



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4BACH

**Linda Nygården Hanstad og Anders Jungersen Andresen**

Veileder: Liv Bekkeli

## **Bacheloroppgave**

# **Kunsten å motivere til en livsstilsendring**

The art of motivating for a lifestyle change

Antall ord: 13087

**Bachelor i sykepleie**

**2015**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Antallet som rammes av hjerte- og karsykdommer øker stadig, og er den vanligste dødsårsaken i Norge. Det har vært en tydelig økning av fedme blant menn i Norge i 40- 45 års alderen fra 1965 og frem til i dag. Halvparten av de som rammes av hjerteinfarkt er under 70 år, og menn er mest utsatt. I den norske befolkningen har halvparten for lavt aktivitetsnivå i forhold til anbefalingene til Helsedirektoratet.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å finne en tilnæringsmåte til hvordan man kan skape et mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient, og hvordan dette kan bidra til å finne motiverende faktorer hos den enkelte pasient. Ved å overføre kunnskap om helse og risikofaktorer, vil dette bidra til at pasienten forstår hvorfor en endring må til, og selvbestemmelse blir viktig for å gi økt mestringstillitt.

**Metode:** Metoden vi har brukt for å besvare problemstillingen er litteraturstudie. Vi har innhentet litteratur fra pensum og selvvalgt litteratur. I tillegg baserer vi oss på forsknings- og fagartikler som har benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder.

**Konklusjon:** Et godt planlagt arbeid som tilpasses etter individet gjør det lettere å skape tillitt og gode relasjoner. Ved å ha fokus på å overføre kunnskap og gi pasienten selvbestemmelse blir han mer delaktig i endringsarbeidet. Ut ifra pasientens tanker og meninger om situasjonen, kan sykepleier og pasient samarbeide mot et felles mål for pasienten. Dette kan skape en indre motivasjon og mestringstillitt, som gjør at pasienten får et ønske om å endre livsstilen.

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	2
Innholdfortegnelse.....	3
<b>1. INNLEDNING</b> .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	5
1.2 Case .....	6
1.3 Problemstilling .....	7
1.4 Avgrensning av problemstilling og begrepsavklaring.....	7
<b>2.0 METODE</b> .....	8
2.1 Hva er metode?.....	8
2.2 Litteratursøk og kildebruk .....	9
2.3 Søkestrategi .....	10
2.4 Artikler som belyser problemstillingen .....	12
2.5 Pensum og selvvalgt litteratur .....	16
2.6 Kildekritikk .....	17
<b>3.0 TEORI</b> .....	19
3.1 Joyce Travelbee – mer enn bare sykepleie .....	19
3.2 Motivasjon – en avgjørende faktor .....	22
3.3 Forebyggende helsearbeid .....	23
3.4 Hjerteinfarkt.....	24
<b>4.0 DRØFTNINGSKAPITTEL</b> .....	25
4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en mann på 45 år til en livsstilsendring for å forebygge hjerteinfarkt? .....	25
4.2 Forberedelse til det innledende møtet.....	26
4.3 Relasjonsbygging i praksis – det innledende møtet.....	27
4.4 Sykepleierens plikt til å arbeide med forebyggende helsearbeid.....	29

4.5	Motivasjon og aktiv medvirkning.....	31
4.6	Endringsprosessen i ulike stadier .....	33
4.6.1	Stadium 1 – før overveielser.....	33
4.6.2	Stadium 2 – overveielser .....	35
4.6.3	Stadium 3 – forberedelsen.....	36
4.7	Tilbakefall.....	37
<b>5.0</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>38</b>
<b>6.0</b>	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>39</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Overvekt er et stadig økende problem og dette kan bli en utfordring for helsenorge i fremtiden. Halvparten av den norske befolkningen har et for lavt aktivitetsnivå i forhold til anbefalingene (Ulset, Undheim & Malterud, 2007). I følge Helsedirektoratet (2015) anbefales det at voksne og eldre burde utøve en form for fysisk aktivitet i ca. 30 minutter hver dag. Aktiviteten må være av moderat til høy intensitet. Moderat intensitet vil si aktiviteter som vil gi raskere pust og puls enn normalt som for eksempel rask gange, og høy intensitet vil si aktivitet som gir mye raskere pust og puls enn vanlig, som for eksempel løping (Helsedirektoratet, 2015). I følge Ulset et al. (2007) sier WHO (Verdens helseorganisasjon) at fedme er et av de største helseproblemene i verden, og kan blant annet føre til hjerte- og karsykdommer. Vi ser at det har vært en markant økning av fedme blant menn i Norge i 40-45 års alderen fra 1965 og frem til i dag (Ulset et al., 2007). Halvparten av personene som blir rammet av hjerteinfarkt er under 70 år, og dette gjelder spesielt menn (Ørn, 2012). Folkehelseinstituttet (2015) forteller at de mest sentrale helsemessige risikofaktorene i det norske samfunnet, er blant annet usunt kosthold, høyt blodtrykk, høy kroppsmasseindeks (KMI), høyt kolesterol nivå og fysisk inaktivitet. De har også laget en figur som viser de ti viktigste risikofaktorene for dødelighet, og den tar utgangspunkt i antall dødsfall i Norge. Der ser man at hjerte- og karsykdommer dominerer som dødelighetsfaktor, og blir representert gjennom et usunt kosthold som ligger på topp, deretter høyt blodtrykk, høy KMI, fysisk inaktivitet og høyt kolesterol (Folkehelseinstituttet [FHI], 2015).

En undersøkelse gjort av Det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD) viser at hjerte- og karlidelser er en av de viktigste årsakene til tapte leveår før en alder på 86 år, eller nedsatt helse/ uførhet. Det er mer enn 180.000 personer i Norge som har nedsatt helsetapsjusterte leveår (FHI, 2015).

I norske medier leser man stadig vekk om folk med overvekt som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer på grunn av inaktivitet og et ugunstig kosthold, og folk som allerede har blitt rammet av sykdom på grunn av dette. Med et ugunstig kosthold mener vi mat som inneholder mye mettet fett som bidrar til et økt kolesterol, og et høyt saltinntak som bidrar til

et høyt blodtrykk (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke [LHL], 2013). Det er vår oppgave som sykepleiere å motivere denne gruppen til å forebygge eller bremse den uønskede utviklingen. Det er mange som ønsker å gjennomføre en livsstilsendring, men som ikke har nødvendige ressurser til å utføre dette på egenhånd, og det er her vi som sykepleiere kommer inn med vår kunnskap og pedagogiske tilnærminger (Mæland, 2010).

Vi har igjennom vår praksis på hjertemedisinsk sengepost møtt flere menn som har kommet inn med brystmerter hvor livsstilen har vært en påvirkende faktor. Det er med bakgrunn i dette vi har valgt tema for bacheloroppgaven, et tema som tar for seg livsstilssykdommer og hvordan sykepleiere kan motivere for å endre livsstilen til det bedre.

## 1.2 Case

I caset har vi laget en fiktiv person. Trygve er en etnisk norsk mann på 45 år som er skilt og har 2 barn på 12 og 14 år. Han jobber som kjøreskolelærer og er ofte innom bensinstasjonen og kjøper usunn mat, som pølser og hamburgere, som inneholder mye mettet fett og salt. Trygve jobber mye, og på grunn av det har han en inaktiv livsstil hvor han sitter mye stille. Han jobber som regel lange dager og når han er hjemme, blir det ofte til at han sitter i sofaen med barna og ser på TV fordi han er sliten. Kostholdet hjemme består også av mye fastfood som pizza og hamburgere og andre ferdigretter.

En dag blir Trygve innlagt på sykehuset med brystmerter etter å ha måkt snø. Legen på sykehuset forteller at Trygve har en uheldig LDL- profil og et høyt blodtrykk Han måler også høyden og vekten hans. Trygve er 178 cm høy og veier 116 kilo. Noe som vil si at han har en KMI på 32,6, og er derfor innenfor kategorien fedme grad 1. Han har også en midjeomkrets på 105 cm (dette tilsvarer fedme), og på grunn av det har han en betydelig økt risiko for å utvikle helseplager, som blant annet hjerteinfarkt (Helsedirektoratet, 2010).

En sykepleier på hjertemedisinsk sengepost har gitt Trygve informasjon om at den nåværende livsstilen han lever kan føre til uheldige konsekvenser for hans helse. Igjennom samtalen mellom sykepleier og Trygve finner man ut at Trygve er lite motivert for å gjennomføre en livsstilsendring for å forebygge et eventuelt hjerteinfarkt. Dette kommer frem gjennom en motivasjonsskala fra 1-10 hvor han krysser av 2 for sin nåværende motivasjon Dette gir et

godt utgangspunkt for å samtale om motivasjon og hva som ligger i dette begrepet. Det hadde det vært om Trygve hadde krysset av mye høyere på skalaen også (Eide & Eide, 2013). Grunnen til at man som sykepleier spør om dette er fordi det legger et utgangspunkt for den videre samtalen, og hvordan vi bør gå frem (Prescott og Børtveit, 2004).

Trygve forteller at han ikke har tid til å sette i gang med fysisk aktivitet, og at det er tidskrevende å tilrettelegge for et sunt kosthold. Han forteller også at barna hans betyr mye for han og at han har et ønske om å følge dem i deres oppvekst, samt at han ikke vil påføre dem hans dårlige helse- og kostholdsvaner. Det blir vårt ansvar som sykepleiere på avdelingen å få Trygve motivert, slik at han kan endre på livsstilen sin for å forebygge et eventuelt hjerteinfarkt i fremtiden.

### **1.3 Problemstilling**

Med utgangspunkt i dette temaet og caset har vi valgt problemstillingen:

Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en mann på 45 år til en livsstilsendring for å forebygge hjerteinfarkt?

### **1.4 Avgrensning av problemstilling og begrepsavklaring**

For å avgrense oppgaven har vi laget et case som beskriver en «typisk» inaktiv norsk mann på 45 år, som står i fare for å utvikle et hjerteinfarkt. Grunnen til at vi velger å ta for oss en mann i 40 årene er fordi denne gruppen har hatt en markant økning av fedme fra 1965 og frem til i dag (Ulseth et al., 2007). Menn er også mer utsatt for å få hjerteinfarkt i tidlig alder (Ørn, 2012). Vi velger å ha fokus på motivasjon, og forebyggende arbeid i vår oppgave. Motivasjon er viktig for å få til et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, og det forebyggende arbeidet blir viktig for å unngå at pasienten får et hjerteinfarkt i fremtiden (Eide & Eide, 2013) & (Mæland, 2012).

I denne oppgaven har vi valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteoretiske syn for å finne tilnæringsmåter og skape et sykepleier- pasient- fellesskap som bygger på nære relasjoner og det mellommenneskelige forholdet. Dette står sentralt i Travelbees teori/ tekning. For å motivere Trygve til en livsstilsendring tar vi i bruk den Transteoretiske modellen som beskriver kjennetegn ved en person sine tanker, følelser og atferd i ulike stadier av en endringsprosess (Barth, Børtveit & Prescott, 2011).

En livsstilsendring vil si en gradvis prosess hvor man endrer atferd. For å lykkes med å endre atferden sin må man bli oppmerksom på de negative konsekvensene atferden har for livsstilen (LHL, 2014). En livsstilsendring kan blant annet innebære og endre atferd i forhold til matvaner og fysisk aktivitet (Prescott & Børtveit, 2004.)

## **2.0 METODE**

### **2.1 Hva er metode?**

I boken «Metode og oppgaveskriving» skriver Dalland, (2013) at metoden er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan man burde gå frem for å innhente og etterprøve den kunnskapen og dataene vi har funnet.

«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, 2013, s 111).

Dalland (2013) skriver at metoden er et redskap i møte med noe vi vil undersøke, og at metoden viser til hvordan vi har gått frem for å innhente data for å finne svar på det vi ønsker å undersøke. Metoden hjelper oss også med å samle inn data og etterprøve den dataen/kunnskapen vi har funnet for å se om den er relevant og troverdig.

Vår oppgave er basert på litteraturstudie og vi har tatt utgangspunkt i pensumlitteratur, men også selvvalgt litteratur, forskningsartikler og fagartikler.



Litteraturstudie vil si at man har en systematisk gjennomgang av litteraturen knyttet opp mot den valgte problemstillingen, samt en kritisk gjennomgang av den kunnskapen man har funnet i skriftlige kilder. Det er ikke slik at man kan bruke all kunnskap man finner i litteraturen. Derfor er det viktig å diskutere det man finner i skriftlige kilder, og er selektiv i hva en velger å benytte seg av (Litteraturstudie metode, 2003).

## **2.2 Litteratursøk og kildebruk**

Det å gjøre et litteratursøk handler om å finne relevant litteratur til oppgaven, og den innledende søkingen har som mål å få en oversikt over hva som allerede er skrevet om temaet (Dalland, 2013).

For å kunne danne oss et helhetlig bilde av det vi ønsker å undersøke er det nødvendig at vi belyser informasjonen fra flere sider. Vi kan bruke kvalitative data i den kvantitative metoden for å komme med konkrete tall og statistikk som stadfester informasjonen vi har funnet. Et eksempel kan være: for å få en oversikt over begrepet helsetilstand, er det viktig at vi vet at det finnes flere faktorer som er med på å påvirke en eller flere personers helsetilstand. For å få en oversikt over ulike faktorer som påvirker helsetilstanden, kan vi ta i bruk kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2013).

Den kvantitative metoden har som fordel at den gir data i form av målbare enheter som tall fra mange respondenter. Dette gir for eksempel, mulighet til å foreta en utregning av hvor mange prosent av menn i 40-årene som lider av overvekt. I motsetning til den kvantitative metoden bygger den kvalitative metoden på å fange opp meninger og opplevelser av for eksempel det å leve med overvekt (Dalland, 2013).

Den kvalitative metoden gir oss mulighet til å finne det som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene kan brukes i forskning for å få en bedre forståelse av et tema. Ønsker vi å forske på overvekt og helsekonsekvenser, kan den kvantitative metoden gi oss spesifikke tall/data og med mange datakilder, uten og nødvendigvis ha direkte kontakt med feltet. Gjennom den kvalitative metoden har man direkte kontakt med feltet og den går mer i dybden med færre personer (Dalland, 2013). Dalland (2013) sier at den kvantitative metoden er

«tellere», mens den kvalitative metoden kalles «tolkere». Forskjellen på disse metodene er måten man samler data på (Dalland, 2013). Oppgaven er basert på et kvalitativt utvalg av litteratur og forsknings- og fagartikler knyttet opp mot problemstillingen.

Metoden skal gi troverdig kunnskap og for at dette skal oppfylles, stilles det krav til validitet og reliabilitet. Validitet betyr at informasjonen vi samler inn, skal være gyldig og relevant i forhold til problemstillingen i oppgaven. Reliabilitet betyr pålitelighet og handler om at målingene blir utført riktig. Dette er viktig i forhold til litteraturen vi finner, som da vil bli brukt for å besvare problemstillingen vår. Vi må også belyse eventuelle feilmarginer for at oppgaven skal være troverdig. Dette er med på å sikre at kunnskapen vi har funnet er valid (Dalland, 2013).

### **2.3 Søkestrategi**

Vi har samlet data fra litteratur, forsknings- og fagartikler tilknyttet problemstillingen vår. Det er viktig at man alltid er kritisk til den informasjonen man finner, men forfattere som Joyce Travelbee, Olav Dalland og Jan Kåre Hummelvoll er anerkjente innenfor sykepleierfaget, og dette er med på å danne et bilde om informasjonen i teksten er troverdig og relevant. Man må være kritisk til det samme når det gjelder publikasjonssteder. Da har vi valgt ut databaser som retter seg mot helse.

I litteraturstudie har man mulighet til å sette opp ulik litteratur mot hverandre, som omhandler det samme, for å se om det er samsvar. Forfattere kan skrive om det samme temaet, men tolkningen kan være annerledes (Blanghammer, 2003).

For å finne litteratur til å besvare problemstillingen, har vi igjennom bibsys søkt etter bøker for å finne kunnskapen som er mest relevant. Vi har valgt ut noen bøker og funnet disse på hyllene innenfor kategorier som psykologi, helse, anatomi og fysiologi.

Ved å gjøre dette har vi også funnet andre bøker som har vært relevante for vår besvarelse, og sammenlignet teoriene i de ulike bøkene. Dette har vi gjort for å få et mer helhetlig bilde av kunnskapen og for å være sikre på at det som står der er relevant og pålitelig (Dalland, 2013).

For å finne relevant forskning som kan være med på å gi svar på problemstillingen, har vi søkt i forskjellige faglige databaser, som SweMed+, Bibsys, Google Scholar, Sykepleien.no.

Deretter brukte vi et PICO- skjema for å få de søkeresultatene vi ønsket (Se vedlegg 1). Dette gjorde vi for å finne aktuelle søkeord og samtidig få en god oversikt. Vi brukte de forskjellige søkeordene, og så hvilke resultater vi fikk. Ga ikke søkeordene de resultatene vi var ute etter laget vi nye.

Vi har hovedsakelig benyttet oss av Svemed+, da vi synes denne siden var oversiktlig og ga gode resultater. Søkeordene vi benyttet oss av var: *motivasjon, Life style, motivation*. Søket etter motivasjon gav oss 1380 forskjellige artikler. For å begrense søket og gjøre at vi fant den mest relevante litteraturen brukte vi MeSh-termer. Vi krysset av *motivation* og fikk da 591 artikler. Ved å bruke *lifestyle* fikk vi begrenset søket til 92 artikler. For å trekke inn problemstillingen valgte vi så *middle age* og endte opp på 27 treff. Gjennom kvalitetssikring endte vi opp med en artikkel som heter: *motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med sykkelig overvekt*.

For å finne ut hvordan relasjoner mellom sykepleier og pasient påvirker samarbeid brukte vi *pasient* som søkeord. Dette ga 5806 treff. Vi ville finne ut om det var gjort noen norske studier innenfor dette feltet så vi valgte *nor* som MeSh-term. Dette ga 2027 treff. For å begrense søket ytterligere valgte vi *nurse-patient relations* og fikk 386 treff. Neste MeSh-term var *communication*, da kommunikasjon er nøkkelen til å nå frem til pasienter. Vi fikk 105 treff. For å kvalitetssikre søket ytterligere valgte vi *follow-up studies*. Dette ga oss 6 treff og vi valgte ut forskningsartikkelen: «*Vi går inn i det private rommet til pasienten*». *Sykepleierens erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske*.

Hva skaper motivasjon?

Vi brukte *motivation* som søkeord og fikk 1386 treff. Mesh-termene vi brukte var: *health behavior* som ga 90 treff. For at vi skulle ha mulighet til å lese teksten på internett krysset vi av for *läs online*. Dette ga 54 treff. *Motivation* ga oss 46 treff, og for å begrense enda mer brukte vi Check tag *middle aged* som ga 13 treff og *artikkel* som ga 11 treff.

Søkeord: *Motivation*, Mesh- *health behavior* (90), *Läs online* (54) *motivation* (46), Check tags - *middle aged* (13), *artikkel* (11). Vi leste igjennom artiklene og valgte ut: *Patients experiences with lifestyle counselling in general practice: Aqualitative study*.

Hvilke barrierer finnes og hva skal til for å motivere overvektige pasienter til å bli fysisk aktive?

Her brukte vi også *motivasjon* som søkeord og fikk 1316 treff. Mesh-termene vi brukte var *läs online* som gav 733 treff, *motivation* ga 297. Vi knyttet dette opp mot *exercise* og fikk 36 treff. For å få en artikkel søkte vi på *artikel* og endte opp med 27 treff. Dette ga flere treff enn det vi ønsket, så vi leste igjennom treffene og fant 3 artikler av relevans men benyttet oss av en: *Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study*.

## 2.4 Artikler som belyser problemstillingen

### Forskningsartikler

*Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012)*: Bakgrunnen for forskningsartikkelen er at det i Norge er et helsepolitisk satsningsområde å behandle og forebygge sykkelig overvekt. Hensikten med artikkelen er å få fordypet kunnskap om hva som kan bidra til å motivere eller demotivere personer som lider av sykkelig overvekt til å gjennomgå en endring av livsstil. Artikkelen konkluderte med at motivasjonen til endring først kom når kroppens størrelse var blitt en hindring og helseplagene for store. I møte med helsepersonell var det faglig dyktighet som var avgjørende for at endring av vaner skulle lykkes. I denne prosessen skulle også personer som tidligere hadde vært igjennom en livsstilsendring delta, og dette bidro til at personene som nå skulle igjennom en endring følte personlig tilknytting. Den personlige relevansen sammen med videreføring av kunnskap fra helsepersonell bidro til å øke motivasjonen for endring.

*Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study (Korkiakangas, Alahuhta, Husman, Kiukaanniemi, Taanila, & Laitinen, 2011)*: Denne forskningsartikkelen tar for seg en kvalitativ studie som er gjort på en gruppe pasienter, som står i faresonen for å utvikle diabetes type 2. De gjennomgår en livsstilsendring og møtes i gruppesamtaler. I undersøkelsen letes det etter hvilke motivasjonsfaktorer som bidrar til å skape god motivasjon og hvilke barrierer pasientene møter på under arbeidet. Pasientene tar del i en gruppeveiledning som blir tatt opp på video. Etter møtene har videoen(e) blitt analysert gjennom innholdsanalyse og samlet kvalitativ data. Forfatterne oppdaget at gleden fra trening, sosiale forhold knyttet opp mot trening, oppmuntring fra andre, kunnskap om positive

innvirkninger ved en sunnere livsstil og målrettet trening mot vektreduksjon var viktige motivasjonsfaktorer som hadde en positiv innvirkning. Deltagerne i prosjektet fant motivasjon i ønsker om å få en mer aktiv livsstil og venner som var glad i fysisk aktivitet. Mange ønsket også å gå frem som gode rollemodeller for barna sine, og for å få økt livskvalitet.

Barrierer som virket inn på fysisk aktivitet var vær/sesong, helseproblemer, mangel på tid til å gjennomføre aktiviteter eller manglende interesse for å gjennomgå en endring. Forskningen konkluderer med at gruppen hadde fler individuelle faktorer som ga dem motivasjon og at det ikke var uvanlig å møte på hindringer eller barrierer under veis. Gruppedeltakerne hadde et positivt syn på veiledning i forhold til aktivitet og forventninger til veiledningsgruppen.

Forskningsartikkelen legger opp til at man kan bruke funnene i senere veiledninger. Det er brukt ulike veiledningsmetoder i artikkelen som tar opp veiledende temaer knyttet til aktivitet med familie, arbeidsrelaterte faktorer, tidsplanlegging og veiledning knyttet til «normal» trening.

*Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. (Walseth, Abildsnes & Schei, 2011):* Artikkelen tar for seg pasienter som gjennomgår en livsstilsendring og deres opplevelse av veiledning. Veileder gjør pasienten aktiv i veiledning og møter brukeren gjennom et pasientperspektiv. Målet med studiet var også å finne ut hvilke spørsmål som gikk igjen blant pasientene. Artikkelen er bygget på kvalitative observasjoner, men er også en intervjustudie. Møtene finner sted hos fastlege og det blir gjort intervjuer etter hvert som pasientene har vært inne til en konsultasjon angående livsstilsendring. Pasientene ga tilbakemelding om hvordan de opplevde å få veiledning, og hvordan det virket inn på dem. De fortalte om hva de ønsket av deres veileder i oppfølgingsmøter. Pasientene ønsket at veilederen skulle være en de kunne stille faglige spørsmål til, og samtidig skulle være en personlig støtte. Det var viktig at pasient og behandler diskuterte grunner til livsstilsendringer og at de sammen kunne reflektere om verdier og normer, samt prate om følelser og få tips, rettet mot deres konkrete livssituasjon – individuell behandling. Forfatterne konkluderer med at dersom behandler- pasient felleskapet var godt, skapte dette i seg selv motivasjon da pasientene

følte at det var noen som fulgte dem opp og at «resultatene pasientene oppnådde ble loggført». Veiledningen ble også mer personlig og ble oppfattet som et ønske om å hjelpe.

Funn i artikkelen understreker nødvendigheten med en pasientsentrert tilnærming med veiledning og støtte i en livsstilsendring. Funnene konkluderte også med at behandler skulle ha en rolle som en personlig veileder med et godt forhold til pasienten(e) og personlige/individuelle handlingsplaner. Behandleren skulle også fungere som en oppmuntrende informant og en samtalepartner som kunne prate om hverdagsproblemer og tilrettelegge «undervisning/kunnskap» etter pasientens behov og verdier.

*«Vi går inn i det private rommet til pasienten»: Sykepleierens erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. (Evju, Klette, Kasàn & Bondas, 2014):* Forskningsartikkelen tar for seg at vi sykepleiere i vårt arbeid, stadig møter pasienter som blir oppmuntret til å endre levevaner og trenger veiledning til dette. Helsefremming har i større grad blitt mer utbredt etter at folkehelseloven ble endret og helsefremming ble vektlagt like sterkt som å forebygge sykdom. Sykepleierens rolle har forandret seg gjennom årene og vi ønsker nå å trekke pasientene med og gi dem myndighet i endringsarbeid gjennom empowerment. Dette gir opplevelse av mestring og det kan overføres til mestring i dagliglivet.

Forfatterne har forsket på helsefremmende arbeid hos poliklinikker som praktiserer samtaler og veiledning med pasienter. Det bør tilrettelegges for å skape kontinuitet slik at pleier og pasient får et forhold til hverandre og det bør være en lav terskel for å ta kontakt. Arbeidet med pasienter burde til en viss grad være hyppig og helsepersonellet må ha spesielle rammevilkår som gir rom for høy grad av individuell tilnærming. De konkluderer også med at det bør være andre/nye arenaer der sykepleiere kan ivareta disse forutsetningene i fremtiden.

Resultater viser at sykepleiere i poliklinikk ivaretar viktige prinsipper innenfor helsefremmende veiledning, men det ligger en utfordring i å ivareta opplæring av sykepleieres pedagogiske funksjon. Informanter hadde lang erfaring og flere hadde

videreutdanning, noe som kan ha påvirket resultatet. Det kan være grunn til å tro at et større fokus i grunnutdanningen på opplæring i pedagogiske verktøy kan gjøre sykepleiere tryggere og mer ansvarsbevisste i møte med pasienter som skal endre levevaner. Samtidig må det påpekes at tillit er avgjørende for å kunne snakke med pasienter om endring av levevaner. Sykepleiere har en sammensatt kompetanse og nærhet til pasienten som de bør dra nytte av i møte med disse pasientene. Å samtale med pasienter om endring av levevaner bør derfor få større fokus blant sykepleiere i alle deler av helsetjenesten.

## **Fagartikler**

*Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap (Klette, Evju, Kåsen & Bondas, 2014):*

Hensikten med artikkelen er å belyse helsefremmende sykepleie til mennesker som vil endre levevaner. Artikkelen tar opp spørsmålet om hvordan sykepleiere med kompetanse til å gi pleie og omsorg til syke mennesker benytter sin kompetanse, til å ivareta den helsefremmende sykepleien. Artikkelen legger vekt på at samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal ha empowerment i fokus, for at pasienter skal lære å kontrollere og mestre sin situasjon, samt være aktive i valg som omhandler egen helse. Artikkelen sier at vår rolle som sykepleiere har gått mer over fra å være «eksperter» til å ha brukermedvirkning i fokus og anerkjenne pasientens kompetanse på seg selv.

Gjennom dialog kan sykepleier foreta en kartlegging av pasienten, og på denne måten kan man tilpasse råd om endring. Når rådene er tilpasset individet viser det seg at dette er mer effektivt.

Råd om endring må også være tilpasset enkeltindividet for å ha best effekt, og kartlegging gjennom dialog viser seg å ha en positiv effekt for å endre levevaner.

*Er fedmeepidemien kommet til Norge (Ulset et al., 2007):*

Bakgrunn for å skrive denne fagartikkelen er at man kan se en stadig økende forekomst av fedme, og dette særlig i vestlige land som Storbritannia, og spesielt USA hvor 30 % av befolkningen går under kategorien fedme. Forskere har også skaffet til veie kunnskap om norske forhold for å vurdere om denne epidemien også har kommet til Norge. Det er registrert en markant økning i tilfeller av fedme hos norske menn i 40-45 års alderen fra 1965 og frem til i dag. Hvis omfanget av fedme forsetter å øke like mye som fra slutten av 80-tallet og frem til i dag vil Norge nå amerikanske tilstander i 2026.

Forskerne bak artikkelen fortolket at fedmeepidemien har nådd Norge, men at det er ytterligere behov for videre studier slik at man kan kartlegge hvor utbredt epidemien er i andre aldersgrupper.

## **2.5 Pensum og selvvalgt litteratur**

Vi har brukt både bøker fra pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i oppgaven vår. De bøkene vi har brukt mest, og som bidrar til å gi svar på problemstillingen vår er:

I den selvvalgte boka Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* har vi brukt kapittelet om menneske- til- menneskeforholdet og kapittelet om hva er sykepleie. Denne boken har stått sentralt i utarbeidelsen av kapittelet *Relasjonsbygging i praksis- det innledende møtet*.

Boka til Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* som er en bok fra pensumlisten, har vi brukt mye i kapittelet om *Sykepleierens plikt til å arbeide med forebyggende helsearbeid*.

I pensumboka skrevet av Eide H. & Eide T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* har vi valgt å bruke kapittelet som omhandler forandringsveiledning og motivasjon. Vi har også benyttet oss av det som er skrevet om hva verbal- og nonverbal kommunikasjon er, samt det som omhandler å forklare hvor viktig det er med informerende ferdigheter. Denne boken har vi brukt mye av, både i kapittelet *Motivasjon og aktiv medvirkning, Endringsprosessen i ulike stadier, Stadium 1- før overveielser, Stadium 2- overveielser, Stadium 3- forberedelsen og Tilbakefall*.

I boka skrevet av Lerdal, A. (2011). *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, som er en pensumbok, har vi brukt kapittelet hvor det står om hvordan man kan endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. Denne boken har vi brukt



mye i drøftingskapittelet om *Endringsprosessen i ulike stadier, Stadium 1- før overveielser, Stadium 2- overveielser og Stadium 3- forberedelsen.*

I den selvvalgte boka av Prescott, P. & Børtveit T. (2004). *Helse og atferdsendring* har vi brukt kapittelet hvor det står om levevaner. Vi har også benyttet oss av det som står om endringsprosessen og endringsarbeid, samt det som handler om korte og lange intervensjoner for å fremme atferdsendring. Vi har benyttet oss av denne i kapittelet *Motivasjon og aktiv medvirkning, Endringsprosessen i ulike stadier, Stadium 1- før overveielser, Stadium 2- overveielser og Stadium 3- overveielser.*

## 2.6 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode vi bruker for å vurdere om en kilde vi vil bruke i oppgaven er sann/valid. For å finne ut om en kilde er troverdig må vi sammenligne de kildene vi bruker. Når vi gjør dette, vil vi lettere kunne vurdere om kilden er pålitelig og at stoffet er relevant for den informasjonen vi søker. Vi kan si at kildekritikk brukes til å skille objektiv informasjon fra spekulasjoner (Dalland, 2013). Det kan ikke tas for gitt at det som står i kildene vi bruker er valid og derfor er det viktig at vi er kritiske til det vi leser. Samtidig må vi knytte informasjonen opp mot kunnskaper vi sitter inne med fra sykepleieutdanningen. Når vi søker informasjon ser vi gjerne i pensumlitteratur, som vi anser som pålitelig. Denne litteraturen er skrevet av forfattere som er kjent innen sykepleiefaget. Det er ikke slik at all kunnskap innenfor helsefagene er konstante, da det kontinuerlig gjøres nye oppdagelser gjennom forskning og vi må ta med i betraktning når dataen er publisert (Dalland, 2013).

Når vi har søkt etter forskning på internett, er det naturlig at vi har brukt søkemotorer og databaser som er tilpasset faget. Vi er i tillegg kritiske til det vi finner og har funnet pensum som støtter opp under forskningen vi har brukt. Det er altså viktig å vurdere troverdighet, gyldighet, holdbarhet og relevans i forhold til temaet og problemstillingen som vi har valgt (Dalland, 2013).

Forskningsartikkelen *Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt* tar for seg personer med sykkelig overvekt (Borge et al., 2012). Trygve har en KMI på 32,6 og han faller innenfor kategorien fedme (KMI 30- 34,9) (Helsedirektoratet, 2010). I følge Borge et al., (2012) skal en voksen person ha en KMI på over 35 samt minst en følgesykdom eller KMI

på over 40, for at det skal klassifiseres som sykkelig overvekt. Allikevel mener vi at denne forskningsartikkelen er relevant da Trygve er innenfor kategorien fedme og har lite motivasjon for en livsstilsendring. Artikkelen forteller også om at personer som tidligere har vært igjennom en endring, deltok og videreformidlet sine erfaringer. Dette er ikke mulig da Trygve er innlagt på sykehuset, men vi vil med faglig innsikt videreformidle nødvendig kunnskap til han.

Forskningsartikkelen «*Vi går inn i det private rommet til pasienten*»: *Sykepleierens erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske tar for seg forskning om endringsarbeid i en poliklinikk*. Selv om dette er gjort i en poliklinikk og gjennom flere møter, er det essensen og resultatet av arbeidet som blir gjort vi er ute etter. Det var også enkelte av sykepleierne som hadde videreutdanning, og dette kan være med på å påvirke resultatet da de kan sitte inne med mer kunnskap om endring enn de med grunnutdanning i sykepleie (Evju et al., 2014).

*Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study*. Pasientgruppen i denne forskningsartikkelen står i fare for å utvikle livsstilssykdommen type 2 diabetes, men det er fortsatt de samme tilnæringsmåter for å skape motivasjon og finne barrierer. Det er en lege som har ansvar for å lede gruppemøtene og det kan tenkes at han kan svare mer utfyllende enn det en sykepleier kan (Korkaikangas et al., 2011).

I forskningsartikkelen *Patients experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study*: er det gjort en studie hos forskjellige fastleger. Møtene varte i cirka 15 minutter, og pasienter kan bli stresset av det korte tidsrommet de er inne hos legen. Dette kan føre til at pasientene ikke åpner seg for samtalepartneren og heller fokuserer på den korte tiden de har sammen (Walseth et al., 2011).

## 3.0 TEORI

### 3.1 Joyce Travelbee – mer enn bare sykepleie

Vi ønsker å ta for oss Joyce Travelbees sykepleierteori/tenkning hvor menneske-til-menneske-forholdet, individskapelse og samhandlinger mellom enkeltindivider står i sentrum.

Sykepleier og pasienten utveksler erfaringer og opplevelse av sykdom og sykepleieren innleder på en profesjonell måte et forhold som bygger på tillit, åpenhet og empati for å kunne hjelpe pasienten på en god og helhetlig måte.

Joyce Travelbee ble født på 1920-tallet i USA og jobbet store deler av sin karriere innenfor psykiatrisk sykepleie (Travelbee, 2011). Vi kan tenke oss at dette ga henne grunnlaget for tenkning om at hvert menneske er et unikt individ med valg og er selv ansvarlig for konsekvenser av valgene. Sykepleiehandlingene skal være en styrkende ressurs for å hjelpe den trengende (Travelbee, 2011).

En sykepleiedefinisjon er viktig da dette avspeiler hvordan sykepleieren utøver sin rolle og hvordan han/hun er i sin væremåte i rollen som sykepleier. Travelbee definerer sykepleie som: «*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringer*» (Travelbee, 2011, s. 29). For å bygge relasjoner og skape et godt forhold med pasienten er det ulike faser som ligger til grunn for at dette skal skje på en fruktbar måte.

#### *Det mellommenneskelige forholdet*

Sykepleie er i seg selv en mellommenneskelig prosess siden det omhandler sykepleieren og menneskene sykepleieren møter, både syke og friske. Vi sier at sykepleie er en prosess og med dette mener vi at det er erfaringer vi bygger gjennom møter med pasient(er) som har behov for hjelp. Partene påvirker hverandre og dette resulterer i et unikt samspill mellom sykepleier og pasienten. Sykepleieren ønsker ikke å hjelpe den syke bare fordi han/hun er syk, men fordi personen det gjelder er et enestående individ. Travelbee (2011) sier at sykepleierne er endringsagenter og at sykepleier ikke godtar tilstander som sykdom, fattigdom, dårlig hygiene

og lignende. Vi jobber for en forandring og sykepleieren har som hensikt å få mottakeren til å forandre seg. Det er viktig at sykepleieren opprettholder pasientens mot og at pasienten kan støtte seg til et individ som innehar kunnskaper og forståelse. For å få en forståelse av hvordan pasienten oppfatter sykdom, er det helt grunnleggende at sykepleieren forsøker å sette seg inn i denne oppfattelsen. Samtidig er det viktig å bygge et forhold til pasienten (Travelbee, 2011).

### *Det innledende møtet*

Det første og innledende møtet er viktig for hvordan det fremtidige forholdet mellom pasient og sykepleier utarter seg. Første gang et møte skjer mellom to mennesker gjøres det observasjoner, og ut ifra disse observasjonene gjør vi oss meninger og antagelser om personen (Travelbee, 2011). Ut ifra disse antagelsene og observasjon av verbal- og nonverbal kommunikasjon, det som uttales og det som vises med kroppsspråk og mimikk, trekker vi slutninger og gjør oss opp et bilde av personen og førsteinntrykket blir skapt (Eide & Eide, 2013) & (Travelbee, 2011.) Det er ikke uvanlig at vi forbinder personen vi møter med noen vi kjenner da dette gjør det lettere å forbinde pasienten med noen. Som sykepleier byr det på utfordringer ved det første møtet da vi blir kategorisert som «sykepleieren», og dette er også gjensidig da sykepleieren ser på individet som en pasient. Det er her utfordringen ligger, nemlig å bryte ned barrierene og kategoriseringen. Dette for å se individet som et unikt menneske, noe som er helt nødvendig om vi skal jobbe med menneske til menneske forholdet (Travelbee, 2011).

### *Helhetlig individ - Ikke bare et menneske*

Det som er typisk for dette steget i fasen er forståelse av personen og det å sette pris på det unike individet, samtidig som vi bygger opp relasjoner til det andre mennesket. Den syke og sykepleieren knytter bånd og kommer «nærmere» hverandre i denne fasen, og kategoriseringene forsvinner gradvis og individet tar større plass. For at dette skal skje er det avhengig at begge parter er åpne for et forhold og at vi som sykepleiere setter egne interesser og meninger til side for å unngå å ødelegge forholdet. Sykepleieren får mer innsikt i hvordan pasientens tankegang er, og pasienten kan knytte en identitet til en sykepleier som forstår hans situasjon og hvordan han føler seg. Når vi har utviklet bånd og ser hverandre som selvstendige individer, er dette et fundamentalt grunnlag for at empati kan finne sted (Travelbee, 2011).

### *Empati – evnen til å leve seg inn*

Empati er en opplevelse av å forstå og leve seg inn i den andre personens psykiske tilstand når møtet tar sted. Det handler om å legge vekk den ytre atferden og forstå opplevelsen og følelsene til personen. Man tar del i personens tanker og følelser, men det vil ikke si at man føler det den andre føler siden vi samtidig må ha et objektivt syn. Empati er dessuten en viljestyrt handling/prosess som utøves aktivt. Pasient og sykepleier føler at det er en større tilknytning mellom dem og at de samtidig er egne individer. For at empati skal kunne finne sted er det avhengig av likhetstrekk og erfaring mellom personer der det foreligger at personen har opplevd lignende situasjoner eller har en lignende bakgrunn (Travelbee, 2011)

### *Sympati og medfølelse – en hjelpende hånd*

Evnen til å uttrykke sympati og medfølelse er et ledd videre i empatiprosessen og Joyce Travelbee (2011) sier at; «Ønsket om å lindre plager, som er fraværende i empati, er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse» (Travelbee, 2011, s. 200). Gjennom sympati blir pasientens plager lettere å forstå og det foreligger et ønske hos sykepleieren om å lindre disse plagene. I motsetning til empati, hvor vi ønsker å leve oss inn i motpartens følelser, er vi her ute etter å forstå hva pasienten føler og ut ifra dette gjøre tiltak. Ved sympati og medfølelse skaper man erfaringer og man tar oppriktig del i den andres følelser eller interesser. Sympati og medfølelse skaper bånd mellom pasienten og sykepleier da man uttrykker medfølelse og nærhet og dette er med på å forsterke det mellommenneskelige forholdet mellom de to individene (Travelbee, 2011).

### *Gjensidig forståelse og kontakt – et individ-skapt samspill*

Det overordnede målet for all sykepleie er å etablere et menneske-til-menneske-forhold og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt med hverandre. De fire foregående fasene som er beskrevet ovenfor er viktige nøkkeltrekk for at det kan oppleves kontakt og forståelse mellom pasient og sykepleier. Når denne fasen er nådd vil de se hverandre som enkeltindivider og ikke som rollene/kategoriene pasient og sykepleier. Når pasient og sykepleier opplever gjensidig forståelse av hverandre kan man si at det er et individskapt samspill. For at samholdet mellom partene skal vedlikeholdes må sykepleieren lindre pasientens plager og sykepleieren må heller ikke gjøre den sykes situasjon verre. Når barrierene mellom sykepleier og pasient er brutt kan den syke fokusere på å bekjempe sykdom og sykepleieren kan bruke energien til nyttige sykepleiehandlinger (Travelbee, 2011).

### **3.2 Motivasjon – en avgjørende faktor**

Motivasjon blir av Hein (2009) beskrevet som de faktorene i et individ som vekker, kanalisierer og vedlikeholder atferd i retning mot og nå et mål.

Med begrepet motivasjon mener vi hvilke intensjoner og motiver vi har med bakgrunn i hvilke interesser vi har, og hva som engasjerer oss til å velge en handling fremfor en annen. Det er vanskelig å gi et fasitsvar på nøyaktig hva som gjør folk motiverte. Noen mener at aktiviteten skal være meningsfylt, slik at man blir interessert og involvert i det man holder på med. Motivasjon handler også om de drivkreftene som setter i gang en aktivitet hos en person, og holder denne ved like. Disse drivkreftene gir en veiretning for det vi foretar oss videre. På denne måten kan vi si at motivasjon også får en betydning for hvem vi er og hvordan vi utvikler oss som menneske. Vi kan derfor si at motivasjon handler om hvordan vi ser på oss selv (Lillemyr, 2007).

Man kan dele motivasjon inn i indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon vil si når drivkraften kommer innenfra en selv og man handler ut ifra egne drifter. Det er da kjernen i personligheten som styrer handlingene. Denne motivasjonen kommer fra våre personlige holdninger og verdier, og tar utgangspunkt i hvordan man ser på seg selv. Når en handling styres av selvregulering til forskjell fra kontrollregulering viser det seg at motivasjon gjerne fører til læring av høyere kvalitet og gir en positiv personlighetsutvikling. Ved indre motivasjon er man styrt av det som kommer innenfra en selv, og handlingene styres ut ifra sitt eget selvbilde, interesser og verdier. Man ser ofte at når personen selv er hovedkilden til motivasjon, har det vist seg at engasjementet står særlig sterkt. Dette er på grunn av eierforholdet man skaper til tankene sine om endring, og at dette igjen rører ved personligheten. Det er ingen bestemt belønning som styrer for at man skal utføre handlingene, men man snakker om en indre tilfredsstillelse (Lillemyr, 2007).

En ytre motivasjon kan være om handlingen skjer med påvirkning fra noe eller noen utenfra en selv (Lillemyr, 2007). Her er det ofte snakk om at man skal få en belønning for å gjennomføre noe, og dette blir da motivasjonen for å gjøre handlingen. Personer som har en indre motivasjon for å gjennomføre noe, har ikke behov for en ytre motivasjon da det viser seg at selve aktiviteten er belønning nok i seg selv. Derfor skal man være kritisk til å bruke

ytre motivasjon hos personer som allerede har en indre motivasjon da dette kan føre til at man blir avhengig av en belønning for å finne motivasjon (Wormnes & Manger, 2005).

### **3.3 Forebyggende helsearbeid**

Forebyggende helsearbeid vil si å forhindre sykdom, skade og tidlig død, samt fremme helsen og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i dagliglivet til folk. Det betyr blant annet at man må tilrettelegge omgivelsene for at folk skal få en mest mulig gunstig utvikling av helsa si, man skal bidra til at folk blir sterkere når eventuelle helsetruende tilstander oppstår, evnen til å mestre noe og ha kontroll over seg selv skal styrkes, og man skal bidra til å fremme folks livskvalitet (Mæland, 2012).

Inn under begrepet forebyggende helsearbeid finner man sykdomsforebyggende arbeid og helsefremmende arbeid. Dette er to motsetninger som utfyller hverandre. Forebyggende helsearbeid handler om både det å forebygge sykdom og det å fremme helsen til folk (Mæland, 2012).

Ved bruk av sykdomsforebyggende arbeid vil man fokusere på å fjerne eller redusere risikofaktorer som kan bidra til sykdom, skade eller død, og innenfor dette feltet er det helsetjenesten som dominerer. Sykdomsforebyggende arbeid deles inn i 3 deler. Primær sykdomsforebygging handler om det å utsette eller forhindre sykdom hos et friskt menneske. Sekundær sykdomsforebyggende arbeid går ut på å forhindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg i negativ retning. Tertiær sykdomsforebygging handler om å minimalisere de følgene som sykdommen får for daglig livskvalitet og funksjon (Mæland, 2012).

Et eksempel på primær forebyggende arbeid hos en person som står i fare for å utvikle et hjerteinfarkt, vil være å prøve å forhindre eller forsinke prosessen av danning av aterosklerotisk plakk, ved hjelp av kjente årsaker som kan være med på å bidra til dette (Mæland, 2012).

Individuell sykdomsforebyggende arbeid handler om at det først stilles en diagnose hos en person. Det kan da være snakk om påvisning av forstadium til sykdom eller at det foreligger høy risiko for å utvikle en sykdom. Deretter vil man legge opp til en behandling som handler

om å forhindre utvikling av sykdom eller redusere risiko for sykdom hos denne personen (Mæland, 2012).

Sykdomsforebyggende arbeid kan også drives på gruppe- eller befolkningsnivå. Dette gjennomføres ved for eksempel helseopplysning eller forebyggende arbeid, som vaksinerings, tilsetning av vitaminer i mat, og fjerning av kreftfremkallende midler i miljøet (Mæland, 2012).

Ved bruk av helsefremmende arbeid vil man forsøke å styrke helsen til folk igjennom hverdagslivet. Helsefremmende arbeid handler ikke bare om hva helsetjenesten gjør og at man skal ha en sunn livsstil. Man mener at det ligger mye mer bak, som hvilke ressurser folk har for helse. Det vil da for eksempel ha innvirkning på helsa om personen opplever fred, har bolig, utdanning, arbeid, mat, et fungerende økosystem, bærekraftige ressurser, opplevelse av rettferdighet og følelsen av at man er verdt noe. Målet med det helsefremmende arbeidet vil derfor være å ha kontroll over ulike ressurser i livet, som igjen kan bidra til en bedre helse. I motsetning til det sykdomsforebyggende arbeidet som er ekspertstyrt av fagfolk innenfor helsevesenet, så bygger det helsefremmende arbeidet på brukermedvirkning og hva som foregår i lokalsamfunnet (Mæland, 2012).

### **3.4 Hjerteinfarkt**

Antallet som blir rammet av hjerte- og karsykdommer øker stadig, og det er den vanligste dødsårsaken i Norge. Når infarkt starter har pasienten akutt behov for behandling da ubehandlet hjerteinfarkt i ytterste konsekvens kan føre til hjertesvikt og død (Ørn, 2012). Hjertet er en muskel som har i oppgave å pumpe blod ut til de vitale organene i kroppen. Blodårene som går ut fra hjertet og som frakter oksygenrikt blod kalles arterier. Om det over tid avleires LDL- kolesterol på åreveggene dannes det aterosklerotisk plakk. Dersom arteriene snevres inn på grunn av avleiringene er det en betydelig større sjans for at en løs trombe kan kile seg fast og tette arterien (Ørn, 2012). Dersom blodgjennomstrømningen/forsyningen stoppes helt eller delvis opp i en av koronararteriene rundt hjertet vil det bli mangel på blodtilførsel, og dermed også oksygen til ulike muskelceller i hjertet (Ørn, 2012). Hvis det går en lengre periode uten at hjertet har fått tilført nok oksygen vil muskelcellene nekrotisere og det er ved nekrotisering av muskelceller at det oppstår et hjerteinfarkt. Konsekvensene av et



hjerteinfarkt varierer ut i fra hvor lenge blodforsyningen har vært blokkert og der av hvor mye muskelceller som har gått tapt. Hvor infarkt sitter, har også en videre betydning for utfallet av infarkt. I verste fall kan infarkt føre til død eller kronisk hjertesvikt (Bjålie, Haug, Sand & Sjaastad, 2011).

## **4.0 DRØFTNINGSKAPITTEL**

### **4.1 Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en mann på 45 år til en livsstilsendring for å forebygge hjerteinfarkt?**

For å besvare problemstillingen vil vi ta for oss ulike faser. Den første fasen er forberedelsen til det innledende møtet med Trygve hvor vi planlegger hvordan vi skal møte han for første gang. Under det innledende møtet arbeider vi med å bygge relasjoner ved hjelp av Joyce Travelbees sykepleierteori og tenkning. Vi viser hvordan vi forsøker å bygge et sykepleier-pasient- fellesskap mellom oss som sykepleiere og Trygve. Deretter tar vi for oss lovverket og hvordan vi som sykepleiere er pliktet til å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og forebygger sykdom. For å kunne få en pasient til å gjennomgå en livsstilsendring er motivasjon en avgjørende faktor. Vi vil vise hvordan ytre motivasjon kan virke inn på den indre motivasjonen, samt at Trygve selv skal få ta egne valg gjennom brukermedvirkning og empowerment. Vi drøfter hvordan man igjennom de ulike stadiene i den Transteoretiske modellen ved hjelp av kunnskap og mestringstillitt kan få Trygve motivert til å gjennomføre en livsstilsendring for å forebygge et hjerteinfarkt i fremtiden. Til slutt nevner vi kort om tilbakefall som ikke er unormalt når en person skal foreta seg en livsstilsendring.

Trygve er innlagt på hjertemedisinsk sengepost på sykehuset etter at han kom inn med akutte brystmerter. Trygve er i en uvant situasjon, og han har mange fremmede mennesker å forholde seg til og det kan godt tenkes at han er redd og usikker. For å oppnå en god kontakt med Trygve er det viktig at vi tenker på sykepleier- pasient – fellesskapet og klarer å se hele mennesket (Hummelvoll, 2012). For at Trygve skal dele personlige tanker med oss er vi helt avhengige av at Trygve stoler på oss og forstår at vi har et oppriktig ønske om å hjelpe han. En viktig del av arbeidet handler derfor om å skape tillitt, vise gjensidig forståelse og fremme endringslyst (Travelbee, 2011).

Vi jobber ut ifra sykepleieprosessen som består av en problemløsende prosess og kommunikasjonsprosess. Denne prosessen handler om det å samle data om Trygve, identifisere hans problemer, sette i gang tiltak og evaluere sykepleien som blir gjennomført. Igjennom dialog skal vi forsøke å få en forståelse av hvordan Trygve oppfatter sin helsesituasjon. Vi vil bruke de dataene vi har samlet for å forberede oss og for å finne motivasjonsfaktorer som kan hjelpe Trygve til å foreta en livsstilsendring (Hummelvoll, 2012).

For å strukturere arbeidet tar vi i bruk den Transteoretiske modellen og velger å bruke de tre første fasene. Den første fasen er føroverveielser og her er ikke pasienten bevisst på sine problematiske sider i forhold til atferd og ser ikke på denne som problematisk. Derfor er ikke ønsket om endring til stede. Den andre fasen er overveielser. I denne fasen blir pasienten bevisst på de negative sidene ved sin atferd og vurderer å gjøre en endring knyttet til sin helse. Den tredje fasen er forberedelsen. Det er i denne fasen pasienten bestemmer seg for å gjøre en endring. Grunnen til at vi velger å ta i bruk de tre første fasene, er fordi vi møter Trygve inne på sykehuset og har derfor ikke mulighet til å gi han oppfølging over lengre tid (Barth et al., 2011).

#### **4.2 Forberedelse til det innledende møtet**

Før det første møtet med Trygve er det viktig at vi som sykepleiere forbereder oss godt. Under innleggelsen på sykehuset blir det hele tiden dokumentert om Trygve og hans helsetilstand, og dette er et viktig verktøy i vårt arbeid. Ved å lese og sette oss inn i det som tidligere har blitt dokumentert om Trygve kan vi skape oss et bilde av hans sykdomsforløp og vite hvilke ressurser han har til rådighet. Dette kan være nyttig for å skape en god flyt i kommunikasjonen. Samtidig blir det viktig at vi som sykepleiere ikke danner oss et bestemt bilde på forhånd om hvem Trygve er som person. Det kan føre til fordommer og at vi ikke møter Trygve som et unikt individ (Hummelvoll, 2012). Travelbee (2011) sier at vi gjerne forbinder personer med mennesker vi kjenner fra før, og det er viktig at vi er klar over dette slik at vi ikke på forhånd tilegner pasienter meninger og holdninger de egentlig ikke har. Det er viktig at man planlegger praktiske forhold, som blant annet et rom hvor man kan ha en

privatsamtale med pasienten (Hummelvoll, 2012). Trygve har alenerom på sykehuset og det er her vi vil møte han for første gang.

### **4.3 Relasjonsbygging i praksis – det innledende møtet**

I det innledende møtet gjør vi oss som sykepleiere observasjoner om pasientens tanker, følelser og atferdsmønster (Hummelvoll, 2012) Det er vanlig ved det første møtet at man kategoriserer en pasient som en «pasient». Det samme gjelder for pasienten som bare ser oss som sykepleiere i et stort system (Travelbee, 2011).

Travelbee (2011) sier at man ut ifra verbal- og nonverbal kommunikasjon gjør seg en fornemmelse av hvordan et annet menneske er. Med dette menes at vi som sykepleiere gjør oss opp et bilde av hvordan Trygve er som menneske. Det er viktig å tenke på at dette kun er et førsteinntrykk, og at vi igjennom flere møter med Trygve vil bryte kategoriseringen av hverandre. Som et sluttresultat av dette vil vi se hverandre som enestående og unike individer (Travelbee, 2011).

For at man skal kunne se hverandre som unike individer er vi som sykepleiere avhengig av å få et innblikk i pasienten sin tankegang, og dette får vi igjennom dialog i den identitetsskapende prosessen. Man må som sykepleiere være mottakelige for det pasienten har å fortelle og ikke være dømmende og motsigende ovenfor hans synsviklinger (Travelbee, 2011).

Om samarbeidet og det gode forholdet med Trygve skal fungere, er det viktig at vi legger til side kategoriseringen og beveger oss inn i den prosessen hvor man skaper en identitet. Det er her Trygve utveksler erfaringer rundt sine kostholdsvaner og vaner når det gjelder fysisk aktivitet og personlige opplevelser rundt sin helsesituasjon. Vi må være mottakelige for det Trygve har å fortelle slik at den identitetsskapende prosessen blir opprettholdt. Har vi andre meninger, med bakgrunn i fagkunnskap, enn det Trygve forteller, velger vi å ta dette opp senere fordi vi fortsatt er i en fase hvor vi forsøker å bygge relasjoner mellom oss og pasienten. På den måten kan vi få Trygve på lag med oss, og vi får en oversikt over Trygve sin tankegang, som er viktig for det videre samarbeidet (Hummelvoll, 2012). Om vi motsetter oss det pasienten sier, kan det føre til at han ikke åpner seg for oss og den individskapende

prosessen vil da feile. Det er når vi utveksler erfaringer at kategoriseringen forsvinner, og at individet kommer til syne (Travelbee, 2011).

Et grunnleggende kriterium for å kunne vise empati og forståelse er at sykepleier og pasienten oppfatter hverandre som selvstendige individer (Travelbee, 2011).

Når vi har fått et innsyn i pasienten sin tankegang er det lettere for oss som sykepleiere å sette oss inn i hvordan han har det, for lettere å kunne vise empati. Empati er en viljestyrt handling hvor vi er ute etter å leve oss inn i pasientens psykiske tilstand og nå pasienten der hvor han er. Det er samtidig viktig at vi er objektive, slik at vi både gir omsorg og klarer å tenke løsningsorientert med bakgrunn i fagkunnskap (Travelbee, 2011). Trygve forteller at han er redd for at hans helsetilstand skal føre til at han ikke får mulighet til å følge opp barna sine i oppveksten, og er bekymret for at han skal påføre dem sine dårlige vaner. Det blir viktig å leve seg inn i hans følelser og vise at vi forstår og aksepterer disse. Dette kan få Trygve til å føle at han ikke er alene om å håndtere situasjonen og vi knytter et tettere bånd som to selvstendige individer. Vi som sykepleiere må allikevel holde oss profesjonelle i vårt arbeid slik at man kan tenke løsningsorientert.

Når pasienten har delt personlige tanker med oss om sin helsesituasjon ønsker vi som et ledd videre fra empatiprosessen å vise sympati ovenfor ham. De sentrale trekkene ved sympati er å forstå pasientens følelser og vise at vi som sykepleiere er ute etter å hjelpe pasienten med hans plager. Når man forstår hva som er pasientens problemer kan man bruke dette for å tilrettelegge tiltak som kan bidra til å lindre hans plager. Ved å vise medfølelse og at vi ønsker å hjelpe han med problemene, er dette med på å forsterke det mellommenneskelige forholdet (Travelbee, 2011).

Vi kan for eksempel i samtalen med Trygve stille et spørsmål om han klarer å ivareta sin egen helse. Trygve forteller da at han hverken har tid eller overskudd til å være aktiv og tilrettelegge for et sunt kosthold. Vi bekrefter dette med å være enig i det han sier, men vet at han kan klare å endre sin livsstil med tilrettelegging fra oss helsepersonell. De helsemessige utfordringene Trygve forteller oss om, vil vi ta med oss videre, og det er disse vi vil ta utgangspunkt i, i vårt fremtidige samarbeid med Trygve de dagene han er innlagt på sykehuset.

I gjennom disse fasene har individene kommet til syne, og man ser hverandre som enestående mennesker bak kategoriene sykepleier og pasient. Man har oppnådd en kontakt og forståelse

ovenfor hverandre som er nødvendig for å få til et best mulig samarbeid. Menneske- til- menneske- forholdet som har utviklet seg har ført til at pasienten kan stole på sykepleieren og trenger derfor ikke lengre å bruke tid og energi på å knytte bånd. Det samme gjelder for sykepleieren som nå kan fokusere på behandling (Travelbee, 2011). Trygve kan nå bruke sin tid på å gjøre seg tanker om hva som skal til for å forebygge en videre sykdomsutvikling, og vi som sykepleiere har blitt godt kjent med han og hans tanker. Ut ifra dette kan vi planlegge en fremtidig strategi for hvordan vi kan motivere Trygve til en livsstilsendring.

Selv om Joyce Travelbees teori/ tenkning om dannelse av menneske- til- menneske- forholdet går igjennom en systematisk prosess, så har vi opplevd i praksis at det ikke bestandig er slik at disse stadiene kommer i en bestemt rekkefølge. Vi mener at det som er avgjørende for dette er situasjon- og personavhengig. Alle personer er egne individer, og noen åpner seg lettere enn andre. Det er viktig å tenke på pasienten sin integritet og tar hensyn til dette når vi tilnærmer oss pasienten. Et eksempel fra vår egen praksis var at da en av oss kom inn på rommet til en eldre kvinne på sykehuset, og hun med en gang la frem sine personlige tanker og følelser rundt problemet, uten at man først måtte opparbeide seg en relasjon til pasienten.

#### **4.4 Sykepleierens plikt til å arbeide med forebyggende helsearbeid**

I kraft av den nye loven om folkehelsearbeid (folkehelseloven) står det i § 1 «*Formål*» at helsearbeidere forplikter seg til å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Folkehelsearbeidet går ut på at man skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. I § 7 «*Folkehelseiltak*» står det at det er kommunens ansvar å gi informasjon, råd og veiledning om hva hvert enkelt individ og befolkningen generelt i kommunen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (Folkehelseloven, 2011.)

I denne situasjonen blir det vår plikt som sykepleiere å gi veiledning og informasjon som kan bidra til å fremme Trygves helse og forebygge fremtidig sykdom (Folkehelseloven, 2011). I møtet med han blir fokuset primærforebyggende sykepleie da han har blitt innlagt på sykehuset med brystmerter, og står i fare for å utvikle et hjerteinfarkt (Mæland, 2012).

Sykdomsforebyggende arbeid på gruppe- og befolkningsnivå har vist seg å ha en større effekt enn på individnivå. På individnivå, som hos Trygve, må arbeidet gjennomføres med godt skjønn. Vi som sykepleiere må planlegge en fremgangsmåte på forhånd slik at noe ikke kommer ut på feil måte fra oss som sykepleiere til han som skal bli hjulpet (Mæland, 2012). Vi må hele tiden underveis i samtalen vurdere hvordan Trygve reagerer på vår verbale- og nonverbale kommunikasjon, og ut ifra observasjonene vi gjør vil vi tilpasse oss Trygves reaksjoner (Eide & Eide, 2013). Selv om det er en usikkerhet blant det sykdomsforebyggende arbeidet som blir gjennomført på individnivå er dette viktig, fordi vi som sykepleiere har som nevnt i § 1 og § 7 en plikt til å forsøke å redusere sjansene for fremtidig sykdom hos den enkelte person (Mæland, 2012.)

Ved bruk av det helsefremmende arbeidet vil vi forsøke sammen med Trygve å kartlegge hvilke ressurser han innehar som kan være med på å påvirke helsen hans i en positiv retning. Det er Trygve og hans ressurser som står i sentrum, og vi vil igjennom brukervedvirkning finne løsninger på hvordan han kan bruke disse ressursene på en mest mulig gunstig måte (Mæland, 2012).

Et annet viktig verdigrunnlag i helsetjenesten som vi som sykepleiere må ta utgangspunkt i når vi skal hjelpe Trygve, er at pasienter har ønsker og kompetanse til å ta egne valg (Andreassen, 2005). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det under punkt 2.1 og 2.2 at sykepleiere har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, samt støtte opp under pasientenes håp, mestringsfølelse og livsmot. Under punkt 2.4 står det at man også må gi pasienten nok med informasjon og sørge for at han/hun forstår det, slik at man som pasient har mulighet til å ta egne avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011.) I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3 står det at pasienten har rett til å medvirke når det gjelder helse- og omsorgstjenester, og at informasjonen må tilpasses den enkelte pasient slik at det blir forståelig.

## 4.5 Motivasjon og aktiv medvirkning

Når en person skal gjennomføre en livsstilsendring er motivasjon en grunnleggende drivkraft for å kunne endre atferd (Prescott & Børtveit, 2004). Trygve har sagt at han er lite motivert for dette. Når man skal veilede en pasient til en endring er det ingen spesiell metode eller teori som viser seg å være aller best, men man må tilpasse dette ut ifra hvert enkelt individ. Det eneste som er sikkert er at man som sykepleier må være ydmyk og vise empati ovenfor den man skal hjelpe, og om en metode ikke fungerer, må man finne en annen (Eide & Eide, 2013).

Trygve har ingen indre motivasjon som drivkraft for å skulle gjennomføre en livsstilsendring. Vi vil derfor forsøke å motivere han ved bruk av ytre motivasjon for å skape en indre motivasjon (Wormnes & Magner, 2005). Trygve har fortalt oss at barna hans betyr mye for han og er redd for at hans dårlige vaner skal påvirke barna i deres valg og fremtidige helse, samt at han er redd for at sin helse skal hindre ham i å følge opp barna i deres oppvekst. I følge Korkiakangas et al. (2011) så har familien en viktig innvirkning på at personer skal kunne endre livsstil, og for å holde endringsarbeidet ved like.

Vi vil i vårt arbeid bruke barna som en viktig motivasjonsfaktor (ytre motivasjon) for at han selv skal komme frem til at han gjør dette for barna og ikke minst seg selv (Wormnes & Magner, 2005). Hvis Trygve får med seg barna på ulike aktiviteter/ trening kan dette virke positivt inn på familien ved at de får tilbragt mer tid sammen, og at han samtidig står frem som en god rollemodell. Når han forbinder trening med noe hyggelig vil dette kunne bidra til at motivasjonen øker, og at det blir lettere å gjennomføre fysisk aktivitet (Korkiakangas et al., 2011). Ved hjelp av denne strategien kan han finne den indre motivasjonen i seg selv, og dette er et viktig suksesskriterium for å kunne lykkes med en livsstilsendring som varer (Lillemyr, 2007).

For å motivere Trygve til en endring er det viktig at vi som sykepleiere får Trygve med på laget vårt som deltaker, ikke bare som en mottaker av en tjeneste (Tveiten, 2007). Man må som sykepleier ha fokus på brukermedvirkning i sitt arbeid hvor oppgaven er å bekrefte pasientens kompetanse på seg selv. I følge Evju et al. (2014) er et nøkkeltkriterium for å lykkes, at en blir delaktig i valg som angår en selv og at dette vil gi en opplevelse av mestring. Vi vil gjøre Trygve aktiv i valg som angår hans helse. På en annen måte kan man si at Trygve

sitter med makt over seg selv, og vi vil komme med forslag som han er med på å bestemme utfallet av. Dette vil gi han en mestringsfølelse.

Når vi inkluderer Trygve i arbeidet gjennom brukermedvirkning, inkluderer dette også en forventning fra vår side om at han skal ha en økt bevissthet om handlinger og valg han foretar seg (Jenssen & Tronvoll, 2012). Han vil da på en bedre måte kunne uttrykke ulike behov og ønsker ovenfor oss sykepleiere, og det blir da en større sjanse for at han lettere kan klare å foreta en endring enn om han står på sidelinjen, der vi gjør valgene for han (Klette et al., 2014).

For å få til dette vil vi ta i bruk empowerment som en styrkende prosess i livsstilsendringen. Empowerment vil si en prosess der man i stor grad selv er med på å ta avgjørelser som omhandler sin egen helse. For å få til en endring i helseatferd er det viktig å ha kontroll over eget liv (Løken, 2012). Vi vil forklare Trygve at han igjennom autonomi har fullstendig selvråderett, og at vi ikke kan bestemme over han, men at vi er der som veiledere (Eide & Eide, 2013).

Ved bruk av empowerment kan man få Trygve mer bevisst i forhold til egen situasjon og hvordan han kan påvirke sin hverdag, samt få han til å forstå at han selv sitter inne med mye kunnskaper om egne behov, problemer og at beslutninger om egen helse må tas. Det at han selv får deltatt aktivt kan være med på å gi han en følelse av mestring og motivasjon til endring (Tveiten, 2007).

Tillitt blir viktig for å oppnå et godt samarbeid. Det kan oppnås mellom sykepleier og Trygve ved at vi som sykepleiere viser interesse for han, har tid til å snakke og respekterer han. Man kan som sykepleier oppleve at Trygve ikke vil motta den hjelpen som vi tilbyr han, men om tillitten er der, så er sjansene større for å få han med på laget vårt (Tveiten, 2007).



## **4.6 Endringsprosessen i ulike stadier**

Den Transteoretiske modellen ble utviklet i 1980-årene av Prochaska og Diclemente, og blir brukt i både helsefremmende arbeid og forskning for å kartlegge levevaner og atferd hos personer med en kjent helserisiko som f.eks røykeavvenning. Modellen har i den senere tid blitt utvidet slik at den også omfatter helsefremmende atferd som å forstå endringsprosesser hos personer som er fysisk inaktive og som ønsker å starte med regelmessig trening (Lerdal, 2011).

For å hjelpe Trygve er det viktig at vi får kartlagt hvor motivert han er for å ta tak i egen helse og gjøre en endring i atferden (Eide & Eide, 2013). Vi vil informere Trygve om endringsprosesser som vi vil ta i bruk i vårt samarbeid med han (Lerdal, 2011). Det er viktig å gi han tilstrekkelig informasjon for at han skal kunne vite hva som skal skje, og det må gjøres på en slik måte at Trygve forstår, hører og husker det som er nødvendig. Dette vil gi trygghet, en følelse av å bli ivaretatt, og autonomien blir opprettholdt (Eide & Eide, 2013).

Den transteoretiske modellen er et oversiktlig verktøy som er med på å gi en veiledning til hvordan vi kan bygge opp strategier for endring sammen med Trygve, samtidig som vi finner ut hvor han er i endringsprosessen. Han er ekspert på seg selv og vi skal være med å veilede og videreformidle kunnskap. Modellen tar utgangspunkt i endringsprosesser og et av målene er at Trygve skal oppleve mestringstro, ved å bli orientert om hvilke ressurser han har til rådighet (Lerdal, 2011).

### **4.6.1 Stadium 1 – før overveielser**

Når Trygve er i stadium 1 (før overveielsestadiet), og ikke er klar for noen endring i livet, blir målet til oss som sykepleiere å støtte og styrke Trygve (Lerdal og Celius, 2011). I følge Borge et al., (2012) står det at fagligdyktighet fra oss som helsepersonell er viktig for å øke motivasjonen hos pasienten. Vi vil derfor forsøke å øke Trygve sin bevissthet om hvor viktig det blir for han med en livsstilsendring med bakgrunn i fagkunnskap. Trygve kan ha mangel på kunnskap om hva fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan gjøre med kroppen hans (Prescott

& Børtveit, 2004). Ved veiledning kan man gjøre han mer bevisst på hans egne opplevelser, følelser, ressurser, muligheter og eventuelle hindringer. Dette kan bidra til at han får et mer objektivt syn på sin helsesituasjon, som igjen kan gi økt motivasjon for å gjennomføre en livsstilsendring (Tveiten, 2007).

Vi må forsøke å hjelpe han på en slik måte at vi ikke direkte sier at han har et problem, for da kan Trygve føle et nederlag og den opparbeidete relasjonen mellom sykepleier og Trygve blir brutt. Det blir her viktig å huske på Travelbees teori om det mellommenneskelige forholdet hvor vi møtes som likeverdige mennesker for å opprettholde motet hos pasienten (Travelbee, 2011). Om Trygve stadig vekker motgang hos oss som sykepleiere, hvor vi dømmer han og kommer med motsigende argumenter, så kommer han til å miste absolutt all motivasjon. Dersom Trygve forteller om sine problemer, og at deretter sykepleieren kommer med en setning som starter med «ja, men» viser dette bare at sykepleieren ikke vil høre på hans egen opplevelse og oppfatning av livet. Noe som blir helt feil da man skal forsøke å få Trygve motivert (Eide & Eide, 2011).

Det å skulle gi informasjon og motivasjon som sykepleier, og det å skulle moralisere på den andre siden, handler om en hårfin balansegang (Eide & Eide, 2011). I følge Walseth et al. (2011) står det at et godt forhold skaper motivasjon og at pasienten blir engasjert til å gjøre en endring med bakgrunn i det gode forholdet. Vår oppgave som sykepleier blir å kartlegge hvilke kunnskaper pasienten innehar. Dersom Trygve har spørsmål kan vi gi et faglig svar, men i denne fasen blir dette kun informasjon Trygve kan reflektere rundt, og ikke noe vi vil pålegge han (Walseth et al., 2011) & (Eide & Eide, 2011).

Ved å stille åpne spørsmål rundt hva Trygve tenker om kostholdet sitt og den fysiske inaktiviteten vil han selv få muligheten til å gjøre seg tanker om hvilke konsekvenser dette kan medføre for hans helse. Det er viktig at vi som sykepleiere ikke bare gir generelle råd om kosthold og fysisk aktivitet, men at Trygve selv får komme frem til hva som kan være konsekvensene av et inaktivt liv med et uhensiktsmessig kosthold. Man må gjøre han delaktig slik at han blir engasjert i det som omhandler hans helse, og på denne måten kan vi vekke en interesse hos Trygve. Dette kan igjen føre til motivasjon for en atferdsendring (Klette et al., 2014). Man må som sykepleier klare å innse hva som er realiteten for Trygve for å kunne hjelpe han til endring i livet, og deretter gi han veiledning ut ifra den retningen han selv velger å gå. Det å lytte og gi anerkjennelse til det han sier, skaper tillitt og trygghet mellom sykepleier og Trygve (Aamodt, 2014). Om han kommer inn på utfordringer og problematikk i

forhold til sin egen helse, kan vi som sykepleiere få han til å reflektere over det han sa ved bruk av bekreftelse. Med bakgrunn i hans egne refleksjoner kan Trygve etter hvert få andre tanker, en ny forståelse av sin helsetilstand, og kan på denne måten bli motivert til å gjennomføre en livsstilsendring. Hvis Trygve styrer dialogen så kan han selv komme frem til problemene, og dette er empowerment i praksis (Eide & Eide, 2013).

#### **4.6.2 Stadium 2 – overveielser**

I den andre fasen (overveielsestadiet) er fortsatt motivasjonen usikker, og vi må her arbeide med å bygge opp Trygves tiltro til egen mestringsevne for å kunne klare å gjennomføre en livsstilsendring (Eide & Eide, 2011). Hvis han har tro på at dette er noe han klarer vil det være med på å øke sjansene hans til å lykkes (Borge et al., 2012). Trygve har i dette stadiet fått mer kunnskaper, men har allikevel behov for å få mer kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse (Lerdal & Celius, 2011). Blant menn har det vist seg at økt kunnskap og forståelse om hvordan fysisk aktivitet påvirker til en positiv helseutvikling gjør at man lettere forstår meningen bak å skulle gjennomføre en livsstilsendring (Korkiakangas et al., 2011).

Trygve har gjort opp egne tanker om sin helsetilstand, men er fortsatt usikker på hvordan han skal få til å gjennomføre en livsstilsendring (Lerdal & Celius, 2011). Han forteller at denne usikkerheten har en sammenheng med hans lange arbeidsdager og at han er mye sliten. I følge Korkiakangas et al. (2011) så er mangel på tid en av de viktigste barrierene som hindrer en person i å starte opp med fysisk aktivitet, og da blir det sykepleierens oppgave gjennom samtale å hjelpe pasienten med å strukturere hverdagen slik at man finner tid.

I denne fasen begynner det å bli klart for en utforskning av hvordan han skal kunne klare å endre sine levevaner, men motivasjonen er fortsatt uklar, så dette må skje svært varsomt. Vi vil forsøke å få frem hva det er som gjør at Trygve gleder seg over sin nåværende livsstil og hva som eventuelt er grunnlaget for at han vil endre seg (Eide & Eide, 2013).

Her blir det vår oppgave å få Trygve til å se de positive sidene ved en endring, for som Lerdal (2011) sier har de som skal endre sin atferd ofte både gode grunner til å fortsette og slutte med arbeidet. Ved å få Trygve til å tenke over både positive og negative følelser knyttet til

utfordringer som har med en livsstilsendring å gjøre, kan man få han til å reflektere rundt sine motstridende følelser (Barth & Näsholm, 2007). På denne måten vil han også kunne reflektere over egen motivasjon og hvilke egne utfordringer han kan møte på i arbeidet mot en endring (Eide & Eide, 2011).

#### **4.6.3 Stadium 3 – forberedelsen**

I stadium 3 (forberedelsen) har gjerne personen tenkt på eller testet ut en fysisk aktivitet tidligere, men har enda ikke klart å starte opp med noe regelmessig (Lerdal & Celius, 2011). I sammenligning med de to foregående stadiene har personen nå blitt mer problembesvist, motivert til forandring og fått tillitt til egen mestringsevne (Eide & Eide, 2013).

Forberedelsesfasen handler om det å skulle forplikte seg til å gjøre en beslutning om endring og å gjøre de praktiske forberedelsene som kreves for å gjennomføre den (Barth, Børtveit & Prescott, 2014).

Det er fortsatt viktig at vi som sykepleiere svarer bekræftende når det gjelder å kartlegge faktorer som er avgjørende for Trygve sin motivasjon. Vi vil stille åpne spørsmål som gjør at Trygve kan reflektere rundt og dele erfaringer om sine problemer. Vi kan på denne måten også få et innblikk når det gjelder hans bekymringer, hva som kan bli bedre ved endring, og hvordan hans tillitt og tiltro til egen mestringsevne er. Dette er viktig for at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe Trygve slik at han selv kan finne egne mål og strategier, og det bidrar også til et styrket sykepleier- pasient – fellesskap (Eide & Eide, 2013).

I dette stadiet blir hovedoppgaven til oss som sykepleiere å hjelpe Trygve til å ta en endelig beslutning om å starte opp med regelmessig fysisk aktivitet og gjøre en endring i kostholdet. Vi vil igjennom samtale med Trygve avklare hvilke kortsiktige og langsiktige mål han vil ha og finne frem til ulike alternativer til aktivitets- og kostholdsvaner (Eide & Eide, 2013). Det er viktig at vi vet hvilke mål Trygve vil ha slik at vi som sykepleiere kan hjelpe han på en mest mulig gunstig måte til nå målene sine. Hvis vi som sykepleiere misforstår hvilke mål Trygve ønsker, kan vi tolke Trygve sine uttalelser mot forandring som motstand. Det samme gjelder for Trygve som kan vise motstand om vi prøver å endre han uten at han selv føler at han er klar for en endring. Dette henger sammen med at vi er unike individer og selv ønsker å bestemme over våre handlinger. Det blir derfor viktig at Trygve selv får komme med forslag

om mål og vi kan hjelpe han med å nå disse målene (Barth et al., 2011).

Trygve sier selv at han ønsker å gå ned fra 116 kilo til en kroppsvekt på 92 kilo. Noe som da gjør at han ligger under kategorien overvekt, og risikofaktorene reduseres betydelig. For å oppnå dette kan han for eksempel ha som et kortsiktig mål å starte med regelmessig fysisk aktivitet 2-3 ganger i uka (Helsedirektoratet, 2010). I følge Helsedirektoratet (2010) bør denne aktiviteten bestå av minimum 150 minutter med moderat intensitet eller høy intensitet, minimum 75 minutter pr. uke. Et langsiktig mål kan være å gå ned i vekt og gjøre risikofaktorene for å utvikle hjerteinfarkt og andre livsstilssykdommer mindre.

Det er viktig å sette realistiske mål som er mulig å oppnå. Har Trygve mål som føles uopnåelige kan dette gå ut over motivasjonen ved at han hele tiden forsøker, men ikke lykkes med å nå sine egne mål (Øen, 2013).

#### **4.7 Tilbakefall**

Den viktigste faktoren for at en livsstilsendring skal kunne vare, er pasientens mestringstillitt (Prescott & Børtveit, 2004). Tilbakefall hos folk som endrer atferd er ikke uvanlig. Man vil alltid møte motgang, men om man opplever større gevinst ved den nye livsstilen i forhold til slik den var før, er sjansene for tilbakefall mindre sannsynlig. Det blir derfor viktig at vi som sykepleiere inne på avdelingen forsikrer oss om at Trygve har tiltro til egne mestringsevner og klarer å komme seg igjennom motgang og frustrasjon (Barth et al., 2011).

Vi vil derfor kartlegge hvor trygg Trygve er på at han skal klare å gjennomføre en livsstilsendring og hvordan innstillingen hans er knyttet opp mot dette før Trygve blir skrevet ut fra sykehuset. For å kartlegge hvor trygg han er på å kunne klare å gjøre en endring vil vi bruke et skjema hvor Trygve kan krysse av fra 1- 10 hvor 1 er veldig utrygg og 10 er helt trygg, og et skjema hvor han krysser av på for hvor mye kunnskap han har på de ulike sentrale feltene. Dette gir oss et bilde av hvordan endringsarbeidet kommer til å utvikle seg etter utskrivelsen fra sykehuset, og forteller noe om behovet for videre oppfølging når han kommer hjem (Eide & Eide, 2013).

## 5.0 KONKLUSJON

Igjennom arbeidet med oppgaven har vi kommet frem til at motivasjonskriteriene som må ligge til grunn for motivasjon er individuelle. Det er derfor viktig å få innsikt i pasientens tankegang for å finne ut hvilke ressurser pasienten har til rådighet og hvilke interesser han har, som skal til for å skape motivasjon. Hvis pasienten ikke har en indre motivasjon kan man bruke ytre faktorer for å skape en indre motivasjon. Ved å bygge en mellommenneskelig relasjon vil Trygve føle tillitt til oss som sykepleiere og ikke føle at han står alene om å skulle foreta en livsstilsendring. Det er viktig å overføre kunnskap til pasienter, og vi har funnet ut at denne må tilpasses ut ifra hvert enkelt individ. For at pasienten skal føle mestringstillitt og få en endringslyst, er det viktig at pasienten selv kommer frem til utfordringer knyttet til sin helsesituasjon igjennom refleksjon. Dette ved hjelp av brukermedvirkning og empowerment. Man kan ikke forvente at pasienten blir motivert til en endring i det første møtet. Derfor er det nødvendig å ha kunnskaper om de ulike endringsstadiene, og at disse utvikler seg igjennom flere møter. Man må være forberedt på at pasienten kan møte motgang underveis, og da blir det viktig å være tålmodig. Det er viktig å ikke presse pasienten til noe han ikke er klar for, da dette kan føre til ytterligere motstand. Tilbakefall er ikke uvanlig hos pasienter som foretar seg en livsstilsendring, men om man opplever et bedre liv med den nye livsstilen, så er det større sannsynlighet for at endringene vil vare.

## 6.0 LITTERATURLISTE

\*Aamodt L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2011). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Barth T., Børtveit T. & Prescott P. (2014). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjålie J. G., Haug E., Sand O. & Sjaastad Ø. V. (2011) *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. (2. utg.). (K. C. Toverud, Ill.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Blanghammer. (2003). *Litteraturstudie metode: Kritisk analyse. Teoretisk referanseramme*. Lokalisert på <http://www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-3/Ressursforelesninger/LanghammerIII.ppt>

\*Borge L., Christiansen B. & Fagermoen M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt: For personer med sykkelig overvekt er livsstilsendring en komplisert prosess. *Sykepleien Forskning*, 7(1), s. 14 – 20. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/motivasjon-til-livsstilsendring-hos-personer-med-sykkelig-overvekt>

Dalland O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide H. & Eide T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud D-G. (2013). Sykepleie ved hjertesykdommer. I R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 207- 245). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Evju A. S., Klette G. S., Kasèn A. & Bondas T. (2014). «Vi går inn i det private rommet til pasienten».: Sykepleierens erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. *Norsk tidsskrift for helseforskning*. 10 (1), 70- 82. Lokalisert på <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3011/2897>

\*Folkehelseinstituttet. (2014). *Hvilke risikofaktorer veier tyngst i sykdomsbyrdeberegningene for Norge?*. Lokalisert 14. april 2015, på <http://www.fhi.no/helsestatistikk/sykdomsbyrde/risikofaktorer>

\*Folkehelseinstituttet. (2014). *Hvilke sykdommer betyr mest for helsetap og tapte leveår i Norge?*. Lokalisert 14. april 2015, på <http://www.fhi.no/helsestatistikk/sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge>

\*Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29. § 1 & 7. (2015). Lokalisert 5. mai 2015, på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

\*Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksen: Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>

\*Hein, H. H. (2009). *Motivation: Motivationsteori og praktisk anvendelse*. København: Hans Reitzels forlag.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Jensen, A. & Tronvoll I. M. (2012). Brukermedvirkning- Likeverd og annerkjennelse. I A. G. Jensen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning: Likeverd og annerkjennelse*. (s.15-34). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Klette, G. S., Evju, A. S., Kasen A. & Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap: Sykepleiere må ta mer ansvar for den helsefremmende delen av sykepleien. *Sykepleien*, 102(2), 62- 64. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>



\*Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., Kiukaanniemi, S. K., Taanila, A. M. & Laitinen, J. H. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (1), 62- 69. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x/full>

\*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2014) *Hjerteløftet. Samhandling for forebygging av hjerte- og karsykdom*. Lokalisert på <http://www.lhl.no/klinikkene/feiring/hjerteloftet/livsstilsendring/motivasjon/>

Lerdal, A. (2011). Trening på resept. I A. Lerdal & E. H. Celius (Red. ), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 161-184). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Lillemyr, O. F. (2007) Hva er motivasjon?: *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Løken, K. H. (2007). «Lave stemmer skal også høres». I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment: I teori og praksis* (s. 140- 154). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. (s. 99- 112). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Lokalisert 20. april 2015, på [https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV- 1999- 07- 02- 63. § 3. (2015). Lokalisert 20. april 2015, på <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

\*Prescott, P. & Børtveit T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gylden Norsk Forlag.

\*Ulset, E., Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge?. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(1), 34-7. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1473366>

\*Walseth, L. T., Abildsnes, E. & Skei, E. (2011). Patients` experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29 (2), 99- 103. Lokalisert på <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/02813432.2011.553995>

\*Wormnes, B. & Manger T. (2005). *Motivasjon og mestring: Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Øen G. (2013). Motiverende samtale og livsstilsendring ved overvekt hos barn. *Sunn framtid*. Lokalisert på <http://sunnframtid.no/artikkel/motiverende-samtale-mi-og-livsstilsendring-ved-overvekt-hos-barn>

Ørn, S. & Brunvand, L. (2011) Hjerte- og karsykdommer I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 159- 196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

<b>Tittel/arbeidstittel på prosedyren:</b>			
<b>Vedlegg 1</b>			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
Hvordan kan vi som sykepleiere motivere en mann på 45 år til en livsstilsendring for å forebygge hjerteinfarkt?			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer  <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Overvekt hos menn i 40-årene	Livsstilsendring Motivasjon helseisriko Hjertesvikt Livsstilssykdommer	Fysisk aktivitet Ernæring Redusert levetid	Hvordan påvirker fysisk inaktivitet og overvekt livskvalitet.
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
Middle aged  Men in their forties.	Life style  Physical inactivity  Motivation	Physical inactivity  Nutrition  Reduced lifespan	How does overweight and physical inactivity affect lifequality

	Overweight Heart failure		
--	-----------------------------	--	--

## Vedlegg 1