



Högskolen i **Hedmark**

Högskolan Hedmark  
Campus Elverum  
Avdelning for folkehelse

4 BACH

**Linda Nygren**

Veileder: Anne With

**Leva med diabetes**

**Living with diabetes**

Antal ord:11396

BASYK 2010

2013

## Innehållsförteckning

1. Inledning.....	4
1.1 Bakgrund för val av tema.....	4
1.2 Problemställning.....	4
1.3 Avgränsning utav oppgaven.....	4
1.4 Begreppsavklarning.....	5
1.4.1 Pedagogisk funktion.....	5
1.4.2 Sykepleierens pedagogiska funktion.....	5
1.5 Oppgavens vidare oppbygning.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Litteratur studie som val av metod.....	8
2.2 Framgångssätt, forskningsartiklar och sökord.....	8
2.3 Metodens validitet, reliabilitet og kildekritik.....	9
3. Teori.....	10
3.1 Diabetes Mellitus.....	10
3.1.1 Senkomplikasjoner.....	10
3.1.2 Retinopati.....	11
3.1.3 Nefropati.....	11
3.1.4 Nevropati.....	11
3.1.5 Makrovaskulära komplikasjoner.....	12
3.2 Kommunikasjon.....	12
3.3 Veiledning.....	13
3.4 Mestring.....	14
3.5 Motivation.....	15
3.6 Sykepleie pedagogisk praksis.....	17
3.7 Relationen I patientcentrert praksis .....	18
3.8 Lover.....	19
3.8.1 Patient og brukerrettighetsloven.....	19
3.8.2 Helsepersonelloven.....	20
3.8.3 Yrkesetiske retningslinjer.....	20

3.9 Sykepleieteoretiker.....	20
3.9.1 Patricia Benner och Judith Wrubels omsorgsteori.....	20
3.9.2 Benner och Wrubels syn på människan.....	21
3.9.3 Benner och Wrubels syn på stress och mestring av sjukdom.....	22
3.9.4 Benner och Wrubels syn på omvårdnad.....	23
3.9.5 Kari Martinsens omsorgsteori.....	24
3.9.6 Empowerment.....	25
4.0 Dröfting.....	27
4.1 Patientundervisning.....	27.
4.2 Kommunikation mellan sykepleier och patient.....	30
4.3 Etablering mellan sykepleier och patient.....	32
4.4 Motivation till mestring.....	34
4.5 Sykepleier vägledning.....	37
5.0 Konklusion.....	40.
Referenslista.....	41
Sammandrag.....	45

# **1. Inledning**

## **1.1 Bakgrund för val av tema**

Genom egen erfarenhet av arbete på sjukhus så har jag mött många patienter som inte tar sin diabetes på allvar. Om det handlar om brist på kunskap eller om det handlar om att inte bry sig på allvar har jag inget svar på, men min önskan är att dessa patienter blir mer motiverade till att sköta sin diabetes så de kan slippa sjukhusinläggelse på grund av detta.

Man kan ibland fråga sig vad patienterna har fått för information vid utskrivning från sjukhuset. Med det menar jag att under sjukhusinläggelsen så koncentreras det mest på att stabilisera blodsockret och att den undervisande delen blir bortglömd.

Det jag vill komma fram till med denna uppsats är att vi som sjuksköterskor skall ha en bra pedagogisk funktion så att vi kan ha en bra patientundervisning så att patienten vill ta tag i sina problem och bli motiverad till att lyckas mästa sin sjukdom i vardagen.

## **1.2 Problemställning**

Utifrån egna erfarenheter så har jag kommit fram till följande problemställning:  
*Sykepleierns pedagogiske funktion i förhållande till patienter med diabetes type 1.*

## **1.3 Avgränsning utav oppgaven**

Jag har valt att skriva om de patienter som har Diabetes Type 1, det vill säga att det är de patienter som är beroende av insulin. Gruppen av patienter jag väljer är både män och kvinnor som är mellan 35-55 år. De är friska för övrigt och att de kommer in på sjukhus på grund av att de inte har kontroll över sitt blodsocker. Att jag väljer att koncentrera oss på denna grupp är att det är oftast de som vi möter på sjukhuset. Min utmaning här blir hur man ska kunna få dessa patienter till att ta vara på den information de ges och bli motiverade till att ändra sin livsstil och på så vis slippa sjukhusinläggelse.

Jag väljer i denna uppgave att koncentrera mig mycket på vägledning och motivation, för jag tror att mycket handlar om det när patienterna inte kan hantera sin vardag. Här

gäller det att jag som sykepleier skall använda mig av min pedagogiska funktion för att öka motivation och mestring för patienterna.

## **1.4 Begreppsavklaring**

### **1.4.1 Pedagogisk funktion**

För att definiera begreppet pedagogisk funktion så väljer jag att se på Tveitens (2008) definition av sykepleierens pedagogiske funksjon:

“ Sykepleierens pedagogiske funksjon innebær alle värderingar, konkrete göromål og handlingar sykepleieren har ansvar for som har till hensikt att lägga till rätta för uppdagelse, læring , vekst, utveckling og mestring hos patienter, klienter, anhöriga, studenter og kollegor” (Tveiten 2008).

Min förståelse av detta är att man som sykepleiere har även en funktion som lärare.

Det krävs att man har goda kunskaper om det som skall läras ut och det krävs att man är motiverad för att lära ut annars blir det ingen bra lärdom för den som skall läras.

### **1.4.2 Sykepleierens pedagogiska funktion**

Om man ser på sykepleierens pedagogiske funksjon gentemot patienter, anhöriga och klienter så kan det innebära information, råd, undervisning, instruktioner och veiledning. Det är hensikt og sammanhang som har betydning för vad det är som ska viktläggas og fokuseras. Det är av stor betydning hur man som sykepleier möter patienten. Avgörande för hur lærings utbyttet skall bli så har det av stor betydning vilken pedagogisk og praktisk kunnskap sykepleieren har (Ravnestad 2003). När det gäller sykepleierens pedagogiske funksjon gentemot kollegor, studenter og elever så är hensikten att deras kompetens og handlingsberedskap skall utvecklas (ibid). Min förståelse av detta är att det har otroligt mycket att säga hur man vägleder andra personer så att de förstår innebörden av en handling.

Tveiten (2008) säger att man kan se hos patienter med kroniske sjukdomar att uppdagelse, undervisning, læring og mestring kan innebære att patienten tillægnar sig en ny kunnskap, nye færdigheter og ett nytt förhållningssett som gör att patienten förhåller sig till sin sjukdom på ett annat sett(Tveiten 2008). Min tanke om detta är att patienten kanskje kan mestra sin sjukdom bättre og øke sin livskvalitet.

Arenan, eller där man utför sykepleierens pedagogiske funksjon kan vara olika. Det kan exempelvis vara vid en sjukhus säng, på helsestationen, på vaktrummet eller i patientens hem. Det kan vara ett individuellt möte mellan sykepleier och patient, elev, student, kollega eller det kan vara ett gruppmöte. Arenan kan vara en veilednings eller undervisningssituation som är planlagt men det kan även vara en situation som oppstår spontant (Tveiten 2008).

Som sykepleier måste man ha en pedagogisk kompetens som innebær kunnskap og forståelse relaterat till olika fagområden som eksempelvis omvårdnad og sjukdomslära.

Man skall ha kommunikations og samhandlings ferdigheter og även ferdigheter knutet till veiledning og undervisning. Som sykepleier skall man ha en etisk, känslomässig og moralisk medvetenhet knutet till grundlaget för värdering av egne handlingar som är riktat mot den grupp man möter. Den pedagogiske kunnskapen skall kommuniseras og användas på ett sätt som är hensiktsmässig till den enskilde patienten, anhöriga, studenten, kollegan eller klienten. Som sykepleier skall man också ha en situasjonsforståelse og forståelse för helheten så att hensikten med den pedagogiske funksjonen oppnås (ibid).

## **1.5 Oppgavens videre oppbygning**

Jag har valt att dela in denna oppgave i fem hovedkapitel med några underkapitel.

I kapitel 1 så har jeg inledning og bakgrunn til tema og problemstilling.

I kapitel 2 så beskriver jeg metod og viken metod jeg använt för att genomföra denna oppgaven. Jeg presenterer litteratur og framgångssätt för litteratursök, källor og källkritik.

I kapitel 3 presenterer jeg den teori som är relevant för problemstillingen.

I kapitel 4 har jeg dröftingsdelen.

I kapitel 5 samler jeg trådarna jeg fått under vägen og summerar svaren til problemstillingen.

Jag väljer att skriva kort om diabetes eftersom oppgaven I hovedsak inte handlar om det. Jeg skriver däremot lite mer om senkomplikationer för det är det som kan uppstå om patienterna inte är motiverade nog til l att förändra sin livstil og det kan få allvarliga konsekvenser.

Oppgaven handlar om personer som inte har motivation att ändra sin livstil.

Min hänsikt med denna oppgave är att komme fram til l vad man som sykepleier ska göra för att kunne hjelpe omotiverede personer. Där för skriver jeg mycket om vägledning og motivation för det handlar mycket om det när man skall hjelpe sine patienter.

## **2. Metode**

“ En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” ( Dalland 2008).

Min tolkning av metod är att det är ett hjälpmedel för vad vi ska kunna bruka för att få fram kunnskap om det vi ska skriva om.

### **2.1 Litteraturstudie som val av metod**

Jag har valt att använda litteraturstudie som metod i oppgaven. Med litteraturstudie menas en kvalitativmetod som går på djupet og tar sikte på att man fångar opp meningen og opplevelsen av ett fält. En litteraturstudie bygger på relevant teori og forskning ( Dalland 2007).Jag har valt denna metod just för att det finns mycket material att inhämta. Hensikten med att söka i litteratur som redan är skrivet är att man får en översikt över kunnskap som redan finns ( Dalland 2007).

### **2.2 Framgångsätt, forskningsartiklar og sökord**

Jag har använt mig av pensumlitteratur og andra böcker jag funnit via biblioteket som varit relevanta för min problemställning. Jag har søkt i olika databaser efter forskning og då har jag använt mig av databaser som Cinahl, Swemed, Ovid Nursing, PubMed og Medline. Dessa databaser har jag valt utifrån information från skolan.

Sökord jag använt är diabetes, coping, self education, patient education, motivation, guidande og quality of life. Jag har valt dessa sökord utifrån problemställningen og kombinerat dem på olika sätt.

Forskningen som jag funnit handlar bland annat om oviljan om att ändra sitt liv.

Forskningen visar även på att många sykepleierer kanner att de inte har nog med kunnskap om att undervisa om livsstilsändringar.

### **2.3 Metodens validitet, reliabilitet og kildekritikk**



Dalland (2007) säger att validitet står för relevans och giltighet. Kildekritikk är de metoder som man använder för att komma fram till om en källa är sann eller inte.

Man ska värdera litteraturen i förhållande till relevans och pålitlighet

Litteraturen man använder sig av skall vara relevant till problemställningen och inte för gammal. Jag har valt att använda mig av både primär och sekundär litteratur.

Primär litteratur är originaltext och sekundär litteratur är originaltext tolkat av andra författare. Fara med att använda sig av sekundär litteratur är att man kan utsätta sig för feltolkningar och onoggrannhet (Dalland 2007).

Jag har använt mig av IMRAD principen när jag värderat forskningsartiklarna.

Med IMRAD menas att artikeln skall ha en introduktion, en metoddel, ett resultat och en diskussion. Introduktionen säger något om varför studien blivit gjord. Metod har något att säga om hur studien blivit genomförd, resultatet är vad som blivit funnet och diskussionen innehåller författarens egna meningar.

## **3. Teori**

### **3.1 Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus har tidigare kallats sockersjuka, därför att det är en sjukdom som leder till ökad glucos halt i blodet. Ett normalvärde skall ligga på mellan 4,2 och 6,0 mmol/l. Om man har ett värde på över 7,0 mmol/l så kan det innebära att man har diabetes. Diabetes type 1 är en autoimmun sjukdom, med det menas att kroppens eget immunförsvar orsakar sjukdomen genom att angripa människans egna insulin producerande betaceller i pankreas. Eftersom det inte finns någon insulin produktion så krävs det tillförsel av insulin via injektioner. Insulin är ett hormon som bildas i bukspottskörtelns sk betaceller. Symtom på diabetes kan vara ökad urinmängd och ökad törst.

Kroppens celler behöver glukos för att fungera och fullgöra sina funktioner. För att glukosen i blodet skall komma in i cellerna i tex lever och muskler så krävs det insulin. Man kan säga att insulin fungerar som en dörröppnare för glukos ( Alvarsson, Brismer, Viklund, Örtqvist & Östenson 2007).

#### **3.1.1 Senkomplikationer**

Om man går med för högt blodsocker under längre tid så kan man utveckla senkomplikationer som en följd av sin diabetes.

Genom att undervisa och vägleda diabetespatienterna rätt så kan man förebygga att senkomplikationer uppstår.

Man kan dela in senkomplikationerna i mikrovaskulära och makrovaskulära komplikationer.

Mikrovaskulära komplikationer är ögonkomplikationer, nefropati och nevropati (Ribu 2008).

#### **3.1.2 Retinopati**

Den vanligaste ögonkomplikationen är retinopati som är förändringar i ögonbotten och som uppstår hos 75% av patienterna med diabetes. Det blir till att börja med

lokala förändringar i ögonbottens kapillerkärl, som kan utveckla varierande diameter och aneurism. På vissa ställen kan det även uppträda små blödningar.

Retinopati kan även leda till blindhet.(Örn,S.,Mjell,J & Bach-Gansmo, E. 2011).

### **3.1.3 Nefropati**

Nefropati är en sjukdom i njurarna som kännetecknas av förändringar i njurens glomerulusfiltration som gör att proteiner släpps igenom och läcker ut i urinen. Detta beror på att det uppstått skador på kärlväggen och basalmembranen i glomeruli.

Först är det bara små proteiner som läcker ut (albumin) men efter vart så utvecklas skadan att gälla även de stora proteinerna, tillståndet kallas proteinuri.

Obehandlad proteinuri kan leda till kronisk njursvikt som kräver dialysbehandling (ibid).

### **3.1.4 Nevropati**

Nevropati är skador i de perifera nerverna och är för många diabetiker den mest plågsamma senkomplikationen och den största riskfaktorn för fotsår, amputationer och smärtor i fötterna. (Ribu 2008).

Skadorna beror på förändringar i mikrocirkulationen till nervtrådarna. Ofta märker man förändringarna i händer och fötter först. Ofta börjar det med stickningar och smärta som efter ett tag övergår i nedsatt känsel förmåga. Efter undersökningar så ser man att det är nedsatt känsel förmåga i huden på händer och fötter. Vid långgångna skador så kan gångsvårigheter uppstå.

Diabetespatienter som lider av nevropati är speciellt utsatta för att få trycksår på fötterna. Orsaken till detta är att smärtkänslan är nedsatt och det kan finnas skadliga tryckpunkter i skorna. (Örn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo 2011).

### **3.1.5 Makrovaskulära komplikationer**

Makrovaskulära komplikationer karaktäriseras vid att lipider deponeras i de stora artärerna och bildar plack som gör att blodådrorna blir trånga. När plack brister så kan kärlet tätas igen helt och patienten får en infarkt för exempel till hjärtat eller hjärnan.

Aterosklerose i blodkärlen till hjärtat eller hjärnan och även till fötterna är den vanligaste grunden till makrovaskulära komplikationer. Övertid kan aterosklerosen ge ischemisk hjärtsjukdom, ischemisk hjärnsjukdom eller nedsatt cirkulation i fötterna. Man kan förebygga detta med att kontrollera blodtrycket regelbundet och att kontrollera kolesterolet. Behandling skall sättas in om det är nödvändigt ( ibid).

### **3.2 Kommunikation**

Att man har goda kommunikationsfärdigheter till en patient är ett hjälpmedel för att kunna förstå patienten som person, för att kunna ge bättre hjälp, för att kunna förstå patientens situation och för att kunna vara ett stöd till denne. Med god kommunikation så kan man stimulera patientens utveckling på bästa sätt. Som sjuksköterska har man ofta väldigt kort tid på sig att skapa en god kontakt och skaffa sig en fullständig bild av patientens situation ( Eide & Eide 2007). Vi menar att detta gäller speciellt under sjukhus vistelse där patienten oftast är inneliggande under en kort period.

Att man har en god kommunikation kan vara till stor hjälp när man möter patienter som har drabbats av diabetes och detta gäller på alla arenor inom sjukvården. Huvudmålet för sjuksköterskans kommunikation är att man skapar en god relation till patienten för att kunna hjälpa patienten till att kunna klara av sin nya livssituation (Eide & Eide 1996).

### 3.3 Veiledning

Begreppet veiledning står centralt når det gæller sykepleierens sjælvstændige funktion. Veiledning kan liknas med rådgivning og undervisning eller information og instruksjon.

Hensikten med veiledning ær att mestringskompetensen styrkes genom upptæckelse og lærning. Veiledning ær en pedagogisk verksamhet sâ det ær æven undervisning som ær hensikten med dette. Dærfôr ær det inte sâ konstigt att dessa tvâ begrepp træder in i varandra. Skillnaden mellom veiledning og undervisning relateras till hur hensikten oppnâs. Undervisning ær ofta styrt utav en undervisare medan veiledning handlar om att mœta personen dær han ær og hœra dennes behov. Nær man ska veileda en patient sâ fôrutsætter det att man fâr till en dialog mellom veileder og den som ska veiledas. Som veiledare mæste ta utgângspunkt i den andres opplevelse og fôrstâelse. En central del hos patienten ær medvetenheten om sin situation om denne skall kunna læra sig att hantera sin situation og se sin mestringskompetens (Tveiten 2008).

Det finns olika faser i veiledningen og som sykepleier mæste vi vara kânt med de ulike faserna. Den fôrste fasen i veiledningen ær planeringsfasen som ær tiden innan veiledningen skall æga rum. Som veileder fâr man hær ta en del val og værderingar utifrân vem patienten ær. En væsentlig del ær var og nær veiledningen skall æga rum og veiledaren kan æven reflektera ôver hur man ska lægga till rætta fôr tillit og hur man skall mœta patienten dær den ær (ibid).

Man bôr æven som veiledare reflektera ôver sin egen motivation og grundlag fôr att veileda. Om man som veileder ær lite motiverad sâ kan dette pâverka relasjonen mellom veiledaren og den som ska veiledas.

Fas tvâ i veiledningen ær bli kænd/ bli trygg fasen. Den fasen startar nær veiledaren og patienten mœts. Att man som patient blir sedd, hœrd, tagen pâ allvar og har veiledarens fulla oppmærksamhet betyder mycket att sâga fôr tilliten. Att man som veileder lyssnar aktivt skapar en trygghet fôr patienten og denne kan tœras att ôppna sig. Man skapar tillit genom trygghet og det ær viktig i denna fas. Dette ær fasen nær parterna i ett veiledningsfôrholdande ska læra kænna varandra. Hær bôr man æven gœra klart fôr fôrventningarna og hensikten med veiledningen (ibid).

I arbetsfasen som är nästa fas föregår själva veiledningen. Här arbetar man med vad som kan förändras och hur det skall förändras. Det man reflekterar, bearbetar och förbereder är beroende på patienten och vad hensikten är. Som veileder måste man vara på det klara med att vilken metod man än väljer så måste hensikten vara att upptäcka något. Som veileder bör man göra så att patienten själv upptäcker vad som ska göras i stället för att tala om det för denne. Det är viktigt att lägga till rätta för evaluering av veiledningens innehåll i fall ändringar måste göras (ibid).

I avslutningsfasen så dras konklusioner och man uppsummerar det man kommit fram till och ser på vilka andra vägar man kan gå framöver. Man evaluerar veiledningen och ser om man uppnått förväntningarna.

I den sista fasen som är bearbetningsfasen så är veiledningen avslutad men man fortsätter med bearbetning och reflektion. Det är kanske några förändringar som skall i verksättas (ibid).

### **3.4 Mestring**

Att leva med en livsstilssjukdom som diabetes innebär att mestra en vardag som ter sig annorlunda än att leva sitt liv som frisk. Långvarig eller kronisk sjukdom betyder en ändring i det vardagliga livet för personen i fråga. För någon kan denna ändring vara mer eller mindre dramatisk än för andra och handlar om gradvis förändring (Hopen 2010).

Mestring kan förklaras som ett allmänmänskligt fenomen och är en del av socialiseringsprocessen. Man använder ordet mästring som synonymt med uttryck som att klara sig eller att hantera att få till något. Mestring handlar om hur människor hanterar olika betungande livssituationer. För att tackla krav eller utmaningar så använder man sig av en mestringsstrategi. Den mestringsstrategien en person använder sig av har som ändamål att hjälpa vedkommande till att bevara sin självbild, finna en mening och upprätthålla en personlig kontroll över de krav och problem personen står inför (Reitan 2010).

Enligt Eide & Eide så kan man dela in mestringsstrategierna i tre huvudgrupper. Den första är problemstrategier där ändamålet är att lösa eller bättra problemet genom handling och beteende. Det andra är vurderingsrettede strategier som har som hensikt att ändra den kognitiva känslan av denna situation och att ändra perspektivet på

sjukdomen. Den sista strategin är känslomässiga strategier som man använder sig av när ändamålet är att bearbeta tankar och känslor som sjukdomen har orsakat ( Eide & Eide 1996).

### **3.5 Motivation**

Som människa så handlar det liv vi lever och den livsstil vi valt mycket om hur stor motivation vi har. En viktig faktor för att utveckla motivation är att ha ett mål.

Man kan säga att motivation fungerar som en sorts drivkraft. Den gör så att vi utför saker för att nå våra mål och tillfredsställer de behov som vi har ( Ohlson 2011).

Motivation är drivkraften för både läring och mestring, för det är när man först lärt sig något nytt som man kan ändra beteende.

Tidigare blev motivation betraktat som ett stabilt personlighetsdrag, medans nu så handlar det om motivations forskning om vilken betydning värde, mål, insats, självbild och förväntningar har för betydelse. Vidare är motivationsrelevanta yttre faktorer ett ämne för forskning.

Troligt så har motivation skapats i ett samspel mellan personliga och sociala faktorer. Motivation kommer inte alltid till att ge uttryck i handlingar. Men det kan ha en stor inverkan på tankar, upplevelser och val.

Faktorer som sätter i gång ändring av ett beteende kan vara en grund till att göra en förändring. Vikten riktning ändringen skall ha avgjöras av patientens målsättning för vad det är som skall ändras ( ibid).

Drivkrafter som får patienten att tänka och bestämma sig för något, kan vara inre och yttre drivkrafter. Inre drivkrafter kan vara tilltro till egna resurser, tidigare erfarenheter, intresse, mål och förväntningar. Här är det fokus enbart på inre tillfredsställelse.

Yttre drivkrafter kan vara omvårdnadspersonalens attityd och förväntningar. Det kan även vara familjen, vänner eller arbets kollegor. Här är aktiviteten styrd av rosning och belöning(ibid).

Ofta upplever sykepleieren attpatientens brist på motivation kan vara den största utmaningen i deltagelsen av sin behandling. Här kommer patientens brist på förståelse för sin situation och brist på interesse fram. Det kan bli ett hinder för samarbeidet mellom patienten og sykepleieren (Hummelvoll 2012).

Jag menar attpom vi skall kunna få en person till attbättra sin livsstil så gäller det attmotivationen finns. Nu ligger det på vår oppgift som sykepleiere attfinna fram till ett sätt attfå patienten motiverad. Här måste man börja med atfta reda på varför patienterna inte är motiverade till attgöra en förändring. Vad är det som ligger bakom? Det kan finnas många orsaker till detta. Varför klarar vissa personer attändra sig og andra inte? Här har vi en stor utmaning atfta för oss.

### **3.6 Sykepleiepedagogisk praksis**

Undervisning, vägledning, informasjon og støtte ingår i sykepleierens pedagogiske funksjon for pasienter og deres pårørende og det er en stor del utav pasient arbeidet. Pasientsituasjonerna er mange, pasienterna er ulike mennesker og deres læringsbehov kommer attvære ulike. Men læringsbehovet er viktig for den enkelte pasienten.

Når man blir en pasient så behøver man informasjon og får ett behov for omhändertagande. Helseproblem og sykdom kan oppleves som skræmmende og det kan medføre store forandringer i vardagen for den som drabbats. Det kan være allt i från attfå opptråning, attmanska medicinera sig i en kort periode, man kan förlora meningsfulle aktiviteter eller attlivet går mot slutet.

Sykepleiepedagogik innebær attmanska støtte læringsprosesser som leder till en opplevelse av mestring i de forandrede livssituasjonerna( Brataas 2011).

Om man ser till attfå diagnosen diabetes så omfatter det en stor förändring i livet for den som drabbats.



Sykepleiepedagogik praksis är en viktig utföring för att se till den enskildes behov, och lägger till rätta för den läring som kan komma att ha avgörande betydning för patienten senare mestrning och upplevelse av hälsa och livskvalitet ( ibid).

Pedagogisk vetenskap omhandlar en beskrivelse av läring och utveckling, samt varför och hur människor lär och utvecklar sig så som dom gör. Läring i sjukvården har hälsofrämjande, mestrning och hälsobeteende som mål. De som skall lära är patienter, anhöriga, studenter eller omvårdnadspersonal. Sykepleiepedagogik är en lärningsprocess hos dem som mottar sykepleie och hos sykepleieren som ger denna hjälpen ( ibid).

Didaktik är ett fält inom pedagogik. Det handlar om ur kunskap, erfarenhet och förståelse upparbetas. Vidare hur och varför läring och undervisning fungerar. Detta vill säga att när vi som sykepleier undervisar, använder man en kunskap om människor och deras läring, motivation och människans fungering och roll i samhället ( ibid).

Den pedagogiska aktiviteten är en del av den helhetliga hälsohjälpen och ingår i sykepleieprocessen. Sykepleieprocessen är både mellanmänsklig och problemlösande. Den synliggör inte den mellanmänskliga processen, som inleds med det unika mötet mellan sykepleier och patient, där det etableras en relation. Den visar heller inte till det personrelaterade , det att förhålla sig till vem denna patienten är. Alla människor oavsett ålder och kognitiva ämnen ska betraktas som likvärdiga och värdefulla. Med synen på människor som unika så individualiseras omvårdnaden. Det viktliggs om samarbete, stötta om patientens resurseer och psykosociala behov ( Brataas 2011).

### **3.7 Relasjonen i pasientsentrert pedagogisk praksis**

En person till person relation är ett jämbördigt och likavärdigt förhållande och det är där det etableras tillit och samspel. Men den pedagogiske samtalen har ett ändamål som utöver det ska visa gensidig respekt och intresse. Sykepleiern har en professionell

roll och kan bestämma tid och plats, samt planlägga den pedagogiske samtalet på grund av sin kompetens ( Brataas 2011).

Den pedagogiska samtalet bör börja med att man ger uttryck för ändamålet.

Sykepleiern ska ivarata självbestämmande och medverkning. Därför bör de vara eniga om att samarbeta och uppmuntra patienten till att komma med inspel och frågor. Allt som uttrycks har ett kommunikationsmål ( direkta mål, indirekta mål, självbekräftande mål och relationella mål). Om man ser till direkta kommunikationsmål så menas det med att när samtalet förväntas bli reponderat direkt. Indirekta samtalsmål är att lägga föringer eller önskan för ett tema. Sykepleiern kan för exempel förbereda patienten på att motta ett budskap med att säga: jag har något att meddela dig som är trist. Patienten kan också komma med med indirekta yttringar som: jag har inte sovit i natt, jag har bara legat och tänkt. Då bör man som sykepleier att undersöka vad det är som är målet med en sådan indirekt yttring. Självbekräftande mål har som hänsikt att göra patienten trygg och ivartagen, med förutsättning för att det som sykepleiern pratar om är sant. Exempelvis: jag kan mycket om denna blodsocker apparat och jag skall lära dig det du behöver för att kunna klara av den själv.

Med relationella kommunikationsmål är hänsikten att upprätthålla en relation med att visa att man är delaktig. Ofta använder man sig av små ord för att tillkännage att man är delaktig i samtalet. Man skall vara uppmärksam på att patienten kan komma med bekräftelser men ändå inte har förstått informationen, men att man varit upptagen med att vara hövlig. Som sykepleier måste man vara särskilt uppmärksam på att yttrande av små bekymringar och att man följer upp med frågor om vad patienten tänker på. Man Skall ha förmågan att observera patientens kommunikationsmål, och i tillägg vara uppmärksam på sina egna mål, som kräver övning och ger erfarenhet över tid. Ha fokus på att arbeta medvetet med sitt eget sätt att kommunisera och utöva pedagogisk praxis ( Brataas 2011).

### **3.8 Lover**

Här följer en kort presentation av de lagar jag anser som mest relevanta för problemställningen.

#### **3.8.1 Pasient og brukerrettighetsloven**

Syftet med lagen är att ge den enskilde patienten eller brukeren rättigheter gentemot helse og omsorgstjänsten samt säkra att befolkningen har lika tillgång på tjänster av god kvalitet.

Lagen skall bidra till att främja en förtroenderelation mellan patient eller brukere och helse og omsorgstjänsten. Den skall ivarata respekten för den enskilde brukerens och patientens liv, integritet och människovärde samt främja en socialtrygghet för patienten och brukaren.

Lagen gäller för alla som uppehåller sig i riket (Pasientrettighetsloven, 1999).

#### **3.8.2 Helsepersonelloven**

Syftet med denna lag är att bidra till säkerhet och kvalitet i helse og omsorgstjänsten samt bidra med förtroende till helsepersonell og till helse og omsorgstjänsten.

Lagen gäller för helsepersonell og verksamheter som nyttjar helsehjelp i riket.

Som helsepersonell ska man utföra sitt arbete i samsvar med de krav som finns för yrkes professionalitet samt ge den omsorgsfulla hjälp som kan förväntas av personalens kvalifikationer, arbeidskaraktär og situationen i övrigt (Helsepersonelloven, 1999).

#### **3.8.3 Yrkesetiske retningslinjer**

I yrkesetiske retningslinjerna står det att sykepleieren ivaratar den enkeltes patient og verdighet og integritet, herunder retten till helhetlig sykepleie, retten till å vara medbestämmande og retten till att inte bli kränkt. ( Norsk sykepleieförbund (NSF), 2011). Omvårdnad ska baseras på omsorg, barmhärtighet og respekt för de mänskliga rättigheterna. Som sjuksköterska är vår plikt att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, lindra sjukdom, samt säkra för en värdig död ( NSF ).

### **3.9 Sykepleieteoretiker**

#### **3.9.1 Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori**

Jag har valt att skriva om Patricia Benner och Judith Wrubels sykepleieteori, de säger att det överordnade målet för sykepleien är att hjälpa och styrka en annan människa till att bli den han eller hon önskar (Benner och Wrubel 1989). Min syn på detta är att man som sykepleier ska hjälpa patienten med det han själv önskar bli hjälpt med.

Jag väljer även Benner och Wrubel på grund av deras fokus på omsorg och att bry sig om. Jag stöder även deras teori om att stress och sjukdom hänger i hop och hur sykepleiern genom en hermeneutiskt tillvägagångssätt, önskar att förstå patienten för att uppnå mestring.

Vidare säger Benner och Wrubel att det är möjligt att ge adekvat omvårdnad och medisinsk omsorg om sykepleiern känner till hur patienten tolkar symtomen. Symtom har en mening och detta har en klar tråd med att denna teorin bygger på ett hermeneutisk teoriperspektiv, där det är viktigt med att det finns en helhetlig förståelse. Med det menas att man ska se alla sidor av den andre personen ( Benner och Wrubel 1989).

Hur man nu som sykepleier skall förhålla sig till patienten på en systematiskt och konkret sätt, ger Benner och Wrubel ingen klar bild av. De menar dock att för att sykepleieren skall kunna hjälpa till med mestring måste utgångspunkten finnas i patientens upplevelse av situationen och deras särskilda frågor.

### **3.9.2 Benner och Wrubels syn på människan**

Eftersom vi har olika människosyn så är det viktigt att man är medveten om vad människosynen betyder för utföringen av omvårdnaden.

Jag menar att vi alla människor är lika mycket värda och att vi alla är unika. Därför tror jag att alla människor kan inta ny kunskap så länge man ser till att kunskapen är tillrättalagd för var enskilds behov.

Om man ser till Benner och Wrubel så har de stort fokus på omsorg. De menar att människor som visar omsorg för andra än sig själva öppnar möjligheten till att mottaga och ge hjälp. Grunden till detta är de mellanmänskliga relationerna som skapas (Benner och Wrubel 1989). De ser även människan som en självförtyolkande individ som formas av livet och omgivningen de befinner sig i.

Benner och Wrubel pekar på fyra egenskaper med det att vara människa.

Det är kroppslig intelligens, bakgrundsförståelse, det att vara placerat i en situation eller kontext och speciella anligganden. Benner och Wrubel menar med kroppslig intelligens att en person som har en speciell ferdighet. Man kan ta som exempel en diabetiker som blivit expert på sin egen sjukdom.

Med bakgrundsförståelse menar de den förståelsen som en person får vid att växa upp med en speciell kultur. Detta kan ha stor inverkning på vilken människosyn personen i fråga får senare i livet.

Vidare menar Benner och Wrubel att speciellt anliggande betyder att en människa är intresserad i något och är involverad i det. Människan involverar sig i situationer direkt, utifrån vilken mening situationerna har för vederbörande.

Om man ser till kontext begreppet som är ett vidare perspektiv som även omfattar den tidsmässiga situationen en människa befinner sig i ( Kirkevold 2001).

### **3.9.3 Benner och Wrubels syn på stress och mestrning av sjukdom**

Mestrning är en huvudpunkt i deras teori. De menar att alla har olika förutsättningar för hur mestrning genomförs på grund av bakgrund, kunskaper, erfarenhet och praxis.

Mestring måste värderas utifrån personens egen förståelse, möjligheter och värderingar.

Vidare säger de att sjukdom har olika inflytande i livets olika faser både på personen och på dennes anhöriga. Den verkar olika på upplevelsen av stress och möjligheten för mestring ( Kristoffersen 2005).

Benner och Wrubel är inte så upptagna av vad det är som karaktiserar en person som har behov av omvårdnad. De är mer upptagna av stessen som kan upplevas i förbindelse med förlust, omsorg eller helsesvikt. De definierar stress som *ett brudd i mening, förståelse och uhemmet funktion slik att fara, tap eller utfordring erfars, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd* ( Kirkevold 1998).

Om man ser till sjukdom så är det en situation som ofta leder till ett brudd i en uhemmet funktion och detta kan upplevas skrämmande för patienten. Stress är bundet både till personen och situationen.

Mestring är som sagt ett väsentligt bergrepp hos dessa teoretiker och de förklarar förhållandet mellan mestring och stress på detta vis: *stress är upplevelsen av ett brudd i mening, förståelse og uhemmet funktion. Mestring är vad man gör med dette bruddet* ( Kirkevold 1998).

#### **3.9.4 Benner och Wrubels syn på omvårdnad**

Det övergripande målet för omvårdnad enligt Benner och Wrubel är att hjälpa och styrka varje enskild individ till att vara det han eller hon önskar att vara. Vidare säger de att det är av betydning att man som sykepleier kan tolka patientens symtom för att kunna utföra en god omvårdnad ( Kirkevold 2001). För att jag som sykepleier nu skall kunna motivera patienten till att utföra en ändring i sitt liv så fokuserar jag på patientens positiva resurser. Det kan exempelvis vara patientens senaste blodsocker mätning. För att sykepleien skall få patienten till att mestra sin sjukdom så tar man utgångspunkt i patientens upplevelse av situationen. Benner och Wrubel påpekar att det finns inget riktigt sätt att gå till väga när man ska mestra en situation, men att man som sykepleier hjälper patienten på dennes premisser. För att kunna hjälpa patienten måste sykepleiern vara närvarande och få en djup förståelse för hur patienten själv upplever sin situation ( ibid).

Som Benner och Wrubel säger så måste man som sykepleier ta utgångspunkt i var enskilds patients möjligheter och synpunkter ( Benner och Wrubel 1989).

Benner och Wrubel fokuserar även på vilken betydning omgivningen runt patienten har. Detta kan vara nära knytet till hur patienten mestrar situationen och att sykepleiern är medveten om detta i sin yrkesutövelse av omvårdnaden ( Kirkevold 2001).

Min förståelse av detta kan vara att om du har en patient du träffar i hemmet så kan det vara enklare att fånga upp vilka resurser patienten har. Är man inlagd på sjukhus så kan det kännas lite främmande och man vågar kanske inte visa fram vad man egentligen kan eftersom det känns tryggare i hemmet.

### **3.9.5 Kari Martinsens omsorgsteori**

Jag har som huvudsak valt Patricia Benner och Judith Wrubel som sykepleieteoretiker men jag väljer även att dra in Kari Martinsen lite grann.

I Martinsens teori handlar omvårdnad om omsorg och välgörenhet för den som är drabbad av sjukdom, där mänsklig närvaro och vårdrelaterad kunskap är tätt sammanbundna med varandra.

Omsorg är ett fundament vid mänskliga existensen enligt Martinsen. Hon menar att detta har att göra med hur vi är mot varandra. Vi kan inte isoleras från våran omgivning och vill därför alltid vara en del utav varandras vardag ( Kristoffersen 2008).

Människosynen Martinsen presenterar förankras i kollektiv mänskligheten där man är beroende av varandra. Avhängighet kan bilda grund för både solidaritet och ömsesidighet. Avhängighet anses vara en grundstruktur i människas sätt att vara där autonomi, frihet och ansvar får sin mening från avhängigheten. Även om vi är beroende av varandra så har vi valet om hur avhängigheten kommer till uttryck. Livsyttringar som tillit och barmhärtighet är bärande elementer i mellanmänskliga relationer (Kristoffersen 2008).

För att kunna ge äkta och god omsorg så måste vi förstå den andres situation och erkänna denne menar Martinsen. Hon menar också att omsorg är grunden för omvårdnad. Sykepleieren måste utifrån sin förståelse av den enskildes situation bestämma vad som är bäst för patienten ( Slettebö, 2009).

Vidare säger Martinsen något om makt och avmakt. Man kan säga att makt är en möjlighet till att påverka andra människor. Det ser man exempelvis genom patient och sykepleier rollen. När sykepleieren har ansvar för den som är svagare så är rollen asymmetrisk och med det menar Martinsen att sykepleieren har mer makt än patienten. Därför är det viktigt att sykepleieren visar en moralisk försvarlig omvårdnad ( ibid). Med det menar jag att vi som sykepleiere har goda kunskaper och en styrka som patienten kanske inte själv har men vi måste vara försiktiga med hur vi använder denna.

Martinsen säger även något om autonomi och paternalisme och då är det svag paternalisme som är den önskvärda. Hon menar med det att sykepleieren skall bruka sin yrkeskunskap till att göra det bästa för patienten och involvera patienten aktivt i de beslut som tas (Kristoffersen,2008).



#### **4.0 Empowerment**

Empowerment är ett centralt begrepp inom hälsofrämjande arbete.

För att förklara ordet empowerment brukar jag John Gunnar Maelands översättning av empowerment ” *det att vinna större makt och kontroll över*” ( Maeland 2005). Min uppfattning om detta är att man kan förklara empowerment som en process där varje enskild individ tar ansvar och blir delaktig i sin egen hälsa och detta genom enkel upplysning och kunskap, som i denna opgaven om förändrad livssituation på grund av sjukdom.

Om man ser till personer med låg självkänsla så upplever de ofta att de har dålig kontroll över sitt beteende och de ser ingen möjlighet att kunna påverka detta. Därför använder man sig av i många hälsopedagogiska metoder just empowerment.

Det handlar om att hjälpa individer till att utveckla sin egen förmåga av något. Målet är att de skall uppleva sig själva som värdefulla och förmögna genom att klara av beteendeförändringar ( Ohlson 2011).

Begreppet empowerment är nära knyttet till mestring, och många säger att empowerment är en förutsättning för mestring. Det är även att individen ska få tro på sina resurser och kompetens, och detta innebär en utvidgning av individens autonomi och självständighet. Empowerments fokus ligger på att individen skall känna makt och självsäkerhet samt att det är ett verktyg för att hjälpa människor med att definiera sina mål och ändra sin livsstil ( Borrild och Musaeus 2001).

#### **4. Dröfting**

I detta kapitel på oppgaven så använder jag både litteratur och forskning för försöka komma fram till ett svar på min problemställning.

#### **4.1 Patientundervisning**

Man kan säga att när man fått en kronisk sjukdom så medför detta ett slags sorgearbete. Man sörjer förlusten av den friska kropp man haft. Att man förlikar sig med sin sjukdom är A och O och detta gäller för alla kroniska sjukdomar. När man så småningom har förlikat sig med sin sjukdom så kan man trots allt leva ett så normalt liv som möjligt, trots sin sjukdom. Efterhand kan man se det som var en katastrof till en början, som en utvecklande och stärkande erfarenhet ( Gåfvells och Lorenz 1999). Vad är det som gör att vissa personer inte klarar av att hantera sin sjukdom? Finns inte motivationen eller handlar det om för lite kunskap? Om det är motivationen som det handlar om så gäller det att ta reda på varför motivationen saknas. Vad är det som gör att vissa personer är mer motiverade än andra? En annan orsak kan vara som är min egen tanke om det hela ,att patienterna kanske får för dålig information när de skall utskrivras från sjukhuset. För att komma tillbaks och leva ett så normalt liv igen krävs det kunskap om den nya situation man hamna i.

Vad är det då som gör att patienterna inte får nog med information? Är det tidsbrist eller är inte patienten mottaglig för informationen just där och då? Problemet här är ju att patienten är inneliggande en kort tid och då ska vi som sykepleier försöka få dom att förstå informationen dom får samtidigt som de kanske befinner sig

Det finns forskning som visar på att om man som sykepleiere ansvarar för ett fåtal patienter så har lägger man mer tid på patientnära vård i stället för att man måste lägga mycket tid på in och utskrivningar. Detta gör att man som sykepleier känner sig mer privilegierad och man kan ha bra kontroll över vårdkvaliteten samtidigt som kontakten med patienten gav dem personlig utveckling. Att avsätta tid för handledning och instruktion gör arbetsdagen och arbetsuppgifterna mer varierande och värderas högt av sykepleieren ( Hallin 2009). Jag kan förstå att man som sykepleier många gånger kan bli frustrerad över att det inte finns tid nog till patienterna.

När man hör ordet pedagogik är det många som tänker på skolan. Jag ser inte att det är något konstigt med det eftersom ordet pedagogik handlar om upptäckelse och undervisning. Pedagogik är läran om förhållandet mellan målgruppen, pedagog och innehåll. Om man ser till helsepedagogik så handlar det om att vi reflekterar över den läringen som vi tillrätta lägger för och som bidrar till att patienten kan mestra sin vardag bättre ( Hopen 2010).

Om man ser till Kari Martinsens teori så utgör den i första hand en beskrivning av vad som bör kännetecknas vid omvårdnadens sätt att förhålla sig till patienten.

Omvårdnad skall handla om livstolkning och omsorg. Martinsen säger inte så mycket om hur man skall utöva omvårdnaden, utan hon menar att det skall ingå i sykepleierens kliniska omdöme ( Kirkevold 1992 ).

Jag kan förstå vad hon menar med det och efterhand när man känner sig trygg i sin roll som den som undervisar, så utvecklar man mer kunskap och får en större erfarenhet av hur man skall lära ut.

Benner och Wrubel säger också något om detta. De hävdar att omsorg är fundamental i den mening att om man bryr sig om så skapar det goda möjligheter för att både ge och ta emot hjälp. På så vis så kan patienten känna tillit till en annan människa och få enklare att själv ta emot hjälp och har upplevelsen av att andra bryr sig om honom.

Omsorg skapar den kontext som är kärnan i all omvårdnad (Kirkevold 1992).

Det är många omvårdnadsteoretiker som hävdar att hälsa är målet för sjuksköterskans professionella arbete och med det understryks att hälsa är beroende av hur en människa hanterar påfrestande situationer (Benner och Wrubel 1989).

En annan metod som man kan bruka för att hjälpa en person till livsstilsändring kan vara ändrings fokuserande rådgivning. Det är en metod som är baserad på en dialog framför instruktion. I allra flesta tillfällen så är rådgivning ett samtal om en förändring, där bägge parter lyssnar till varandra och tillför relevanta inspel i diskussionen.

När jag nu som sykepleier råd gör med patienten gäller det att att vi båda har insikt i situationen och hur vi ska få till en ändring hos patienten och framför allt varför.

Om man ser till ändrings fokuserande rådgivning så tar den utgångs punkt i givna värden om vad som är positiva förändringar.

Det viktigaste målet i denna metod är att försöka påverka patienten till att medverka aktivt och att de involveras i förändringsarbetet. Här är det viktigt att sykepleieren tar utgångspunkt i patientens upplevelse av sin situation ( Barth 2003).

Min uppfattning av detta är att man använder sig av en god kommunikation till patienten i detta ändringsarbete därför att här har kommunikation en central roll. Om jag skall lyckas få patienten att känna tillit och tro på vad jag säger så måste vi ha en bra dialog med varandra.

Det finns även en samtalsmetod som man kallar motivationshöjande samtal. Det är en specifik samtals metod som har ett förhållningssätt med syfte att uppnå ökad motivation till beteendeförändring.

Det som kan vara viktigt är att man skiljer motivationshöjande samtal från det rådgivande samtalet som är en förutsättning för patientcentrerad vård vid diabetes.

Om man ser till det rådgivande samtalet så ingår det som en viktig del i den sedvanliga diabetesvården och utgår från patientens specifika behov och förutsättningar.

Skillnaden från rådgivande samtal är metoden motivationshöjande samtal mer fokuserad på patientens egen motivation till beteendeförändring.

Det finns fyra principer man bygger motivationshöjande samtal på och det är: visa empati, uttrycka ambivalens, stärka patientens egen förmåga till att kunna genomföra förändringar samt att man reducerar patientens eget motstånd till förändring.

Enligt motivationshöjande samtals metoden så ger man korta enskilda samtal för att uppnå beteendeförändring (Freyschuss 2009).

#### **4.2 Kommunikation mellan sykepleier och patient**

För att jag som sykepleier skall uppnå ett bra samarbete med mina patienter och att de skall lyckas med att ändra sin livsstil så måste vi etablera ett tillitsförhållande mellan oss. Kommunikation är nyckelordet för att lyckas med detta.

Om vi ser till vad Håkonsen säger så pekar han på att nödvändigheten av kommunikationsfärdigheter hos sykepleieren. Med det menar han att kommunikativa

färdigheter och tekniker kan vara hjälpmedel för sykepleieren och patienten i arbetet mot ett gemensamt mål ( Håkonsen 1999).

Jag menar även på att man kan visa patienten sin uppmärksamhet med att använda sig av sitt kroppsspråk. Jag följer med på vad patienten säger med blicken och och nickar bekräftande. Det gäller att visa ett intresse för vad han berättar.

Man fokuserar på att patienten skall uppleva en trygghet i samtalet och detta måste jag som sykepleier lägga till rätta för. För att patienten skall få den känslan av trygghet så gäller det för mig att jag tar mig nog med tid med patienten så att han känner att jag tar situationen på allvar ( Barth 2003).

Tyvärr så känns detta ibland som man pratar mot sig själv och med det menar jag att om man nu ser till hur situationen ser ut i verkliga livet på ett sjukhus så är det tyvärr tiden som inte räcker till. Jag kan av egen erfarenhet säga att problemet är att få tiden till att räcka till för det man vill uppnå. Ständiga neddragningar på personal är ett av skälen till att man inte hinner. Man får koncentrera sig på vad som är absolut nödvändigt att göra och tyvärr så resulterar det såklart i att något blir lidande eller till och med bortglömt. Det jag känner är att man måste ändå ta sig tid till att sätta sig ned hos patienten och ge dem den information de behöver för att kunna göra en livsstilsändring.

Om man ser långsiktigt på detta så kan man med den tiden man brukat kanske minska risken för senkomplikationer hos diabetespatienten, vilket resulterar i färre sjukhusinläggelser och behov för stödjande samtal.

Jag tror att man med en god kommunikation med en patient kan nå väldigt långt. För att få till en god kommunikation krävs att man etablerar en god kontakt och att man skapar tillit till varandra. Kommunikation hör till ett av de viktigaste redskapen sykepleieren har för att etablera ett människa – till- människa förhållande till patienten. Man kan säga att kommunikation är en process där människor förmedlar sina känslor och tankar till varandra. ( Kristoffersen 2008).

I pasient og brukerrettighetslovens kapitel 3 (1999) står det att patienten skall ha den information som är nödvändig för att få insikt i sitt hälsotillstånd.

Här menar jag att hur kommunikationen till andra ges kan ha en stor betydning.

Vår roll som omvårdnadspersonal är präglad av makt, autoritet och kompetens. För att vi som sykepleiere nu skall få fram vad det är som gör att patienten inte kan ändra sin livsstil och att vi skall kunna bidra till läring och mestring så är det väsentligt att få till en god dialog med patienten. Man förklarar en dialog som ett balanserat och likvärdigt samtal. Man uppnår likvärdighet med att visa respekt och intresse för den andra personen.

I en dialog så får man fram flera synpunkter som gör att man ser problemet från fler synvinklar och det gör att man får fram fler möjliga lösningar.

Det är patienten själv som vet hur han har det och det är det han måste förmedla till omvårdnadspersonalen för att man tillsammans skall göra det bästa för patienten.

Att patienten känner till sin sjukdom är en styrka i sig för han och för den som sitter med kunskap har enklare att värdera och ta ståndpunkt i olika sammanhang. Dialogen blir en lärningsprocess om man tänker på att utveckla en ny insikt eller ett erkännande för dem som deltar ( Hopen 2010).

Det gäller att jag som sykepleier lyssnar på vad patienten berättar så jag kan förstå hans tankar och känslor, både verbal och nonverbal information. På detta sättet kan jag bättre förstå hans budskap.

Det som är viktigt är att jag förstår att jag och patienten kanske inte har samma önskan om förändringen. Patienten kanske inte vill ändra sitt liv så mycket och då gäller det att jag lyssnar till detta och inte kör över hans autonomi. Jag måste vara medveten om att det kan uppstå sådana etiska reflektioner.

Håkonsen säger vidare i sin litteratur att frågan är vem som upplever beteendet som ett problem och vem är det som önskar förändring? Är det jag som sykepleier eller är det patienten ( Håkonsen 1999).

Jag har i verkligheten upplevt att patienter många gånger önskar att ändra sin livsstil men ändå inte fått det till och då gäller det att vi föreslår de ändringar som behövs för att mestra sin sjukdom, även om patienten inte verkar riktigt motiverad.

### **4.3 Etablering mellan sykepleier och patientrelation**

Vi som sykepleierer följer de yrkesetiska retnings linjerna som finns för att utöva god sykepleie till patienter. Om man ser till punkt 2 så står det där att ” *sykepleieren ivaretar den enkeltes pasient verdighet och integritet, herunder retten till helhetlig*

*sykepleie, retten til å vare medbestemmende og retten til ikke å bli krenket*” ( Norsk sykepleierforbund (NSF),2011). Med det oppfattas att patienten har rätt till en helhetlig omsorg samtidigt som patientens egen syn på det hela skall ligga till grund när man lägger en plan för vägledning.

För att nå en lyckad vägledning till patienten krävs att man har en god relation till varandra. Om man ser till Benner och Wrubels teori är omsorg i betydningen att ”bry sig om” grundläggande för att skapa möjligheter till meningsfulla sätt att bemästra sin situation ( Kirkevold 1992).

I Kirkevold ( 1992) understyrker Travelbee vikten av att patientens upplevelse och erfarenhet med sjukdom är helt väsentliga i sykepleierens hensikt och mål (Kirkevold 1992). Min uppfattning av detta är att om man skall få till en vällyckad vägledning så gäller det att patientens egen medverknin g sätts främst. Det är det både Benner och Wrubel och Travelbee pratar om.

Det är ligger på sykepleierens uppgift att skapa en god relation med patienten. Relationen är avgörande för hur mycket patienten klarar att ta in utav vägledningen. Det är viktigt att jag som sykepleier brukar min kunskap och förståelse för patientens situation på ett rätt sätt. Det är viktigt att man respekterar den andras upplevelse av situationen och visar det på ett bra vis. Vår inställning som sykepleiere ska vara att vi skall hjälpa patienten i de olika situationerna som kan uppstå och göra så att det blir så bra som möjligt för patienten. Som Eide & Eide (2008) säger, det är de små stunderna och upplevelsen som är viktiga. (Eide & Eide 2008). Min förståelse av detta är att det kan finnas små stunder där patienten inte ser allt som negativt, det är då ska vi vara uppmärksamma och fånga upp signalerna för att kunna bygga vidare på situationen och kanske väcka lite intresse hos patienten.

Brist på mestrin g kan vara en av orsakerna till problem som uppstår i situationer som vägledning ( Tveiten 2006). Har man klarat av att skapa ett tillitsförhållande till patienten så kan sykepleierens förmåga att hantera mestrin gs möjligheten hos patienten påverkas. Patienten måste få bli sedd och hörd, det krävs av sykepleieren att infria dessa behov och det kan leda till att patienten blir mer motiverad.

Vidare så kan man se att det finns faktorer som hindrar att man får till en god relation.

En kan vara att man redan från utgångsläget är i olika roller där patienten är den sjuka och den som är beroende av hjälp samtidigt som möjligheten för självbestämmande är reducerad. När man är i en situation där man söker hjälp så är man i en sårbar position och som gör att man som patient känner sig som man är under stark kontroll av andra (Dalland 2007).

Erfarenhets mässigt så kan jag uppleva att en utmaning kan vara att patienten ofta har ett känslomässigt förhållande till sin sjukdom och det kan vara svårt att koncentrera sig om det som kan vara farligt. På så sätt så kan det vara svårt att nå fram till patienten med vägledningen. Det kan innebära att det sviktar i motivationen att vägleda patienten samtidigt som att patienten kan uppleva att han inte får den stöttning längre som han behöver. En orsak till detta kan vara att patienten och sykepleieren har olika uppfattningar om vad patienten har behov för. Som patient tror jag att man mest koncentrerar sig på det psykiska som innebär detta med stöttning och omvårdnad, medan man som sykepleier fokuserar mer på det yrkesmässiga behovet.

Det är vi som sykepleierer som måste ta vissa beslut där patienten inte har kunskap nog. Ändå är vi sykepleiere helt beroende av att patienten bidrar med sina egna kunskaper och erfarenheter.

Det finns även en del andra situationer som gör att vi som sykepleiere måste gripa in och bestämma över patienten. Det kan vara i sådana fall där patienten inte längre klarar av att göra vissa val i olika situationer. Artikeln ”pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid” (2007) säger något om detta när man inte klarar av att upprätthålla patientens autonomi detta pga av att man inte klarar av ta vissa val. Men att man måste tänka på att tillit är ett viktigt element när man vill skapa en god relation till patienten. (Perdersen, Hofaman & Mangset, 2007). Artikeln visar även på att vissa patienter lägger över ansvaret på omvårdnadspersonalen för att de har så stor tillit till dom så att det tycker att de skall ta avgörelsen i deras ställe.



#### **4.4 Motivation till mestrning**

Nu är vår utmaning som sykepleiere hur vi skall kunna få en annan människa motiverad till att ändra sin livsstil? Eftersom vi träffar patienter som inte tar vara på sin hälsa så menar jag med detta att en orsak till det är att de inte är motiverade nog till att genomföra den förändring som många sjukdomar kan innebära.

Forskning visar på att trots de stora framsteg som gjorts i behandling av diabetes under de senaste åren så är det många som inte uppnår positiva resultat. Utgången på detta kan bli förödande komplikationer och en minskad livslängd och livskvalitet.

Vidare säger forskningen att trots försök att uppmuntra, vägleda och stötta patienten att utföra bättre egen vård, så uppstår ofta frustration och vi kan som sykepleiere ofta känna oss motarbetade när patienterna är ovilliga att följa våra råd och uppnå önskade resultat ( Funnel & Anderson 2004).

Som sykepleiere möter vi många olika patienter och får stadigt nya utmaningar. Alla människor är olika och reagerar olika på vad vi som omvårdnads personal tar oss till (Hopen 2010).

Min uppgift är att få patienterna till att känna att det mestrar sin vardag. Forskning visar även på att många sjuksköterskor känner att de inte har tillräcklig kunskap för livsstilsrådgivning trots att det ingår i deras arbetsuppgifter. Det har gjorts en studie i Finland som handlade om sjuksköterskans uppfattning om patienternas hantering av livsrelaterade sjukdomar och riskfaktorer, där detta kom fram ( Jallinoja 2007).

Därför bör jag som sykepleier bygga den vägledning jag skall ha till patienten på det som patienten har motivation till att lära. Man kan prata om den inre och den yttre motivationen. Den inre motivationen innebär att patienten ser hur livsviktigt det är att ha nog kunskap och förståelse för sin sjukdom medan den yttre motivationen står för att patienten gör det den skall bara för att jag som sykepleier sagt det till han. I själva verket kanske patienten inte alls vet vad det innebär. Om man ser till den yttre motivationen så krävs det mycket belöning för att den skall fungera i längden.

Vi har en patient med diabetes och då gäller det för oss som sykepleierer och då gäller det för oss att hjälpa patienten till en livsstils ändring så att dennes blodsocker skall ligga på acceptabelt och stabil nivå . Därför är det speciellt viktigt att vi bidrar till att

få fram patientens inre motivation så att han kan fortsätta att leva med sin sjukdom med tanke på att det kan uppstå senkomplikationer. Här hänvisar jag till 3.1.1. som handlar om senkomplikationer.

Som diabetiker måste man själv bjuda till och ta del av denna process så att motivationen tillpassas den enskildes behov och den enskildes mestringssemne.

En förutsättning för att lära är motivation. Vi finner den mest effektiva motivationen i oss själva och det är den motivationen sykepleieren måste finna för att patienten kan ändra sitt perspektiv i sitt beteende Wilkinson (1997) (i Tveiten 2008).

Jag kan säga att av egen erfarenhet så kan motivationen variera väldigt mycket i frågan om en diabetiker till en annan. En del bryr sig inte överhuvudtaget om sin sjukdom – jag har bara fått socker... är en kommentar jag ofta hört på mitt jobb på akutmottagningen. Vissa andra har hela livet rasat för och då gäller det att få dom att förstå att så är det inte, man kan leva ett nästan lika normalt som innan men det krävs kunskap om sjukdomen och sin nya situation. För att ta in all den kunskap man behöver krävs motivation.

Om man nu ser på mestrings så handlar det att möta olika utmaningar samtidigt som man har känslan av att ha kontroll över sitt eget liv. Hänvisar här till punkt 3.4 i teoridelen.

Att man har olika sätt att närma sig ett mål på handlar om patientens mestrings. Detta sker genom en process där man som patient kan göra många fel under vägen för att komma till sitt mål. En av de viktigaste faktorerna för att få styrka och motivation är att tro på sin eget ämne till att mestra. Med god tro på sig själv så kan man hålla motivationen uppe över tid.

Orsaken till de mänskliga handlingar som sker är motivation . Är vi inte motiverade så orkar vi inte utföra de handlingar som krävs( Tveiten 2008). Erfarenhets mässigt så har jag sett att diabetiker har någon gång ett ostabilt blodsocker. Det kan finnas perioder när blodsockret hoppar upp och ned och då är det kanske lätt att man som person mister sin motivation och tro på att det skall ordna upp sig. Då gäller det att man skapat en god relation till varandra så att jag som sykepleier kan hjälpa patienten att tänka i rätta banor igen.

Om man ser till sykepleieteoretikerna Benner och Wrubel så pratar de om patienternas upplevelse i stressfyllda situationer. För att förklara tar jag ett exempel på vad de menar. Man kan som diabetiker komma på en vanlig diabeteskontroll och det visar sig då att HbA1c värdet, som är långtidsblodssockret har stigit sedan förra kontrollen. Som diabetiker försöker man då att komma med olika förklaringar på vad den möjliga orsaken till detta kan vara. Om man då ser utifrån Benner och Wrubels tankesätt så ska man ha fokus på själva situationen att få ned blodssockret och HbA1c värdet till normalvärde igen. Benner och Wrubel lägger vikt på själva upplevelsen i situationen i stället för att finna orsaken till stressituationen. Hur man då som patient mestrar denna situation beror på hur man klarar att göra något åt stressupplevelsen. När det uppstår sådana tillfällen har man en riktigt viktig roll som sykepleier och den skall vara både stöttande och vägledande (Kirkevold 1992).

#### **4.5 Sykepleievägledning**

Kommunikation är kärnan i alla vägledning och den skall förmedlas på ett sätt som patienterna förstår. Om det vi önskar att förmedla inte är anpassat till den som är i behov av hjälp så är arbetet bortkastat. Att man som sykepleier upprepar informationen kan vara en nödvändighet och det kan även vara bra att be patienten upprepa informationen för att kontrollera att han förstått informationen som getts (Dalland 2007).

Man kan säga att en information inte är gedd förrän den är förstådd. Hur säkrar vi då att patienten förstått informationen förutom att man upprepar det man sagt? Man kan i stället för att fråga om det är förstått så kan man fråga hur det är förstått. På det viset så kan vi för djupa och korrigerat vårt eget budskap så att man ser att det uppfattats på det vis vi menat det (Hopen 2010).

Jag menar att det finns många människor som har ett behov för lite råd och vägledning i vissa situationer som angår dem själva. Det kan kännas meningsfullt och viktigt att få kunskap och förståelse av andra som sitter med just den kunskapen de behöver. Ändock finns det många människor som inte förstår att de behöver vägledning i vissa situationer. Då gäller det för oss som sykepleiere att vi tillrätta lägger för patienten så att de upptäcker själva att det finns ett behov för vägledning.

Är patienten medveten om att behovet finns och är motiverad så är det betydligt enklare att tillägna sig ny kunskap än om motivationen saknas.

Man måste tänka på hur innehållet i vägledningen skall formuleras och man måste ta hänsyn till vilken patient man har. Det kan till exempel gälla diagnos, tidigare erfarenheter av sjukdomen, patientens förståelse, kön och ålder (Teslo 2006).

Det jag skrivit om nu kallar Benner och Wrubel patientens ”specielle anliggande”.

Med det kan man säga att sykepleier, så långt det är möjligt måste förstå patientens intresse för situationen och hur involverad patienten är i detta. Vidare säger Benner och Wrubel att sykepleierens uppgift är att skapa mening i situationer med att exempelvis tolka olika sidor med sjukdomen.

Att man som sykepleier ser patientens resurser är också viktigt för att vägledningen tillpassas patienten så bra som möjligt ( Kirkevold 1992).

Jag menar att i många vägledningssituationer så kommer målet fram av sig självt.

Man ser att patienter har olika uppfattningar om målet för vägledningen. Många patienter förväntar att de ska få behandling medan andra kommer på vägledningen för att få svaret på problemet. Där har vi vår roll som sykepleier och har som önskan att patienten själv ska ta egna beslut och göra egna reflektioner så att man kan komma fram till en lösning ( Dalland 2007).

Här ser man då varför det är så viktigt att göra ett grundligt arbete när man skall utforma målen för vägledningen. Att man tillsammans med patienten utformar en plan gör att målen blir mest möjliga realistiska för var enskild patient.

Min tanke om detta är att om man involverar patienten så mycket som möjligt så kan det verka motiverande för patienten, om man skulle sätta upp mål som är för orealistiska så kan det ha en negativ effekt för patienten och kan föra till att motivationen svajar.

Om man blir drabbad av en sjukdom som diabetes så påverkas det dagliga livet.

Som Benner och Wrubel säger så ska vi inte bara se på personen med diabetes utan det gäller att se hela dennes persolighet. Som de menar så mestring viktigt och i den förbindelsen har vi som sykepleiere en viktig roll.

Dalland säger (2007) att en vägledare måste finna fram till bäst möjliga väg för vägledningen så att fokuset blir på det som skall föregå (Dalland 2001).

I en vägledning så finns det olika faser. Jag hänvisar här till punkt 3.3 där det står lite om de olika faserna. Det är även viktigt med klargöra för ramarna runt själva vägledningen som exempel vis tid, ställe hur länge vägledningen skall pågå.

Om man ser till vad Tveiten (2008) säger så nämner hon sex olika innehållskomponenter som kan vara aktuella när man skall vägleda patienter om deras sjukdom och vilka konsekvenser som kan finnas för mestring av deras vardag.

Jag väljer här att sätta upp dessa komponenter punkt vis:

- Anatomi, fysiologi och sjukdomslära
- Hänsikten med behandlingen och med det menas både medicinsk och yrkesmässigt
- Vilka komplikationer som kan finnas
- Vad kan patienten bidra med i behandlingen
- rättigheter
- smärta, lindringsmöjlighet och varaktighet

(Tveiten 2008).

Man måste dock tänka på att dessa innehållskomponenter är generella och att alla kanske inte gäller för de olika patienterna som finns.

Om jag ser till de patienter jag har mött i mitt arbete så vet de kanske lite grann om vad som händer i kroppen när man blir drabbad av diabetes men att det efter en tid kan ske förändringar kanske de inte är så klara över. Jag vill att de skall förstå allvaret i vad som kan hända med dom om de inte sköter sin diabetes på ett bra vis och tyvärr har jag erfaret många gånger att de inte riktigt har förstått allvaret med sjukdomen. Om det är personer som haft diabetes under några år så vet dom oftast vad det innebär men ändå så klarar de inte av situationen. Då måste vi få dom till att förstå att behandlingen kan komma att ändras med åren beroende på hur sjukdomen utvecklar sig och att det gäller att finna fram till vad som behövs för att de ska göra annorlunda för att mestra sjukdomen sin.



## 5.0 Konklusion

Här skall jag nu samla i hop trådarna och summera vad jag kommit fram till i denna uppgaven.

Det största skälet till de problem som uppstår tror jag att handlar mycket om personal besparingar och tidsbrist. Man hör hela tiden hur det skall sparas pengar.

Personalkostnader är en stor summa och tyvärr så blir det ofta där besparingen måste göras. Det resulterar i att det läggs mer och mer på den personalen som arbetar och det finns inte tid över för annat än det som är absolut nödvändigt.

När man nu ser att samma patienter återkommer gång efter gång till sjukhuset med exempelvis alldeles för högt blodsocker så blir man förtvivlad. Varför kommer denna patienten igen? Varför kan han inte sköta sig? Mycket av detta tror jag ligger i att patienten inte tagit in den information han fått när han lämnade sjukhuset. Har han fått rätt och nog information?

Genom att skriva denna uppgave så ser jag hur viktigt det är att sykepleieren brukar sin vägledande och pedagogiska funktion i möte med patienter.

Det finns ingen specifik uppskrift på hur man ska vägleda patienter med en livsstilsrelaterad sjukdom. Detta är för att ingen person är den andra lik och det kan vara stora skillnader på person till person.

Därför krävs det motivation från patienten och kunskap från sykepleiern i vägledningsprocessen.

Det kan vara att en patient kan förhålla sig till sin sjukdom och situation på ett mer hälsosamt vis om han tar till sig kunskap genom vägledning.

Det gäller att vi som sykepleiere ökar patientens ämne till att mestra sin vardag och att man hjälper patienten till att finna en mening och förståelse i den situation han hamnat i .

Man skall tänka på att man i en väglednings situation ligger på en nivå som patienten förstår och att man alltid utgår ifrån patientens egna upplevelser av situationen.

Som sykepleier måste man sätta sig grundligt in i patientens situation för att därefter kunna vägleda och rådgiva på ett pedagogiskt sätt. Sykepleiern måste vara medveten om sin kommunikation och att man använder en dialog som framgångssätt.

För att kunna få patienten till att vilja ändra sig så brukar man patientens egna resurser och använder dem på ett positivt sätt.

Jag ska som sykepleier hjälpa patienten till att mestra sin vardag så att han eller hon lyckas med att ändra sin livsstil. Det är därför viktigt att man sätter upp realistiska mål för förändringsarbetet. Detta innebär att jag måste sätta mig in i hur patienten haft det tidigare och vilka förutsättningar som finns för att lyckas.

Noggrann kontinuitet och uppföljning krävs för att man ska få till ett bra resultat.

Jag måste även försäkra mig om vilken information som patienten fått om exempelvis sen komplikationer. Vet patienten vad som händer i kroppen om man inte sköter sin diabetes? Om nu inte patienten vet det så måste jag förklara för denne hur viktigt det är, sen komplikationer kan leda till katastrofala följder för den som drabbats.

Det är mycket man skall tänka på när man ska hjälpa en patient och finns inte förutsättningen för att patienten vill ta emot hjälp så spelar det ingen roll hur pedagogiska vi är i vår yrkesroll. Är inte patienten mottaglig för hjälp så finns det inte så mycket man kan göra. Vi får ändå göra det bästa vi kan av situationen och hoppas på att patienten tar till sig något utav det vi sagt och förstår allvaret i det hela.

Det som talar emot oss nu när vi befinner oss i sjukhus miljö är inte bara det att tiden inte räcker till utan det är även att patienterna ofta är inneliggande under en kort tid. Min egen uppfattning av detta är att man hela tiden har fokus på att få blodsockret på en stabil nivå och därför kan det tänkas att den här undervisande delen blir bortglömd.

För att finna ett svar på min problemställning så önskar jag att få till att patienten skall lyckas med sin mestring. Därför krävs det att jag inte glömmet bort den här undervisande delen i en stressig vardag på sjukhuset. Jag måste ta mig tid till att sitta ned med patienten och vägleda han på rätt spår. Därför är det viktigt att jag får till en bra vägledning så att patienten blir intresserad av att höra på mig, så att han samtidigt förstår innebörden i det hela.



Att patienten efter sjukhus vistelsen fortsätter att gå kontinuerligt hos exempelvis diabetes sköterskan är också väldigt viktigt för en person som kanske inte har motivationen till förändring.

Jag har i mitt arbete mött många personer som egentligen inte förstått vad diabetes handlar om. Många tror att de inte ska kunna göra någonting utav det de tidigare gjort, medan andra lever precis som tidigare. Jag önskar att få till ett mittemellan ting hos patienterna där de förstår att de kan fortsätta leva sitt liv ungefär som tidigare, fast de måste få ett annorlunda tänk i vad de gör. Man måste exempelvis tänka på vad man äter och så bör man börja motionera mer om man inte redan gör det.

Hoppas blodsockret upp och ned så gäller det att vara noga och kontrollera det ofta. Det gäller även att få dom att förstå vilka konsekvenserna blir om de inte sköter sig som dom ska. Mitt mål är att få friskare patienter och minska på sjukhusinläggelserna.

Nu är det inte så att jag drar alla diabetiker under samma kam för många blir faktiskt mästare på diabetes och att känna till sin kropp.

## Referenslista

- \*Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Ötrqvist, E & Östensson, C-G.(2007). *Diabetes*. Kristianstads Boktryckeri AB S 22-47, 122-131.
- \*Barth, T og Börtveit, T. (2003). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademiske. S 137-145.
- \*Benner, P & Wrubel, J.(1989). *The primary of caring- stress and coping in Health and illness*. Addison-Wesley Publishing company, Inc. S 1-24, 57-99, 104-141, 223-251, 365-404.
- \*Brataas, H. (Red).(2011). *Sykepleie pedagogisk praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Dalland,O. (2007). *Pedagogiske utfordringer for helse og socialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. ( 4.utg.) Oslo:Gyldendal Akademisk
- Eide, H & Eide,T. (1996). *Kommunikation i relasjoner*. (1.a utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide,H & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsrelaterad kommunikation: Realationsetik, samarbeide och konfliktlösning*. ( 2.utg.). Gyldendal Norsk Forlas AS
- Eide, H & Eide, T. (2008). *Kommunikation i relasjoner: Samhandling, konfliktlösning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Freyschuss, B., Johansson, U-B. & Lesell, J.(2009).*Patientutbildning vid diabetes*. Stockholm SBU. S 4-30.

\*Funell, M. & Anderson, R.(2004).Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetesjournal*.123-127.

\*Gåfvvels, C & Lorenz, K. (1999). *Diagnos diabetes och alla känslor inombords*. Förlagshuset Gothia Ab. S 8-28, 39-53.

\*Hallin,K & Danielsson E. (2006). Registered nurses experience of daliy work, a balance between strain and stimulation. *International Journal of Nursing studies*.1221-1230.

Helsepersonelloven m.v (1999) Helse-og-omsorgsdepartementet. Lokalisert på:  
<http://www.lovddata.no/all/tl-19990702-064-002.html>

Hopen, L (2010). Läring og mestring ved langvarig sykdom. I U. Knutstad (Red).*Sykepleieboken 2.*( 3 utg. s.284-308). Akribe AS

Hummelvoll, J.K.(2012). *Helt-ikke stykkevis og delt.*(7.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K-M. (1999). *Mestring og relation*. Oslo.Universitetsforlaget.

\*Jullinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. ( 2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 244-249

\*Kirkevold, M. (1992). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Ad Notam Gyldendal A/S. S 130-147, 195-211, 230-248.

\*Klang Söderkvist, B.(2008). *Patientundervisning*. (2.utg.) .Pozak Poland

S 57-76, 89-109.

Maeland, J.G (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Masaesus,L. (2001). *Sygepleie til mennesker med diabetes*. København: Forlaget Munksgaard.

\*Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.)(2008).*Grundleggende sykepleie Bind 4*. Oslo:Gyldendal Akademisk.

\*Kristoffersen, N. J. (2005).*Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I Kristoffersen, Nortvedt og Skaug ( red.). *Grundläggande sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 13-99

Norsk sykepleierforbund (2007).*Yrkesetiske retningslinjer ICN*.Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

[Http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v-1-YER-hefte\\_pdf](http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v-1-YER-hefte_pdf)

\*Ohlson, L.(2011). *Hälsopedagogik*. Liber Ab. S 51-61, 113-156.

Pasientrettighetsloven(1999) Helse-og-omsorgsdepartementet. LOV -1999-07-02-63. Lokalisert på <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

- \*Pedersen, R., Hofman, B. & Mangset, M. (2007). *Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid*. Tidsskr Nor Legeforen, 127:a644-7. Lokalisert på [http://www.tidsskriftet.no/seks\\_id=1550083](http://www.tidsskriftet.no/seks_id=1550083)
- \*Ravnestad, Magnhild (2003).Tidsskriftet Sykepleiern nr 07. *Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon*. Lokalisert på : <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=890>.

Ribu, L.(2008). Sykepleie til pasienter med diabetes Mellitus. I U. Knutstad (Red)  
*Sykepleieboken 3.* (1.utg. s. 471-520). Akribe AS

Reitan, A-M.(2008). Mestring. I U. Knutstad (Red).*Sykepleieboken 3.*(1.utg.s 74-  
107).Akribe AS

Slettebø,Å. (2009). *Sykepleie og etikk.* (5.utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Teslo, A-L.(2006). *Mangfold i faglig veiledning.* Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S.(2006). *Veiledning-mer enn ord.* Oslo: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad  
& Bjørke AS

Örn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E (Red.).(2011). *Sykdom og behandling.*  
Gyldendal Norsk Forlag AS

## **Sammandrag**

Här kommer ett litet sammandrag på hur min oppgave är byggd och vad den handlar om.

**INLEDNING:** Man vet att det är många människor som har diagnosen diabetes . Det man kanskje inte vet så mycket om är att mange av dessa mennesker misshandler seg med att dom inte sköter sin diabetes ordentligt. Detta leder ofta till sjukhus inläggelser. Jag vill att det skall ske en förändring här för att minska sjukhusinläggelser.

Jag väljer undersøke vad som krävs för att öka motivationen hos dessa patienter.

**METOD:** Denna oppgave är en litteraturstudie som baserar sig på relevant teori och forskning.

**RESULTAT:** Det jag kommit fram till når jag søkt bland teori og forskning så handlar mycket om att patienterna kanskje ikke får tilrøckelig med informasjon når de lømner eksempelvis sjukhuset. Där kommer vår oppgift som sykepleier in att vi måste vara duktiga på att informera og vøglede.

**KONKLUTION:** Som sykepleier har man en funksjon som är väldigt viktig når det oppstår sådana problem, og det är den pedagogiske funksjonen. Vi ska etablere ett tillitsførhøllande till patienterna og kommunisere på ett bra ssett med dom. Vi ska låte patienten være den han eller hon vill være men hjelpe dom med råd og vøgledning så att det klarer av att mestre en vardag med sin diabetes.

