

# Bacheloroppgave

**Sy301813 Sykepleie VI - Del 2 (Bacheloroppgaven)**

**Diabetes type 2 - Å mestre en ny livssituasjon**

**Type 2 Diabetes - To cope with a new life situation**

Kandidatnummer: 2541 og 2536

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Antall ord: 8617

Innlevert Ålesund, 14.05.2015

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter <a href="#">høgskolens studieforskrift</a> §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp

Veileder: Lindis Helberget

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 08.05.2015

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten er å belyse hva pasienter med diabetes type 2 opplever er viktig sykepleie for at de skal kunne mestre sin nye livssituasjon.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på åtte forskningsartikler. Det er brukt seks kvalitative og to kvantitative artikler.

**Resultat:** Informasjon gjennom god kommunikasjon, motivasjon og støtte, samt oppfølging, opplevde pasienter med diabetes type 2 var viktig sykepleie for å kunne mestre sin nye livssituasjon.

**Konklusjon:** Det å gi god informasjon som er motiverende og støttende, gjennom hele sykdomsforløpet er det som kom fram som viktig sykepleie. Sykepleier må fokusere på alle tre områdene når sykepleie skal gis for at mestring skal kunne oppnås, da fokus på bare et område ikke vil være fullstendig.

## **Abstract**

**Aim:** The aim of this study is to illuminate what type 2 diabetes-patients experience as important nursing for them to cope with their new life situation.

**Method:** A systematic literature study based on eight research articles. Six qualitative and two quantitative articles was included in this systematic literature study.

**Result:** Type 2 diabetes patients experienced that getting information through good communication, motivation and support, including follow-up, was useful for dem to cope with their new life situation.

**Conclusion:** Information through good communication, which is motivating and supportive, through the whole disease progression, came forward as important nursing care. For coping to be achieved, nurses have to focus on all the three areas when nursing care is given, because by just focusing on one of the areas the patient will not be able to achieve coping.

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Valg av tema .....	1
1.2 Hensikt med oppgaven.....	1
1.3 Problemstilling .....	1
1.3.1 Avgrensning .....	2
1.3.2 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	2
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>3</b>
2.1 Diabetes mellitus .....	3
2.2 Diabetes type 2.....	3
2.3 Lazarus og Folkmans mestringsteori .....	3
2.4 Benner og Wrubels Omsorgsteori .....	4
2.4.1 Benner og Wrubels menneskesyn .....	4
2.4.2 Benner og Wrubels syn på stress og mestring .....	4
2.5 Kommunikasjon .....	5
2.6 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	5
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>7</b>
3.1 Litteratursøk .....	7
3.2 Kvalitetsvurdering av artiklene .....	7
3.3 Analyse.....	8
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
4.1 Viktigheten av informasjon gjennom god kommunikasjon .....	10
4.1.1 Informasjon om sykdommen .....	10
4.1.2 Informasjon om kosthold og fysisk aktivitet.....	11
4.1.3 Informasjon til den enkelte .....	12
4.2 Viktigheten med motivasjon og støtte .....	13
4.3 Viktigheten av kontinuerlig oppfølging .....	14
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>15</b>
5.1 Metodediskusjon .....	15
5.1.1 Datainnsamling .....	15
5.1.2 Søkeprosessen .....	15
5.1.3 Kvalitetsbedømming og etiske hensyn .....	16
5.1.4 Analyse.....	16
5.2 Resultatdiskusjon .....	17
5.2.1 Viktigheten av informasjon gjennom god kommunikasjon.....	17
5.2.2 Viktigheten med motivasjon og støtte.....	22
5.2.3 Viktigheten med kontinuerlig oppfølging .....	25
5.3 Konklusjon .....	26
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>27</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	

## **1.0 INNLEDNING**

### ***1.1 Valg av tema***

Vi har valgt diabetes type 2 som tema i denne oppgaven. Diabetes er en kronisk sykdom som kan gi både fysiske og psykiske konsekvenser for de som rammes (Mosand og Stubberud 2011). Diagnosen kan føre til endringer i pasientens livssituasjon og livsstil, og livskvaliteten vil ofte være avhengig av hvor velregulert blodglukosen er (ibid). Omtrent 200 000 personer i Norge har sykdommen, og antall nordmenn med sykdommen har tredoblet seg de siste 30 årene (ibid). Vi valgte dette teamet på bakgrunn av den økende forekomsten av diabetes type 2, noe som øker sannsynligheten for å møte disse pasientene når vi er ferdige sykepleiere. Vi ønsket å fordype oss innenfor dette temaet for å få mer kunnskap slik at vi kan hjelpe disse pasientene til å mestre den nye livssituasjonen bedre. Ettersom det kan oppstå alvorlige senkomplikasjoner ved dårlig blodsukkerregulering, synes vi det er viktig at pasienter får god sykepleie slik at de kan mestre sykdommen. Vi skal derfor se på pasientenes synspunkt i forhold til sykepleien de fikk og hvordan de mestret sin nye livssituasjon.

### ***1.2 Hensikt med oppgaven***

Hensikten med denne oppgaven er å få fram hva pasienter med diabetes type 2 opplever er viktig sykepleie for at de skal kunne mestre sin nye livssituasjon. Vi vil bruke forskning med pasientperspektiv som et utgangspunkt for å få fram hva pasienter opplever er viktig sykepleie. Det vi ønsker ved denne oppgaven er å kunne bruke funnene som vi får fram til å forbedre sykepleien som blir gitt til pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 for at de skal kunne mestre sin nye livssituasjon.

### ***1.3 Problemstilling***

**«Hva opplever pasienter med diabetes type 2 er viktig sykepleie for å kunne mestre sin nye livssituasjon?»**

### **1.3.1 Avgrensning**

Vi har valgt å ta for oss pasienter med en kostholdsregulert diabetes type 2 uten insulinbehandling i aldersgruppen 50 år og oppover.

### **1.3.2 Begrepsavklaring**

Diabetes type 2: Type 2 – diabetes er en kronisk sykdom som kjennetegnes ved hyperglykemi (økt eller unormalt høyt blodsukkerinnhold) (Mosand og Stubberud 2011)

Mestring: Lazarus og Folkman definerer mestring slik:

«Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (Lazarus og Folkman i Reitan 2010:78).

## ***1.4 Oppbygging av oppgaven***

Vi vil først presentere relevant teori som vi vil få bruk for i resultatdiskusjonen. Deretter vil vi forklare hvordan vi har funnet relevant forskning og hvordan vi har analysert studiene for å få fram funnene. Vi vil kategorisere funnene og diskutere de i lys av relevant teori, samt trekke inn Lazarus og Folkmans mestringsteori og Benner og Wrubels omsorgsteori. Etter å ha diskutert alle funnene, vil vi bruke den didaktiske relasjonsmodellen når vi ser på konsekvensen for sykepleie. Tilslutt vil vi komme fram til en konklusjon som svarer på problemstillingen vår.

## **2.0 TEORI**

### ***2.1 Diabetes mellitus***

Diabetes mellitus, ofte kalt «sukkersyke», blir inndelt i to typer, type 1 og type 2. Det finnes i tillegg en tredje type, svangerskapsdiabetes, men den forsvinner som oftest etter fødselen. Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom der de forskjellige typene har til felles å ha forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet (Jacobsen mfl. 2013).

### ***2.2 Diabetes type 2***

En viktig årsak til diabetes type 2 er at cellene i musklene, leveren og fettvevet vårt ikke reagerer som de skal på hormonet insulin; man sier at de er insulinresistente (Mosand og Stubberud 201). En forutsetning for å få diabetes type 2 er at bukspyttkjertelen i tillegg produserer for lite insulin (ibid). Type 2 diabetes skyldes en kombinasjon av insulinresistens og relativ insulinmangel (Mosand og Stubberud 2011). Diabetes type 2 betegnes som en livsstilssykdom da økt inntak av fett og sukker, og ikke minst mangel på fysisk aktivitet, er årsaken til den økte forekomsten av diabetes type 2 (ibid).

Diabetes type 2 kan utvikles langsomt med diffuse symptomer (Mosand og Stubberud 2011). Symptomer på diabetes type 2 kan være hyppig forekomst av urinveisinfeksjon, forsinket sårtilheling, økt urinlating, munntørrehet og tørste, tretthet, svimmelhet og depresjon (ibid). Senkomplikasjoner som kan oppstå ved dårlig blodsukkerregulering hos pasienter med diabetes type 2 er nevropati, øyesykdommer, fotkomplikasjoner, nyreskade, tann- og tannkjøttssykdommer, hjerteinfarkt, hjerneslag og ereksjonssvikt. Jevnlig kontroll og god behandling på et tidlig tidspunkt kan forebygge og forsinke komplikasjoner (ibid).

### ***2.3 Lazarus og Folkmans mestringsteori***

Lazarus og Folkman definerer mestring som: «Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet» (Lazarus og Folkman i Reitan 2010). Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedmåter å møte situasjoner på: Problemorientert mestring og emosjonsorientert mestring (Reitan 2010).



Problemorientert mestring dreier seg om ulike strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Ved bruk av problemorienterte strategier stiller personen seg aktivt og direkte til problemet eller til det situasjonen gjelder (ibid). Ved bruk av emosjonsorientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen. Strategiene tar primært sikte på å endre ubehaget i situasjonen ved å redusere intensiteten i følelsene som følger med opplevelsen av fare, eller ved å endre meningsinnholdet. På den måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen (ibid).

#### ***2.4 Benner og Wrubels Omsorgsteori***

Benner og Wrubel trekker frem og definerer følgende begreper som sentrale i sin teori: omsorg (bry seg om), person, situasjon, kontekst, stress, mestring, sykdom, symptomer, livsløp, helse og helsefremming. De tar utgangspunkt i begrepet omsorg, som de hevder er det primære i alt menneskelig liv (Kirkevold 2012). Omsorg er den essensielle forutsetningen for mestring (Benner og Wrubel 2003). Benner og Wrubel mener også at omsorg er primærkilden til håndtering av stress og mestring i menneskets opplevelse av sunnhet og sykdom (ibid).

##### **2.4.1 Benner og Wrubels menneskesyn**

Benner og Wrubel peker på fire karakteristiske trekk ved det å være menneske. Det er kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender og det å være plassert i en situasjon eller kontekst (Kirkevold 2012). I sin beskrivelse av kroppslig intelligens tar de avstand fra et menneskesyn som deler mennesket i kropp og sjel (ibid). Spesielle anliggender betyr at et menneske er involvert i noe, interessert i det, bryr seg om det og er opptatt av det (ibid).

##### **2.4.2 Benner og Wrubels syn på stress og mestring**

Forholdet mellom stress og mestring forklarer de på denne måten: «stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet» (Kirkevold 2012). Sykdom er en situasjon som ifølge Benner og Wrubel nesten alltid fører til et brudd i uhemmet funksjon (ibid). Stress er altså knyttet til både personen og situasjonen. Mestring betyr ikke å overvinne eller takle situasjonen på en objektivt sett

«suksessfull måte», ettersom mestring ikke kan måles mot objektive kriterier for god eller dårlig mestring (ibid). En persons mestring må vurderes ut fra vedkommende sin egen forståelse, vurdering og mulighet (ibid).

## ***2.5 Kommunikasjon***

Kommunikasjon defineres som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Eide og Eide 2012). Tegn og signaler, enten de er verbale eller nonverbale, er ofte sammensatte og må fortolkes (ibid). Avhengig av signalene og hvordan vi tolker disse, kan møtet med den andre oppleves på svært ulike måter, som godt, ubehagelig, sårende, irriterende eller inspirerende (ibid). Den andres signaler og vår fortolkning av disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt (ibid).

Profesjonell kommunikasjon er ifølge Eide og Eide (2012) kommunikasjon som hører ens yrke til, og i helsevesenet er det yrkesrollen som hjelper (ibid). Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål. Helsepersonell kan ha noe ulike arbeidsområder, metoder og pasient- og brukergrupper, men det overordnede formålet er i hovedsak det samme, «å fremme helse, å forebygge sykdom, og gjenopprette helse og å lindre lidelse», slik det er formulert i den internasjonale kodeks for sykepleiere (ibid).

## ***2.6 Den didaktiske relasjonsmodellen***

I 1978 utarbeidet Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg en didaktisk modell som fikk betegnelsen didaktisk relasjonsmodell (Brataas 2011). Modellen har seks kategorier; pasienten sine forutsetninger, mål, læringsmåter, rammefaktorer, innhold i pasientopplæring og vurdering. Denne modellen angis også som en helhetsmodell for undervisningsplanlegging (Brataas 2011).

Det er viktig å ta hensyn til pasientens forutsetninger når man skal lage et undervisningsopplegg. Det gjelder personens alder, modning, erfaring, livsfase, sosiokulturell og språklig bakgrunn, sykdomsfase, interesser og behov (Kvangarsnes 2007). Helsepersonell må lytte til den enkelte pasient og det må utvikles en felles forståelse av situasjonen og hvordan pasienten kan ta del for å oppnå bedre helse. Pasientdeltagelse i å utforme mål er et vilkår for god samhandling mellom helsepersonell og pasient (ibid). Det finnes flere måter helsepersonell kan formidle kunnskap eller legge til rette for læring på, og den vanligste måten helsepersonell formidler kunnskap på er

gjennom individuelle samtaler/veiledning (ibid). Det er lovverket som utgjør de formelle rammene for informasjon og opplæring (ibid). Det er flere faktorer som kan påvirke læringen, som for eksempel personlig kompetanse, tid, organisatoriske rammer, læremiddel og fysisk miljø (ibid). I følge Befring sin tolkning av pasientrettighetsloven skal det gis informasjon om alle deler av helsehjelpen, om vurderinger av helsetilstanden, om planlagte undersøkelser, om diagnoser, om behandling og om videre oppfølging (ibid). Vurdering bør skje både underveis og tilslutt i helsepedagogisk arbeid. Det er viktig å be om tilbakemelding og lytte til hvilket læringsutbytte deltakeren har hatt. Tilbakemelding underveis er viktig for å endre læringsprosessen i forhold til deltakerens behov (ibid).

### **3.0 METODE**

Metode er det redskapet vi bruker når vi vil undersøke noe (Dalland 2013). Metoden skal hjelpe oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til oppgaven vår.

#### ***3.1 Litteratursøk***

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er forutsetningen for å få en god litteraturstudie at det finnes nok forskning av god kvalitet som kan danne grunnlaget for vurdering og konklusjon.

Vi har brukt skolens databaser til å finne relevant forskning til denne oppgaven. Vi ønsket i hovedsak å finne nordiske artikler, så vi brukte databasen SveMed+. Vi fant mange gode artikler, men det var få nordiske artikler vi kunne bruke. Vi fant i stedet engelske artikler i denne databasen som vi tok i bruk og fant i alt fire artikler. For å finne de fire resterende artiklene gikk vi over til databasen CinahlComplete. Etter å ha lest igjennom de fire artiklene, ble tre ekskludert på grunn av liten relevans for problemstillingen. Vi brukte søkemotoren Oria til å finne de tre resterende artiklene. Vi brukte søkeordene «Diabetes type 2», «Diabetes», «Type 2 diabetes patients», «Diabetes care», «Mestring», «Pasienter», «Recent diagnoses», «Motivasjon», «Older people» og «Self care» (Se vedlegg 1).

#### ***3.2 Kvalitetsvurdering av artiklene***

I følge Håndbok for Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) er hensikten med kritisk vurdering å kunne se både på intern og ekstern gyldighet. Hvordan undersøkelsen er gjennomført, altså design, utførelse og analyse, påvirker tilliten vår til om resultatet er en god tilnærming til den sanne, underliggende effekten – intern validitet. Personene, intervensjonene og utfallsmålet som er brukt i studien, påvirker vår tro på at resultatene er overførbare til ordinær virksomhet i helsetjenesten – ekstern validitet. I likhet med Forsberg og Wengström (2013) vil hvor vidt resultatet er pålitelig og gyldig avhenge av studiens interne og eksterne validitet.

For å kunne finne relevante studier benyttet vi disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene:

Tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studier med fokus på diabetespasienter	Barn og ungdom
Artikler med pasientperspektiv	Artikler skrevet med et annet språk enn engelsk, norsk, svensk og dansk
Artikler utgitt etter 2010	Reviewartikler
IMRAD-struktur	Ikke etisk vurdert
Fagfellevurdert	

Vi har hovedsakelig brukt kvalitative artikler, i tillegg til to kvantitative artikler. Ifølge Forsberg og Wengstöm (2013) er kvantitativ metode at forskeren formulerer problemstillinger, har en oppfatning om hva resultatet vil bli og tester dette. Kvalitativ metode er at metoden fokuserer på å tolke å skape mening og forståelse i menneskenes subjektive opplevelse av omverden (Forsberg og Wengstöm 2013).

For å vurdere kvaliteten på artiklene, brukte vi sjekklister fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) som tok for seg hvordan man kritisk skal vurdere kvalitative og kvantitative artikler.

### 3.3 Analyse

For å analysere studiene har vi tatt i bruk David Evans sin metode. Evans tar for seg fire punkter som utdyper hvordan analyse av studier skal utføres (Evans 2002). Vi har fulgt denne metoden på alle de åtte studiene.

**Trinn 1** består av innsamling av primærartikler (Evans 2002). Vi gikk inn på skolens databaser og søkte systematisk etter studier. Ut fra inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene våre, fant vi til slutt 8 studier som tilfredsstilte våre krav. Underveis i denne søkeprosessen noterte vi oss søkehistorien på alle studiene, noe som gjorde det lettere for oss å finne tilbake til studiene igjen.

**Trinn 2** går ut på å identifisere nøkkel- eller hovedfunn fra hver studie. Ifølge Evans (2002) skal man redusere tekstens volum, men beholde kjernen. Vi startet med å skrive ut to eksemplarer av alle studiene, slik at vi kunne lese de hver for oss. Deretter møttes vi for å oversette studiene en og en, slik at vi hadde alle på norsk. Vi leste så igjennom resultatdelen og brukte fargekoder på de forskjellige temaene som vi fant.

**Trinn 3** handler om å bestemme hvordan disse funnene relaterer seg i forhold til funn fra andre studier (Evans 2002). Etter å ha markert funnene, samlet vi funnene med samme farge i hvert sitt Word dokument, der de ble sortert ut i fra studien de representerte. Vi hadde åtte forskjellige farger som representerte åtte forskjellige temaer:

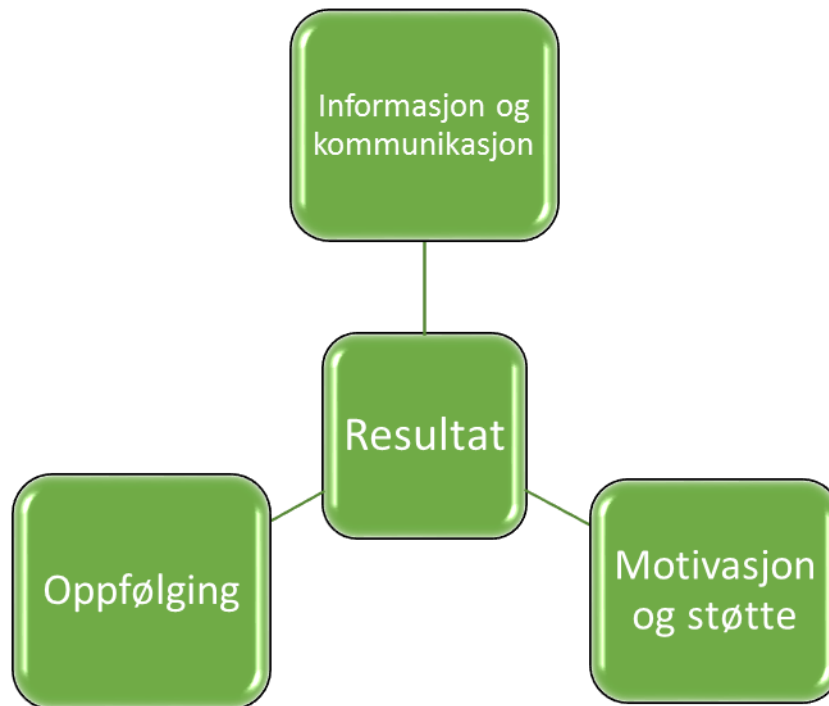
- Informasjon
- Kosthold
- Fysisk aktivitet
- Sykdommen
- Den enkelte
- Oppfølging
- Motivasjon og støtte
- Kommunikasjon

Vi tok for oss ett og ett dokument og så hvor mange studier som tok opp de samme problemene. På den måten fikk vi klart fram hva som var sterke og svake funn.

**Trinn 4** har til hensikt å samle felles funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenene (Evans 2002). Ut fra de åtte temaene så vi at noen kunne kobles sammen på bakgrunn av hvor sterk og svak funnene var. Vi endte tilslutt opp med tre hovedfunn, der et av hovedfunnene ble delt inn i tre underfunn:

- Viktigheten av informasjon gjennom god kommunikasjon
  - Viktigheten av informasjon om sykdommen
  - Viktigheten av informasjon om kosthold og fysisk aktivitet
  - Viktighet av individuell informasjon
- Viktigheten av motivasjon og støtte
- Viktigheten av kontinuerlig oppfølging

## 4.0 RESULTAT



Figur 1.

### 4.1 Viktigheten av informasjon gjennom god kommunikasjon

Informasjon kom fram som viktig for deltakerne (Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Tjelta og Holsen 2013; Ahlin og Billhult 2012; Lindh mfl. 2011; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Woodcock og Gilliam 2013; Wilson 2012). I tillegg opplevde pasientene at kommunikasjonen med helsepersonell var svak (Woodcock og Gilliam 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Wilson 2012; Lindh mfl. 2011; Ahlin og Billhult 2012).

#### 4.1.1 Informasjon om sykdommen

Deltakerne ønsket mer informasjon om sykdommen fra helsepersonell (Woodcock og Gilliam 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Lindh mfl. 2011; Tjelta og Holsen 2013). Deltakerne opplevde de hadde glemt hovedaspektene for hva diabetes er i tillegg til at de ikke tok sin diabetes på alvor (Woodcock og Gilliam 2013). En deltaker uttrykket det slik:

*«Of course, type 2 is not all that serious apparently as far as I know»*

(Woodcock og Gilliam 2013).

Flere deltakere ønsket informasjon tidlig i sykdomsforløpet da de opplevde å være usikre på grunn av for lite kunnskap om hva de kunne spise og hvordan glukosenivået kunne påvirkes (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Det kom i tillegg fram at deltakerne hadde fått informasjon om symptomer som kunne oppstå ved dårlig blodsukkerregulering, men ikke god nok informasjon til å skille mellom symptomene for høyt og lavt blodsukker (Woodcock og Gilliam 2013). Studien til Lindh mfl. (2011) viser et motstridende funn, der enkelte deltakere opplevde de ikke fikk nok opplæring til å kunne håndtere sin diabetes, mens noen mente de hadde fått nok kunnskap.

Noen deltakere mente det var for lite informasjon om hvordan diabetes påvirket de psykisk, de ønsket informasjon om tilstander som kunne oppstå, som for eksempel humørsvingninger, rastløshet, uro og irritasjon (Tjelta og Holsen 2013). Mangel på tid var et problem som påvirket kommunikasjonen mellom pasienten og helsevesenet (Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Woodcock og Gilliam 2013). I studien til Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay (2011) viste det seg at legen ikke var i stand til å høre på eller engasjere deltakerne på grunn av tidspress. De opplevde de måtte vente lenge for å få møte legen og når de endelig fikk en time, var det liten tid til rådighet (Woodcock og Gilliam 2013). I tillegg til tidspress, kom liten tilgjengelighet opp som et problem som påvirket pasientenes opplevelse av den gode dialogen med helsevesenet (ibid).

Deltakerne opplevde informasjon og støtte som mer troverdig når det ble gitt av helsepersonell (Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011). I tillegg var det viktig for deltakerne at helsepersonell var kvalifisert innenfor diabetesfeltet ettersom at de hadde opplevd feilinformasjon og usikkerhet (Lindh mfl. 2011; Woodcock og Gilliam 2013).

#### **4.1.2 Informasjon om kosthold og fysisk aktivitet**

Kunnskap om kosthold kom fram som viktig for å kunne mestre sykdommen (Tjelta og Holsen 2013; Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Lindh mfl. 2011; Ahlin og Billhult 2012).

Informasjon om hvordan maten påvirket blodsukkeret var viktig å vite noe om (Tjelta og Holsen 2013). I samme studie ble det påpekt at kunnskap om kosthold og ernæring var viktig for å kunne mestre og leve godt med sykdommen (ibid). Deltakerne opplevde de



hadde nok kunnskap om kosthold, men noen opplevde det likevel var vanskelig å regulere blodsukkeret gjennom kostholdet (Ahlin og Billhult 2012; Lindh mfl. 2011; Oftedal, Bru og Karlsen 2011). Selv om deltakerne hadde kunnskap om hva de kunne spise, greide de ikke å forholde seg til disse kravene (Ahlin og Billhult 2012). De opplevde at det var vanskelig å følge et sunt kosthold med en partner som ønsket å spise noe annet, i tillegg til at de følte presset for å spise «normalt» da de var ute med familie og venner (ibid). Det var vanskelig under høytider og familiesammenkomster da det var lite utvalg av mat rettet mot diabetikere (ibid). Deltakerne opplevde det å følge de anbefalte måltidene som vanskelig, da de satte familien foran seg selv (ibid). I tillegg fikk noen deltakere en ustoppelig fristelse til å spise noe som ikke var anbefalt, men de fant på unnskyldninger for å spise det allikevel (ibid).

I tillegg til kunnskap om kosthold, kom kunnskap om hvordan trening og fysisk aktivitet påvirket blodsukkeret fram som viktig (Tjelta og Holsen 2013). Selv med kunnskapen om viktigheten av fysisk aktivitet, opplevde de at det var vanskelig å komme i gang (Tjelta og Holsen 2013).

#### **4.1.3 Informasjon til den enkelte**

Det å få mer individualiserte råd kom fram som viktig for at de skal kunne håndtere sin diabetes (Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Wilson 2012; Tjelta og Holsen 2013; Lindh mfl. 2011; Woodcock og Gilliam 2013).

Deltakerne ønsket mer individualiserte råd innenfor fysisk aktivitet og kosthold (Oftedal, Bru og Karlsen 2011). De hadde ulike behov for informasjon og ønsket at behandlingen skulle tilpasses etter dette (Tjelta og Holsen 2013). Dette gjenspeiles i Woodcock og Gilliam (2013) sin studie der det tydelig kom fram at deltakerne satte pris på den personsentrerte hjelpen de fikk. Det å bli sett på som en gruppe og ikke enkeltindivider, opplevde deltakerne kunne påvirke behandlingen (Wilson 2012). Viktigheten med individualiserte råd om sykdommen, kom tydelig fram i studien til Lindh mfl. (2011) der deltakerne ønsket råd om hvordan hver enkelt kunne håndtere sin diabetes.

Under samtale med helsevesenet følte deltakerne de ikke ble tatt på alvor (Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Wilson 2012). I likhet med studien til Ahlin og Billhult (2012) kom det fram at det var viktig at helsepersonell behandlet pasientene med diabetes

type 2 med respekt og forståelse, med tanke på pasientens kontinuerlige press for å tilfredsstille alle kravene som kommer med sykdommen.

#### **4.2 Viktigheten med motivasjon og støtte**

Deltakerne ønsket motivasjon og støtte for å takle sin diabetes (Ofte dal, Bru og Karlsen 2011; Tjelta og Holsen 2013; Ahlin og Billhult 2012; Lindh mfl. 2011; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Woodcock og Gilliam 2013; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011).

De var skuffet over at helsepersonell ikke tok seg tid til å svare på spørsmål og høre på bekymringene deres (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). I tillegg til vanskeligheter ved endring av tidlige vaner, følte de at diagnosen var en oppvekker som fikk de til å innse nødvendigheten av forandring i hverdagen. Deltakerne fikk også fram at det å måle blodsukkeret var et hjelpemiddel som ga dem innsikt i hvordan kroppen virket, noe som ga følelsen av sikkerhet og kontroll (ibid). Deltakerne syntes også at det var gøy og spennende å lære om sykdommen, spesielt når de følte de mestret dette (ibid).

Det å treffe pasienter i samme situasjon for å kunne dele erfaringer, var noe deltakerne opplevde som positivt, i motsetning til en annen studie som spesifiserte at de ikke ønsket å dele erfaringer med andre i en tidlig fase av sykdommen (Tjelta og Holsen 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Deltakerne satte pris på at sykepleier og pasient skulle være mer som et partnerskap enn at den ene skulle være mottaker og den andre skulle gi informasjon (Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011). Deltakerne følte da at de ble styrket med informasjon til å ta egne valg og sette realistiske mål. I tillegg kom det fram at da deltakerne følte det var vanskelig å følge målene sine, hjalp det å treffe en sykepleier for å få motivasjonen tilbake (ibid). En stor del av deltakerne opplevde at de var motiverte til å håndtere sin diabetes ved å ta ansvar selv, men det kom fram at flere enn hver femte deltaker ikke klarte diabetesbehandlingen på egen hånd (Lindh mfl. 2011). I likhet med Ahlin og Billhult (2012) sin studie kom det fram at de fleste deltakerne mente de ble overveldet over alle kravene som fulgte med sykdommen, noe som gjorde at de mistet motivasjonen til å endre livsstilen sin. En deltaker uttrykte:

*«...All I can feel is that pressure; now you have to do this and now you have to do that. That 'have to' makes me so tired. Everything gets so hard and then I find something else to do» (Ahlin og Billhult 2012).*

### **4.3 Viktigheten av kontinuerlig oppfølging**

Kontinuerlig oppfølging var noe deltakerne følte var viktig innenfor sykepleie (Woodcock og Gilliam 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Wilson 2012; Lindh mfl. 2011; Tjelta og Holsen 2013).

Det kom fram at mange av deltakerne hadde fått informasjon om sykdommen da de fikk diagnosen og for noen var dette over 20 år siden. Dermed opplevde de at de glemte informasjonen de hadde fått etter hvert som tiden gikk (Woodcock og Gilliam 2013). En deltaker uttrykte det slik:

*«This original diabetes seminar was just a one-time thing. I don't remember too much what they said there and I think there should be kind of a follow-up on that»*  
(Woodcock og Gilliam 2013).

Det viste seg at deltakerne ønsket ny kunnskap samtidig med å få bekreftelse på at de brukte og hadde forstått den nye kunnskapen (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Rutinekontroller var et ønske fra deltakerne, i tillegg til kontinuerlig oppfølging fra helsetjenesten (Lindh mfl. 2011; Oftedal, Bru og Karlsen 2011).

## **5.0 DISKUSJON**

Vi vil først presentere en kort metodediskusjon, etterfulgt av diskusjon knyttet til funnene.

### **5.1 Metodediskusjon**

Her i metodediskusjonen skal vi begrunne valgene vi har tatt, i tillegg til å ta for oss hvordan vi som arbeidspartnere gikk fram for å løse oppgaven. Vi har hele veien hatt et godt samarbeid og gode diskusjoner, fordelt oppgaver i tillegg til å kvalitetssikre hverandres arbeid.

#### **5.1.1 Datainnsamling**

Vi hadde på forhånd bestemt oss for at temaet skulle være diabetes type 2, men var usikre på hva vi skulle fokusere på innenfor dette. Vi leste oss opp på diabetes type 2 og følte at pasientens synspunkt var viktig å få fram og kom dermed opp med oppgavens hensikt.

For at søket vårt skulle bli så nøyaktig som mulig fant vi gode inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi ønsket studier med pasientperspektiv ettersom at vi ville få fram pasientenes synspunkt, og forhåpentligvis bruke funnene til å forbedre sykepleien i dag. Vi ønsket å finne kvalitative artikler, for å få fram pasientenes erfaring og opplevelser. Vi endte opp med å bruke to kvantitative studier ettersom de tok opp oppfølging og individualiserte råd, i tillegg til råd om kosthold og fysisk aktivitet.

Vi var klar over at ved å bruke kvantitative artikler ville vi ikke få fram pasientenes erfaringer, noe som var hensikten med denne oppgaven. Vi følte likevel at artiklene kom med gode funn som var relevant for vår problemstilling, derfor inkluderte vi disse to artiklene.

#### **5.1.2 Søkeprosessen**

Da vi søkte etter studier, innsnevret vi noen av søkeordene til at de bare skulle vises i tittelen. Vi var med dette klar over at vi ville miste en del andre studier som kunne være relevante for vår oppgave, men vi følte vi måtte gjøre dette for å finne relevant forskning og gå gjennom alle treffene. Vi ønsket å bruke nyere forskning, noe som var grunnen til at vi innsnevret til utgivelsesår etter 2010. Ordene «Opplever» og «Livssituasjon» som står i

problemstillingen har vi ikke brukt som søkeord. Grunnen til det er at problemstillingen ble endret etter at alle åtte artiklene var funnet. Artiklene var fortsatt relevante for den nye problemstillingen, noe som var grunnen til at vi beholdt de. Dette er også grunnen til at de to søkeordene ikke står som inklusjonskriterier, noe vi hadde gjort hvis vi hadde hatt den endelige problemstillingen klar før søket. Dersom vi skulle ha gjort noe annerledes med søkeprosessen, ville vi ha prøvd å bruke søkeordene mer strukturert. Vi ville ha hatt samme første søkeord og andre søkeord osv. hele veien istedenfor å endre på rekkefølgen i de forskjellige databasene.

### **5.1.3 Kvalitetsbedømming og etiske hensyn**

Grunnen til at vi ønsket å ha artikler med IMRAD-struktur, etisk vurderte artikler og fagfellevurderte artikler, var for at det ville styrke kvaliteten på studiene.

Innimellom var det utfordrende å lese artiklene da de var skrevet på engelsk. Det var noen vanskelige ord som gjorde at setningene og betydningen kunne være vanskelig å forstå. Da vi underveis oversatte det enkelte ordet til norsk, ble helheten i teksten mer forståelig. Likevel kan det være en svakhet ettersom det kan hende vi har oversatt og mistet relevante funn på grunn av misforståelser i språket.

Kan resultatet som har kommet fram stoles på? Vi føler vi har vært systematisk ved uttrekking av funn i resultatet. På bakgrunn av at noen artikler var på engelsk, kan det tenkes at en del funn kan ha blitt mistolket fra vår side, noe som kan påvirke resultatet.

### **5.1.4 Analyse**

Vi brukte mye tid på analysere artiklene, noe som førte til at vi fikk en dypere forståelse av temaet. Vi ønsket å bruke Evans sine fire trinn når vi skulle analysere artiklene, ettersom at vi fikk en mer systematisk analyse ved å følge denne metoden. Evans metode var også enkel å forstå og bruke.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Viktigheten av informasjon gjennom god kommunikasjon**

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Det er lovverket som utgjør de formelle rammene for informasjon og opplæring (Kvangarsnes 2007). I følge denne loven vises det til at pasientene har rett til å få den nødvendige informasjonen om helsetilstanden sin.

Når man blir syk eller på annen måte hjelpetrengende, har man ofte et stort behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike forhold. Det kan være om sykdommen, prognosen, behandlingen, bivirkninger av medisiner og behandling, psykiske reaksjoner, treningsprogrammer eller annet (Eide og Eide 2012). Dette gjenspeiles ved at pasientene ønsket å få informasjon om hva diabetes type 2 er, hvordan regulere blodsukker gjennom kosthold og fysisk aktivitet, symptomer ved høyt og lavt blodsukker, senkomplikasjoner og psykiske påkjenninger som kan oppstå (Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Tjelta og Holsen 2013; Ahlin og Billhult 2012; Lindh mfl. 2011; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Woodcock og Gilliam 2013; Wilson 2012; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011). Vi har selv opplevd i klinisk praksis hvor viktig det er med informasjon, og hvor lett det er for pasientene å misforstå. Feiltolkning av informasjon har ført til at pasienter har tatt feil medikament, noe som har gitt alvorlige følger. Dette kan kanskje unngås dersom sykepleiere tar i bruk metoden «closed loop», som går ut på at pasientene gjengir informasjonen de har fått. På den måten kan sykepleier kvalitetssikre at pasientene har forstått informasjonen.

Informasjon tidlig i sykdomsforløpet er viktig (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Ifølge Benner og Wrubel fører en sykdom nesten alltid til et brudd i uhemmet funksjon. Det vil si at personen kan oppleve dette som stress. For å takle stresset må situasjonen mestres av pasienten (Kirkevold 2012).

Det er derfor viktig å gi informasjon tidlig, da tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og vil skape forutsigbarhet og

mening (Eide og Eide 2012). Informasjon kan gi økt kunnskap som gir en følelse av kontroll og opplevelse av mestring (Eide og Eide 2012). Pasientene følte seg usikre på hva de kunne spise og hvordan glukosenivået ville bli påvirket da de ikke hadde fått den nødvendige informasjonen tidlig i forløpet (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Ved å gi pasientene kunnskap gjennom informasjon, tar vi i bruk en problemorientert mestringsstrategi, som ifølge Lazarus og Folkman handler om å fokusere på selve problemet og dermed mestre situasjonen (Reitan 2010).

I tillegg til å gi tidlig informasjon, er det også viktig å tenke på hvordan man formidler informasjonen, ettersom god kommunikasjon kan hjelpe pasienter til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom bedre (Eide og Eide 2012). Før man skal informere, bør sykepleier ha forberedt samtalen slik at hun/han formidler informasjonen på en måte hvor pasienten både forstår og husker det som blir informert om, og at pasienten opplever å bli ivaretatt på en god måte (Eide og Eide 2012). I praksis kan pasientene uttrykke det å få diagnosen på ulike måter. Noen kan virke helt normal og tar det rolig, mens andre kan bli engstelig. Vi føler at det er viktig at sykepleier tar hensyn til hvordan pasientene opplever situasjonen og gir informasjon ut fra dette. Det er mulig at pasientene blir mer engstelig av å få mye informasjon på en gang, med tanke på at de kan bli overveldet av alle kravene som følger med sykdommen. Derfor tenker vi at det er viktig å ha et godt undervisningsopplegg, for eksempel ved å ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen. Nødvendig informasjon som pasienten må ha, kan gis med en gang, mens informasjon som kan ventes med, kan gis etter hvert. Det kan da være nyttig for sykepleier å ha en emosjonsorientert tilnærming til pasientene, slik at fokuset er på pasientens opplevelse av situasjonen.

Kvaliteten på informasjonen og mengden på informasjon som ble gitt, var avhengig av hvor mye tid sykepleier hadde til rådighet. Mangel på tid var et problem blant helsepersonell, noe som påvirket den gode dialogen mellom pasient og helsepersonell (Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Woodcock og Gilliam 2013). Dette gjenspeilet seg også ved at helsepersonell var lite tilgjengelig når pasientene trengte en samtale (Woodcock og Gilliam 2013). Verdien av tid kommer tydelig til uttrykk i pasientrelasjoner, ettersom at den gode samtale med pasienten tar tid (Orvik 2011). Tid har da en egenverdi, som ikke kan eller skal måles og telles. Vi tenker at pasientenes syn på tid går ut på at de får nok omsorg og informasjon som dekker deres

behov, mens sykepleierens syn på tid kan være hvor mange pasienter de rekker å ta seg av i den gitte tiden. Denne forskjellen tenker vi kan være en utfordring for å dekke pasientenes behov, derfor er det viktig at sykepleier har forståelsen for denne forskjellen og bruker nok tid sammen med pasientene.

Når sykepleier skal informere diabetespasienter er det viktig å tenke over hvilke områder de trenger informasjon om, da informasjon om selve sykdommen kun er en liten del av behovet. Det kan være en fordel at sykepleier informerer, lærer opp pasientene om hvordan de kan finne troverdig informasjon selv, for eksempel på internett, slik at de ikke trenger å føle seg avhengig av sykepleier når de ønsker informasjon om sykdommen. Kunnskap om kosthold er viktig for å mestre sykdommen (Tjelta og Holsen 2013; Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Lindh mfl. 2011; Ahlin og Billhult 2012). Hvordan maten påvirker blodsukkeret, samt kunnskap om ernæring, er viktig for å kunne mestre og leve godt med sykdommen (Tjelta og Holsen 2013).

En skulle tro når pasienter med diabetes type 2 har fått informasjon og har kunnskap om hva de bør spise, bør det være overkommelig å følge dette. Likevel kom det fram at deltakerne opplevde det som vanskelig å regulere blodsukkeret gjennom kosthold (Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Lindh mfl. 2011; Ahlin og Billhult 2012). Hvorfor er det slik? Det kom fram at noen deltakere opplevde det som vanskelig å følge et sunt kosthold med en partner som ønsket å spise noe annet, noe som kunne påvirke deltakerens valg av måltid ved at det var lettere å spise det samme som partneren enn å lage egen mat til seg selv (Ahlin og Billhult 2012). I tillegg følte deltakerne på utfordringene ved høytider og familiesammenkomster, da det ofte ikke var tatt hensyn til mat som diabetikere kunne spise (ibid). Det kom også fram at det var vanskelig å holde de anbefalte måltidene ettersom de ofte setter familien sin foran en selv (ibid). Noen deltakere opplevde at fristelsen tok overhånd og fant på unnskyldninger for å kunne spise det de ønsket (ibid). I følge Illingworth mfl. (Grov 2011) er sykdom et fellesprosjekt for alle i pasientens familie; sykdommen har et «felles eierskap». De er viktige støttespillere for pasienten, men de er samtidig «eiere» av bekymringer, utfordringer, problemer og mulige hjelpebehov (Grov 2011). I dag vet sykepleier at pårørende som regel har en viktig betydning for pasientenes behandlingsresultat (Stubberud og Eikeland 2013). Dette kom også tydelig fram i funnene nevnt ovenfor ved at pasientens valg ble påvirket av pårørende de hadde rundt seg (Ahlin og Billhult 2012). På bakgrunn av dette er det forståelig at det kan være vanskelig å følge



et sunt kosthold, men at dette viser viktigheten av å gi god informasjon til pasientene og deres pårørende slik at pasientene slipper å oppleve at de må håndtere diabetesykdommen alene. I tillegg til dette kan informasjon til pårørende hjelpe ved at de får et klarere syn på hvordan de bør forholde seg til pasientene slik at de kan påvirke pasientens valg i en positiv retning. Sykepleier har her en problemorientert tilnærming for å gi informasjon til pårørende.

Det å ha kunnskap om noe, men ikke klare å følge rådene, kom også opp under fysisk aktivitet. Deltakerne følte det var viktig å vite hvordan trening og fysisk aktivitet påvirket blodsukkeret, men selv med denne kunnskapen var det vanskelig å være i fysisk aktivitet (Tjelta og Holsen 2013; Oftedal, Bru og Karlsen 2011). Dette kan sees i sammenheng ved at deltakerne syntes det var vanskelig å endre på tidligere vaner (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Vi tenker at vaner har mye å si for pasienter med diabetes type 2 ettersom det er vanlig å få denne diagnosen i en høy alder. De fleste kan ha opplevd hvor vanskelig det kan være å endre på vaner, spesielt knyttet til fysisk aktivitet og kosthold. Det å få beskjed om å endre livsstil, kan derfor være tidkrevende. Derfor kan det være viktig at sykepleier har en forståelse for disse problemene, og gir motivasjon og støtte for at pasientene skal kunne endre vanene sine. Det er viktig at pasientene får oppfølgende motivasjon og støtte, ettersom at resultatet kan ta tid. Da kan sykepleier ha en emosjonsorientert tilnærming og ha fokus på pasientens opplevelse og prøve å endre pasientens tankesett fra det å ikke få til en endring til å klare å gjøre en endring.

Under samtalene bør helsepersonell behandle pasientene med respekt og forståelse da enkelte deltakere hadde opplevd at de ikke ble tatt på alvor av helsevesenet (Ahlin og Billhult 2012; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Wilson 2012). Til tross for dette, opplevde noen at informasjonen som ble gitt av helsepersonell, var troverdig. Selv om deltakerne hadde opplevd troverdig informasjon, hadde de opplevd feilinformasjon og usikkerheter hos helsepersonell som ikke var kvalifiserte innenfor diabetesområdet (Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011; Lindh mfl. 2011; Woodcock og Gilliam 2013). Den som gir informasjon må tenke gjennom hvordan han/hun informerer, og hvorfor man utfører det slik. Det er flere faktorer som kan påvirke læringen, som for eksempel personlig kompetanse, tid, organisatoriske rammer, læremiddel og fysisk miljø (Kvangarsnes 2007). Enkelte sykepleiere kan like å bli betraktet som «ekspert». Dette kan lett påvirke måten de informerer på (Eide og Eide

2012). De kan bevisst eller ubevisst være mer opptatt av den makten informasjonen gir. Helsepersonell har med det makt over andre, andres kunnskap og forståelse og andres evne og følelse av å kunne mestre sin situasjon (ibid). På den annen side kan kontroll over informeringen gjøre noen usikre, slik at man informerer uten å tenke seg om og forteller alt man vet, uavhengig om pasienten trenger denne informasjonen akkurat nå og om pasienten er i stand til å ta imot og huske (ibid). Det er derfor viktig å tilpasse informasjonen etter pasientens behov, noe som krever omtanke (ibid).

Psykisk påkjenning er også et område deltakerne opplevde det ble gitt for lite informasjon om (Tjelta og Holsen 2013). For å mestre sykdommen er det viktig at informasjon om psykiske påkjenninger blir tatt på alvor i like stor grad som fysiske påkjenninger. Vi har ingen forklaring på hvorfor enkelte sykepleiere unngår å informere om de psykiske påkjenningene som kan oppstå, men vi tenker at det kanskje kan være for å unngå å gjøre pasienten bevisst på tankene som kan «vekke» de psykiske påkjenningene tidligere enn nødvendig. Det kan også være så banalt som at helsepersonell rett og slett ikke har tenkt over det når pasientene har vært tilstede for å få informasjonen. På bakgrunn av funnet som kom fram i studien til Tjelta og Holsen (2013), er det viktig at sykepleiere har en problemorientert tilnærming ved å informere om de psykiske påkjenningene i like stor grad som de fysiske. Etersom at kunnskap om hva sykdommen innebærer og hvordan man best kan forholde seg, kan være viktig både for pasientens mestring og for evnen til å innrette seg hensiktsmessig (Eide og Eide 2012).

Opplæring for å kunne håndtere sin diabetes kom fram som viktig for pasientene for å kunne mestre sykdommen sin. Noen mente de hadde fått for lite opplæring i motsetning til andre som mente de hadde fått nok (Lindh mfl. 2011). Dette har vi tolket på to forskjellige måter, der det kan hende at alle pasientene har fått samme informasjon, men bearbeidingen av informasjonen har vært forskjellig fra person til person. Den andre muligheten kan være at helsepersonell har gitt ulik informasjon til pasientene. Uavhengig av hvilken tolkning man ser på, kommer det fram at noen deltakere trenger mer opplæring. Her kan helsepersonell benytte seg av den didaktiske relasjonsmodellen for å formidle kunnskap ved å legge til rette for individuelle samtaler/veiledning (Kvangarsnes 2007). For at pasientene skal kunne mestre sykdommen, kan sykepleier ta i bruk en problemorientert mestringsstrategi ved å fokusere på å gi god opplæring til pasienten.

Ønske om individualiserte råd om selve sykdommen og råd for hvordan hver enkelt kan håndtere sin diabetes, kom fram som viktig for noen deltakere (Lindh mfl 2011; Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Tjelta og Holsen 2013; Wilson 2012; Woodcock og Gilliam 2013). Når helsepersonell skal hjelpe pasienten med å håndtere sin diabetes, kan den didaktiske relasjonsmodellen være et godt hjelpemiddel for å kunne gi god undervisning til pasienten. Det er da viktig at sykepleier lytter til den enkelte og på den måten utvikle en felles forståelse av situasjonen og hvordan pasienten ønsker å håndtere sin diabetes. Slik kan både sykepleier og pasienten sammen utforme et mål som er oppnåelig for pasienten, noe som er et vilkår for en god samhandling (Kvangarsnes 2007). Et viktig mål er likevel at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpen som mulig (Eide og Eide 2012). Her vil også en problemorientert strategi bli tatt i bruk for å gi pasientene individualiserte råd og informasjon.

Disse funnene setter lys på at informasjon er et viktig område å ha fokus på for at pasienter skal kunne mestre sin nye livssituasjon. Ut fra Benner og Wrubels menneskesyn er det viktig at sykepleier har fokus på hele mennesket, det vil si de fysiske og psykiske behovene mennesket har. Målet til sykepleier bør derfor være å gi så god informasjon slik at pasienten opplever mening i situasjonen, noe som vil være individuelt fra pasient til pasient (Kirkevold 2012).

### **5.2.2 Viktigheten med motivasjon og støtte**

For at pasienter med diabetes type 2 skal kunne mestre den nye livssituasjonen, er det viktig med motivasjon og støtte (Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Tjelta og Holsen 2013; Ahlin og Billhult 2012; Lindh mfl. 2011; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Woodcock og Gilliam 2013; Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011).

Indre motivasjon handler om å engasjere seg i en aktivitet for dens egen skyld, ikke fordi andre mener det er riktig for en (Vatne 2011). Det er viktig at sykepleier motiverer og støtter pasientene når de trenger det, men en må være klar over at initiativet til å gjøre en forandring skal komme fra pasienten selv (ibid). Sykepleier bør ha en emosjonsorientert tilnærming for å kunne motivere pasientene til å ta initiativ. For at pasientene på en best mulig måte skulle bli styrket til å ta egne valg og sette realistiske mål, var det viktig at forholdet mellom pasient og helsepersonell var mer av et partnerskap enn at den ene skulle

gi og den andre mottar (Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay 2011). For å få et godt samarbeid er det derfor viktig at sykepleier lytter til den enkelte pasient og danner et felles mål, som igjen kan være med på å motivere pasienten (Kvangarsnes 2007). Vi føler det er viktig at begge parter jobber sammen mot et felles mål, slik at pasienten ikke føler seg alene med å håndtere sykdommen. Vi har selv sett i praksis hvor motiverte pasientene blir når de er sammen med sykepleier eller en annen person å forholde seg til. Dette er med tanke på at pasientene føler de får vist progresjonen og får en mestringfølelse av å kunne vise dette til sykepleier. Det er derfor viktig at pasienter med diabetes type 2 som har problemer med å håndtere sykdommen får motivasjon og støtte til å mestre situasjonen.

En god grunn til at motivasjon og støtte bør gis til pasientene, er at mer enn hver femte deltaker i studien til Lindh mfl. (2011) ikke klarte å håndtere sin diabetes ved å ta ansvar selv. I tillegg var det så mange krav som fulgte med det å ha diabetes at pasienten ble overveldet og mistet motivasjonen til å gjøre en forandring (Ahlin og Billhult 2012). Noe som eventuelt kan hjelpe deltakerne til å gjøre en forandring er å kunne møte andre personer i samme situasjon for å kunne dele erfaringer. Selv om det kom fram at enkelte satte pris på dette tilbudet, er det ikke sagt at alle ønsker dette (Tjelta og Holsen 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Vi tenker det er viktig at sykepleier informerer pasientene om muligheten til å treffe andre i samme situasjon for å kunne dele erfaringer, og kanskje kan dette bli vendepunktet for at de kan klare å mestre situasjonen. Selv om sykepleier er positiv til kurs som dette, bør sykepleier respektere pasientens ønske dersom de takker nei til dette.

I følge Benner og Wrubel bør sykepleier være aktivt tilstede og få en dyp forståelse for hvordan pasienten opplever situasjonen (Kirkevold 2012). Sykepleierens oppgave er å støtte pasienten i å skape mening i situasjonen (ibid), man har da en emosjonsorientert tilnærming til situasjonen. Det er av den grunn viktig at sykepleier er tilgjengelig når pasientene kommer i en situasjon hvor de trenger motivasjon og støtte for å mestre situasjonen. En kan ikke forvente at pasientenes faste helsepersonell (fastlege, sykepleier på legekantor) er tilgjengelig akkurat når pasienten trenger det, men da bør likevel sykepleier ta disse situasjonene på alvor og prøve å ordne en time slik at pasientene får den støtten de trenger. Viktigheten av dette kom fram i studien til Dellasega, Añel-Tiangco og Gabbay (2011) der deltakerne følte det hjalp å treffe en sykepleier når de hadde det vanskelig å følge målene. De opplevde da at de fikk motivasjonen tilbake (ibid).

Deltakerne opplevde at det å lære om sykdommen var spennende, og det å lære å kunne bruke et blodsukkerapparat var med på å øke mestringsfølelsen (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). Her kan sykepleier bruke en emosjonsorientert strategi for å få pasientene til å tro på at de klarer å håndtere blodsukkerapparat og andre hjelpemidler selv, da dette kan gi pasienten en mestringsfølelse. Sykepleier kan i tillegg ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen for å gi en god pasientsentrert undervisningsopplegg (Kvangarsnes 2007). Det gjøres ved at sykepleier på forhånd har kunnskap om den enkeltes behov slik at undervisningen blir oppfattet som spennende for hver enkelt (ibid).

Noen deltakere kom fram til at helsepersonell ikke tok seg tid til å svare på spørsmål eller høre på bekymringer de hadde (Kneck, Klang og Fagerberg 2011). På bakgrunn av dette kan det tolkes at pasientene ikke følte de ble godt ivaretatt av sykepleier. Det kan være flere grunner til at de ikke tok seg tid til å ta vare på pasientene, og vi kan anta at den største grunnen kan være tidspress. Dette kan sees i sammenheng ved at ansatte rapporterer at de ofte kommer senere enn avtalt, eller må forlate mottakerne før arbeidet er fullført (Orvik 2011). At personalet har fått økt tidspress blir også registrert av mottakerne da mange rapporterer de må vente lenger på hjelp (ibid). Vi har i praksis opplevd en del situasjoner som har vært preget av tidspress. Et eksempel var da sykepleier kom hjem til en pasient, og vi opplevde at pasienten hadde et stort behov for en støttende samtale om en situasjon, men sykepleier tok seg bare tid til å gi medisin og dra videre ettersom hun allerede var sent ute. Dette viser at tidspress kan påvirke pasientens utfall av behandlingen.

Disse funnene setter lys på viktigheten av motivasjon og støtte, noe som sykepleier og annet helsepersonell må ha i betraktning når de møter pasientene. Ettersom Benner og Wrubel mener det endelige målet for sykepleie er å hjelpe og styrke den andre til å bli hva han/hun ønsker å være (Kirkevold 2012), bør sykepleier motivere og støtte pasientene under hele pasientforløpet. Dette kan føre til at pasientene opplever å mestre situasjonen. Ifølge Benner og Wrubel betyr ikke mestring å overvinne eller takle situasjonen på en objektivt sett «suksessfull måte», men mestring bør vurderes ut fra vedkommende sin egen forståelse, vurdering og mulighet (ibid).

### **5.2.3 Viktigheten med kontinuerlig oppfølging**

Deltakerne opplevde oppfølging som viktig sykepleie og ønsket større fokus på dette hos sykepleiere (Woodcock og Gilliam 2013; Kneck, Klang og Fagerberg 2011; Oftedal, Bru og Karlsen 2011; Wilson 2012; Lindh mfl. 2011; Tjelta og Holsen 2013).

Deltakerne ønsket å få oppdatert informasjon, i tillegg til å kunne få oppfriskning av informasjonen som hadde blitt gitt tidligere. Det viste seg at enkelte bare hadde fått informasjon da de fikk diagnosen, noe som kunne være for over 20 år siden. Resultatet ble at de hadde glemt informasjonen etterhvert som tiden gikk (Woodcock og Gilliam 2013). Her kan sykepleier bruke den didaktiske relasjonsmodellen som et hjelpemiddel, ut fra vurderingspunktet, hvor det blir tatt opp viktigheten av tilbakemelding fra pasientene ut fra deres opplevelse av informasjonen de har fått (Kvangarsnes 2007). Dette kan være med på å endre læringsprosessen hvis pasientene opplever behov for dette (ibid).

For at pasienter skal kunne mestre sin nye livssituasjon, kan det være en fordel at pasientene er sikre på seg selv og det de gjør. Er pasientene usikre på hvordan de skal håndtere diverse situasjoner knyttet til diabetesbehandlingen, kan det føre til dårlig blodsukkerregulering. For å unngå at pasienter blir usikre på seg selv, kan rutinekontroller være viktig. Dette kom også fram i studien til Lindh mfl. (2011) og Oftedal, Bru og Karlsen (2011), der pasientene ønsket rutinekontroller. Her kan pasientene få klarhet på det de opplever som usikkert, i tillegg til å få regelmessig kontakt med helsevesenet, noe som kan oppleves som en trygghet for pasientene. For at pasienter skal føle trygghet, bør helsepersonell vise at de bryr seg. I følge Benner og Wrubel er omsorg fundamentet for alt menneskelig liv og for sykepleie som tjeneste (Kirkevold 2012). De mener at omsorg i betydningen «å bry seg om» skaper muligheter for et menneske og gir opphav til meningsfulle måter å mestre en situasjon på (ibid). Vi ønsker at oppfølging bør tas mer på alvor for å kunne hjelpe pasientene til å mestre sin nye livssituasjon gjennom hele livet. Et forslag vi har tenkt på er at legekantorene rundt om i landet kan sende ut innkallelser hyppig rett etter at pasienten har fått diagnosen, og ut fra resultatet av langtidsblodsuktermålingene kan videre oppfølgingstimer settes opp på bakgrunn av dette. Dersom en pasient håndterer sin diabetes godt, er det ingen grunn til at pasienten skal komme på hyppig kontroll. De som håndterer blodsukkernivået godt, kan heller få en innkallelse hvert andre år som pasienten kan takke ja/nei til ut fra pasientens behov.

Dette viser viktigheten av oppfølging, da pasienter har behov for informasjon og rutinekontroller for å føle seg trygg på det de gjør, slik at de kan mestre situasjonen. Endring generelt tar tid og derfor vil oppfølging være et viktig fokus for sykepleier med tanke på å være tilstede for pasienten når de trenger mer motivasjon, støtte og informasjon.

### **5.3 Konklusjon**

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hva pasienter med diabetes type 2 opplever er viktig sykepleie for å kunne mestre sin nye livssituasjon. Vi har kommet fram til at informasjon gjennom god kommunikasjon, motivasjon og støtte og oppfølging, er viktig for pasienter med diabetes type 2 for å kunne mestre den nye livssituasjonen. På bakgrunn av resultatdiskusjonen ser vi en sammenheng mellom de tre funnene. Det å gi god informasjon som er motiverende og støttende gjennom hele sykdomsforløpet, er det som kom fram som viktig sykepleie. Sykepleier må fokusere på alle tre områdene når sykepleie skal gis for at mestring skal kunne oppnås, da fokus på bare ett område ikke vil være fullstendig. Når sykepleier i framtiden møter pasienter med nyopplaget diabetes type 2, kan den didaktiske relasjonsmodellen være et godt hjelpemiddel for å undervise. Dersom sykepleier fokuserer på å gi god informasjon gjennom god kommunikasjon, er motiverende og støttende, samt gir god oppfølging, kan flere pasienter mestre den nye livssituasjonen.

Når vi ser på Lazarus og Folkman sin mestringsteori tenker vi at det samtidig er viktig at pasienten godtar sykdommen for at mestring skal oppnås. Dermed føler vi at det ikke bare vil være sykepleiers oppgave å få pasientene til å mestre livssituasjonen ved å fokusere på informasjon, motivasjon og støtte og oppfølging, men at pasientene i tillegg må godta situasjonen for å oppnå mestring. Vi føler at sykepleiere i dag har mer fokus på: Hva feiler det deg? Men vi ønsker at sykepleiere bør ha mer fokus på: Hva er viktig for deg? Dette er på bakgrunn av at sykepleiere bare fokuserte på problemene til pasientene og ikke tenkte over hvordan de hadde det emosjonelt. Hvis sykepleier skifter fokus, kan sykepleien som blir gitt bli mer individualisert, som også kan dekke de emosjonelle behovene hos pasienten.

## 6.0 LITTERATURLISTE

- Ahlin, K and Billhult, A. (2012). Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol. 30, No. 1, Pages 41-47 (doi:10.3109/02813432.2011.654193)
- Benner, P & Wrubel, J. (2003). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark.
- Brataas, HV. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis – prosess og verktøy. I: Brataas, H (Red.). *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 31-52). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dellasega, C; Añel-Tiangco, RM & Gabbay, RA. (2011). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*. doi:10.1016/j.diabres.2011.08.011
- Eide og Eide. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2). s. 22-26.  
[Online]. Lastet ned den 23/3-15 fra: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Grov, EK. (2011). Å være pårørende til en hjelpetrequende pasient. I: Holter, IM og Mekki, TE (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. (s.69 – 80). Oslo: Akribe.



Jacobsen mfl. (2013). Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2012). Sykepleieteorier – analyse og evaluering. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kneck, Å, Klang, B, & Fagerberg, I. (2011). 'Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25, 3, pp. 558-566, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 26 March 2015. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x>

Kvangarsnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. I: Ekeland, T.J. og Heggen, K (Red.). *Meistring og myndiggjering, Reform eller retorikk*. (s. 184-201). Gyldendal akademisk.

Lindh, A; Lagging, E; Jørgensen, L & Lohm, L. (2011). Mer av dialog, delaktighet och ansvar önskas inom diabetesvården. *LÄKARTIDNINGEN*. nr 5 2011 volym 108.[online]. Lastet ned den 18.03.15, fra <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15901>

Mosand, RD og Stubberud, D-G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H. Stubberud, D-G og Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (s.507 – 536). Oslo: Gyldendal akademisk.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 3.2. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

- Oftedal, B. Bru, E. Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [online]. Lastet ned den 20.03.15 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x/abstract>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juni 1999 nr. 63 om rett til medvirkning og informasjon.
- Reitan, AM. (2010). Mestring. I: Knutstad, U (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS.
- Tjelta, M & Holsen, I. (2013). Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her- gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: en kvalitativ studie. *Nordisk sykepleje forskning*. Nr3 Vol 3 ISSN 1892-2678. [Online]. Lastet ned den 18.03.15 fra [http://www.idunn.no/nsf/2013/03/det\\_gaar\\_an\\_aa\\_mestre\\_det\\_mesteved\\_aa\\_gaa\\_p\\_aa\\_saanne\\_kurssom\\_d](http://www.idunn.no/nsf/2013/03/det_gaar_an_aa_mestre_det_mesteved_aa_gaa_p_aa_saanne_kurssom_d)
- Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleiernes pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I: Brataas, H (Red.). *Sykepleiepedagogisk praksis, pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 123-135). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wilson, V. (2012). 'Evaluation of the care received by older people with diabetes', *Nursing Older People*, 24, 4, pp. 33-37, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 02 April 2015. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%40sessionmgr115&vid=9&hid=115>
- Woodcock, H, & Gillam, S. (2013). 'A one-to-one thing is better than a thousand books': views and understanding of older people with diabetes', *Quality In Primary Care*, 21, 3, pp. 157-163, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 02 April 2015.

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%40sessionmgr115&vid=6&hid=115>

Vedlegg 1 - Søkehistorie

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler	Land	Utgitt
«Diabetes type 2» og «Mestring»	18.03. 2015	Svemed+	Et treff	En artikkel	En artikkel: « <i>Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her</i> »	Norge	2013
«Diabetes type 2» og «Pasienter»	18.03. 2015	Svemed+	37 treff	Leste titlene på alle 37 artiklene	En artikkel: « <i>Mer dialog, delaktighet och ansvar önskas inom diabetesvården</i> »	Sverige	2011
«Diabetes type 2» og «Motivasjon»	20.03. 2015	Svemed+	30 treff	Leste titlene på alle 30 artiklene	To artikler: « <i>Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study</i> » og « <i>Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes</i> ».	Sverige Norge	2012 2011
«Diabetes» og «recent diagnoses»	26.03. 2015	CinahlComplete	Et treff	En artikkel	En artikkel: « <i>Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus</i> »	Sverige	2011
«Diabetes care» og «Older people»	02.04. 2015	Oria →Cinahl Complete	37 treff i Oria	Leste titlene på alle 37 artiklene	To artikler: « <i>A one-to-one thing is better than a thousand books': views and understanding of older people with diabetes</i> » og « <i>Evaluation of the care received by older people with diabetes</i> »	Storbritannia Storbritannia	2013 2012

«Type 2 diabetes patients» og «self care»	03.04. 2015	ScienceDirect	452 treff	Leste titlene på de første 5 sidene	En artikkel: « <i>How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing</i> »	USA	2011
---	-------------	---------------	-----------	-------------------------------------	---	-----	------

Vedlegg 2 - «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Tjelta, M & Holsen, I 2013 Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her- gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: en kvalitativ studie. Nordisk sygepleje forskning. Nr3 Vol 3 ISSN 1892-2678. [Online]. Lastet ned den 18.03.15 fra <a href="http://www.idunn.no/nsf/2013/03/det_gaar_an_a_a_mestre_det_mesteved_aa_gaa_paa_saanne_kurs_som_d">http://www.idunn.no/nsf/2013/03/det_gaar_an_a_a_mestre_det_mesteved_aa_gaa_paa_saanne_kurs_som_d</a>	Hensikten med studien var å undersøke betydningen av et poliklinisk gruppebasert pasientopplæringskurs for mestring ved diabetes type 2. Målet med pasientopplæringsen er å gjøre den enkelte i stand til å mestre endringer som kan oppstå ved kronisk sykdom, samt å fremme helse og livskvalitet.	Chronic disease, evaluation, group based education, health service, lifestyle changes, qualitative study, social support	Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju ble benyttet for innsamling av data. Utvalget bestod av 16 deltagere, voksne kvinner og menn som hadde deltatt på opplæringskurs for pasienter med diabetes type 2. Det ble arrangert tre fokusgruppeintervju. To grupper med seks deltagere og en gruppe med fire deltagere. Hvert intervju varte i ca. nitti minutter og intervjuene ble transkribert ordrett.  <i>Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:</i> Inklusjonskriteriene var voksne personer med diagnosen diabetes type 2 og minimum tre måneder siden deltagelse på kurset. I tillegg ble en gruppe	Det ble stilt tre spørsmål til deltakerne; 1) Hva er viktig for mestring ved diabetes type 2? 2) Har deltakelse på kurs hatt betydning for mestring ved diabetes? 3) Hvordan opplevdes dette kurs tilbudet? Resultatene viste at kunnskap og sosial støtte hadde betydning for mestring. Deltakerne i studien mente at kurset hadde gitt dem kunnskap om diabetes som førte til en bedre forståelse. De understreket spesielt betydningen av å møte andre i samme situasjon og dele erfaringer. Deltakerne etterspurte mer praktisk undervisning på kurset, spesielt i forhold til kosthold. De ønsket også et oppfølgingskurs.	Denne studien kom fram til at pasienter satte pris på kurs, der det kom fram hva som var viktig for pasientene å få informasjon om for å mestre sykdommen. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.

invitert til å delta i studien rett etter et kurs noe som strider imot inklusjonskriteriene. Denne gruppen vil ha en annen erfaring enn de andre deltagerne med tanke på at det har gått mindre tid mellom kurset og studien. Forskerne forsvarte dette med at dem som deltar på kurs har hatt diagnosen diabetes type 2 over tid og har erfaring med å leve med diabetes.

Studien er gjennomført i henhold til etiske forskningsprinsipper som nedfelt i Helsinki deklarasjonen og godkjenning er innhentet fra personvernombudet ved institusjonen før studien ble igangsatt.

Pasientopplæring styrker personlige ferdigheter og gjør det mulig for den enkelte å ha større kontroll over egen helse. Hvordan tilbudet tilrettelegges er av betydning. Forskning viser at pasientopplæring som er rettet mot aktiv deltakelse og samarbeid, og som i tillegg inkluderer det sosiale miljøet, støtter mestring.

Vedlegg 3 – «Mer dialog, delaktighet och ansvar önskas inom diabetesvården»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Lindh, A; Lagging, E; Jörgensen, L & Lohm, L. 2011 Mer av dialog, delaktighet och ansvar önskas inom diabetesvården. <i>LÄKARTIDNING</i> <i>EN. nr 5 2011</i> <i>volym</i> <i>108.[online].</i> <i>Lastet ned den</i> <i>18.03.15, fra</i> <a href="http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15901">http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15901</a>	Å få kunnskap om hvordan diabetespasienter i Stockholm opplevde diabetesbehandlingens kvalitet og sin egen helserelaterte livskvalitet. De undersøkte pasientenes syn på dialogen med helsevesenet og videre hvilken kunnskap pasientene hadde om sin sykdom, komplikasjoner og betydelsen av	Diabetes type 2, pasienter	Dette er en kvantitativ studie. En undersøkelse ble sendt til 2000 voksne over 18 år, som hadde diabetes. Halvparten av deltakerne var medlem i Stor-Stockholms diabetesforening og andre halvparten ble rekruttert fra fem helsestasjoner i Stockholmsområdet. Undersøkelsen kunne besvares skriftlig eller elektronisk. Ved skriftlig svar ble undersøkelsen returnert i en svarkonvolutt. Påminnelsesbrev med siste frist for innlevering ble sendt til alle deltakerne et par uker etter det første brevet. Informasjonen ble behandlet anonymt. De brukte EQ5D for å samle	1319 undersøkelser ble returnert. 20 personer oppgav at de ikke hadde diabetes og ble derfor strøket. Det endelige tallet ble derfor 1299 personer som deltok i studien. 961 personer hadde diabetes type 2, og utgjør hoveddelen for resultatet. Hos 60 % utgjorde diabetesbehandlingen av kosthold, mosjon og medisiner. 85 % sa at de selv målte sitt eget blodsukkeret. 91 -96 % sa at det var ganske viktig å ha blodsukker, blodtrykk, kolesterol, kroppsvekt, kosthold og mosjon under kontroll. Deltakerne rapporterte at noen innen helsevesenet hadde diskutert normalverdiene for blodsukker, blodtrykk	Selv om dette er en kvantitativ studie, tar den for seg pasientenes opplevelse av kvaliteten på diabetesbehandlingen. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.



<p>å oppnå behandlingsmål.</p>		<p>inn data om pasientenes helse relaterte livskvalitet, et standard skjema der pasientenes helse vurderes på en tre trinns skala ut i fra ulike aspekter; mobilitet, hygiene, hovedsakelige aktiviteter, smerte og uro/nedstemthet.</p> <p>Denne studien er etisk godkjent.</p>	<p>og kolesterol sammen med dem.</p> <p>En god dialog mellom helsevesenet og pasientene er et grunnleggende krav i all helse og omsorg. For pasienter med diabetes type 2 er en individualisert behandlingsstrategi viktig. De fleste deltakerne i denne studien var fornøyd med sin diabetesbehandling. Ut i fra deltakernes subjektive perspektiv finnes det et rom for forbedringer. En utvidet dialog preget av individuelle behov og forespørsler kan bidra til å gi pasientene mere kunnskap, forståelse og innsikt omkring sykdommen og dermed øke pasientenes delaktighet og ansvar for sin egen diabetesbehandling.</p>	
--------------------------------	--	--	--	--

Vedlegg 4 - «Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Ahlin, K and Billhult, A 2012, Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> . Vol. 30, No. 1, Pages 41-47 (doi:10.3109/02813432.2011.654193)	Hensikten med denne studien var å finne ut om kvinner klarer å gjøre nødvendige livsstilsendring er når det er i sammenheng med en kronisk sykdom, i dette tilfelle diabetes.	Experience, lifestyle change, struggle, type 2 diabetes, women	<p>Dette er en kvalitativ studie, intervju og analyse ble gjennomført ved å bruke det fenomenologiske undersøkelsesmetoden av Giorgi. Ti kvinner i alderen 37-87 år med diabetes type 2 ble valgt ut gjennom en database for personer med diabetes. Kvinnene ble informert om studien på forhånd, og ble deretter intervjuet en og en med bare en intervjuer til stedet. Intervjuene varte fra 40 – 60 minutter, der alle intervjuene ble startet med det samme spørsmålet; «Hva er dine erfaringer når det kommer til det å gjøre livsstilsendringer?».</p> <p>Intervjuer fulgte opp dette spørsmålet med for</p>	<p>Det ble gjort fem hovedfunn med tema; ambisiøs følelse av andres involvering, bli et offer for press på grunn av krav, følelsen av lite kunnskap, oppleve utfordringer, og finne grunner til å ikke forandre seg.</p> <p>Funnene i studien viser at det er livsviktig at helsepersonell behandler kvinner med diabetes type 2 med respekt og forståelse med tanke på deres indre kamp. Ved å være bevisst på de daglige byrdene hos disse kvinnene, og anerkjenne at kvinnene vil leve som før, kan virke som en løsning til å lede kvinnene til å forandre holdning mot å leve i en balanse med sykdommen og godta</p>	<p>Denne studien tar for seg hva pasienter trenger hjelp til for å klare å gjøre nødvendige livsstilsendringer. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.</p>

eksempel; «Kan du fortelle meg mer?» Eller «hvordan følte du deg da?» for å få en dypere forståelse av kvinnens opplevelse.

Denne studien er etisk vurdert.

livsstilsendringene som en utfordring samtidig som de blir friskere og forbedrer livskvaliteten.

Vedlegg 5 - «Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Oftedal, B ; Bru, E ; Karlsen, B 2011 Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i> [online]. Lastet ned den 20.03.15 fra. <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x/abstract</a>	Hensikten med studien var å studere to faktorer; mestringsforventning og viktige verdier, som kan være relatert til motivasjon for egenbehandling hos voksne med type 2 diabetes.	Ability expectations, adults, healthcare practitioners, motivation, type 2 diabetes, quantitative research, values	Dette er en kvantitativ forskningsartikkel som er basert på gruppeintervju med 19 personer med type 2 diabetes. 425 personer med type 2 diabetes utførte i tillegg en spørreskjemaundersøkelse.  Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier: Det var 425 personene som svarte og leverte tilbake spørreskjemaundersøkelsen som ga et svarprosent på 62%. Av de 62%' ene ble bare de skjemaene som hadde en svarprosent på 70% eller mere inkludert i studien. 39 personer ble ekskludert	Resultatene indikerte at mange ikke følger anbefalingene om daglig sunt kosthold og fysisk aktivitet. Flertallet rapporterte at de tror de kan klare å være fysisk aktive og ha et sunt kosthold og at dette vil gi dem en helsegevinst. Studien viste en positiv sammenheng mellom troen på å klare å være fysisk aktiv, og det å faktisk være fysisk aktiv. For kosthold var denne sammenhengen svakere. Mange med type 2 diabetes opplevde en konflikt mellom målt om tilfredsstillende blodsukkerregulering og andre viktige verdier i livet, som det å oppleve sosial tilhørighet. Slike konflikter mellom ulike mål eller verdier kan hemme motivasjonen for diabetesregulering. De fleste rapporterte å være fornøyd	Studien tar for seg hva som kan virke inn på pasientenes motivasjon for egenbehandling. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.

		<p>på grunn av en svarprosent lavere enn 70%, de var for det meste eldre personer over 63,5 år med lav utdannelse.</p> <p>Inklusjonskriteriene var voksne mellom 30-70 år, har diabetes type 2, er villig og kan gjennomføre et spørreskjema skrevet på norsk.</p> <p>Studien er etisk godkjent.</p>	<p>med støtten fra helsepersonell, men få rapporterte at de ofte opplevde støtte fra familie og venner. Undersøkelsene viste kun svake relasjoner mellom opplevd støtte og rapportert diabetesregulering. Dette kan ha sammenheng med at deltakerne i intervjuundersøkelsen indikerte at de trenger en mer kontinuerlig oppfølging med et større fokus på praktiske råd særlig knyttet til kosthold og fysisk aktivitet.</p> <p>Studien indikerer at det kan være hensiktsmessig at helsepersonell legger vekt på å forstå hvordan livsverdier kan virke på diabetesregulering når en forsøker å stimulere til motivasjon for sunt kosthold og fysisk aktivitet. Den peker også på at mer praktiske og individualiserte råd, særlig knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, samt tilretteleggelse for kontinuerlig oppfølging kan være hensiktsmessig.</p>	
--	--	--	--	--

Vedlegg 6 - «Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p><b>Kneck, Å,</b> Klang, B, &amp; Fagerberg, I 2011, 'Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus', <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i>, 25, 3, pp. 558-566, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 26 March 2015.  <a href="http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x">http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x</a></p>	<p>Hensikten med denne studien er å få en forståelse av hvordan pasienter med nyoppdaget diabetes opplever de to første månedene etter å ha fått diagnosen.</p>	<p>Nursing, qualitative content analysis, interview, patient learning, patient education, diabetes mellitus, chronic illness</p>	<p>Dette er en kvalitative studie. 13 deltakere ble intervjuet, hvor disse nylig hadde fått diagnosen og blitt utskrevet fra sykehuset. Deltakerne var mellom 26 – 65 år, noen med og uten partner og jobb. Inklusjonskriteriene for å delta i studien var å ha hatt diagnosen under to måneder i tillegg til å kunne delta på intervju på svensk.                      Intervjueren stilte kun åpne spørsmål for å få fram deltagerne sine erfaringer og tanker. Noen av spørsmålene som ble stilt var; Hvordan har du opplevd å leve med diabetes den første måneden? Hvordan har støtten vært gjennom denne tiden? Kan du fortelle meg en situasjon hvor du har måttet tenke</p>	<p>Studien kom fram til fire hovedfunn som forklarer hvordan deltakerne opplevde de to første månedene med diabetes. Det var «En ny virkelighet», «Kroppen spiller en rolle i live», «forskjellige måter å lære på» og «helsetjenesten som en nødvendig partner».</p> <p>Personer som har hatt diabetes i en liten periode får kunnskap gjennom personlige kilder som opplevde erfaringer og selvrefleksjon. Læringsprosessen inkluderer indre dialog mellom selvet, kroppen og livet. I dette tidlige stadiet i sykdommen vil kroppslige tegn og signaler være sentralt for å kunne opprettholde kontroll og</p>	<p>Denne studien tar for seg hvordan pasientene opplevde de to første månedene etter å ha fått diabetes type 2. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.</p>

over diabetesen din?  
Intervjueren fortsatte med oppfølgingsspørsmål som; Kan du fortelle meg mer om det? Hva gjorde du da? Hva følte du? Intervjuene varte mellom 45-70 minutter. Intervjuene ble tatt opp på tape og senere skrevet ned på papir. Alle intervjuene ble lest igjennom slik at forskerne kunne gripe materialet i sin helhet. Forskerne fortsatte analysen med å få en forståelse av det deltakerne hadde sagt ved å sortere ut og komme fram til hovedtemaer.

Artikkelen er etisk vurdert.

sikkerhet. Helsepersonell bør gripe sjansen til å gi personer med nyoppdaget diabetes den kunnskapen og ferdighetene som kreves, men må være klar over at det å dele opplevelser med andre er ikke av interesse i en såpass tidlig stadiet. Når sykepleien er tilgjengelig og sensitiv til en persons ønsker, vil pasienter med nyoppdaget diabetes foretrekke å bruke helsepersonell som sine nøkkelspillere.

Vedlegg 7 - «A one-to-one thing is better than a thousand books’: views and understanding of older people with diabetes»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p><b>Woodcock, H, &amp; Gillam, S 2013,</b> "A one-to-one thing is better than a thousand books': views and understanding of older people with diabetes', <i>Quality In Primary Care</i>, 21, 3, pp. 157-163, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 02 April 2015. [online]. Lastet ned fra <a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%4">http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%4</a></p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut de eldre syn på den sykepleien de fikk for sin diabetes.</p>	<p>Attitudes, general practice, older people, primary care, quality, type 2 diabetes mellitus</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. 13 personer ble intervjuet, og disse var i alderen 75 år og oppover som hadde diagnosen diabetes type 2. Deltakerne ble valgt på den måten at man fikk forskjell i alder, kjønn, etnisitet og sykdommens alvorlighetsgrad. Pasienter med demens ble ekskludert fra studien. Pasientene ble intervjuet i sitt eget hjem. Et semi-strukturert intervju ble utført og det ble gjort opptak som ble skrevet ned på ark etter hvert.</p> <p>Denne artikkelen er blitt etisk vurdert.</p>	<p>Studien resulterte i tre hovedtemaer relatert til pasientens forståelse, informasjon og kvaliteten på sykepleien de får.</p> <p>Eldre personer setter pris på personsentrert omsorg og at de kontinuerlig blir informert om sin tilstand. De foretrekker muntlig (face-to-face) undervisning gitt i en kontinuerlig basis. Med tanke på at det ble identifisert såpass mange misforståelser rundt sykdommen hos de eldre viser det nødvendigheten av å gi kontinuerlig informasjon. Denne studien har en klar, oppnåelig implikasjon for forandring på både lokalt og politisk nivå som kan</p>	<p>Denne studiene tar for seg de eldre syn på sykepleien de fikk, noe som kan gi oss en forståelse for hva som er god og dårlig sykepleie. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.</p>



[0sessionmgr115  
&vid=6&hid=115](#)

forbedre tjenesten for  
eldre personer som lever  
med diabetes type 2.

Vedlegg 8 - «Evaluation of the care received by older people with diabetes»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Wilson, V 2012, 'Evaluation of the care received by older people with diabetes', <i>Nursing Older People</i> , 24, 4, pp. 33-37, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 02 April 2015. [online]. Lastet ned fra <a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%40sessionmgr115&amp;vid=9&amp;hid=115">http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=09a6f8d8-1f7b-43df-8bb5-089dcc7540c3%40sessionmgr115&amp;vid=9&amp;hid=115</a>	Hensikten med denne studien var å utforske synspunktet til eldre med diabetes type 1 eller 2, om hvordan de opplevde sykepleien de fikk fra helsepersonell.	Cognitive impairment, diabetes, long-term conditions, self-management	25 deltakere med diabetes type 1 eller 2 tok del i en telefonintervju. Disse 25 deltakerne hadde tidligere vært med på å ta en undersøkelse om insulinpumpe terapi. Inklusjonskriterien for å være med i studien var at deltakerne skulle ha vært med i den tidligere undersøkelsen og være over 70 år. Deltakerne ble stilt følgende åpnings spørsmål; «Hvordan har det å være gammel med diabetes påvirket sykepleien du får fra helsepersonell?». Intervjuene ble tatt opp på opptak med samtykke fra deltakerne, og ble skrevet ned på ark senere. Studien er etisk vurdert.	Tematisk analyse av intervjudataen kom de fram til fire hovedtemaer; Helsepersonells betraktninger av pasientenes økonomiske problemer, bli behandlet som et individ, helsepersonells forståelse av pasientens diabetes opplevelse, selvkontroll av diabetesen påvirkes av nedsatt kognitiv funksjon. Eldre personer med diabetes kan ha forskjellige behov enn det yngre personer trenger, noe som ikke klart kommer fram i dagens sykepleie for diabetes pasienter. Derfor bør helsepersonell som gir sykepleie til eldre personer med diabetes	Denne studien tar for de eldres syn på sykepleien de fikk, noe som kan hjelpe dagens sykepleiere til å gi bedre sykepleie. På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.

betrakte pasientenes egen kunnskapsnivå om sin sykdom, og hvilken type og hvor lenge de har hatt diabetes, fordi behandling og mestringsteknikker varierer i forhold til type 1 og type 2 diabetes. Helsepersonell skal ikke anta at pasienten har type 2 på grunn av alderen, men heller ta seg tiden til å finne det ut fra journalen. Når disse forholdene er tatt i betraktning blir sykepleien mer individualistisk.

Vedlegg 9 - «How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing»

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Dellasega, C; Añel-Tiangco, RM & Gabbay, RA 2011. How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i> . <a href="https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011">doi:10.1016/j.diabres.2011.08.011</a>	Hensikten med studien var å fastslå hvordan pasienter responderte til bruk av motivasjonsintervju som en strategi for atferdsendring og å identifisere spesifikke strategier som de fant var hjelpsomt eller ikke.	Motivational interviewing, patients satisfaction, patient-provider relationships, self care, behaviour change	<p>Dette er en kvalitativ studie, hvor det er brukt fokus grupper, utført av samme intervjuer. Fire fokusgrupper med i alt 19 voksne personer med diabetes type 2 ble etterspurt fra en stor NIH finansiert randomisert kontrollert undersøkelse om motiverende intervju og diabetes. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 62 år, og undersøkelse varte i 2 år. Her skulle de møte kvalifiserte sykepleiere som skulle motivere de til å takle sykdommen. Deltakerne møtte sykepleierne først i uke 2, 4 og 6. Deretter minimum hver tredje til sjette måned. De hadde også tilbudet om å ringe og sende mail til sykepleieren hvis det var noe de lurte på</p>	<p>Studien kom fram til fem hovedtemaer; «Ikke dømmende», «Bli hørt og respondert til som en person», «oppmuntre og selvstendig-gjøre gjennom empati», «planlegging og målsetting i samarbeid» og «undervise istedenfor å kritisere».</p> <p>Noen pasienter med diabetes type 2 er mottakelig for motiverende intervju som går ut på en mer pasientsentrert og styrkende sykepleie enn den vanlige tradisjonelle sykepleien.</p>	<p>Denne studien tar for seg hvordan pasienter opplevde å få motivasjon fra sykepleiere innenfor et «motivasjonskurs» i forhold til den motivasjonen de fikk gjennom den vanlige sykepleien.</p> <p>På bakgrunn av hensikten og resultatet valgte vi å bruke denne studien for å svare på vår problemstilling.</p>

underveis i studien. Etter et år ble det ordnet fokusgrupper der de skulle finne ut hvordan undersøkelsen gikk. Alle gruppe intervjuene ble tatt opp på tape. Intervjuet startet med spørsmålet; Hvordan har det vært for deg å ha vært med i denne studien? Deretter ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å få fram pasientens oppfatning om forskjellene mellom motivasjonsintervjuene og vanlig sykepleie, der de hovedsakelig fokuserte på den faktiske endringen i adferden deres.

Studien er etisk vurdert.