

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelsefag
4BACH

Inger Marit Eknes Ramskjær og
Marte Bryhn Strand

Veileder: Anne H. With

Bachelor i sykepleie

BASYK 2014

Veiledning til livsstilsendring

Guidance on lifestyle change

Antall ord: 11282

2017

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter som står i fare for iskemisk hjertesykdom til livsstilsendring?

Bakgrunn: Iskemiske hjertesykdommer rammer i dag flere yngre mennesker, grunnen til dette kan være måten disse menneskene lever livet sitt på, med tanke på kosthold og fysisk aktivitet. Dette er en av grunnene til at forebyggende helsearbeid er et av satsningsområdene til Norsk sykepleierforbund. Vi ønsker å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan veilede disse pasientene, for å forebygge sykdom relatert til livsstil.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Vi har benyttet oss av fag- og forskningsartikler, annen selvvalgt litteratur og pensumlitteraturen fra alle tre år på høgsolen for å finne svar på problemstillingen.

Resultat: Vi har funnet forskning som viser hvordan veiledning fungerer i praksis og hvordan vi som sykepleiere skal møte pasienten i en veiledningssituasjon. Vi har funnet ut at kommunikasjon har alt og si hvor hvordan resultatet av veiledningen skal bli. Kunnskaper, refleksjoner og tid viktige elementer både for oss som sykepleiere og for pasienten.

Konklusjon: Sykepleiere kan veilede pasienter ved å bruke god tid og vise oppriktig engasjement ovenfor den enkelte pasient. Vi må ha en åpen dialog som innebærer aktiv lytting og vi må ha evnen til å tilpasse kunnskapene og informasjonen vi gir til hver enkelt.

Livets vei

Så åpen

Så uendelig

Allikevel med rammer

Akkurat som livet

Vi kjører vår vei

Mot våre mål

Der fremme

(Kjerstin Kjefferud)

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Case.....	7
1.3 Presentasjon av problemstillingen	7
1.4 Avgrensning	7
1.5 Begrepsavklaring.....	8
1.5.1 Veiledning.....	8
1.5.2 Pasient.....	8
1.5.3 Iskemisk hjertesykdom	8
1.5.4 Livsstilsendring.....	8
1.6 Videre oppbygging av oppgaven	8
2. Metode	9
2.1 Kvalitativ Metode	9
2.2 Litteraturstudie som metode	9
2.3 Primær -og sekundærlitteratur.....	9
2.4 Kildekritikk.....	10
2.5 Forskningsartikkel og søkeprosess	10
2.5.1 Forskningsartikkel 1	10
2.5.2 Forskningsartikkel 2	11
2.5.3 Forskningsartikkel 3	11
2.5.4 Forskningsartikkel 4	11
2.5.5 Forskningsartikkel 5	12
2.5.6 Fagartikkel	12

3. Teori.....	13
3.1 Iskemisk hjertesykdom	13
3.2 Risikofaktorer	13
3.2.1 Kolesterol og blodtrykk	13
3.2.2 Kosthold og fysisk aktivitet	14
3.2.3 Overvekt og fedme.....	15
3.3 Livsstil og livsstilsendring.....	15
3.3.1 Frisklivscentralen	16
3.3.2 Motiverende intervju	17
3.4 Sykepleierens rolle og funksjon.....	17
3.4.1 Veiledning og kommunikasjon.....	18
3.5 Sykepleieteoretiker	19
4. Drøfting	21
4.1 Det første møtet med Mona	21
4.2 Å veilede til endring	23
4.3 Frisklivssentralen som en forebyggende arena.....	27
4.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til fysisk aktivitet og kosthold	29
4.5 Overvekt og motivasjon	31
4.6 Endringsprosesser	32
5. Oppsummering/Konklusjon	37
6. Litteraturliste.....	39
Vedlegg 1	43

1. Innledning

Studietiden nærmer seg nå slutten og vi har hatt tre læringsrike år på høgskolen. Med denne siste oppgaven er det viktig for oss å få frem noen av de utfordringene vi som sykepleiere vil stå ovenfor i fremtiden. Vi lever i dag i et samfunn der overvekt og fedme er et stadig økende problem og sammen med inaktivitet og røyking utgjør dette en høy risiko for iskemiske hjertesykdommer.

Gode behandlingsmuligheter og effektive medisiner gjør at vi lever lenger, men koster pasienten mye lidelse og samtidig samfunnet mye penger. Det som da blir viktig for oss er å se på muligheten til å forebygge disse sykdommene.

I takt med denne utviklingen så ser vi også at kravet til den pedagogiske funksjonen vi som sykepleiere har, øker. Vi føler at vi ikke har nok kunnskaper i forhold til vår veiledende funksjon som sykepleiere, derfor ønsker vi å øke vår kompetanse gjennom denne oppgaven ved å finne svar på problemstillingen.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Iskemisk hjertesykdom er en sykdom som rammer mange mennesker. Selv om det viser seg at dødeligheten har gått ned de siste årene, så er det flere yngre nå enn før som blir rammet. Det er derfor blitt økt fokus på forebygging av risikofaktorene for iskemiske hjertesykdommer, som for eksempel kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt (Ørn, s.163-165, 2014). Vi har erfaringer fra tidligere praksis og har i løpet av studietiden møtt mange pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og pasienter med angina pectoris. Mange av disse pasientene opplever mye lidelse i forbindelse med sykdommen, og får beskjed av lege at de må legge om livsstilen sin hvis de ønsker å leve lenger.

Vi har begge stilt spørsmålstegn ved om disse pasientene har vært klar over risikofaktorene for disse sykdommene, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at disse pasientene finner styrken til å gjennomføre endringer i livet sitt. Et av Norsk sykepleierforbund sine satsningsområder er folkehelsearbeid. Og vi ser at sykepleierne er avgjørende i dette arbeidet. Hvis vi møter situasjoner med en forebyggende og helsefremmende tilnærming, vil dette ha stor betydning for folkehelsen (Norsk sykepleierforbund, 2017).

1.2 Case

Mona på 55 år, jobber som kassadame på den lokale matbutikken. Nå er hun sykemeldet grunnet høyt blodtrykk. Etter at Mona og mannen skilte seg for fem år siden, har Mona lagt på seg omkring 20 kg. Hun velger seg lettvinte løsninger når hun lager seg middag. Som for eksempel pølser, pizza og pasta. Mona koser seg ofte om kvelden med smågodt foran tv. Hun er mindre fysisk aktiv nå enn hun har vært tidligere. Samtidig føler hun seg mer sliten.

Mona er 165 cm høy og veier 85 kg, noe som utgjør en BMI (body mass index) på 31,2 og hun ligger da under kategorien fedme (Norsk helseinformatikk, 2010). I tillegg til høyt blodtrykk, viser blodprøvene til Mona høye verdier av LDL kolesterol. Mona synes det er vanskelig å gjøre endringer på egenhånd. I samråd med fastlegen blir hun henvist til frisklivssentralen for råd og veiledning. Det er på frisklivssentralen vi som sykepleiere møter Mona.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter som står i fare for iskemisk hjertesykdom til livsstilsendring?

1.4 Avgrensning

Vi har valgt å lage en case som avgrenser i forhold til kjønn og alder på pasienten. Videre vet vi at pårørende er en viktig faktor i en livsstilsendring, men for at oppgaven ikke skal bli for stor, velger vi å ikke ta med pårørende. Psykiske faktorer blir nevnt i oppgaven, men dette er ikke fokuset og blir derfor ikke tatt med i sin helhet.

Vi kommer heller ikke til å utdype risikofaktorer som tobakk og blodsukkernivåer på grunn av oppgavens størrelse. Casen er fiktiv, derfor har vi ikke trengt å anonymisere navn eller andre opplysninger (Dalland, 2013, s. 102-103).

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Veiledning

Veiledning er noe som blir utført med den hensikt å hjelpe en annen til å finne en løsning på et problem. Veiledning blir gjort i form av informasjon, rådgivning eller terapi (Eide & Eide, s. 13-14, 2008).

1.5.2 Pasient

Er et begrep som ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, handler om en person som henvender seg til helsevesenet med anmodning om hjelp. Det kan også være en person som mottar eller er blitt tilbudt helsehjelp av helsevesenet (Lovdata, 2016)

1.5.3 Iskemisk hjertesykdom

Er når oksygen opptaket til hjertemuskelen reduseres som følge av trange blodårer (Ørn, s. 163-165, 2014).

1.5.4 Livsstilsendring

Målet med en livsstilsendring er at pasienten får varige forandringer. Livsstilsendringer sees på som en prosess der man gradvis vil endre sin atferd (Landsforeningen for hjerte og lungesyke, 2014).

1.6 Videre oppbygging av oppgaven

Denne oppgaven består av en metodedel, en teoridel, en drøfte del og til slutt en oppsummering/konklusjon. I metodedelen viser vi hvordan vi har funnet frem til de ulike forskningsartiklene, samt en presentasjon av de artiklene vi har valgt å bruke i drøftingsdelen.

I teoridelen har vi brukt pensumlitteratur fra alle tre årene på studiet, samt selvvalgt litteratur som vi finner relevant for å kunne svare på problemstillingen vår. I drøftedelen har vi brukt samme litteratur som i teoridelen, samtidig som vi har med selvvalgt litteratur, egne erfaringer og forskningsartikler.

Vi har valgt å dele opp drøftingsdelen i seks ulike underkapitler. Dette har vi gjort for at det skal bli mer oversiktlig å lese, og for at vi føler det samler oppgaven bedre.

2. Metode

En metode, er en beskrivelse av fremgangsmåten vi bruker når vi skal finne svar på ulike problemstillinger. Dalland refererer til sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på metode, «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet og metoder» (Dalland, 2013, s. 111).

2.1 Kvalitativ Metode

Kvalitativ metode, er en metode som bidrar til å gi oss en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan vi samhandler med andre. Kvalitativ metode tar for seg erfaringer og meninger som ikke kan måles. Metoden går i dybden og skal få frem helheten av et fenomen (Dalland, 2012, s. 112-113). Vi bruker kvalitativ metode i denne oppgaven.

2.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er den metoden vi bruker i denne oppgaven. Det vil si at vi skal samle skriftlig litteratur som vi finner relevant for å finne svar på vår problemstilling (Thidemann, 2015, s. 79-80). Vi skal bruke litteraturen som informasjonskilde, for så å drøfte det vi finner (Dalland, 2013, s. 66- 67). Oppgaven består av pensumlitteratur som vi har hatt i løpet av alle årene på studiet. Samtidig har vi brukt over 400 sider med selvvalgt litteratur. Blant annet har vi brukt 4 forskningsartikler, tidsskriftet sykepleien, bøker om helseveiledning, sykepleieteoretikere, helsedirektoratet og vi har benyttet en bok om bachelorskriving for sykepleierstudenter. Den selvvalgte litteraturen bidrar til å gi mer kunnskap og informasjon på spesielle områder, der pensumlitteraturen ikke strekker til. Selvvalgt litteratur er merket med * i referanselisten.

2.3 Primær -og sekundærlitteratur

Primærlitteratur vil si litteratur som bygger på ny forskning. Sekundærlitteratur bygger på primærlitteraturen ved at den tar for seg forskning som allerede eksisterer (Dalland, 2013, s. 79).

2.4 Kildekritikk

Dalland (2013, s. 63) beskriver en kilde som det stedet vi finner opphav til kunnskap. Kilden vi bruker må være troverdig, og innholdet på forskningen og teorien må være relevant i forhold til det vi ønsker svar på (Dalland, 2013, s. 74).

Det finnes massevis av informasjon og kunnskap, men ikke alt er like troverdig. Derfor er det viktig at den kunnskapen vi skal forholde oss til og som vi skal bruke ute i praksis er ekte og pålitelig (Dalland, 2013, s. 63-64). Vi har brukt mye pensumlitteratur i denne oppgaven, fordi den er skrevet av fagpersoner og er anbefalt av Høgskolen Innlandet.

Vi har grundig vurdert forskningen vi har funnet, opp mot IMRaD kriteriene: Introduksjon, Metode, Resultat (and) Diskusjon (Dalland, 2013, s. 79). Ingen av forskningsartiklene gir oss konkrete svar på problemstillingen vår, men de bidrar til å øke våre kunnskaper på de områdene vi føler at vi trenger mer kompetanse på.

2.5 Forskningsartikkel og søkeprosess

Vi har benyttet oss av databaser anbefalt av Høgskolen Innlandet. De vi har brukt er Pub Med, SWE Med, Google scholar og CHINAHL. Vi har også benyttet oss av tidsskriftet sykepleien.

For å få hjelp til søkeprosessen har vi valgt å bruke PICO skjema. Dette står for Pasient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Dette presenterer vi under vedlegg 1.

2.5.1 Forskningsartikkel 1

Den første artikkelen fant vi på Pub Med. Med å bruke søkeordene "lifestyle change", fikk vi opp 32288 treff. Vi søkte deretter med ordene "lifestyle change AND experiences", dette gjorde vi for å begrense treffene til mere konkrete artikler. Da fikk vi 3502 treff. På nummer én, fant vi "Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change- a qualitative study of Norwegian Healthy Centre participants" (2015).

Denne artikkelen handler om frisklivssentralen og om erfaringene til deltakerne som er med der. Forskningen forteller om sammenhengen mellom deltakerens livsstil og følelsesmessige erfaringer de har fra livet.

2.5.2 Forskningsartikkel 2

Den andre forskningsartikkelen fant vi på Google scholar. Der søkte vi med ordene ”forebyggende i forhold til fedme”. Dette resulterte i 6470 treff.

Artikkelen kom da opp som nummer fire på siden. Dette var ikke hoved forskningen, så vi måtte deretter gå inn på nettsiden sykepleien.no, da de refererte til denne siden her. Der søkte vi med ordet ”fedme”, som ga oss 70 treff. Deretter spesifiserte vi søket ved å skrive ordene ”fedme og motivasjon”. Dette resulterte i 11 treff, og en av disse treffene var originalforskningen.

Artikkelen viser sammenhengen mellom personer som lider av sykkelig overvekt, og at disse menneskene opplevde økt mestringsfølelse etter pasientkurs. Tittelen på forskningen: ”Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs” (2016).

2.5.3 Forskningsartikkel 3

Link til denne forskningen, fant vi inne på Landsforeningen for hjerte og lungesyke sine sider (LHL). Der leste vi om hvordan belgfrukter har en gunstig effekt på blodtrykket. Denne forskningen er publisert i American journal of hypertension. Den handler om belgfrukter og at ved å spise mer av disse, kan det faktisk bidra til å redusere blodtrykket.

Tittelen på forskningen er: “Effect of Dietary Pulses on Blood Pressure: A systematic Review and Meta- analysis of controlled Feeding Trials” (2013).

2.5.4 Forskningsartikkel 4

Denne forskningsartikkelen fant vi på CHINAHL. Der brukte vi søkeordene ”to guide (AND) lifestyle change”. Vi fikk 464 treff. På treff nummer 7, kom artikkelen “Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method” (2014).

Forskningen i denne artikkelen forteller at bruk av motiverende intervju, er mer effektivt enn tradisjonell rådgivning. Den sier også noe om at de involverte sykepleierne i den aktuelle studien, føler at de ikke har nok tid, og at de har for mange pasienter til å kunne fullføre et godt motiverende intervju i arbeidet sitt.

2.5.5 Forskningsartikkel 5

Denne artikkelen fant vi på SveMed+. Vi søkte her med ordet “motivasjon”, da fikk vi 1451 treff. For å begrense søket, brukte vi ordene “motivasjon AND livsstilsendring”. Da kom det opp kun én artikkel. Denne heter “Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt” (2012), og er publisert i tidsskriftet sykepleien.

Artikkelen handler om motivasjon, og den belyser hva som motiverer eller demotiverer personer med sykkelig overvekt til en livsstilsendring. Den synliggjør også hvilken betydning lærings- og mestringssenteret har for disse pasientene.

2.5.6 Fagartikkel

Fagartikkelen fant vi på Swe Med. Med ordene “kunnskap hos sykepleier” søkte vi etter norske fagartikler. Dette ga oss tre treff. På nummer to sto artikkelen “Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap” (2014). Artikkelen dukket opp på tidsskriftet sykepleien.no.

Fagartikkelen handler om fagutvikling hos sykepleiere og tar for seg hvordan sykepleiere skal kunne hjelpe pasienter som har behov for en livsstilsendring. Artikkelen påpeker også sykepleierens generelle kunnskaper på å fremme helse i eget fag og at vi trenger mer kompetanse på dette området.

3. Teori

I dette kapittelet tar vi for oss den teorien vi finner aktuell opp mot vår problemstilling. Vi vil si litt om iskemisk hjertesykdom og redegjøre kort om de ulike risikofaktorene, livsstilsendring, frisklivssentralen og sykepleierens rolle. Til slutt i dette kapittelet har vi med Joyce Travelbee`s sykepleieteori.

3.1 Iskemisk hjertesykdom

- Iskemi oppstår når et organ ikke får tilstrekkelig med oksygen. Når koronararteriene inn til hjertemuskelen blir trange eller tette, vil ikke hjertet få nok oksygenrikt blod. Hjertet vil da jobbe hardere for å få nok oksygen til vevet og blodtrykket vil øke. Høyt blodtrykk er en av de største risikofaktorene for å utvikle et hjerteinfarkt (Ørn, 2014, s. 163-166).
- Angina pectoris er en tilstand som oppstår når koronararteriene til hjertet er trange og oksygentilførselen til vevet reduseres. Symptomene på dette er smerter som gir seg ved hvile (Ørn, 2014, s. 92-102).
- Hjerteinfarkt oppstår når hjertemuskelen nekrotiserer og dør, som følge av nedsatt oksygentilførsel. Smertene vil ikke avta ved hvile (Ørn, 2014, s. 92-102).
- Røyking, høyt kolesterol, overvekt, fysisk inaktivitet og høye blodsukkernivåer er store risikofaktorer i forhold til utvikling av iskemisk hjertesykdom (Ørn, 2014, s. 92-102).

3.2 Risikofaktorer

3.2.1 Kolesterol og blodtrykk

Alle trenger kolesterol for å holde seg frisk, da kolesterol fungerer som byggesteiner i kroppen vår. Et dårlig kolesterol kan øke faren for hjerteinfarkt. Kolesterol er et fettstoff som transporteres rundt i kroppen (Helsebiblioteket, 2014).

Low-density lipoprotein (LDL) kolesterolet omtales som det dårlige kolesterolet, og det er dette kolesterolet som kan forårsake aterosklerose, hvis det får muligheten til å hope seg opp i blodårene. High-density lipoprotein (HDL) kolesterol omtales som det gode kolesterolet. Dette er fordi det frakter LDL vekk fra blodårene og dermed reduseres aterosklerosen (Helsebibloteket, 2014).

Hvis nivået av LDL kolesterol i blodet er høyt, øker risikoen for å utvikle iskemiske hjertesykdommer (Sortland, 2015, s. 205-207). Hypertensjon er også en risikofaktor for utvikling av disse sykdommene. Norsk helseinformatikk (2017) forklarer at et optimalt blodtrykk er 120/80 mmHg.

Hypertensjon vil si at hjertet må jobbe hardere for å pumpe blodet rundt i kroppen. Hvis dette harde arbeidet varer over tid, øker risikoen for hjerteinfarkt betraktelig. Kosthold og fysisk aktivitet vil ha en betydelig innvirkning på blodtrykket (Norsk helseinformatikk, 2017).

3.2.2 Kosthold og fysisk aktivitet

For å forebygge de overnevnte risikofaktorene er det viktig med et magert kosthold som inneholder mye frukt, bær og grønnsaker. Hurtigmat og fete melkeprodukter, inneholder mye fett og er ikke anbefalt for mennesker med høye kolesterolnivåer (Sortland, 2015, s. 206-209).

Helsedirektoratet har kommet med generelle anbefalinger ut til befolkningen, både om kosthold og om fysisk aktivitet. De har utarbeidet 12 kostholdsråd, og disse går i all hovedsak ut på å ha et variert kosthold, med lite salt og lite fett. Det blir anbefalt å drikke vann i stedet for saft og andre sukkerholdige drikker. Et kosthold som inneholder fisk til middag to ganger i uken og ved å velge grove varianter av brød og knekkebrød, bidrar dette til redusert risiko for utvikling av koronar hjertesykdom. Alle disse rådene bidrar til forebygging av overvekt og høyt blodtrykk (Helsedirektoratet, 2016).

Lite fysisk aktivitet er en av de viktigste årsakene til hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2015, s. 72). Rådene om fysisk aktivitet sier at vi bør være minst 30 minutter fysisk aktive hver dag for å redusere risikoen for overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2016, s. 472).

Fysisk aktivitet er en viktig kilde til å opprettholde en god helse og gir oss overskudd i hverdagen. Helsedirektoratet (2016) påpeker at det ikke er intensiteten på den fysiske aktiviteten som er vesentlig for en positiv helsegevinst, og at det aldri er for sent å starte med trening eller turer.

Fysisk aktivitet blir definert som «Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Helsedirektoratet, 2015, s. 73). Det finnes mange metoder for å fremme fysisk aktivitet, og helsepersonell har en viktig rolle i dette arbeidet. Fysisk aktivitet fører med seg mange positive helsegevinster. Immunforsvaret blir bedre og risikoen for infeksjoner reduseres, samtidig som det har en positiv virkning på humøret (Helsedirektoratet, 2015, s. 3-9).

3.2.3 Overvekt og fedme

For å holde vekten stabil er det viktig at man forbruker like mye energi som man får i seg. Ved lite fysisk aktivitet, og et kosthold som inneholder mange kalorier. Kan det føre til overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2015, s. 466). Body mass index (BMI), er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt. Grenseverdiene er satt av verdens helseorganisasjon (Folkehelseinstituttet, 2015).

Har man en body mass index mellom 25 og 29,9 så kategoriserer dette for overvekt. Men, har man en body mass index over 30, så kategoriserer dette for fedme. Overvekt sees på som en kronisk sykdom, på lik linje med andre kroniske sykdommer (Sortland, 2015, s. 192-198).

3.3 Livsstil og livsstilsendring

En livsstil sier noe om hvordan vi mennesker lever livet vårt, og innebærer de holdningene vi har til blant annet kosthold, fysisk aktivitet, røyking og bruken av alkohol. Når en eller flere av disse faktorene begynner å gå utover helsa vår på en negativ måte, er det viktig å ta grep slik at man unngår sykdom. Det er mange ting som påvirker måten vi lever på. Blant annet vil oppveksten vi har hatt, danne grunnlaget for de verdier og holdninger vi har, og som vi tar med oss videre i livet (Kristoffersen, 2012, s. 198-201).

Det er ulike modeller for hvordan de ulike fasene i livsstilsendringen arter seg. Den modellen som er mest brukt er utviklet av Psykologene James O. Prochaska og Carlo Di Clemente. Denne modellen heter «Stages of change» og deler opp endringsprosessen i faser. Tanken bak denne modellen, er at sykepleiere skal få en bedre mulighet til å påvirke og støtte pasienter i endringsprosessen (Christiansen, 2014. s, 164-165). Vi vil komme tilbake til disse fasene i drøftingskapitlet.

3.3.1 Frisklivsentralen

Dette er en helsefremmende og forebyggende tjeneste som finnes i mange av kommunene i Norge. Frisklivsentralen har som oppgave å gi støtte til mennesker med ulike behov for veiledning, for å oppnå en livsstilsendring. Det er mennesker som har økt risiko for ulike sykdommer grunnet sine levevaner, og det er mennesker som allerede har en sykdom på grunn av hvordan de lever livet sitt (Helsedirektoratet, 2016).

Disse menneskene trenger ofte veiledning til å legge om sine levevaner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016). Som oftest er det fastlegen som henviser personer til frisklivsentralen, men annet helsepersonell kan også henvise. Man kan også ta kontakt på eget initiativ. Tilbudet har en varighet på 12 uker, og starter med en helsesamtale som bygger på et motiverende intervju (Helsedirektoratet, 2016).

På en frisklivsentral tilbys det både individuelle veiledninger og gruppeveiledninger. Frisklivsentralen tilbyr også kurs i forhold til matlaging og kosthold for at deltakerne skal lære seg å lage ulike matretter med næringsrikt innhold. Det blir brukt matdagbok og kostregistrering. På frisklivsentralen blir det utført fysiske tester og det blir ført aktivitetsdagbok i forhold til deltakerens fysiske aktivitet. Dette skal være med på å bevisstgjøre deltakerne i forhold til deres fysiske form (Helsedirektoratet, 2016).

Alle tilbud som frisklivsentralen har, skal være kunnskapsbaserte og følge nasjonale anbefalinger. Frisklivsentralen skal gjøre alle deltakerne oppmerksomme på ulike tilbud i kommunen som de kan benytte seg av etter at disse 12 ukene med oppfølging er ferdig (Helsedirektoratet, 2016). Disse tilbudene kan blant annet være gå grupper, friluftsansjoner eller svømmegrupper (Helsedirektoratet, 2016).

3.3.2 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en metode sykepleier eller annet helsepersonell kan bruke for å styrke motivasjonen hos personer som bør legge om livsstilen sin. Denne metoden blir ofte brukt i veiledningsprosesser (Helsedirektoratet, 2017).

Metoden ble utviklet på 1980 tallet, og ble i utgangspunktet utviklet for å hjelpe alkoholavhengige, men i dag blir metoden brukt i mange ulike sammenhenger der livsstilsendring er målet. Som for eksempel livsstilsendring ved overvekt (Ivarsson, 2017, s. 11-13).

Samtalen innebærer at sykepleieren stiller åpne spørsmål og lytter aktivt til det pasienten har å si. Deretter reflekterer sykepleieren over de svarene pasienten gir, for så å speile de tilbake til pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Dette er for å få en bekreftelse på at informasjonen er riktig forstått, og for at pasienten skal føle seg hørt (Ivarsson, 2017, s. 22-23).

Det er viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter og er bevisst på hvordan spørsmålene blir formulert. Dette er fordi pasienten kan lett få en passiv rolle og dermed svare på en måte som gir oss lite informasjon (Ivarsson, 2017, s. 20-21). Sykepleieren skal ikke presse pasienten eller virke formanende ved å komme med konkrete råd, men vise interesse for det som blir sagt og akseptere pasienten og de ressursene som er tilstede (Ivarsson, 2017, s. 16-17).

3.4 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleiere har mange funksjoner. Blant annet skal vi forebygge sykdom, lindre smerter ved sykdom, rehabiliterer etter sykdom og vi skal undervise og veilede pasienter. Alle disse funksjonene skal bygge på sykepleiens verdigrunnlag (Kristoffersen, 2012, s. 16-17).

Norsk sykepleierforbund forklarer verdigrunnlaget slik:

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2014, s. 29-30) definerer sykepleie som «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 en mening i disse erfaringene».

Sykepleiere skal opptre profesjonelt og omsorgsfullt i møte pasienter. Vi skal ha evnen til å vise empati og vi må klare å tilpasse oss de pasientene vi skal hjelpe (Kristoffersen, 2012, s. 102-105). Det kreves at sykepleiere skal ha kunnskaper om ulike sammenhenger mellom helse og sykdom, både på individ og samfunnsnivå (Norsk sykepleierforbund, 2017).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver to viktige punkter om sykepleierens rolle og funksjon som vi knytter opp mot vår problemstilling:

1.4 «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

2.4 «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

3.4.1 Veiledning og kommunikasjon

Veiledning er en metode som spiller en viktig rolle i sykepleierens pedagogiske funksjon (Tveiten, 2014, s. 177). Målet med veiledning er å sette i gang en prosess hos den som blir veiledet. Når sykepleieren skal veilede noen er det viktig at man skaper en god relasjon til pasienten. For å få til dette, er det viktig at sykepleieren er lyttende og møter pasienten der den er. Det er pasienten selv som bestemmer hva den har som mål for veiledningen, og skal sammen med sykepleieren finne frem til muligheter for å nå målet (Kristoffersen, 2012, s. 365).

Veiledningsprosessen består av tre ulike faser, som sier at den som veileder og pasienten i fellesskap skal klargjøre utgangspunktet og finne ut hvor pasienten befinner seg akkurat nå. Sammen skal sykepleieren og pasienten finne ut av ønsker, mål og hvordan målet kan oppnås. Sykepleieren må ha evnen til å engasjere seg i pasientens situasjon og stille åpne spørsmål, derfor er det viktig med gode kommunikasjonsferdigheter (Kristoffersen, 2012, s. 366).

For å hjelpe pasienten med å utvikle selvstendighet, er det viktig at sykepleieren har evnen til å skille mellom seg selv og pasienten under veiledningen (Kristoffersen, 2012, s. 366-367). Dette er viktig for at pasienten selv skal klare å se hvordan han kan ta kontroll over sitt eget liv og sine egne handlinger (Kristoffersen, 2012, s. 366-367). Empowerment er et begrep som ofte blir brukt, når det er snakk om pasientens kontroll over eget liv (Tveiten, 2014, s. 173). Empowerment brukes som en strategi i folkehelsearbeid, for at vi selv skal kunne klare å ta mer kontroll over egen helse (Kristoffersen, 2012, s. 338).

Eide & Eide (2014, s. 17) definerer kommunikasjon som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter». Å kommunisere vil si at man gjør noe i fellesskap med en annen, og det finnes ulike måter å utføre denne kommunikasjonen på (Eide & Eide, 2014, s. 23).

Profesjonell kommunikasjon er den kommunikasjonen sykepleiere benytter seg av på jobb, og den har et helsefaglig formål. Det vil si at kommunikasjonen skal være hjelpende ovenfor en annen (Eide & Eide, 2014, s. 17-18). I følge Eide & Eide (2014, s. 23), så er aktiv lytting den viktigste ferdigheten sykepleieren kan ha i en profesjonell, hjelpende kommunikasjon.

3.5 Sykepleieteoretiker

Vi har valgt å ha med sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee på grunn av hennes syn på kommunikasjon, og hvordan hun mener kommunikasjonsprosessen gjør sykepleiere i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold. Hun mener at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindivider med å forebygge lidelse og sykdom (Travelbee, 2014, s. 136). Samtidig mener hun at helsefremmende arbeid er for lite prioritert i dagens samfunn (Travelbee, 2012, s. 44-48).

Travelbee (2014, s. 30) definerer sykepleie som en interaksjonsprosess, med fokus på forholdet mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleie handler om mennesker og brukes som et middel til å hjelpe andre. Vi mennesker utvikler oss hele livet, men vi har allikevel en evne til å se tilbake til fortiden, samtidig som vi kan se fremover i tid og leve her og nå (Travelbee, 2014, s. 30). På bakgrunn av dette mener Travelbee (2014, s. 55) at vi husker vonde og gode opplevelser fra fortiden og at vi kan knytte disse opplevelsene opp mot hva vi ser for oss i fremtiden.

Hvert enkelt menneske er unikt og dette forklares ut fra hvilken bakgrunn vi har og de livserfaringene vi har gjort oss. To mennesker kan oppleve akkurat det samme, men hvordan de takler eller mestrer det de har opplevd kan være avhengig av tidligere livserfaring (Travelbee, 2014, s. 46-57). Mennesker er mer forskjellige enn vi er like, hvis vi er bevisste på dette, så vil det være lettere å se hele menneske som et enkelt individ og tilpasse oss hver enkelt (Travelbee, 2014, s. 56-57).

Travelbee sier også at selv om et menneske har fått en sykdom, kan personen likevel oppleve å ha en god helse. Helse er et eget definert begrep, som mennesket selv tar stilling til basert på hvordan man føler seg (Kristoffersen, 2012, s. 216-217).

Travelbee (2014, s. 44-48) er opptatt av at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk, det vil si en bevisst bruk av seg selv og egne kunnskaper ovenfor pasienten. Det skal være en kombinasjon av følelser og fornuft når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienter. Sykepleieren må ha en evne til å være realistisk for å hjelpe pasienten i å mestre sin egen virkelighet, men samtidig er det viktig med evnen til å leve seg inn i pasientens historie (Travelbee, 2014, s. 44-48).

4. Drøfting

I drøftingen tar vi utgangspunkt i casen som står under punkt 1.2 og omtaler personen i casen både som “Mona” og som “pasient”. Vi velger også å anvende “sykepleier” og “vi” om oss selv. Vi skal i dette kapitlet drøfte hvordan vi som sykepleiere kan bruke veiledning i møte med Mona. Vi drøfter ulike utfordringer vi som sykepleiere kan stå ovenfor i møte med pasienter som trenger veiledning til å legge om livsstilen sin.

4.1 Det første møtet med Mona

Det kan dukke opp mange utfordringer når vi som sykepleiere skal veilede en annen. Vi tenker at vi må ha klart for oss hva veiledning egentlig er. Vi har i gjennom utdanningen lært at å være sykepleier innebærer ulike roller og funksjoner. Blant annet har vi som sykepleiere en pedagogisk rolle, hvor undervisning og veiledning er sentrale funksjoner. Veiledning er en praktisk ferdighet som faktisk må trenes på, og som vi ser at krever ganske mye av oss.

Veiledning er ifølge Tveiten (2014, s. 184) en prosess som handler om å sette pasienten i stand til noe, og jobben vår i veiledningsprosessen er å legge til rette for dette. Hva pasienten skal settes i stand til, er individuelt (Tveiten, 2014, s. 184-185).

Vi må ha evnen til å legge personlige problemer til siden, hvis vi skal klare å gi oppmerksomheten vår fullt og helt til en annen i en veiledningssituasjon (Kristoffersen, 2012, s. 366-367). Hvis vi har mye annet å tenke på under veiledningen, så fører dette til at vi ikke klarer å fokusere på det pasienten forteller. Dette kan merkes av pasienten som da kan velge å distansere seg fra oss, fordi hun ikke føler seg sett eller hørt (Kristoffersen, 2012, s. 366-367).

Under det første møtet dannes det et førsteinntrykk, både fra sykepleierens og pasientens side. Travelbee (2014, s. 186) mener at førsteinntrykket blir dannet på bakgrunn av verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette vil si at ansiktsuttrykk og tegn, samt de ordene vi sier under dette første møtet har mye å si for hvordan den andre parten ser oss. Fra erfaring vet vi at bare det å sitte ned med pasienten i stedet for å stå i en samtale, signaliserer at vi har tid til pasienten. Pasienter har selv bekreftet til oss i praksis at dette gir en trygghet og tillit til oss som sykepleiere.

Eide & Eide (2014, s. 198-199) forklarer hvordan vi mennesker tolker disse non-verbale uttrykkene. Det kan for eksempel være når vi nikker, så er det et tegn på at vi forstår, hvis vi rynker i pannen kan det signalisere at vi ikke forstår hva den andre mener. Hvis vi stirrer på pasienten, kan hun oppleve ubehag, hvis vi bare sitter der og smiler så kan dette oppleves som at vi ikke tar henne alvorlig. Alle disse uttrykkene blir tolket av den andre, og pasienten trekker konklusjoner på bakgrunn av det hun ser og de tolkningene hun gjør ut fra dette. Det samme vil være hvordan vi tolker pasienten. Vi kan merke på pasientens kroppsspråk hvis hun er utrygg eller usikker i situasjonen (Eide & Eide, 2014, s. 198-199). Dette forteller oss at vi må være bevisste på hvordan vi møter Mona, ikke bare verbalt, men også non-verbalt.

I den settingen vi møter Mona, er hun pasient og vi er sykepleiere. Travelbee (2014, s. 186-187) forklarer at både sykepleiere og pasienter har med seg erfaringer fra tidligere møter, som spiller en rolle i denne sammenhengen. Hvis Mona har hatt en god opplevelse eller en dårlig erfaring i møte med helsevesenet fra tidligere, kan dette danne grunnlaget for hvordan hun ser på sykepleiere generelt.

Vi møter nye pasienter hver dag og Mona er i dette tilfellet en pasient. I vår rolle som sykepleiere, er det viktig at vi også ser henne som et enkelt individ (Travelbee, 2014, s. 187). Her igjen er det viktig å huske på hvordan vår fremtreden kan påvirke det første møtet med pasienten. Hvis vi sitter bak et skrivebord eller sitter med armene i kors, tenker vi at det kan føre til at Mona føler veldig på rollen som pasient (Eide & Eide, 2014, 198). Vi tenker at dette vil forsterke sykepleier-pasient kategoriseringen som Travelbee (2014, s. 178-179) forteller om, og slik vi ser det vil det vil det øke usikkerheten hos pasienten.

Som sykepleiere er det svært viktig å ha gode kommunikasjonsevner, da det er tydelig at det er dette som ligger til grunn for et godt samarbeid mellom oss og Mona. Det vil etterhvert bli dannet en tilknytning mellom oss og pasienten, noe som gjør at vi ikke lenger tenker på hverandre som pasient eller sykepleier, men at vi har opprettet et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 2014, s. 178-179). Vi forstår dette som at både vi som sykepleiere vil kunne se Mona som et enkelt individ, samtidig som Mona også ser oss som mennesker bak sykepleiertittelen. Vi tenker at dette skjer først når vi har opparbeidet en gjensidig tillit i samarbeidet med Mona. Travelbee (2014, s. 178) er klar på at det er vi som sykepleiere, som har ansvaret for at menneske-til-menneske forholdet i det hele tatt oppstår, men at det skal etableres i samarbeid med pasienten.

Her vil det være naturlig å trekke frem sykepleiens verdigrunnlag, som ligger til grunn for hvordan vi som sykepleiere skal behandle pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7). Ut fra dette verdigrunnlaget forstår vi at vi skal vise respekt for Mona og hennes liv, samtidig skal vi vise omsorg og være støttende i veiledningsprosessen.

Travelbee (2014, s. 137) forklarer kommunikasjon som en atferd, fordi den alltid involverer fysisk og mental aktivitet hos både sykepleieren og pasienten. Dette forstår vi som at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Samtidig så forteller Eide & Eide (2014, s. 17) at det er to ulike måter å kommunisere på. Her vil vi nevne den profesjonelle kommunikasjonen som vi sykepleiere benytter oss av i møte med pasienter. Denne kommunikasjonen har et helsefaglig, hjelpende formål og vi skjønner at måten vi kommuniserer på vil ha et annet formål enn hva Mona har (Eide & Eide, 2014, s. 18). Travelbee (2014, s. 137) sier også at man ikke deler noe meningsfylt med andre før man er sikker på at det man deler blir godt mottatt.

Hvordan skal Mona vite at hun blir forstått og at det hun forteller blir godt mottatt av oss? Her forteller Eide & Eide (2014, s. 220) om bekreftende kommunikasjon. Det vil si hvordan vi som sykepleiere viser ovenfor Mona, at vi har sett og forstått det hun meddeler. For eksempel ved at vi nikker bekreftende eller sier korte små ord når vi skal vise at vi forstår og hører det hun sier (Eide & Eide, 2014, s. 220-221). Denne kommunikasjonen skaper tillit og trygghet i veiledningen (Eide & Eide, 2014, s. 220), noe vi tenker er avgjørende for at Mona skal klare å åpne seg for oss.

4.2 Å veilede til endring

Det finnes ulike måter å veilede på, men målet med veiledningen er det samme. Det er å skape en endring hos pasienten (Christiansen, 2014, s. 70-74). Vi møter Mona på frisklivssentralen til en helsesamtale. Ifølge Helsedirektoratet (2017) bygger denne helsesamtalen på et motiverende intervju. Motiverende intervju er et verktøy i veiledningen, som vi sykepleiere kan bruke i møte med ulike pasienter for å styrke motivasjonen de har til å forandre livsstilen sin. Ifølge Burke & Lundahl (2009) er motiverende intervju 10-20% mer effektivt enn noen annen form for veiledning.

Som nevnt tidligere opplever vi at det å veilede pasienter kan være utfordrende. Dette er fordi vi hele tiden skal være bevisste på hvordan vi selv fremstår i denne prosessen. Vi skal være aktivt lyttende og være oppriktig interessert i pasienten vi har fremfor oss, samtidig skal vi forstå det som blir sagt (Helsedirektoratet, 2017).

Vi skal i denne samtalen finne ut av hvor klar Mona er for å gjøre en endring, hvor motivert er hun til å foreta en endring og hvorfor ønsker hun endring (Helsedirektoratet, 2015, s. 104). Å utføre et motiverende intervju er tidkrevende, fordi det krever veldig mye av oss. På frisklivssentralen er det satt av tid til denne samtalen, men motiverende intervju brukes også andre steder i helsevesenet hvor man har tidsbegrensninger (Helsedirektoratet, 2015, s.104).

En forskning som er blitt gjort i kommunehelsetjenesten i Sverige, forteller oss hvordan sykepleiere opplever motiverende intervju som en metode i veiledningen av pasienter. Alle sykepleierne hadde gjennomgått kurs i motiverende intervju og samtlige syntes at denne metoden var mer effektiv enn tradisjonell rådgivning. Likevel opplever halvparten av sykepleierne at de mangler tid til å få utført intervjuet og at de blir usikre når de møter motstand hos pasientene (Häggström, Kristofferzon, Wadensten & Östlund, 2014).

Vi tenker at selv om vi kan møte motstand hos pasienten under et motiverende intervju, så må vi akseptere denne motstanden for å komme videre. Fra praksis vet vi at å møte motstand hos pasienter skjer relativt ofte, men vi kan ikke gi opp av den grunn. Vi tenker at vi heller må finne ut hvordan vi kan møte denne motstanden og få frem det positive i situasjonen.

Eide & Eide (2014, s. 222-223) sier at pasienter kan oppleve negative følelser i en situasjon hvor de må fortelle om seg selv. Mange kan tenke at det de sitter inne med av tanker, følelser eller erfaringer, ikke er relevant for oss som sykepleiere å vite om dem. Ved at vi da oppmuntrer pasienten ved å vise respekt og nysgjerrighet, kan vi stimulere pasienten til å fortelle allikevel (Eide & Eide, 2014, s. 223).

Her vil vi nevne et eksempel i fra praksis hvor vi hadde en overvektig pasient på sykehuset. Pasienten kunne ikke skjønne hvorfor han overvektig, han mente at han ikke spiste noe usunn mat. Han forteller at overvekt lå i familien, og at det var årsaken til at han var så stor. Vi engasjerte oss i det han fortalte, å spurte han direkte spørsmål som gikk på kosthold. Etter en stund kommer det frem at mannen var mye oppe om natten og spiste fordi han ikke fikk sove. Han visste ikke at dette kunne være medvirkende til at han var overvektig og tenkte da at dette ikke var relevant for oss å vite noe om. I etterkant har vi reflektert over at han kanskje også var flau for at han var oppe og spiste om natten, og at det var grunnen til at han ikke fortalte det.

Vi tenker ut fra denne episoden, at Mona kan også sitte inne med tanker eller informasjon som er relevant å få frem med tanke på hvordan hun skal klare å gjennomføre en livsstilsendring. Hvis hun selv opplever disse tankene som negative eller irrelevante i veiledningsprosessen, så kan dette føre til at vi som sykepleiere møter motstand når vi skal veilede Mona.

Tilbake til forskningen. I tillegg til motstand hos pasientene, opplevde sykepleierne i studien, at tid var en faktor som hadde mye å si for deres bruk av motiverende intervju (Häggström et al, 2014). Ivarsson (2017, s. 12) sier at det er mulig å ha korte samtaler som har 10-15 minutters varighet, samtidig viser det seg at lengre og flere samtaler vil gi en bedre effekt til livsstilsendring enn disse korte samtalene.

Forskningsartikkelen fra Sverige nevner også at de ønsker mer tid til å reflektere etter bruk av metoden, dette for å lære av sine feil og for å lykkes videre (Häggström et al., 2014). Dette synes vi er et utrolig viktig poeng. Vi har selv opplevd hvordan refleksjon av eget utført arbeid, og andres arbeid øker motivasjonen til å fortsette. En kritisk refleksjon av våre egne handlinger, enten alene eller sammen med andre, hjelper oss til å bli bedre som sykepleiere (Kristoffersen, 2012, s. 194-195).

Videre påpeker artikkelen at sykepleiere må være interesserte og villige til å bruke motiverende intervju i veiledningen av pasienter (Häggström et al., 2014). Vi har erfaringer fra praksis som har lært oss at å lære nye metoder tar tid. Enten det er sykepleieprosedyrer eller kommunikasjonsmetoder, så må vi øve mye for å bli gode.

Vi har sett i arbeidslivet at ikke alle kollegaer er like engasjerte når det blir presentert nye prosedyrer eller metoder å gjøre ting på, dette gjør at det blir utfordrende å implementere nye ting på arbeidsplassen. Kan dette være på grunn av for lite kunnskap?

Det er viktig at når vi som sykepleiere bruker motiverende intervju, tør å være stille under veiledningen. Det er også viktig at vi opptrer lyttende og er bevisst på at det er pasienten som skal føre samtalen (Hägström et al., 2014). Stillhet kan for mange oppleves ubehagelig, men vi tenker at denne stillheten gir pasienten rom til å tenke igjennom det hun vil fortelle. Da gir vi pasienten muligheten til å reflektere over sin egen situasjon og det som er viktig for henne. En aktiv bruk av stillheten forklares av Eide & Eide (2014, s. 212-213) som et sterkt middel i kommunikasjonsprosessen.

Stillheten gir som nevnt pasienten en mulighet til å reflektere over det hun selv har sagt. Samtidig gir den oss sykepleiere også en mulighet til å reflektere og den gir oss tid til å finne veien videre derfra (Eide & Eide, 2014, s. 212-213). Refleksjon er ifølge Christiansen (2014, s. 179) viktig for å finne mening i egen situasjon, og for å klare å utvikle eller endre de tankene man har.

En av våre oppgaver som sykepleiere er å gi informasjon og råd til Mona under samtalen, men det er viktig å spørre om hun ønsker dette først (Helsedirektoratet, 2015, s. 104). Eide & Eide (2014, s. 292-293) forklarer at den informasjonen vi gir må tilpasses pasientens behov og hvor mottakelig hun er for informasjon i den situasjonen hun befinner seg i akkurat nå. Det er viktig at vi ikke opptrer formanende når vi kommer med råd til Mona, da dette kan virke mot sin hensikt (Ivarsson, 2017, s. 16-17).

Dette tolker vi som at vi som sykepleiere må se pasienten der hun er og ikke ha en «ovenfra og ned holdning» som innebærer “du skal” eller “du må”. Travelbee (2014, s. 41-43) forklarer at vi som sykepleiere skal ha evnen til å bruke oss selv terapeutisk. Hvordan kan vi bruke oss selv terapeutisk i møte med Mona? Ved å bruke de kunnskapene vi har tilegnet oss, samtidig som vi er bevisst på vår egen adferd, vil vi kunne bruke oss selv terapeutisk (Travelbee, 2014, s. 45).

Vi ser at dette krever mange egenskaper hos oss som sykepleiere. Disse egenskapene innebærer at vi tror på oss selv i møte med pasienten og at vi har en god selvinnsettelse. Vi undres på om alle sykepleiere har disse egenskapene? Travelbee (2014, s. 44) sier at vi må også ha evnen til å forstå hvordan vi påvirker andre med måten vi er på. Så vi forstår at ved at vi som sykepleiere reflekterer over våre egne handlinger og vår væremåte ovenfor pasienten, vil dette føre til at vi får en større selvinnsettelse. Kombinert med kunnskapene våre, har vi da evnen til å bruke oss selv terapeutisk i møte med Mona.

4.3 Frisklivssentralen som en forebyggende arena

Frisklivssentralen er et tilbud til mennesker som trenger veiledning og hjelp til å legge om livsstilen sin. Tilbudet er initiert av Helsedirektoratet og 248 kommuner i Norge har dette tilbudet (Helsedirektoratet, 2016). Helsedirektoratet (2016) forteller om at deltakere på frisklivssentralen har fått økt motivasjon til livsstilsendringer etter at de har fått økt kunnskap om levevaner, opplevd sosial tilhørighet, faste avtaler de må forholde seg til og møtt kompetanse hos helsepersonellet.

Kristoffersen (2012, s. 235) forteller at mennesker som skal legge om livsstilen sin i forhold til fysisk aktivitet og kosthold slik som Mona, opplever dette som svært vanskelig uten et støtteapparat som gir oppfølging og som støtter de underveis i endringsprosessen. Vi tenker at frisklivssentralen nettopp fungerer som et støtteapparat for disse pasientene og bidrar til at det blir lettere å gjennomføre en livsstilsendring.

En studie som er gjort på frisklivssentraler rundt i Norge, forteller også at det å skulle legge om livsstilen sin kan være en kjempe utfordring for mange. Det viser seg at bakgrunnen og erfaringene til menneskene som deltar på frisklivssentralene er for lite kjent (Følling, Helvik & Solbjør, 2015). For å kunne sette i gang effektive tiltak som kan bidra til livsstilsendring, og som vil ha en langvarig effekt er det viktig at vi vet historien og erfaringene til Mona. Har hun erfaringer fra tidligere som gjør at det er ekstra vanskelig å bryte med gamle vaner?

Mona ble skilt fra mannen sin for fem år siden og etter dette har hun lagt på seg cirka 20 kilo. Vi tenker at dette kan ha en sammenheng. I følge Mæland (2012, s. 112) så har stress og negative tanker en innvirkning på selvfølelsen og hva slags mestringsforventning vi mennesker har til oss selv.

Så vi tenker med dette at Mona kan ha slitt med overvekt før skilsmissen og at ved å bli skilt så bidro dette til mer overvekt, på den måten at hun fikk mindre tro på seg selv da hun ble alene. Samtidig så vet vi fra egen erfaring at ved å være alene så oppleves det lettere å velge enkle løsninger til middag, som ofte er usunne alternativer.

Helsedirektoratet (2016) sier at overvekt kan skyldes overspising og at overspisingen kan være en form for mestringsstrategi for å dempe følelsesmessig smerte. Vi tenker at en skilsmisse kan oppleves som en følelsesmessig smerte. Christiansen (2014, s. 170-172) sier at for eksempel matvaner kan gå helt tilbake til barndommen. Det viser seg at det å spise kan knyttes til følelsesmessige og sosiale behov som menneske har og mat kan ubevisst brukes å dempe følelsesmessig smerte. Forskningen vi har funnet støtter opp om dette, og den forteller oss om hvordan følelsesmessige opplevelser i oppveksten kan påvirke evnen til deltakerne på frisklivssentralen til å gjennomføre en livsstilsendring (Følling et al., 2015).

Joyce Travelbee (2014, s. 55) forklarer at vi mennesker har en evne til å knytte opplevelser fra fortiden inn i tanker som vi har om fremtiden. Det vil si at hvis Mona har vonde følelsesmessige opplevelser fra fortiden, så kan det tenkes at hun knytter disse følelsene opp mot de fremtidstankene hun har, og da kan det tenkes at en livsstilsendring blir vanskeligere å gjennomføre. Her ønsker vi å trekke inn Virginia Henderson sin sykepleieteori om kunnskap, krefter og vilje. Hun forklarer at pasienten kan oppleve å ha viljen til å foreta endring, men at hun mangler kunnskap eller krefter til å gjøre noe. På samme måte kan pasienten mangle vilje eller krefter, men sitte på masse kunnskap (Kristoffersen, 2012, s. 224).

Det er nettopp dette forskningen forteller oss også. Den sier at viljen til livsstilsendring kan være tilstede hos mange, men at det er kunnskaper om hvordan de skal få det til som mangler (Følling et al., 2015). Mona er villig til endring, men har hun kunnskapen og kreftene dette krever?

4.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til fysisk aktivitet og kosthold

Vi har sett og opplevd i praksis at det er mangler på kunnskap når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet, både hos pasienter og hos sykepleiere.

Med dette mener vi kunnskapen om hvordan fysisk aktivitet og kosthold påvirker helsen og om hvordan små grep i hverdagen kan bidra til en bedre helse. Ved at vi som sykepleiere har et økt fokus på fysisk aktivitet og kosthold og videreformidler kunnskapen vi har til Mona, så tenker vi at dette bidrar til en bevisstgjøring hos pasienten.

En fagartikkel utgitt av tidsskriftet sykepleien, forteller oss at sykepleiere i dag har for lite kunnskaper om hvordan man skal jobbe helsefremmende. Den påpeker at vår rolle og funksjon som sykepleiere har endret seg de siste årene. Fra å ha en undervisende funksjon, og at vi fungerer som rådgivere for pasientene, så har vi i dag en mer veiledende funksjon hvor vi skal gi pasienten en mer aktiv rolle i egen situasjon (Bondås et al., 2014).

Vi tenker at grunnen til at akkurat denne funksjonen har endret seg, kan være på grunn av hvordan samfunnet er blitt i dag med ulike livsstilsykdommer og plager mennesker har i forbindelse med hvordan de lever livet sitt. Samtidig tenker vi at ved å gi pasienten en mer aktiv rolle i egen situasjon, så fører det til en mer langvarig livsstilsendring, enn om vi bare ga råd eller undervisning. Ved at vi kombinerer vår kunnskap, både det vi har funnet i forskning og teori og de erfaringene vi har fra tidligere, med Mona sine erfaringer og de tingene som er viktig for henne, så jobber vi kunnskapsbasert. Kristoffersen (2012, s. 166-167) sier at ved å jobbe kunnskapsbasert får pasienten en mer aktiv rolle i egen situasjon og vi tenker at det er dette som er viktig for at Mona skal klare å gjennomføre livsstilsendringer.

Vi tror pasienter i dag er mer opplyste om sykdom og behandling enn tidligere, og det kan handle om at det finnes så mye tilgjengelig informasjon på internett og i media generelt. For Mona kan det være vanskelig å skille mellom hva som faktisk er sant av all denne informasjonen. Vi synes derfor det er viktig at Mona vet hva slags informasjon hun kan stole på og ikke og derfor kan det være nyttig å fortelle henne om Helsedirektoratet og Norsk helseinformatikk som har konkrete råd og troverdig informasjon.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at vi som sykepleiere skal informere pasienten, i den grad at hun har mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Informasjonen skal som nevnt tidligere, være tilpasset pasienten og vi skal forsikre oss om at Mona har forstått informasjonen (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Travelbee (2014, s. 35) på sin side sier at det ikke er formidling av informasjon som er det vesentlige, men at vi skal bistå den enkelte pasient med å finne meningen med de helsefremmende tiltakene pasienten setter seg. Vi spør oss selv da om hvordan Mona skal klare å finne meningen med helsefremmende tiltak, hvis hun ikke har fått noe informasjon om hvorfor disse tiltakene er nødvendige. Vi tenker at ved å gi informasjon om for eksempel kosthold og om hvorfor det er viktig med endringer, så er vi med på å bistå Mona slik at hun finner en mening med tiltakene. Her er det viktig at vi har den kunnskapen som Mona trenger, og for at vi skal ha dette må vi holde oss oppdatert på nyere forskning og vi må hele tiden oppdatere fagkunnskapene våre (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Vi ser med dette at hvis vi holder oss faglig oppdaterte, vil det komme pasienten til gode. Samtidig må vi forsikre oss om at informasjonen vi gir, blir forstått riktig av Mona. Dette sier noe om Mona's health literacy (HL) (Tveiten, 2014, s. 182). Har hun evnen til å forstå og bruke den informasjonen hun får av oss til å legge om livsstilen sin? Vi tenker at det letteste vi kan gjøre for å finne ut om hun har skjønt informasjonen vi har kommet med, er å spørre henne. Samtidig tenker vi at vi må observere hennes non-verbale uttrykk, da vi kan lese på Mona om hun har forstått eller ikke (Eide & Eide, 2014, s. 199).

Helsedirektoratet (2016) har kommet med råd, både om fysisk aktivitet og om kosthold, allikevel ser det ut til at Mona ikke klarer å følge disse rådene. Det kan være at hun ikke har fått med seg denne informasjonen, eller at hun ikke har forstått informasjonen. Derfor tenker vi at det er vår jobb som sykepleiere å finne ut av om Mona har fått med seg rådene fra Helsedirektoratet, og om hun har forstått de.

På frisklivssentralen har de matlagingskurs som de kaller *Bra mat for bedre helse*. Dette kurset bygger på boken kosthåndboken som er gitt ut av Helsedirektoratet. Hensikten med *Bra mat for bedre helse* kurset, er å lære Mona og de andre deltagerne om kosthold og hvordan det påvirker helsen (Helsedirektoratet, 2016). Mona har også et høyt blodtrykk som er med på å øke risikoen for et hjerteinfarkt (Ørn, 2014, s. 101).

Mye salt i kosten ser ut til å bidra til utviklingen av hypertensjon, derfor er det viktig at Mona blir gjort bevisst på dette slik at hun velger mat som inneholder lite salt (Ørn, 2014, s. 101). Ifølge Helsedirektoratet (2016) er mesteparten av det saltet vi får i oss, tilsatt i den maten vi kjøper på butikken eller det som er tilsatt i halvfabrikatet mat. Mona spiser mye av denne maten, men det finnes andre alternativer for henne slik at hun kan redusere saltmengden. Helsedirektoratet (2016) sier at mat som er nøkkelhullsmerket, inneholder mindre salt enn mye annen mat. Dette er informasjon som er nyttig for Mona. Forskning viser at det er klare sammenhenger mellom kosthold og blodtrykk og at ofte kan hypertensjon bli behandlet med forandringer i kostholdet i stedet for bruk av medikamenter (Bernstein et al., 2013). Videre forteller forskningen at et kosthold som er basert på mye erter, bønner og linser bidrar til å senke blodtrykket og virker forebyggende mot hjerte- og kar sykdommer (Bernstein et al., 2013). Så ved at Mona gjør endringer i kostholdet sitt og legger til erter, bønner eller linser i kosten så kan det ha en positiv effekt på blodtrykket hennes.

4.5 Overvekt og motivasjon

Mona har en BMI på 31,2 og ligger under kategorien fedme grad 1 (Norsk helseinformatikk, 2014). Vi tenker at dette har en sammenheng med at hun er lite fysisk aktiv, hun har en stillesittende jobb og samtidig har hun et dårlig kosthold. Overvekt og fedme er et økende samfunnsproblem i Norge og det er blitt gjort forskning på hvordan selvstyrkende metoder og kurs i kosthold og fysisk aktivitet bidrar til mestringsfølelse for å endre livsstil. Studien forteller om hvordan et 40 timers mestringskurs i regi av lærings- og mestringscenteret (LMS), bidrar til økt mestringsfølelse hos deltakerne (Bevan et al., 2016).

Kurset hadde fokus på hvilke løsninger som finnes for pasientene i forhold til livsstilsendring, fysisk aktivitet og kosthold (Bevan et al., 2016). Deltakerne fikk informasjon om ulike metoder de kan benytte, slik at de selv ble i stand til å kunne ta et valg. Blant annet deltok deltakerne på gruppeveiledning, hvor de delte erfaringer i forhold til negative og positive opplevelse de har hatt i forbindelse med livsstilsendringer. Dette bidro til at deltakerne oppdaget egne ressurser og at de ble styrket til å ta beslutninger som omhandler deres eget liv (Bevan et al., 2016). Videre skriver Bevan (et al., 2016) at deltakerne er opptatt av måten de blir møtt på av helsepersonell, og at dette er avgjørende for deres motivasjon til å jobbe videre med en livsstilsendring. Travelbee (2014, s. 198-199) skriver at alle mennesker har tendens til å dømme andres atferd og at man dømmer ut fra sine egne holdninger og tanker.

Travelbee (2014, s. 198-199) sier også at sykepleiere ikke skal gå inn for å være ikke-dømmende overfor pasienter, men at vi skal være bevisste på hvorfor vi dømmer slik vi gjør. Slik vi skjønner Travelbee her, så vil vi i møte med Mona dømme henne på bakgrunn av hennes valg av livsstil. Vi synes ordet “dømmende” bærer preg av negativitet og vil ikke velge å bruke dette ordet selv, men heller at vi har tanker om hvorfor Mona har den livsstilen hun har. Hvis vi møter pasienter med en dømmende holdning vil pasienten merke dette på oss som helsepersonell.

I følge forskningen (Bevan et al., 2016) vil pasienten da få mindre motivasjon til å gjøre en endring. Vi fant også en forskningsartikkel som omhandler hva som styrker motivasjonen til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. Her kommer det frem at kvaliteten på helsepersonellet som pasientene møter er avgjørende for å endre vaner (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Kvalitetene som nevnes her innebærer væremåten og forståelsen helsepersonellet har for pasienten og pasientens problemer (Borge et al., 2012).

Flere av pasientene i denne studien har opplevd at helsepersonell har dømmende holdninger mot dem og dette kan føre til at pasientene mister motivasjonen til å tilegne seg kunnskapene de trenger om livsstilsendringer (Borge et al., 2012). Vi ser ut fra dette hvor viktig det er at vi er bevisst på hvordan vi tenker og ikke minst hvordan vi viser det vi tenker. Vi synes det er veldig synd at noen pasienter mister motivasjonen på grunn av helsepersonellens dømmende holdninger, når jobben vår egentlig er å hjelpe dem til å bli motivert. Ved at helsepersonell er belærende mot pasientene, føler pasientene at de ikke blir sett og hørt. Når pasientene følte at de ble sett og forstått av helsepersonellet, ble de mer positive til de ulike tiltakene rettet mot kostholdsendringer og fysisk aktivitet (Borge et al., 2012).

4.6 Endringsprosesser

Vi tenker at hvis Mona klarer å gjøre en endring med en risikofaktor så vil det påvirke dem alle sammen i en positiv retning. Som for eksempel hvis hun blir regelmessig fysisk aktiv, så vil blodtrykket senkes, kroppsvekten vil reduseres og nivåene av LDL kolesterolet går ned (Helsedirektoratet, 2015, s. 327, 387, 466).

Som nevnt tidligere må sykepleiere ha kunnskaper om de ulike risikofaktorene for å klare å veilede Mona i riktig retning, men kunnskap alene er ikke nok (Tveiten, 2014, s. 176-178).

Mona må ha evnen til å ta innover seg kunnskapen som vi formidler til henne, og hun må klare å bruke den kunnskapen som blir formidlet til å endre livsstil.

Her vil vi nevne empowerment som et sentralt begrep. Empowerment handler om å selv ha kontroll over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2014, s. 176-177). Vi forstår med dette at Mona må ha empowerment, altså at hun må ha en egen opplevd kontroll over livet sitt, for å klare å mestre en livsstilsendring. Vi som sykepleiere kan ved bruk av veiledning bidra til at Mona øker sin forståelse av egen helse og det som påvirker hennes livsstil (Tveiten, 2014, s. 176-177). Veiledning er altså et middel vi bruker for å oppnå empowerment, og hensikten er at Mona skal få styrket sin kompetanse, og på den måten få økt sin mestringsfølelse (Tveiten, 2014, s. 176-177). Mestring er i følge Tveiten (2014, s. 178) et resultat av denne prosessen.

Vi forstår dette som at hvis Mona får økt tro på seg selv, så vil hun lettere klare å gjennomføre de målene hun setter seg og dermed vil mestringsfølelsen hennes også styrkes. Her vil vi trekke frem Aron Antonovsky sin mestringsteori, salutogenese. Han forklarer dette begrepet som ved å ha fokus på de tingene som virker helsefremmende, i stedet for det som virker sykdomsfremkallende (Mæland, 2012, s. 74-75). Slik vi forstår dette handler det om hvordan vi mennesker velger å møte daglig livets utfordringer. Ved å møte stress og utfordrende, vanskelige situasjoner på en positiv og løsningsorientert måte, vil vi ha en helt annen forutsetning for mestring. Vi tenker at dette handler om at vi beskytter oss selv mot mange av de utfordringene vi møter som menneske. Et begrep som forklarer mer om dette er sence of coherence (SOC). Dette forteller noe om hvordan vi mennesker oppfatter virkeligheten og hvordan vi håndterer den virkeligheten vi oppfatter (Mæland, 2012, s. 74).

Hvis Mona forstår hvorfor hun må gjøre noe med livsstilen sin, at hun klarer å håndtere en endring og ser mening med livsstilsendringen hun må igjennom, forklarer Antonovsky at hun har en sterk SOC (Mæland, 2012, s. 74-75). Grunnlaget for å kunne klare å se verden på denne måten er i følge Mæland (2012, s. 74-75), avhengig av hvordan hun har vokst opp og hvordan hun har levd livet sitt.

Malterud & Walseth (2004, s. 65-66) sier at Antonovsky sin teori forklarer hvordan oppveksten vår og hvordan relasjonene vi har til andre mennesker kan påvirke hvordan vi mennesker blir rustet til å mestre påkjenninger og sykdom. Vi forstår dette slik at hvis Mona hadde hatt en sterk SOC, ville hun i større grad vært rustet til å takle påkjenninger og stress i hverdagen, og dermed kanskje ikke hatt de risikofaktorene hun har i dag.

Langeland (2014, s. 199-203) forklarer hvordan vi som sykepleiere kan legge til rette for at Mona sin SOC blir sterkere, slik at hun blir i bedre stand til klare å gjennomføre en livsstilsendring. Igjen er det lytting og en genuin interesse i pasienten som blir lagt til grunn for en god veiledningsprosess (Langeland, 2014, s. 203).

Det er laget ulike modeller for hvordan livsstilsendringer arter seg. Psykologene J. Prochaska og C. Di Clemente har utviklet den transteoretiske modellen som tar for seg endringsprosessen (Christiansen, 2014, s. 164-165). Denne prosessen er delt opp i faser ut fra hvor pasienten befinner seg og viser hvordan vi som sykepleiere kan forholde oss til Mona ut fra hvor hun er.

Føroverveielsesfasen

I denne fasen kan pasienten/Mona være klar over at hun har et problem, men klarer ikke helt å forstå konsekvensene av problemet (Christiansen, 2014, s. 164-165). I denne fasen er det viktig at vi finner ut hvor motivert Mona egentlig er. Her skiller Kristoffersen (2012, s. 350) på indre og ytre motivasjon hos pasienten. Ytre motivasjon beskrives som den motivasjonen pasienten får fra mennesker rundt seg og den kommer i form av ros eller oppmuntring fra andre. Den indre motivasjonen kommer fra pasienten selv og bidrar til at pasienten bruker de ressursene hun allerede har for å kunne oppnå det hun ønsker. Det er den indre motivasjonen som er viktig for å kunne gjennomføre en livsstilsendring (Kristoffersen, 2012, s. 350).

Ofte kan sykdom være en motivasjonsfaktor for å få pasienten til å ønske en livsstilsendring (Borge et al., 2012).

I følge Helsedirektoratet (2015, s. 89-91) kan det være for lite kunnskap eller informasjon som gjør at Mona befinner seg på dette stadiet.

Når pasienter mislykkes vil det føre til at de mister troen på seg selv til å klare å gjennomføre en livsstilsendring (Helsedirektoratet 2015, s. 89). Mona har prøvd å gjøre endringer i forhold til livsstilen sin tidligere, men har ikke klart det alene. Dette gjør at hun føler seg maktesløs og trenger hjelp.

Overveielsesfasen

Mona gir uttrykk for at hun ønsker en livsstilsendring, men at det er vanskelig. Hun er glad i å kose seg på kveldene med mat og synes det er slitsomt og være fysisk aktiv, samtidig vet hun at hun bør gjøre endringer i forhold til kosthold og fysisk aktivitet på grunn av helsen. Dette fører til ambivalente følelser hos Mona, slik at hun både vil og ikke vil endre livsstilen sin (Christiansen, 2014, s. 165).

Dette kan være fordi hun må gi slipp på de tingene hun er glad i, til fordel for å få en bedre livsstil.

Travelbee (2014, s. 35) mener at hvis pasienten ikke forstår meningen med de tiltakene som en livsstilsendring trenger, så er det lite sannsynlig at opplæring i metoder til endring er nok. Samtidig så har vi opplevd pasienter i praksis som viser ingen eller liten interesse for å ta imot kunnskap, men når først kunnskapen blir gitt på en slik måte at den passer til pasienten, så har de blitt nysgjerrige og interessert allikevel. Så med dette skjønner vi hvor viktig det kan være å tilpasse kunnskapen vi kommer med til pasientens nivå, slik at den blir forståelig og engasjerende (Christiansen, 2014, s. 166).

Forberedelsesfasen

I denne fasen vil Mona skifte perspektiv og tanker om de positive følgene en livsstilsendring vil føre med seg, vil veie mer enn det hun må gi slipp på (Christiansen, 2014, s. 165). Hvis Mona bytter ut smågodtet hun koser seg med om kvelden, til for eksempel grønnsaker med dipp, så gir hun slipp på noe som betyr mye for henne samtidig som det fører med seg positive helsegevinster (Helsedirektoratet, 2016). Hun setter seg nå mål om hvordan hun kan få til en endring og er mer åpen for råd. Det er i denne fasen vi som sykepleiere har mest innflytelse på Mona når vi kommer med råd og informasjon (Christiansen, 2014, s. 165).

Handlingsfasen

Handlingsfasen er den fasen som innebærer selve endringen (Christiansen, 2014, s. 165).

Det er nå Mona skal foreta endringer med kostholdet sitt og hun skal prøve å bli mer fysisk aktiv i hverdagen. For Mona kan det være krevende og utfordrende å bryte med gamle vaner og rutiner hun har hatt over lang tid. Det er viktig at hun lager seg nye rutiner i forhold til kostholdet sitt og hvor fysisk aktiv hun er, slik at dette blir nye vaner for henne (Christiansen, 2014, s. 164-165).

Vedlikeholdsfasen

Den siste fasen er vedlikeholdsfasen. Nå må Mona jobbe aktivt for å ikke falle tilbake til de gamle vanene. Det er svært ulikt hvordan mennesker håndterer livsstilsendringer over tid (Christiansen, 2014, s. 166). Vi tenker at nå når hun endelig har klart å endre på en vane eller rutine i livet sitt, så er det viktig at hun klarer å følge opp dette. Vi forstår denne fasen som den viktigste fasen for Mona, slik at hun ikke faller tilbake til der hun var før hun begynte med endringer. Det er vår jobb som sykepleiere på frisklivssentralen å sette Mona i kontakt med andre tilbud i kommunen som hun kan benytte seg av. Som for eksempel treningssenter med personlig trener, gå grupper eller ulike friluftorganisasjoner (Helsedirektoratet, 2016, s. 43).

Helsedirektoratet (2015, s. 90) sier at pasienten kan bevege seg fremover og bakover mellom de ulike fasene og mange opplever tilbakefall av gamle vaner. Vi tenker at det da vil være viktig at vi som sykepleiere møter pasientens tilbakefall med støtte og oppmuntring slik at pasienten ikke får dårlig samvittighet og mister troen på seg selv. Det vil kunne dukke opp hindringer på veien til en varig livsstilsendring og ofte må pasienten oppleve både med- og motgang for å kunne lykkes med endringen (Helsedirektoratet 2015, s. 90). Vi tenker at det er viktig for Mona å bli gjort bevisst på hva slags hindringer hun kan møte på i hverdagen slik at hun er forberedt på at det kan komme vanskelige tider. Vi må fortelle henne at tilbakefall er normalt, slik at hun ikke mister motet til å fortsette med de endringene hun ønsker å gjøre (Helsedirektoratet, 2015, s. 90).

5. Oppsummering/Konklusjon

Innledningsvis i denne oppgaven skrev vi at vi følte at vi ikke hadde nok kunnskaper om vår pedagogiske funksjon som sykepleiere, spesielt opp mot samfunnets økende behov for forebyggende arbeid. Både i praksis og i undervisning på skolen synes vi at det har vært for lite fokus på forebyggende arbeid og på vår veiledende rolle som sykepleiere. Travelbee (2014, s. 48) sier at forebyggende arbeid er for lite prioritert, samtidig som fagartikkelen fra tidsskriftet sykepleien forteller oss at helsepersonell må ha økte kunnskaper om helsefremmende arbeid (Bonås et al., 2014). Dette forteller oss at vi burde ha mer undervisning og kurs om den veiledende rollen vi skal ha som sykepleiere, ikke bare på skolen, men også på arbeidsplassen.

I løpet av arbeidet med denne oppgaven er vi blitt mer bevisste på vår rolle som sykepleiere i det forebyggende arbeidet og vi ser at vi møter pasienter med risikofaktorer over alt i helsevesenet, ikke bare på en frisklivssentral. Det er av stor betydning hvordan vi som sykepleiere møter pasienter som skal igjennom en livsstilsendring og vi har funnet ut at vår væremåte er avgjørende for om pasienten blir motivert til selve endringen. Det forteller hvor mye vi som sykepleiere har å si for hvordan andre mennesker skal klare å bli motivert.

Problemstillingen vår baserte seg på hvordan vi kan veilede pasienter som står i fare for sykdom, til å endre levevanene sine. Forskningen vi har funnet, har vist oss at motiverende intervju er den mest effektive måten å veilede pasienter med denne problemstillingen på. Metoden viser seg å være mer effektiv enn noen annen form for veiledning. Samtidig ser vi ut ifra forskningen at denne metoden kan være utfordrende for oss som sykepleiere, fordi vi ikke vet helt hvordan vi skal takle motstand hos pasienten. Dette forteller oss at vi må være tålmodige i veiledningsprosessen og bruke tid på pasienten, spesielt ved å være aktivt lyttende.

Vi synes det er viktig at vi som helsepersonell har kunnskaper om sammenhenger mellom risikofaktorer, og om hvordan kosthold og fysisk aktivitet påvirker helsen. Samtidig har denne oppgaven vist oss at det er hvordan denne kunnskapen formidles av oss og hvor rustet pasienten er til å ta den imot, som er avgjørende for hvordan pasienten kan bruke kunnskapen til livsstilsendringer.

Ved å ha et økt fokus på undervisning og kurs for disse pasientene, viser det seg at pasientene oppnår økt mestringsfølelse og dermed øker motivasjonen til endring. Gjennomgående i denne oppgaven finner vi kommunikasjon som det viktigste elementet og vi har brukt mye av Joyce Travelbee sine teorier om kommunikasjonsprosessen.

Vi synes det har vært utfordrende å jobbe med denne oppgaven, fordi vi har skrevet om menneske før det er blitt sykt. Gjennom disse tre årene på skolen føler vi at det har det vært mest fokus på det syke mennesket og vi har begge tidligere erfaringer fra jobben vår i helsevesenet og erfaringer fra praksis som stort sett har rettet seg mot mennesker som allerede har fått en diagnose. Dette var grunnen til at vi ønsket å skrive om vår rolle i det forebyggende arbeidet. Vi synes at vi har lært masse av denne oppgaven som vi kan ta med oss videre i jobben vår som sykepleiere og føler derfor at vi har hatt et stort læringsutbytte.

6. Litteraturliste

* Beregning av KMI eller ISO-KMI (2010). Hentet fra

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/diverse/bmi-kalkulator-kroppsmasseindeks/>

*Berntstein, A.M., Beyene, J., Buono, M.D., Chiavaroli, L., Etherton, P.M.C., Ha, V., ...& Sausa, R.J. (2013). Effect of Dietary Pulses on Blood pressure: A systematic Review and Meta-analysis of Controlled Feedings Trials. *American journal of hypertension*, 27 (1), 56-64.

<http://dx.doi.org/10.1093/ajh/hpt155>

*Bevan, K., Berg, A.K., Bjørnsborg, E., Gulbrandsen, H., Hustandnes, A.L., Mathiesen, C., ... & Strøm, A. (2016). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien*. (218-223)

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0132>

*Bondas, T., Evju, A.S., Kasen, A. & Klette, G. S. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien*, 68-70. Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>

*Burke, B. L & Lundahl, B. (2009). The effectiveness and applicability and Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. *Journal of clinical psychology: in session*, vol. 65(11). <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20638>

Brunvand, L. & Ørn, S. (2014). Hjerte- og karsykdommer. I E. Bach-Gansmo (Red.), J. Mjell & S. Ørn, *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 160-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Christiansen, B. (2014). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Christiansen, B., Borge, L & Fagermoen, M.S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien*. (14-22).

<http://dx.doi.org/104220/sykepleienf.2012.0024>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide & Eide. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

* Folkehelseinstituttet. Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. (2015). Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

*Følling, I. S., Helvik, A-S. & Solbjør, M. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change- a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice* 16: 73.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>

*Helsedirektoratet, (2015). I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

*Helsedirektoratet (2016). *Hvordan spise mindre salt*. Hentet fra <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/salt/hvordan-spise-mindre-salt>

*Helsebiblioteket, *Kolesterol* (2014). Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kar/kolesterol>

* Helsedirektoratet (2016). *Kostråd fra helsedirektoratet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet#1.-ha-et-variert-kosthold-med-mye-grønnsaker,-frukt-og-bær,-grove>

*Helsedirektoratet (2017). *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#"mi-ånden"](https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/motiverende-intervju-som-metode#)

*Helsedirektoratet (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud>

* Häggström, E., Kristofferzon, M-L., Wadensten, B. & Östlund, A-S. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *ScienceDirect*, 15 (2). 111-118.

<http://doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1016/j.nepr.2014.11.005>

*Kunnskapsbasert praksis, *PICO skjema*, (2012). Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar (2. Utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie. Pasienter og livsutfordringer (2. Utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Langeland, E. (2014). Salutogenese som forståelse i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (1. utg., s. 195-211). Bergen: Fagbokforlag Vigmostad & Bjørke AS

* Landsforeningen for hjerte og lungesyke. (2014). Hentet fra <https://www.lhl.no/klinikkene/feiring/hjerteloftet/livsstilsending/motivasjon/>

* Malterud, K. & Walseth, L. T. (2004). Salutogenese og empowerment i et allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift den norske legeforening*. 124: 65-66.

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

*Norsk helseinformatikk. (2017). *Blodtrykket*. Hentet fra <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/blodtrykket/>

* Norsk sykepleierforbund. *Sykepleie og folkehelsearbeid*. (2017). Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3051249/cache=20171603080955/Politisk%20Plattform_folkehelse_2017-2020.pdf

*Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (2011). Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no>

Sortland, K. (2015). *Ernæring: - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Tveiten, S. (2014). Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (1. utg, s. 173-190). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Ørn, S. (2014). Sirkulasjonsforstyrrelser. I E. Bach-Gansmo (Red.), J. Mjell & S. Ørn, *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 92-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vedlegg 1

PICO - Et verktøy for å formulere presise spørsmål

P: Hvilken pasientgruppe eller populasjon handler det om?

I: Hva er det med denne pasientgruppen?

C: Ønsker du å sammenligne to typer tiltak

O: Hvilke endepunkter er du interessert i?

(Kunnskapsbasert praksis, 2012).

P: Pasient/Problem	Pasienter som står i fare for iskemisk hjertesykdom Fedme Fysisk aktivitet Kosthold
I: Intervention	Veiledning/guidance Forebygging Experiences Motivasjon Informasjon
C: Comparison	

