



UNIVERSITETET I
NORDLAND

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE 2012

SY 180H 000

*”Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bruke
kunnskaper om kosthold og aktivitet i veiledning av brukere
med diabetes type-2”.*

26.10.2012

Kandidatnr: 113



Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema.	2
1.2	Presentasjon og begrunnelse for problemstilling.	2
1.3	Avgrensning av problemstilling	2
2.0	PRESENTASJON AV METODE.....	3
2.1	Litteraturstudie	4
2.2	Kritikk av metoden.....	4
2.3	Litteratursøk	5
2.4	Kildekritikk	5
2.5	Presentasjons av artikler.....	6
3.0	TEORI	6
3.1	Diabetes type-2.....	6
3.1.1	Kostens betydning ved Diabetes Mellitus type-2.....	7
3.1.2	Fysisk aktivitets betydning for Diabetes Mellitus type-2.....	8
3.2	Atferdsendring.....	10
3.2.1	Stadier for atferdsendring.....	10
3.2.2	Sykepleiers pedagogiske funksjon	11
3.2.3	Fra veiledning til mestring	12
3.3	Dorothea Orems sykepleierteori.....	12
3.3.1	Egenomsorg.....	13
3.3.2	Egenomsorgssvikt	14
3.3.3	Orems sykepleiesystem	14
4.0	DISKUSJON	15
4.1	Hvordan å skape endring hos eldre med diabetes type-2?	15
4.2	Ta kontroll over eget liv, med diabetes type-2.....	20
5.0	AVSLUTNING	22
6.0	LITTERATURLISTE	23

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

I denne bacheloroppgaven skriver jeg om diabetes type-2 i hjemmesykepleien som tema. Jeg har ved siden av mitt studium jobbet i hjemmesykepleien i over fire år og finner denne jobben både lærerik og relevant med hensyn til min utdanning. Når jeg valgte diabetes type-2, var dette fordi det er en sykdom som er veldig relevant i tiden, ettersom dette er en livsstilssykdom som har økt betraktelig de siste 20-30 år (Folkehelseinstituttet, 2012). Dette er noe jeg finner veldig interessant, og ønsker dermed å koble denne sykdommen opp mot de oppgaver og utfordringer som sykepleier står ovenfor i hjemmesykepleien.

1.2 Presentasjon og begrunnelse for problemstilling.

Jeg har utarbeidet en problemstilling som følger: *"Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bruke kunnskaper om kosthold og aktivitet i veiledning av brukere med diabetes type-2"*.

Bakgrunnen for mitt valg av problemstilling baserer seg på at det er flere tiltak som kan gjøres for å regulere diabetes type 2. Dette betraktes som en livsstilssykdom og jeg ser det da som naturlig at for å kunne leve med denne sykdommen må det endring i livsstilen til. Jeg finner det veldig interessant å se hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre i det daglige for å ivareta egen helse. Jeg opplever også hjemmesykepleien som en arena hvor det er utfordrende for sykepleier, i og med at pasienten kun har tidsbegrensede besøk fra hjemmesykepleien og for øvrig er på egen hånd. På bakgrunn av dette tenker jeg at det må være veldig viktig at sykepleier formidler og bruker kunnskapene sine på en måte som styrker pasienten og hans kunnskaper om egen sykdom. Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan drive veiledning i forhold til pasienter som bor hjemme og som må klare seg mye selv. Jeg lurer dermed på hvordan sykepleier på best mulig måte kan hjelpe en person med nydiagnostisert diabetes, til å gjøre endringer i forhold til kost og aktivitet slik at brukeren på best mulig måte kan leve med sin sykdom.

1.3 Avgrensning av problemstilling

På bakgrunn av problemstillingen ønsker jeg å avgrense oppgaven til brukere som har en kostregulert diabetes type-2, det vil si en diabetes som ikke behandles i form av medikamenter. Jeg velger også å avgrense oppgaven til brukere som nettopp har fått

diagnosen. Grunnen til dette, er at dette en fase hvor jeg tror det spesielt viktig med veiledning fra sykepleieren, noe som er relevant for problemstillingen.

Det er også relevant for oppgaven, at brukerne i hjemmetjenesten som oppgaven er rettet mot, ikke er kognitivt svekket. Jeg avgrensner derfor oppgaven til brukere som har evne og vilje til å motta informasjon og forstå denne.

Jeg velger også å avgrense oppgaven til brukere som i større eller mindre grad har mulighet til å være fysisk aktiv. Dette er en avgrensning som gjøres på bakgrunn av at jeg ønsker å fokusere på brukerveiledning, som innebærer kost og aktivitet sett i forhold til sykdommen. Det er dermed relevant for oppgaven at brukeren har mulighet til å være fysisk aktiv.

Jeg avgrensner ikke oppgaven i forhold til alder eller andre sykdommer hos brukergruppen, dette er fordi jeg ser på alder og andre sykdommer som uvesentlig for oppgaven dersom overstående kriterier er oppfylt.

Oppgaven avgrenses også i forhold til tverrfaglig samarbeid. Jeg fokuserer kun på sykepleiers rolle.

Oppgavens omfang er på 8717 ord.

2.0 PRESENTASJON AV METODE

Metode er en framgangsmåte for å skaffe seg kunnskap eller for å finne ut av om en påstand er gyldig eller ikke. Metode defineres i Dalland (2008) som et middel eller en måte for å tilegne seg ny kunnskap. Dette uavhengig av hvordan dette skjer. Metoden er vårt hjelpemiddel for å samle data, og redskapet i enhver undersøkelse som kreves for å komme fram til det svar vi søker. Det er også relevant å gi en vurdering på hvordan innvirkning den valgte metoden har på resultatet, og hvordan en annen metode kunne gitt ett annet resultat. (Dalland, 2008)

For å kunne undersøke ulike sider av et fenomen kreves det ulike metoder. Kvantitative og kvalitative metoder, er meget vanlige i vitenskapsteorien og kan gi data om samme fenomen, men på ulike måte. Gjennom kvantitativ metode, tar man sikte på å tilegne seg kunnskap og informasjon gjennom det målbare, tall og diagrammer. Kvalitativ metode, er en metode som ikke kan måles. Gjennom denne metoden fanger man opp meninger, opplevelse og ikke-målbare data, som igjen kan si oss noe om de egenskaper og ulike trekkene fenomenet har.

Både kvalitativ og kvantitativ metode brukes for å tilegne seg bedre forståelse om et fenomen, men er foruten dette, to helt ulike fremgangsmåter for å tilegne seg data (Dalland, 2008).

2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie, for å besvare min problemstilling. Grunnen til dette, er at jeg ønsker å benytte meg av allerede eksisterende litteratur og forskning omkring mitt tema, og drøfte dette opp mot problemstillingen. Med all oppgaveskrivning kreves det gjennomgang av litteratur. I en litteraturstudie er dette spesielt viktig, med tanke på at kunnskapen skal hentes ut, og det er denne dataen som skal besvare spørsmålet. Dalland (2008) beskriver formålet med en slik gjennomgang med å få en oversikt over hvilken litteratur som finnes på det aktuelle temaområdet. Det er på denne måten jeg i oppgaven også har gått fram, både med tanke på bøker og på aktuell forskning.

2.2 Kritikk av metoden

En litteraturstudie har både sterke og svake sider. Jeg vil med en litteraturstudie kunne innhente den ferskeste litteraturen, samt nyeste forskning. Litteratur fra bøker, har jeg hatt som mål at ikke skal være eldre enn 10 år. Jeg har likevel med Orems sykepleierteori som er eldre, men som ennå er relevant. Av forskning som jeg har innhentet har jeg også hatt som mål å ha data som ikke er eldre enn 10 år, men jeg har primært prøvd å forholde meg til forskning som ikke er eldre enn 5 år. På denne måten vet jeg at de data jeg innhenter ikke er utdatert, samt at jeg kan drøfte problemstillingen min ut i fra den mest relevante litteraturen.

En svakhet med å bygge oppgaven opp slik, er at litteraturen jeg bruker allerede kan være tolket av noen andre. På denne måten kan den opprinnelige teksten allerede vært tolket på en måte som ikke var i henhold til forfatterens utgangspunkt og mening. Artikler og forskning er ofte på andre språk, og kan på denne måten skape feiltolkninger og oversettelsesfeil, både fra min side, men også dersom artikkelen er fortolket i annen litteratur jeg bruker.

Det er viktig å påpeke at i en litteraturstudie vil en ofte finne svar og søke etter svar som er i direkte sammenheng med problemstillingen. Dette gjør at jeg som litteratursøker kan velge å forkaste den litteraturen som ikke er i overensstemmelse med det svaret jeg er ute etter. Dette vil ikke være i samsvar med et nøytralt utgangspunkt for oppgaven, og kan dermed svekke denne. Det er viktig å fremheve hva forskning viser, uavhengig av om det samsvarer med mine forventninger.

2.3 Litteratursøk

I denne oppgaven har jeg gjennomgått ulike databaser for å finne forskning og litteratur som er relevant for min oppgave. I tillegg til pensumlitteratur, har jeg hentet litteratur gjennom universitetets bibliotek. Forskning har jeg søkt på gjennom databaser som; ”Helsebiblioteket”, ”PubMed”, Sykepleien.no og ”SweMed”. Jeg har brukt ulike søkeord, både norske og engelske. Hovedsakelig har jeg brukt søkeordet; ”Diabetes type-2” i kombinasjon med for eksempel: ”exercise”, ”lifestyle”, ”food and exercise”, ”motivation”, ”fysisk aktivitet” og ”kostregulering”. Jeg fikk flere tusen treff i de ulike databasene, og reduserte etter hvert søket mitt til treff som ikke var eldre enn fem år. Ved å bruke flere av søkeordene mine samtidig, traff jeg til slutt et utvalg som var interessant å gjennomgå for bruk i oppgaven. Etter hvert som jeg har sett gjennom ulike artikler har også søkemotoren foreslått artikler med overskrifter som lignet søkeordene mine, og på denne måten har jeg truffet de mest relevante artiklene. Når jeg var inne på en artikkel og leste denne, foreslo også søkemotoren andre artikler med relevans til samme tema. På denne måten fant jeg også relevante artikler. Jeg satt til slutt igjen med 8 artikler som jeg anså som spesielt interessant, og plukket til slutt ut tre av disse for å bruke i oppgaven.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er ikke bare relevant for oppgaver, men også i sykepleierens daglige virke. Dalland (2008) presiserer at det i enhver oppgave og annen tilegnelse av kunnskap skal kunne redegjøres for hvor kunnskapen er hentet fra. Dette innebærer at en må se kritisk på de kildene en henter data fra, slik at en vet at dataen kan etterprøves.

Jeg har i oppgaven prøvd å bruke litteratur som er av nyere årstall. Både pensumlitteratur og annen litteratur jeg har innhentet hovedsakelig sekundærlitteratur, tekster som forfatterne har tolket av andre. Jeg bruker også litteratur som kan være litt eldre, men som likevel er relevant i dag. Når jeg innhenter forskning er jeg nøye på å se hvor de er publisert og hvor gamle de er.

2.5 Presentasjons av artikler

Jeg har gjennomgått flere relevante artikler som kunne passet inn i min oppgave. Noen av eldre dato og flere av nyere dato. Jeg har sett meg ut tre artikler som jeg føler treffer godt, og som jeg kan bruke i drøftingen min.

Artikkelen *Motivation for diet and exercise management among adults with type-2 diabetes* (Ofteidal, Bru og Karlsen, 2010), er en norsk forskningsartikkel som ser på motivasjon, forventninger og verdier og hvordan innvirkning dette har på kost og aktivitet hos voksne med diabetes type-2. Artikkelen er publisert i ”Scandinavian Journal of Caring Sciences”. Her er det brukt spørsmålsskjema som metode blant 425 voksne. Skjemaet inkluderte spørsmål vedrørende trening og kost, samt ulike motivasjonsfaktorer som for eksempel forventning.

Artikkelen *The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes* (Mishali, Omer og Heymann, 2010), viser hvilken sammenheng det er mellom forventning til mestring, og etterlevelsen av anbefalte behandlingsformer for diabetes type-2. Artikkelen er publisert i tidsskriftet ”Family practice”. I denne studien har 119 personer med fire konkrete tiltak for behandling av diabetes, som personen skulle ivareta selv, svart på et spørreskjema i forhold til hvordan de har etterlevd disse tiltakene.

Artikkelen *Reduction in the incidence of type-2 diabetes with lifestyle intervention or metformin* (Fowler m.fl. 2002) ser på endring av livsstil som forebyggende tiltak i forhold til diabetes type-2, i kontrast til medikamentell forebygging. Artikkelen er presentert i ”The New England Journal of Medicine”. I denne undersøkelsen har 3234 personer uten diabetes, men med forhøyede fastende blodsukkerverdier deltatt. Én gruppe ble satt på en dose medikamentell forbygging, én gruppe fikk placebo og en siste gruppe skulle endre livsstil i form av kost og trening. Disse ble fulgt opp i nesten 3 år.

3.0 TEORI

3.1 Diabetes type-2

Diabetes mellitus er en stoffskiftesykdom som har økende forekomst i Norge. Det finnes ulike kategorier med diabetes, men felles for dem alle er kronisk forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet, samt forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen i kroppen. Dette skjer på grunn av manglende eller redusert insulinproduksjon i bukspyttkjertelen (Mosand og Stubberud, 2010)

Diabetes type-2 er den vanligste typen diabetes, og kjennetegnes av insulinmangel på grunn av resistens, manglende følsomhet for insulin, eller manglende frigjøring av insulin fra betacellene i bukspyttkjertelen (Sagen, 2011). Diabetes er en sykdom som ofte har langsom progress. Dette gjør at mange kan ha hatt sykdommen i lang tid før den blir oppdaget. Sykdommen utvikler seg vanligvis i en alder av 40 og oppover og disponeres ofte på bakgrunn av arv, fedme, høyt blodtrykk og inaktivitet. Denne typen diabetes har blitt kalt aldersdiabetes, dette på grunn av sykdommen ofte oppstår i høy alder, fra 70 år og oppover (Mosand og Stubberud, 2010).

I og med at diabetes er en sykdom som kan komme snikende, kan det være vanskelig å diagnostisere og se symptomene. Spesielt hos eldre er dette problematisk, da alderdom ofte endrer kroppen fysiologisk og på denne måten skjuler symptomene. Typiske symptomer er ofte tretthet, svimmelhet, tiltaksløshet og depresjoner, da dette gjenspeiler kroppens glukoseomsetning. Sukker i urinen, urinveisinfeksjoner og generelt diffuse plager som for eksempel nedsatt allmenntilstand kan være symptomer. Alt dette er symptomer som ikke er uvanlig hos eldre på grunn av de fysiologiske forandringene i kroppen, og diabetes kan ofte forveksles med dette og forbli udiagnostisert. Hos eldre er også hyppig vannlating og behovet for å late vannet om nettene et typisk symptom som lett kan forveksles med det ”å bli eldre”. Det er også slik at dersom vedkommende bruker medikamenter for andre sykdommer, kan bivirkninger av disse skjule eventuelle symptomer på diabetes (Haugstvedt, 2011). Ved å måle konsentrasjonsnivået av sukker i blodet kan diabetes konstateres og behandling starte. Dette er veldig viktig da diabetes mellitus disponerer for blant annet hjerte- og karsykdommer, aterosklerose, hjerneslag og dårlig perifer sirkulasjon av blod i kroppen (Mosand og Stubberud, 2010).

3.1.1 Kostens betydning ved Diabetes Mellitus type-2

Hva man spiser og hvilken måltidsrytme man har, har stor innvirkning på glukosenivået i blodet. Dette forutsetter at mennesker med diabetes har kunnskaper om kosthold. Det er likevel slik at mat ofte er mye mer enn bare næring. Valg av mat påvirkes av tradisjon, humør, selskap og økonomi. Dette er behov som kan komme i konflikt med hva som egentlig bør inntas av mat hos en diabetiker. Kostrådgivning har historisk sett konsentrert seg i å begrense karbohydratinntaket hos pasientene. Dette har endret seg over de siste tiårene (Aas, 2010). Kostrådgivning som er i tråd med dagens standard tar større utgangspunkt i å ha mest mulig

normalkost. Forskjellen fra normalkost ligger i å etterstrebe et lavere sukker- og fettinnhold i maten. Dette gir en gunstig påvirkning av blodsukkerreguleringen og fettomsetningen i kroppen (Mosand og Stubberud, 2010).

Det daglige energiinntaket fra karbohydrater bør bestå av langsomt nedbrytbare karbohydrater, i motsetning til de hurtig nedbrytbare. Dette er fordi karbohydrater som brytes ned sakte, går langsomt over i blodet, og på denne måten reduserer hastigheten på blodsukkerstigningen, sett i motsetning til karbohydrater som tas opp i blodet hurtig. Dette kombinert med fiberrik mat, som er ufordøyelige karbohydrater, reduserer ytterligere opptak av karbohydrater og gir gunstig effekt på blodsukkernivået (Mosand og Stubberud, 2010).

Et lavere fettinnhold i maten er også gunstig for diabetikere. Dette er fordi et høyt fettinntak skaper store tilskudd av energi, noe som igjen kan gi vektøkning. Vektøkning kan igjen gi dårligere opptak av insulin. Det er likevel viktig å nevne at fett fra for eksempel fet fisk er bra i normale mengder, på lik linje som at det er bra for mennesker uten diabetes. Det er det mettede fettet, som vi finner i blant annet kjøtt og ost, som bør reduseres i kosten (Mosand og Stubberud, 2010).

Karbohydrater utgjør i normal kost en stor del av måltidet. Dette tilsier at det mest gunstige for en diabetiker er å spre måltidene utover dagen. Dette fører til en jevn tilføring av karbohydrater, i motsetning til få, men store tilføringer. Et måltidsmønster med fire til seks måltider per dag har i henhold til Aas (2010) hatt gode resultater på glukosenivået i blodet hos pasienter, i studier som er gjort. Dette er også gunstig, sett i forhold til vektregulering.

Aas (2002) understreker også at kostregulering, spesielt hos eldre, ikke må gå på bekostning av et godt næringsinntak. Streng ”diabeteskost” kan ikke forsvares dersom dette går direkte utover den enkeltes livskvalitet, og andre typer regulering av diabetes vil da være nødvendig, som for eksempel medikamentell behandling.

3.1.2 Fysisk aktivitets betydning for Diabetes Mellitus type-2

Fysisk aktivitet har stor betydning for hele kroppen. Det forebygger ulike sykdommer, frigjør hormoner, og forbrenner energi som kroppen har inntatt. Sagen (2011) betegner regelmessig fysisk aktivitet som en sentral del av behandlingen av diabetes type-2. Fysisk inaktivitet er en stor risikofaktor i forhold til hjerte- og karsykdommer som diabetes er disponibel for, men gir også stor risiko for fedme med de komplikasjonene dette medfører. Sagen (2011) viser også

til studier som er gjort i forhold til livsstilsendrende behandling hos personer med diabetes type-2, sett i forhold til endret kost og økt fysisk aktivitet, med gode resultater.

Regelmessig aktivitet hos en pasient med diabetes type-2 er helt trygt, og kan med stor fordel brukes i behandling da dette er med på å regulere blodsukkernivået i blodet, samt senke gjennomsnittlig langtidsblodsukker, som kan sjekkes med en blodprøve. Ved trening forbrenner kroppen karbohydrater og fett, som ved inaktivitet ”lagres” i kroppen og går over i blodårene, med blodsukkerstigning (Sagen, 2011). Meyer og Lindseth (2010) har skrevet litteratur vedrørende diabetes type-2 og fysisk aktivitet, hvor de anbefaler diabetikere å gå en rolig tur etter inntak av mat. Dette er fordi karbohydratene etter inntak brukes til forbrenning, og på denne måten reduserer man blodsukkerstigning.

Fysisk aktivitet hos eldre med diabetes type-2 er like vesentlig, som med yngre. Med alderen vil bevegelsesfunksjonen påvirkes. Aldringsprosessen, gener og andre sammenvirkende faktorer, utsetter kroppen for en gradvis reduksjon av bevegelsesapparatet. Denne prosessen er individuelt betinget, men skjer med alle. Muskler og kondisjon er typiske funksjoner som gradvis blir dårligere, som et resultat av dette. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, viser til tilstrekkelig helsegevinst ved fysisk aktivitet i en halv time daglig (Helbostad, 2008). Muskel- og utholdenhetstrening kan gi stor gevinst hos eldre. Helbostad (2008) skriver at økt muskelstyrke i beina, vil gi bedre funksjon i føttene, noe som generelt kan forebygge funksjonssvikt gjennom at den eldre ”kommer seg rundt”. Økt styrke kan oppnås ved øvelser der det kan gis motstand til bevegelsen, for eksempel med vektmanjett rundt foten eller øvelser med elastiske bånd. Utholdenhet kan opparbeides, enten ved bruk av ergometersykel, eller med mer intens gange, dersom individet er i stand til dette. Helsegevinst av fysisk aktivitet krever kontinuitet (Helbostad, 2008).

Sagen (2011) skriver at insulinfølsomheten hos eldre øker allerede etter første treningsøkt. Det er likevel slik at følsomheten kan reduseres dersom man ikke opprettholder aktivitetsnivået. Fysisk trening må individualiseres, og effekten av denne vil variere ut fra varighet, intensitet, samt fysiologiske betingelser.

3.2 Atferdsendring

3.2.1 Stadier for atferdsendring

Atferdsendring er noe som ikke skjer over natten. En persons atferdsmønster er som regel godt etablert og det vil i mange tilfeller kreve stor innsats fra vedkommende for å endre dette. Mæland (2010) presenterer en modell med fem ulike stadier i en endringsprosess, som er utarbeidet av to amerikanske forskere, Prochaska og DiClemente. Dette er kognitive prosesser som ligger bak en endring i atferden. Stadiene i modellen er ikke statiske. Menneskene som utfører endringen, følger ikke nødvendigvis mønstret i modellen, og det er også mulig å hoppe mellom stadiene.

1. *Før-overveielse (ignorering)*. Dette er et stadium hvor atferden til en person ikke oppleves som problematisk hos personen selv, og vil dermed være uten intensjon vedrørende endring. På dette stadiet har personen liten interesse for å bli opplyst, og motivasjon for endring er ikke til stede. Forhold som kan endre på dette kan for eksempel være sykdom, sykdom i den sosiale kretsen eller at problematikk kommer personen til øre på andre måter. Dette kan være utløsende momenter og en påvirkning av personen, slik at det vurderes handling.

2. *Overveielse*. Dette er et stadium hvor personen erkjenner at noe er galt med atferden. Personen vurderer en endring, og ser både på positive og negative sider, uten å ta noe beslutning. Personen blir mer åpen for påvirkning og stadiet endres når personen har dannet en intensjon om endring. Faktorer som påvirker, vil være resultatforventning, normativ påvirkning og mestringsforventninger som individet har..

3. *Forberedelse*. Ved dette stadiet har person bestemt seg for at det skal skje en endring og planlegging er begynt. Planen vil være individuell og under forutsetning av om personen mener atferden er selvbestemt eller påvirket av ytre faktorer. Ved selvbestemt atferd vil personen kunne legge stor vekt på egen motivasjon og forpliktelse. Ved atferd som er påvirket av ytre faktorer vil personen kunne legge stor vekt på støtte fra andre under planleggingen. Praktiske forhold, som for eksempel hvordan endringen skal skje, innsats og eventuell støtte fra andre, er også forhold som personen på dette stadiet planlegges.

4. *Handling*. Dette er stadiet hvor endringene gjennomføres. Det rettes stor oppmerksomhet på dette, slik at personen kan kontrollere at endringene gjennomføres. En avgjørende faktor i dette stadiet, er at personen er forberedt mentalt, i tilfelle det skulle oppstå vanskeligheter og problemer.

5. *Vedlikehold*. Atferden vil over tid gå fra å være en bestemt handling, til å bli en normal rutine som gradvis vil være automatiske. På dette stadiet vil det være nødvendig med fokus på å hindre tilbakefall av gammel atferd. Å hindre tilbakefall vil i mange tilfeller være vanskeligere enn selve endringen, og stress, konflikter, bekymringer og sosialt press vil være faktorer som har innvirkning på den enkelte. Desto mer forbredt en person er på å takle situasjoner som kan lede til tilbakefall, desto større er sjansene for å kunne motstå dette, og mestre situasjonen.

3.2.2 Sykepleiers pedagogiske funksjon

I Tveiten (2008) defineres pedagogikk som læren om forholdet mellom pedagog, målgruppe og innhold. Innholdet er kunnskapen som skal formidles og pedagogen er personen som legger til rette for at målgruppen skal tilegne seg innholdet. For sykepleiere vil det også ha betydning at konteksten stemmer. Dette vil si at situasjon og sammenheng må tilpasses. Sykepleiers pedagogiske funksjon omhandler i stor grad å legge til rette, både gjennom kunnskapsformidling og veiledning (Tveiten 2008).

Granum (2003) presiserer viktigheten av å kartlegge den enkeltes læreforutsetninger, dette før sykepleier kan begynne å undervise. Kunnskaper, erfaringer og ressurser vil hos alle pasienter være en variabel, og med å få kartlagt dette, kan sykepleier tilegne seg en oversikt over hvilke områder pasienten trenger undervisning på.

I Granum (2003) er det beskrevet ulike undervisningsmetoder. To av disse er veldig aktuell i forhold til hjemmeboende brukere.

1. *Forklaring med dialog*. Dette er en metode der sykepleier formidler kunnskap gjennom å argumentere og forklare for pasienten det aktuelle temaet. Det er viktig med dialog i denne modellen. Det vil si at brukeren kan stille spørsmål, som så får et svar og forklaring av sykepleier. Undervisningens omfang avhenger av pasientens behov for informasjon, og sykepleier må også gjøre vurdering i henhold til om undervisningen bør deles opp over tid. Dialogen må skje på brukerens premisser, altså må sykepleier tilpasse dialogen og møte brukeren "der han er" (Granum, 2003).

2. *Demonstrasjon med dialog og gjendemonstrasjon*. Dette er en undervisningsmetode som egner seg godt i tilfeller der brukeren skal lære seg praktiske ferdigheter. Det kan for eksempel være fysiske øvelser for å øke aktivitetsnivået. Ved at sykepleier demonstrerer og

forklarer, tilegner brukeren seg kunnskap ved å gjendemonstrere hva sykepleier har gjort. Ved gjendemonstrering kan sykepleier veilede og forklare. Denne metoden krever delaktighet hos brukeren, samt en dialog mellom partene som kan være med på å fremme læring (Granum, 2003).

3.2.3 Fra veiledning til mestring

Veiledning kan ses på som en pedagogisk metode for å øke mestringskompetansen hos en mottaker. Dette kan innebære både undervisning, informering, instruering og rådgivning, og forutsetter at det er en dialog mellom pedagog og den som veiledes. Hensikten med veiledning er å skape en arena for mestring (Tveiten, 2008).

Motivasjon, kan defineres som drivkraften bak handlinger, eller retning for atferd (Tveiten, 2008). For at en person skal kunne lære noe eller veiledes, forutsettes det at den som er mottaker virkelig ønsker å tilegne seg den nye kunnskapen. Målet eller resultatet vil da være drivkraften og motivasjonen til mottakeren. Mennesker har også et trygghetsbehov som må ivaretas, dette før eventuelle mestringsbehov og kunnskapsberiking kan skje. Dette innebærer at veiledning, og et satt mål kan nås dersom trygghetsbehovet er tilstede, da dette kan veie tyngre enn mestringsbehov (Tveiten, 2008).

Motivasjon, læring og mestring er nøkkelbegreper innenfor diabetesrelaterte utfordringer. Karlsen (2010) samler disse begrepene i en felles tankemodell spesielt rettet mot denne sykdomsgruppen. Modellen innebærer at for å lære noe, er det nødvendig med motivasjon. Gjennom motivasjon og læring tilegner individet seg kunnskaper og ferdigheter, som igjen kan føre til å nå et mål, altså mestring og endret atferd. Følelsen av mestring og endret atferd, gir igjen mer motivasjon. Sammenhengen disse tre begrepene i mellom har stor betydning i forhold til behandling, fordi dette gir sykepleier en tankemodell i forhold til hvor en skal ”møte” pasienten i veiledning. Trenger pasienten motivasjon, må sykepleier rette fokus på dette. Trenger pasienten å lære praktiske ferdigheter, må sykepleier starte her. (Karlsen, 2011).

3.3 Dorothea Orems sykepleierteori

Jeg har for denne oppgaven valgt Stephen Cavanagh (1999) sin fortolkning av Dorothea Orems sykepleierteori for å finne svar på problemstillingen. Orems sykepleierteori omhandler

egenomsorg, egenomsorgssvikt og en sykepleieprosess som jeg ser som veldig relevant for oppgaven. Sykepleierteorien til Orem setter stort fokus på sykepleiers rolle med blant annet undervisning og veiledning av pasienter, slik at det legges til rette for egenomsorg.

3.3.1 Egenomsorg

Egenomsorg står sentralt i Orems teori. Egenomsorg defineres av Orem som måten individet utfører og tar initiativ til aktiviteter på vegne av seg selv, for å kunne opprettholde liv, helse og velvære (Kirkevold, 2006). Det er også sentralt at omsorgen ivaretas frivillig og tilsiktet. Det vil si at de beslutninger og aktiviteter som igangsettes for å oppnå eller opprettholde egenomsorg avhenger av at individet gjennomfører gjennomtenkte og tillærte handlinger (Cavanagh, 1999). Orem deler ordet egenomsorg i to. ”Egen” representerer det fysiske og det psykiske behov, og ”omsorg” representerer de aktiviteter som opprettholder liv og utvikling hos individet. For å utøve egenomsorg lister Orem opp ulike punkter som må være ivaretatt. Understøttelse av livsprosesser og normalfunksjon. Vekst, modning og utvikling må opprettholdes. Individet må forebygge eller kontrollere sykdomsprosesser og skader, samt forebygge eller kompensere for funksjonssvikt. Fremme velvære er også en viktig del for å kunne utøve egenomsorg (Cavanagh, 1999).

I Orems sykepleiemodell refererer hun til ”egenomsorgsbehovene” som sentralt. Egenomsorgsbehovene er vesentlige for utøvelsen av egenomsorg, og er i denne sammenhengen synonymt med aktiviteter som individet gjennomfører for å utøve egenomsorgen. Egenomsorgsbehovene er delt i tre kategorier som følger (Cavanagh, 1999).

Universelle egenomsorgsbehov er den første kategorien. Dette er egenomsorgsbehov som er universelle for alle mennesker og omhandler livsviktige funksjoner, både fysisk og psykisk, men også de sosiale og åndelige aspektene i livet. Denne kategorien inneholder de mest grunnleggende behovene, som behovet for luft, vann, næring aktivitet og hvile. Sosial kontakt, trygghet og velvære, samt fremme utvikling og funksjon innenfor et fellesskap er også et aspekt som Orem regner som et av de universelle egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 1999).

Den andre kategorien er ”Utviklingsrelatert egenomsorgsbehov”. Orem beskriver dette som behov som har sammenheng med forhold knyttet til modning og utvikling hos individet. Dette er behov som bygger på en antakelse om at mennesket utvikler seg fra nyfødt til døden.

Utviklingsprosessen bygger på hvilke behov individet har på det gitte tidspunkt og i hvilket forhold dette står i sammenheng med de universelle behovene. Det kan også være utviklingsbehov som knyttes til en spesiell tilstand eller hendelse, for eksempel graviditet eller tap av en person som står individet nært (Kirkevold, 2006).

Siste kategori er ”Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov”. Dette er behov som gjelder for den enkelte når det oppstår sykdom, skade eller funksjonssvikt. Endringer i helsetilstanden gjør at den enkelte må søke råd og assistanse hos kompetente, når den enkeltes kunnskap ikke strekker til for å kunne ivareta sine egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999).

3.3.2 Egenomsorgssvikt

For at egenomsorgsbehovene skal være ivaretatt utføres det egenomsorgshandlinger. Dette blir beskrevet som de ”terapeutiske egenomsorgskravene”. Dette beskriver Orem som et forhold mellom de egenomsorgsbehovene som er kjent hos individet, og hva som kan eller bør gjøres for å oppnå disse (Cavanagh, 1999).

Orem definerer ”egenomsorgskapasitet” som individets evne til å oppfylle kravene til egenomsorgsbehov. Egenomsorgskapasiteten vil variere ut i fra ulike betingede faktorer som alder, helsetilstand, læring og utdanning, erfaring i livet, kultur og ressursmessig. Egenomsorgskapasitet vil bestå av kunnskap, motivasjon og evner, både mentale og praktiske, som er sentrale for å forstå hvilke egenomsorgsbehov som er nødvendig, samt gjøre de aktiviteter som må iverksettes for å oppfylle disse (Kirkevold, 2006).

Orems teori om ”egenomsorgssvikt” tar utgangspunkt i at individet ikke er i stand til å ta vare på egenomsorgen. Dette skjer når egenomsorgskapasiteten er mindre enn individets terapeutiske egenomsorgskrav. Svikten kan være delvis eller hel, men vil trenge assistanse til å kunne oppfylle egenomsorgsbehovene (Kirkevold, 2006).

3.3.3 Orems sykepleiesystem

I Orems sykepleiesystem er det tre begrep som omfatter teorien. Sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiesystemer.

”Sykepleiekapasitet” omhandler de kunnskaper, evner og de holdninger som må være tilstede for at en skal kunne utføre god sykepleie. Dette er egenskaper som krever spesiell utdanning

og som i motsetning til egenomsorgskapasitet, krever ulike evner for å kunne gjennomføres. Det kan for eksempel være spesielle praktiske evner, villighet og motivasjon til å pleie andre. Praktiske evner vektlegger Orem høyest av disse, og omtaler dette som sykepleieprosessen. Denne prosessen består av: diagnostisering, forordning, behandling eller regulering og administrasjon av pleie innenfor situasjonen (Kirkevold, 2006).

”Hjelpemetoder” er et begrep Orem mener alle profesjonelle hjelpere benytter seg av. Det er fem generelle metoder. Å handle for eller gjøre noe for noen annen, rettlede en annen, å gi støtte, enten det er fysisk eller psykisk. De to siste er; å sørge for et utviklende miljø og undervise en annen (Kirkevold, 2006).

Under begrepet ”Sykepleiesystemer” strukturer Orem forholdet mellom sykepleier og pasient, dette i forhold til hvilke roller den enkelte skal ha. Relevant her, er også hvilke teknologiske elementer som skal inkluderes, samt hvilke hjelpemetoder som beskrevet ovenfor, som skal benyttes. Hun ser på tre ulike sykepleiesystemer. ”Helt kompenserende sykepleiesystem” er den pasientgruppen som er helt ute av stand til å ta vare egenomsorgen selv. ”Delvis kompenserende sykepleiesystem” er knyttet til den gruppen med pasienter hvor både sykepleier og pasient er medvirkende til å oppnå egenomsorg hos pasienten. ”Støttende eller undervisende sykepleiesystem” er relevant når pasienten skal øke egen kunnskap, og lære hvordan en selv kan utøve tiltak som øker egenomsorgen (Kirkevold, 2006).

4.0 DISKUSJON

4.1 Hvordan å skape endring hos eldre med diabetes type-2?

Mæland (2010) bruker en modell fra Prochaska og DiClemente som viser stadier for atferdsendring hos et individ. Første punkt i denne modellen er ”før-overveielse”. En bruker i hjemmesykepleien som nylig har fått diagnosen: diabetes type-2 må kunne belage seg på justeringer i livsstilen, dersom brukeren vil håndtere sykdommen på en god måte. Endring av livsstil er ikke noe som gjøres med et knips, og krever mye av individet selv.

Enhver person har sine rutiner og levevaner. Troen på at dette er den beste livsstilen er ikke nødvendigvis alltid til stede, men mange kan ha en tankegang om at livsstilen ikke nødvendigvis er helseskadelig. Mange tenker nok også at endringer kan skje etter hvert, og at livet skal nytes i øyeblikket. Mæland (2010) presiserer at sykdom er en faktor som kan endre

et individs syn i dette stadiet. Sykepleier kan også være en påvirkende faktor i denne sammenhengen. Dette fordi sykepleier, som fagperson, kan være med på å influere brukeren til å vurdere egen helse sett i forhold til livsstilen. I Orems sykepleiermodell tas det utgangspunkt i at sykepleier må besitte kunnskaper som tar utgangspunkt i å kartlegge pasientens behov. Dersom brukeren er i et ”før-overveielles stadium”, kan sykepleier bruke kunnskaper, i dette forholdet om kost og aktivitet, for å få brukeren til å innse fordelene med en endring. Granum (2003) bruker en modell med forklaring gjennom dialog. Fordelene med å bruke en slik tilnærming til brukeren, er at dette kan åpne for at spørsmål om konsekvenser, fordeler og ulemper kan diskuteres med brukeren, gjennom dialog. Dette kan være med på å gi brukeren en dytt i riktig retning.

Dialog og ”innblanding” fra sykepleier kan for noen virke belærende. Det er viktig å tenke på at enhver atferdsendring må gjøres av individet selv. Dette vil også si at endringen ikke kan presses på noen, da dette kan føre til å ha motsatt effekt av hva en er ute etter. En endring må nødvendigvis være selvbestemt av brukeren, dersom en ikke skal falle tilbake til gamle vaner. Overtalelse som påvirkning, beskriver Mæland (2010) som en påvirkning av individets resultatforventning, men med dårligere effekt på individets mestringsforventning. I stadiet for ”overveielse” er dette begge faktorer som må være til stede for at det skal kunne skje en endring.

Når brukeren erkjenner at det må skje en endring i atferden, vil brukeren i henhold til Prochaska og DiClementes modell være på et stadium hvor fordeler og ulemper veies opp mot hverandre. Resultat- og mestringsforventning er faktorer som for brukeren er avgjørende. Dersom en ikke har noe tro på at en klarer noe eller at det fører til noe godt resultat, er det ikke noe poeng i å prøve engang. Tveiten (2008) ser på veiledning fra sykepleier som en god pedagogisk metode for å heve mestringskompetansen hos individet. I forhold til kost og aktivitet hos en bruker med diabetes, kan dette innebære både praktisk undervisning i forhold til aktivitetsøvelser, men også kostholdsveiledning. Et konkret tiltak vil for eksempel være å skrive handleliste sammen med brukeren, da dette kan bidra til øke kompetansen. Dette vil også være i tråd med Orems teori, som legger vekt på at egenomsorgskapasitet, som her er kompetansen, er vesentlig for å kunne tilfredstille egenomsorgskravene.

Å øke mestringskompetansen kan være en faktor som er med på å få brukeren til å bestemme seg for en atferdsendring, men ofte vil det også være nødvendig å ta i betraktning brukers resultatforventning. Dersom denne kan påvirkes i positiv retning med dialog, som nevnt over,

kan dette være med på at brukeren bestemmer seg for å endre atferden. Dette kan føre til et stadium som Prochaska og DiClemente omtaler som ”foreberedelse.”

I henhold til Prochaska og DiClementes stadier for atferdsendring, vil brukere som opplever endring i atferd som selvbestemt, legge vekt på faktorer som forsterker forpliktelse og motivasjon i planleggingen. Mishali m.fl (2010) har gjort en studie som viser sammenhengen mellom individets forventning til mestring og etterlevelsen av behandlingen hos pasienter med diabetes-type-2. Etterlevelsen av behandlingen viste å ha stor påvirkning av hvordan forventningene var i forkant og underveis i behandlingen. Dette viser at stadiet for foreberedelse kan ha stor innvirkning i forhold til de kommende stadiene.

Motivasjon og forpliktelse er en overbevisning som pasienten må tilegne seg. Sykepleier kan på dette område være en støttespiller. Dette kan skje blant annet med å forklare gevinstene av en atferdsendring og innlede en dialog med brukeren i forhold til motivasjonsskapende faktorer. Motivasjonen vil være individuelt betinget, men gjennom å øke motivasjonen i forhold til å forklare de helsemessige gevinstene, vil sykepleier kunne bidra til å skape en kunnskapsøkning hos brukeren. Dette vil også være i tråd med Orems teori om det ”støttende eller undervisende sykepleiesystem”, som er relevant når kunnskapsøkning skal bidra til å øke egenomsorgen. Mishali m.fl (2010) påpeker derimot, at ettersom det i behandling av diabetes fokuseres mye på å motivere til selvstendighet og økt selvtillit, skapes en situasjon for pasienten som fører til at å følge behandlingsanbefalingene er hardere enn å håndtere selve diagnosen diabetes.

Når brukeren har planlagt en atferdsendring, sett på egne ressurser og føler seg motivert og forpliktet, vil en handlingsplan videreføres over til handling. Dette stadiet i Prochaska og DiClementes modell for atferdsendring, vil være stadiet hvor atferdsendringen skjer i praksis. Hos brukere av hjemmesykepleie, er tiden med hjemmebesøk begrenset i henhold til vedtakstid. Dette er den estimerte tiden med besøk fra helsepersonell som tildeles brukeren av kommunen, sett i forhold til behovet for hjelp brukeren har. Dette vil igjen si at handlingene som skal utføres av brukeren, er det brukeren selv som må tilse at blir fulgt. Det vil selvsagt være mulighet for oppfølging, støtte og veiledning, men største delen av døgnet er brukeren på egenhånd. Dette medfører at motivasjonen til brukeren, kan være nøkkelen til suksess.

Tveiten (2008) ser på motivasjonen som drivkraften bak handlinger. Dette gjelder både i forhold til utøvelsen av handlingen, men også i forhold til å kunne veiledes. I en endringsprosess hos en bruker i hjemmesykepleien, kan synlige resultater være delaktige i

holde brukeren motivert. Det kan være vanskelig å vise til resultater ved kostjusteringer og heving av aktivitetsnivå hos en bruker. En godt regulert diabetes kan vises gjennom blodprøver, men kan for brukeren selv bare være kjedelige tall, og liten motivasjonsfaktor i seg selv. Andre resultater av endringen, kan være vanskelig å synliggjøre, noe som også kan ha innvirkning på motivasjonen. Et ”delvis kompenserende sykepleiesystem” vil i henhold til Orems sykepleiemodell være situasjoner der både bruker og sykepleier er delaktige i å ivareta egenomsorgen hos brukeren. Dialog og veiledning kan være en pådrivende kraft bak brukerens motivasjon, slik at brukeren kan opprettholde atferdsendring, dette til tross for at resultater kan være vanskelig å synliggjøre. Her kan om mulig sykepleier bidra til å synliggjøre resultatene. Ved at brukeren benytter praktiske handlinger, som for eksempel avkryssningsskjema i forhold til blodsukkerverdier, med en gitt normalverdi, vil dette kunne bidra til å øke motivasjonen gjennom et mer synlig resultat. Karlsens (2011) tankemodell for behandling, kan også hjelpe sykepleier for å opprettholde motivasjonen hos brukeren. Tanken om at økt kunnskap vedrørende kosthold og aktivitet fører til mestring, som igjen gir motivasjon, gir sykepleier et utgangspunkt i forhold til å møte brukeren ”der han er”. Dette vil si at sykepleier kan fokusere på brukerens problemområde, og jobbe ut i fra dette. Dersom, for eksempel brukeren ikke mestrer praktiske ferdigheter i forhold til sin diabetes, kan dette være innvirke på motivasjonen på en negativ måte. Da kan sykepleier drive med veiledning i forhold til dette. Det kan for eksempel være å måle blodsukkerverdien selv. Tanken vil da være i henhold til Karlsens (2011) modell, ved at ferdighetene brukeren tilegner seg gjennom dette, vil kunne være med på å øke den generelle motivasjonen for atferdsendringen.

Motivasjon er ikke nødvendigvis forenelig med et vellykket resultat i Prochaska og DiClementes modell for atferdsendring. Oftedal m.fl (2010) har gjort en studie på hvordan motivasjon og verdier har innvirkning på å følge retningslinjer i forhold til anbefalt kosthold og aktivitetsnivå. Resultatet viste, at selv om motivasjonen og forventningene i forkant av undersøkelsen var svært høye, var det flere som i større grad klarte å følge retningslinjene for kosthold i motsetning til for fysisk aktivitet. Undersøkelsen konkluderer med at potensialet for å prøve å øke motivasjon, verdier og forventning i forkant av en endring i forhold til kost og aktivitet, var begrenset sett i forhold til utfallet, altså endringer som vedvarte. Dette vil i henhold til Orems sykepleieteori, være en svikt i egenomsorgskapasiteten. Dette er individets evne til å oppfylle kravene til egenomsorg, og resultatet i studien viser manglende evne til dette. Det kan her være forenelig å tenke at Orems ”støttende eller undervisende sykepleiesystem” vil kunne være en faktor som hadde hatt innvirkning på et slikt resultat.

Med læring, støtte og veiledning fra sykepleier, kunne kanskje resultatet i studiene hatt et annet resultat.

I henhold til Prochaska og DiClementes stadier for atferdsendring, vil ”handling” gå over til å bli ”vedlikehold”. Dette er hverdagen etter at en endring gjort. I forhold til brukere i hjemmesykepleien, kan vi tenke oss til at det er gjort endring i forhold til kosthold og aktivitet. Brukeren har kuttet ned på raske karbohydrater, og går en tur med varighet på en halv time. Å vedlikeholde en slik endring vil over tid gå over til å bli en rutine. Mæland (2010) skriver at å få en endring til å vedvare, ofte er vanskeligere enn selve endringen. Faren for tilbakefall er altså stor. Sykepleier kan her spille en viktig rolle. Tilbakefall kan komme av ulike faktorer. Stress, bekymringer, konflikter og sosialt press er situasjoner som brukeren kan forvente å havne i, og det vil være vesentlig at sykepleier i situasjoner som dette fungerer som gode støttespillere. Gjennom veiledning og dialog kan bruker og sykepleier samarbeide og kommunisere slik at brukeren får mulighet til å jobbe seg gjennom en eventuell tilbakegang. Dette er i tråd med sykepleiers rolle i Orems støttende sykepleiesystem.

Det er likevel slik at tilbakefall av endringer, vil i henhold til Mæland (2010) være helt normalt, og bør allerede i planleggingsfasen tas høyde for. På denne måten kan brukeren selv legge seg opp strategier for hva som skal gjøres når et eventuelt tilbakefall skjer. På denne måten kan brukeren planlegge hvordan dette skal mestres, og hvordan motivasjonen i minst mulig grad settes tilbake. Dette støttes av Orems egenomsorgsteori i forhold til at individet utvikler egenskaper og kunnskaper, som er relevant for å ta vare på seg selv. Dette faller innenfor kategorien Orem ser på som ”utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov”, som omhandler at individet tilegner seg viktige egenskaper for å ivareta egenomsorgen.

Prochaska og DiClementes stadier for atferdsendring, er en modell som gjør det mulig for sykepleier å plassere individet i forhold til hvor i en endringsprosess brukeren er. På denne måten kan sykepleier kartlegge og utøve sykepleie, ut i fra de behov brukeren måtte ha på det gitte tidspunkt. Tanken med dette, er at brukeren for eksempel i et ”overveiellesstadium” vil ha andre behov enn i et ”handlingsstadium”. Graue og Haugstvedt (2011) sier at å synliggjøre selvstendighetstenking hos pasienten, i forhold til oppfølging av pasienter med kronisk sykdom, er viktig. Dette betyr at pasienten i større grad må være villig til å ta styre avgjørelser selv, og sykepleier må tilrettelegge for dette.

4.2 Ta kontroll over eget liv, med diabetes type-2.

Orems sykepleieteori baserer seg på en tanke om at menneskers behov i stor grad ivaretas av individet selv, og helsepersonells rolle inntreffer når individet svikter å kunne gjøre dette. Dette vil igjen si at sykepleiers rolle i en slik sykepleieteori i stor grad handler om å hjelpe individet til selvhjelp, når dette er nødvendig. En bruker av hjemmesykepleie som er boende i eget hjem, er på mange måter avhengig av å kunne ivareta egenomsorgen. Fjørtoft (2012) skriver om en hjemmesykepleie, hvor brukerne av denne, i større grad har større helsesvikt enn tidligere. Dette krever store ressurser i forhold til bemanning, som igjen fører til en filosofi der man må utnytte brukerens ressurser til det fulle. Dette vil si, at det brukeren kan gjøre selv og for seg selv, skal brukeren gjøre. Dette medfører også at det vil være opp til sykepleier i samarbeid med brukeren å kartlegge hvilke behov som kan dekkes av brukeren selv, og hvilke behov som sykepleier kan bidra med.

Dette er en tanke som er i tråd med Orems sykepleiesystemer, da dette retter søkelys på denne type tankegang. Med å kartlegge brukerens egenomsorgskapasitet, sett i forhold til brukerens terapeutiske egenomsorgskrav, kan sykepleier bruke de ulike hjelpemetodene Orem beskriver som relevant. Ut fra dette kan brukeren utøve hjelp til selvhjelp ut i fra egne ressurser, satt inn i Orems sykepleiesystem.

Det er også viktig at ikke all fokuset rettes mot dette. Fjørtoft (2012) ser det som sykepleiers oppgave i hjemmet å evaluere, observere og kartlegge endringer i brukerens tilstand, slik at det kan gjøres justeringer i hjelpebehovet, dersom dette er nødvendig. Det kan for eksempel være observasjoner som tilsier at det har vært endring i måltidsmønster hos en diabetiker, slik at tiltak i forhold til ytterligere veiledning kan være nødvendig.

Å ta kontroll over eget liv er vesentlig i henhold til Orems sykepleieteori. Knowler m.fl (2002) har gjort en studie i forhold til forebygging av diabetes. Her var livsstilsendrende tiltak sett i forhold medikamentell forebygging. Resultatet av denne studien viste en større forbyggende effekt av endring av livsstil, i form av kostjustering og økt fysisk aktivitet, sett i forhold til medikamentell forebygging av diabetes-type2. Dette er en endring av atferd som vil være mulig for den eldre med diabetes, så lenge brukerens ressurser tilsier at det er fysisk mulig. Å få til en endring kan være en hard prosess i seg selv, men dette handler om å ta kontroll over egen helse og er i teorien fullt mulig å gjennomføre.

Aas (2011) mener at små justeringer i kosten hos eldre, kan utgjøre stor forskjell i forhold til diabetesen. Justering av normalkost, i forhold til mindre karbohydrater og fett, er grep som i

dagens samfunn vil være enkelt å få til, med tanke på tilgangen på mat av ulik type. En kan dermed si at tilgangen er tilrettelagt slik at en endring skal være mulig å få til, dersom individet selv ønsker dette. Uvilje i forhold til kostjustering, kan dermed knyttes til individets ”gamle vaner”. Ernæring handler i stor grad om mer enn bare å få i seg den maten en trenger. Aas (2011) påpeker at det er flere aspekter med mat. Det er sosialt, påvirket av tradisjon og avhenger av lyst og humør. Dette er aspekter som kan være med på å veie i mot en endring hos individet. I henhold til Orems teori, kan det likevel være slik at tyngden bak et egenomsorgsbehov, i dette tilfelle en bedre regulert diabetes, veier mer enn ett eventuelt gode, i dette tilfellet lysten på den ”normale” kosten. Den ”normale” kosten vil kunne ses på som en del av Orems teori i forhold til at dette blir en faktor i egenomsorgssvikten. Tanken er da at egenomsorgsbehovet hos individet i dette tilfellet er sterkere, og kan gjøre at egenomsorgssvikten hos individet kan reduseres.

Å ta kontroll over eget liv med diabetes i forhold til atferdsendring, vil også kunne innebære økt fysisk aktivitet fra brukerens side. Knowler m.fl (2002) bruker dette som kriterium i en livsstilsendring, i deres studie i forhold til forebygging av diabetes. Helbostad (2008) estimerer en halvtimes fysisk aktivitet hver dag, som gunstig i forhold til helsen. Den kan kanskje for mange eldre være vanskelig å se for seg hvordan en kan drive med fysisk aktivitet, da mange kan ha redusert bevegelsesapparat av ulike årsaker. Her kan sykepleier bruke pedagogisk veiledning, både i forhold til dialog, men også med bruk av Granums (2003) pedagogiske modell: ”demonstrasjon med dialog og gjendemonstrasjon”. Denne typen veiledning kan gi brukeren mulighet til å øke aktivitetsnivået, ved å benytte brukerens ressurser. Denne typen hjelp til selvhjelp kan også bidra til å øke pasientens motivasjon, samt gi den gunstige effekten Sagen (2011) beskriver i forhold til redusert blodsukkerstigning hos brukeren. Denne typen sykepleie, samsvarer også med Orems sykepleiesystem om det ”støttende og undervisende sykepleiesystem”, som bruker veiledning og kunnskapsøkning som hjelpemetode for å øke egenomsorgskapasiteten hos individet.

En bruker kan ikke presses til å ta grep i forhold til egenomsorg. For å kunne ivareta egenomsorgen, er det derimot i henhold til Orem, viktig at individet selv bruker de ressurser som individet har, for og på best mulig måte kunne ivareta egen helse. Det kan for eksempel bety, å benytte de mulighetene hjemmet har. Hjelp til med husvask, dersom brukeren har bistand til dette. Gå et par turer i trappene, dersom huset har to etasjer og for eksempel å hente avisen sin selv, dersom brukeren er vant til hjemmesykepleien tar den med inn når de kommer. Å la helsepersonell overta funksjoner som individet selv kan gjennomføre, vil ikke

være gunstig, da dette kan være med på og sykeliggjøre individet, som igjen kan føre til egenomsorgssvikt som krever et mer kompenserende sykepleiesystem enn nødvendig.

5.0 AVSLUTNING

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan sykepleier kan bruke kunnskaper om kost og aktivitet i veiledning med brukere med diabetes type-2 i hjemmesykepleien. Å drive veiledning med denne gruppen brukere, som har kronisk sykdom, innebærer som oftest veiledning i forhold til atferdsendring. Atferdsendring i forhold til kost og aktivitet har i henhold til forskning vist å ha god helsemessig gevinst, noe som gjør at dette er veldig relevant i forhold til denne brukergruppen. Endring av atferd er ingen enkel oppgave for individet som skal gjennomføre dette, og sykepleier har her en god mulighet til å spille en aktiv rolle som støttespiller. Dette blir en form for sykepleie, som jeg i oppgaven har knyttet opp til Dorothea Orems sykepleieteori. Dette gjør jeg fordi Orems teorier baserer seg på nettopp det å drive hjelp til selvhjelp, gjennom å styrke brukerens egenomsorgskapasitet. Ved å ha kunnskaper om de ulike stadiene for atferdsendring, kan sykepleier kartlegge brukerens behov, og møte brukeren ”der han er” i forhold til hvilke tiltak og motivasjonsfaktorer som kan bidra til at brukeren selv håndterer endring i livet. Dette er sentralt i Orems ”støttende og undervisende sykepleiesystem”, hvor sykepleier bidrar med kunnskap og støtte i en sykdomsprosess hos individet.

I en endringsprosess som dette, ligger mye av ansvaret på brukeren selv. Sykepleier kan bidra med å øke kunnskapen og lære bort praktiske ferdigheter, men kontroll over endringen må individet selv ha. Det er fordi det vil være nytteløst å påtvinge en atferdsendring. Dette vil dermed være en sykepleie i tråd med empowermentbegrepet. Begrepet bygger på en teori om at individet selv må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker sin helse. For at dette skal skje er det nødvendig med kunnskap angående de forhold som er aktuelle, slik at individet kan påvirke de beslutningene som skal tas (Mæland, 2010). Brukeren gis mer kontroll, ansvar og påvirkning av ivaretagelse av egen helse. Dette kan bidra til å øke mestringsfølelsen hos brukeren, og kan være en avgjørende faktor i en slik prosess. Dette gir også en brukerdeltakelse i sykepleien, som er meget relevant i forhold til at jeg i denne oppgaven retter fokuset på hjemmesykepleien. Det er brukeren selv som bor og skal klare seg i hjemmet sitt, og tiltak i forhold til kost og aktivitet må skje gjennom samarbeid mellom bruker og sykepleier. Ved å samhandle på denne måten, kan dette også medføre til at brukeren tar mer ansvar og blir motivert, slik at en endring kan gjennomføres.

6.0 LITTERATURLISTE

Selvvalgt pensum markeres med sidetall etter henvisningen.

- Aas, A-M. (2002) Kostens betydning ved diabetes. I: Skafjeld, A (red.) *Diabetes – Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo Akribe. (18 s.)
- Aas, A-M (2011) Kostens betydning ved diabetes. I: Skafjeld, A. og Graue, M.(red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo Akribe. (23 s.)
- Cavanagh, S (1999) Orems sykepleiemodell i praksis. Oslo Universitetsforlaget. (35 s.)
- Dalland, O. (2008) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet, (28.06.2012) Diabetes - faktaark med helsestatistikk. Hentet fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70814:::1:5647:18:::0:0 [15.8.2012]
- Fjørtoft, A.K (2012) Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen Fagbokforlaget.
- Granum, V (2003) Praktisk pasientundervisning. Bergen Fagbokforlaget. (22 s.)
- Graue, M. og Haugstvedt, A (2011) Opplæring, undervisning og veiledning. I:Skafjeld, A. og Graue, M.(red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo Akribe. (16 s.)
- Haugstvedt, A. (2011) Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A. og Graue, M.(red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo Akribe. (46 s.)
- Helbostad, J. L (2008) Bevegelse og aktivitet. Aldringsendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo Gyldendal Akademisk. (23 s.)
- Karlsen, B. (2011) Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring. I: Skafjeld, A. og Graue, M.(red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo Akribe. (20 s.)
- Kirkevold, M. (2006) Sykepleierteorier – analyse og evaluering. Oslo Gyldendal Akademisk. (15 s.)

Knowler, W.C, Barrett-Connor, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A. og Nathan D.M. (2002) *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine. 2002 Feb 7;346(6): 393-403*
Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832527> [13.8.2012] (10 s.)

Meyer, I. F. og Lindseth, I. (2010) *Lev godt med type-2 diabetes – eller bli kvitt den.* Høvik Forlaget vett og Viten. (21 s.)

Mishali, M., Omer, H. og Heymann A.D. (2010) *The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Family Practice 2011; 28:82–87* Hentet fra:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20importance%20of%20measuring%20self-efficacy%20in%20patients%20with%20diabetes> [15.8.2012] (6 s.)

Mosand, R.D. og Stubberud, D-G (2010) *Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H, Stubberud, D-G og Grønseth, R. (red.) Klinisk sykepleie 1.* Oslo Gyldendal Akademisk.

Oftedal, B., Bru, E. og Karlsen, B. (2011) *Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2011; 25; 735–744* Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x/abstract;jsessionid=A76C1083D5A4DEDA71899FE5B3A3F1E0.d02t02> [16.8.2012] (9 s.)

Sagen, J. V. (2011) *Fysisk aktivitet. I: Skafjeld, A. og Graue, M.(red.) Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling.* Oslo Akribe. (59 s.)

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

Selvvalgt pensum: 323 sider.