

10051

Veiledning om egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet til pasienter med diabetes type 2

Antall ord: 6590

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10051

Veiledning om egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet til pasienter med diabetes type 2

Antall ord: 6590

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes er en av de vanligste folkesykdommene i Norge. Om lag 316 000 – 345 000 har sykdommen, cirka 90% av dem har diabetes type 2. Kosthold og fysisk aktivitet er det grunnleggende i behandlingen av diabetes type 2, og for noen kan riktig kosthold og tilstrekkelig fysisk aktivitet være nok for å holde blodsukkeret stabilt. Sykepleiers oppgave med veiledning handler om å styrke pasientens mestring og lære pasienten å se sine ressurser, dette kan påvirke pasientens egenomsorg

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å se på hvordan sykepleier kan veilede pasienter med diabetes type 2 til økt egenomsorg, med fokus på kosthold og fysisk aktivitet.

Metode: En litteraturstudie som tar for seg syv forskningsartikler, som sammen med teori fra sykepleiestudiet sitt pensum og andre relevante fagbøker skal bidra til å svare på problemstillingen.

Resultater: Tilpasset veiledning er viktig for at pasienter skal få utbytte av veiledningen og sykepleiere bør fokusere på betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret. Pasientens kunnskap vil påvirke egenomsorgen, samtidig som støtte fra familie og gjennom veiledning med sykepleier gir mestring og motivasjon til å utføre egenomsorgsaktiviteter.

Konklusjon: For at pasienter skal forstå viktigheten av egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet er kunnskap om påvirkningen det har på blodsukkeret nødvendig. Veiledningen gitt av sykepleiere må være tilpasset den enkelte pasient og dens helsenivå og en god sykepleier-pasient-relasjon vil hjelpe til å veilede pasienten i riktig retning. Støtte fra familie og andre med samme sykdom vil være med på å motivere og oppmuntre til gode valg for egenomsorgen.

Nøkkelord: diabetes type 2, veiledning, egenomsorg, kosthold og fysisk aktivitet

Innhold

1.	Introduksjon	6
1.1.	Introduksjon til tema	6
1.2.	Teori	6
1.2.1.	Diabetes type 2	6
1.2.2.	Betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret	6
1.2.1.	Orems sykepleiemodell om egenomsorg	7
1.2.2.	Sykepleiers pedagogiske funksjon	7
1.2.3.	Veiledning	8
1.2.3.1.	Sykepleier-pasient-relasjon	8
1.2.4.	Empowerment	9
1.3.	Hensikt og problemstilling	9
2.	Metode	10
2.1.	Beskrivelse av metode	10
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.3.	Søkhistorikk og søkestrategi	11
2.3.1.	Søketabell	12
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artiklene	14
2.5.	Analyse	15
3.	Resultater	17
3.1.	Artikkelmatrise	17
3.2.	Presentasjon av resultater	21
3.2.1.	Kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og kosthold på blodsukkeret 21	
3.2.2.	Tilpasset veiledning	21
3.2.3.	Hva påvirker egenomsorgen	22
3.2.4.	Sykepleiers opplevelser med veiledning	22
4.	Diskusjon	23
4.1.	Kunnskap om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret	23
4.1.1.	Kosthold	23
4.1.2.	Fysisk aktivitet	23
4.1.3.	Sykepleiers opplevelse	24
4.2.	Tilpasset veiledning	24
4.2.1.	Sykepleiers opplevelser med veiledning	25
4.3.	Hva påvirker egenomsorgen	25
4.3.1.	Kunnskap	26

4.3.2. Støtte fra familie	26
4.4. Metoderefleksjon.....	27
4.5. Implikasjoner for sykepleie.....	27
4.6. Konklusjon	28
Referanser	29

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
Tabell 2 PICO-skjema	11
Tabell 3 Søketabell	12
Tabell 4 Tema med tilhørende artikler	15
Tabell 5 Artikkelmatrise A.....	17
Tabell 6 Artikkelmatrise B.....	18
Tabell 7 Artikkelmatrise C.....	18
Tabell 8 Artikkelmatrise D	19
Tabell 9 Artikkelmatrise E.....	19
Tabell 10 Artikkelmatrise F	20
Tabell 11 Artikkelmatrise G.....	20

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Diabetes er en av de vanligste folkesykdommene i Norge (Stene, 2021). Beregninger viser i dag at om lag 316 000 – 345 000 mennesker i Norge har diabetes og forskere anslår at rundt 60.000 kan ha diabetes uten å vite om at de har sykdommen. Av den totale mengden er det cirka 90% som har diabetes type 2 (Folkehelseinstituttet, 2020). Årlig diagnostiseres mellom 14.000 og 18.000 med diabetes type 2 i Norge, som vil si rundt 40 tilfeller daglig (Stene 2021).

Insulinresistens og relativ insulinmangel vil føre til stigende blodsukker hos pasienter med diabetes type 2. Dersom den fysiske aktiviteten er redusert og kostholdet inneholder ernæring med høyt karbohydratinnhold, vil dette føre til enda høyere blodsukker. Tilstrekkelig fysisk aktivitet og riktig kosthold er derfor nøkkelord for å holde blodsukkeret stabilt (Wyller, 2019; Helsedirektoratet, 2019). Kosthold og fysisk aktivitet er også det grunnleggende i behandlingen av diabetes type 2, og kan for noen være tilstrekkelig for å holde et stabilt blodsukker (Åsvold, 2021).

Det er også dokumentert at stress, manglende sosial støtte og redusert mestringssevne påvirker blodsukkeret og at 50% av svingningene i blodsukkeret er relatert til nettopp dette. På bakgrunn av dette ser det ut til at god kommunikasjon mellom pasient og behandler vil være nødvendig for å enklere oppnå de målene som pasienten setter seg. (Helsedirektoratet, 2016, 2019).

1.2. Teori

1.2.1. Diabetes type 2

Diabetes type 2 skyldes endringer i insulinreseptorene i kroppens celler som fører til insulinresistens, og redusert insulinutskillelse fra betacellene i bukspyttkjertelen som fører til relativ insulinmangel (Wyller, 2019). Sammen vil de to faktorene føre til stigende blodsukker. Redusert fysisk aktivitet og et kosthold med høyt inntak av karbohydrater vil forsterke prosessen og føre til høyere blodsukker. Diabetes type 2 er derfor forbundet med en usunn livsstil og debuterer vanligvis hos middelaldrende og eldre mennesker (Wyller, 2019; Åsvold, 2021).

For å diagnostisere diabetes måles glykert hemoglobin (HbA1c) i en blodprøve. Denne målingen gir informasjon om gjennomsnittsblodsukkeret i løpet av de siste fire til tolv ukene. En verdi på 48 millimol per mol eller mer indikerer at pasienten har diabetes (Åsvold, 2021).

1.2.2. Betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret

Andre sykdommer som pasienten har eller får, samt den psykiske helsa, vil også spille inn på pasientens blodsukker (Stubberud et al., 2016). Å ivareta alle behovene til

pasienten vil derfor være viktig for å holde et stabilt blodsukker, da senkomplikasjoner i stor grad er forbundet med høyt blodsukker over lengre tid.

Pasienter med diabetes må ha et fornuftig kosthold. Det vil si å følge kostanbefalinger som høyt inntak av grønnsaker, frukt, fisk og fiberrik mat, og velge magre kjøtt- og meieriprodukter. Inntaket av matvarer med høyt innhold av karbohydrater bør være så lavt som mulig (Helsedirektoratet, 2016; Diabetesforbundet, 2021). Pasienter med diabetes har fordel av å spise små og hyppige måltider i motsetning til kraftige porsjoner. Dette er for å holde blodsukkeret stabilt gjennom dagen og unngå for høyt blodsukker (Wyller, 2019).

Fedme og inaktivitet øker blodsukkeret og det anbefales derfor at personer med diabetes type 2 er fysisk aktive med moderat til høy intensitet minimum 150 minutter per uke. Aktiviteten bør fordeles over 3 dager, helst ikke mer enn to dager mellom aktivitet. Kombinasjonen av styrketrening og utholdenhetstrening gir best effekt og god påvirkning på blodsukkeret (Wyller, 2019; Helsedirektoratet, 2016).

Det er flere fordeler med å være i fysisk aktivitet for en pasient med diabetes type 2. Glukose forbrukes og blodsukkeret senkes både under og etter aktiviteten, kroppen vil få et lavere insulinbehov og insulinfølsomheten blir større, energiforbruket øker og dersom forbruket er større enn inntaket, vil dette føre til tap av fett og pasienten vil gå ned i vekt, som er spesielt gunstig for overvektige pasienter (Wyller, 2019). Helsedirektoratet (2016) anbefaler å redusere vekten hos de med overvekt/fedme med 5-10% for å utnytte deres insulin bedre. Pasienter må få opplæring og kunnskaper om hvorfor fysisk aktivitet er så viktig, slik at behandlingsfaktoren blir positiv (Stubberud et al., 2016).

1.2.1. Orems sykepleiemodell om egenomsorg

Dorothea Orem's sykepleiemodell består av tre teorier, og blant dem er teorien om egenomsorg (Cavanagh, 1999). Egenomsorg betyr å ha omsorg for seg selv og Orem definerer egenomsorg som «de aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære» (Cavanagh, 1999). For å opprettholde egenomsorg kreves det at pasienten er i stand til å forstå sin helsetilstand og ta beslutninger om tiltak. Dersom pasienten mangler kunnskap eller har problemer med planlegging og utøvelse av egenomsorg vil dette føre til et behov for sykepleie (Cavanagh, 1999).

1.2.2. Sykepleiers pedagogiske funksjon

Helsepersonelloven skal sikre pasienter forsvarlig helsehjelp i form av behandlende og helsebevarende omsorg (Helsepersonelloven, 1999, §4). Kompetanseområdet for en sykepleier innebærer blant annet å ivareta pasientens grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom. Sykepleier skal kunne kommunisere, veilede og samhandle med pasienter. Den pedagogiske kompetansen vil derfor være en del av sykepleierens kompetanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen, 2019).

I sykepleierens pedagogiske funksjon inngår informering, støtte, undervisning og veiledning av pasienter og pårørende. Brataas (2011) beskriver sykepleiepedagogikk som

«å støtte læreprosesser som fører til opplevelse av mestring i de endrede livssituasjonene» (Brataas, 2011). Sykepleiere er den største gruppen av helsepersonell og de har en fordel av at de møter pasienter daglig og flere steder. Fordelen blir at de blir godt kjent med pasientene og kan skape en nær relasjon (Kristoffersen et al., 2016).

Samfunnet har forventninger til sykepleierrollen og dens oppgaver. Blant annet blir det forventet at sykepleiere har profesjonell kompetanse, noe de skal ha etter endt utdanning. Pleie, omsorg og behandling, informering, undervisning og veiledning, holdninger og helsefremmende og forebyggende arbeid er noen av kompetansefeltene hos en sykepleier. For å utøve pleie og behandling på best mulig måte er det relevant at pasienten vet noe om hvorfor tiltak blir gjort. For å arbeide helsefremmende og forebyggende, trengs informering og undervisning som peker på forebyggende tiltak. Kompetansefeltene til en sykepleier henger altså sammen med hverandre. Man kan ikke bare utføre én av dem fordi alle flettes inn i hverandre (Brataas, 2011).

Å bli pasient innebærer for folk flest at situasjonen deres endres. Da har man behov for både støtte og informasjon, fordi de fleste mangler erfaringskunnskap om sin sykdom eller diagnose. Læringsbehovet hos en person med nyoppstått sykdom vil være annerledes enn hos en pasient som har hatt diagnosen lenge (Brataas, 2011).

1.2.3. Veiledning

Hensikten med veiledning er at mestringskompetansen til pasienten styrkes. Mestring vil være individuelt fra person til person, men generelt kan vi si at mestring handler om å være bevisst og ha tilgang til egne ressurser og vite hvordan å bruke ressursene på en god måte (Tveiten, 1998). Ved veiledning er det dialog som er formen i samtalen. Veilederen (sykepleieren i denne sammenheng) har en formell funksjon i dialogen og sitter på kunnskapene om sykdom, veiledning og kommunikasjon. Målet er at pasientens mestringskompetanse skal styrkes og at pasienten i størst mulig grad skal finne frem til riktig vei å gå. At pasienten er i stand til å bli veiledet vil være viktig for at dialogen skal fungere og for at pasienten skal tørre å åpne seg og sette ord på følelser og tanker (Tveiten, 1998).

Støtte er en metode som blir mye brukt i veiledning (Kristoffersen et al., 2016). Støtte innebærer at sykepleieren engasjerer seg og blir kjent med pasientens mål og metode for å nå målene. Det kan gi pasienten den motivasjonen, tryggheten, oppmuntringen og troen på å gjennomføre tiltak som oppleves som utfordrende eller vanskelige og det vil føre til at risikoen for å mislykkes minskes. Å sette i gang tiltak for å endre og opprettholde endrede levevaner er krevende. Da vil pasienten ha behov for langvarig støtte av sykepleier, men også av lege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, familie og venner (Kristoffersen et al., 2016). Pasient- og brukerrettighetsloven sier blant annet at pasienter har rett til informasjon og medvirkning i sine helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3).

1.2.3.1. Sykepleier-pasient-relasjon

Sykepleier er den sterke parten med ressurser og kunnskap i en relasjon mellom sykepleier og pasient. Pasienten er den sårbare og sykepleier får en viktig oppgave i å ivareta sårbarheten slik at pasienten kan oppnå god helse og velvære. Å arbeide helsefremmende innebærer å være til stede og se, anerkjenne og bekrefte pasienten for

den han er. Ved hjelp av god sykepleier-pasient-relasjon kan pasienten oppleve økt velvære når han opplever tro, tillit, trygghet og mening og dette vil være med på å styrke det holistiske menneskesynet. Samtidig vil det hjelpe sykepleier til å veilede pasient i riktig retning (Haugan & Rannestad, 2014).

1.2.4. Empowerment

Empowerment innenfor helsefremmende arbeid blir av Verdens helseorganisasjon definert slik: «Et mål med sykepleiers pedagogiske virksomhet er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv» og «En prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (Kristoffersen et al., 2016). Empowerment innebærer også å klare å endre skam-følelsen til en positiv følelse av egenverd og tro på egne krefter. Dersom pasienten klarer dette vil det være gode forutsetninger for endring til stede (Brataas, 2011). Sentrale intervensjoner for å fremme empowerment hos en pasient er undervisning og veiledning, som kan gi stor betydning for fremtidens situasjon og prognose (Stubberud et al, 2016). Målet med undervisningen må være at pasienten har nok kunnskap og kompetanse til å forstå hvordan han kan leve et godt liv med diabetes type 2 (Stubberud et al., 2016).

1.3. Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å se på hvordan sykepleier kan veilede til økt egenomsorg hos pasienter med diabetes type 2, med spesielt fokus på kosthold og fysisk aktivitet. Ut fra retningslinjer og tall ser vi at flere og flere får diabetes type 2, og en av grunnene er inaktivitet og usunt kosthold. Teorien sier at aktivitet og et kosthold basert på retningslinjene er viktige tiltak for behandling av diabetes type 2. Egenomsorg er et viktig nøkkelbegrep når det er snakk om å ta vare på sin egen helse og oppnå god helse. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å ha et helsefremmende perspektiv og se på hvordan sykepleier kan veilede til økt egenomsorg hos pasienter som har fått påvist diabetes type 2. På bakgrunn av hensikten til oppgaven har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier veilede til økt egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet hos pasienter med diabetes type 2?

2. Metode

Dette kapittelet handler om metode og er delt inn i 5 underkapitler. Her blir metoden beskrevet, inklusjons- og eksklusjonskriterier blir presentert og forklart, søkestrategi og søkehistorikken kommer frem, beskrivelse av vurdering og utvelgelse av artikler og til slutt en analyse av artiklene ved hjelp av Evans analysemodell (2002).

2.1. Beskrivelse av metode

Oppgaven er basert på en litteraturstudie og for å svare på problemstillingen ble det gjort systematiske litteratursøk i forskjellige databaser. For å velge ut hvilke artikler som skulle inkluderes i oppgaven ble det tatt utgangspunkt i noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Søkehistorikken blir presentert i en søketabell, vurdering og utvelgelse av de valgte artiklene blir beskrevet og til slutt en analyse av valgt forskning.

Metode blir brukt som et redskap for å samle inn data og i denne oppgaven blir det brukt både kvantitative og kvalitative metoder for å belyse problemstillingen på best mulig måte. De kvantitative metodene gir målbare enheter og kan for eksempel måle effekten av en intervensjon eller se på sammenhengen mellom ulike fenomen. De kvalitative metodene ser på meninger eller opplevelser til deltakerne, og er relevant i denne oppgaven for å forstå pasienters opplevelse med diabetes type 2, eller sykepleiers opplevelser med veiledning (Dalland, 2020).

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det er mye forskning rundt temaet diabetes type 2. For å enklere velge ut hvilke artikler som skulle inkluderes i oppgaven, laget jeg en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 1). Kriteriene ble valgt på bakgrunn av retningslinjene for oppgaven og mine egne kriterier ut fra problemstillingen.

Inklusjonskriterier som ble lagt vekt på var at artikkelen handlet om diabetes type 2 og at den var relevant for egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet og/eller veiledning av egenomsorg. Artikkelen måtte være fagfellevurdert, ha en tydelig IMRAD-struktur og være på et språk jeg kunne forstå; norsk, dansk, svensk eller engelsk. Artikkelen måtte inneholde enten kvalitativ eller kvantitativ data. Den måtte også være publisert i anerkjente tidsskrift med publikasjonsnivå 1 eller 2. Dette ble sjekket opp i Norsk senter for forskningsdata (NSD), tidligere kalt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Eksklusjonskriterier var diabetes type 1 og svangerskapsdiabetes. Artiklene skulle ikke inneholde medikamentell behandling av diabetes og skulle ikke omhandle pasienter under 18 år. Jeg ønsket også at artiklene ikke var eldre enn 10 år gamle.

Artiklene som ble inkludert i oppgaven er hovedsaklig fra Norden og Europa, men noen få artikler er fra andre steder i verden da de var veldig relevant for problemstillingen. Noen artikler er eldre enn 10 år, dette også fordi de er relevant for problemstillingen og da så jeg det mest hensiktsmessig å inkludere de i oppgaven.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Diabetes type 2	Diabetes type 1
Fagfellevurderte artikler	Svangerskapsdiabetes
Artikler på norsk, engelsk, dansk eller svensk	Pasienter under 18 år
Relevant for egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet og/eller veiledning av egenomsorg	Medikamentell behandling av diabetes
IMRAD-struktur	Artikler eldre enn 10 år
Kvalitative og kvantitative data	

2.3. Søkhistorikk og søkestrategi

For å finne aktuelle vitenskapelige artikler til oppgaven ble det gjort søk i databaser funnet via helsebiblioteket. Databasene Cinahl og Medline var de som ble brukt. Disse to databasene ble brukt fordi de har et helsefaglig fokus. Cinahl har et tydelig sykepleiefaglig fokus, derfor ble det funnet flest artikler i denne databasen (Universitetsbiblioteket, u.å).

For å gjøre problemstillingen og søkeordene tydelige og oversiktlige utformet jeg et PICO-skjema (Tabell 2). PICO er et verktøy som hjelper med å gjøre problemstillingen tydelig og presis (Helsebiblioteket, 2016). Bokstavene i PICO-skjemaet har hver sin betydning. P står for Population eller problem, I står for intervention, C står for comparison og O står for outcome.

Tabell 2 PICO-skjema

P Population/problem	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Diabetes type 2 (Diabetes mellitus type 2)	Sykepleie (Nurse, nurse-intervention, nurse-practitioner) Kosthold (Diet, nutrition) Fysisk aktivitet (physical activity, exercise) Veiledning (guidance, counseling, communication, education)		Egenomsorg (Self-care, self-management)

2.3.1. Søketabell

Videre følger en søketabell (Tabell 3) som viser hvilke databaser som ble brukt, hvilke søk som ble kombinert og antall treff, samt hvilke artikler som ble valgt ut i de forskjellige søkene. Søkene ble gjort i tidsperioden 19.04.2022 – 05.05.2022.

Tabell 3 Søketabell

Databas e	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	19.04. 22	S1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "diabetes mellitus type 2"		34,023	
		S2	(MH "Self-Management") OR (MH "Self Care+") OR "self management"		64,190	
		S3	(MH "Nursing Interventions") OR "nurse intervention"		9,455	
		S4	(MH "Communication+) OR "communication"		388,04 2	
		S5	(MH "Education+") OR "education"		1,185,3 72	
		S6	(MH "Counseling+") OR "counseling"		71,830	
		S7	S4 OR S5 OR S6		1,485,0 27	
		S8	S1 AND S2 AND S3 AND S7	Publikasjonsdat o: 2012-2022	20	2 (A, B)
Medline	25.04. 22	S1	Diabetes Mellitus, type 2 OR Diabetes mellitus type 2		158,19 7	
		S2	Physical activity OR exercise		307,35 5	
		S3	Diet		572,41 0	
		S4	Nutrition		258,75 2	
		S5	S2 OR S3 OR S4		1,019,7 72	

		S6	Counseling		117,54 1	
		S7	Communication		614,95 5	
		S8	S6 OR S7		724,17 5	
		S9	Nursing, practical OR practical nurse		3678	
		S10	Patient centered care OR Patient- Centered Care		27,028	
		S11	Nurse-patient relations		36,026	
		S12	Nurse practitioner		20,976	
		S13	S9 OR S10 OG S11 OR S12		85,809	
		S14	S1 AND S5 AND S8 AND S13		17	3 (C, D, E)
Cinahl	05.05. 22	S1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR "diabetes mellitus type 2"		34,301	
		S2	«self-care» OR (MH «self care+»)		35,769	
		S3	«Nurse*»		1,002,1 56	
		S4	(MH «communication+ ») OR «communication»		389,19 0	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Publikasjonsdat o: 2012-2022	44	1 (F)

Inkluderte artikler:

A: Kim, S.H. (2021). Health literacy and diabetes self-care activities: The mediating effect of knowledge and patient activation. *International journal of nursing practice*, 2021(27), Artikkel e12925. <https://doi.org/10.1111/ijn.12925>

B: Olson, E.A. & McAuley, E. (2015). Impact of a brief intervention on self-regulation, self-efficacy and physical activity in older adults with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 2015(38). 886-898. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9660-3>

C: Jansink et al. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC family practice*, 2010 (11), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41>

D: Poskiparta et al. (2006). Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. *Scandinavian journal of primary health care*, 24(4), 206-210.

<https://doi.org/10.1080/02813430600866463>

E: Kiuru et al. (2010) Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of health communication*, 9(4), 337-354.

<https://doi.org/10.1080/10810730490468586>

F: Gardsten et al. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of clinical nursing* 27(19-20), 3666-3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>

Håndsrøk:

G: Carolan et al (2014). Experience of diabetes self-management: A focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 2015 (24), 1011-1023. <https://doi.org/10.1111/jocn.12724>

Denne artikkelen ble funnet i ei kildeliste i pensumboka *Klinisk sykepleie 2*. Overskriften vekket min interesse og jeg søkte derfor opp artikkelen i Cinahl og bestemte meg for å inkludere den i oppgaven på grunn av dens relevans.

2.4. Vurdering og utvelgelse av artiklene

Artiklene som ble vurdert å bruke ble i første omgang vurdert ut fra tittel og sammendrag. Deretter ble de nøyere lest gjennom og vurdert i NSD. Alle artiklene er publisert i et tidsskrift som er vurdert til nivå 1 eller 2. For å sikre at artiklene er av god kvalitet har jeg brukt sjekklister for kvantitative artikler og sjekklister for kvalitative artikler fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklister ble ikke fylt inn skriftlig, men ble nøye brukt når jeg leste gjennom artiklene og var til god hjelp.

Fem av artiklene er fra europeiske land eller Norden, en er fra Australia og en fra Sør-Korea. På grunn av deres relevans for problemstillingen har jeg valgt å inkludere de selv om de ikke er fra vestlige land. Tre av artiklene er eldre enn 10 år, to av dem er fra 2010 og en er fra 2006. De er likevel inkludert i oppgaven grunnet deres relevans for oppgaven, og det ble ikke funnet noen nyere artikler med samme innhold. Det er grunn til å tro at funnene ville vært noenlunde de samme dersom studiene ble gjort i nyere tider. Totalt er to artikler av kvantitativ metodisk art, og fem artikler er kvalitative. Dette styrker oppgaven og hjelper å svare på problemstillingen ved å både få data i form av tall, og erfaringer fra pasienter og sykepleiere.

2.5. Analyse

I denne oppgaven ble artiklene analysert ved hjelp av Evans analysemodell (2002). Modellen består av 4 steg som skal hjelpe til å finne artikler, identifisere nøkkelfunnene, finne temaer på tvers av de valgte artiklene og beskrive resultatene (Evans, 2002). De 4 trinnene beskrives grundigere nedenfor:

Trinn 1: Innsamling av artikler

Innsamling av artiklene har blitt beskrevet tidligere i metode-kapittelet. Her ble det brukt en søkestrategi med søkeord for å finne artiklene og inklusjons- og eksklusjonskriterier for å velge ut hvilke artikler som var aktuelle å bruke. Totalt er 7 artikler inkludert i oppgaven.

Trinn 2: Identifisere nøkkelfunnene i hver artikkel

For å få oversikt og identifisere nøkkelfunnene i artiklene har jeg lest gjennom artiklene flere ganger, markert og notert ned de viktigste poengene og resultatene. Resultatene har blitt vurdert og analysert og det ble funnet 4 hovedtema (tabell 4) som er relevant for å svare på problemstillingen. Resultater som er irrelevant for problemstillingen har blitt utelatt fra oppgaven. Hver artikkel har blitt presentert i en artikkelmatrise (tabell 5-11) under kapittel 3. Resultater.

Trinn 3: Finne temaer på tvers av artikler

Nøkkelfunnene sorteres her i tema og undertema for å se likheter og ulikheter på tvers av artiklene. Temaene ble plassert i en tabell for å lettere få oversikt over hvilke artikler som handler om hvilket tema.

Tabell 4 Tema med tilhørende artikler

Hovedtema	Undertema/Nøkkelfunn	Knyttet til artikkel
Kunnskap om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret	<ul style="list-style-type: none">- Informasjon om kosthold og fysisk aktivitet i forhold til diabetes er ikke nok for at pasienter skal forstå at endring må til.- Kunnskap om betydningen og konsekvensene av kosthold og fysisk aktivitet er nødvendig for at pasientene skal forstå viktigheten av det.	A, B, C, D, F

Tilpasset veiledning	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjon må være tilpasset den enkelte pasient for å enklere kunne endre på vaner. - Tilpasse veiledning etter helsetilstanden. - Veiledning gir støtte i endring, men krever tid. 	A, C, D, E, F, G
Hva som påvirker egenomsorgen	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap påvirker egenomsorgen. - Fysisk aktivitet og kosthold kan være vanskelig å opprettholde uten tilstrekkelig kunnskap. - Familie er viktig støtte for god egenomsorg. 	A, F, G
Sykepleiers opplevelser med veiledning	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på kunnskap - Mangel på tid 	C, D, E

Trinn 4: Beskrive resultatene

I trinn 4 beskrives resultatene samlet for hvert hovedtema. Dette vil bli presentert i kapittel 3.2.

3. Resultater

I kapittel 3 presenteres først alle inkluderte artikler i en artikkelmatrise med en kort beskrivelse av hensikt, metode, resultat og relevans for problemstillingen. Videre blir resultatene grundigere presentert i en sammenhengende tekst, samt at resultatene flettes sammen ved hjelp av de inkluderte artiklene.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 5 Artikkelmatrise A

A: Referanse	Kim, S.H. (2021). Health literacy and diabetes self-care activities: The mediating effect of knowledge and patient activation. <i>International journal of nursing practice</i> , 2021(27), Artikkel e12925. https://doi.org/10.1111/ijn.12925
Hensikt	Hensikten var å undersøke veiene til helsekunnskap på diabetes omsorgsaktiviteter blant pasienter med diabetes type 2.
Metode	En kvantitativ studie der 155 pasienter utførte en tverrsnittsundersøkelse. Pasientene var fra Sør-Korea og hadde diabetes type 2.
Resultat	Kunnskap om helse hadde ingen direkte effekt på egenomsorgen for diabetes. Skal man forbedre egenomsorgsaktiviteten til pasienter med diabetes type 2 bør man øke pasientens kunnskap om diabetes og motivasjon for egenomsorg til sin diabetes.
Relevans for problemstillingen	Denne studien er relevant for å se på hva som er effektivt for å øke pasienters egenomsorg. Her ser vi at det er kunnskap og motivasjon.

Tabell 6 Artikkelmatrikse B

B: Referanse	Olson, E.A. & McAuley, E. (2015). Impact of a brief intervention on self-regulation, self-efficacy and physical activity in older adults with type 2 diabetes. <i>Journal of behavioral medicine</i> , 2015(38). 886-898. https://doi.org/10.1007/s10865-015-9660-3
Hensikt	Hensikten var å teste effekten av en kortvarig intervensjon i eldre voksne med diabetes type 2 sin fysiske aktivitet. Den ble rettet mot selveffektivitet og selvregulering og hadde som mål å øke den fysiske aktiviteten.
Metode	En kvantitativ studie der 116 pasienter med diabetes type 2 i alderen 50-75 år deltok i studien over 6 måneder. De hadde på seg en aktivitetsmåler og førte egne logger. Spørreskjemaer ble brukt for å måle følelse av mestring og selvregulering.
Resultat	Intervensjonene ble fulgt opp i 6 måneder og da så man en økning i fysisk aktivitet. Denne fysiske aktiviteten lyktes ikke med å opprettholdes over en lengre periode.
Relevans for problemstillingen	Denne studien peker på at fysisk aktivitet kan være vanskelig å opprettholde over tid, og gir derfor en pekepinn på hva veiledning bør inneholde.

Tabell 7 Artikkelmatrikse C

C: Referanse	Jansink et al (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. <i>BMC family practice</i> , 2010 (11), 41. https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41
Hensikt	Sykepleiere beskriver barrierene de møter på i diabetes-veiledning angående kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt på sykepleier-, pasient- og praksisnivå.
Metode	En nederlandsk kvalitativ studie som intervjuer 13 sykepleiere i nederlandsk allmennpraksis. Sykepleierne ble intervjuet og dataene ble analysert.
Resultat	Sykepleiere nevner at mangel på kunnskap og ferdigheter og vanskeligheter med holdninger og adferdsrutiner skapte barrierer ved livsstilsveiledning til pasienter. Pasienter sliter også med å tilegne seg kunnskap, endre holdninger og ferdigheter setter en stopper for endring.
Relevans for problemstillingen	Studien er relevant for oppgaven fordi den beskriver barrierer ved livsstilsveiledning, som er relevant å trekke frem når sykepleiers oppgave om veiledning blir tatt opp.

Tabell 8 Artikkelmatrise D

D: Referanse	Poskiparta et al (2006). Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. <i>Scandinavian journal of primary health care</i> , 24(4), 206-210. https://doi.org/10.1080/02813430600866463
Hensikt	Hensikten var å se på kostholds- og fysisk aktivitetsrådgivning gitt av helsepersonell under diabetes type 2 besøk. Igangsetting og diskutering av rådene ble også sett på.
Metode	En kvalitativ studie fra Finland der 17 pasienter med diabetes type 2 i en gjennomsnittsalder på 54 år deltok i studien. De ble filmet i veiledning hos leger og sykepleiere.
Resultat	Det blir totalt sett brukt lite tid på kosthold- og fysisk aktivitetsrådgivning. Helsepersonell slet med å starte temaet på en god måte og pasienter gav uttrykk for at de tidligere hadde fått råd, dermed ble det lite snakket om.
Relevans for problemstillingen	Denne artikkelen viser at rådgivning om kosthold og fysisk aktivitet kan være vanskelig for helsepersonell, da de ikke har nok kunnskap om temaet.

Tabell 9 Artikkelmatrise E

E: Referanse	Kiuru et al (2010) Advice-giving styles by finnisk nurses in dieatry counseling concerning type 2 diabetes care. <i>Journal of health communication</i> , 9(4), 337-354. https://doi.org/10.1080/10810730490468586
Hensikt	Hensikten med studien var å se på hvordan sykepleiere gir kostholdsråd til pasienter med diabetes type 2.
Metode	En finsk, kvalitativ studie der 18 pasienter med diabetes type 2 ble filmet mens de fikk kostholdsråd av sykepleier i finsk primærhelsetjeneste. Filmene ble analysert i ettertid.
Resultat	Det ble observert 4 forskjellige stiler for å gi kostholdsråd. Silene er anbefalende, overbevisende, støttende og tillatende.
Relevans for problemstillingen	Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den ser på hvordan sykepleier gir råd. Den beskriver også hva som kan være bra og dårlig med de forskjellige stilene som blir brukt.

Tabell 10 Artikkelmatrise F

F: Referanse	Gardsten et al. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. Journal of clinical nursing 27(19-20), 3666-3678. https://doi.org/10.1111/jocn.14330
Hensikt	Hensikten med studien var å se på utfordring knyttet til selvledelse hos pasienter med diabetes type 2.
Metode	En svensk kvalitativ studie der 11 deltakere deltok på fokusgruppeintervjuer. Noen i gruppa var nylig diagnostisert og noen hadde lengre erfaring med sykdommen.
Resultat	Det var 3 punkt som ble identifisert som vanskelig i egenomsorgen av diabetes type 2. Dette er forståelse, utvikle ferdigheter og evner og mobilisere personlig styrke.
Relevans for problemstillingen	Studien er relevant for oppgaven fordi den peker på utfordringer pasienter med diabetes type 2 har i hverdagen. Dette er relevant for å forstå hva som er vanskelig og hva sykepleier må veilede i.

Tabell 11 Artikkelmatrise G

G: Referanse	Carolan et al (2014). Experience of diabetes self-management: A focus group study among Australians with type 2 diabetes. Journal of clinical nursing, 2015 (24), 1011-1023. https://doi.org/10.1111/jocn.12724
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske erfaringene og bekymringene til personer med diabetes type 2 i en lav sosioøkonomisk setting.
Metode	En kvalitativ studie der fokusgrupper ble brukt til å samle inn data. 22 personer i alderen 40-70 år med diabetes type 2, som gikk i lokale helsetjenester for sin diabetesbehandling deltok i studien.
Resultat	Erfaringene med å håndtere diabetesen sin ble beskrevet som følelsesmessig, fysisk og sosialt utfordrende. Effekten diabetes-sykdommen har på familien ble beskrevet og viktigheten av støtte fra familien ble nevnt som viktig for pasientens evne til egenomsorg.
Relevans for problemstillingen	Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den tar opp hvordan pasienter opplever å leve med diabetes, som sykepleier bør vite noe om i veiledning av egenomsorg.

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og kosthold på blodsukkeret

Det kommer frem i flere studier at de fleste pasientene har kunnskap om diabetes type 2, kosthold og fysisk aktivitet, men at de er usikre på hvordan kostholdet og den fysiske aktiviteten påvirker blodsukkeret (Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018; Jansink 2010). I studien til Jansink et al. (2010) ser vi i tillegg at mange pasienter tror at de har nok kunnskaper om kosthold og fysisk aktivitet, og dropper derfor å søke veiledning av helsepersonell. Studien trekker også frem at det finnes mye informasjon tilgjengelig som er feil og kan mistolkes og brukes i feil hensikt (Jansink et al., 2010). I studien til Poskiparta et al. (2009) kan vi lese om at sykepleiere veileder i kosthold og fysisk aktivitet uten å snakke om den avgjørende betydningen og konsekvensene dette har på diabetes og blodsukkeret. Dette var med på å underbygge at pasientens allerede eksisterende kunnskaper var gode nok for å kunne ivareta egenomsorgen, uten at pasientene hadde gode nok kunnskaper om konsekvenser (Poskiparta et al., 2009).

Studien til Olsson et al. (2015) gikk ut på å teste en kort intervensjon med fysisk aktivitet hos pasienter med diabetes type 2. Dette førte ikke til langvarig effekt til tross for pasientenes kunnskaper og lærdom. Fysisk aktivitet krever også innsats og motivasjon for å opprettholdes over tid (Olsson et al., 2015).

Pasienter trenger kunnskaper om hva konsekvensene av usunt kosthold og inaktivitet betyr for å ha forutsetninger for god egenomsorg (Poskiparta et al., 2009; Kim, 2021; Gardsten et al., 2018).

3.2.2. Tilpasset veiledning

Veiledning må være tilpasset den enkelte pasient så godt som mulig med enkel, tydelig og konkret informasjon, støtte og empati (Kim, 2021; Poskiparta et al., 2010; Kiuru et al., 2010; Gardsten et al., 2018; Carolan et al., 2014). Flere studier peker på at informasjon må bli gitt i samsvar med helsenivået til pasienten (Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018; Carolan et al., 2014). For eksempel gis forskjellig informasjon til en som er nylig diagnostisert og en som har hatt diagnosen i flere år, og helsenivået endrer seg naturlig i løpet av livet og krever tilpasset informasjon deretter.

Flere studier viser at god veiledning inneholder støtte, bekreftende tilbakemelding, oppmuntring og konkrete råd for å øke pasienters motivasjon til god egenomsorg (Kim, 2021; Kiuru et al., 2010; Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018).

I studien til Kiuru et al. (2010) ser vi at sykepleiere veileder med forskjellige stiler. En anbefalende stil inneholder som oftest generaliserte råd og råd som pasienten selv ikke har behov for. Pasienten må selv være aktive med spørsmål for å få rådene mer individualisert. En tillatende stil ramser opp alle rådene i en setning og vanskeliggjør å få tak på de relevante rådene. Den støttende stilen derimot inneholder bekreftende tilbakemelding, støtte og motivasjon og leder til at pasienten selv kan komme opp med råd, som er med på å styrke pasientens empowerment (Kiuru et al., 2010).

Flere pasienter har lite kunnskap og synes det er vanskelig å gjennomføre en endring i hverdagen, samt holde oppe motivasjonen for endring (Jansink et al., 2010; Poskiparta et al., 2009; Carolan et al., 2014). Det kom også frem at pasienters frykt for å bry sykepleier førte til mindre spørsmål og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er derfor viktig (Gardsten et al., 2018).

3.2.3. Hva påvirker egenomsorgen

Studien til Kim (2021) fastslår at kunnskap har effekt på pasienters egenomsorgsaktiviteter knyttet til diabetes type 2. Kunnskap om helse, generelt og rettet mot diabetes, og tilgangen på informasjon vil være viktig for at pasienter skal ha nok kunnskap til å ta riktige valg (Kim, 2021; Carolan et al., 2014). I studien til Carolan et al. (2014) beskriver pasienter mengden arbeid det er å opprettholde egenomsorg som vanskelig og krevende. Motivasjon påpekes som en viktig faktor rundt egenomsorg i flere studier (Kim, 2021; Gardsten et al., 2018; Carolan et al., 2014). Gardsted et al. (2018) får frem at å behandle pasienten som ekspert i sitt eget liv kan føre til økt egenomsorg.

Det er tydelig i studiene til Gardsten et al. (2018) og Carolan et al. (2014) at støtte fra familien er spesielt viktig for pasientens egenomsorg. Studiene viste også at pasienter er bekymret for familiens frykt for påvirkningen sykdommen har på dem, samt at pasientene ikke ville være en byrde for familien. Men det viktigste var støtten og motivasjonen familien gav.

3.2.4. Sykepleiers opplevelser med veiledning

Sykepleiere forteller at mangel på kunnskap rundt kosthold og fysisk aktivitet hindrer god veiledning og at mangel på tid gjorde det vanskelig å gi god veiledning, samt gå i dybden på relevante temaer (Jansink et al., 2010; Poskiparta et al., 2009). Flere sykepleiere mener at det er ernæringsfysiologens oppgave å veilede om kosthold, og de problematiserer veiledning rundt fysisk aktivitet til eldre pasienter som ikke har tilgang til treningssenter (Jansink et al., 2010). Vi ser i flere studier at sykepleiere gir generaliserte råd og unnlater å gi informasjon om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet (Poskiparta et al., 2009; Kiuru et al., 2010).

I studien til Jansink et al. (2010) forteller sykepleiere om dårlig veiledningskompetanse, mangel på kunnskap om å sette opp plan for måloppnåelse og liten motivasjon til å veilede fordi de ikke ser endring hos pasientene, de føler seg maktesløse og er redd for å ødelegge forholdet til pasienten. Sykepleiere gir generaliserte råd for å unngå å invadere pasientens liv (Kiuru et al., 2010). Flere sykepleiere forstår ikke hvor vanskelig det kan være å endre på livsstilen og dette gjør det vanskelig å veilede i nettopp dette (Jansink et al., 2010).

4. Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg drøfte teorien og resultatene fra artiklene og svare på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier veilede til økt egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet hos pasienter med diabetes type 2?».

Drøftingen vil være inndelt i hovedtema som er: kunnskap om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret, tilpasset veiledning og hva som påvirker egenomsorg. Det vil være undertema for å gjøre kapittelet mer oversiktlig. Sykepleiers opplevelser med veiledning vil bli flettet inn under hovedtemaene for å peke på rollen deres og utfordringer som de har. Til slutt vil det være metoderefleksjon som belyser oppgavens styrker og svakheter, implikasjoner for sykepleie og oppgaven vil ende opp med en konklusjon.

4.1. Kunnskap om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret

For å holde et stabilt blodsukker er det viktig å ivareta behov som kosthold og fysisk aktivitet (Stubberud et al., 2016). I flere studier kommer det frem at pasienter ikke vet betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret og at mange pasienter tror de har nok kunnskaper og unngår derfor å ta kontakt med helsepersonell for veiledning (Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018; Jansink et al., 2010). Hvordan kan pasienter vite betydningen av dette når det kommer frem i studien til Poskiparta et al. (2009) at sykepleierne ikke fokuserer på det i veiledningen? Studien til Kim (2021) påpeker at kunnskap er en viktig faktor til motivasjon og utførelse av egenomsorg.

4.1.1. Kosthold

Det kan være krevende å følge kostanbefalingene, og samtidig spise små, men hyppige måltider. Pasienter i studien til Carolan et al. (2014) understreker det slik; Å håndtere egenomsorgen rundt diabetes tar tid, spesielt dette med mat. Pasientene nevnte også det med å ha «nei-mat» som utfordrende, da det ofte førte til et ekstra lyst på akkurat denne maten.

En annen utfordring som blir trukket frem er at det finnes mange kilder til informasjon og pasienter sliter med å være kritisk til informasjonen og vite om den er riktig eller misvisende (Gardsten et al., 2018). Flere syns også det var vanskelig å planlegge, handle og lage mat. Vi kan derfor se viktigheten av at pasienter får kunnskaper om betydningen kostholdet har på blodsukkeret, for at de lettere skal klare å gjennomføre gode rutiner på mat i hverdagen (Gardsten et al., 2018).

4.1.2. Fysisk aktivitet

Fedme og inaktivitet øker blodsukkeret og det er anbefalt å være i aktivitet 150 minutter per uke (Wyller, 2019; Helsedirektoratet, 2016). Olsson et al. (2015) gjorde en studie på å teste en kort intervensjon med fysisk aktivitet. Resultatet på studien er at denne korte intervensjonen ikke resulterer i langvarig fysisk aktivitet. Stubberud et al. (2016) skriver at opplæring og kunnskap om den fysiske aktivitetens viktighet for blodsukkeret er

nødvendig for at behandlingsfaktoren skal være så positiv som mulig. Vi kan derfor tenke oss at å blande oss inn og hjelpe pasienter med trening ikke vil være påvirkende alene i det lange løp. Pasienter trenger kunnskap om hvorfor trening er så viktig, slik at det kan gi motivasjon til å opprettholde en rutine på trening.

4.1.3. Sykepleiers opplevelse

I studiene til Jansink et al. (2010) og Poskiparta et al. (2009), som handler om sykepleiers veiledning, forteller sykepleierne at på grunn av mangel på kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet sliter de med å veilede rundt dette, spesielt gå i dybden på temaet. I tillegg til i studien til Poskiparta et al. (2009), kommer det frem i studien til Kiuru et al. (2010) at sykepleierne unngår å gi pasientene informasjon om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet. Hvordan kan pasienter da få den informasjonen de har behov for, når sykepleiere ikke har kunnskap nok og unngår å fortelle relevant informasjon?

I Helsepersonelloven kapittel 2 (1999) står det om at helsepersonell skal yte forsvarlig helsehjelp, og i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp, informasjon og rett til medvirkning rundt sin helse. Som det kommer frem i studien til Jansink et al. (2010) ønsker noen sykepleiere at ernæringsfysiologen skal overta veiledning om kosthold. Dette kan være med på å yte forsvarlig helsehjelp, dersom sykepleier opplever for lite kunnskap rundt det hun skal veilede om (Jansink et al., 2010; Poskiparta et al., 2009).

4.2. Tilpasset veiledning

Etter endt bachelorgrad i sykepleie skal sykepleieren ha en pedagogisk kompetanse som innebærer blant annet veiledning, undervisning og støtte (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen, 2019). For å kunne gi god undervisning og veiledning er det som nevnt tidligere selvsagt at sykepleier må ha kunnskap om det hun skal veilede om og det er relevant å kjenne pasienten til en viss grad for å kunne tilpasse veiledningen.

For å tilpasse veiledningen til den enkelte pasient er enkel, tydelig og konkret informasjon, støtte og empati gode grep (Kim, 2021; Poskiparta et al., 2010; Kiuru et al., 2010; Gardsten et al., 2018; Carolan et al., 2014). God kommunikasjon som inneholder støtte, bekreftende tilbakemelding og oppmuntring er med på å øke pasientens motivasjon til god egenomsorg (Kim, 2021; Kiuru et al., 2010; Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018). Dette støttes av teorien der Brataas (2011) skriver om viktigheten av støtte og informasjon, og Kristoffersen et al. (2016) som skriver at støtte kan gi pasienten motivasjon, trygghet og oppmuntring til å utføre tiltak.

Sykepleier-pasient-relasjonen er viktig i veiledning. Dersom sykepleier klarer å oppnå en god sykepleier-pasient-relasjon vil det føre til at pasienten opplever tillit og trygghet, som vil hjelpe sykepleier til å veilede pasienten i riktig retning (Haugan & Rannestad, 2014). Det vi derimot kan se i studien til Jansink et al. (2010) og Kiuru et al. (2010) er at noen sykepleiere er redd for å invadere pasientens liv og ødelegge forholdet til pasienten og at de derfor ikke klarer å tilpasse veiledningen, men gir generaliserte råd. Flere sykepleiere sliter også med å forstå vanskeligheten av å endre på vaner i livet som de selv tenker er enkelt (Jansink et al., 2010). Vi kan derfor tenke oss at sykepleier i

denne situasjonen ikke har jobbet nok med sykepleier-pasient-relasjonen til å skape en god dynamikk og forståelse mellom sykepleier og pasient.

Et annet viktig punkt i forhold til tilpasset veiledning er å tilpasse informasjonen til pasientens helsenivå. Både i teori og artikler blir det skrevet om at læringsbehovet endrer seg i løpet av livet, og om pasienten er nylig diagnostisert eller har hatt diagnosen lenge (Brataas, 2011; Poskiparta et al., 2009; Gardsten et al., 2018; Carolan et al., 2014). Helsedirektoratets retningslinjer for fysisk aktivitet beskriver hvordan sykepleier kan tilpasse veiledningen til den enkelte. Små grep kan utgjøre en stor forskjell og det er derfor viktig å kartlegge helsenivået og aktivitetsnivået, og gi råd ut ifra det (Helsedirektoratet, 2019).

4.2.1. Sykepleiers opplevelser med veiledning

Sykepleiere forteller i studien til Jansink et al. (2010) om dårlig veiledningskompetanse, mangel på kunnskap om å sette opp plan for måloppnåelse og liten motivasjon til å veilede fordi de ikke ser endring hos pasientene. Vi kan spørre om sykepleiere har fått god nok utdanning, eller sliter med å opprettholde kunnskapen? (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen, 2019). Eller på den andre siden om pasientene ikke forstår viktigheten i livsstilsendringer og god egenomsorg, og dermed ikke er like deltakende i veiledning. Som pasienter beskriver i studien til Carolan et al. (2014) krever det mye arbeid å utføre egenomsorg.

Sykepleiere beskrev at de hadde liten tid til veiledning og mangelen på tid gjorde veiledningen utfordrende da det krever nettopp tid (Poskiparta et al., 2009; Jansnik et al., 2010). Å klare å bygge opp en god sykepleier-pasient-relasjon krever også at sykepleier har nok tid til å ha den samtalen som kreves (Haugan & Rannestad, 2014). Vi vet alle at å bygge en relasjon krever tid. Haugan og Rannestad (2014) forteller også at god sykepleier-pasient-relasjon vil hjelpe sykepleier til å veilede pasienten i riktig retning og Helsedirektoratets retningslinjer peker på god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som en forutsetning for måloppnåelse (Helsedirektoratet, 2016). I studien til Kiuru et al. (2010) ser vi at sykepleiere gir generaliserte råd. Hvorfor dette blir gjort blir ikke beskrevet, men vi kan tenke oss at det tar mindre tid å gi generelle råd enn å sette seg inn i pasientens liv og tilpasse rådene deretter. Derfor kan vi si at tid er nødvendig for god, tilpasset veiledning.

4.3. Hva påvirker egenomsorgen

Dorothea Orem definerer egenomsorg slik: «de aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære» (Canavagh, 1999). For å utføre de aktivitetene som opprettholder liv, helse og velvære er det nødvendig at pasienten forstår sin helsetilstand, har kunnskaper og kan planlegge og utføre en aktivitet (Canavagh, 1999). Studien til Kim (2021) fastslår at kunnskap har effekt på pasienters egenomsorgsaktivitet og dette er med på å underbygge Orem's sykepleiemodell.

Verdens helseorganisasjon definerer begrepet empowerment slik: «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (Kristoffersen et al., 2016). Kiuru et al. (2010) nevner i sin artikkel at kompetanse for selvansvar eller

egenomsorg ligger tett opptil empowerment-tilnærmingen. En annen definisjon Verdens helseorganisasjon har er: «Et mål med sykepleiens pedagogiske virksomhet er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv» (Kristoffersen et al., 2016). Pasienter i Carolan et al. (2014) sin artikkel beskriver mengden arbeid med diabetes egenomsorg som vanskelig. Å styrke pasientens ressurser kan dermed være med på å senke vanskelighetene rundt diabetes egenomsorg. Gardsten et al. (2018) skriver at dersom sykepleier behandler pasienten som ekspert i sitt eget liv, kan dette føre til økt egenomsorg. Dette er også med på å få pasienten til å tro på seg selv og vi kan tenke oss at å styrke pasientens empowerment vil hjelpe pasienten til økt egenomsorg ved å ha tro på seg selv og sine ressurser.

4.3.1. Kunnskap

Som nevnt fastslår Kim (2021) i sin studie at kunnskap har effekt på pasienters egenomsorgsaktivitet. Resultatene i studien til Kim (2021) og Carolan et al. (2014) viser at kunnskap om helse generelt og tilgangen til informasjon er nødvendig for at pasienter enklere kan ta riktige valg og studien til Kim (2021) får frem at generell helsekunnskap påvirker viljen pasienter har til å ta vare på egen helse. Jeg velger å trekke frem en setning som har blitt nevnt tidligere, da dette tydelig peker på viktigheten av kunnskap for god forutsetning for egenomsorg: Pasienter trenger kunnskaper om hva konsekvensene av usunt kosthold og inaktivitet betyr for å ha forutsetninger for god egenomsorg (Poskiparta et al., 2009; Kim, 2021; Gardsten et al., 2018). Stubberud et al. (2016) skriver også noe lignende i sin bok. Pasienter må få kunnskaper om hvorfor fysisk aktivitet er så viktig slik at behandlingsfaktoren blir positiv (Stubberud et al., 2016). Altså understreker både teori og studier viktigheten av kunnskap for å ha gode forutsetninger for egenomsorg.

4.3.2. Støtte fra familie

Støtte fra familien kommer tydelig frem som et viktig punkt rundt pasientens egenomsorg i studiene til Gardsten et al. (2018) og Carolan et al. (2014). Støtte fra familie fører til motivasjon og oppmuntring til å ta gode valg for egenomsorgen (Carolan et al., 2014). I teorien blir støtte beskrevet som en metode i veiledning for å hjelpe pasienten til å oppnå mål, samt gi motivasjon og oppmuntring til å gjøre gode valg (Kristoffersen et al., 2016). Gardsten et al. (2018) skriver at «motivasjon er den viktigste faktoren for diabetes egenomsorg». Det kommer altså tydelig frem at støtte er viktig for å gi motivasjon og oppmuntring til pasientene, og det trengs både fra sykepleier og familie.

Selv om familie gir støtte til pasientene, beskrev pasienter også at de var redd for å involvere familien for mye i sin diabetes. Dette på grunn av familiens frykt for diabetes, som senkomplikasjoner og faren for å selv arve sykdommen. Noen var redd for påvirkningen diabetesen hadde på familien og ønsket ikke å være en byrde for dem (Carolan et al., 2014; Gardsten et al., 2018).

Gardsten et al. (2018) sin studie viser til at flere pasienter satt pris på å snakke om sykdommen sin med andre som har samme sykdom, og at dette kan brukes for å støtte og oppmuntre til god egenomsorg. Å dele hverandres erfaringer kan også være med på å lære om hvordan man kan leve med sykdommen. Nettsiden til diabetesforbundet er et

fint sted å finne hjelp, tips og råd, samt noen å snakke med. Her kan man melde seg på forskjellige grupper, få en person å snakke med eller se videoer rettet mot for eksempel kosthold (Diabetesforbundet, u.å).

4.4. Metoderefleksjon

En styrke i denne oppgaven er at alle artiklene som er blitt brukt er fagfellevurdert og kvalitetssikret gjennom sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Det er inkludert artikler med både kvantitative og kvalitative metoder som også er med på å styrke oppgaven ved å gi litt forskjellig informasjon og syn på temaet i oppgaven. Seks av de inkluderte artiklene er publisert i løpet av de siste 12 årene, og sees derfor på som en styrke fordi de er derfor av nyeste type forskning på temaet.

En svakhet med oppgaven er derimot at en av artiklene er 16 år gammel. Selv om dette er en svakhet i oppgaven, sleit jeg med å finne en nyere artikkel med samme innhold og valgte derfor å inkludere artikkelen i oppgaven likevel. To av de valgte artiklene er fra land utenfor Europa. Selv om dette er en svakhet, kan man si at det er en styrke ved at man får et innblikk i temaet i andre deler av verden, og de to artiklene jeg har med har relevans for pasienter i andre land enn opprinnelseslandet. Jeg skulle dog ønske at jeg hadde lyktes i å bare finne artikler fra nordiske eller europeiske land.

Alle de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk og en tydelig svakhet med oppgaven er at oversettingen kan ha ført til feiltolkninger og misforståelser. Når det kommer til søkeord, var noen av dem også litt vanskelige å oversette til engelsk. Ordet veiledning ble oversatt til «guidance» eller «counselling», men ord som «communication» og «education» ble også brukt for å finne frem til riktig type artikler.

En annen svakhet med oppgaven er at jeg har måttet bruke sekundærkilden til Orems sykepleiemodell, som er boka til Cavanagh (1999). Det kan derfor forekomme tolkninger fra Orems modell. De fleste bøkene jeg har brukt er av nyeste utgave, som er en styrke, men på grunn av at det ikke var mulig å få tak i Sidsel Tveitens bok om veiledning, måtte jeg bruke utgaven fra 1998. Styrken ved denne boka er at det er primærkilden, og det forekommer derfor ingen tolkninger fra noen andre.

4.5. Implikasjoner for sykepleie

I oppgaven beskrives det hvordan veiledning kan hjelpe pasienter med diabetes type 2 til økt egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet. Det kommer tydelig frem at veiledning må inneholde kunnskap om relevant tema for at pasienter skal ha forutsetninger for å forstå hvorfor endring og ivaretagelse av kosthold og fysisk aktivitet er så viktig. Dette impliserer at behovet for sykepleie er nødvendig og siden sykepleiere kan møte pasienter med diabetes hvor enn de jobber, er det behov for kunnskap om dette over alt i helsevesenet.

Det kommer frem i flere artikler at sykepleierne mangler kunnskap om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet på blodsukkeret og at veiledningskompetansen er lav. Sykepleiere innrømmer det selv og har et behov for mer kompetanse. Samtidig forteller pasienter om lav kunnskap og usikkerhet rundt å ta kontakt med helsevesenet fordi de

ikke vil være til bry. Implikasjonen for sykepleie er tydelig høy når kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er for dårlig til å påvirke pasienters usikkerhet.

Sykepleiere skal, ifølge Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen (2019) og Norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer (2019), arbeide helsefremmende og forebyggende og dette peker på at implikasjon for sykepleie er relevant for problemstillingen i denne oppgaven.

4.6. Konklusjon

I denne oppgaven ble problemstillingen «Hvordan kan sykepleier veilede til økt egenomsorg rundt kosthold og fysisk aktivitet hos pasienter med diabetes type 2?» drøftet ved hjelp av teori og forskning.

Diabetes er en av de vanligste folkesykdommene i Norge og 90% av alle tilfellene er diabetes type 2. Tilstrekkelig fysisk aktivitet og riktig kosthold er nøkkelord for å holde blodsukkeret stabilt og forskningen tilsier at kunnskaper om betydningen kosthold og fysisk aktivitet har på blodsukkeret er nødvendig for at pasienter skal forstå hvorfor det er viktig å ivareta. Sosial støtte, gitt av familie, personer i samme situasjon og sykepleier ser ut til å være viktig for at pasienten skal oppleve motivasjon til å ivareta egenomsorgen.

Sykepleiers pedagogiske funksjon og veiledning er også viktig for å øke kunnskapsnivået til pasientene, samt gi råd og veiledning om hvordan pasienten kan leve sitt liv. Til dette kreves tilpasset veiledning som vi har sett i forskningen at flere sykepleiere har manglende kunnskaper om. Manglende veiledningskompetanse og mangel på tid utfordrer sykepleier-pasient-relasjonen og gjør det vanskelig for sykepleier å veilede pasienten i riktig retning.

For å konkludere på problemstillingen velger jeg å trekke frem en setning som går igjen i flere av artiklene som ble brukt i oppgaven:

Pasienter trenger kunnskap om hva konsekvensene av usunt kosthold og inaktivitet betyr for å ha forutsetninger for god egenomsorg.

Referanser

Brataas, H. (2011) Sykepleiepedagogisk praksis: parientsentrert sykepleie på ulike arenaer. Gyldendal akademisk.

Carolan, M., Holman, J. & Ferrari, M. (2014). Experience of diabetes self-management: A focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 2015 (24), 1011-1023. <https://doi.org/10.1111/jocn.12724>

Cavanagh, S.J. (1999). Orems sykepleiemodell i praksis. Universitetsforlaget.

Diabetesforbundet. (u.å) Hentet 12. mai 2022 fra <https://www.diabetes.no>

Diabetesforbundet. (2021, 11. mars). Sunt kosthold og aktivitet. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/sunt-kosthold-og-aktivitet/>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22–26.

Folkehelseinstituttet. (2020, 13. november). Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (FOR-2019-10-23-1405). Lovdata. Hentet 21. april 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A. & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of clinical nursing* 27(19-20), 3666-3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>

Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). Helsefremming i kommune-helsetjenesten. Cappelen Damm.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). PICO. Hentet 27. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2016, 14. september). Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/kommunikasjon-mestring-og-motivasjon-ved-diabetes>

Helsedirektoratet. (2016, 24. oktober). Kostrådene. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen#grove-kornprodukter-hver-dag-praktisk>

Helsedirektoratet. (2019, 20. desember). Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme. Hentet 20. april 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/levevaner-ved-diabetes-og-behandling-av-overvekt-og-fedme>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet 13. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jansink, T., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. BMC family practice, 2010 (11), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41>

Kim, S.H. (2021). Health literacy and diabetes self-care activities: The mediating effect of knowledge and patient activation. International journal of nursing practice, 2021(27), Artikkel e12925. <https://doi.org/10.1111/ijn.12925>

Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J. & Liimatainen, L. (2010) Advice-giving styles by finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. Journal of health communication, 9(4), 337-354. <https://doi.org/10.1080/10810730490468586>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G.H. (2016). Grunnleggende sykepleie bind 3 (3. utgave). Gyldendal akademisk.

Norsk senter for forskningsdata. (u.å). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 12. mai 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 12. mai 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Olson, E.A. & McAuley, E. (2015). Impact of a brief intervention on self-regulation, self-efficacy and physical activity in older adults with type 2 diabetes. Journal of behavioral medicine, 2015(38). 886-898. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9660-3>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 13. mai 2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary health care in Finland. Scandinavian journal of primary health care, 24(4), 206-210. <https://doi.org/10.1080/02813430600866463>

Stene, L.C.M. (2021, 31. mai). Diabetes i Norge. Folkehelseinstituttet. Hentet 19. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/#konsekvenser-av-diabetes>

Stubberud, D.G., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). Klinisk sykepleie 2 (5. utg). Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (1998). Veiledning – mer enn ord (4. utgave) Fagbokforlaget.

Universitetsbiblioteket. (u.å). Databaser/Artikler. Hentet 05. mai 2022 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>

Wyller, V.B.B. (2019). Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin (4. utg.). Cappelen Damm AS.

Åsvold, B.O. (2021, 8. august). Diabetes type 2. Store medisinske leksikon. Hentet 19. april 2022 fra https://sml.snl.no/diabetes_type_2

