



# ppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med diabetes type 2**

Merete Morch

Totalt antall sider inkludert forside: 44

Molde, 19 Mai 2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med diabetes type 2**

**Tittel på engelsk: Nursing for patients with type 2 diabetes**

**Forfatter(e): Merete Morch**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Hilda Karin Aass**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**  ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 19. Mai 2009**

**Antall ord: 11905**

**Forord / Sammendrag**

*FORORD*

*ALDRI FRED Å FÅ*

*En livstidssykdom.*

*Ikke en livsstilssykdom. Og ikke en livstidsdom, selv om det kanskje kan føles slik.*

*Men altså en sykdom på livstid. Diabetes er det.*

*Aldri en pause, ikke en eneste dag, ingen ferie. Diabetes er en sykdom uten lukkevedtekter, uten noen arbeidsmiljølov.*

*Livet er fullt av viktigere ting. Som forelskelse, som å få barn, ta eksamener eller være sammen med gode venner. Men selv da er den der, sykdommen.*

*Kanskje noen timers pause, men så er det igjen på tide med en ny dose, eller en blodprøve fra fingeren.*

*Vi har diabetes. På livstid. Styr selv, eller bli styrt – du må selv velge.*

*For lykke kommer ikke an på hvordan du har det, men på hvordan du tar det.*

*Og det blir aldri fred å få.*

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	Sykepleie ved nyoppdaget diabetes type 2 .....	1
1.2	Formålet med oppgaven .....	2
1.3	Problemstilling med presisering og avgrensning .....	2
1.4	OPPGAVENS DISPOSISJON .....	4
<b>2.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>5</b>
2.1	METODE SOM REDSKAP .....	5
2.2	Litteraturstudie som metode .....	5
2.3	Framgangsmåte i litteratursøk og utvelgelse .....	5
2.4	Valgte kilder og kildekritikk .....	6
2.5	Bruk av praksiserfaringer .....	7
<b>3.0</b>	<b>TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>8</b>
3.1	Diabetes Mellitus .....	8
3.1.1	Kjennetegn ved diabetes mellitus type 2 .....	8
3.1.2	Symptomer og diagnostikk .....	9
3.1.3	Senvirkninger .....	9
3.2	Betydningen av et stabilt blodsukker .....	10
3.2.1	Diabetes og kosthold .....	11
3.2.2	Diabetes og fysisk aktivitet .....	12
3.3	Behovet for undervisning og veiledning .....	12
3.4	Mestring .....	13
<b>4.0</b>	<b>SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>15</b>
4.1	Presentasjon av Dorothea Orems teori .....	15
4.1.1	Teorien om egenomsorg .....	16
4.1.2	Teorien om egenomsorgssvikt .....	18
4.1.3	Teorien om sykepleiesystemene .....	18
4.2	Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon .....	20
4.2.1	Undervisning .....	21
4.2.2	Veiledning .....	21
4.3	Empowerment .....	23
<b>5.0</b>	<b>FORSKNING</b> .....	<b>24</b>
5.1	Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel .....	24
<b>6.0</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>26</b>
6.1	- Jeg er litt usikker, jeg... En pasientopplevelse .....	26
6.2	Sykepleiers bidrag for pasientens mestring .....	27
6.2.1	Mestring og målsetting for pasienten .....	28
6.2.2	Pasientens mottakelighet for undervisning og informasjon .....	30
6.2.3	Empowerment .....	32
6.3	Undervisning og veiledning til pasient .....	33
6.3.1	Tilrettelegging for undervisning og veiledning til pasienten .....	34
6.3.2	Undervisning og veiledning i grupper .....	35
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon:</b> .....	<b>37</b>

## 1.0 INNLEDNING

I innledningskapitlet vil jeg presentere valg av temaet diabetes mellitus type 2, der jeg har fokus på hvordan sykepleier kan undervise og veilede pasienter med nyoppdaget diabetessykdom til et stabilt blodsukker slik at de mestrer hverdagen. Jeg gjør rede for formålet med oppgaven, presenterer problemstillingen med presisering og avgrensning, og oppgavens disposisjon.

### ***1.1 Sykepleie ved nyoppdaget diabetes type 2***

Temaet er sykepleie til pasienter med diabetes type 2. Forekomsten av type 2 diabetes stiger sterkt på verdensbasis, og er en av de hyppigste forekommende kroniske sykdommer i industrialiserte land. Verdens Helseorganisasjon (WHO) slo i 1995 fast at det var ca. 110 millioner personer med sykdommen, og at tallet ville øke til mellom 250 og 300 millioner i år 2020 (Vaaler 2004). I aldersgruppen 35-64 år har mellom 5 og 8 % av befolkningen i Norden diabetes. I Norge har forekomsten av diabetes type 2 økt kraftig, fra 0,5 % av befolkningen i 1940, til 3,2 % i 1996. De viktigste årsakene til stigningen er endret alderssammensetning, med flere eldre over 60 år i industrialiserte land. En annen viktig årsak for utvikling av sykdommen er overvekt og fedme på grunn av feil kosthold og nedsatt fysisk aktivitet. I En tredje risikofaktor for utvikling av diabetes er arv. Hvis noen i nær familie har sykdommen, øker ens egen risiko for diabetes med 40-60 % (Vaaler 2004).

I praksisstudier ved sykepleierutdanningen ved høgskolen i Molde, kom jeg ofte i kontakt med pasienter som har sykdommen diabetes mellitus type 1 og type 2. Jeg fikk i praksisen god trening i å måle blodsukker og sette nødvendig dose insulin, forordnet av lege, på de aktuelle pasientene. For min del ble blodsuktermåling en rutinepreget del av hverdagen ved avdelingene, uten at jeg for alvor tenkte over omfanget av sykdommen. Jeg erfarte etter hvert at det var flere av pasientene som manglet nok viten om sykdommen, og hvordan den kan mestres på best mulig måte. Flere av pasientene var avhengig av hjelp til blodsuktermåling. For å kunne gi disse pasientene god nok informasjon, satte jeg meg grundigere inn i sykdommen og dens mulige konsekvenser. Det jeg lærte om diabetes mellitus gjennom teori og brosjyrer, synes jeg ikke var tilstrekkelig for å gi god nok informasjon om sykdommen. Jo mer jeg leste og satte meg inn i temaet, jo mer nysgjerrig ble jeg og samtidig fant jeg det interessant. Jeg bestemte meg for å lære så mye jeg kunne

om sykdommen og hvordan jeg, som snart utdannet sykepleier, best mulig kan undervise og veilede pasienter som har fått diabetes type 2, slik at de mestrer sykdommen på best mulig måte.

Min forforståelse av diabetes type 2, er at det er en sykdom som rammer mennesker som er godt voksne, som er overvektige og inaktive, altså en livstilssykdom så vel som en livstidssykdom. Jeg oppfatter at sykdommen kan disponere for alvorlige hjerte/kar sykdommer, hjerneslag, nyreproblemer og nevropati.

## **1.2 Formålet med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan undervise og veilede pasienter med diabetes type 2, slik at de kan få den informasjonen de trenger for å holde et stabilt blodsukker gjennom et riktig kosthold og fysisk aktivitet. Når vi ser den sterkt økende tendensen for utvikling av diabetes type 2, er oppgaver som undervisning og veiledning viktig sykepleie som må integreres mer i arbeidet. Hensynet til pasientens mottakelighet for informasjon må også vektlegges for den enkelte. I prosessen med å skrive denne oppgaven vil jeg få en dypere kunnskap om sykdommen, og om hvordan jeg som sykepleier kan undervise og veilede pasienter slik at de mestrer hverdagen med diabetes type 2. Jeg håper også at oppgaven kan være til nytte for de som leser den.

## **1.3 Problemstilling med presisering og avgrensning**

Problemstillingen jeg har valgt er:

*Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om kost og fysisk aktivitet som grunnlag for et stabilt blodsukker, og derved mestring av sykdommen?*

Valget av problemstillingen fokuserer på hvor viktig det er for pasienter med diabetes type 2 å få undervisning og veiledning om kost og fysisk aktivitet, der sykepleier tilrettelegger undervisningen i forhold til pasientens mottakelighet for veiledning. I undervisningen inngår riktig kosthold og fysisk aktivitet som tiltak, og hva dette kan gjøre for å opprettholde et stabilt blodsukker slik at pasienten kan mestre sykdommen og dermed unngå ubehagelige symptomer og senkomplikasjoner. Det blir flere i godt voksen alder

som får sykdommen. Dette skyldes feil kosthold og mindre fysisk aktivitet. Den medisinske utviklingen, med bedre diabetesbehandling har ført til at vi lever lengre enn tidligere. Konsekvensene for vår levestandard og utvikling av diabetes er et stort helsemessig og helseøkonomisk problem for den enkelte og for samfunnet, i form av senkomplikasjoner, som krever flere innleggelse i sykehus, og utgiftene sykdommen fører med seg. Ved motivering, læring, tiltak og god egenkontroll av sykdommen som kan hindre utvikling og senkomplikasjoner kan lønne seg, både for den enkelte og for samfunnet (Skafjeld 2002).

Pasientgruppen jeg tar for meg er pasienter mellom 40 og 60 år som har nyoppdaget diabetes type 2. Pasientene er innlagt i sykehus der de får utredet sin sykdom. Sykepleiers fokus er i å ivareta pasientenes behov for undervisning og veiledning, vise omsorg og forståelse for pasientenes behov for det som kan virke skremmende med å bli innlagt i sykehus og det å få diagnosen diabetes. De er i startfasen av en lidelse de må leve med resten av livet og de konsekvensene det har for deres daglige liv. Jeg vil i drøftingen ta for meg både hvordan undervisningen og veiledningen kan legges til rette for at pasienten skal lære seg å mestre sykdommen. Ved nyoppdaget diabetes type 2, ser en ofte at pasienter har begrenset kunnskap om hvordan en slik sykdom arter seg og hvilke konsekvenser sykdommen kan få om en ikke regulerer blodsukkeret til et stabilt nivå. Jeg vil ha fokus på å undervisning og veiledning til pasienten med de mål at pasienten selv er i stand til å mestre "sitt nye liv". Jeg fokuserer på kosthold og fysisk aktivitet som har en stor konsekvens for et stabilt blodsukker. Senkomplikasjonene som kan få følger om de ikke opprettholder et stabilt blodsukker, er også viktig informasjon som ikke kan ignoreres, men i første omgang er det undervisningen og veiledningen i startfasen som er i fokus. Jeg legger til grunn at pasienten er motivert til å endre livsstil. Jeg vil ikke komme inn på behandling med legemidler.

#### **1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON**

I kapittel 1, innledningen, tar jeg for meg bakgrunnen for valg av tema som er sykepleie ved nyoppdaget diabetes type 2, forekomsten og forventet økning av sykdommen i de nærmeste år. Jeg presenterer formålet med oppgaven, og tar for meg problemstillingen med presisering og avgrensning.

I kapittel 2, om metode, tar jeg for meg hva metode er og litteraturstudie som metode. Jeg tar for meg fremgangsmåten i litteratursøk, utvelgelse og hvilke søk og kombinasjoner jeg har benyttet i søk etter forskningsartikler og fagartikler. Jeg vil videre nevne valgte kilder og sykepleieteoretiker jeg har benyttet meg av. Jeg vil også nevne praksiserfaring.

I kapittel 3, teorikapitlet, redegjør jeg for hva som kjennetegner diabetes, symptomer og senkomplikasjoner. Jeg sier noe om betydningen av ha et stabilt blodsukker. Jeg tar for meg kost og fysisk aktivitet, samt behovet for undervisning, veiledning og mestring til pasient.

I kapittel 4, sykepleieteoretisk perspektiv presenterer jeg teoretikeren, Dorothea Orem, og hennes teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemene, som passer godt inn mot temaet og problemstillingen jeg har valgt. Jeg tar for meg sykepleiers undervisende og veiledende funksjon, og utdyper nærmere hva undervisning og veiledning er i forhold til pasienter. Til slutt i kapitlet tar jeg for meg empowerment som et viktig begrep i pasientomsorgen.

I kapittel 5, gir jeg en kort presentasjon av forskningsartikler og fagartikler jeg vil bruke i drøftingskapitlet,

I kapittel 6, drøftingskapitlet, tar jeg for meg sykepleiers bidrag for pasientens mestring, pasientens mottakelighet for undervisning og veiledning, samt empowerment. Jeg tar også for meg undervisning og veiledning til pasienten, og hvordan den kan tilrettelegges.



## **2.0 METODE**

I dette kapitlet tar jeg for meg hva som karakteriserer en metode, og hvilke krav som stilles til en metode når den skal brukes i et litteraturstudium.

### **2.1 METODE SOM REDSKAP**

Vilhelm Aubert sier om metode:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2000, s.7)*

Metode er et redskap vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger for å gjøre en undersøkelse. (Dalland 2000). s. 70. Denne oppgaven er et litteraturstudium, et krav fastsatt av Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag.

### **2.2 Litteraturstudie som metode**

Litteratur er grunnlaget for omtrent alle studentoppgaver. Oppgaven tar sitt utgangspunkt i den kunnskapen som finnes i litteraturen, og det er i denne kunnskapen en finner det stoffet som problemstillingen skal drøftes i forhold til. I et litteraturstudium må det gå tydelig fram hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan en har gjort utvalget. Troverdigheten og fagligheten i oppgaven er avhengig av en god beskrivelse og begrunnelse av kildegrunnlaget. Valget av teori er avhengig av det vi mener egner seg best til å belyse problemstillingen (Dalland 2000).

### **2.3 Framgangsmåte i litteratursøk og utvelgelse.**

Ved litteratursøk er det naturlig å starte med pensum i faget som kan være med å belyse problemstillingen. Pensumlitteraturen er litteratur skrevet av fagfolk, og er omhyggelig utvalgt for det høgskolenivået krever for en tilfredsstillende grunnutdanning i sykepleie. Jeg har benyttet en god del pensumlitteratur i denne oppgaven, da det jeg har funnet er relevant for tema og problemstilling. Ved litteratursøk hadde jeg god nytte av BIBSYS for

å søke etter litteratur som kunne være aktuelle for å belyse problemstillingen. Ved søk brukte jeg nøkkelordene i problemstillingen: diabetes type 2, undervisning og veiledning, kost, aktivitet, mestring og stabilt blodsukker. Jeg kom fram til mange aktuelle bøker, skummet gjennom dem jeg fant i bibliotekets hyller før jeg valgte de bøkene jeg mener var relevante.

Ved søk etter forskningsartikler var jeg inne på Helsebiblioteket der jeg brukte forskjellige databaser, som Ovid Nursing, Ovid medline og British Nursing Index, der jeg fant det jeg var på jakt etter. Ovid var den databasen jeg ble mest fortrolig med. Jeg startet søket med diabetes mellitus type 2 som ga flere tusen treff. Jeg snevret etter hvert søkene inn med patient education (pasientundervisning), cost and exercise (kost og aktivitet), bloodglucose (blodsukker) og empowerment, og kom fram til ulike forskningsartikler og fagartikler som jeg fant relevant for å svare på problemstillingen.

#### **2.4 Valgte kilder og kildekritikk**

Kildekritikk er å karakterisere og vurdere litteraturen som er benyttet i oppgaven, med den hensikt å la leseren få ta del i refleksjonen som er gjort og den gyldigheten litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland 2000). I oppgaven har jeg brukt sekundærlitteratur, litteratur som er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Jeg har valgt å bruke noe sekundærlitteratur fra pensum, fordi dette er litteratur jeg synes er god og belyser problemstillingen jeg skal svare på, og derfor ikke går utover kvaliteten på arbeidet. I oppgaven skal det benyttes ca 200 sider selvvalgt litteratur. Denne litteraturen har jeg funnet via henviste kilder i pensumlitteraturen, og litteratur, anbefalt av veileder og sykepleiere i praksis.

Jeg har brukt Klinisk sykepleie 1 og 2 av Hallbjørg Almaas for å se på sykepleien til pasienter som får en kronisk sykdom i form av samtale, veiledning og undervisning. Bøkene gir en god oversikt over spesifikke tema som jeg finner relevant.

Jeg har lest utdrag av Dorothea Orem's Nursing, Concepts of Practice, og hennes teorier. Nina Jahren Kristoffersens bok om generell sykepleie er brukt til å forstå teoretikeren Dorothea Orem's teorier og Marit Kirkevold, Sykepleieteorier – analyse og evaluering, leste jeg for å gå dypere inn i teoriene. Selv om Orem begynte arbeidet med sine teorier på

60 tallet, er de svært aktuelle i dag med hensyn til pasienters og sykepleiers mål om å oppnå egenomsorg. Hun belyser teoriene som glir fint inn i drøftingen om å oppnå egenomsorg og mestring gjennom undervisning og veiledning om kost og aktivitet.

Sidsel Tveiten, pedagogikk i sykepleiepraksis, har jeg benyttet i stor grad i kapitlet som omhandler undervisning, veiledning, mestring og empowerment. Den er også benyttet i drøftingskapitlet, blant annet om gruppeundervisning. Boken oversiktlig og relevant, den belyser problemstillingen godt, og er fra nyere dato.

## ***2.5 Bruk av praksiserfaringer***

Jeg har gjort bruk av praksiserfaring i form av en pasientopplevelse jeg hadde i en praksisperiode i sykehus. En mann i 50 årene hadde nyopptaget diabetes type 2 var innlagt på grunn av tungpust og til utredning av diabetes type 2. Han følte seg usikker om hvordan han skal forholde seg til sin nye tilværelse som kronisk syk. Historien vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 6 om drøfting.

Jeg deltok på et kurs i regi av og Lærings- og mestringssentret ved sykehuset, som tok for seg undervisning og veiledning i kost og fysisk aktivitet til pasienter med diabetes type 2. Kurset hadde en stor nytteverdi for meg personlig, da jeg fikk større innblikk i det temaet jeg har valgt, og den aktuelle vinklingen jeg har på oppgaven. Kurset vil jeg omtale ytterligere i drøftingskapitlet.

### **3.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

I dette kapittel skal jeg redegjøre for hva som kjennetegner diabetes mellitus type 2, symptomer og senkomplikasjoner ved sykdommen. Kost og aktivitet er viktige elementer i god blodsukkerregulering, dette vil bli redegjort for. Jeg vil ta for meg undervisning, veiledning fra sykepleiers side, samt mestring av sykdommen fra pasientens side.

#### **3.1 *Diabetes Mellitus***

Diabetes mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom som deles i flere typer. WHO (1999) sin ekspertgruppe har klassifisert diabetes inn i 4 hovedgrupper: Type 1 debuterer i alle aldersgrupper, med høyest debut i barneårene. Ved denne typen har personen en absolutt insulinmangel. Type 2 har debut i alle aldre og er en kombinasjon av insulinresistens og manglende kompensatorisk insulinproduksjon. Svangerskapsdiabetes kan oppstå under svangerskap. Andre typer av diabetes som kan forårsakes av genetiske defekter og sykdommer som hemmer insulinets virkning (Vaaler 2004). Felles for alle typene er forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet, forhøyet blodsukker. Diabetes type 2 er en ikke-insulinkrevende diabetes. 80 000 til 90 000 mennesker i vårt land har sykdommen, og oppstår som oftest etter 40 årsalderen og kalles aldersdiabetes. Ca. halvparten som får diagnosen er over 70 år, og omtrent 1 av 10 personer over 70 år har diabetes (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim 2001).

##### **3.1.1 Kjennetegn ved diabetes mellitus type 2**

Diabetes type 2 debuterer vanligvis hos middelaldrende og eldre og skyldes en kombinasjon av insulinresistens og redusert insulinproduksjon. Insulinresistens betyr redusert effekt av insulinet (Wyller 2005). Insulin er et lite protein som produseres av betaceller i bukspyttkjertelen og bidrar til transport av glukose gjennom cellemembranen til alle kroppens celler. Insulinet frigjøres når blodsukkeret går over det normale nivået som er mellom 4 og 7 mmol/l, og er det eneste hormonet som bidrar til å senke blodsukkeret etter et måltid (Almås 2001). Insulin regulerer omsetningen av karbohydrater, proteiner og fettsyrer, og når insulin er fraværende eller har redusert effekt, blir ikke glukose transportert gjennom cellemembranen på normal måte, derfor hoper fettstoffene seg opp i blodet (Wyller 2005). Det er to viktige kjennetegn ved sykdommen:

Det er redusert insulinutskillelse fra betacellene som skyldes tap av cellenes evne til å reagere på høyt blodsukker, og redusert effekt av insulinet, insulinresistens, som skyldes endringer i insulinreseptorene i alle kroppens celler (Wyller 2005).

Redusert insulinsekresjon og insulinresistens kalles det metabolske syndrom og kan henge sammen med overvekt. Ofte har pasienten høyt blodtrykk, høyt konsentrasjon av triglyserider og urinsyre, og lav konsentrasjon av HDL kolesterol i blodet. Tilstanden er forbundet med usunn livsstil, der redusert fysisk aktivitet og høy andel mettet fett i kosten er av betydning. Det metabolske syndromet gir økt risiko for aterosklerotiske lidelser som iskemiske hjertesykdommer, abdominalt aortaaneurisme, hjerneslag, nyresvikt, blindhet og fotsår (Wyller 2005).

### **3.1.2 Symptomer og diagnostikk**

Klassiske og dominerende symptomer ved diabetes type 1 er tørste, vekttap og hyppig vannlating, og ofte lette å kjenne igjen. Allmenntilstanden blir raskt dårligere og personen føler seg ikke bra. Ved type 2 opptrer symptomene ofte annerledes. Symptomene er mindre typiske med trøtthet og dårlig form som det dominerende. Personen kan ha hatt sykdommen i flere år før diagnosen blir stilt (Vaaler 2002).

### **3.1.3 Senvirkninger**

Ved for høyt blodsukker over lang tid kan det være fare for senkomplikasjoner. I følge Vaaler (Skafjeld 2002, s 38) snakker vi om to hovedtyper komplikasjoner:

1. Mikrovaskulære forandringer med sykdommer i øyne, nyrer og nerver.
2. Makrovaskulære forandringer med hjerte- og karsykdom.

Ved mikrovaskulære forandringer benyttes ofte begrepet ”spesifikke diabeteskomplikasjoner” fordi denne type sykdom ikke ses hos mennesker uten diabetes. Forskjellige organer blir rammet i ulik grad, og sykdom sees vanligvis i øyne, som opptrer som små forandringer på netthinnen og kan lede til nedsatt syn eller blindhet. I nyrene kan mikrovaskulær sykdom sees som forandringer i nefronet og filtrasjonsbarrieren. Dette kan forårsake klinisk nyresykdom, med nyresvikt som resultat. Diabetisk nervesykdom kan gi opphav til svært mange ulike kliniske tilstander. Vanligste utfall er nedsatt følesans og

endret muskeltonus med feilstillinger i føttene og skade av det autonome nervesystemet med ereksjonssvikt, diaré og vannlatingsbesvær (Skafjeld 2002).

Diabetes type 2 er ofte ledd i et metabolsk syndrom med økt risiko for hjerte- og karsykdom. Makrovasulære forandringer kan være tilstede, høyt blodtrykk høyere enn 160/90 mmHg, triglyserider over 1,7 mmol/l, HDL-kolesterol over 0,9 mmol/l, overvekt og mikroalbuminuri/albuminuri (Skafjeld 2002).

### **3.2 Betydningen av et stabilt blodsukker**

Målet med behandlingen mot diabetes type 2 er å unngå symptomer som forårsaker høyt blodsukker, og hindre utviklingen av diabetiske senkomplikasjoner. Blodsukkeret må derfor bringes ned mot normale verdier. (Jacobsen et al 2001). Blodsukkeret er normalt lavest når det er lenge siden vi har spist, og det stiger etter hvert måltid. Hos diabetikere er målet at blodsukkeret skal være mellom 4 og 10 mmol/l. De høyeste verdiene sees 1,5 – 2 timer etter et måltid. Ved å måle blodsukker og HbA1c (langtidsblodsukker) regelmessig, kan en finne ut om det måltidsmønsteret en har er tilfredsstillende. Gjennom god opplæring skal pasienten ha fått så mye innsikt og motivasjon at han bruker behandlingsmåtene på en så riktig måte at han oppnår en god blodsukkerregulering. I det daglige liv betyr det mye at pasienten mestrer de praktiske handlinger som skal til for å holde blodsukkeret på et stabilt nivå. Når han gjør det, reduseres faren for at akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner oppstår (Almås 2001).

### 3.2.1 Diabetes og kosthold

Hos personer som lider av diabetes type 2 er kostbehandling og mosjon hjørnesteinene i behandlingen. Hos en del pasienter er dette nok for å ha kontroll med blodsukkeret, men de fleste vil etter hvert oppdage at blodsukkeret stiger og vil derfor trenge behandling med perorale antidiabetika eller insulin. (Jacobsen et al 2001). Personer med diabetes type 1 kan i prinsippet spise hva de vil, fordi insulindosene tilpasses etter behovet. Hos personer med type 2 sees ofte et mer komplisert sykdomsbilde, der hypertensjon, forstyrret fettmetabolisme og sykdommer som følge av dette, er mer fremtredende enn høyt blodsukker. Vi må derfor ta hensyn til disse faktorene i forhold til behandling, alder og livsstil. Kostrådgivning til den enkelte må tas i betraktning (Skafjeld 2002). For mange med diabetes type 2 er kunnskap om kost og hjelp til omsette denne kunnskapen i praksis et viktig tiltak for å holde et stabilt blodsukker. Det anbefales et sunt kosthold med lite sukker og fett, et kosthold som har en gunstig virkning på blodsukkerreguleringen og fettomsetningen. Det anbefales mye fiber i form av grove kornprodukter, mye grønnsaker og frukt. Mindre fett fra meieriprodukter og kjøtt, og mer fett fra plantekilder og fisk. Det anbefales at en tilstreber en riktig fordeling mellom de ulike næringsstoffene i kosten for at de ulike behovene skal dekkes (Almås 2001). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet har følgende anbefalinger: Karbohydrater bør dekkes av 55 % av det daglige energibehovet. En diabetiker bør bruke mest av polysakkaridene, som er karbohydrater som brytes langsomt ned før de kommer over i blodet. Et annet karbohydrat som er viktig i kosten er fiber, som bidrar til at glukose langsommere blir absorbert fra tarmen, slik at stigningen i blodsukkeret reduseres etter måltid. De raskt nedbrytbare karbohydratene, disakkarider og monosakkarider, bør utgjøre mindre enn en fjerdedel av det totale karbohydratinntaket, som finnes i melk, juice og frukt. Blir disse inntatt alene, går de umiddelbart over i blodet og forårsaker økt blodsukker. Inntak av disse er derfor mest gunstig sammen med et måltid. Fett bør ikke overstige 30 % av det totale energibehovet. Stort inntak av fett gir tilskudd av energigivende stoffer som forårsaker vektøkning, som igjen kan gi dårlig utnyttelse av insulinet. For stort fettinntak vil også gi økt kolesterolmengde i blodet, og dermed økt risiko for hjerte og karsykdommer. Proteiner anbefales med 10 – 15 %. (Almås 2001).

For å oppnå en god blodsukkerregulering er det en fordel at måltidene blir små og hyppige i stedet for store og få. Hva som er passende mengde ved et måltid, bestemmes av blodsukkermålingene etter måltidene. Hvis mengden er stor, vil effekten på blodsukkeret være større. Etter tre til fire timer er sukkeret vanligvis brukt opp etter det forrige måltidet. Det er viktig å spise et nytt måltid, slik at en ikke overspiser til neste måltid eller småpiser i mellom måltidene (Skafjeld 2002).

### **3.2.2 Diabetes og fysisk aktivitet**

For alle mennesker, med eller uten diabetes, vil regelmessig fysisk aktivitet eller mosjon ha gunstige virkninger. Den gir nedsatt insulinresistens og har gunstig effekt på innholdet av kolesterol og fett i blodet som reduserer faren for hjerte og karsykdommer (Vaaler 2004). 60-70 % av pasienter med diabetes type 2 er overvektige og trenger råd for å gå ned i vekt. Dersom vekten reduseres med 10 -15 % vil behovet for insulin reduseres og blodsukkeret vil synke. Fysisk aktivitet har en blodsukkensenkende effekt ved at insulinfølsomheten bedres. En vektreduksjon er enklere å få til dersom riktig kosthold kombineres med fysisk aktivitet (Jacobsen et al 2001). Som regel er det ikke så mye som skal til for å komme i gang. Man kan for eksempel bruke trapp i stedet for heis, gå til jobb eller buss, gå for å handle osv. Aktiviteten kan økes etter hvert som man ser at dette hjelper for et stabilt blodsukker.

### **3.3 Behovet for undervisning og veiledning**

Når en opplever å få diagnose diabetes type 2, er behovet for å vite hva sykdommen innebærer for livet generelt. Å få fastslått diagnosen fører vanligvis med seg endringer i dagliglivet. Diabetes er ikke en sykdom som en gjennomgår og så blir kvitt. Personen må leve med sykdommen og det den krever resten av livet. Man kan imidlertid lære seg å leve med og mestre sykdommen, og da er informasjon og veiledning en viktig del av behandlingen. Pasientens nye situasjon kan virke forvirrende på ham på grunn av mange ubesvarte spørsmål. En viktig sykepleieroppgave er å lytte til pasienten og bidra med hjelp slik at pasienten får bearbeidet sin nye situasjon (Almås 2001). Noe av det viktigste i behandlingen av diabetes type 2 er motivasjon og opplæring, slik at den som lider av diabetes type 2 selv kan ta ansvar for sin egen sykdom. Opplærings- og motivasjonsarbeidet starter når pasienten får stilt diagnosen, og samarbeidet mellom



helsepersonell og pasienten varer livet ut. Målet for opplæringen er at pasienten i størst mulig grad kan mestre sin sykdom og føle seg trygg (Jacobsen et al 2001).

### **3.4 Mestring**

Mestring betyr å beherske, ha tak på, greie eller være herre over egen situasjon. Et viktig trekk er at sykdomsutviklingen til dels avhenger av hvordan den enkelte lærer å leve med eller mestre sin situasjon, og hvilke ressurser en har for mestring. Til tross for kronisk sykdom, må den enkelte mestre å leve med sykdommen for å få best mulig livskvalitet. Dette kan oppleves belastende og stressende for personen (Gjengedal og Hanestad 2001). Sykepleier kan bidra til pasientens mestring på flere måter, blant annet undervisning og veiledning av hensiktsmessige mestringsstrategier. For at sykepleieren skal kunne bidra til mestring av stress, er det nødvendig med kunnskap om disse fenomenene. (Gjengedal og Hanestad 2001).

Lazarus og Folkman definerer mestring som:

*”Kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære” (Gjengedal og Hanestad 2001, s. 108).*

I følge Lazarus (1999, s. 145) deles mestring inn i to hovedtyper:

Problemfokuserte mestringsstrategier har til hensikt å endre eller håndtere den konkrete situasjonen som oppleves belastende. Når en person får en kronisk sykdom, må han sette seg inn i de forskjellige behandlingsmuligheter, velge den beste framgangsmåten, og foreta de nødvendige forholdsregler som passer best for den ham.

Følelsesfokuserte mestringsstrategier har som siktemål å endre eller takle egne følelser og tanker omkring den stressende situasjonen ved det å bli syk, der man prøver å unngå å tenke på trusselen sykdommen kan ha på livssituasjonen (Lazarus 1999).

Det er mange aspekter ved en kronisk sykdom som kan føre til at en pasient opplever å ikke mestre sykdommen. Pasienten kan ha problemer med å tilpasse livsstil til

sykdommens begrensninger, tilegne seg kunnskap og ferdigheter for egenomsorg, opprettholde opplevelse av kontroll og opprettholde håpet om å mestre sykdommen. Dersom en pasient mangler kunnskap og ferdigheten som skal til for å beherske sykdommen, kan han oppleve en sterk trussel og dermed oppføre seg passiv og unnvikende i forhold til sykdommen og mestringsstrategier. Kunnskap om sykdommen og ferdigheter som kreves for å mestre sykdommen, vil kunne gi pasienten følelser som er mindre truende og han vil kunne forholde seg mer aktivt og direkte til situasjonen. Når en sykepleier oppfatter at en pasient trenger hjelp til å mestre sin nye situasjon, er det hennes plikt å ta initiativ til samtaler, og invitere pasienten til å stille spørsmål rundt sykdommen. Sykepleieren kan gjennom samtale få et bilde av hvordan pasienten opplever situasjonen og kartlegge pasientens behov for informasjon. Når pasienten opplever å mestre sidene av det å bli kronisk syk, om det i første omgang dreier seg om å lære seg å måle blodsukker, kan det være et skritt på veien mot en opplevelse av å mestring (Kristoffersen 1996).

## **4.0 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV**

I dette hovedkapittelet presenteres sykepleieteoretikeren jeg har valgt til problemstillingen, Dorothea Orem, sykepleiers undervisende og veiledende funksjon, og sykepleiers bidrag for pasientens mestring.

Når helsen blir berørt av sykdom utdyper Orem de midler og hensikter med egenomsorgshandlinger mennesket må ha for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Hun beskriver også sykepleiers mål om tilrettelegging av sykepleien etter pasientens behov for å oppnå egenomsorg (Kristoffersen 1996). Som Orem sier:

*”har mennesket både ønsker og evne til å ta vare på seg selv, og det utfører handlinger som bidrar til å bevare liv og fremme helse og velvære”* (Kristoffersen 1996, s. 392).

### **4.1 Presentasjon av Dorothea Orems teori**

Dorothea Orem, født i 1914, ble utdannet sykepleier ved The Catholic University i 1939. Hun avla eksamen i sykepleievitenskap ved samme universitet i 1945. Hun har fra 1949-1970 arbeidet innenfor sykepleietjenesten og sykepleieutdanning ved ulike universitetssykehus. Orem har gjort seg markant som sykepleieteoretiker, og har den dag i dag stor innflytelse på sykepleietenkingen og sykepleieutdanningen i mange land, også i Norge. Hun har siden 1959 arbeidet med å utvikle sykepleiemodellen om egenomsorgstenkning og egenomsorgssvikt. Sykepleiemodellen er mye brukt som rammeverk innen utdanning, praksis, administrasjon og forskning i sykepleie (Kristoffersen 1996). Jeg vil presentere hennes teorier slik som Nina Jahren Kristoffersen har beskrevet dem. Jeg har også lest Marit Kirkevolds sykepleieteorier, analyse og evaluering for å bedre sette meg inn i Orems teorier. Orem har utviklet sin sykepleieteori tre spesifikke teorier:

- Teorien om egenomsorg
- Teorien om egenomsorgssvikt
- Teorien om sykepleiesystemene

I oppgaven er alle tre spesifikke teorier relevante å gå inn på. Teorien om egenomsorg handler om mennesket som selv tar initiativ til å la seg få undervisning og veiledning om

egen sykdom, for å opprettholde liv, helse og velvære. Teorien om egenomsorgssvikt utdypes de mål og hensikter handlingene om egenomsorgen må ha for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Teorien om sykepleiesystemene sier noe om hvordan sykepleier tilrettelegger sykepleien gjennom undervisning og veiledning til pasienten for å nå målene om egenomsorg.

#### **4.1.1 Teorien om egenomsorg**

Om egenomsorg sier Orem:

*”Egenomsorg er de handlinger som mennesket tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”* (Kristoffersen 1996 s. 391).

Å ha egenomsorg og omsorg for andre er noe som ligger og læres i den kulturen og samfunnet man vokser opp i. Egenomsorg og omsorg er en målrettet aktivitet, og består av vaner og bevisste handlingsmønstre. Den har som hensikt å fremme normal funksjon, utvikling, helse og velvære både hos seg selv og andre. De er også målrettede, da de tar sikte på å oppfylle personens egenomsorgskrav (Kristoffesen 1996).

Videre i sin teori om egenomsorg deler Orem egenomsorgskravene inn i tre kategorier:

1. De universelle egenomsorgskravene er knyttet opp mot det mennesket må gjøre for å opprettholde menneskelig funksjon, de handlinger og mål som må til for å sikre helse og velvære.

Noen av hennes 8 omsorgskrav synes jeg er relevante for min oppgave:

1. Opprettholdelse av tilstrekkelig inntak av mat.
2. Opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile.
3. forebygging av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære. (Kirkevold

2001).

1. Ved opprettholdelse av inntak av mat er det å spise regelmessig og riktig, viktig for å opprettholde stabilt blodsukker. Balanse mellom aktivitet og hvile spiller inn på hvordan blodsukkeret oppfører seg. Dette læres ved å måle blodsukkeret i forbindelse med disse aktivitetene. Ved diabetes type 2 er det viktig å forebygge sykdommen slik at det ikke går

ut over menneskelig liv, funksjon og velvære. Ubehandlet kan disse elementene være truet (Kirkevold 2001).

2. De utviklingsmessige egenomsorgskravene er egenomsorgsbehovene som relateres til hvor individet befinner seg i livet, hvor i utviklingen det er. Noen behov følger individets alder og utviklingstrinn som et uttrykk for de universelle egenomsorgsbehovene som skaper og opprettholder vilkår som fremmer liv og utvikling av funksjonen. Andre behov er knyttet til situasjoner som kan true den normale utviklingen. Tiltak tar sikte på å hindre skadelig utvikling eller forebygge negative konsekvenser av den situasjonen som er oppstått (Kristoffersen 1996).

3. Egenomsorgskrav knyttet til helseavvik er egenomsorgskrav som eksisterer for personer som lider av sykdom, som har en medisinsk diagnose og er under behandling (Kristoffersen 1996).

I teorien om egenomsorg introduserer Orem tre sentrale begreper:

Foruten egenomsorg som er omtalt tidligere, er terapeutisk egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet sentrale begreper:

- Terapeutisk egenomsorgskrav:

Terapeutisk egenomsorgskrav er summen av de totale aktivitetene som må gjøres for oppfylle et menneskes universelle og utviklingsmessige egenomsorgskrav som er knyttet til helseavvik.

Her skiller Orem mellom egenomsorgsbehov og krav til handling. Et hvert menneske må til en hver tid dekke forskjellige egenomsorgsbehov for at personen skal opprettholde eller gjenvinne sin normale funksjon, utvikling og helse. Nødvendige handlinger må utføres, enten av personen selv eller andre, for å oppfylle de målene som egenomsorgsbehovene beskriver (Kristoffersen 1996).

- Egenomsorgskapasitet:

Egenomsorgskapasitet er personens evne til å identifisere de terapeutiske egenomsorgskrav, og ta beslutninger som kreves for å oppfylle kravene. Når de terapeutiske egenomsorgskravene er klarlagt, må en vurdere evnen hos personen til selv å møte kravene til handling. Egenomsorgskapasitet er den evnen personen har for å regulere

behovet for omsorg og hjelp for å ivareta livsprosesser som opprettholder menneskelig funksjon og fremmer velvære (Kristoffersen 1996).

#### **4.1.2 Teorien om egenomsorgssvikt**

Teorien om egenomsorgssvikt utdyper egenomsorgsbegrepet ytterligere: I teorien utdypes mål og hensikter handlingene om egenomsorgen må ha for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Kristoffersen kaller behovene for egenomsorgsbehov. Disse er objektive krav som må ivaretas for at normalfunksjon, menneskelig utvikling og helse skal fremmes. Teorien omhandler videre hvordan egenomsorgsevnen utvikles hos individet, og hvilke forhold som virker inn på utviklingen. Det leder fram til en beskrivelse av hvordan individet klarer å ivareta egenomsorgen og de kravene til egenomsorgshandlinger som virker inn på individet. Forholdet mellom egenomsorg og krav spiller en avgjørende rolle for vurderingen om individets behov for sykepleie. Hvis det er et misforhold mellom kravene om handling og evnen til å handle, har personen behov for sykepleie (Kristoffersen 1996).

#### **4.1.3 Teorien om sykepleiesystemene**

Teorien om sykepleiesystemene beskriver hvordan sykepleiers tilrettelegging av sykepleien avhenger av hvor stor svikten i egenomsorgsevnen er. Orem sier:

*”Sykepleie skal kompensere for pasientens manglende eller mangelfulle egenomsorgsevne, og utvikle pasientens evne til egenomsorg der det er mulig”* (Kristoffersen 1996, s. 392).

Innenfor sykepleiesystemene gjør sykepleieren bruk av fem generelle hjelpemetoder:

- Å gjøre noe eller handle for en annen: Sykepleier utfører handlinger som tar sikte på å kompensere for svikt i egenomsorgen.
- Å veilede og rettlede en annen: Pasienten bearbeider og bruker den informasjonen sykepleier har gitt og tilpasset i forhold til egenomsorgskapasitet og egenomsorgsbehov.

- Å sørge for fysisk og psykisk støtte: Sykepleier og pasient samarbeider om utøvelsen og utføringen av handlinger om egenomsorgsbehov. Sykepleier støtter opp om pasientens valg.
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling: Sykepleier legger til rette for pasientens læring.
- Å undervise: Pasienten mottar undervisning og veiledning for det som er relevant for den kunnskapen pasienten trenger for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg (Kristoffersen 1996).

Valget av sykepleiesystem avhenger av hvor stort omfanget av pasientens ressursvikt er.

Orem beskriver tre ulike sykepleiesystemer:

1. Det helt kompensierende systemet: velges når pasienten har behov for hjelp på grunn av total ressursvikt der sykepleier må kompensere for denne svikten ved å utføre handlinger som egenomsorgen krever.
2. Det delvis kompensierende systemet: Pasienten har ressurser til å utføre deler av sin egenomsorg selv. Han utfører det han selv mestrer, mens sykepleier kompensere for den delen som svikter. En tar sikte på at pasienten etter hvert utvikler seg til å ta vare på sin egen omsorg.
3. Det støttende og undervisende systemet: Pasienten har selv tilstrekkelige ressurser, eller har mulighet til å utvikle disse, for å ivareta sine egenomsorgskrav. Men pasienten er ikke i stand til å gjøre dette uten hjelp fra sykepleier. Sykepleien blir planlagt på en slik måte slik at den kompensere for pasientens ressursvikt (Kristoffersen 1996).

## **4.2 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon**

For at en pasient skal lære seg å mestre sin situasjon, er veiledning og undervisning aktuelle metoder. Hensikten med veiledning og undervisning er at pasienten skal få bedre kunnskap, større forståelse og dypere innsikt i situasjonen. Sykepleiers veiledning handler om formidling av kunnskap når en pasient har et situasjonsbestemt læringsbehov. Det kan for eksempel dreie seg om å lære hvordan pasienten måler blodsukker, og hensiktsmessig kost. Undervisning er en omfattende oppgave. Her dreier det seg om å planlegge læresituasjoner. Hensikten med slike læresituasjoner er at pasienten skal lære seg å mestre sin situasjon. En forutsetning for å gi god veiledning er at sykepleieren har interesse for det arbeidet som skal formidles. Det er viktig å ha kunnskap om nye behandlingsmetoder og kjennskap til nye forskningsresultater (Gjengedal og Hanestad 2001). Det er en forutsetning at sykepleieren kjenner til sider ved det å være syk og innlagt i sykehus. Dette har betydning for pasientens informasjonsbehov, og pasientens mulighet og evne til å motta og huske informasjonen som blir gitt (Almås 2001).

En viktig forutsetning for samtale, undervisning og veiledning er at sykepleieren i første rekke forsøker å skape en god kommunikasjon mellom seg og pasienten. Formålet med god kommunikasjon er tosidig. På den ene siden er formålet å bli kjent med pasienten for å bygge opp et godt tillitsforhold. På den andre siden er hensikten å gi mest mulig informasjon med den tanken å gjøre en bedre jobb (Eide og Eide 2000). Det er ikke alltid at alt som blir sagt fra sykepleiers side blir oppfattet av pasienten, fordi han kan være opptatt med annen tankevirksomhet, og at informasjonen kan være for overveldende. En viktig hovedregel ved god kommunikasjon er at sykepleier forsøker å formidle budskapet på en slik måte at det ikke blir oppfattet galt. Det er viktig at sykepleier gjør seg kjent med pasienten og setter seg grundig inn i pasientens situasjon. Jo bedre sykepleier kjenner pasienten som skal ha veiledning, desto lettere er det for sykepleier og formidle budskapet på en forståelig måte (Almås 2001).



### **4.2.1 Undervisning**

Undervisning er en planlagt pedagogisk virksomhet der kunnskap om et tema formidles, og sykepleieren på forhånd har satt seg inn i temaet og planlagt når, hvor og hvordan undervisningen skal foregå (Tveiten 2008). Undervisning benyttes når pasienten må lære seg nye kunnskaper for å mestre egenomsorgen. Sykepleiers oppgave er å motivere pasienten for læring, ved at pasienten selv ser betydningen av det som skal læres. Før undervisningen tar til er det sykepleiers oppgave å identifisere pasientens læringsbehov ved å ta hensyn til pasientens erfaringer, bakgrunn, livsstil, vaner og ønsker og egenomsorgsbehov (Kristoffersen 1996). Undervisningsprosessen handler om å legge til rette for læring, og har betydning for hvilken metode sykepleier velger og hvordan metoden gjennomføres. Før undervisningen tar til må sykepleier gjøre seg vurderinger i forhold til hvem målpersonen er, hvilke kunnskaper om sykdommen personen har fra før og hvilke forutsetninger for læring personen har. Grunlaget for dette kan sykepleier få i forbindelse med en inntakssamtale og datasamling. Når sykepleier skal undervise en person om kosthold og fysisk aktivitet er det viktig å etterspørre pasientens syn, meninger, opplevelse og forståelse av temaet det skal undervises om (Tveiten 2008). Hensikten med undervisningen krever at en er konkret om hva det skal undervises om. Oppdagelse, læring, vekst og utvikling, og mestring til en person med diabetes kan innebære at man tilegner seg kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet for å oppnå bedre livskvalitet ved å holde et stabilt blodsukker gjennom dagen. Innholdet i planlagte læresituasjoner bestemmes av hensikten, og kan velges i samråd med pasienten. Han kan si noe om hva behovet er. For når en pasient opplever å ha påvirkning av innholdet, kan læresituasjonen oppleves som meningsfull, noe som fremmer læring og mestring (Tveiten 2008).

### **4.2.2 Veiledning**

Veiledning er en pedagogisk virksomhet, og hensikten er at mestringskompetansen styrkes gjennom læring og oppdagelse (Tveiten 2008, s. 71) sier: "Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier". Definisjonen sier at veiledning er en formell, pedagogisk virksomhet, og at denne virksomheten har bevisste hensikter. Dialog er hovedformen i veiledningen, og er en samtale mellom to eller flere personer og skal preges av gjensidig respekt og aksept.

Bakhtin (1986) sier det ligger i menneskets natur å være dialogisk, og at prosessene som skjer i en dialog har betydning for identiteten. Betydningen av identitet hos pasienten er at han er seg bevisst egne verdier, holdninger og eget ståsted. Han sier videre at dialog er mer enn overføring av budskap. I dialogen utdypes og forstås den nye informasjonen, og det skjer en fortolkning som kan gi ny betydning og ny mening (Tveiten 2008 s 99).

Dialogen mellom veileder og den som veiledes forutsetter at veilederen tar utgangspunkt i mottakerens opplevelse og forståelse for temaet det skal veiledes om. For at mottakeren skal få styrket sin mestringskompetanse, er det veilederens oppgave gjennom dialog å legge til rette for at mottakeren oppdager, lærer og ser hva som er aktuelle handlinger (Tveiten 2008). Veiledning består av ulike faser eller strukturer, som det er viktig for veilederen å være bevisst på for å oppnå hensikten med veiledningen. Bli kjent -/bli trygg – fasen er når veilederen og pasienten har første møte, og har stor betydning for om pasienten får tillit til veilederen. Det å bli sett, hørt, tatt på alvor og å ha veilederens oppmerksomhet har betydning for tilliten. Her kan det være hensiktsmessig å klargjøre de forventningene veileder og pasient har til hverandre, om samarbeidet og hensikten med veiledningen (Tveiten 2008). I arbeidsfasen foregår selve veiledningen, som er innholdet i veiledningen og som gjøres til gjenstand for refleksjon og bearbeidelse. Det kan gjøre at pasienten oppdager, lærer og erkjenner hva han ønsker å forandre, og hvordan forandringen skjer. Avslutningsfasen er en oppsummering av læringsresultater og læringsprosessen, og ser på veien videre i arbeidet. Er det aktuelt med flere møter, er fasene en god ledetråd å følge (Tveiten 2008). Det å være veileder innebærer at oppmerksomheten er rettet mot pasienten, der hans behov er i fokus. Hvis veilederens opplevelser og erfaringer kommer i fokus, kan det gi en opplevelse av gjenkjenning og alminneliggjøring, men det kan også lett flytte fokus fra pasienten og over på veilederen, noe som er uhensiktsmessig da det er pasienten som er fokuspersonen. Det å være en god lytter er å ha oppmerksomheten på pasienten, og ikke på seg selv, og kan få pasienten til å føle seg interessant og betydningsfull. Det kan oppnås ved å ha blikkontakt og lytte aktivt. Å lytte aktivt vil si å nikke, smile, vise at man hører og er interessert, men legger til rette for utdyping der det er relevant. Det å vise empati kan gi pasienten opplevelsen av å bli forstått, verdsatt, tatt alvorlig og få bekreftelse og aksept for egne følelser og opplevelser (Tveiten 2008).

Begrepene undervisning og veiledning glir i mange sammenhenger over i hverandre, og det er ofte hensiktsmessig og nødvendig å kombinere disse to begrepene: først formidles

kunnskapen gjennom undervisning, deretter integreres kunnskapen i forståelses- og handlingsgrunnlag gjennom dialogen i veiledningen. Hensikten med undervisning og veiledning er altså hvordan mestringskompetansen styrkes gjennom oppdagelse og læring. Forskjellen mellom de to begrepene er hvordan hensikten oppnås. Undervisningen er ofte styrt av underviseren som planlegger og gjennomfører undervisningen ut i fra sine egne vurderinger, mens veiledning handler om å møte pasienten der han er og være lydhør for hans behov og ta utgangspunkt i dette. Dermed kan ikke veilederen i like stor grad planlegge veiledningen på samme måte som undervisning (Tveiten 2008).

### **4.3 Empowerment**

Et viktig element i pasientomsorgen er begrepet empowerment. Empowerment betyr å ha kontroll over eget liv. Ord som forårsaker empowerment er brukermedvirkning, livsstyrketrening, styrking og bemyndigelse. I sykepleiefaglig sammenheng går empowerment ut på å inkludere pasienter som aktive kompetente aktører i sin egen sykdom, og mestring av den. Sentralt står bruk og utvikling av pasientenes ressurser og krefter, samt redusere og motvirke stress og belastninger han kan oppleve som hindringer for å få kontroll over eget liv (Stang 2002). Gibson (1991) sier: "Empowerment er en sosial prosess som omfatter oppdagelse, stimulering og forbedring av menneskers evne til å ivareta sine egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å få opplevelsen av å ha kontrollen over egne liv" (Stang 2002 s 144). Gibsons definisjon fokuserer på mestring over livet, og fremhever troen på et menneskets potensial og at ressurser som mennesket er i besittelse av kan benyttes eller komme til sin rett dersom muligheter legges til rette for dette. Begrepets aspekt fokuserer på muligheter framfor begrensninger. Empowerment innebærer å fremme pasientens muligheter og ressurser, og redusere stress (Stang 2002).

## 5.0 FORSKNING

Som et ledd i oppgaven er det fastsatt i fagplanen at det skal benyttes minimum 5 forskningsartikler relatert til tema og problemstillingen i oppgaven. Jeg vil jeg gi en kort presentasjon av artikler jeg vil gjøre bruk av i drøftingskapitlet.

### 5.1 *Presentasjon av forskningsartikler og fagartikkel*

“Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management”.

Nagelkerk, J; Reick, K og Meengs, L. (2005).

24 voksne med diabetes type 2 ble rekruttert fra en landsby primæromsorg praksis for å være med i tre fokus grupper der det ble undersøkt den enkeltes barriere om egenomsorg. Artikkelen viser at det kan være vanskelig og problematisk å følge gruppeundervisning, da dette ikke møter behovet til den enkelte. Pasientene ønsket en undervisning som gikk spesifikt på deres egne behov, i stedet for generell undervisning. Den høyest rangerte barrieren var mangel på kunnskap og forståelse for en diettplan. Data i artikkelen fokuserer på hvor viktig det er å innføre realistiske egenomsorgsplaner, og hvor viktig det er å ha et godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell.

“Self-management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes”. Veg, A; Rosenquist, U; Sarkadi, A. (2006).

259 personer ble rekruttert fra et ettårig undervisningsprogram for personer med diabetes type 2. Kartleggingen, ett år etter avsluttet program, gikk på å stille 3 åpne spørsmål for å se på pasientenes nåværende oppfatning av egenomsorgen. Målet var å undersøke om det er mulig å befeste pasientenes egenomsorg ved hjelp av spørsmålene, og analysere om egenomsorgen hadde en forbindelse på langtidsblodsukkeret. Basert på konklusjonen fra kartleggingen er det mulig å benytte disse tre åpne spørsmålene til å forstå hvor den enkelte forholder seg til egenrollen i behandling av diabetes type 2 og dermed skreddersy opplysning program til den enkeltes behov.

”Health literacy, complication awareness and diabetic control in patient with type 2 diabetes mellitus”. Ying Ho Tang et al. (2007).

149 personer deltok i en undersøkelse for å undersøke forholdet mellom forståelsen av medisinske uttrykk og det å ha egenomsorg for sin diabetes og risikoen for senkomplikasjoner.

Undersøkelsen, som gikk over en 6 mnd. periode, ble gjennomført ved hjelp av et strukturert spørreskjema som dekket befolknings statistikk, egen behandling samt lesekyndighet for sitt eget sykdomsbilde. Undersøkelsen konkluderte med at disse elementene må tas hensyn til når strategi for opplysningsvirksomheten for sykdomsmestring skal legges.

”Diabetes knowledge and glyceimic control among Chinese people with type 2 diabetes”. X. He RN, MSc & H.J. Warrard. (2007).

Undersøkelse ble gjort i Kina for å identifisere faktorer som kunne forbedre kvaliteten på det kinesiske DSME (diabetic self management education) programmet. Det som ble undersøkt var forholdet mellom hva pasienter vet om diabetes og deres blodsukkerkontroll. Det konkluderes med at sosioøkonomisk karakteristikk må tas i betraktning ved utarbeidelse av plan for egenomsorgen.

”Efficacy of Lifestyle Education to prevent type 2 diabetes”. Kazue Yamaoka og Toshiro Tango. (2005).

En undersøkelse ble gjort via nettsøk på tidligere forskningsartikler for å evaluere effekten av undervisning om livsstil for å unngå diabetes type 2 for individer og et redusert nivå blodsukker 2 timer etter å ha fått 75 g. Glukose (2-h plasma glucose). i et tilfeldig forsøk. Av 123 rapporter dekket av søket, avdekket en videre sortering at 8 artikler møtte kriteriet for å danne grunnlaget for undersøkelsen. Konklusjon som kunne trekkes var at det å ha en plan for egenomsorgen utgjorde en effektiv faktor for reduksjon i ”2-h plasma glucose”.

## 6.0 DRØFTING

Diabetes mellitus type 2 er en sykdom som krever at blodsukkeret holdes stabilt for å unngå ubehagelige symptomer og senkomplikasjoner sykdommen kan gi. Dette medfører store livsstilsendringer både i form av endret kosthold og økt fysisk aktivitet for å holde et stabilt blodsukker. Mange av pasientene har behov for undervisning og veiledning i hvordan de skal mestre sin nye situasjon.

I drøftingen har jeg valgt å konsentrere meg om to hovedavsnitt. Jeg tar først for meg hvordan sykepleier kan bidra for pasientens mestring av sykdommen gjennom riktig kosthold og fysisk aktivitet for et stabilt blodsukker, deretter tar jeg for meg hvordan sykepleier kan undervise og veilede pasienten for å oppnå dette.

Problemstillingen som er utgangspunkt for drøftingen er:

*”Hvordan kan sykepleier undervise og veilede om kost og fysisk aktivitet som grunnlag for et stabilt blodsukker, og derved mestring av sykdommen?”*

I dette hovedkapitlet begynner jeg med en opplevelse jeg hadde i sykehus, der en pasient som har nyoppdaget diabetes type 2 henvendte seg til meg om usikkerheten han følte i forhold til sykdommen, og ville ha hjelp til blodsuktermåling.

### **6.1 - Jeg er litt usikker, jeg... En pasientopplevelse**

Det var en hektisk lørdagsmorgen ved medisinsk sengepost. Jeg hadde det som vanlig travelt med morgenstell og observasjoner av pasientene. Blodtrykk, puls og blodsuktermåling sto på listen over kontroller jeg skulle foreta på enkelte av pasientene. En mann i femtiårene med nyoppdaget diabetes type 2 som var innlagt med tungpust, ville jeg skulle hjelpe ham med blodsuktermålingen.

*- Kan du være så snill å hjelpe meg å måle? Jeg er litt usikker på hvordan det gjøres... det er ikke så lenge siden legen fortalte at jeg hadde fått denne sykdommen, skjønner du.*

*- Ja, selvfølgelig kan jeg det, sa jeg, og orienterte pasienten om funnet av målingen.*

- *Hva betyr det da?* spør han, - *Er det normalt?* - *Jeg husker ikke helt hva som er normalt jeg...* sier han.

- *Føler du at du trenger mer informasjon om sykdommen for å kunne mestre den bedre,* spør jeg pasienten.

- *Ja egentlig,* sier han. – *Jeg har en del brosjyrer jeg kan lese, men kunne tenke meg å snakke med noen om det.*

- *Selvfølgelig skal du få snakke med noen kvalifiserte innenfor dette området. Du vet at undervisning og veiledning om hvordan du kan mestre sykdommen er en svært viktig del av det å ha fått diabetes!* - *jeg skal ordne det slik at et møte kommer i stand.*

Jeg forlot etter hvert pasienten.

- *Hva vet jeg egentlig om sykdommen?,* tenkte jeg. *Hvordan kan jeg hjelpe pasienten gjennom riktig undervisning og veiledning, slik at han kan mestre sykdommen sin og opprettholde stabilt blodsukker?*

Pasienten kunne fortelle at det ikke var lenge siden han ble fortalt av sin lege at han hadde fått sykdommen diabetes type 2. Informasjonen han mottok fra lege synes han ikke var tilstrekkelig til å kunne mestre sykdommen. Han opplevde nå å bli innlagt på sykehus med muligens hjerte problemer som kan være en senkomplikasjon som følge av diabetes.

## **6.2 Sykepleiers bidrag for pasientens mestring**

Å leve med diabetes krever at en holder jevnt blodsukkernivå gjennom døgnet ved å justere kost, aktivitet og medisiner. God blodsukkerregulering vil på kort sikt forhindre plagsomme symptomer som tørste, hodepine og generell uvelhetsfølelse, og på lengre sikt kunne forebygge eller forsinke senkomplikasjoner som følge av diabetes. (Gjengedal og Hanestad 2001).

En sentral oppgave for sykepleieren er å bidra med kunnskap om sentrale emner innen diabetes om hvordan en pasient kan oppnå egenomsorg. Sykepleieren må motivere pasienten for læring ved å hjelpe pasienten til å se betydningen av det som skal læres.

Orem (Kristoffersen 1996) sier at ”egenomsorg er de handlinger som mennesket tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”. Når en pasient får diabetes kreves det en god del av pasienten. Han skal lære seg å mestre

sykdommen sin gjennom riktig kosthold og fysisk aktivitet for å oppnå et stabilt blodsukker.. Det betyr at han står foran en utfordring i forhold til forandring av livsstil og han skal lære seg hvordan dette skal gjøres. I Orem (Kristoffersen 1996) teorier om sykepleiesystemene, beskriver hun sykepleiers tilrettelegging av sykepleien. Hun har to punkt som omfatter læring og undervisning. Hun sier at det skal legges til rette for pasientens læring, og at sykepleier skal sørge for omgivelser som fremmer utvikling. Hun sier om undervisning at pasienten skal motta undervisning og veiledning for det som er relevant for den kunnskapen pasienten trenger for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg.

### **6.2.1 Mestring og målsetting for pasienten**

Målsettingen for undervisningen og veiledningen er at pasienten skal ha fått så mye kunnskap og oppnådd så gode ferdigheter at han mestrer sin sykdom. Lazarus og Folkman (1999) hevder at vi har to typer av mestringsstrategier: problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Den problemfokusede mestringsstrategien går på handlinger, aktiviteter og væremåter som retter seg mot praktiske og konkrete utfordringer i dagliglivet. Det kan for eksempel dreie seg om å måle blodsukker på seg selv, noe som kan være problematisk i startfasen. Når man da setter i verk tankevirksomhet som er rettet mot å definere problemet og vurdere konsekvensene av å ikke måle blodsukkeret, kan en slik tankevirksomhet hjelpe pasienten på veien til målet. En må også ta hensyn til de indre følelsene pasienten opplever. Emosjonsfokuset mestring retter seg mot psykologiske mekanismene som påvirker tanker og følelser. Hvis pasienten klarer å bevisstgjøre disse mekanismene, kan pasienten hjelpe seg selv til å mestre vanskelige følelser, og dermed oppleve en bedre egenomsorg i forhold til sin diabetes (Tveiten 2008).

Jeg mener at når pasienten får sin erfaring og kunnskap gjennom god sykepleie, både teoretisk og praktisk, og han har evnen til å vurdere alternativene, vil det være av betydning mot å nå målet.

Orem (Kristoffersen 1996) bygger opp under dette. Hun introduserer et begrep i tilknytning til egenomsorg. Det går på egenomsorgskapasitet. Her beskriver hun hjelpemetoder som sykepleieren kan bruke i møte med pasienten og hans egenomsorgskrav. Hun nevner blant annet at sykepleier tar sikte på å kompensere for svikt i egenomsorgen ved å veilede og



rettlede pasienten, hun skal sørge for fysisk å psykisk støtte og legge til rette for pasientens læring gjennom den undervisningen og veiledningen pasienten trenger for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg. For at dette kan skje, må sykepleieren ha kapasitet som viser hennes menneskelige egenskaper og ferdigheter som er nødvendige for å gjennomføre planlagte handlinger. Her er det viktig med at de profesjonelle teknologiske ferdigheter suppleres med de sosiale og mellommenneskelige ferdigheter (Kristoffersen 1998).

Når pasienten føler han mestrer sykdommen, er målet at han skal bli så selvhjulpent som mulig, og ikke lar sykdommen styre hele livet. Det langsiktige målet må da være å unngå senkomplikasjoner i størst mulig grad gjennom tilrettelagt kosthold og aktivitet. I begynnelsen av undervisningen er det sykepleieren som har en bestemmende rolle i undervisningen og veiledningen, men etter hvert vil målet for pasienten være å "ta over" denne rollen selv. Sykepleieren kan da gå over til å ta rollen som konsulent og bidragsyter (Almås 2001).

Orem sier at et hvert menneske må dekke sine egne egenomsorgsbehov for at han selv skal opprettholde eller gjenvinne normal funksjon, utvikling og helse. Hun sier videre at nødvendige handlinger må utføres av personen selv for å oppnå målene som omhandler egenomsorg. (Kristoffersen 1998).

For at pasienten skal kunne dekke sine egne omsorgsbehov, må han identifisere behovene han har for å opprettholde et stabilt blodsukker. Identifiseringen kan han gjøre sammen med sykepleier gjennom kartlegging av de behovene han har for mestring av sykdommen.. Jeg er av den oppfatning at undervisning og veiledning til en pasient med diabetes er en livslang læringsprosess for diabetikeren, og at sykepleier må bruke sin sykepleiekapasitet til å fremme pasientens egenomsorgskapasitet. Sykepleieren må ta vare på sine lærte kvaliteter som gjør henne i stand til å handle på en hensiktsmessig måte i form av analysere, vurdere og handle på en måte som er tilpasset den enkelte pasienten.

### **6.2.2 Pasientens mottakelighet for undervisning og informasjon**

For å kunne gi pasienten god og tilfredsstillende sykepleie mener jeg det er viktig og nødvendig å sette seg inn i pasientens opplevelse og reaksjoner på det å ha fått sykdommen diabetes. Den nye situasjonen kan virke forvirrende og innfløkt på pasienten, på grunn av mange ubesvarte spørsmål. Som hos pasienten i fortellingen som er innlagt med tungpusthet og nyoppdaget diabetes, kan det være traumatisk for pasienten å tilegne seg mye informasjon på en gang. Han har ikke bare diabetes å tenke på, men også mulige hjerteproblemer som følge av den. Det er i så henseende viktig å gå forsiktig fram med å tilpasse informasjonen til pasienten. Med for mye informasjon på en gang kan pasienten bli overveldet og dermed miste viktig informasjon. For at læring kan skje må pasienten være mentalt forberedt på det, han må være klar over at han mangler kunnskap, og han må ha interesse for å lære.

Informasjonen det skal undervises i skal ha som formål å hjelpe pasienten til å forstå, bearbeide situasjonen, bli motivert slik at prosessen mot mestring og egenomsorg kan starte. Når det skal undervises om hvordan en bør holde et stabilt blodsukker gjennom kost og aktivitet, er det klart at det er mye informasjon som skal gjennomgås. Nyttig informasjon, i tillegg til samtale, er brosjyrer og annen litteratur pasienten kan ha nytte av. Men det en må være klar over, er at i slik litteratur kan det være en del faguttrykk det kan være vanskelig for pasienten å forstå (Almås 2001). En må da ta i betraktning de språkbarrierer som kan oppstå. Ofte er det slik at det er språkbarrierer mellom helsepersonell og pasient, et utsagn kan være klart for sykepleieren men uklart for pasienten. Forutsetningene er ikke alltid til stede for pasienten å forstå hva sykepleier sier. Det kan komme av manglende faglig bakgrunn og/eller at pasienten har vansker med å konsentrere seg (Almås 2001).

Sykepleieren har en viktig oppgave i å gjøre opplysningene i undervisningen så forståelig som mulig for pasienten, og at sykepleier tar seg tid til å forklare ord og uttrykk i undervisningen. Det er viktig at pasienten ikke trenger å være redd for å spørre om ord og sammenhenger han lurer på, selv om betydningen av ord og uttrykk er opplagt for sykepleieren. Språkbarrieren, som i mange tilfeller kan ha unødig bruk av faguttrykk, kan lett skape angst og engstelse, og dermed bli en ekstra belastning for pasienten.

I en undersøkelse gjort i Kina, viste det seg at pasienter som ikke forsto faguttrykk, hadde en dårligere kontroll på blodsukkeret og hvordan håndtere sykdommen sin. Sykepleieren stolte på at det som var skrevet i informasjonsbrosjyrene til pasientene var forståelig, og på at pasientene selv skulle klare å opprette egenomsorg gjennom disse brosjyrene og annen litteratur (Ying Ho Tang et al 2007).

En annen undersøkelse, også foretatt i Kina, ble det forsket på forbindelsen mellom pasientens viten om diabetes og pasientenes blodsukkerkontroll. En kinesisk versjon av ”The diabetes knowledge scale”, et spørreskjema som er en oversettelse fra engelsk, ble brukt for å vurdere pasientenes viten om diabetes. Resultatene av funnene ble målt opp mot sosiodemografiske data, som kjønn, alder, yrke, utdanning og familiemedlemmer med diabetes. Undersøkelsen viser at sosiodemografiske data spiller stor rolle i det å forstå faguttrykk. De som for eksempel hadde høyere utdanning hadde en bedre forståelse av faguttrykk enn for eksempel en husmor med lavere eller ingen utdanning etter grunnskole.

Begge disse undersøkelsene viser at for å forbedre undervisningen for diabetikere i Kina, må undervisningen legges opp og tilpasses den enkeltes nivå og forståelse av det som det blir undervist om, slik at pasientene kan oppnå en tilfredsstillende hverdag med stabilt blodsukkernivå.

Denne kunnskapen fra undersøkelsene i Kina er relevante for norske forhold fordi det kan være vanskelig for enkelte å forstå hva det undervises om på grunn av faguttrykk. Det er etter min mening en viktig del av omsorgen til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 at sykepleier ivaretar pasienten på en slik måte at han forstår hva det blir undervist om, og at sykepleier sammen med pasienten legger opp undervisningen slik at han får best mulig utbytte av den, og når målet med å holde et stabilt blodsukker. Når en sykepleier skal planlegge undervisningen er det derfor viktig for henne å kartlegge hvem som skal undervises. I tillegg til pasientens situasjon ved det å ha fått en kronisk sykdom, er alder, oppfattelsesevne, om han lever alene eller ikke (om han har noen å støtte seg til), utdanning og hva han har av kunnskap om sykdommen fra før, av betydning for tilrettelegging av undervisningen.

### 6.2.3 Empowerment

Et viktig begrep i pasientomsorgen er empowerment, som betyr å ta kontrollen over eget liv. I sykepleiefaglig sammenheng er empowerment å inkludere pasienter som aktive aktører i egen sykdom, der sykepleier bidrar med hjelp og oppbakking for pasienten til å hente styrke innenfra seg selv til mestring av egen sykdom og dermed oppnå egenomsorg. Sentralt står bruk og utvikling av menneskets ressurser og krefter for å motvirke og redusere stress (Stang 2002). Det enkeltes menneskets aktive rolle, og vilje, må være en forutsetning i prosessen om å oppnå empowerment. Hos pasienten i fortellingen, fremmes empowerment på best mulig måte dersom sykepleieren er støttende i denne prosessen. En pasient som befinner seg i en slik situasjon som pasienten i fortellingen, kan føle seg maktesløs fordi han selv kanskje føler han ikke har kreftene og ressursene som er nødvendige for å oppnå den viljen som skal til for å empowerment. Dette må sykepleieren ta i betraktning. Det er derfor viktig at sykepleier opptrer støttende og viser respekt for pasientens autonomi, og betrakter ham som en samarbeidspartner hvor dialogen setter fokus på å hjelpe pasienten til å komme fram til målet. Dialogen er viktig for at sykepleieren skal sette seg inn i hva pasienten trenger av hjelp til å stimulere for pasientens ressurser og muligheter for å oppnå kontroll.

I artikkelen ”Empowering patient with diabetes” (Funnell 2009) sier forfatteren at empowerment ikke er en ny måte å tenke på, men at den det kan være en ny måte å gi diabetes omsorg på. Empowerment vokste ut av at den tradisjonelle undervisningen om diabetes ikke alltid fungerte. Hun sier videre at den tradisjonelle måte å undervise på var at leger og sykepleiere bestemte hvordan pasienten skulle behandle sykdommen ut i fra tidlige erfaringer og resultat. Hun sier videre at empowerment baserte strategier kan øke pasientenes metabolske og psykologiske resultater. Strategiene går på sykepleieintervensjoner som hjelper pasienten med å løse problemer og sette seg mål for å oppnå egenomsorg. Strategiene er lettfattelige og kalles LIFE (Learn, Identify, Formulate, Experiment og Evaluate). Strategiene går på å lytte til pasienten, og for eksempel la ham komme fram til en plan som passer for ham. I planen kan kost, aktivitet og blodsuktermåling inngå. Det fører til refleksjon, samtidig som sykepleier viser respekt for pasientens syn gjennom å identifisere hvordan pasienten selv vil styre sin sykdom og hverdag. Etter hvert kan planen evalueres sammen med sykepleier.

Empowermentbegrepet synes jeg glir fint inn mot det Orem (Kristoffersen 1996) sier om egenomsorgskapasitet hos pasienten. Hennes teori sier at sykepleier skal sørge for omgivelser som fremmer utvikling der sykepleier legger til rette for pasientens læring. Hos pasienten i fortellingen, kan det å mestre å måle sitt eget blodsukker og forstå resultatet av målingen og hvor viktig blodsuktermåling er, være en begynnelse til å komme over den barrieren han synes at dette er. Når han har oppnådd styrke gjennom læring til å mestre dette, kan han føle seg tryggere på seg selv, og er klar for å gå videre i prosessen for mer læring og undervisning for å hente fram styrken i seg selv til å arbeide videre for sin egen egenomsorg. Sykepleier sørger for at pasienten mottar undervisning og veiledning for det som er relevant for den kunnskapen pasienten trenger for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg, og gir ham støtte i prosessen (Kristoffersen 1996).

Slik jeg tolker denne teorien er sykepleier behjelpelig med å fremme pasientens egenomsorg til han er klar til å ta kontrollen selv. Når han er klar, har han klart å finne indre styrke til selv å ta kommandoen over egen sykdom.

Orem har også en teori som er tilknyttet teorien om sykepleiesystemene. Den beskriver ytterligere sykepleiers omsorgsgivende sykepleie. Hun kaller det det kompensierende system, som går på at pasienten selv har ressurser til å utføre deler av sin egenomsorg. Han utfører det han selv mestrer, mens sykepleier kompenserer for den delen som svekkes. Her tar sykepleier sikte på at pasienten utvikler seg selv til å ta vare på sin egenomsorg, ta kontrollen, men gir ham hjelp på veien mot å oppleve empowerment (Kristoffersen 1996).

### ***6.3 Undervisning og veiledning til pasient***

Det er mange mennesker som sliter med skyldfølelse for at de ikke klarer å regulere en sykdom som mange mener er selvforskyldt. En diabetes type 2 kan sees på som en livsstilssykdom, og da er det enkelte som lider av overvekt som kan ha en slik følelse. Kanskje vet de ikke nok om kost og hva som er bra for dem å spise? Det er ikke bare enkelt å skulle gå ned i vekt trimme og spise litt sunnere. Det er en stor utfordring innen kostbehandling i hvordan vi formidler kunnskap og råd uten å underbygge skyldfølelse og dårlig samvittighet. Derfor mener jeg at det er viktig å gå forsiktig frem, ta ett skritt av gangen og la pasienten bli kjent med sin nye situasjon.

For alle med diabetes, type 1 eller type 2, skal det være et tilbud om undervisning, og undervisningen bør skje både individuelt og i grupper. For å sikre at nødvendige temaer blir tatt opp er det viktig med god planlegging og tilrettelegging av undervisningen. Dette er for å sikre at pasienten får nok kunnskaper for å mestre sykdommen. De som skal undervise bør utgjøre et tverrfaglig team med lege, sykepleier, ernæringsfysiolog og foterapeut. Siden undervisningen med pasienten i fortellingen i første rekke skal foregå i avdelingen, kan sykepleier ordne slik at undervisningen kan skje sammen med ernæringsfysiolog.

### **6.3.1 Tilrettelegging for undervisning og veiledning til pasienten**

Når undervisningen og veiledningen skal begynne er det viktig å se på hvor undervisningen skal skje. Særlig i en travel sengepost kan det være vanskelig for sykepleier å konsentrere seg om å formidle undervisningen, og for pasienten å motta det undervisningen dreier seg om. Det er viktig at det er ro i undervisnings situasjonen med færrest mulig avbrytelser (Almås 2001). Hvis undervisningen skal foregå på pasientrommet, hvor det er flere pasienter, er det min erfaring at det stadig blir avbrytelser når pasienter og personell går inn og ut av rommet. En slik undervisningssituasjon er fra min side derfor ikke tilrådelig. Med en slik omfattende undervisning som diabetesomsorg er, kan jeg vanskelig se for meg at pasienten skal ligge i sengen mens han blir undervist. Det må da være hensiktsmessig å finne et egnet rom der pasient og sykepleier kan sitte uten å bli avbrutt.

I undervisningen finnes det en del hjelpemidler som kan brukes. Transparenter, brosjyrer, faktaark og plansjer. Disse kan deles ut til pasienten på forhånd, men det er viktig å ikke overvelde pasienten med for mye. Det kan være lurt å fastsette et tema for en undervisningstime, for eksempel om karbohydrater og fett, det daglige behovet og hva det gjør med kroppen og blodsukkeret, og så levere ut materiell som omfatter dette på forhånd slik at pasienten kan forberede seg og eventuelt planlegge spørsmål rundt temaet.

Undervisningen må tilpasses den enkelte og hans behov, og det er da viktig at sykepleier vurderer informasjonsmaterialet før hun leverer det ut. Det kan være en del ord og faguttrykk det kan være vanskelig for pasienten å forstå. Det er derfor greit å avklare dette før undervisningen tar til.

En undervisningsplan kan stå som en disposisjon for undervisningen. Den kan også være et avkryssningsskjema for temaer som blir tatt opp. En dag kan temaet være kostveiledning til pasienten, der det krysses av og signeres når undervisningen er over og forstått av pasienten. En annen time kan handle om aktivitet der det settes mål for uken med tema som inneholder aktivitetens innvirkning på kroppen og blodsukkeret, og forskjellige aktiviteter som kan gjennomføres til neste møte mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren må huske underveis i veiledningen at læring er det som er forstått, ikke nødvendigvis alt det er undervist om (Almås 2001).

### **6.3.2 Undervisning og veiledning i grupper**

I praksisperioden ved hjemmetjenesten, deltok jeg på et kurs om undervisning og veiledning til pasienter med diabetes type 2; om behandling, ernæring og fysisk aktivitet. Kurset var i regi av Lærings- og mestringssenteret i samarbeid med medisinsk avdeling og Norges diabetesforbund. Det var tverrfaglig undervisning med forelesere med overlege ved medisinsk avdeling, ernæringsfysiolog, fotterapeut og fylkesformann i Norges diabetesforbund som forelesere. Jeg var ikke en av deltakerne, men satt på sidelinjen for å høre på og ta notater. Deltakere på kurset var personer fra ca 40 år og til ca 70 år, med det til felles at de hadde fått stilt diagnosen diabetes type 2 for gjennomsnittlig ett år siden. Underveis i forelesningen ble det stilt spørsmål fra deltakerne i de aktuelle emnene, til nytte for de andre deltakerne som kanskje ikke hadde kommet på og stilt spørsmålene, eller var redde for å spørre. Etter hvert kunne jeg se at deltakerne tødde opp, og flere spørsmål ble stilt. En av årsakene til dette mener jeg var måten kurset var lagt opp. Deltagerne satt i hestesko slik at de kunne se hverandre. Foreleserne var fleksible i sin væremåte, de satt og sto blant deltakerne, og bidro til en avslappet atmosfære uten at det gikk utover formidlingen av viktige temaer. I pausene kunne jeg observere deltagerne i ivrig samtale om felles sykdom og utveksling av erfaringer. Jeg observerte også flere av deltakerne fikk ”aha” opplevelse i forhold til de forskjellige emnene som ble belyst. En følelse jeg satt igjen med etter endt kurs, var det å la mennesker komme sammen i felles ”skjebne”, er et veldig positivt tilbud som deltagerne kan ha stor nytte av i forhold til sin sykdom, og i tillegg knytte relasjoner til hverandre.

Tveiten (2008) underbygger dette at pasienter kan erfare at andre har samme behov for å møtes for å lære å mestre opplevelsen av et stabilt blodsukker gjennom kost og aktivitet og

hva det kan bidra til slik at et stabilt blodsukker kan oppnås. Tveiten sier videre at undervisning og veiledning i grupper kan bidra til at pasienten i sammenkomst med andre som lider av samme sykdom kan bidra til trygghet og bevisstgjøring av egen situasjon, for å oppnå mestring av egen sykdom. Gjennom andre pasienters erfaringer med sykdommen, kan det bidra til allminneliggjøring og ufarliggjøring for den enkelte. Gruppeundervisning kan også bidra til nytenkning og bearbeiding av usikkerhet, og pasienten kan se nye perspektiv og samtidig styrking av nettverk med andre diabetikere som kan være bra for styrking av den enkeltes pasients mestring for å oppnå egenomsorg (Tveiten 2008).

Relasjonsbygging mellom personer, mener jeg kan bidra til trygghet for den enkelte. Av personer som ikke har familie å støtte seg til, kan møte med personer med samme sykdom ha stor betydning. Selv om gruppeundervisning er en positiv og aktuell måte å undervise på, er gruppeundervisningen som her gikk over to dager, etter min mening ikke tilstrekkelig for at en pasient med nyoppdaget diabetes type 2 skal klare å mestre sykdommen, men et positivt tilskudd på veien mot pasientenes mestring til å oppnå stabilt blodsukker gjennom kost og fysisk aktivitet. Det å holde et stabilt blodsukker gjennom dagen med kost og fysisk aktivitet, krever også omfattende individuell undervisning for at den enkelte skal få den veiledningen som passer for seg og samtidig ha en profesjonell helsearbeider å støtte seg til.

Når en er innlagt i sykehus, er det jo slik at pasienter får minimalt med liggedøgn. De skrives etter endt behandling. Etter det jeg kan se er ikke noen få døgn i sykehus tilstrekkelig for en fullstendig undervisning til en pasient med nyoppdaget diabetes type 2, da dette er omfattende arbeid og pasienten har begrensninger på hvor mye han kan ta inn av lærdom på kort tid. Sykepleiers oppgave er etter min mening å gi pasienten noe å jobbe med, og mot, når han kommer hjem. Det er da viktig for pasienten å vite at han har noen han kan kontakte. Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å henvise pasienten videre til poliklinisk behandling og ernæringsfysiolog for videre samarbeid, undervisning og oppfølging.



## **7.0 Konklusjon:**

I oppgavens forord står det at diabetes er en livstidssykdom, ikke en livsstilssykdom. Dette er vel ymtet mer på diabetes type 1. I og med at kost og aktivitet er hjørnesteinene i diabetisbehandlingen for å oppnå et stabilt blodsukker, kan en karakterisere diabetes type 2 som en livsstilssykdom. Diabetes type 2 medfører livsstilsendringer i forhold til kost og aktivitet for å oppnå et normalt og stabilt blodsukker. Undervisning og veiledning om kost og aktivitet er en viktig del av diabetesomsorgen for pasientens mestring av sykdommen om det skjer individuelt eller i gruppe. Sykepleiers oppgave er å tilpasse undervisningen for den enkeltes behov på det grunnlaget at pasienten skal få innsikt i hva riktig kosthold og fysisk aktivitet kan gjøre for et stabilt blodsukker. I undervisningssammenheng er god dialog viktig for både pasient og sykepleier for å oppnå best mulig samarbeid. Det er også viktig at pasienten forstår hva det blir undervist om og at undervisningen skjer i pasientens tempo slik at han ikke blir overveldet av for mye informasjon på en gang.

## *Litteraturliste*

Almås, Hallbjørg (red) (2001) Samtale, undervisning og veiledning. Fagermoen, May Solveig, Klinisk Sykepleie 1. 3. utgave, s. 12-24. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Almås, Hallbjørg (red) (2001) Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. Mosand, Reidun Dammen; Førstund, Aud Jorun. Klinisk Sykepleie 2. 3. utgave, s. 899-928. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Christophersen, Yngvar (2004) Diabetes for livet. Aldri fred å få? AIT Otta AS. S. 9.  
1 side.

Dalland, Olav (2000) Metode og oppgaveskriving for studenter. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde; Eide, Tom (2000) Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, Konfliktløsning og etikk. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjengedal, Eva; Hanestad, Berit Rokne (2001) Livskvalitet, helse, stress og mestring. S. 25-50. å leve med Kronisk sykdom, en varig kursendring. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

Jacobsen, dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin; Solheim, Kaare (2001) Sykdomslære – Indremedisin, Kirurgi og Anestesi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kirkevold, Marit (2001) Sykepleieteorier – analyse og evaluering. 2. utgave, s. 128-143. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 16 sider.

\*Kristoffersen, Nina Jahren (1996) Generell sykepleie 1. fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap. 1. utgave, s. 391-405. Oslo: Universitetsforlaget AS. 15 sider.

\*Lazarus, Richard S (1999) Stress og følelser – en ny syntese. Oversatt av Morten Visby.  
Side 128-154. Akademisk Forlag AS. 26 sider.

\*Orem, Dorothea E (2001) Nursing Concepts of Practice. 6. edition, s. 136 – 158. Mosby  
Inc. United States of America. 22 sider.

\*Skafjeld, Anita (red) (2002) Sykdomslære. Vaaler, Stein. Diabetes – Grunnbok for  
sykepleiere og annet helsepersonell. 1. utgave, s. 26-42. Oslo: Akribe Forlag. 18 sider.

\*Skafjeld, Anita (red) (2002) Diabetes og samfunnet, Bjørnar Allgot. Grunnbok for  
sykepleiere og annet helsepersonell. 1. utgave, s. 20-25. Oslo: Akribe Forlag. 6 sider.

Stang, I. (2002). Bemyndigelse. En innføring i begrepet ”empowermenttenkningens”  
relevans for ansatte i velferdsstaten. I helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra  
monolog til dialog. Hauge, Hans A. og Maurice B. Mittelmark (reds.) Bergen:  
Bokforlaget.

\*Vaaler, Stein (2002) Diabetes hos Voksne. 1. utgave, s. 30-52 og s. 17-19. Oslo:  
Gyldendal Norsk Forlag AS. 25 sider.

\*Vaaler, Stein (2004) Klassifikasjon av diabetes. Diabeteshåndboken. 3. utgave, s. 12-13.  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2 sider.

\*Vaaler, Stein, red. (2004) Forebygging av type 2 diabetes. Thorsby, Per.  
Diabeteshåndboken. 3. utgave, s. 51-54. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4 sider.

\* Vaaler, Stein, red. (2004) Type 2 diabetes: Nasjonalt og internasjonalt. Borch-Johnsen,  
Knut. Diabeteshåndboken. 3. utgave, s. 20-25. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 6 sider.

Wyller, Vegard Brun (2005) Det friske og Det syke mennesket IV, hormonsystemet og  
nervesystemet. 1. utgave. Oslo: Akribe AS.

## **Forskningsartikler**

- \*Nagelkerk, J; Reick, K; Meengs, L (2005) "Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management". Side 151 – 158. 8 sider.
- \*Veg, A; Rosenquist, U; Sarkadi, A (2006): "Self-management profiles and metabolic outcome in type 2 diabetes". Side 44 – 54. 11 sider.
- \*Ying Ho Tang; Pang, S.M.C; Chan, M.F; Yeung, G.S P; Yeung, V.T.F (2007): "Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Side 74 – 83. 10 sider.
- \*X. He RN, MSc & H.J. Wharrard (2007) "Diabetes knowledge and glycemic control among Chinese people with type 2 diabetes". Side 280 – 287. 8 sider.
- \*Yamaoka, Kazue; Tango, Toshiro (2005) "Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes" 5 sider.

## **Fagartikkel**

- \*Funnell, M. M; Weiss, M.A (2009): "Empowering patient with diabetes". Side 35 – 37. 3 sider.

\*Selvvalgt litteratur 186 sider.