabetes type 2, utfordringen ligger i å få gjennomført dette i praksis. Når det gjelder den medikamentelle siden (Berg T. J., 2000, ss. 2430-3), kan en senere randomisert studie konkludere med at metformin kan være med på å redusere faren for å utvikle diabetes type 2, men en livsstilsendring vil ha mest effekt (Knowler, et al., 2002, ss. 393-403).

8.6 Hvordan kan sykepleier veilede en bruker til å legge et godt grunnlag, slik at han lykkes med å gå ned i vekt og opprettholde fysisk aktivitet i hverdagen?

I tillegg til at mat er livsviktig, kan mat sees i andre sammenhenger, eksempelvis i forhold til kultur og følelser. De siste årene har vi forandret våre kostvaner, vi har adoptert mange andre lands matvaner. Vi får i oss mer fett og sukker, og et lavere innhold av karbohydrater i form av stivelse og fiber. Ikke minst spiser vi mer godteri og snacks. På denne måten kan mat bli vår største belastning (Sjøen & Thoresen, 2008, ss. 20,169).

Sykepleier forteller: *"vi bruker en del tid på å snakke om mat og følelser, ofte kan dette være tema i samtale gruppene"*. Videre sier hun: *"det er viktig å finne en måte å kunne leve livet på hele året, med de fester, høytider og ferier som er. Jeg hadde for eksempel en bruker som sa jeg kan ikke dra i den festen, det var forventet mye kaker og mat. Her må jeg som sykepleier bruke mine pedagogiske ferdigheter, ofte er dette tema vi tar opp til refleksjon i samtalegruppene. Det er viktig at brukeren selv skjønner at han kan spise litt kake, men det må finnes begrensninger"* (Vedlegg 3, ss. 2,5). I denne sammenheng tenker jeg det kan være viktig å trekke inn ektefelle/samboer, slik at de også kan få den samme forståelsen for kosthold. Det kan ikke være enkelt og skulle forsøke å unngå gode fristelser hvis den du bor sammen med kjøper inn og dekker bordet med usunne alternativer. Man må også tenke på det finnes hjem der for eksempel bare kona lager maten, da vil det være fornuftig å gi veiledning og informasjon til kona også. Sykepleier sier: *"vi pleier å invitere ektefeller ved kostveiledning, men vi er for dårlige på det. Er det par som søker, tilpasser vi det slik at de kommer sammen. Vi har vært inne på tanken om å ha med partner i samtalegruppen, men vi ser samtidig at da blir dette en helt annen type gruppe"* (Vedlegg 3, s. 8).

Får kroppen mer energi enn den behøver, blir overskuddet lagret i fett (Almås & Kondrup, 2001, s. 507). Jeg tror mange opplever "dørstokkmila", og det kan være ekstra tungt for de som har vært inaktive lenge. Mosjonen bør være lystbetont for brukeren, og man bør unngå aktiviteter som brukeren blir helt utslitt av. Om man gir seg når aktiviteten føles best styrkes motivasjonen til å fortsette neste dag. Samtidig må man ta høyde for at all form for bevegelse/trening kan føles tungt for brukere som har vært inaktive lenge. Prinsippet med trening er å belaste kroppen slik at det skjer en liten nedbryting av muskler, som igjen fører til vekst og kroppen blir styrket. Regelmessig belastning over tid fører til vekst og økt fysisk kapasitet. En hver form for aktivitet er bedre en inaktivitet (Martinsen, 2005, s. 157).

Sykepleieren sier: *"det er viktig at brukeren ikke føler tvang, det skal være lystbetont og frivillig. Jeg har troen på om man har en lett tone i samtalen, og brukeren ikke føler noe press er det lettere for brukeren å få gnisten tilbake på tunge dager"* (Vedlegg 3, s. 7). Sykepleier kan fortelle hun ofte må: *"løfte brukeren opp" for å tørre å være aktiv, tørre å ha høy puls og tørre å være aktiv i en gruppe"*. Sykepleier opplever det er svært viktig å skape et trygt miljø, *"vi har også mange som sliter med angst"* (Vedlegg 3, s. 6).

Mange personer med angst kan slite ekstra mye for å være fysisk aktive, eller de avslutter aktiviteten raskt. Under fysisk aktivitet aktiviseres det sympatiske nervesystemet, pulsen øker, hjertet banker, man får økt respirasjon og svetting, de samme fysiske reaksjonene som oppstår ved angst (Martinsen, 2005, s. 77). Orem sier egenomsorg er ikke noen automatisk prosess, det trenges innsikt i egen helsetilstand (Cavanagh, 1999, s. 17). Her mener jeg det er viktig sykepleier bruker sine pedagogiske kunnskaper. Hvis brukeren blir informert på forhånd oppleves kanskje ikke de kroppslige angstsymptomene så skremmende. Om man kombinerer fysisk trening med undervisning er dette en god metode for å bli kjent med hvordan kroppen sin reagerer. (Martinsen, 2005, s. 77).

Jeg tro det ikke alltid er de store forandringer som skal til for å øke motivasjon. En avtale med å trene sammen med noen vil ofte gjøre det lettere å komme over dørstokken. Med en pulsklokke kan brukeren se at pulsen stiger, og at han brenner kalorier. Den kan være en motivator, brukeren ser at det trenger ikke alltid å være bare en utfordrende treningsøkt (Martinsen, 2005, s. 157).

Å spille litt på samvittigheten til seg selv tror jeg kan være effektivt. Eksempelvis ved å kjøpe nye sko og treningstøy, slik at man får dårlig samvittighet hvis det ikke blir brukt, det kan bli en motiveringsfaktor. Samtidig tror jeg vi skal være forsiktig med å presse brukerne, faren for

å utvikle ufornuftig slanking og et forvridd kroppsbilde vil alltid kunne være tilstede. Å være slank og stillesittende er mye mer usunt enn å ha noen få kilo for mye og være fysisk aktiv. Når man er fysisk aktiv økes forbrenningen og er høyere i flere timer etter trening, mosjonering fører med seg strammere kropp, som oftest økt velvære, trivsel, og bedre selvbilde og helse. Senteret for regulering av sult og metthetsfølelse i hjerne fungerer best for de som fysisk aktive (Sjøen & Thoresen, 2008, ss. 169,175).

9.0 OPPSUMMERING

Jeg tror at det å endre livsstil er komplisert, og at det er en prosess som må forløpe gjennom mange år. Det er viktig å finne en måte å leve i hverdagen på slik at det blir et naturlig og helhetlig sunt liv. Jeg har lært mye med å skrive denne oppgaven. Blant annet at dersom man skal motivere brukere til livsstilsendring er det viktig at brukeren ønsker det selv. Slik at bruker med veiledning kan være skipper på egen skute, og velge rett kurs mot et sunnere liv ved å ta rette valg for seg selv. Viktigheten ligger i å se helheten, og å finne en kombinasjon mellom aktivitet og hvile, altså at man kan fint kose seg i sofaen en kveld, bare man har vært litt aktiv i forkant. Gode forutsetninger for å komme i gang med fysisk aktivitet og livsstilsendring er å finne aktiviteter man synes er lystbetont, og at man ikke opplever en følelse av tvang eller skam.

Jeg visste lite om hva som fantes av alternativer for brukere med problemstillingen jeg har belyst. Å bruke intervju som metode har det bidratt til jeg har fått en bredere kunnskap rundt temaet. Intervjudelen var spennende og svært lærerik, og jeg vil takke den kunnskapsrike sykepleieren jeg fikk så mye informasjon hos.

Jeg tror denne problematikken er økende og vil bli mer aktuell i fremtiden. Jeg tror jeg vil ha stor nytte av kunnskapen jeg har tilegnet meg om temaet når jeg skal jobbe som sykepleier.

De som tror att de inte har tid med fysisk aktivitet måste förr eller senare avsätta tid till sjukdom

-Lena Gavelin- (Espnes & Smedslund, 2010, s. 213).

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Almås, H., & Kondrup, J. (2001). Sykepleie til pasient med ernæringsproblemer. I H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (ss. 505-529). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 4* (ss. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, E. W. (2005). *Kropp og sinn Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Mosand, R. D., & Førstund, A. J. (2001). Sykepleie til pasienter med forandring i den endokrine pankreasfunksjonen. I H. Almås, *klinisk sykepleie 2* (ss. 899-926). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Skårderud, F. (2007). *Sterk/Svak Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug og Co.
- St.meld nr.16. (2002-2003). *Resept for et sundere Norge*. Oslo: Føkehelsepolitikk Kap.4.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Selvvalgt litteratur

- Anker-Nilssen, E. (2005). *Når mat blir en besettelse Stopp overspisingen*. Otta: Noras Ark as. (ss. 11-45) **34 sider**.
- Berg, T. J. (2000, august 30). *kan type 2- diabetes forebygges*. Hentet September 18, 2012 fra Tidsskrift for Den norske legeforsking: <http://tidsskriftet.no/article/156300>. (ss. 2430-3) **3 sider**.
- Berg, T. J. (2011). *Helsedirektoratet Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes - Forebygging, diagnostikk og behandling*. Hentet August 28, 2012 fra 5.5 Forebygging av type 2-diabetes: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Diabetes/5.+Diabetesforekt+og+foreb/5.5+Forebygging+av+t2d..> **1 side**.
- Borch-Jonsen, K. (2004). Type 2 diabetes: nasjonalt og internasjonalt. I S. Vaaler, *Diabeteshåndboken* (ss. 20-25). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. **5 sider**.
- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M. S. (2012, Januar). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning*.(ss.16- 22) **6 sider**.
- Cavanagh, S. J. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.(ss. 11-48) **37 sider**.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2010). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (ss. 89-105) **16 sider**.
- Frenningsmoen, L. E. (2012, mai 9). *diabetesforbundet*. Hentet oktober 6, 2012 fra Type 2 diabetes: <http://diabetes.no/Type+2-diabetes.9UFRnQ4P.ips>. **1 side**.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (ss. 128-143) **15 sider**.
- Knowler, W., Barrett-Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E., et al. (2002, februar 7). *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*. Hentet september 18, 2012 fra Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012512>. (ss. 393-403) **10 sider**.
- Konsmo, T. (1995). *Sykepleie teori en hatt med slør- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Trulte Konsmo og TANO AS. (ss. 79-98) **19 sider**.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-a. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 3* (ss. 206-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. **64 sider**.
- Lerdal, A., & Celius, E. H. (2011). Trening på resept- en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modell. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring- en*

- helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (ss. 162-184). oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. **22 sider.**
- Lovdata. Helsepersonelloven. (2012, september 11). *Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven)*. Hentet september 12, 2012 fra Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-005.html>. **1 side.**
- Lovdata. Personopplysningsloven. (2012, september 11). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet september 12, 2012 fra Kapittel I. Lovens formål og virkeområde: <http://www.lovdata.no/all/tl-20000414-031-001.html>. **1 side.**
- Midthjell, K. (2011). *HUNT Forskningscenter*. Hentet September 20, 2012 fra Folkehelse i endring Helseundersøkelse i Nord -Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08): <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>. (ss. 64-69) **5 sider.**
- Midthjell, K., & Krokstad, S. (2011). *HUNT Forskningscenter*. Hentet september 20, 2012 fra Folkehelse i endring Helseundersøkelse i Nord -Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08): <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>. (ss. 60-64) **4 sider.**
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. St. Luis, Missouri: Nancy Coon. (ss.95-117) **22 sider.**
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (ss. 41-55) **14 sider.**
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld, & M. Graue, *Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling* (ss. 19-67). Oslo: Akribe AS. **48 sider.**
- Skinner, C. S., Strecher, J. V., & Hospers, H. (1994, januar). *PubMed*. Hentet september 14, 2012 fra Physicians' recommendations for mammography: do tailored messages make a difference?: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8279610>. (ss. 43-49) **6 sider.**
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (ss.197-221) **24 sider.**
- Thorsson, B., Aspelund, T., Harris, T., Launer, L., & Gudnason, V. (2009, april). *PubMed*. Hentet juni 23, 2012 fra Trends in body weight and diabetes in forty years in Iceland: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19420407>. (ss 259-266) **0 sider.**
- Tonstad, S. (2004). Overvekt som sykdomsdisponerende faktor. I S. Vaaler, *Diabeteshåndboken* (ss. 55-62). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. (ss. 55-62) **7 sider.**

- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., et al. (2001, mai 3). *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*. Hentet September 14, 2012 fra Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801#t=articleTop>. (ss. 1343-1350) **7 sider.**
- WHO. (2008, Desember 8-11). *World Health Organization*. Hentet September 26, 2012 fra Waist Circumference: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf. (ss. 1-34) **33 sider.**
- Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (ss. 18-55+83-97) **51 sider.**

Sum selvvalgt pensum: **454 sider**

VEDLEGG

VEDLEGG 1.



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

| | |
|------------------------|-----|
| 1.) Fordypningsoppgave | ___ |
| 2.) Deleksamen | ___ |
| 3.) Semesteroppgave | ___ |
| 4.) Prosjektarbeid | ___ |

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 09/10 Studiested: Universitetet _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

VEDLEGG 1.

Jnr.:

Dato: 24/8-12

Til

Student: [redacted]

Faglærer: _____

Høgskole: Universitetet [redacted]

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 24/8-12 er behandlet dato 24/8-12 av saksbehandler / organ: _____

Vedtak: Søknad om tillatelse til å innhente data/intervjuer
sykepleiere i [redacted] innvilges

Evt. merknader knyttet til vedtaket: Aktuelle sykepleiere har videreutd.
i diabetes og heter [redacted]
Studenten vil bli kontaktet av henne.

[redacted]
Underskrift

[redacted]
Underskrift

VEDLEGG 2

10.09.12

Samtykke

Du har rett til å svare på de spørsmål du ønsker.

Du har lov til å avbryte intervjuet, eller trekke det tilbake.

Du godkjenner bruk av diktafon under intervjuet, dette opptaket vil bli slettet etter innlevert oppgave.

Du kan i ettertid av intervjuet ta kontakt med studenten om du ville tilføye, eller fjerne noe.

Jeg som student er underlagt taushetsplikt og du vil bli anonymisert.

Du gir meg som student muligheten til å kontakte deg i etterkant av intervjuet om noe skulle være uklart.

Student:

Intervju kandidat:

10/9-12

VEDLEGG 3

Intervju

- Hvor lenge har helseforetaket vært i drift?

Denne helsetjenesten har vært i drift i 2 år, i tillegg driver vi et prosjekt som ble startet opp i januar 2012. Dette er et prosjekt med sentralsykehuset der legene henviser pasienter hit som er kommet til sykehuset for utredning og vurdering for fedmeoperasjon.

60 på venteliste med sykkelig overvekt. Forsøksprosjektet går ut på at de skal få veiledning i 6 mnd. om aktivitet og kosthold og i tillegg se litt på levevanene deres, vi ser for oss at med dette tilbudet har de et annet valg, for i dag er det kanskje mange som opplever at jeg har ikke noe annet valg, jeg må bare opereres. Med disse 6 månedene får de en sterkere grunnmur til å ta sitt eget valg, dette ser vi for oss kan være positivt, men det er tidlig å si da dette prosjektet er forholdsvis ferskt. I tillegg tenker vi at de som går til operasjon med denne veiledning kan få en større ballast med seg til å takle livet etter operasjonen, da vi ser at ganske mange etter noen år får økt sin vekt igjen tross operasjon. Til sammen kan disse brukerne ha dette tilbudet i 1.5 år; 6 måneder før og et år etter en operasjon. Målet vårt er at folk skal klare seg selv etter dette oppholdet og den nye livstilen de har.

- Hvilken utdanning/erfaring innehar du som ansatt?

Sykepleier med praktisk pedagogisk utdanning, pluss diverse videreutdanninger, kurs og master.

- Gir denne utdannelsen/erfaringen deg noen fordeler eller ulemper?

Ja! Det å være sykepleier i denne jobben er bra da de fleste brukerne som regel har en eller annen form for kronisk sykdom, for eksempel kols eller smerter, der jeg får bruk for mine faglige kunnskaper. I tillegg gir det meg en fordel slik at jeg kan se helheten, at vi mennesker er sammensatte, og ikke minst må vi ikke glemme alt rundt brukeren, eksempel familien, venner, jobben, dette er viktig å huske på at alt henger i sammen. Jeg ser for meg at livsstilsendring er et puslespill der du må få alle brikkene til å passe sammen. Og ved en livsstilsendring må du på nytt få brikkene til å passe sammen. Samtidig gir den meg en utfordring og er av og til frustrerende da jeg tenker

veldig bredt i forholdt til kollegene mine som jeg jobber tverrfaglig sammen med. De ser spesifikt på sitt område og er veldig god på det, eksempel en ernæringsfysiolog og en fysioterapeut, mens jeg som sykepleier er litt god på alt, og det kan være litt utfordrende å finne sin rolle.

- **Hva kan dere tilby?**

Dette er ingen døgnpost. Personene kommer hit etter de blir henvist av fastlege, eller fra henvisning fra sykehuset fra det prosjektet vi er med i.

Når personen kommer får han først en time samtale, dette er ment for å kunne sette i gang en refleksjon. Der vi ser hvor brukeren er i en endringsprosess kartlegger vi indre eller ytre motivasjon. Leter etter den indre motivasjonen. Så blir det gjort en fysisk test, denne kan man se tilbake til senere. Trening sammen med oss 2 x per uke og blir oppfordret til egentrening i tillegg. Alle får minst 3 individuelle samtaler på 3 månedene. De som er med i prosjektet får så mange individuelle samtaler de føler de har behov for, da vi tror de trenger tettere oppfølging. Det jobbes i grupper, der gruppen fra prosjektet har en del mindre deltakere en den generelle gruppen. Det er grupper ca. hver andre uke med prosjektgruppa, eksempelvis med erfaringer eller tema som mat og følelser, som er et viktig tema. Mens den generelle gruppen som er større har mer fokus på kunnskapsoverføring.

Treningen foregår både inne og ute i naturen, alt i fra spaserturer, intervalltrening og sykling.

Før personen starter her blir det skrevet en samarbeidskontrakt, personens ambivalens blir kartlagt ved å svare på et skjema, dette skjemaet kan også benyttes senere om personen eksempelvis blir motløs underveis og et COOP/WONCA skjema blir fylt ut, dette følger personen et år for å kunne sammenlikne etter hvert hvordan det går.

- **Hvem kan benytte seg av disse tilbudene hos dere?**

Aldersgrense er satt til voksne i yrkesaktiv alder fra 18 til 67 år. Jeg skulle ønske det gjaldt flere, for eksempel barn og eldre.

-

- Titulerer dere personen som en bruker eller pasient?
Dette er en kommunal helsetjeneste så personene tituleres som deltakere eller brukere.

- Er tilbudene gruppebasert eller individuelt?
Trener i grupper, men der man ser det trenges individuell oppfølging får brukeren det.

- Har helseforetaket samarbeid med andre instanser som finnes rundt om kring i kommunen, eksempelvis helsestudio, idrettslag, slankeklubber, turlag.
*Først og fremst tett samarbeid med Aktiv hverdag i kommunen, her er det mulighet for brukeren å være aktiv til evig tid om brukeren skulle ønske dette, ellers ordner vi slik at vi gruppen en gang i måneden forsøker ut forskjellige aktiviteter som finnes rundt omkring i kommunen, dette for å gi brukerne en oversikt om hva som finnes og gi en puff til å komme i gang, og kanskje ufarliggjøre det litt. Det kan være at vi i grupper drar på gratis prøvetimer på helsestudio, eller for eksempel drar til en idrettsklubb og viser hva de kan tilby.
Ellers har vi litt samarbeid med Diabetesforbundet og LHL, og de aktiviteter de har. Og noen private lag som har turdager og diverse. Vi har ingen kontakt med slankeklubber. Vi fokuserer ikke på slanking her, de fleste som kommer hit har vært igjennom og prøvd utallige slankemåter. Vi får tilbake melding at det er så deilig å være her og det ikke er fokusert på vekt, at det heller er fokusert på trivsel og glede, og de ser at dette gir resultat i at kiloene forsvinner allikevel, og at de får mer overskudd i hverdagen.*

Dybde intervju

1. Kan du fortelle meg hva du gjør hvis en bruker har lav motivasjon ved oppstart?

- kan du gi noen eksempel?

Noen ganger ser vi jo det at brukere kommer hit og det er kanskje ikke de selv som står helt bak ønske om å være der. Kanskje er brukeren blitt overtalt av noen. Noen kommer jo med "sånn jaja legen min mener jeg skal prøve dette", eller det kommer klart fram at for eksempel en kone står bak. Men noe motivasjon må de ha for det er frivillig å komme hit. Noen ganger kan vi se brukeren er veldig motivert, men motivert for å bli tynn, være slank, og vel trent, men ikke motivert for trening og de endringer som skal til for å komme dit. Så vi kan ofte se at det ikke helt henger på greip. Vi kartlegger da først hvor de er i endringshjulet. Jeg får brukeren selv til å fortelle hvorfor han er kommet hit, Vi jobber mye med åpne spørsmål, der man lener seg tilbake å gi rom til brukeren, dette kan av og til være en del utfordrende der man av og til har lyst å komme med mine egne råd og fortelle hva som fungerer, dette skaper ofte motstand om en bruker blir lesset på råd som han ikke er klar for i det hel tatt. Vår jobb er å få brukeren løftet opp mot det nivået til å komme med «råd til seg selv» eller at de blir klar og ønsker konkrete råd i fra oss om endringer. Der ser man ofte ambivalens, en slags vekt som ligger og vipper. Vi ser jo spesielt der vi har brukere med overvekt at mange kan være livredd for å legge ut på denne veien igjen da de har fra tidligere erfaring vært i mange runder der de har feilet og feilet når det gjelder å gå ned i vekt, eller å endre livsstil. Vekt er veldig synlig og dermed gjør det ekstra vanskelig for mange. Vi legger vekt på trivsel. Og vi legger vekt på åpne spørsmål der vi gir rom for brukeren skal komme fram til svaret selv

Vi kartlegger ambivalensen der vi spør hvordan hva er det som bra med livssituasjonen du har i dag, ofte snakker de om kosen rundt avslapping og kos, etter hvert når de har fortalt litt kommer det ofte "men, jeg har lyst å ha mer overskudd og klare å være mer aktiv med barna mine", eller "det er jo veldig tungt". Her hører jeg potensielt endringsmulighet, og da kan man ta tak i dette å gå mer inn på hva brukeren legger i det for eksempel når han sier det er tungt i hverdagen sin. Da begynner brukeren å dvele litt rundt disse spørsmålene som angår sitt liv. Vi ser ved å støtte de og hjelpe de til å finne sine egne svar kommer gjerne den indre motivasjonene fram, det er viktig at brukeren gjør denne endringen for sin egen skyld og ikke for meg som sykepleier eller noen andre.

Handlingene mine blir ut i fra hvor brukeren er i prosessen, det er ingen lineær prosess, og dette forbereder vi brukeren på, snakker litt og tørr å ta tak i muligheten for at det kan trøes feil, og at brukeren kan lære av det. Alminneliggjøre mulighet for sprekk, og at det er ikke farlig, men det er hvordan man opprettholder «sprekken» og hvordan komme seg tilbake på rett spor. Å lage strategier for det er kjempe viktig. Ser på målsetning, hjelper de til å se et overordnet mål, viktig at målet betyr noe for dem, at brukeren får koblet litt følelser til målet. For eksempel personlig mål som å ha overskudd til å være mer i aktivitet samens med barna sine og at man nevner barna med navn i målet.

Synligjør mestring ved å se på det positive og bra de før har fått til.

Individuelle samtaler.

2. Brukerens motivasjon endrer seg i løpet av perioden. Hva gjør du om brukeren blir:

Brukeren er her i minimum 3, 6 eller helt til 1 år i helsetjenesten, vi ser det er viktig med lang oppfølging.

- motløs? Vi opplever dette en del og da gir vi en tettere kontakt, ringer utenom trening, om de ikke møter til trening ringer vi for å høre hvordan det står til på en ikke fordømmende måte, at det ikke blir negativt, fremhever at vi savner de på treningen. De blir tilbudt ny samtale, der man kartlegger ambivalensen, og ser på målsetningen på nytt, at kanskje målene er satt for høyt.

- ambisiøs, og setter seg vel høye mål? Dette ser vi mest i starten, og da forsøker vi å veilede de til å ta mindre steg, men har fortsatt kjempefokus på det er deres ønsker. Hjelper dem å se om det kan være et realistisk mål. Forberede brukeren på at han skal gå ned i vekt men kanskje ikke så mye og så fort. Veldig viktig å hjelpe dem til å finne en balanse som brukeren kan leve med resten av livet og at det skulle kunne være et hyggelig liv. Viktig at brukeren finner en balanse mellom et sunt liv og aktivitet, uten at det fratår brukeren livskvaliteten. At man skal ha denne livstilen gjennom hele året, ved høytid, ferie, hverdags og fest. Viktig at brukeren skjønner selv at han kan spise litt kake, men at det må finnes begrensinger. Dette er typiske ting vi kan ta opp til refleksjon og samtale i gruppen, vi jobber mye med tanker og følelser.

Vi er veldig opptatt av at brukeren skal klare å mestre noe, og dermed er det viktig å ikke sette seg for høye mål. Vi hører jo også de brukerne som i samtale er veldig motivert, gir uttrykk hva de skal klare, men som kanskje ikke klarer helt å følge det når de skal være hjemme.

3. Hvilke teknikker, eller metoder tar du i bruk der motivasjonen er:

- lav for å komme i gang? Vi bruker en teknikk med motiverende intervju som metode. Vi forsøker å finne ut hvor i endringsprosessen de er og undersøker ambivalensen. Hjelper til med å lage gode målsetninger, viktig å begynne med små mål, og delmål, men ikke så små at de blir kjedelig. Hadde for eksempel en bruker en gang som fikk som mål å begynne å spise frokost, og det mente han han skulle klare, viktig endring for han å spise frokost eller så har han jo tullet med hele forbrenningen. Hjelp brukeren praktisk å komme i gang om fysisk aktivitet kan være tungt, vi har også praktisk matlaging slik at de får sett det og ikke bare fortalt det. Løfte brukeren opp å tørre å være aktiv, tørre å ha høy puls og tørre å være aktiv i en gruppe, skape trygt miljø rundt er viktig, i dette ser jeg at jeg har en fordel å ha helse bakgrunn, vi har mange som sliter med angst. Tillit er viktig å skape. Viktig at brukeren blir møtt med respekt for den man er og det brukeren står for, dette har vi fått gode tilbakemeldinger på. Jeg bruker å fremheve at alle har jo en årsak for de er kommet hit, at man ikke går videre inn på dette men jeg tror det skaper en trygghet.

- vanskelig for å holde oppe, der brukeren har vanskeligheten med å se meningen i det og klare å fortsette? Tilbudt samtale, fokus på egentrening, vi ønsker helst at folk er med på alt, men vi skjønner det er vanskelig å kunne kombinere med jobb og familielivet, vi opplever de fleste vil være med. Vi gjør individuelle avtaler, og prøver å tilrettelegge. Vi opplever noen ganger at brukeren ønsker å avslutte, det kan være mange årsaker, eksempelvis synes brukeren det blir for komplisert å kombinere i tillegg til jobb og privatliv. Om de ønsker å avslutte blir det skrevet en avslutnings melding og er ute og prøver helst selv et år før de eventuelt kan få en henvisning fra fastlegen. Vi har ventelister.

Ingen fra prosjektet har avsluttet hos oss, men nå er dette nylig oppstartet.

4. Har du noen gode strategier der du kan gi brukeren gnisten tilbake?

Det er viktig at ikke brukeren føler tvang, det skal være lystbetont frivillig. Jeg har troen på at om man har en lett tone i samtalen og brukeren ikke føler noe press er det lettere å hjelpe han tilbake. Vi er også opptatt av at vi har det morsomt på trening, at man tuller og flirer mye. Men om brukeren ikke vil mer ja da synes jeg det er greit. Det er kanskje et litt spesielt opplegg dette, så det er ikke alle som klarer å følge dette. Men jeg har tro på at dette gir mer enn å trene selv på treningsstudio, tenker jeg dette er en mer helhetlig pakke, og at brukeren blir sett og vi har fagligkompetanse og ser helheten. Dette handler om det sosiale, mestring og det å løfte folk tilbake. I gruppen føler vi oss frem hvor stor deltakende vi trenger å være, av og til styrer vi gruppa og av og til merker vi gruppa er selv aktiv og alle er deltakende i samtale.

5. Hvilke metoder tar du i bruk for at brukeren skal oppleve mestring?

I samtalen å snakke om hva brukeren selv før har klart. Hjelp de med å være den lommelykta, ved å dra frem det de selv fikk til. Eksempel ja du gikk opp de kiloene igjen, men du klarte faktisk å gå ned de kilo. Viktig å ha realistiske mål, begynne i det små, mål må være definerbare og målbare. Vi som jobber her må være støtte, en mur for brukeren.

Det er veldig viktig at brukeren setter sine egne mål, og helst konkrete mål. Og gi brukeren konkrete tilbakemelding ved å få frem det de har klart å gjennomføre, eller de selv får fortelle hva de faktisk har oppnådd.

Viktig å snakke om strategier ved tilbakefall, og normalisere dette på en slik måte at det kan skje, men man skal ikke ta lett på det og la det skje.

6. I hvilken grad trekker du inn ektefeller, eller andre familiemedlemmer i motivasjonsarbeidet for brukeren?

Her er vi for dårlig, og jeg har tenkt på det. Vi pleier å tilby at de kan ta med ektefelle ved kostveiledning. I tillegg må jeg jo si det at om det er par som søker får disse komme sammen. Vi har også vært inne på tanken på om samtalegruppen skulle hatt med seg sin partner, men samtidig dette da vil bli en helt annen type gruppe.

7. Er det noe du kan tenke deg å tilføye dette intervjuet?

Vi ser nå etter vi startet dette overvekts-prosjektet, at kosthold er kjempeviktig, men man ser at det ligger veldig mye på tankemønstret, som eksempelvis en bruker har bestemt seg for å unngå godterier denne kvelden så når han har satt seg ned i sofaen kommer det mange slike automatiske tanker skytende inn som jeg har jo jobbet så hardt og er veldig sliten i kveld, så da kan jeg bare ta litte grann og så henter man potetgullpose og spiser litt, så kommer tanken etter hvert nå når jeg har spist dette, ja da kan jeg bare spise restene. Det har mye med følelser, som om man spiser seg stappe mett på mat.

Letter å motivere til et mål som er veldig nær, små mål er viktig eksempel gå ned 2 kg til sommeren istedenfor at jeg trenger å slanke 80 kg bort. Mange kan og få tanker som om jeg går ned får jeg en masse hud til overs, og hva er vitsen jeg blir jo ikke fin da. Viktig å fange opp egne tanker, ubeviste tankeganger og jobbe med disse, selv om vi ikke driver terapi jobber vi så godt vi kan med dette.