



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Elisabeth Grøtli og Mari Viken

Veileder: Else Berit Steinseth

Nye øyne, nytt liv

New eyes, new life

13 119 ord

BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til endring av livsstil hos pasienter med diabetes type 2? Avgrensning: Vi har valgt å bruke begrepet ”sykepleier”, ”pasient” og navnet til pasienten i casen. I følge Folkehelseinstituttet (2012) er det om lag 135 000 pasienter med diabetes type 2, men det er trolig store mørketall av pasienter som er udiagnostisert. Diabetes type 2 er en kronisk sykdom, hvor deler av insulinproduksjonen er for liten og har en nedsatt virkning. Diabetes type 2 kan gi alvorlige senkomplikasjoner som kan hindres ved livsstilsendring. Livsstilsendringer som vi har valgt å ha fokus på i denne oppgaven omhandler fysisk aktivitet og kosthold. Hjemmesykepleien kommer i kontakt med Liv i forbindelse med sårstell. Liv ytrer ønske om å endre livsstil for å få fortlgang på sårtilhelingen. Sykepleier bidrar til at Liv kan endre livsstil med hjelp av veiledning og motiverende intervju. Sykepleierteoretikeren som oppgaven har fokus på er Joyce Travelbee.

Johann Wolfgang Von Goethe:

”Hvis man behandler en person, som han er, vil han forblive, som han er, men hvis man behandler ham, som om han var, hva han burde og kunne blive, vil han blive, hva han burde og kunne blive” (Miller & Rollnick, 2004, s. 55).

Innhold

Sammendrag	2
Innhold	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	5
1.1 Case	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning av oppgaven	6
1.4 Formålet med oppgaven	7
1.5 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Definisjon av metode	8
2.2 Litteraturstudie som metode.....	8
2.3 Framgangsmåte i litteratursøk og presentasjon	9
2.3.1 Framgangsmåte for bøker.....	9
2.3.2 Presentasjon og kildekritikk av bøker	9
2.3.3 Framgangsmåte for forskningsartikler	10
2.3.4 Presentasjon av forskningsartikler	11
2.3.5 Kildekritikk av forskningsartikler	11
3.0 Teori	13
3.1 Diabetes type 2	13
3.1.1 Forekomst og utbredelse	13
3.1.2 Senkomplikasjoner	13
3.1.3 Behandling	14
3.2 Livsstilsendring	14
3.2.1 Fysisk aktivitet og diabetes type 2	15
3.2.2 Kosthold og Diabetes type 2	15
3.3 Kronisk sykdom	16
3.4 Kjønnforskjeller.....	17
3.5 Sosiale ulikheter	18
3.6 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon.....	19
3.7 Joyce Travelbee.....	20
3.8 Motivasjon og endringsstrategi	21
3.8.1 Veiledning	21
3.8.2 Motiverende intervju	22
3.8.3 Transteoretisk endringsmodell	25
4.0 Drøfting	27
4.1 Hvordan påvirker livsstil utviklingen av diabetes type 2?	27
4.2 Hvordan leve med kronisk sykdom?	29
4.3 Hvilken innvirkning har sosial status på endring av livsstil?.....	30
4.4 Hvordan legge grunnlaget for endringsarbeid?	32
4.5 Hvordan bidra til endring?	34
4.5.1 Veiledning som et verktøy	34
4.5.2 Hvordan bruke den transteoretiske endringsmodellen?	35
4.5.3 Motiverende intervju som et verktøy	36
5.0 Konklusjon	39
6.0 Litteraturliste	41

1.0 Innledning

Dette kapittelet inneholder en presentasjon av tema, begrunnelse av tema, case og oppgavens avgrensning.

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Diabetes type 2 er i følge WHO et av verdens største helseproblem og forekomsten av sykdommen er økende (Vaaler, Møinichen & Grendstad, 2004). Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som har mange komplikasjonene, og det koster samfunnet mye ressurser for å behandle senkomplikasjoner (Vaaler et al., 2004). Vi vil ha fokus på at pasienter med diabetes type 2 endrer livsstil, slik at graden av senkomplikasjoner kan minskes. I Norge er det om lag 135 000 personer som har diagnosen diabetes type 2, men det er trolig store mørketall ettersom sykdommen ikke trenger å gi symptomer ved debut og de første årene i sykdomsforløpet (Folkehelseinstituttet, 2012). Pasienter med diabetes type 2 har ofte store utfordringer med å endre livsstil. Vi har valgt å skrive om hvordan sykepleier gjennom veiledning og motiverende intervju kan bidra til at pasienter med diabetes type 2 endrer livsstil.

1.1 Case

Vi har besluttet å bruke case for å konkretisere problemstillingen og gjøre det praksisnært. Problemstillingen vår handler om en middelaldrende kvinne som er motivert og innstilt på å endre livsstil. For å overholde taushetsplikten har vi valgt en fiktiv case (Dalland, 2010).

Liv er femtiåtte år og har diagnosen diabetes type 2. Hun har hatt sykdommen i syv år, og de siste årene har hun hatt en liten vektøkning og et ustabil blodsukker. I tillegg er hun uføretrygdet på grunn av ryggproblemer. Liv bor hjemme sammen med sin mann og deres to barn. Familien er sjeldent fysisk aktive og "lever godt i øyeblikket" med å ha et usunt kosthold, - der kostholdet som regel inneholder ferdigmat, brus og godteri. Mannen til Liv er bussjåfør og er glad i å sitte i sofaen foran tv-en. Liv var tidligere fysisk aktiv og hadde en entusiasme for matlaging. Ryggproblemene til Liv gjorde at hun mistet sin entusiasme for

matlaging og vilje til fysisk aktivitet. Familien til Liv har ikke tatt noe standpunkt til om de vil endre livsstil.

Når hjemmesykepleien kommer for å besøke Liv, er dette på grunn av et fotsår som har vanskeligheter for å gro. Hjemmesykepleien oppdager at Liv har lite innsikt i hva livsstilen hennes kan føre til. Liv lurer på hvorfor såret ikke gror, og hva hun kan gjøre for å få fremgang i sårtilhelingen. Hjemmesykepleien foreslår livsstilsendringer, noe Liv også er motivert til å gjennomføre. Liv har tidligere forsøkt å foreta livsstilsendringer, men på grunn av manglende veiledning og motivasjon, har hun ikke mestret å gjennomføre det. Liv innehar lite kunnskap om diabetes type 2 og senkomplikasjoner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i casen, har vi valgt problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleier bidra til endring av livsstil hos pasienter med diabetes type 2?”

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å se på endring av livsstil med hjelp av veiledning og motiverende intervju. Personen i casen er en etnisk norsk kvinne som er hjemmeboende. Vi har valgt å avgrense til etnisk norske kvinner fordi det er dette vi har mest praksiserfaring om. Vi valgte å ha et kjønnsperspektiv fordi kvinner som har diabetes har mye større risiko for å utvikle enkelte senkomplikasjoner enn menn i samme situasjon (Schei & Bakketeig, 2007). Siden diabetes type 2 oftest forekommer etter 45 -års alderen, har vi valgt å ta utgangspunkt i en middelaldrende kvinne. Vi har valgt å ha fokus på deler av Joyce Travelbee (1999) sin teori da hun har lagt fokuset på møte mellom mennesker og kommunikasjon, noe som vi mener er aktuelt for problemstillingen vår. Vi valgte å bruke en transteoretisk endringsmodell av Prochaska og DiClemente (1984) fordi den kan brukes som et verktøy for å besvare problemstillingen.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til pasienter med kostregulert diabetes type 2, altså pasienter som ikke har medikamentell behandling. Oppgaven er rettet mot pasienter som bor hjemme

og som har evne og vilje til å forstå informasjon. Vi har også valgt å avgrense oppgaven til at pasientene har ressurser til å utøve fysisk aktivitet og lage mat. Avgrensningen er gjort på bakgrunn av at det er pasienten selv som må endre livsstil. Vi har valgt å ha fokus på sykepleieren sin rolle og har derfor utelukket tverrfaglig samarbeid. Selv om dette kunne vært aktuelt.

1.4 Formålet med oppgaven

Vi har begge to erfaringer fra hjemmesykepleie og har erfart at det er et behov for økt fokus på forebyggende helsearbeid. Vi ønsker å lære om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til livsstilsendring hos pasienter med diabetes type 2. Dette ved hjelp av veiledning og motiverende intervju. Formålet med oppgaven er å styrke vår egen kompetanse for å kunne bli bedre rustet til å imøtekomme de behovene denne pasientgruppen har. Diabetes type 2 er en utbredt sykdom som vi kommer til å møte flere ganger i praksis. Vi synes det er viktig å ha fokus på sykepleierens veiledende og undervisende rolle, slik at pasienter med diabetes type 2 kan få følelsen av at de har selvkontroll på sykdommen.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven består av fem kapitler. Første kapittel omhandler en presentasjon av tema, case, vår problemstilling, oppgavens avgrensning og oppgavens formål. I andre kapittel gjør vi rede for hva metode er, begrunnelse for metodevalg, fremgangsmåte for litteratursøk, samt presentasjon av litteratur og kildekritikk. I tredje kapittel presenterer vi aktuell teori som vi bruker for å besvare problemstillingen. Fjerde kapittel omhandler drøfting, underbygget av forskning, faglitteratur og erfaringer fra praksis. Femte kapittel består av en konklusjon hvor vi oppsummerer resultater fra drøftingen.

2.0 Metode

I dette kapittelet tar vi for oss hvilke overveielser vi har gjort knyttet til valg av litteratur og hvilke krav som stilles til metode i et litteraturstudium.

2.1 Definisjon av metode

Vilhelm Aubert sier:

”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 2010, s. 82).

Metode er et redskap som vi kan bruke for å samle inn informasjon. Informasjon kan være alt fra tanker og følelser, til forskning og statistikk. Dette er måten vi går fram på for å få svar på problemstillingen vår (Dalland, 2010).

2.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et litteraturstudium, og er et krav fra Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag. Litteratur er en viktig grunnmur for de fleste studentoppgaver. I et litteraturstudium er det viktig at det kommer tydelig frem hvorfor en bestemt litteratur er brukt og hvordan utvalget er blitt gjort. Troverdigheten og fagligheten på oppgaven avhenger av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland, 2010).

Fordelen med å bruke litteraturstudie som metode er at en kan bruke mange ulike kilder til å vise frem bredden på oppgaven. Ulempen vil være at en bruker litteratur som er basert på forskning og undersøkelser som er skrevet av andre og det er derfor viktig å tilse at dette er gjort i henhold til kravene om reliabilitet og validitet (Dalland, 2010). Reliabilitet betyr pålitelighet og i hvilken grad en får samme resultater når en måling blir gjort ved en identisk situasjon. Validitet betyr at det som måles må være gyldig og være relevant (Dalland, 2010).

2.3 Framgangsmåte i litteratursøk og presentasjon

Her vil vi presentere litteratur og forskning, samt hvordan vi kom fram til de valgene vi gjorde.

2.3.1 Framgangsmåte for bøker

Da vi skulle starte og søke etter litteratur, startet vi å se på hvilke bøker som stod på litteraturlisten. Dette gjorde vi på bakgrunn av at bøker som er beskrevet i pensumlitteratur er skrevet av fagfolk og skal være aktuelle for høyskoleutdanningen (Dalland, 2004). Til denne oppgaven har vi brukt en del pensumlitteratur da det er relevant i forhold til tematikken i oppgaven vår. Det var også et krav om å ha minst firehundre sider selvvalgt litteratur. Denne litteraturen kom vi fram til ved å søke i BIBSYS ASK. Vi brukte søkeordene ”diabetes”, ”type 2”, ”motivasjonssamtale”, ”veiledning”, ”behandling”, ”kronisk syk”, ”oppfølging” og ”Joyce Travelbee”.

2.3.2 Presentasjon og kildekritikk av bøker

Gjennom søket på BIBSYS ASK fikk vi treff på ulike bøker og bestemte oss for å se igjennom alle bøkene før vi valgte hvilke som var relevante for oppgaven. Vi endte opp med disse bøkene: ”*Å leve med en kronisk sykdom - en varig kursendring*” av Gjengedal og Hanestad (2007), denne valgte vi på grunn av at dette er en bok som er ment som en innføring for sykepleiestudenter og andre helsefagstudenter om hvordan livet arter seg for den som blir rammet av en kronisk sykdom, ”*Motivationssamtalen*” av William R. Miller og Stephen Rollnick (2004), som ble valgt på grunn av at boken bygger på forfatterens rådgivning og behandling av mennesker som har hatt en atferd som har hatt skadelige konsekvenser, samt at de er ledene innen tema og har mye kunnskaper om motiverende intervju. ”*Motiverende samtale - endring på egne vilkår*” av Tom Barth og Christina Næsholm (2007), ble valgt på grunn av at boken diskuterer og fremviser motiverende intervju på en lett måte, og at den har med praktiske eksempler som er lett å forstå.

”*Diabeteshåndboken*” av Stein Vaaler (2004) valgte vi på grunn av at boken er mye brukt som et oppslagsverk for helsepersonell, samt at den også er ment for diabetikere og pårørende slik at bokens framstilling av diabetes er lett å forstå. ”*Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling*” av Anita Skafjeld og Marit Grue (2011) valgte vi på grunn av at den er beregnet

for diabetessykepleiere og sykepleiestudenter. Boken tar for seg pasientoppfølging og forebygging av diabeteskomplikasjoner. *"Mellommenneskelige forhold i sykepleie"* av Joyce Travelbee (1999), valgte vi på grunn av at denne boken er skrevet av Joyce Travelbee selv, og at den er oversatt fra engelsk til norsk. Disse bøkene, i tillegg til pensumlitteratur mener vi er med på å bidra til å svare på vår problemstilling.

Vi har også valgt å benytte oss av Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet og Helse og omsorgsdepartementet. Dette på grunn av at de har retningslinjer for utøvelse av helsehjelp, benytter seg av forskning, undersøkelser og statistikk for å begrunne det de publiserer.

2.3.3 Framgangsmåte for forskningsartikler

Vi har valgt å anvende både kvalitativ forskning og et tverrsnittstudie i vår oppgave. Dette har vi gjort for å finne menneskenes opplevelse og meninger, samt målbare resultater som finnes i den kvantitative forskningen (Dalland, 2010). Vi har søkt i ulike databaser for å finne forskning og litteratur som er relevant for problemstillingen vår. Databasene som vi har søkt i er; Ebsco host (Academic search premier, Cinahl og Cinahl full text), SveMed+, Helsebiblioteket, PubMed, Idunn, Ovid Nursing, Medline, Norart, Sykepleien Forskning og GoogleScholar. Vi brukte SveMed+ og Medical Subject Headings for å finne Mesh-termer og vi endte opp med artikler fra databasene; SveMed+, EbscoHost og GoogleScholar.

Mesh-termer som vi brukte under søkingen var: "motivational interviewing", "diabetes mellitus", "type 2", "life style", "motivation", "adults", "female", "nurse-patient", "communication" og "theory". Vi brukte både norske og engelske søkeord ut ifra hvilken database vi søkte i, og kombinerte søkeordene på ulike måter. Vi avgrenset søkene med å bruke artikler som ikke var eldre enn fem år og tilgjengelig i full tekst. Vi fikk avgrenset de ulike søkene til maksimum tjue treff ved de kombinasjonene med søkeord vi brukte. Etter hvert som vi så igjennom de ulike treffene og valgte ut aktuelle artikler, kom det opp forslag til andre relevante artikler. Vi fant også en artikkel ved å studere kildene til den ene forskningsartikkelen og søkte den opp på Google scholar. Til slutt satt vi igjen med et utvalg av syv artikler.

2.3.4 Presentasjon av forskningsartikler

Vi valgte ut fire forskningsartikler som vi syntes var relevante i forhold til problemstillingen vår: Artikkelen ”*The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective*” (Halldorsdottir, 2008) er fenomenologisk og ser på fellesskapet mellom sykepleier og pasient. Artikkelen omhandler grunnlaget for at fellesskapet skal dannes ut ifra pasientens perspektiv. Artikkelen er publisert i “Scandinavian journal of caring science”.

Artikkelen ”*Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemetic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial*” (Ming Chen, Creedy, Lin & Wollin, 2012) er en randomisert kontrollert studie, og omhandler hvordan motiverende intervju kan bidra til lavere blodglukose, høyere selvkontroll og psykologiske effekter hos type to diabetikere i Taiwan. Artikkelen er publisert i “International journal of nursing studies”.

Artikkelen ”*Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes*” (Oftedal, Bru & Karlsen, 2011) omhandler faktorer som forventning og motivasjon, og hvordan disse faktorene har innvirkning på kosthold og fysisk aktivitet hos voksne med diabetes type 2. Artikkelen er publisert i ”Scandinavian Journal of Caring Sciences”.

Artikkelen ”*Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: a qualitative study*” (Ahlin & Billhult, 2012) ser på hvordan kvinner med diabetes type 2 takler livsstilendringer, og ulike faktorer som påvirker kvinnene i denne endringsprosessen. Artikkelen er publisert i “Scandinavian Journal of Primary health care”.

2.3.5 Kildekritikk av forskningsartikler

Kriteriene for forskningsartiklene var at vi brukte IMRAD-prinsippet. Dette betyr at artiklene må inneholde introduksjon, metode, resultater og diskusjon (+abstrakt) (Dalland, 2012). Som tidligere nevnt, avgrenset søket etter artikler som var nyere enn fem år. Vi har også avgrenset søket til artikler som er skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk. For å se på om forskningsartiklene er relevant, har vi sett på om de kan brukes for å belyse vår problemstilling. Artikler som ikke gjorde dette ble ekskludert. Tre av forskningsartiklene er

skandinaviske, mens en er fra Taiwan. Forskningsartiklene er trykket i tidsskrifter som er peer-reviewed, altså fagfellevurdert. Dette er en kvalitetssikring som er utført av andre eksperter på fagområdet (Dalland, 2012). Vi har hovedsakelig vektlagt primærkilder, dette for å minimere sjansen av å få feiltolkninger av litteraturen.

Halldorsdottir (2008) tok for seg sykepleier-pasient-fellesskapet og forutsetningene for et slikt fellesskap. En svakhet med artikkelen er at hun har gjennomført forskningen alene og har brukt mye av egne kilder til artikkelen. På en annen måte så er dette også en styrke ettersom hun er professor og har mye kompetanse på området. Ming Chen et al. (2010) har gjort en undersøkelse i Taiwan og det kan være en svakhet i seg selv med tanke på hvordan levesettet i Taiwan samsvarer med levesettet i Norge. Tiltross for dette, gjør tematikken i artikkelen og måten den er oppbygd på at den blir veldig relevant i forhold til problemstillingen vår. Ettersom den er publisert og utgitt i et internasjonalt tidsskrift og pasientene er fulgt opp over lengre tid, har vi valgt å ta den med. En annen styrke i artikkelen er at metoden og resultatene er utfyllende beskrevet.

Oftedal et al. (2011) sin artikkel er et tverrsnittstudie og tar utgangspunkt i en del av populasjonen i Norge. Forskningen er støttet av Norges diabetesforbund, noe som kan være en ulempe, da forskningen kan være styrt av dette, og det kan være en fordel ved at de for eksempel har fått mye ressurser eller tid satt av til forskningen. En styrke i artikkelen kan være at den er basert på mange forskjellige kilder. Ahlin & Billhult (2012) sin artikkel belyser mange forskjellige faktorer ved livsstilsendringer hos kvinner. En svakhet ved artikkelen kan være at artikkelen kun baserer seg på et utvalg av ti kvinner og det kan derfor bli et for lite utvalg for å kunne trekke ulike konklusjoner. En styrke med artikkelen er at den har utgangspunkt i svenske kvinner og gjennomsnittsalderen på respondentene er femtiåtteår. En svakhet med artikkelen er at funnene er basert på selvrapportering.

3.0 Teori

Dette kapittelet inneholder den teorien som er relevant for at vi skal kunne finne svar på vår problemstilling.

3.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som skyldes nedsatt funksjon av insulinhormonet. Kroppen produserer for lite insulin, og det insulinet som produseres virker ikke som det skal. Dette gjør at kroppens regulering av blodsukkeret ikke er normalt (Skafjeld & Graue, 2011). Symptomer på lavt blodsukker er tretthet, konsentrasjonsvansker, hodepine og forvirring, mens symptomer på høyt blodsukker er kvalme, tørste, brekninger og humørsvingninger (Vaaler et al., 2004).

3.1.1 Forekomst og utbredelse

Forekomsten av diabetes type 2 er raskt økende, og gir store utfordringer både til helsevesenet og de som blir rammet (Vaaler et al., 2004). Sykdommen blir ofte kalt en livsstilssykdom og forekomsten er økende med alderen og den oppstår oftest i førtiårene (Jacobsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Av de som får diagnosen er halvparten over sytti år (Jacobsen et al., 2009). Vaaler med flere skriver i Diabetshåndboken (2004) at: *”Sykdommen øker raskt i forekomst i hele verden og skyldes sannsynligvis raske endringer i livsstil, med nedsatt fysisk aktivitet og økende overvekt i befolkningen”*(s. 12.). Redusert fysisk aktivitet og økt fettinntak kan være en medvirkende årsak til utviklingen av sykdommen, og de som blir rammet har ofte høyt blodtrykk, ubalanse i fettstoffene i blodet i tillegg til overvekt (Jacobsen et al., 2009).

3.1.2 Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner forekommer grunnet dårlig regulert blodsukker over flere år. Blant annet aterosklerose, mikro- og makro angiopati, nevropati og fotsår er vanlige senkomplikasjoner hos diabetikere (Jacobsen et al., 2009). Blant annet nedsatt følsomhet, ved nevropati, oppstår oftest perifert i føtter og hender (Jacobsen et al., 2009). Ettersom følsomheten svekkes, oppstår det ofte små sår som ikke gror og får tid til å utvikle seg før de blir observert. Kombinasjonene med nedsatt følsomhet og dårlig sirkulasjon perifert grunnet nefropati og

mikroangiopati, fører ofte til at diabetikere får sår som resulterer i amputasjon (Lindholm, 2009). I casen har Liv diabetisk fotsår og dette har oppstått på grunn av at hun har hatt dårlig regulert blodsukker. Behandlingstiltak for å utsette og eventuelt begrense senkomplikasjoner hos Liv kan være god fothygiene og daglig inspeksjon av føtter, samt et godt regulert blodsukker for å unngå ytterligere skade perifert i føttene på grunn av nedsatt sirkulasjon.

3.1.3 Behandling

Jacobsen et al. (2009) skriver:

Målet med diabetesbehandlingen er å unngå symptomer på høyt blodsukker, og å hindre utvikling av diabetiske senkomplikasjoner. Det første oppnås gjerne ved å holde blodsukkeret stort sett under 12-13 mmol/l og glykosylert hemoglobin under 8,5-9 %. For å redusere risikoen for utvikling av diabetiske senkomplikasjoner anbefaler de fleste å sikte mot et nivå av glykosylert hemoglobin som er under 7 %, og et blodsukkernivå som er under 10 mmol/l mesteparten av dagen (s. 293).

Målet for behandlingen oppnås ved å holde blodsukkeret på et bestemt nivå. Mosjon og endring av kosthold er grunnpilarene i behandling av type 2 diabetes (Jacobsen et al., 2009). En viktig del av behandlingen er også motivering og opplæring slik at pasienten selv lærer så mestre sin egen sykdom (Jacobsen et al., 2009). Behandlingen av sykdommen går mye på pasientens egen atferd og det er avgjørende at pasienten selv viser interesse og har innflytelse over eget behandlingsløp (Vaaler et al., 2004). Hos noen pasienter med diabetes type 2 kan livsstilsendringer være tilstrekkelig som behandling, mens andre pasienter kan ha nytte av medikamentell behandling med blodsukkensenkende tabletter. Ofte blir insulinproduksjonen så redusert at det er nødvendig med insulinbehandling etter hvert i forløpet av sykdommen (Jacobsen et al., 2009). Hos Liv vil blodsukkernivået reduseres om hun går ned i vekt, fordi insulinbehovet i kroppen hennes blir redusert grunnet økt insulinfølsomhet (Jacobsen et al., 2009).

3.2 Livsstilsendring

Milo (1981) definerer livsstil i sin bok på denne måten: *"Livsstil er atferdsmønster valgt ut fra de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor ett annet"* (Kristoffersen,

Nortvedt & Skaug, 2011, s. 199). En pasients livsstil er altså noe som er valgt innenfor en gitt ramme, og livsstilen består av atferdsmønstre som varer over tid, og som er noe mer enn enkelthandlinger. Livsstil er et individuelt ansvar.

Livsstilsendringer kan være nødvendig for at Liv skal unngå helsesvikt, sykdom eller forverring av sykdommen. Det finnes store forskjeller blant livsstil og helse i Norges befolkning, og dette knyttes opp til sosiale ulikheter i samfunnet (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). Sykepleiere vil i kommunehelsetjenesten møte mennesker som har behov for å endre livsstil, og vil få et ansvar for å bistå med undervisning og veiledning rettet mot det å endre livsstil. I tillegg til dette, er samfunnet pliktet til å legge til rette for at det finnes sunne alternativer og tilrettelegger dette på best mulig måte (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Når en får diabetes type 2, er en nødt til å foreta livsstilsendringer som innebærer mer fysisk aktivitet, regelmessig mosjon og endring av kosthold. Sagen (2011) viser til studier som resulterer i at livsstilsendringer i forhold til endret kosthold og fysisk aktivitet, gir gode resultater.

3.2.1 Fysisk aktivitet og diabetes type 2

Fysisk aktivitet forebygger ulike sykdommer og frigjør energi. Sagen (2011) skriver at regelmessig fysisk aktivitet står sentralt i behandlingen av diabetes type 2. Fysisk inaktivitet spiller inn på hjerte- og karsykdommer og fysisk inaktivitet gir risiko for fedme. Fysisk aktivitet hos en pasient med diabetes type 2 er helt ufarlig, og det bidrar til å regulere blodsukkeret. Helsedirektoratet (2009) anbefaler et aktivitetsnivå som tilsvarer tretti minutter moderat intensitet hver dag. Økt fysisk aktivitet er med på å redusere HbA1c (langtidsblodsukkeret). Fysisk aktivitet gjør at kroppen forbrenner karbohydrater og fett. Fysisk aktivitet bør tilpasses til hva Liv ønsker å gjøre av aktivitet, og i hvilken intensitet hun bedriver aktiviteten i (Sagen, 2011).

3.2.2 Kosthold og Diabetes type 2

Ettersom Liv har diabetes type 2, er det viktig at hun passer på måltidsmønsteret. Måltidsmønsteret tilpasses individuelt, og måltidene bør være små og hyppige. Hva og hvor ofte Liv spiser, påvirker blodsukkeret hennes. Liv burde få i seg tre-fire hovedmåltider, og null-tre mellommåltider i løpet av en dag (Helsedirektoratet, 2009). Siden mat kan ha stor innvirkning på blodsukkeret, er Liv nødt til å ha gode kunnskaper om kosthold (Aas, 2011).

Det er anbefalt at diabetes type 2 pasienter skal spise normalkost eller spise matvarer som har et lavere sukker- og fettinnhold, dette for at det har en positiv innvirkning på blodsukkeret (Jacobsen et al., 2009).

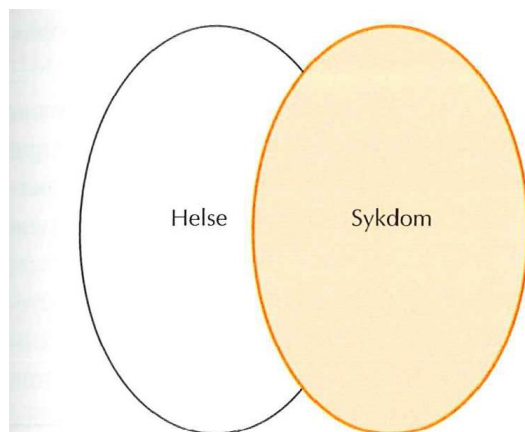
Matvarene som pasienten spiser bør bestå av langsomme karbohydrater, da disse brytes langsommere ned og tas saktere opp i blodet. På denne måten forhindrer det pasienten å få høyt blodsukker på kort tid (Mosand & Stubberud, 2010). Pasienten burde også spise mat som inneholder lite fett, da dette gjør at kroppen tar til seg store mengder fett som kan føre til vektøkning, som igjen kan gi dårligere opptak av insulin. Når dette er sagt er det verdt å nevne at noe fett i normale mengder er bra, for eksempel fet fisk (Mosand & Stubberud, 2010).

3.3 Kronisk sykdom

Det er vanskelig å definere kronisk sykdom, og det finnes mange definisjoner på dette. Gjengedal & Hanestad (2005) definerer kronisk sykdom slik i sin bok:

En irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele menneskets og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (s. 12).

Diabetes type 2 er irreversibel og en konstant sykdom som påvirker pasienten og omgivelsene rundt pasienten, og for å forebygge komplikasjoner kreves det omsorg og egenomsorg (Skafjeld & Graue, 2011). Det å få diabetes type 2 kan ofte skape store forandringer i dagliglivet, og dette gjør at livet stiller nye krav til pasienten. Dette er forandringer som ikke bare rammer Liv, men samtidig hennes venner og familie (Gjengedal & Hanestad, 2005). Liv er for eksempel nødt til å gjøre konsekvente valg med å velge sunn mat, men dette er kanskje ikke er like lett hver gang siden de andre i familien spiser noe annet. Liv er nødt til å tilpasse seg et nytt levemønster, noe som er individuelt forskjellig. Likevel er det kun Liv selv som kan svare på hvordan hun opplever sykdommen, og hvordan den påvirker levemåten (Wahl & Hanestad, 2005).



Figur 23.8 Skiftende perspektiver. Det valgte perspektivet farger til enhver tid personens opplevelse av sin livssituasjon – her er sykdom i forgrunnen.

Barbara Paterson (2001) har utviklet en figur 23.8 ”skiftene perspektiver” (Kristoffersen et al., 2011, s.163), som en kan bruke for å forstå pasientens opplevelse og reaksjoner når en lever med en kronisk sykdom. Denne figuren kan sykepleier bruke for å forstå hvilken støtte og hjelp pasienten trenger. Sykepleier kan tolke ut ifra om pasienten har fokus på sykdom eller helse eller om pasienten lever i harmoni med begge deler (Kristoffersen et al., 2011). Pasienten må inngå et tett samarbeid med sykepleier både når det gjelder behandling og oppfølging. En som lever med diabetes type 2 kan klare å bli helt symptomfri ved å foreta livsstilsendringer som kostholdsendringer og økt fysisk aktivitet. Likevel må nesten 70 % av pasientene med diabetes type 2 ha blodsukkersenkende tabletter eller insulin i tillegg for å være symptomfri (Skafjeld & Graue, 2011).

3.4 Kjønnforskjeller

Når en sammenligner helsen til menn og kvinner, finner en ut at kvinner har dårligere helse enn menn (Mæland, 2005). Dette vurderes ut ifra legekontakt, trygdestatistikk og selvrapportert sykelighet. Dette kan komme av ulike sosiale roller, samt ulikheter i menn og kvinners livsstil. Likevel har menn større dødelighet enn kvinner i alle aldersgrupper, men dette er nok fordi kvinner oftere oppsøker legehjelp fordi de forstår at de har et problem (Mæland, 2005). Hovedårsaken til at menn dør før kvinner, er at kvinner ofte har en sunnere livsstil enn menn. En av grunnene til dette er at kvinner er mer mottagelige og tar lettere til seg helsefremmende informasjon (Mæland, 2005). Schei & Bakketeig (2007) skriver at

kvinner med diabetes har tre-sju ganger større risiko for å få hjerteinfarkt, sammenlignet med kvinner som ikke har diabetes.

En studie gjort av Ahlin & Billhult (2012) viste:

A woman struggled because she put her children and the rest of her family first This woman struggled with the combination of being a mother, a wife, and taking care of her own health. In reality, her own needs came last, giving her thoughts of despair. (s. 43)

Forskning viser at kvinner har vanskelig for å endre livsstil på grunn av ulike årsaker. Kvinner setter ofte barn, samboer eller ektefelle før seg selv når det gjelder avgjørelser i hverdagslivet rundt livsstil. Kvinner føler også, i følge Ahlin & Billhult (2012), ofte forventninger fra omgivelsene og at de er ofre for sykdommen og urettferdig behandlet i livet.

Forskningsartikkelen viser også at kvinnene bruker personene rundt seg og deres vaner for å rettferdiggjøre at de selv ikke endrer livsstil, og at kvinner generelt bruker mye tid på å finne ting som rettferdiggjør den gamle livsstilen (Ahlin & Billhult, 2012). Det kan være lett for Liv å bruke sin mann og hennes barn som en unnskyldning for ikke å endre livsstil. Familien til Liv vil ha stor innvirkning på hennes helse.

3.5 Sosiale ulikheter

Krokstad & Sund (2005) definerer sosial ulikhet slik: når en ulikhet er sosial, betyr det at den følger rangordnende posisjoner i samfunnet. Ulikheter omhandler forskjeller i fordelingen av ressurser og goder (Krokstad & Sund, 2005). Altså kan en forstå dette ved at helseforskjellene kommer av økonomiske og sosiale posisjoner, og jo lengre ned en er på stigen, jo kortere levetid og dårligere helse har en. Helse og Omsorgsdepartementet 2006 konkluderer med at det er sosiale ulikheter som bidrar til ulik helse blant befolkningen. De viktigste målingene i sosiale ulikheter er utdanning, yrke og inntekt (Folkehelseinstituttet, s.a).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) beskriver at nåtidens barn og unge er mindre fysisk aktiv enn før og at andelen overvektige øker. Dette kan sees i sammenheng med at kostholdet i dag inneholder mer sukker og mettet fett enn før

(Folkehelseinstituttet, s.a). Mennesker som har en høy sosial status, er mer fysisk aktiv og har ett sunnere kosthold. De med lav sosial status har dobbelt så høy forekomst av fedme enn de med høy sosial status. Fedme kan føre til livsstilssykdom som diabetes type 2 (Næss, Rognerud & Strand, 2007).

Krokstad og Sund (2005) har gjort en undersøkelse på andelen med diabetes i en gruppe med høy utdanning og i en gruppe med lav utdanning. Generelt sett hadde de med lavest utdanning større andel mennesker med diabetes. Størst var forskjellene i aldersgruppen syttifem til syttiseks år, hvor 11,1 % av mennene og 8,6 % av kvinnene med lav utdanning har diabetes, mot henholdsvis 4,5 % og 2,9 % med høy utdanning. I tillegg har statistisk sentralbyrå gjennomført et prosjekt hvor det viser seg at det var størst andel av diabetikere i den gruppen med lavest utdanning og personer uten jobb (Krokstad og Sund, 2005).

3.6 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon

Tveiten (2009) sier:

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer (s. 30).

Sykepleierens pedagogiske funksjon er lovfestet i Helsepersonelloven (1999). Formålet med sykepleierens pedagogiske funksjon er blant annet undervisning, veiledning, instruksjon og evaluering. Ved at en sykepleier utøver pedagogikk via veiledning, læring og omsorg, kan sykepleier endre pasienters handlinger. For å gjøre dette er sykepleieren nødt til å ha kunnskap og innsikt i det miljøet pasienten lever i, samt hvilke ressurser pasienten har og hvilke muligheter pasienten har for mestring (Dalland, 2010). Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon innebærer også at sykepleier klarer å anvende kunnskap og kommunisere på en slik måte som er hensiktsmessig for pasienten. Sykepleieren må også ha forståelse for situasjonen og ivareta opplevelsesaspektet (Tveiten, 2009). Sykepleieren bidrar til å endre Liv sine handlinger ved å bruke kunnskap fra forskning, litteratur og erfaringer.

3.7 Joyce Travelbee

Vi har valgt å støtte oss til deler av Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Dette fordi hun vektlegger at en skal kunne se hvert enkelt menneske som et unikt individ, og legge til rette for at individ, familie eller samfunnet skal forebygge og mestre erfaringer med sykdom. Travelbee er opptatt av at sykepleie skal dreie seg om møte mellom mennesker (Travelbee 1999). Teorien til Travelbee omhandler blant annet; menneske som individ, lidelse, mening, menneske til menneske forhold og kommunikasjon.

Travelbee (1999) nevner fem faser for å etablere et menneske-til-menneske-forhold: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati, gjensidig forståelse og kontakt. I fase en, det innledende møte så møter sykepleieren pasienten og begge gjør seg opp en mening om den andre. I fase to og tre blir sykepleieren og pasienten kjent på en måte som ut ifra Travelbee sin teori vil resultere i at sykepleieren ser personen bak kroppen. Sykepleieren har mulighet til å unngå stereotyper og uheldige inntrykk av pasienten. Fremveksten av kunnskap om pasienten skjer etter hvert møte med pasienten. Evnen til å vise empati (medforståelse) og sympati (medfølelse), i fase tre og fire, sier Travelbee (1999) ikke er kontinuerlig, men skjer av og til, og at det fører til en holdning og tankegang hos sykepleieren som er ønskelig i sykepleier-pasient-relasjonen i fase fire. I fase fem sier Travelbee at det er viktig at sykepleieren gjør seg kjent med hvordan pasienten sin opplevelse av sykdommen er og skaper kontakt med pasienten. Dette for å kunne forstå hvordan pasienten opplever sin egen situasjon.

Travelbee (1999) nevner kommunikasjon som et av de viktigste verktøyene som sykepleieren i samhandling med pasienten, og beskriver kommunikasjon som en prosess hvor en overfører tanker og følelser, noe som er en nødvendighet for å utføre sykepleie. Kommunikasjon er grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold, og sykepleierens hensikt for kommunikasjon blir relasjonsbygging. Noe som er viktig for å jobbe ut fra pasientens behov senere, ved for eksempel en endringsprosess. Hun nevner terapeutisk bruk av seg selv i sammenheng med at sykepleieren utnytter kunnskaper til å bidra til forandring og avskaffelse av pasientens plager, og at sykepleieren bør være interessert i og ha evne til å forstå pasienten for å jobbe terapeutisk. Travelbee (1999) nevner en sykepleieprosess som kan brukes for å oppfylle pasientens behov, men mener også at det viktigste for pasienten er at sykepleieren bruker kunnskap og forståelse for å identifisere og jobbe ut ifra de behovene pasienten har.

Travelbee (1999) forteller om samhandlingen mellom sykepleier og pasient, og trekker også inn helsefremmende undervisning i sin sykepleieteori. Hun mener at dette er et vidt begrep som ikke bare handler om enkelte ting, men at begrepet innebærer det å hjelpe enkeltmennesker og pårørende til å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Travelbee (1999) mener også at formålet med undervisningen er at pasienten skal finne en mening i sykdommen og i tiltak, slik at dette bidrar til fortsatt å kunne ha en god helse og kontroll over symptomene. Det er viktig at pasienten ser meningen i de ulike tiltakene, for eksempel det å endre livsstil for å lykkes (Travelbee, 1999).

Det å kunne føle at en trengs til noe eller noen her i verden, mener Travelbee gir en mening i livet. Det å hjelpe mennesker med sykdommen diabetes type 2, er en viktig sykepleieroppgave. Ved å få til dette, oppnår en å kunne ivareta individets, pårørendes og samfunnets sykepleierbehov (Travelbee, 1999).

3.8 Motivasjon og endringsstrategi

Med utgangspunkt i motivasjons og endringsstrategi som sykepleier i denne oppgaven, har vi valgt å anvende veiledning ved motiverende intervju og den transteoretiske modellen til Prochaska og DiClemte (1984) for å bidra til endring av livsstil.

3.8.1 Veiledning

”... en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingspross som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten 2007). Tveiten (2007) skriver at veiledning kjennetegnes som en rasjonell prosess. Noe som innebærer tillit og fortrolighet, støttende, utfordrende og anerkjennende dialog mellom sykepleier og pasient. Konsultasjon inngår også i veiledningsaspektet, dette innebærer at den som søker veiledning, er den som har mest kunnskap om det som skal veiledes. Konsultasjon er en formellprosess som innebærer at veilederen har en formell rolle (Tveiten, 2007).

Hensikten med å veilede er å styrke mestringskompetansen og dette gjøres ved å ta utgangspunkt i pasientens ressurser. Med en økt mestringskompetanse øker selvsikkerheten. Veiledning bidrar til bearbeiding av opplevelser, økt refleksjonsspekter og et bedre etisk aspekt (Tveiten, 2007).

Eide & Eide (2010) skriver:

... først og fremst er veilederen i en endringsprosess en profesjonell samtalepartner for pasienten, en person som kan speile pasientens styrker, lengsler, håp og drømmer, stimulere til å utforske mål, muligheter og veier frem, og bekrefte og bestyrke pasienten i den konkrete gjennomføringen av sitt endringsprosjekt. Hva det nå enn måtte bestå i (s. 332).

Som sykepleier kan en hjelpe pasienten med å nå mål som pasienten har satt seg ved å vise interesse for pasienten, stille seg åpen, utforskende og lyttende under veiledningen (Eide & Eide, 2010). Sykepleierens oppgave i relasjonen med pasienten er å bidra med forskning og erfaringsbasert kunnskap, og handle i tråd med pasientens egne ressurser og egen vilje. En bør gjøre seg kjent med hva som er pasientens egne ønsker, og jobbe sammen med pasienten for å nå målene pasienten har satt seg (Eide & Eide, 2010).

Kommunikasjon er en viktig del av veiledningsaspektet. Kommunikasjon består av non-verbale og verbale kommunikasjon. Det non-verbale består blant annet av kroppsspråk, blikk, intonasjon, tempo i språket, berøring, stillhet og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2010). Det verbale består av ulike kommunikasjonsteknikker og metoder (Eide & Eide, 2010). Samtalene mellom sykepleier og Liv kan både være korte og lange. Grunnlaget for dialogen mellom sykepleier og Liv er at begge parter er åpne og aktive slik at det ikke blir enveiskommunikasjon.

3.8.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju, også kalt motiverende samtale, er en form for kommunikasjonsteknikk, og en metode som brukes ved endringsfokuset rådgivning. Motiverende intervju er en kommunikasjonsteknikk med ulike samtaleteknikker som brukes i mange ulike faglige sammenhenger, og med ulike yrkesaktører (Barth & Næsholm, 2007). Det sentrale og helt

grunnleggende med motiverende intervju, er samarbeidet mellom sykepleier og pasient i dialogen (Miller & Rollnick, 2004).

Miller & Rollnick (2004) definerer motiverende intervju som: ”... *klientcentrert, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens*” (s. 47). Motiverende intervju brukes ved at sykepleier støtter og underbygger alle endringsfokuserede handlinger og tanker som pasienten sitter inne med (Miller & Rollnick, 2004). Dette er altså det motsatte av når sykepleieren fremtvinger handlinger med å sette krav, argumenterer for egne meninger og kommer med autoritære ”ekspertuttalelser” for å lære bort til pasienten. Sykepleieren bør ikke innta en rolle som bedreviter, men heller sørge for å kommunisere på en måte som gjør at det blir en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Ambivalensen, den indre motstanden, som pasienten kan føle ved endringer av livsstil, utnyttes ved motiverende intervju for at pasienten selv skal kunne utføre en endringsprosess (Miller & Rollnick, 2004). Ved å bruke motiverende intervju som samtalemetode for endringen, blir ansvaret liggende hos pasienten som ønsker endring, og autonomien blir ivarettatt (Miller & Rollnick, 2004). Pasienten som mottar veiledning, står selv fritt til å ta imot veiledningen eller ikke.

Miller & Rollnick (2004) skriver i sin bok: ”*Det drejer sig ikke om at indgive eller pådutte, men om at fremkalde eller fremdrage personens egen motivation. Det kræver, at man finder frem til personens indre motivation for forandring og kalder eller drager den frem*” (s. 56). Metoden bygger på pasientens egen vilje til endring. Pasienten får rådgivning på en måte som trekker frem ens egen motivasjon for endring og egne mål ved endringen (Miller & Rollnick, 2004). Med utgangspunkt i dette er endringen skapt av egen fri vilje og egen innsats dersom motiverende intervju blir brukt på riktig måte.

Motiverende intervju er delt opp i fire prinsipper, disse er; utrykke empati, tydeliggjøre diskrepansen, gå med motstanden og støtte pasientens mestringsforventning (Miller & Rollnick, 2004). Ved det første prinsippet kan sykepleieren bruke aktiv lytting og et åpent sinn for å møte pasienten på en empatisk og ikke fordømmende måte (Eide & Eide, 2010). En skal akseptere det pasienten forteller, men trenger ikke ha samme meninger og holdninger som pasienten gir uttrykk for.

Miller & Rollnick (2004) skriver:

Paradoksalt nok ser denne accept af mennesker, som de er, du til at sætte dem fri og derved muliggjøre forandring, mens en insisterende mangel på accept ... ser du til at fastfryse forandringsprosessen En holdning af respekt og accept skaber en fungerende terapeutisk alliance og fremmer klientens selvværd, hvilket yderligere fremmer forandring (s. 60).

Hovedsaken er at pasienten føler seg forstått og finner veien til forandring på eget initiativ ved at de føler seg fri til å prøve. Barth og Næsholm skriver i sin bok (2007) at: *”I en relasjon preget av empatisk forståelse kan klienten tåle større belastninger og gå videre i retning av en beslutning i stedet for å vike unna”*(s. 92). Pasienten kan ofte føle tvil og usikkerhet ved endringsprosesser, og ambivalens med en indre konflikt er normalt (Barth & Næsholm, 2007).

Prinsipp nummer to ved motiverende intervju går ut på å presentere grunnen til at pasienten trenger forandring på en måte som gjør at pasienten selv ser problemet og konfronterer seg selv med det (Miller & Rollnick, 2004). Motiverende intervju skiller seg fra andre typer endringsfokuserert rådgivning ved at sykepleieren styrer samtalen slik at de motstridende tankene pasienten har om forandring blir avklart. Modellen har som mål å hjelpe mennesker med å komme seg ut av en fastlåst situasjon. Dette blir blant annet gjort ved prinsippet med å skape og forsterke en motsetning mellom det forandringen av atferd vil føre til, og den nåværende atferden til pasienten (Miller & Rollnick, 2004).

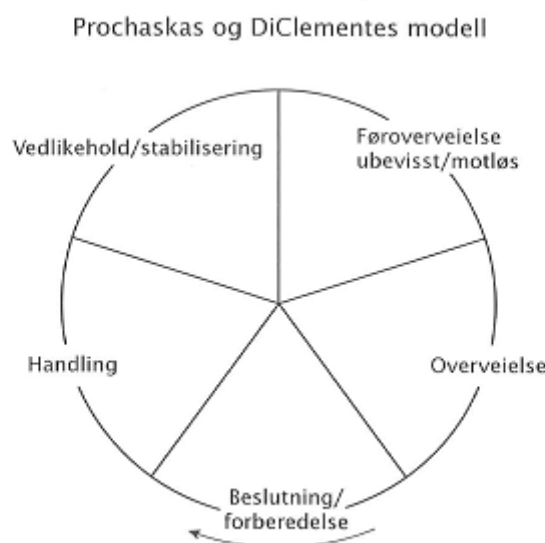
Ved at pasienten får en oppfatning av at nåværende atferd strider imot personlige mål om for eksempel sitt eget selvbilde blir sjansen for at pasienten ønsker forandring større (Miller & Rollnick, 2004). Dette gjøres ved at pasienten selv innser at en trenger forandring og presenterer sine mål med forandringen. Barth og Næsholm (2007) beskriver denne endringsfokuserete rådgivning som at ambivalensen til pasienten blir brukt som et middel slik at pasienten selv får lyst til å endre seg og finner mening med endringen. Det er viktig at pasienten ikke presses til å endre atferd ved bruk av tvang fra sykepleier for å nå sykepleierens mål med endringen, men at det er pasienten selv som setter egne mål, og at det jobbes ut ifra pasientens hensikter og årsaker med forandringen (Barth & Næsholm, 2007).

I tredje prinsipp må sykepleieren gå med motstand som pasienten eventuelt viser i endringsprosessen. Hvis sykepleier møter mye motstand i samtalen er det et tegn på at noe bør

gjøres annerledes slik at motsanden hos pasienten minsker og veiledningen blir mer fruktbar (Miller & Rollnick, 2004). Menneskesynet som er bakgrunnen for motiverende intervju er bygd på at en stoler på at pasienten selv velger det som er den beste løsningen for seg selv (Barth & Næsholm, 2007). Sykepleieren må derfor ikke tvinge pasienten til å sette seg nye mål og ta innover seg nye opplysninger, men heller se på pasienten som en ressurs for å finne nye løsninger og svar (Miller & Rollnick, 2004). Det er vanlig at sykepleieren sender spørsmål eller problem tilbake til pasienten, slik at pasienten kan bruke egne ressurser og ideer til løsning av egne problemer. På denne måten blir pasienten behandlet som en person med egen autonomi og med utgangspunkt i egne ressurser (Miller & Rollnick, 2004).

Det femte prinsippet, mestringsforventning, forklares hos Miller & Rollnick (2004) som: ”... hvor sikker en person er på sin egen evne til at gjennomføre en given oppgave”(s. 64-65). Det er en forutsetning for at pasienten skal klare å gjennomføre endringen, og en pekepinn på hva forsøket på endring vil resultere i. Mestringsforventning er altså, i likhet med vilje og handling, grunnleggende for at pasienten skal lykkes i forandringen. Sykepleieren sin oppgave blir å gjøre pasienten sikker på at en klarer å gjennomføre forandringen selv, mens pasientens rolle i motivasjonssamtalen blir å ha ansvaret for egen forandringsprosess og styre hvordan den skal utføres (Miller & Rollnick, 2004).

3.8.3 Transteoretisk endringsmodell



Det finnes ulike typer endringsmodeller, blant annet den transteoretiske endringsmodellen til Prochaska og DeClemente (1984) (Barth & Næsholm, 2007, s. 68). Barth og Næsholm (2007) beskriver den transteoretiske modellen: ” ... utviklingen som personer gjennomgår når de forsøker og gjennomføre planlagte endringer i livet og selv er bevisst på endringsarbeidet” (s. 68). Den transteoretiske endringsmodellen kan deles inn i fem ulike faser: føroverveielse, overveielse, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen (Barth & Næsholm, 2007).

I den første fasen av modellen kan pasienten selv vite at noe ved ens egen atferd er problematisk, eller pasienten kan være ubevisst i at noe ved ens egen atferd er problematisk grunnet lite kunnskap eller lite mestringstillit (Barth & Næsholm, 2007). I fase to kan pasienten tenke over at han/hun kanskje skulle ha endret seg, men gleden ved å fortsette med samme livsstil er større enn det pasienten ser på som ulempe ved den gamle livsstilen (Eide & Eide, 2010). I fase tre er pasienten innstilt på å endre seg, og pasienten tenker ikke lenger bare på endring, men begynner også å handle ut ifra tankene om endring (Eide & Eide, 2010). Barth & Næsholm (2007) beskriver fase tre i modellen som en viktig milepæl hvor pasienten kun fatter en beslutning om å gjennomføre endring, og et punkt hvor det offentlige hjelpeapparatet bør tre i kraft. I fase fire gjør pasienten handlinger som er ønskelige ut ifra de målene som ble satt ved endring i fase tre. I vedlikeholdsfasen, fase fem, jobber pasienten med å holde motivasjonen oppe og streber på å hindre tilbakefall etter hvert som motivasjonen settes på prøve i ulike situasjoner (Eide & Eide, 2010).

Det er viktig at sykepleier finner ut hvilken fase Liv befinner seg i og tar utgangspunkt i denne fasen under veiledningen (Eide & Eide, 2010). Det er viktig i samarbeidet mellom sykepleier og Liv, at hun ønsker endring. Samtidig er det viktig at det blir utarbeidet en fremdriftsplan, avklart mål og delmål og funnet aktuelle tiltak (Eide & Eide, 2010). Ikke minst er det også viktig at sykepleier motiverer og forsterker positive ressurser hos Liv og responderer når hun gir uttrykk for ønske om forandring (Eide & Eide, 2010). Liv bør reflektere over egne mål og hvordan hun selv har mulighet til å nå disse. Målene bør tilpasses slik at de er gjennomførbare, og sykepleier bør avklare om Liv blant annet har mestringstillit og egen tiltro til gjennomføringen. Sykepleier kan avklare hvorvidt Liv sin beslutning om endring er gjennomtenkt og av vilje, ved å observere hennes handlinger (Barth & Næsholm, 2007).

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte resultater i litteraturen, forskning og egne erfaringer fra praksis opp i mot problemstillingen. På bakgrunn av valgt teori vil vi finne svar på problemstillingen. ”*Hvordan kan sykepleier bidra til endring av livsstil hos pasienter med diabetes type 2*”. Vi har valgt å ha fokus på endring av livsstil med utgangspunkt i veiledning og motiverende intervju. Den transteoretiske endringsmodellen (Prochaska & DeClemente, 1984) og deler av Joyce Travelbee (1999) sin sykepleierteori er blant annet bakgrunn for synspunktene i dette kapittelet.

4.1 Hvordan påvirker livsstil utviklingen av diabetes type 2?

Ulike faktorer i livsstilen til Liv påvirker utviklingen av diabetes type 2. Dette kan være faktorer som fysisk aktivitet og kosthold. Ved at Liv er fysisk inaktiv og har et usunt kosthold med et stort fettinnhold kan dette føre til at utviklingen av diabetes type 2 skjer raskt.

Livsstilen til Liv har ført til at hun har utviklet et diabetisk fotsår. Liv er i lite fysisk aktivitet og dette hemmer sårtilhelingen ved at vevet i foten får lite oksygen (Lindholm, 2009). Siden Liv har et usunt kosthold er det ikke alle næringsstoffer hun får i seg. Ulike næringsstoffer har ulik innvirkning på sårtilhelingen.

Liv sin livsstil avhenger av ytre faktorer som omgir henne. Disse faktorene vil avgjøre hvordan hjelpen til Liv skal ytes. Joyce Travelbee (1999) har fokus på individsentrert sykepleie, og vi tar utgangspunkt i at Liv selv kan velge hvordan hun vil leve livet sitt. Årsaken til at livsstil kan være et personlig problem, kan være kulturelle normer og vaner hos Liv. Normer kan være uskrevne regler som er akseptert innen for en gitt gruppe (Kjøll, 2007). I Liv sin familie kan det være akseptert og spise ferdigmat til middag og ikke være fysisk aktiv. I andre familier kan normer og vaner bestå av at de er i fysisk aktivitet minst to ganger i uka og fjelltur hver helg. I praksis har vi erfart at kulturer og normer innad i en familie kan være vanskelig å endre hvis familien har sterke tradisjoner og ser på disse som viktige å opprettholde. Vaner innad i en familie har vi også erfart at ”sitter i” lenge, og er nødt til å jobbes med over lengre tid for at endring skal lykkes.

Familien til Liv har ikke tatt noen standpunkt til om de vil endre livsstil, og de har opparbeidet seg vaner rundt egen livsstil. Ulempen med at Liv sin familie har en usunn livsstil, er at Liv kan bli påvirket av familiens valg innen for mat og fysisk aktivitet. Liv spiser heller usunn mat sammen med familien, istedenfor å spise sunne matretter. Fordelen med at alle i Liv sin familie har en usunn livsstil er at Liv er på likt nivå med familien, og ved at Liv endrer livsstil kan hun gå frem som ett godt eksempel. Dette kan føre til at Liv sin nye livsstil kan bli en stor bragd innad i familien.

Ved at Liv tar valg som innebærer ”å leve godt i øyeblikket” vil det kunne føre til at Liv påfører seg selv sykdom og dårlig helse. Siden sunne matvarer som regel er mer kostbare enn de usunne matvarene, kan det bli både billigere og enklere for Liv å velge en usunn livsstil. Det er raskere og enklere for Liv å velge usunn mat i forhold til nåværende livsstil. Fordelen med at Liv velger å spise sunt, er at hun får i seg mindre sukker og fett, noe som også er positivt for sårtilhelingen. Siden Liv tidligere har hatt en entusiasme for matlaging, innehar hun en del kunnskaper om matlaging. Når Liv lager maten fra bunnen av, kan hun bli mer bevisst på hva hun får i seg og hun får mer energi. Energi er også viktig for sårtilhelingen (Lindholm, 2009). Dette fordi hun får i seg mer langsomme karbohydrater og viktige næringsstoffer og det forhindrer Liv i å få ujevnt blodsukker. Liv og familien er vant med at matlagingen skjer på en enkel og rask måte. Ulempen her er at det kan bli vanskelig for Liv å få gjennomført en livsstilsendring, siden de er vant med at matlagingen skjer på en enkel og rask måte er de kanskje ikke klar for endring av matvaner.

Det viser seg at andelen overvektige øker, på grunn av at vi er i mindre fysisk aktivitet og at kostholdet har endret seg (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009). I forhold til at Liv har diabetes type 2, er det viktig at Liv spiser sunt for å forhindre vektøkning som kan føre til dårligere opptak av insulin. Fysisk aktivitet kan gi Liv bedre helse både med tanke på hennes ryggproblemer og ujevne blodsukker. I praksis har vi erfart at fysisk aktivitet har god innvirkning på ryggproblemer (Brox, 2009). Økt fysisk aktivitet er også med på å redusere HbA1c. Ulike årsaker til at Liv ikke har klart å være fysisk aktiv og lage sunn mat kan være at hun ikke har fått nok støtte fra familien. Det kan også være at Liv ikke har vært motivert nok eller hatt nok tiltro til seg selv. På den andre siden er det å foreta en livsstilsendring være utfordrene fordi de vaner som Liv har opparbeidet seg tar tid å endre, men livsstilsendring er gjennomførbart. Liv kan også inneha for lite kunnskap om det å være fysisk aktiv når en har ryggproblemer. Ryggproblemene kan gjøre at Liv er redd for å være i fysisk aktivitet.

Faglitteratur viser at det er viktig å informere Liv om at smerter i ryggen ikke er et varsel om at fysisk aktivitet er farlig (Brox, 2009).

Behandling i form av livsstilsendringer med resultat i at HbA1c holdes på ett bestemt nivå, er hensiktsmessig i forhold til utviklingen av senkomplikasjoner (Jacobsen et al., 2009). Ujevnt blodsukkernivå og høyt HbA1c fører til forverret sårtilheling (Lindholm, 2009). Forskning viser at pasienter med diabetes type 2 ofte er fysisk aktive for å forebygge senkomplikasjoner ettersom forebygging er et mål med aktiviteten (Ofstedal et al, 2011). Ved at Liv får informasjon om at fysisk aktivitet og endring av kosthold kan føre til at hun kan bli symptomfri kan det bidra til livsstilsendringer hos Liv. Annen informasjon som også kan bidra til at Liv endrer livsstil, er at enkelte av de som har gjennomført livsstilsendringer ikke er avhengig av blodsukkersenkende tabletter eller insulin for å være symptomfrie (Skafjeld & Graue, 2011).

Liv får helsehjelp av hjemmesykepleien, og de har som kjent ofte lite tid til rådighet hos den enkelte pasient. Hjemmesykepleien skal bidra til at Liv endrer livsstil ved hjelp av veiledning og motiverende intervju. Ved at sykepleieren bruker ressurser på livsstilsendring hos Liv, vil det føre til at Liv kan få en lavere grad av senkomplikasjoner. Det kan være samfunnsøkonomisk gunstig, i tillegg til å spare Liv for ulemper som senkomplikasjoner kan gi. Forskning viser at motiverende intervju har positiv effekt på endring av livsstil, og kan føre til lavere langtidsblodsukker og bedre kontroll av blodsukkeret (Ming Chen et al. 2010). Ettersom senkomplikasjoner allerede har oppstått, er hjemmesykepleien nødt til å bruke mer tid og ressurser på helsehjelpen til Liv, for å forebygge at det ikke blir mer omfattende. Hvis Liv har fått mikrovaskulære senkomplikasjoner med nedsatt blodtilførsel og følsomhet i føttene, kan det være vanskelig for Liv å få såret til å gro (Lindholm, 2009).

4.2 Hvordan leve med kronisk sykdom?

Liv har en kronisk sykdom som i utgangspunktet påvirker henne og omgivelsene rundt. Dette fordi sykdommen setter krav til Liv, som for eksempel å spise sunt og være fysisk aktiv for å få et stabilt blodsukker. Slik som Liv sin livsstil er i dag, tar hun ikke hensyn til dette.

Ulempen med at Liv ikke tar hensyn til å leve med diabetes type 2 er at hun kan ha en høyere risiko for å utvikle senkomplikasjoner, som i dette tilfelle fører til dårligere sårtilheling.

Når sykepleier skal prøve å forstå hvordan det er for Liv å leve med en kronisk sykdom, er det kun Liv selv som vet hvordan hun opplever sykdommen og de kravene sykdommen medfører (Wahl & Hanestad, 2007). Sykepleier kan benytte seg av Barbara Paterson (2001) sin figur, ”skiftende perspektiver” for å få empati ovenfor Liv og bruke dette til å forstå hva Liv trenger. Liv har ikke fokus på egen helse og Liv har lite kunnskap om diabetes type 2 noe som gjør at hun ikke tar hensyn til sykdommen. Siden Liv har lite kunnskap om diabetes type 2, kan sykepleier bidra med informasjon via veiledning og motiverende intervju. Sykepleier er nødt til å informere Liv om at nedsatt følsomhet i føttene kan oppstå. Sykepleier er også nødt til å informere Liv om at blant annet nedsatt bevegelighet og dårlig ernæring påvirker sårtilhelingen. Fordelen ved at Liv mottar denne type informasjon er at hun vil kunne bli mer oppmerksom på hvordan hennes livsstil påvirker sårtilhelingen. Dette kan bidra til at Liv kan hente frem mer motivasjon til livsstilsendring. Ulempen ved at Liv mottar slik informasjon er at sykepleier kan fremstå som en ”bedreviter” ovenfor Liv. Dette kan føre til at Liv blir mer tilbaketrukket og føle seg mindreverdige. På den andre siden er sykepleier pliktet til å gi helsefremmende informasjon, jmfør Helsepersonelloven 1999.

Forskning viser som nevnt tidligere at informasjon kan føre til fornektelse og konstruering av unnskyldninger for livsstilsendringene og at kvinner finner grunner til ikke å endre livsstil (Ahlin & Billhult, 2012). Dette kan også være en medvirkende årsak til at Liv ikke har lyktes tidligere med livsstilsendringer. Forskningen viser også at kvinner som får en kronisk sykdom føler seg urettferdig behandlet av livet (Ahlin & Billhult, 2012). I praksis har vi erfart at informasjon kan virke positivt hos noen pasienter, dersom de er mottagelig for informasjon og motivert for endring. Hos pasienter som ikke er mottagelig for informasjon, har ikke informasjonen hatt virkning, men gjør heller ingen skade.

4.3 Hvilken innvirkning har sosial status på endring av livsstil?

Krokstad og Sund (2005) sin undersøkelse viser at gruppen med lav utdanning har en høyere andel personer med diabetes. I tillegg viser et prosjektet at det er større andel diabetikere i gruppen med lav utdanning og de uten jobb (Krokstad & Sund, 2005). Liv er uføretrygdet og har derfor en lav sosial posisjon i samfunnet (Krokstad & Sund, 2005). Siden Liv befinner seg

i den posisjonen i samfunnet har hun større risiko for å være mindre fysisk aktiv og dermed også større risiko for å utvikle fedme og senkomplikasjoner (Næss et al., 2007). På den andre siden kan det også være en fordel ved at Liv er uføretrygdet, dette fordi at hun da har mer tid til å bedrive fysisk aktivitet og lage sunn mat.

Det menneskesynet vi har lagt vekt på, er at sykepleier skal møte Liv som et unikt individ og ikke tenker på henne som en person i en lavstatusgruppe som ikke vil klare endring. Ut ifra praksis har vi erfart at de som mottar trygd i form av støtte, har hatt råd til å kjøpe god og sunn mat. Selv om Liv er uføretrygdet og ikke har noen jobb, har hun tid til å lage sunn mat fra bunnen av. Liv kan også prøve å få tilbake entusiasmen for matlaging ved å delta på matlagingskurs. Liv har også tidligere vært fysisk aktiv så hun innehar kunnskaper om fysisk aktivitet. Dette kan bidra til at Liv starter med fysisk aktivitet, selv om hun har en lav sosial status. Hvis sykepleier ikke ser på Liv som et unikt individ med ressurser vil sykepleier få problemer med å bidra til livsstilsendring ved hjelp av motiverende intervju. Dette fordi sykepleier er avhengig av å se Liv sine ressurser for å bringe frem Liv sin motivasjon til endring (Miller & Rollnick, 2004).

Ahlin & Billhult (2012) viser at kvinner har vanskeligheter for å endre livsstil grunnet ulike årsaker. Liv bor sammen med sin familie, og forskning viser at kvinner ofte setter sin familiens behov framfor sine egne (Ahlin & Billhult, 2012). Noen kvinner har vanskeligheter med å leve med en kombinasjon av både å være mor, hustru og å ta vare på egen helse. Forskning viser også at noen av kvinnene bruker handlinger til noen av dem de bor med for å unnskyld seg for ikke å gjøre livsstilsendringer (Ahlin & Billhult, 2012). Liv sine omgivelser kan dermed bli en byrde for henne: Det at mannen sitter i sofaen og ser på tven når Liv skal ut å være fysisk aktiv, kan føre til at det blir vanskeligere for Liv å foreta livsstilsendring.

Siden sykepleieren er pliktet til å veilede og legge til rette for endring hos Liv, er sykepleieren nødt til å finne ut hvilke ressurser Liv har (Tveiten, 2009). Med dette kan sykepleier hjelpe Liv til å finne en mening i sykdommen og i de tiltak som er satt. Dette kan føre til at Liv får kontroll over symptomene og lykkes i livsstilsendringer (Travelbee, 1999). I praksis har vi også erfart at pårørende kan være en ressurs for pasienten ved å støtte opp og motivere.

4.4 Hvordan legge grunnlaget for endringsarbeid?

Joyce Travelbee (1999) nevner fem faser for å etablere et menneske til menneske forhold. I fase en møter sykepleieren Liv, og begge får et inntrykk av hverandre. Dette kan både være en fordel og ulempe da dette inntrykket som sykepleier og Liv får av hverandre er med på å skape det videre samarbeidet. I praksis vil det være en fordel ved det videre samarbeidet dersom begge får et positivt inntrykk av den andre fordi holdningene kan preges av inntrykket som er skapt. Ulempen vil være hvis sykepleier eller Liv får et dårlig inntrykk av den andre, og lar dette dårlige inntrykket gå på den andres bekostning ved at en tenker på menneskesynet og ser på den andre som en mindreverdige.

Videre i fase to og tre blir sykepleieren og Liv bedre kjent med hverandre. Sykepleieren vil kunne se personen bak kroppen. Fordelen med at sykepleieren blir kjent med Liv, er at sykepleieren ser Liv sine ønsker. Dette er i følge Dalland (2010) en forutsetning for utøvelse av endringsfokuset veiledning. Fremveksten av kunnskap sier Travelbee (1999) at kommer etter hvert møte med pasienten. På den andre siden har sykepleieren en forutsetning for å skape en god relasjon med Liv dersom sykepleieren møter Liv over en lengre periode. Ulempen er at det kan skje at sykepleier ikke klarer å bli kjent med Liv. Dette på grunn av tidspresset som ofte oppstår i hjemmesykepleien og at det ofte er forskjellige hjemmesykepleiere innom Liv, og dette kan da føre til at Liv ikke får veiledning ut ifra hennes egne ønsker.

I fase tre og fire er det viktig at sykepleier viser medfølelse og forståelse for å handle riktig ved det videre samarbeidet med Liv. I praksis kan fordelen med dette være at sykepleieren klarer å ta utgangspunkt i Liv sin situasjon og greier å få til en individtilpasset sykepleie. Ulempen vil være at dersom sykepleier ikke har kunnskaper og ikke viser medfølelse, så får ikke sykepleier handle riktig ved videre samarbeid med Liv. I fase fem mener Travelbee (1999) at det er viktig at sykepleieren gjør seg kjent med Liv sin opplevelse av sykdommen for å forstå hvordan Liv opplever sin egen situasjon. I praksis kan fordelen være at Liv får tilpasset veiledning i forhold til hennes opplevelse av å leve med diabetes type 2, mens ulempen vil være at sykepleieren ikke oppfatter Liv sine signaler og følelser rundt det å leve med diabetes type 2. Sykepleier vil dermed kunne overkjøre Liv og ha vanskeligheter med å vise empati og sympati på riktig tidspunkt.

Halldorsdottir (2008) mener at fellesskapet mellom sykepleier og pasient er kjernen i sykepleien. Hun har utviklet en <<wall-bridge>> teori som legger til grunn for hva som må til for å oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Denne teorien går ut på at sykepleieren må oppfattes av Liv som oppriktig og omsorgsfull for at det skal bygges en bro i kommunikasjonen. Hvis Liv ikke oppfatter sykepleieren slik, vil det oppstå en vegg mellom dem i relasjonen og det dannes ikke en god forutsetning for videre samarbeid. Dette blir i likhet med Travelbee (1999) sine meninger om at kommunikasjon er grunnlaget for å utvikle et menneske-til-menneske-forhold og at kommunikasjon er sykepleierens viktigste verktøy ved endringsprosessen. I praksis har vi erfart at samarbeid med pasienter med enveis kommunikasjon ikke er heldig for resultatene av behandlingen. Halldorsdottir (2008) nevner at for å utvikle et menneske-til-menneske-forhold bør begge parter vise tillit og respekt, samt kommunisere og være engasjert.

Sykepleieren må vise empati og bevare Liv sin autonomi i et menneske-til-menneske-forhold. Fordelen med at sykepleier viser empati, er at samarbeidet mellom sykepleier og Liv kan bli styrket ved at Liv kan føle at hennes synspunkter og ønsker blir forstått. Ulempen med empati er at sykepleier kan vise for mye medforståelse, slik at Liv bruker dette til å rettferdiggjøre livsstilen og ikke kommer noen vei med endringen. Sykepleieren kan også bli for mye følelsesmessig involvert og miste den profesjonelle rollen mot Liv. Sykepleieren kan ha mange ønsker for Liv, som Liv selv ikke ønsker, og sykepleieren bør derfor være ekstra oppmerksom på at det er Liv sine mål det jobbes ut ifra i endringsprosessen.

I praksis har vi erfart at sykepleier ofte går ut ifra velgjørhetsprinsippet med fullt engasjement og ulike mål uten at pasientene har tatt stor del i planleggingen. Dette fører til at autonomien til pasienten ikke blir ivaretatt, og pasientene har heller ikke tatt stor del i utøvelsen av tiltakene. Ved å ta utgangspunkt i Liv sitt eget ønske om å endre livsstil og å jobbe ut ifra hennes premisser, bevarer sykepleier autonomien til Liv. Dette kan sykepleieren gjøre ved å lytte til Liv og sørge for at det er hennes ønske om endring som blir vektlagt (Eide & Eide, 2010). Hvis sykepleier ikke går ut i fra Liv sine egne ønsker og bevarer hennes autonomi, vil dette føre til at tilliten som Liv har til sykepleier kan bli brutt. Sykepleier har kunnskap om diabetes som Liv ikke har. Denne kunnskapen kan gi et skjevt bilde på autoritetene i et menneske-til-menneske-forhold. Liv har lite kunnskap om sykdommen. Hun har mye kunnskaper om egen livsstil og er ekspert på seg selv og det å leve med diabetes type 2. For å bevare autonomien til Liv kan sykepleier unngå å bruke egen kunnskap som makt og

se på Liv sine ressurser for å balansere det skjeve forholdet. Travelbee (1999) har et syn på individet som begrunner at sykepleieren må ha fokus på Liv sine ressurser.

4.5 Hvordan bidra til endring?

Sykepleier kan bidra til endring ved å bruke kommunikasjon som et verktøy ved hjelp av veiledning og motiverende intervju. Fordelen med at sykepleier bruker veiledning som et verktøy for livsstilsendring, er at det da blir lagt til rette for læring og vekst hos Liv. Ulempen med å bruke veiledning, er hvis sykepleier som skal veilede ikke innehar tilstrekkelig med kunnskap eller tid. En fordel med at sykepleier bruker motiverende intervju er at endringen av livsstil blir bygget på Liv sin egen motivasjon, og hennes autonomi blir ivaretatt. Ulempen med motiverende intervju blir i likhet med veiledning at sykepleier ikke alltid har nok kunnskaper og tid til å veilede Liv. I praksis kan tidspresset som sykepleieren har, løses ved enten å benytte motiverende intervju samtidig med gjennomføring av enkelte tiltak hos pasienten. Sykepleieren kan benytte seg av motiverende intervju samtidig som hun skifter på såret til Liv. Tidsproblemet kan også løses ved at det settes av mer tid til veiledning og motiverende intervju på arbeidslisten.

Både ulike kommunikasjonsteknikker og metoder bør bli brukt aktivt som virkemidler av sykepleier i møte med Liv. Dette gjøres ved for eksempel å være bevisst på bruk av kroppsspråk. Fordelen med å bruke kroppsspråk aktivt er at Liv kan få inntrykk av at sykepleier interesserer seg for Liv sine behov og ønsker (Eide & Eide, 2010). Hvis sykepleier ikke benytter seg av ulike kommunikasjonsteknikker og metoder, vil dette føre til at sykepleier ikke klarer å jobbe terapeutisk ut ifra Liv sine behov. Travelbee (1999) nevner at sykepleier kan utnytte kunnskaper for å bidra til endring ved terapeutisk bruk av seg selv. Dette betyr at sykepleier bruker kunnskap og forståelse for å identifisere Liv sine behov og jobbe terapeutisk ut ifra disse behovene. I praksis vil terapeutisk bruk av seg selv være veiledning med både korte og lange samtaler med et felles mål om å få Liv til å endre livsstil.

4.5.1 Veiledning som et verktøy

Sykepleier bør støtte Liv sine valg og være åpen for hennes tanker og ønsker rundt endringsprosessen (Tveiten, 2007). Hvis sykepleier ikke viser tillit og fortrolighet, vil Liv

kunne stenge sine ressurser inne. Liv vil også kunne føle at hun ikke er i trygg i samarbeidet med sykepleieren. Under en slik veiledningsprosess er det Liv som innehar mest kunnskap om sykdommen, og sykepleier styrker Liv sin mestringskompetanse ved å ta utgangspunkt i hennes ressurser. Sykepleier er nødt til å fremstå som en profesjonell samtalepartner slik at sykepleier hjelper Liv til å nå målene hun ønsker å oppnå. (Eide & Eide, 2010). Sykepleieren sin rolle under veiledningen blir å komme med fagkunnskap basert på forskning og erfaring, noe som gjøres for å gi Liv et utgangspunkt for å ta egne avgjørelser. Den pedagogiske funksjonen er lovfestet jamfør Helsepersonelloven (1999), som betyr at sykepleier er pliktig til å veilede og undervise Liv i praksisfeltet. Tveiten (2009) sier at sykepleierens pedagogiske funksjon blant annet går ut på å legge til rette for læring og vekst hos pasienter.

4.5.2 Hvordan bruke den transteoretiske endringsmodellen?

Den transteoretiske endringsmodellen til Prochaska og DiClemente (1984) viser fem ulike faser i endringsprosessen. I fase en vil Liv skjønne at livsstilen hennes er skadelig for henne. Dette kan pågå over en lengre tid og fasene i endringsprosessene flyter litt over i hverandre. I tilfeller hvor Liv har kommet lenger i endringsmodellen enn fase en, har Liv selv funnet ut at hun har et problem med sin livsstil. I fase en kan sykepleier bidra ved å hjelpe Liv til å sette av tid og reflektere rundt sin egen livsstil. Sykepleier kan da observere om Liv har innsett problemene med livsstilen sin, ved å lytte til Liv og avdekke hennes egentlige tanker om livsstilen. Et eksempel på hva Liv kan si i fase en, er: ”Ja, jeg skal tenke over hva du har sagt.” I praksis kan dette bety at Liv er i gang med endringsprosessen.

I fase to har Liv kunne vært inne på tanken på å endre livsstil, men har ikke gjennomført endringen. Hun kan i denne fasen se på endringen som problematisk. I fase tre, hvor Liv befinner seg, er Liv innstilt på å endre livsstil og tankene om endring går over til handling. Liv kan uttrykke et ønske om at hun klarer å gjennomføre en livsstilsendring. Hun kan også gi uttrykk for at hun ser problemer med sin egen livsstil. Sykepleier må stole på at Liv gir uttrykk for sine egentlige ønsker og at hun virkelig er motivert for endring. Hvis Liv sier hun er motivert for endring, men egentlig ikke er det, vil sykepleier og Liv måtte gå tilbake til fase en i endringsmodellen. De må da jobbe videre med at Liv skal kunne se problemet med egen livsstil før de går videre i modellen. Videre i fase fire gjør Liv endringer som er ønskelige ut ifra mål som Liv selv har satt for endringen. I fase fem jobber Liv med å holde motivasjonen for endring oppe for å hindre tilbakefall og hun befinner seg i vedlikeholdsfasen.

For å bidra til endring av livsstil må sykepleier finne ut hvilke fase Liv befinner seg i. Fasen i endringsmodellen som Liv befinner seg i, må sykepleier bruke som et utgangspunkt for livsstilsendring. Eide & Eide (2010) sier at det er viktig i endringsprosessen at det blir tatt utgangspunkt i Liv sine ønsker om endring og at Liv selv finner mål og handlingsplan. I likhet med motiverende intervju, har den transteoretiske modellen utgangspunkt i at målene ved endringen av livsstil skal være gjennomførbare slik at Liv har mestringsforventning og tiltro til endringen. Det er også likhet mellom motiverende intervju og den transteoretiske endringsmodellen ved at sykepleier viser empatisk forståelse for at Liv skal holde ambivalensen i sjakk. Dette kan sammenlignes med den transteoretiske endringsmodellen fordi sykepleier jobber for å holde Liv sin motivasjon oppe, og for å hindre tilbakefall når hun føler ambivalens i vedlikeholdsfasen (Eide & Eide, 2010). I praksis betyr dette at sykepleier må følge trinnene i modellen og bruke kunnskaper, veiledning og motiverende intervju for å bidra til livsstilsendringer hos Liv. Hvis sykepleier ikke jobber for å holde Liv sin motivasjon oppe kan det føre til at Liv får tilbakefall. I praksis kan dette løses ved at det er få hjemmesykepleiere som er på besøk hos Liv.

En handlingsplan for Liv kan inneholde ulike tiltak, delmål og mål for livsstilsendring. Ett tiltak kan for eksempel være at hun skal gå en trettiminutters tur hver dag med moderat intensitet. Delmål kan være at blodsukkeret skal være redusert etter gåturen. Målet for dette tiltaket vil da være at Liv kan få et mer stabilt blodsukker. Fordelen med en handlingsplan vil være at Liv får en konkret plan for sin livsstilsendring. Ved å gå ut ifra handlingsplanen vet Liv hva hun har å forholde seg til og det kan bli lettere å gjennomføre endringen.

4.5.3 Motiverende intervju som et verktøy

Forskning viser at motiverende intervju er anbefalt å bruke som en endringsteknikk ved diabetes type 2 pasienter og utvikling av selvkontroll rundt egen livsstil (Ming Chen et al. 2010). Motiverende intervju er mye forsket på og det har vist seg at metoden fungerer ved ulike endringsprosesser ved høyt alkoholforbruk, tobakksavhengighet, dårlig kosthold og fysisk inaktivitet (Miller & Rollnick, 2004).

Motiverende intervju bygger på Liv sin egen vilje til endring, og det er Liv sitt valgt til å ta i mot veiledning eller ikke. Sykepleier finner Liv sin indre motivasjon, og bringer den frem.

Ved å støtte og underbygge tanker og handlinger som Liv kommer med rundt livsstilsendringer. Fordelen med motiverende intervju, er dersom sykepleier klarer å bruke motiverende intervju på en riktig måte, så blir endringen skapt av Liv sin egen vilje og hennes egen innsats for å oppnå livsstilsendring (Miller & Rollnick, 2004). Ved å bruke motiverende intervju på riktig måte, bevarer sykepleieren Liv sin autonomi. Dette gjøres ved at sykepleieren ikke fremtvinger handlinger, men heller lar ansvaret for endringen bli hos Liv. I likhet med Travelbee (1999) har motiverende intervju fokus på individet, men Travelbee ser også på omgivelsene. Ulempen ved motiverende intervju er at metoden har for mye fokus på det personsentrerte, i stede for omgivelsene rundt pasienten. I praksis har vi erfart at ved endringer spiller omgivelsene rundt pasienten en stor rolle. Fordelen med motiverende intervju er at pasienten får ta del i egen behandling, noe vi har erfart at pasientene setter stor pris på..

Motiverende intervju er som tidligere nevnt delt opp i fem prinsipper. Ved prinsipp en må sykepleier møte Liv med et åpent sinn og akseptere de meningene Liv har, men sykepleier trenger ikke være enig i meningene til Liv. Sykepleier bruker empatisk lytting hvor hun viser forståelse gjennom blant annet å fortelle tilbake det hun har hørt til Liv. Fordelen med prinsipp en er at Liv føler seg godtatt og trygg i samarbeidet med sykepleier. Ulempen med fase en er at sykepleier kan ha vanskeligheter med å akseptere noen av Liv sine meninger og oppfatninger. I praksis vil det kunne føre til at Liv ikke blir møtt med et åpent sinn. Ved en endringsprosess kan Liv føle ambivalens, og det er viktig med en empatisk relasjon mellom sykepleier og Liv. Dette kan føre til at Liv takler oppturer og nedturer bedre underveis i endringsprosessen.

Ved prinsipp to må sykepleier bidra til at Liv ser sine egne problemer med den livsstilen hun har. Sykepleier skal styre samtalen slik at Liv konfronterer seg med problemene og at tankene hennes om forandring blir avklart. I praksis kan dette bety at sykepleier kan stille spørsmål som for eksempel: "Hvordan ville det påvirke livet ditt dersom du gikk ned i vekt, tror du?". Fordelen med prinsipp to er at ambivalensen som Liv kan føle i livsstilsendring blir avklart. Forskning viser at ambivalens er vanlig ved endringsprosesser og at kvinner finner grunner som rettferdiggjør den gamle livsstilen (Ahlin & Billhult, 2012). Ulempen med fase to er at Liv kan få problemer med selvbilde når hun oppfatter hva livsstilen gjør med henne. Ulempen kan også være at Liv fornekte at livsstilen gjør henne syk. I praksis kan det føre til at Liv sin endringsprosess stagnerer.

Ved prinsipp tre er sykepleier nødt til å gå med motstand dersom Liv mener at endring ikke er nødvendig eller ønskelig. I praksis blir dette et eksempel på at sykepleier bruker rådgivende spørsmål som for eksempel at en først kommer med argumentene som Liv har i mot trening, for så og komme med et forslag til trening, og også motta nye argumenter fra Liv. For eksempel kan sykepleier si: ”Du sier at du ikke kan trene på treningssenteret, fordi mange ser deg, kan du ikke da trene i skogen?”, Liv: ”Jo, men noen kan jo se meg da også”. Sykepleier må stole på at Liv velger det som er til hennes eget beste. Ved å stille spørsmål og belyse problemer, kan Liv bruke egne ressurser og ideer som får i gang igjen endringsprosessen.

Sykepleier kan bruke motstand til fordel ved å gå imot, slik at Liv selv tar innover seg problemet. Sykepleier kan også gå med motstand som Liv viser, men bør ved stor motstand endre fokus i samtalen (Miller og Rollnick, 2004). Hvis Liv begynner å argumentere imot sykepleieren, blir det en fordel at sykepleieren kjenner Liv godt og kan lese kroppsspråket hennes. Dersom Liv og sykepleier har opparbeidet seg en god relasjon, kan sykepleier ”spille” på denne over lengre tid. Ulempen blir hvis sykepleier ikke kjenner Liv så godt og at hun ikke klarer å lese kroppsspråket hennes. Dette kan føre til at sykepleier har for mye fokus på motstanden, og endrer ikke fokuset i samtalen tidlig nok. I praksis har vi erfart at sykepleiere som er gode på å skape relasjoner ofte har en god tone med pasienten, og får dermed utrettet mye mer enn de som ikke er gode på å skape relasjoner. Dette kan for eksempel være i en situasjon hvor flere sykepleiere har prøvd å bistå en pasient med dusj og ikke lykkes. Dersom en sykepleier med en god relasjon med pasienten forsøker, så klarer hun alltid å bistå.

Ved prinsipp fire er sykepleier nødt til å styrke og underbygge Liv sin tiltro til at hun klarer å gjennomføre endringen. Dette kan sykepleier bidra med ved å motivere og gi ros til Liv. Sykepleier kan også hjelpe til med at Liv ikke setter seg for høye mål i forhold til det hun selv tror hun klarer å gjennomføre. Fordelen med prinsipp fire i motiverende intervju, er at det virker positivt på pasientens mestringsforventning (Ming Chen et al. 2010). Sykepleier kan i praksis bidra til å styrke mestringsforventningen ved å stille spørsmål som: ”Hvilke positive egenskaper har du som du kan utnytte ved livsstilsendring?” Sykepleier trekker fram egenskapene som Liv sier hun har for og styrke mestringsforventningen til Liv. Oftedal et. al (2010) mener at pasienter er mer motivert til endring når de har høy mestringsforventning. Ulempen med prinsipp fire er at sykepleier kan være med på å sette for høye mål for Liv slik at hun ikke oppnår mestringsforventning.

5.0 Konklusjon

Det er vanskelig å forandre livsstil. En må forandre på vaner en har hatt i lang tid, og må i enkelte tilfeller endre på noen av familiens vaner. Sykepleier er nødt til å sette seg godt inn i Liv sin situasjon, og bruke Liv som en ressurs. Sykepleieren må jobbe for at Liv skal finne en mening med livsstilsendring.

Sykepleier bruker kommunikasjon for å oppnå et tillitsforhold til Liv som brukes som et utgangspunkt for videre samarbeid. Forholdet mellom sykepleier og Liv er viktig i forhold til hvordan resultatet av livsstilsendringen blir. Det er viktig at både sykepleier og Liv bruker og følger den transteoretiske endringsmodellen sine fem faser og motiverende intervju sine fire prinsipper for å lykkes med livsstilsendringen. Det som kan hindre Liv i å gjennomføre livsstilsendringen, er hvis sykepleier ikke klarer å oppnå et tillitsforhold til Liv. Dersom dette skjer, får ikke sykepleier dannet et utgangspunkt for videre samarbeid. Liv vil da kunne ha problemer med å åpne seg til sykepleier på grunn av det manglende tillitsforholdet, noe som kan føre til at sykepleieren ikke får frem Liv sine ønsker og synspunkter om endring. Tillitsforholdet blir et utgangspunkt for å bidra til en livsstilsendring hos Liv.

Hvis sykepleier ikke velger å anvende og følge den teorien vi har valgt å støtte oss på i oppgaven, kan livsstilsendringen bli hindret. Dette kan hindres fordi trinnene og prinsippene som sykepleier støtter seg til i oppgaven henger mye sammen i hverandre. Fordelen med den teorien vi har valgt i oppgaven er at den underbygger det menneskesynet vi har som sykepleiere. Sykepleieren har fokus på at det er Liv selv som bestemmer hvordan hun vil leve livet sitt, og det er Liv selv som bestemmer om hun vil endre livsstil eller ikke. Ved hjelp av motiverende intervju, så blir dette ivaretatt. Ulempen med teorien vi har valgt er at teorien kan ha vært for snever ettersom mye av teorien underbygger hverandres synspunkter. En annen ulempe kan være at teorien ikke har hatt fokus på hvordan familien til Liv kan ha innvirkningen på livsstilsendringen. Dette kunne vært et aktuelt tema, men på grunn av ordbegrensningen har vi ekskludert det temaet.

Andre måter som sykepleier kan bidra til livsstilsendring kan være for eksempel ved hjelp av empowerment. Empowerment (brukermedvirkning) kan utnyttes ved at Liv føler at hun får kontroll over beslutninger rundt egen helse og sin egen sykdom. Fordelen med empowerment

er at det omfatter både omgivelsene rundt Liv og Liv som individ. I praksis har vi erfart at ulempen med empowerment er at det kan være en tidkrevende prosess.

Ved at livsstilsendringen skjer via hjemmesykepleien, har sykepleier en god forutsetning for å bidra til livsstilsendring hos Liv ved hjelp av veiledning og motiverende intervju.

Sykepleieren blir godt kjent med Liv og kan trekke frem hennes ressurser og styrke mestringsforventingen. Dette kan sykepleieren gjøre ved å finne mål ved endringen som er gjennomførbare i forhold til Liv sitt utgangspunkt. Siden sykepleier møte Liv i hjemmet er hun i trygge omgivelser og føler seg trolig mer komfortabel enn for eksempel på et sykehus. Dette kan gjøre at Liv åpner seg fortere til sykepleieren (Fjørtoft, 2006). En ulempe ved at livsstilsendringen skjer via hjemmesykepleien, er at hjemmesykepleien har ofte liten tid til rådighet. Vil økte ressurser med fokus på veiledning og forebygging i hjemmesykepleien bidra til helsegevinst med tanke på at det blir mindre behandling av senkomplikasjoner?

6.0 Litteraturliste

*Ahlin, K. & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary health care*, 12(30), 40-47. Lokalisert på: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02813432.2011.654193>

*Barth, T. & Næsholm, C. (2007). *Motiverende samtale – MI: Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Brox, J. I. (2009). Ryggsmerter. I aktiviteshåndboken, Helsedirektoratet. Lokalisert 4. mars 13, <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/terapikapitler/Documents/kapittel-41-ryggsmerter.pdf>

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide & Eide. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

*Folkehelseinstituttet. 2012. *Diabetes: Faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert 19. januar.13 på: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4577:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70814:15,4577:1:6043:1:::0:0

*Folkehelseinstituttet. (s.a.). *Sosial ulikhet og helse - faktaark*. Lokalisert 10.februar 13 på: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3262:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:53403:::1:5674:1:::0:0

*Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2005). Om kronisk sykdom. I E. Gjengedal (Red.) & B Hanestad, *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo, Cappelen Akademiske forlag.

*Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian journal of caring science*. doi: 10.1111/j. 1471-6712.2007.00568.x

*Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert: 28.februar 13 på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonale-faglige-retningslinjer-Diabetes-fullversjon.pdf>

*Helse og Omsorgsdepartementet (2002). *Resept for et sunnere Norge*.(St.meld. nr. 16, 2002-2003). Oslo: Departementet.

*Helse og Omsorgsdepartementet (2006). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.(St.meld..nr. 20, 2006-2007). Oslo: Departementet.

*Helse- og omsorgsdepartement (2008). *Samhandlingsreformen: rett behandling, på rett sted, til rett tid*. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på 20.02.13: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201&epslanguage=nn-NO>

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (1999). Lokalisert på: www.lovdata.no

Jacobsen, D., Ingvaldsen, B., Buanes, T & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademiske.

*Kjøll, G. (2007). Lek: leksikografi. I Godal, A. M (Red.), Store Norske leksikon. Lokalisert 4. mars 13, på <http://snl.no/norm/sosial>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1 og 3*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Krokstad, S. Sund, E., R. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge en kunnskapsoversikt*.

Sosial- og helsedirektoratet. Lokalisert på 20.02.13:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/-sosiale-ulikheter-i-helse-i-norge-en-kunnskapsoversikt/Sider/default.aspx>

*Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleieutdanningen. Lokalisert 23.01.13 på:

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lindholm, C. (2009). *Sår* (2. utg.). [Oslo]: Akribes

*Miller, W, R & Rollnick, S. (2004). *Motivationssamtalen*. København: Hans Reitzels forlag.

*Ming Chen, S., Creedy, D., Lin, H-S & Wollin, J., (2010). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemetic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49 (2012) 637-644. Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074891100455X>

Mosand, R, D. & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R., *Klinisk sykepleie Bind 1*, (2010). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

*Næss, Ø., Rognerud, M., Strand, B. H. (Red). (2007). *Sosial ulikhet i helse en faktarapport*. Folkehelseinstituttet. Lokalisert 25.01.13 på: <http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf>

*Oftedal, B., Bru, E. & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011; 25; 735–744. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x/pdf>

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

Schei, B., & Bakketeig L.S (2007). *Kvinner lider-menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

*Skafjeld, A & Graue, M. (2011). *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Lørenskog: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleierpraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Vaaler, S. (Red.), Møinichen, T. & Grendstad, I. (2004). *Diabetes håndboken*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2005). Livskvalitet, helse, stress og mestring – Livskvalitet. I E. Gjengedal (Red.), & B. R. Hanestad, *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

*Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld. & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

*= selvvalgt litteratur