



10HBSPLH

SPL 3903 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Pasientundervisning:  
Hvordan kan sykepleier benytte den didaktiske  
relasjonsmodellen i møte med pasienter med  
insulinavhengig diabetes?

Forfattere: Gro Anita Urke  
Marianne Amundsen Nyheim  
Aurora Eggum Wangen

Dato: 10.05.13

# SAMMENDRAG

Tittel:	Pasientundervisning - hvordan kan sykepleier benytte den didaktiske relasjonsmodellen i møte med pasienter med insulinavhengig diabetes?	Dato: 10.05-13
Deltakere:	Gro Anita Urke Marianne Amundsen Nyheim Aurora Eggum Wangen	
Veileder:	Tore Karlsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Pasientundervisning, didaktisk relasjonsmodell, insulinavhengig diabetes	
Ant. sider/ord: 60/14209	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Hovedtemaet i denne bacheloroppgaven er sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med den kronisk syke pasienten. Vi har fordypet oss i pasientundervisning til pasienter med insulinavhengig diabetes.</p> <p>Hensikten med oppgaven er å vise hvordan sykepleier kan benytte den didaktiske relasjonsmodellen i pasientundervisning i møte med diabetespasienten.</p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie hvor vi har gjennomført en kritisk gjennomgang av eksisterende litteratur på emnet. Søkord som blant annet «patient education», «insulin dependent diabetes mellitus», «self care» og «nurs*» er benyttet.</p> <p>Forskning viser at sykepleiere ivaretar sin pedagogiske funksjon i varierende grad. Mange pasienter er ikke fornøyd med den undervisningen som blir gitt.</p> <p>Vi konkluderer med at sykepleier kan benytte den didaktiske relasjonsmodellen som et hjelpemiddel for å individualisere og strukturere planlegging, gjennomføring og vurdering av pasientundervisning. Ved bevisst bruk av modellen vil pasientundervisningen ta utgangspunkt i den enkelte pasient, og pasienten får et best mulig utgangspunkt for læring.</p>		

# ABSTRACT

Title:	Patient education – how can nurses use the didactic relation model when meeting patients with insulin dependent diabetes?	Date: 10.05-13
Participants	Gro Anita Urke	
	Marianne Amundsen Nyheim	
	Aurora Eggum Wangen	
Supervisor	Tore Karlsen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Patient education, insulin dependent diabetes, didactic relation model	
Number of pages/words: 60/14209	Number of appendix: 0	Availability: Open
<p>The main topic of this bachelor paper is the nurse's educational function when faced with the chronically ill patient. We have concentrated ourselves in patient education for patients with insulin-dependent diabetes.</p> <p>The purpose of the study is to show how the nurse can use the didactic relation model in patient education in the encounter with diabetes patients.</p> <p>This paper is a literature study in which we have conducted a critical review of existing literature on the subject. Keywords such as «patient education», «insulin dependent diabetes mellitus», «self care »and «nurs*» is used.</p> <p>Research suggests that nurses are fulfilling their educational function to varying degrees. Many patients are not satisfied with the education given.</p> <p>We conclude that the nurse can use the didactic relation model as an aid to individualize and structure planning, implementation and evaluation of patient education. A conscious application of the model will lead to patient education based on the individual patient, and the patient gets the best possible starting point for learning.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 Albert Schweitzer</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
2.1 Problemstilling .....	7
2.1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling .....	7
2.1.2 Avgrensing av problemstilling .....	8
2.2 Relasjon til seksjonens forskningsområder .....	8
2.3 Sykepleiefaglig relevans .....	9
<b>3.0 Bakgrunn</b> .....	<b>11</b>
3.1 Teoretiske perspektiv .....	11
3.1.1 Pasientundervisning .....	11
3.1.2 Den didaktiske relasjonsmodellen .....	13
3.1.3 Dorothea Orem .....	16
3.1.4 Lev Vygotsky .....	18
3.1.5 Søren Kierkegaard .....	20
3.1.6 Diabetes .....	21
3.2 Tidligere forskning .....	22
3.3 Hensikt .....	23
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>24</b>
4.1 Søkeprosess .....	25
4.2 Generell kildekritikk .....	31
<b>5.0 Resultater</b> .....	<b>33</b>
5.1 Litteratormatrise .....	34
5.2 Gjennomgang av resultater .....	38
5.2.1 Deltakerforutsetninger .....	38
5.2.2 Rammefaktorer .....	38
5.2.3 Mål .....	39

5.2.4	Innhold.....	40
5.2.5	Arbeidsmåter .....	41
5.2.6	Vurdering.....	41
<b>6.0</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>43</b>
6.1	Drøfting av resultat.....	43
6.1.1	Deltakerforutsetninger .....	43
6.1.2	Rammefaktorer .....	45
6.1.3	Mål.....	47
6.1.4	Innhold.....	49
6.1.5	Arbeidsmåter .....	50
6.1.6	Vurdering.....	51
6.2	Resultatenes betydning for sykepleie og behov for videre arbeid.....	53
6.3	Forskningsetikk .....	54
6.4	Øvrige metodiske overveielser .....	55
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>57</b>
<b>8.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>58</b>

Antall ord: 14 209

## 1.0 Albert Schweitzer:

*Hver pasient bærer sin egen lege inni seg.  
De kommer til oss og kjenner ikke denne sannheten.  
Vi er på vårt beste når vi gir den legen som bor i hver  
enkelt pasient muligheten til å foreta seg noe.  
(Vifladt og Hopen 2004, s. 68)*

## **2.0 Innledning**

Dette er en avsluttende bacheloroppgave i sykepleie skrevet av tre studenter ved Høgskolen i Gjøvik. Oppgaven er et formelt krav for å bestå sykepleierutdanningen. Hovedtemaet i bacheloroppgaven er sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med den kronisk syke pasienten. I denne sammenheng har vi fordypet oss i pasientundervisning til pasienter med insulinavhengig diabetes.

## **2.1 Problemstilling**

Problemstillingen har vi formulert slik: «Pasientundervisning – hvordan kan sykepleier benytte den didaktiske relasjonsmodellen i møte med pasienter med insulinavhengig diabetes?»

### **2.1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

Da vi begynte å diskutere tema for bacheloroppgaven, kom vi tidlig inn på sykepleierens pedagogiske funksjon. Vi utvekslet erfaringer fra våre praksisperioder, og det fremkom at vi både hadde ulike synspunkt på og erfaringer med pasientundervisning. Et av gruppemedlemmene har en pedagogisk utdanning fra tidligere, og har kanskje vært mer oppmerksom på denne delen av sykepleieutøvelsen. Etter hvert ble det stadig tydeligere for gruppen hvor viktig sykepleierens pedagogiske funksjon er. Vi bestemte oss derfor for at oppgaven vår skulle omhandle pasientundervisning.

Den didaktiske relasjonsmodellen er fundamentet i oppgaven. Vi ville se på hvordan sykepleieren kan benytte denne modellen i pasientundervisning. Vi ønsket også å konkretisere den pedagogiske funksjonen ved å ta utgangspunkt i en bestemt diagnose. Vi valgte den kroniske sykdommen diabetes. I løpet av sykepleierutdanningen har vi vært på flere ulike praksissteder, og vår erfaring er at diabetespasienten er hyppig representert. Vi har møtt mange pasienter med dårlig regulert diabetes, og flere av dem har hatt diagnosen i mange år. Mosand og Stubberud (2010) påpeker at pasienter som har hatt diabetes over lang tid kan ha et stort behov for opplæring. «Personer som lever med dårlig regulert blodglukose i flere år, er utsatt for å få retinopati, nefropati, nevropati, aterosklerose og hjerte- og karsykdommer» (Mosand og Stubberud 2010, s. 512). Vi er av den oppfatning at kunnskap om

pasientundervisning til diabetespasienter kan overføres til læringssituasjoner hos pasienter med andre diagnoser.

### **2.1.2 Avgrensning av problemstilling**

I vår oppgave bruker vi begrepet pasientundervisning. Med dette mener vi undervisning, veiledning og informasjon til pasienter. Vår erfaring fra praksis er at mange pasienter som blir innlagt har diabetes som bidiagnose. Som sykepleier kan man derfor møte diabetespasienten uavhengig av type avdeling. Arenaen for vår oppgave vil være pasienter med diabetes som er innlagt på sengepost i spesialisthelsetjenesten, men med en annen innleggelsesårsak. Grunnen til dette valget er at vi har erfart at enkelte av disse pasientene har en dårlig regulert diabetes og derfor har behov for pasientundervisning. Vi velger å konsentrere oss om pasientundervisning til voksne pasienter med insulinavhengig diabetes. Med dette mener vi pasienter som er avhengige av insulintilførsel, uavhengig av om pasienten har diabetes type 1 eller 2. Vi utelukker mindreårige og eldre pasienter med kognitiv svikt. Når vi i oppgaven refererer til «sykepleier», mener vi sykepleier med bachelorgrad.

Etter vår mening kan den didaktiske relasjonsmodellen benyttes i alle deler av diabetesbehandlingen. Her har vi avgrenset temaet til pasientundervisning i forbindelse med injeksjonsteknikk. Med injeksjonsteknikk mener vi hele prosessen rundt det å sette en injeksjon – både forberedelse og utstyr, selve injeksjonen, eventuelle komplikasjoner og insulinets virkning. For at pasienten skal kunne opprettholde mest mulig normale blodglukoseverdier, mener vi at kunnskap om korrekt injeksjonsteknikk er viktig. Vi vil imidlertid i denne oppgaven ikke gå nærmere inn på hva korrekt injeksjonsteknikk innebærer.

## **2.2 Relasjon til seksjonens forskningsområder**

Tema for bacheloroppgaven skal knyttes til ett av seksjonens tre forskningsområder. Disse områdene er «Utdanningskvalitet», «Kvalitet i sykepleie» og «Helse i dagliglivet». Vi konsentrerer oss om området «Helse i dagliglivet». Høgskolen i Gjøvik deler dette delområdet inn i to fokusområder – «Kritiske livshendelser» og «Å leve med helsesvikt». Begge disse fokusområdene dreier seg om utvikling av kunnskap og forståelse for mennesker i ulike livssituasjoner (Høgskolen i Gjøvik 2011).



I denne bacheloroppgaven fokuserer vi på pasientundervisning til pasienter med den kroniske sykdommen diabetes. Gjengedal og Hanestad (2008, s. 10) skriver at «Når et menneske rammes av en kronisk sykdom, endrer livet seg, ikke bare for den som blir syk, men også for familie og venner [...] Sykdommen griper inn i dagliglivet og setter helt nye betingelser for livsutfoldelsen på en rekke områder.» Når en blir diagnostisert med en kronisk sykdom som diabetes, medfører det mange omstillinger både for den syke og vedkommendes familie (Gjengedal og Hanestad 2008). Mange mennesker blir tvunget til å endre livsstil på grunn av den kroniske sykdommen (Kristoffersen 2005a). Hyppig kontakt med helsevesenet er en del av denne omstillingen, og helsepersonell blir en viktig del av pasientens tilværelse (Gjengedal og Hanestad 2008). «Helse i dagliglivet» retter seg blant annet mot hva en helsesvikt innebærer og hvordan pasienter kan oppnå helse og velvære (Høgskolen i Gjøvik 2011).

### **2.3 Sykepleiefaglig relevans**

Denne oppgaven har et sykepleiefaglig perspektiv. Rammeplanen for sykepleieutdanningen sier at sykepleiere «har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende [...] om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død» (Kunnskapsdepartementet 2008). Dette er også et lovpålagt ansvar ifølge helsepersonelloven § 10 (1999). I tillegg har pasienter krav på informasjon jf. § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (2012).

Grunnleggende kunnskap om pedagogikk er viktig for sykepleiere (Kloster 1997, s. 18). I løpet av studiet har vi i de ulike praksisperiodene erfart at en stor del av sykepleierens arbeid innbefatter pasientundervisning. Vi tror allikevel at den pedagogiske delen av sykepleie ofte kan være «usynlig». Mosand og Stubberud (2010) sier at pasientens fremtidige situasjon og prognose avhenger av den undervisningen og veiledningen pasienten får til å begynne med. Som tidligere nevnt sier også Mosand og Stubberud (2010) at pasienter som har hatt diabetes over lang tid kan ha et stort behov for opplæring. «Det endelige målet for all undervisning og veiledning er at pasienten skal ha så mye kunnskap og så gode ferdigheter at han mestrer og kan leve et godt liv med sykdommen» (Mosand og Stubberud 2010, s. 524).

Som tidligere nevnt er diabetes en sykdom man som sykepleier antakelig møter uavhengig av arbeidssted. Ifølge Diabetesforbundet (2012) er det i dag rundt 375 000 mennesker med diabetes i Norge. Av disse har ca. 25 000 diabetes type 1, mens de resterende har type 2.

Forekomsten av både type 1- og type 2-diabetes øker i Norge (Helsedirektoratet 2009, s. 23).  
Vi anser derfor dette som en sykepleiefaglig relevant sykdom.

## 3.0 Bakgrunn

I denne delen av oppgaven tar vi først for oss viktige teoretiske perspektiv. Deretter presenteres tidligere forskning, og til slutt beskrives oppgavens hensikt.

### 3.1 Teoretiske perspektiv

#### 3.1.1 Pasientundervisning

Kloster (1997, s. 14) beskriver en pedagogisk handling som «at en person ved sine handlinger eller væremåte søker å få en annen person til å endre atferd og opplevelse, dvs. lære noe». Kloster (1997, s. 14) skriver videre at «når det gjelder å hjelpe pasientene slik at de kan forebygge sykdom/skade, gi trygghet eller mestre en ny livssituasjon, kan sykepleieren bruke metoder som undervisning, veiledning, informasjon, instruksjon, rådgivning eller støtte».

Ifølge Dalland (2010, s. 104) sier Opdal at «å undervise er å utføre handlinger». Dalland (2010) sier videre at vi er aktører når vi underviser. «Vi velger å gjøre det vi gjør, fordi vi har en hensikt med det» (Dalland 2010, s. 104). Den som underviser utfører handlinger i den hensikt at noen skal lære noe. Dalland (2010, s. 104) skriver videre at læringen kan ha skjedd på to måter:

- Undervisningen har ført til en eller annen form for overføring fra personen med merviten til den som ikke hadde denne viten.
- Underviseren har lagt forholdene til rette slik at den som manglet den aktuelle viten, på egen hånd har funnet frem til den.

Dalland (2010) påpeker videre at ikke all læring nødvendigvis er et resultat av undervisning. En lærer hele tiden, også uten at noen underviser for en. På en sykehusavdeling lærer pasientene av hverandre, og Dalland (2010) skriver at dersom personalets informasjon til pasienten er knapp, vil pasientene ty til hverandre for utfyllende informasjon. Dalland (2010, s. 21) henviser til Imsen som sier at: «Vi kan ikke sette noe klart skille mellom hva som er læringssituasjoner og hva som ikke er det. Alle tanker, følelser og opplevelser er læring; vi høster erfaring hele tiden, og erfaring er læring.» Dalland (2010, s. 86) presiserer at det i læringsprosessen er viktig å «skille mellom læring som prosess og læring som resultat av denne prosessen». Han vektlegger nødvendigheten av å skille mellom «den som skal lære, og den som eventuelt kan bidra med å legge til rette for andres læring».

Videre definerer Dalland (2010, s. 127) veiledning slik: «Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det.»

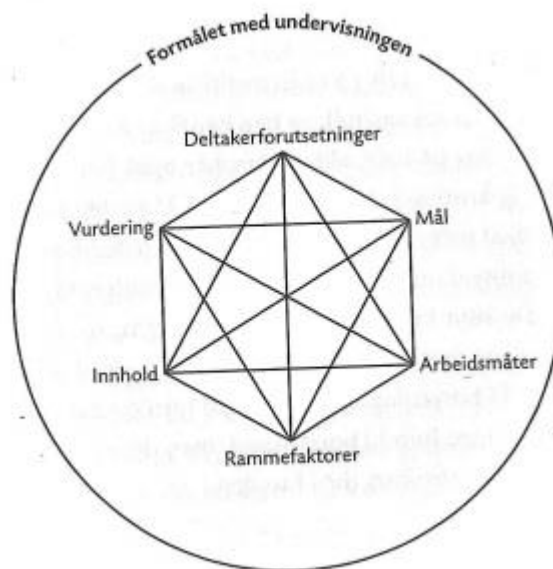
I en veiledningssituasjon forutsettes en nær og direkte kontakt mellom den/de som veiledes og veilederen. Derfor er det større muligheter for å individualisere læringsprosessen i en veiledningssituasjon enn i en undervisningssituasjon (Dalland 2010).

Pasienter har ifølge loven krav på informasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 3-2 første ledd sier at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.» Videre sier § 3-5 første og andre ledd at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn [...] Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene» (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012). Uavhengig av om pasienten etterspør informasjon eller ikke, har han krav på informasjon (Molven 2012).

I helsepersonelloven § 10 (1999) står det: «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.»

### 3.1.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Hiim og Hippe (1998a, s. 31) definerer didaktikk som «kunnskap om undervisning og læring». Ifølge Hiim og Hippe (1998b) ønsket Bjørndal og Lieberg å utvikle et verktøy som kunne benyttes i klargjøring av undervisningen. Den didaktiske relasjonsmodellen skal være et hjelpemiddel i planlegging, gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av undervisning og læring (Hiim og Hippe 2006). Modellen kan bidra til at den didaktiske analysen blir så reflektert som mulig. Hiim og Hippe (1998b) sier at den didaktiske relasjonsmodellen er et slikt verktøy for analyse. Den didaktiske relasjonsmodellen inneholder følgende kategorier: Deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmåter og vurdering (Dalland 2010). Dalland (2010, s. 107) illustrerer Bjørndal og Liebergs modell slik:



(Illustrasjon er gjengitt med tillatelse fra Gyldendal Akademisk og Olav Dalland.)

Navnet på kategoriene kan variere, men meningsinnholdet er det samme (Hiim og Hippe 1998a). Vi velger å ta utgangspunkt i Dallands (2010) navn på kategoriene. Hiim og Hippe (1998a) kaller den didaktiske relasjonsmodellen en helhetsmodell, dette betyr at kategoriene inngår i et helhetlig system. Ingen av kategoriene kommer egentlig først – en beveger seg mellom dem, og alle henger sammen og påvirker hverandre (Hiim og Hippe 1998a). Modellen benyttes ofte i forbindelse med undervisning av elever, og begreper som «elev» og «lærer» blir derfor brukt i den teoretiske gjennomgangen av modellen. Disse begrepene erstattes med «pasient» og «sykepleier» i drøftingsdelen.

#### Deltakerforutsetninger:

Dette er de kunnskaper, holdninger og ferdigheter eleven har. Her bør man kartlegge hva eleven kan fra før, hva han ønsker å lære, hva som er nytt, og spesielle problemer eller ressurser i forhold til undervisningen. Elevens deltakerforutsetninger er ikke endelige, de endres underveis i opplæringen som et resultat av læreprosessen og elevens utvikling (Hiim og Hippe 2006).

#### Rammefaktorer:

Hiim og Hippe (2006) sier at rammefaktorer er forhold som på ulike vis begrenser eller muliggjør læring. Eksempler på slike forhold er utstyr og læremidler, samt tid og rom til disposisjon. Lærerens egne ressurser og kunnskaper er også rammefaktorer (Hiim og Hippe 2006).

#### Mål:

«Målene for undervisningen er det elevene skal sitte igjen med av kunnskaper, ferdigheter og holdninger etter at læreprosessen har funnet sted» (Hiim og Hippe 2006, s. 19). Hiim og Hippe (2006) vektlegger betydningen av at elevene selv er delaktige i å fastsette målene. På den måten har de selv en del av ansvaret for hva de skal lære. Ifølge Hiim og Hippe (2006) kan formulering av egne læringsmål resultere i ansvarlighet, relevans og økt motivasjon.

#### Innhold:

Innholdet er det undervisningen handler om, samt hvordan innholdet velges og tilrettelegges (Hiim og Hippe 2006). «Innholdet er det som lærerens og elevens arbeid handler om. Det må velges ut og tilrettelegges på en slik måte at det er i tråd med målene» (Hiim og Hippe 1998a, s. 65).

#### Arbeidsmåter:

For å nå målene for undervisningen, benyttes ofte mer enn én arbeidsmåte. Arbeidsmåte innebærer valg av metode og teknikk (Hiim og Hippe 1997b). Hiim og Hippe (1997b) sier videre at valg av arbeidsmåte og undervisningsmetode må tas på bakgrunn av det aktuelle temaet, målet, elevens forutsetninger og rammebetingelsene. Det er viktig at den som underviser har kunnskap og kan mestre ulike arbeidsmåter og -metoder. Da kan valg av arbeidsmåte og -metode gjøres ut fra det som er mest faglig og pedagogisk relevant (Hiim og Hippe 1997b).

Vurdering:

Her vurderes både undervisningsprosessen og målene for læringsaktiviteten. Dessuten vurderes elevens læring og lærerens undervisning og veiledning. Her ser man for eksempel på om elevens mål ble nådd, og om undervisningen ble tilstrekkelig tilpasset eleven (Hiim og Hippe 2006).

### 3.1.3 Dorothea Orem

Gjennom tidene har mange sykepleiere utviklet sykepleieteorier. Hensikten med disse teoriene er å identifisere og beskrive viktige sykepleiefenomener, og på denne måten klargjøre sykepleierens fokus og funksjonsområde. Teoriene kan gjøre det lettere å tenke og foreta vurderinger som sykepleier (Kristoffersen 2005b).

Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen rundt om i verden (Kristoffersen 2005b). Orem er kjent for sin teori om egenomsorg, og i 1971 ga hun ut boken «Nursing: Concepts of Practice». Her presenterte hun for første gang egenomsorgstenkningen, «self-care». Boken har blitt revidert og utgitt på nytt flere ganger, sist i 2001 (Kristoffersen 2005b).

Orem beskriver egenomsorg som aktiviteter individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Voksne mennesker vil vanligvis ivareta denne egenomsorgen selv – mens spedbarn, barn, eldre, syke og funksjonshemmede trenger hjelp og assistanse for å utføre egenomsorg (Orem 2001, s. 43).

Kristoffersen skriver dette om Orems egenomsorgsteori:

Den overordnede hensikten med egenomsorgen er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling og helse. De ulike egenomsorgsbehovene («self-care-requisites») utgjør målene i egenomsorgen, mens terapeutiske egenomsorgskrav omfatter konkrete handlinger som personen må utføre eller få utført for at egenomsorgen skal være terapeutisk, det vil si være i samsvar med egenomsorgsbehovene, og fremme den overordnede hensikten med egenomsorgen (Kristoffersen 2005b, s. 44).

Dersom et menneske blir sykt, vil det foreligge spesielle egenomsorgsbehov. Orem beskriver seks slike behov, hvorav det ene er behovet for å lære å leve med sykdom. Dersom man opplever å bli diagnostisert med en kronisk sykdom, vil det å lære seg å leve med sykdommen bli et sentralt egenomsorgsbehov (Kristoffersen 2005b). Noen mennesker blir ute av stand til å dekke egenomsorgsbehovene selv, og Orem skriver at syke mennesker vil ha behov for ulik grad av hjelp til egenomsorg (Orem 2001).



Orem sier at egenomsorgskapasitet er «personens egen evne til å identifisere terapeutiske egenomsorgskrav, ta beslutninger om handlinger og utføre handlingene» (Kristoffersen 2005b, s. 45). Dersom det er samsvar mellom egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet, kan pasienten selv ivareta egenomsorgsbehovene og trenger ikke sykepleie. Er det derimot et misforhold mellom disse to faktorene, har pasienten behov for sykepleie (Kristoffersen 2005b).

Orem beskriver fem ulike hjelpemetoder som sykepleieren kan benytte for å møte pasientens egenomsorgskrav (Kristoffersen 2005b). Dette er handlinger sykepleieren kan utføre for å kompensere for pasientens egenomsorgssvikt (Orem 2001). Én av disse metodene går ut på at sykepleieren veileder og rettleder pasienter når de skal planlegge og utføre egenomsorgshandlinger. Veiledningen kan foregå i form av anvisning, råd og instruksjon, og forutsetter god kommunikasjon mellom partene, samt motivasjon og handlingsevne hos pasienten (Kristoffersen 2005b). En annen metode dreier seg om undervisning, og benyttes når pasienten trenger instruksjon for å utvikle kunnskap eller spesielle evner (Orem 2001). Igjen trekker Orem frem motivasjon som en essensiell faktor. Pasienten må være interessert i å lære, og sykepleieren må hjelpe pasienten til å se viktigheten av å lære (Kristoffersen 2005b). For at denne metoden skal tjene sin hensikt, må undervisningen tilpasses den enkelte. Sykepleieren må vite hva pasienten trenger å lære. Pasientens bakgrunn, erfaring, vaner og egenomsorgsbehov må tas i betraktning for at undervisningen skal føre til økt kunnskap hos pasienten (Orem 2001).

### 3.1.4 Lev Vygotsky

Lev Vygotsky var en russisk teoretiker som levde på begynnelsen av 1900-tallet. Hans teorier har fått stor betydning for vestlig psykologi og pedagogikk, og ifølge Imsen (1998) ble Vygotsky oppfattet som «psykologiens Mozart». Vygotsky utformet blant annet teorier om utvikling og undervisning.

Et viktig poeng i Vygotskys teori er ifølge Imsen (1998) at all intellektuell utvikling og all tenkning har sitt utgangspunkt i sosial aktivitet. Individuell tenkning er dermed et resultat av sosial virksomhet.

Vygotskys teori om «den proksimale utviklingssone» er av stor interesse i pedagogisk sammenheng. Imsen (1998) skriver dette om teorien:

Fordi utviklingen løper fra det sosiale til det individuelle, er det slik at barnet er i stand til å utføre en handling i samspill med andre før det er i stand til å utføre den alene. Barnet gjør først ting med hjelp, deretter alene. Når en spør hva som er barnets evnenivå, må vi derfor klargjøre hva vi mener barnet kunne ha klart med hjelp og støtte, eller hva vi mener barnet kan gjøre alene. Forskjellen mellom disse to ”nivåene” kalles den proksimale utviklingssone (Imsen 1998, s. 159).

Den proksimale utviklingssonen er altså området mellom det en mestrer i sosialt felleskap, og det en kan klare individuelt. Den pedagogiske utfordringen i denne sammenhengen blir derfor å utnytte den proksimale utviklingssonen til aktivt arbeid i fellesskap. I tillegg skal en gi nødvendig støtte og hjelp slik at eleven etter hvert kan mestre oppgaven på egen hånd (Imsen 1998).

Vygotsky påpeker betydningen av at undervisningen skal tilpasses den enkelte (Imsen 1998). Undervisningen som gis skal legges på et litt høyere nivå enn det eleven allerede mestrer, slik at eleven må strekke seg litt for å mestre oppgaven.

Vygotskij (2006) mener at det viktigste ikke er å tilegne seg en mengde kunnskaper. Det vesentlige er å lære seg hvordan en kan skaffe seg kunnskaper og hvordan disse videre kan benyttes. Vygotsky mener også at lærerens oppgave ikke først og fremst er å gjengi sitt fag,

men at selve læreprosessen er i sentrum. Læreren er den som skal tilrettelegge for læring (Vygotskij 2006). Videre sier Vygotskij (2006, s. 340) dette om læreren: «Han bør beherske det faget han underviser i. [...] Derfor kreves det at læreren har både høyere kunnskap om faget og arbeidsteknikk.»

### **3.1.5 Søren Kierkegaard**

Søren Kierkegaard var en dansk filosof som levde på 1800-tallet (Kristoffersen 2005a). Han er blant annet kjent for sin utlegning om hjelpekunst:

At man, når det i sandhet skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheden i al hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i en inbildning, når han mener at kunne hjelpe en anden. For i sandhæd at kunne hjelpe en anden må jeg forstå mere, end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Hvis jeg ikke gjør det, så hjelper min mæreforståelse ham slet ikke (Kristoffersen 2005a, s. 250).

Ifølge Kristoffersen (2005a) setter Kierkegaard ord på hvor viktig det er at sykepleieren greier å ta utgangspunkt i pasientens ståsted og behov, og så begynne der. Som sykepleier kan man ha mange forestillinger om hva pasienten ønsker og hva han har behov for. I en veiledningssituasjon kan det være fristende å ta utgangspunkt i disse i stedet for de faktiske ønsker og behov pasienten har. Det er viktig å motstå denne fristelsen (Kristoffersen 2005a, s. 250).

### 3.1.6 Diabetes

Helsedirektoratet (2009) definerer diabetes mellitus som en kronisk metabolsk sykdom. Sykdommen karakteriseres av kronisk hyperglykemi (for høy glukosekonsentrasjon i blodet) med forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Diabetes skyldes enten manglende eller nedsatt insulinsekresjon i forhold til behovet. Noen ganger kan dette være kombinert med redusert insulinvirkning (Helsedirektoratet 2009).

Type 1-diabetes kjennetegnes av en absolutt insulinmangel forårsaket av en autoimmun reaksjon. Det dannes antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas. Cellene ødelegges gradvis, og insulinproduksjonen avtar. Blodets glukoseinnhold vil øke når insulinproduksjonen ikke dekker kroppens behov, og det utvikles symptomer på hyperglykemi. Personen må få tilført insulin for å overleve (Mosand og Stubberud 2010). Type 2-diabetes skyldes en kombinasjon av insulinresistens (nedsatt følsomhet for insulin) og en viss insulinmangel. Det vil si at alle personer med type 2-diabetes har noe insulinproduksjon, men ikke nok til å holde blodglukosen normal. For disse pasientene vil mosjon og kostholdsendringer være tilstrekkelig behandling den første tiden. Etter hvert vil allikevel mange pasienter med type 2-diabetes miste så mye av insulinproduksjonen at det oppstår behov for insulinbehandling (Jacobsen mfl. 2009).

Pasienter med insulinavhengig diabetes må tilføres insulin for å opprettholde normal glukoseomsetning og effektiv utnytting av næringsstoffene (Mosand og Stubberud 2010).

## 3.2 Tidligere forskning

Granum og Friberg (2010) viser til Kruger, som sier at forskning på pasientundervisning ble utbredt på 1970-tallet. Videre viser de til Redman, som sier at sykepleierens undervisende funksjon ble tydeligere, og det ble utviklet standarder for praksis, for eksempel når det gjelder pasientundervisning. Granum og Friberg (2010) skriver videre at pasientundervisning etter hvert ble inkludert i sykepleieteorier.

Fagermoen (2002) mener det er stort behov for flere norske studier med fokus på pasientinformasjon. Hun belyser betydningen av å bedre pasientinformasjonen, spesielt den informasjonen sykepleiere har ansvar for å formidle (Fagermoen 2002).

I en artikkel tar diabetessykepleier Ravnstad (2003) for seg tidligere forskning med tanke på pasientundervisning. Hun skriver at mange pasientstudier og undersøkelser viser at informasjon til pasienter og pårørende ikke blir formidlet på en tilfredsstillende måte. Ravnstad (2003) skriver videre at pasienter opplever å få lite informasjon, og at den informasjonen som blir gitt kan oppleves som selvmotsigende og forvirrende. Ifølge Ravnstad mener Close at «sjølv om sjukepleiarane meiner pasientinformasjon er ein viktig funksjon, ser det ut til at effektiv pasientundervisning manglar» (Ravnstad 2003). Ravnstad (2003) konkluderer med at den pedagogiske sykepleiefunksjonen bør få høyere prioritet.

Granum og Halse (2010) skriver:

Det er behov for en mer reflektert pasientundervisningsrolle, enn den spontane undervisningsrollen. Når liggetiden på sykehus er kort, blir tiden til undervisning mindre. Derfor er planlagt undervisning viktig for å bedre pasientresultatet. For å forbedre pasientundervisningen, kreves det kunnskaper slik at sykepleiere kan forholde seg kritisk til, problematisere og reflektere over hvordan pasientundervisning utøves og kan videreutvikles i praksisfeltet (Granum og Halse 2010, s. 64).

### **3.3 Hensikt**

Denne bacheloroppgavens hensikt er å vise hvordan sykepleier kan benytte den didaktiske relasjonsmodellen i pasientundervisning i møte med diabetespasienten. Vi ønsker også å øke både vår og leserens kunnskap og bevissthet om sykepleierens pedagogiske funksjon. I tillegg vil oppgaven forhåpentlig bidra til å synliggjøre sammenhengen mellom sykepleie og pedagogikk. Vi vil derfor redegjøre for hvordan vi mener at noen pedagogiske teorier kan overføres til den praktiske delen av sykepleie.

## 4.0 Metode

Polit og Beck (2010, s. 560) definerer metode slik: «the steps, procedures, and strategies for gathering and analyzing data in a study». Fritt oversatt blir dette «trinnene, prosedyrene og strategiene for å samle og analysere data i en studie». Dalland (2012, s. 111) siterer Vilhelm Auberts definisjon av begrepet metode: «Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.» Dalland skriver videre at «Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland 2012, s. 112).

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Ifølge Polit og Beck (2010, s. 558) er en litteraturstudie «a critical summary of research on a topic, often prepared to put a research problem in context or to summarize existing evidence». Vi oversetter dette med «en kritisk oppsummering av forskning på et emne, ofte utarbeidet for å se et forskningsspørsmål i sammenheng eller å oppsummere eksisterende dokumentasjon».

Forsberg og Wengström (2008) skriver at mange spørsmål kan besvares ved å gjennomføre en litteraturstudie. De skriver videre at man i en litteraturstudie helst skal finne og inkludere all relevant forskning innenfor et område, men at dette ikke alltid er mulig. Antallet studier som inkluderes i litteraturstudien avhenger av hva forfatteren kan finne (Forsberg og Wengström 2008). Det forekommer også at eksperter innenfor samme område trekker ulike konklusjoner (Forsberg og Wengström 2008).



## 4.1 Søkeprosess

Bacheloroppgaven skal bygge på 5–10 vitenskapelige artikler (Høgskolen i Gjøvik 2012). I arbeidet med å finne relevante artikler har vi benyttet trinnene i Polit og Becks (2010, s. 172) modell «Flow of tasks in a literature review». Vi har brukt modellen som utgangspunkt for å beskrive søkeprosessen. Under punkt 6.4 «øvrige metodiske overveielser» vil vi kritisk vurdere vår bruk av modellen.

Formulering av problemstilling:

Det første trinnet i modellen heter «Formulate and refine primary and secondary questions» (Polit og Beck 2010, s. 172). Med dette forstår vi at en her skal formulere og avgrense primære og sekundære spørsmål. Dette innebærer å formulere en problemstilling. I arbeidet med denne oppgaven har vi endret ordlyden i problemstillingen flere ganger. Dette har vært en nødvendig del av prosessen etter hvert som vi har innhentet ny kunnskap. Vi har sett nødvendigheten av å konkretisere problemstillingen.

Søkestrategi:

Det andre trinnet i modellen heter «Devise search strategy (e.g., select databases, identify keywords, etc.)» (Polit og Beck 2010, s. 172). Dette innebærer å utarbeide en søkestrategi, for eksempel å velge databaser, identifisere søkeord etc.

Vi har valgt å bruke databasene Cinahl, Academic search elite, ERIC, Ovid nursing database og SweMed+. Vi har blitt anbefalt å bruke databasen Cinahl av både lærere ved Høgskolen i Gjøvik og ansatte ved høgskolens bibliotek. Polit og Beck (2010, s. 176) trekker også frem denne som «an extremely important electronic database for nurses». Academic search elite og Ovid har også blitt anbefalt ved høgskolen, og vi valgte å bruke disse for å få et bredere søkegrunnlag. Databasen ERIC gir ifølge Bjørk og Solhaug (2008) tilgang til artikler innenfor fagområdet utdanning og pedagogikk, derfor ble denne brukt. SveMed+ ble brukt fordi vi ønsket å finne artikler som tok for seg nordiske forhold. Her fant vi forskning utført i Norge og Sverige.

Dette er noen av søkeordene vi har benyttet: «education needs», «diabetes», «coping», «nurses educational role», «patient education», «self care», «chronic disease», «adult», «insulin dependent diabetes mellitus», «guidance», «nurs\*», «undervisning»,

«pasientundervisning», «pasientinformasjon», «diabetes type 1», «injection technique» og «hospitalized». Vår bruk av søkeord blir drøftet under punkt 6.4 «øvrige metodiske overveielser».

Søke etter artikler:

Det tredje og fjerde punktet i Polit og Becks modell (2010, s. 172) er henholdsvis «search for, identify, and retrieve potential primary source materials» og «screen sources for relevance, appropriateness.» Med dette forstår vi å søke, identifisere og innhente potensielle kilder, samt få et overblikk over artiklenes relevans.

For å innhente potensielle kilder formulerte vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier som skulle gjelde for artiklene vi ville benytte i vår oppgave. Vi presenterer kriteriene i form av en tabell.

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Artikler med IMRaD-struktur	Artikler uten IMRaD-struktur
Artikler som er fagfellevurdert/peer-reviewed	Artikler som ikke er fagfellevurdert/peer-reviewed
Artikler som er publisert i en autorisert publiseringskanal	Artikler som ikke er publisert i en autorisert publiseringskanal
Artikler publisert etter 1995	Artikler publisert før 1995
Artikler som omhandler voksne	Artikler som omhandler mindreårige og eldre med kognitiv svikt
Artikler som omhandler pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten	Artikler som omhandler pasienter innenfor primærhelsetjenesten
Artikler innenfor somatikk	Artikler innenfor psykiatri
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	Artikler på andre språk enn engelsk og skandinavisk
Studier utført i land med overføringsverdi til norske forhold og kultur	Studier fra land uten klar overføringsverdi til norske forhold og kultur
Primærartikler	Sekundærartikler

I søkeprosessen benyttet vi de tidligere nevnte søkeordene i ulike kombinasjoner i de utvalgte databasene. Mange av kombinasjonene ga mange treff, og det var en utfordring å finne relevante artikler. Mange artikler ble utelukket ut fra tittelen. En del artikler med relevant tittel ble forkastet på grunnlag av abstraktet. Underveis i arbeidet ble som nevnt problemstillingen ytterligere konkretisert. Dette innebar at vi byttet ut enkelte søkeord, for eksempel byttet vi ut søkeordet «diabetes type 1» med «insulin dependent diabetes». Det har vært vanskelig å finne artikler som dreier seg spesifikt om den aldersgruppen vi har valgt å fokusere på. Vi fant mange artikler som omhandlet undervisning og veiledning av barn og ungdom, samt foreldre til barn og unge med diabetes. Disse artiklene ble utelatt i vårt videre arbeid med oppgaven. Å forkaste artikler som ikke er relevante, er en del av punkt fire i Polit og Becks (2010) modell. Vi satt igjen med flere artikler som ble tatt med videre i arbeidet.

Academic search elite er en fulltekstdatabase, det vil si at man har tilgang til artikler direkte via databasen. Cinahl, ERIC, Ovid og SveMed+ er referansedatabaser. For å få tilgang til artiklene funnet i disse databasene, brukte vi Bibsys Ask. Her søkte vi opp tidsskriftene artiklene var utgitt i og fikk tilgang til deres arkiv. Da vi søkte etter artikler i databasen SveMed+, fant vi flere artikler utgitt i tidsskriftet «Vård i Norden». SveMed+ er en referansedatabase, og vi forsøkte derfor først å få tilgang til artiklene via Bibsys Ask. Høgskolen i Gjøvik har kun tilgang til artikler utgitt i dette tidsskriftet fra 2005. Vi gikk derfor inn på hjemmesiden til tidsskriftet Vård i Norden (Vård i Norden u.å.). Via arkivet fant vi artiklene vi lette etter ved å søke på forfatter eller tittel.

Lese artikler:

Det femte trinnet i Polit og Becks (2010, s. 172) modell er «read source materials.» Da vi leste gjennom de artiklene vi anså som relevante, fikk vi tips til nye referanser og ledetråder. Polit og Beck (2010) sier at dette er aktuelt i denne delen av litteraturstudien. Som eksempel på dette kan vi nevne at vi via Kloster (1997) kom frem til at vi ville benytte rammeplan for sykepleieutdanningen.

Evaluering av artikler:

Trinn seks og sju i Polit og Becks (2010, s. 172) modell innebærer «abstract, encode information from the studies» og «critique/evaluate studies». Slik vi forstår det innebærer disse trinnene en kritisk gjennomgang og evaluering av funnene. Vi foretok en vurdering av artiklene med tanke på gyldighet og relevans for oppgaven.

Neste trinn ble derfor å lese gjennom artiklene med et kritisk blikk, blant annet med tanke på oppbyggingen. Den mest brukte normen for oppbygging og struktur er IMRaD-strukturen. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland 2012). For å vurdere om en artikkel er vitenskapelig, har vi benyttet NSDs Database for statistikk om høgre utdanning. Ved å søke i dette registeret finner man ut om den aktuelle artikkelen er publisert i en autorisert publiseringskanal, dvs. tidsskrift, serie og forlag (Database for statistikk om høgre utdanning 2013). Dette sier kun noe om tidsskriftets validitet. En må videre gå inn og vurdere gyldigheten av den spesifikke artikkelen. Vi har benyttet sjekklister for vurdering av forskningsartikler hentet fra Kunnskapssenterets hjemmesider (Kunnskapssenteret 2008). Sjekklister er brukt som et hjelpemiddel for å vurdere artiklene med tanke på gyldighet og validitet. Resultatet av denne gjennomgangen sier ikke noe om hvorvidt artikkelen er relevant for vår problemstilling, kun om artikkelen er en troverdig kilde.

Et av våre kriterier for å benytte en artikkel, er at den er fagfellevurdert/peer-reviewed. At artiklene gjennomgår en fagfellevurdering, betyr at de blir vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland 2012). Alle artiklene vi har benyttet i vår oppgave er fagfellevurdert. Dette har vi funnet ut ved å søke opp tidsskriftene de er utgitt i på Bibsys Ask. I tillegg har vi gått inn på enkelte av tidsskriftenes hjemmeside og dobbeltsjekket at dette stemmer.

Etter nøye gjennomlesning valgte vi å inkludere åtte artikler i vår oppgave. Vi velger å presentere søkestrategien for sju av artiklene vi har benyttet i form av en tabell. Vi mener dette er den mest oversiktlige måten å vise søkestrategien på.

Database	Kombinasjoner av søkeord (treff per søkeord uten avgrensing)	Avgrensing	Antall treff per kombinasjon	Valgt artikkel
Academic search elite	Nurses educational role (56 treff) and Patient education (16512 treff)	-Ingen	6	Valgt artikkel nr. 4: «Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey» (Avşar og Kaşıkçı 2011).
Cinahl	Education needs (1961 treff) and Diabetes (71483 treff) and Coping (25334 treff)	-År 1999 til 2013 -Abstract available	3	Valgt artikkel nr. 3: «Expanding the enablement framework and testing an evaluative instrument for diabetespatient education» (Stamler, Cole og Patrick 2001).
ERIC	Patient education (4490 treff) and nurs* (15342 treff)	-Title	8	Valgt artikkel nr. 3: «A Study of Professional Nurses' Perceptions of Patient Education» (Marcum mfl. 2008).
Ovid nursing database	Adult (176392 treff) and Patient education (26961 treff) and Chronic disease (105044 treff) and Insulin dependent diabetes mellitus (2484 treff)	-Utgitt i løpet av siste fem år	44	Valgt artikkel nr. 5: «Administration technique and storage of disposable insulin pens reported by patients with diabetes» (Mitchell, Porter og Beatty 2012).
SweMed+	Patient education (2817 treff)	-Tidsskrift: Vård i Norden -Norske artikler	24	Valgt artikkel nr. 19: «Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasienten dette?» (Kloster 1997).
SweMed+	Self care (1169 treff) and Patient education (2817 treff) and Chronic disease (2083 treff)	-Peer reviewed tidsskrifter	15	Valgt artikkel nr. 13: «Egenvård – kapasitet i vardagen ved kronisk sykdom» (Pagels 2004).
SweMed+	Pasientinformasjon (14 treff) and undervisning (1161 treff)	-Ingen	1	Valgt artikkel nr. 1: «Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleiere» (Selmer 1997).

Artikkelen «Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives» (Rubin mfl. 2009) ble ikke funnet gjennom et «vanlig» strukturert søk. Denne fant vi via en referanse i en annen artikkel som ikke var relevant for vår oppgave. Ved å søke opp tidsskriftet som artikkelen var utgitt i på Bibsys Ask, fikk vi tilgang til artikkelen utgitt av Rubin mfl.

I resultatdelen analyserer vi disse åtte artiklene ved hjelp av en litteratormatrise, jf. Bjørk og Solhaugs (2008, s. 71) eksempel. Lerdal (2009, s. 328) sier at «en litteratormatrise kan være et nyttig hjelpemiddel ved lesing av forskningsartikler».

## 4.2 Generell kildekritikk

Kildekritikk innebærer å stille seg kritisk til det kildematerialet man bruker, og til de kriteriene man benytter i utvelgelsen (Dalland 2012). En skal så langt det lar seg gjøre, vurdere hvorvidt teoriene og forskningsresultatene man har funnet, kan brukes til å belyse problemstillingen. Man er avhengig av å kunne overføre funn fra teori og forskningsartikler til sitt eget arbeid (Dalland 2012). Dalland (2012) skriver at gyldighet, holdbarhet og relevans er sentralt når en skal velge ut litteratur. «Kildens kvalitet handler om hvilken type kilde det er, hvor troverdig (gyldig) den er og hvilken ekthet (holdbarhet) den har» (Dalland 2012, s. 74).

I arbeidet med oppgaven har vi lagt vekt på å være kritiske til kildene vi har benyttet – både artikler og annen litteratur. Vår beskrivelse av søkeprosessen viser hvordan vi har vært kritiske i utvelgelsen av vitenskapelige artikler. Vi vil nå si litt om våre refleksjoner omkring de kildene vi har benyttet.

Vi har fortrinnsvis benyttet bøker av nyere dato. Vi har imidlertid brukt enkelte eldre bøker, for eksempel da vi beskrev teoriene til Orem og Vygotsky. Teoriene er utarbeidet for lenge siden, men vi anser allikevel disse kildene som holdbare. Dette fordi nyere litteratur også omhandler disse teoriene. Noen av artiklene vi har benyttet i oppgaven, er skrevet for mer enn ti år siden. Vi anser disse artiklene som relevante, og at artiklenes innhold fremdeles er gyldig. Flere av funnene fra artiklene stemmer overens med funn i nyere litteratur.

En primærkilde er ifølge Bjørk og Solhaug (2008) en førstehåndskilde, selve «originalen». Både artikler som er publisert i tidsskrifter og upublisert materiale som for eksempel masteroppgaver kan være primærkilder (Bjørk og Solhaug 2008). Videre skriver Bjørk og Solhaug (2008) at også bøker kan være primærkilder, og kan være egnet når man søker etter kunnskap som er av mer «stabil» karakter. Bjørk og Solhaug (2008, s. 44) skriver at «en sekundærkilde er en andrehåndskilde der materialet fra primærkilden er bearbeidet». Bøker, kliniske retningslinjer og ulike typer oversikter (reviews) kan være sekundærkilder. Ifølge Bjørk og Solhaug (2008) blir det en sekundærkilde når man ikke støtter seg på originalen, men på en annen forfatters fremstilling.

Alle de vitenskapelige artiklene vi anvender i vår oppgave er primærartikler. Vi har lest om Orem's sykepleieteori i sekundærkilder, for eksempel i boken «Grunnleggende Sykepleie»

(Kristoffersen 2005b). I tillegg til å benytte sekundærkilden valgte vi å gå tilbake til primærkilden – boken «Nursing: Concepts of Practice» skrevet av Orem selv. Vi har også gått tilbake til oversettelsen av Vygotskys originaltekst «Psykologien og læreren». Ettersom Vygotsky skrev på russisk, har det vært nødvendig å gå tilbake til en oversettelse av hans tekst.

En fordel med å gå tilbake til primærkilden, er at den ikke inneholder en annen forfatters tolkning. Det er allikevel viktig å være oppmerksom på at vi som lesere tolker primærkilden. Det er også en fare for at vår tolkning av primærkilden er influert av vår tidligere tolkning av en sekundærkilde, da lesing av sekundærkilder ofte er grunnlaget for fordypning i primærkilder. Det kan være vanskelig å forholde seg nøytral til primærkilden etter å ha lest en sekundærkilde. I bearbeidingen av primærkildene er det vi som lesere som oversetter, i vårt tilfelle fra engelsk og svensk. Forfattere av sekundærkilder har også oversatt primærkilder. Man må ta hensyn til at den som oversetter teksten også foretar en tolkning. Dessuten må man være oppmerksom på risikoen for å misforstå det man leser. Forståelsen av det man leser kan variere fra et menneske til et annet, ut fra perspektiv og forforståelse. Det er også vi som lesere som har gjort et utvalg av det vi mener er relevant for vår oppgave. Vårt valg av litteratur kan få innvirkning på oppgavens innhold.



## 5.0 Resultater

Det åttende trinnet i Polit og Becks (2010) modell er «analyze, integrate information, search for themes». I denne delen av oppgaven følger analysen av de vitenskapelige artiklene vi benytter i vår oppgave. Som tidligere nevnt blir analysen presentert ved hjelp av en litteratormatrise. Deretter blir resultatene presentert i løpende tekst. Dette samsvarer etter vår oppfatning med trinn ni i Polit og Becks (2010) modell: «prepare synthesis/critical summary». Resultatene vil bli presentert med utgangspunkt i kategoriene i den didaktiske relasjonsmodellen.

## 5.1 Litteratormatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Avşar, G. og M. Kaşıkçı (2011). Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. I: <i>International Journal of Nursing Practice</i> 17, s. 67–71.	Evaluere pasientopplæringen gjort av sykepleiere ved sykehusklinikker.	Utført våren 2006, på tre ulike sykehus. 176 sykepleiere deltok. De svarte på et spørreskjema med 34 spørsmål. Spørreundersøkelsen var delt i to. Den første delen besto av ni spørsmål omkring beskrivende karakteristikk av sykepleiere. Den andre delen besto av 25 spørsmål om pasientopplæring.	Flertallet av sykepleierne bestemte ikke tid og sted for pasientundervisningen. Pasientens utdanning ble ikke registrert og heller ikke tatt stilling til. Sykepleierne brukte ingen spesielle evalueringsverktøy for å evaluere pasientopplæringen. Kliniske sykepleiere var oppmerksom på å justere nivået på undervisningen ut fra alder og pasientens ståsted. Datainnsamling fra pasientens familie og slektninger var ikke tilfredsstillende.	Gjennomført i Tyrkia. De har et annet utdanningsopplegg for sykepleiere enn i Norge. Studien skiller mellom generelle sykepleiere og kliniske sykepleiere. Studien tar ikke for seg undervisning ift. en bestemt diagnose, men ser generelt på hvordan undervisningen blir gjennomført.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Kloster, T. (1997). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? I: <i>Vård i Norden</i> 17 (3), s. 14–20.	Å beskrive sykepleierens ivaretagelse av sin pedagogiske funksjon i en sykehusavdeling.	Det ble benyttet deltagende, åpen observasjon og halvstrukturert intervju av sykepleiere og pasienter. Et strategisk utvalg av sykepleiere og pasienter ble gjennomført. Utvalgsriterier for pasientene var kjønn, alder og at både elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter skulle inkluderes. 8 pasienter deltok. 16 andre pasienter ble generelle informanter. Aldersspredningen var fra 20 til 85 år. 7 sykepleiere deltok.	Sykepleiere brukte flere ganger daglig ulike pedagogiske tilnærminger. Sykepleierne betegnet ikke alltid dette som pasientundervisning, men som sykepleie generelt. Sykepleierne ivaretok sin pedagogiske funksjon i varierende grad. Både pasientene og sykepleierne klagde over dårlig tid. Dokumentasjonen på gitt undervisning var mangelfull.	Studien er gjennomført på en ortopedisk post. Tar ikke for seg diabetespasienter. Studien er utført av én person – noe som gjør at den kan være preget av hennes synspunkter. Få deltakere, 7 sykepleiere og 8 pasienter inkludert. Studien er gammel, artikkelen ble utgitt for 16 år siden. Tar for seg gammelt lovverk.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Stamler, L. L., M. M. Cole og L. J. Patrick (2001) Expanding the enablement framework and testing an evaluative instrument for diabetes patient education. I: <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 35(3), s. 365–372.	Utforske rammeverket for pasientopplæring, ved å undersøke oppfatninger av opplæring av personer med diabetes.	Datainnsamling av voksne som gjennomgikk diabetesundervisning. Deltakerne ble delt i to grupper, med til sammen 30 deltakere. 22 deltakere var kvinner, og 11 av deltakerne var insulinavhengige. Halvparten av deltakerne gjennomførte et lyd-tapet semi-strukturert intervju, både før, under og etter undervisningen.	Vektlegger gruppestøtte. Gruppesammensetningen bør deles inn etter likheter hos deltakerne. Flertallet av pasientene som deltar i pasientopplæring har felles ønsker og mål. Dersom man vektlegger dette i planlegging og gjennomføring av undervisning, kan det resultere i at deltakerne får den informasjonen de trenger.	Få deltakere . Tar for seg to forskjellige problemstillinger. Legger ikke vekt på hvilken diabetestype pasientene har. Artikkelen er 12 år gammel.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Pagels, A. A. (2004) Egenvård – kapasitet i vardagen ved kronisk sykdom. I: <i>Vård i Norden</i> 24 (3), s. 10–14.	Beskrive oppfatninger av egenomsorg hos personer med kronisk sykdom.	Semi-strukturerte intervjuer. Fokuserer på kronisk nyresyke, der fem pasienter fra en nyremedisinsk klinikk deltok. Menn og kvinner skulle delta i undersøkelsen, alderen skulle variere, det samme skulle egenomsorgsgrad og behandlingsformer. Tre menn og to kvinner i alderen 37–74 år ble inkludert. Alle hadde hatt en kronisk nyresykdom i minst fem år.	Ved å være engasjert i og ta ansvar for sin egen behandling, kan pasienten øke sin livskvalitet. Egenomsorgsevnen kan påvirke helseopplevelsen. Det er viktig at egenomsorgens utforming relateres til hverdagslivet og de individuelle forutsetningene pasientene har. En person kan ha en god egenomsorgsevne, men av ulike grunner likevel ikke ta ansvar for egen behandling.	Tar for seg pasientgruppen kronisk nyresyke, vi konsentrerer oss om diabetespasienten. Få deltakere.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Selmer, Å. W. (1997). Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. I: <i>Vård i Norden</i> 18 (1), s. 11–17.	Beskrive hvilken nytte pasienten har av tilgjengelig informasjon.	12 pasienter fra medisinsk og kirurgisk avdeling ble intervjuet. Utvelgelseskriteriene var alder, kjønn og gjennomsnittlig liggetid på sykehuset. Informantene skulle være kompetente, dvs. orientert for tid og sted, samt være i stand til å kommunisere verbalt. 7 kvinner og 5 menn deltok, i alderen 28–90 år. Intervjuene ble foretatt hjemme hos informantene, ca. en uke etter utskrivning fra sykehuset. Spørsmålene var åpne.	Informantene hadde ulike erfaringer med tanke på informasjonen de fikk på sykehuset. Eksempler på dette er: forstår ikke hva som blir sagt, får ikke informasjon, kjenner ikke egne rettigheter, informasjonen var irrelevant. Måten informasjon blir gitt på og i hvilken kontekst, har betydning for felles forståelse mellom pasient og helsearbeider. Rutiner for informasjon om pasientrettigheter må kvalitetsforbedres.	Artikkelen er 16 år gammel. Vi ser likevel på den som relevant da vi kan knytte den opp mot nyere litteratur. Få deltakere.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Rubin R. R. mfl. (2009): «Barriers to Insulin Injection Therapy: Patient and Health Care Provider Perspectives» I: <i>The Diabetes Educator</i> 35 (6): s. 1014–22	Sammenligne pasientenes oppfatninger av injeksjonsrelaterte problemer med det medisinske personellets oppfatning av disse problemene.	Data ble samlet inn via to internettundersøkelser. Den ene undersøkelsen rettet seg mot amerikanske voksne som selv hadde oppgitt at de benyttet insulin i sin diabetesbehandling. Den andre rettet seg mot helsepersonell som behandler diabetespasienter som setter insulininjeksjoner. 500 pasienter, 100 fastleger, 100 endokrinologer og 100 helsepersonell med ansvar for diabetesundervisning deltok. Intervjuene foregikk sommeren 2008.	Tar for seg belastninger i forbindelse med insulininjeksjoner og hvilken innvirkning injeksjonene har på pasientens livskvalitet. Diskuterer hvilken betydning injeksjonene har på etterlevelse av behandlingen. Tar for seg hvilken interesse og kunnskap som finnes omkring hjelpemidler for å redusere belastningen i forbindelse med insulininjeksjoner.	Undersøkelsen er gjennomført på pasienter og helsepersonell uten forbindelse med hverandre. Pasientene responderte ikke på «sitt eget» helsepersonell, og omvendt. Respondentene hadde derfor ikke det samme utgangspunktet for undersøkelsen.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Mitchell, V. D., K. Porter og S. J. Beatty (2012) Administration technique and storage of disposable insulin pens reported by patients with diabetes. I: <i>The Diabetes Educator</i> , 38 (5), s. 651–658.	Evaluere injeksjonsteknikk, bruk og oppbevaring av insulinpenn hos diabetespasienter som bruker insulinpenn. Sammenligne korrekt bruk av insulinpenn med blant annet grunnopplæring gitt i injeksjonsteknikk og varighet av insulinbehandling.	34 menn og 33 kvinner deltok. Deltakerne var over 18 år og hadde brukt insulinpenn i minst fire uker. Data ble innhentet gjennom muntlig utspørring (etter skjema) utført av to farmasøyter. For hver pasient ble det utarbeidet en skåre som sa noe om korrekt bruk av insulinpennen basert på anbefalinger fra produsenten av den pennen pasienten brukte. Blant de 67 deltakerne var det til sammen 94 insulinpenn i bruk. Studien ble utført fra januar til juni i 2010.	75 % av pennene ble ikke administrert og oppbevart som anbefalt. Over 90 % av pasientene svarte imidlertid at de benyttet insulinpennene korrekt. Pasientene som skåret høyest på korrekt bruk, var pasienter som hadde fått grunnopplæring i bruk av insulinpenn av sykepleier eller farmasøyt. Viste en trend som tyder på at jo lenger man bruker insulin, jo mindre korrekt blir bruken. Peker på hvor viktig det er at pasienter bruker pennen korrekt.	Kun gjennomført ved muntlig utspørring (etter skjema), pasientenes insulinteknikk ble ikke praktisk testet.

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentarer
Marcum, J. mfl. (2002). A Study of Professional Nurses' Perceptions of Patient Education. I: <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i> 33 (3), s. 112–118.	Undersøke sykepleieres oppfatning av pasientundervisning og fastslå hvilke faktorer som hemmer og fremmer undervisningsprosessen.	Et spørreskjema ble sendt ut til 800 sykepleiere. 219 responderte, og 124 av skjemaene ble inkludert. Spørsmålene dreide seg om sykepleieres holdning med tanke på problemer i forbindelse med pasientundervisning, samt noen demografiske spørsmål.	De fleste sykepleierne sa at de prioriterte pasientundervisning. Tid, bemanning og pasientens mottakelighet hemmet pasientundervisningen. Mer tid til å drive pasientundervisning, utvikling av informasjonsbrosjyrer og å gjøre ressurser mer tilgjengelig var de viktigste faktorene for å fremme pasientundervisning. Mange av sykepleierne sa at de utførte mer uformell enn formell undervisning.	Studien er over ti år gammel, men den viser allikevel flere resultater som stemmer overens med andre kilder vi benytter i oppgaven. Studien er utført i USA. Sykepleierutdanningen der er forskjellig fra den i Norge.

## **5.2 Gjennomgang av resultater**

Som tidligere nevnt, tar vi nå utgangspunkt i Polit og Becks (2010) niende trinn. Vi benytter den didaktiske relasjonsmodellen i vår gjennomgang av resultatene fra de vitenskapelige artiklene.

### **5.2.1 Deltakerforutsetninger**

Pagels (2004) henviser til Gedda som påpeker at man i den pedagogiske situasjonen må møte mennesket der det er og la personen selv få definere sitt problem. Kloster (1997) nevner flere elementer som har innvirkning på pasientens læring, for eksempel livserfaring, alder, språk og motivasjon. Hun nevner videre at smerter, angst og krisereaksjoner kan redusere pasientens mottakelighet. Dessuten kan noen pasienter mangle overskudd til å stille spørsmål (Kloster 1997). Ifølge Selmer (1997) kan det å bli innlagt på sykehus være en belastning. Marcum mfl. (2002) fant i sin undersøkelse ut at det at pasienter ikke er mottakelige, var den tredje hyppigste årsaken til at det ikke ble utført pasientundervisning. Avşar og Kaşıkçı (2011) fant i sin undersøkelse ut at sykepleierne tok hensyn til pasient og alder i sin undervisning. Kloster (1997) sier at sykepleierne i hennes undersøkelse understreker viktigheten av å ta utgangspunkt i hver enkelt pasient og vedkommendes situasjon, men det viste seg likevel at sykepleierne ikke spurte om hvordan pasientene opplevde situasjonen på sykehuset.

Mitchell, Porter og Beatty (2012) sier at det er tydelig tendens til at jo lenger man har hatt diabetes, jo dårligere blir etterlevelsen i forhold til injeksjonsteknikk. Rubin mfl. (2009) sier at enkelte pasienter unnlater å ta injeksjoner og at pasienter ville tatt insulininjeksjonene jevnlig dersom det fantes produkter som kunne minske injeksjonsrelaterte smerter.

Avşar og Kaşıkçı (2011) sier at innhenting av data er en stor del av pasientundervisningen, men at mer enn halvparten av sykepleierne i undersøkelsen ikke innhentet tilstrekkelige data fra pasientenes familiemedlemmer.

### **5.2.2 Rammefaktorer**

Kloster (1997) sier at undervisningen sjelden er planlagt, og at det meste av undervisningen skjer på pasientens rom eller ute i korridoren. Videre sier hun at tidspunkt for undervisningen avhenger av hvor travelt det er i avdelingen (Kloster 1997). Kloster (1997) mener at dersom undervisningen skjer i rolige omgivelser der sykepleieren har pasienten i fokus, vil sjansen

være større for at pasienten forstår informasjonen og stiller spørsmål. Avşar og Kaşıkçı (2011) fant i sin undersøkelse ut at over 80 % av sykepleierne ikke fastsatte tid og sted for pasientundervisningen.

Selmer (1997) sier i sin undersøkelse at hun fikk inntrykk av at sykepleierne på avdelingen hadde det travelt og at pasientene var redde for å forstyrre dem. Kloster (1997) påpeker at pasientene raskt oppdaget at enkelte sykepleiere ga uttrykk for at de hadde det travelt, og pasientene unnlot derfor å stille spørsmål. Ifølge Marcum mfl. (2002) er blant annet tid og bemanning faktorer som hemmer pasientundervisning. Kloster (1997) fant ut at enkelte pasienter vegret seg for å stille spørsmål fordi andre pasienter hele tiden kunne følge med på det som ble sagt.

Kloster (1997, s. 18) sier at «For at sykepleierne kan være gode undervisere, må de ha kunnskap både om det de skal undervise i, samt ha pedagogisk kunnskap.»

Selmer (1997) tar i sin undersøkelse for seg skriftlig informasjon. Hun viser til en informasjonsbrosjyre som ble lagt i pasientenes nattbordskuff. Pasientene visste ikke at brosjyren var tilgjengelig for dem, og de ble heller ikke oppfordret til å lese den. Brosjyren blir ofte ikke lest, innholdet er for vanskelig å forstå, og innholdet blir ofte glemt (Selmer 1997). Skriftlig materiell er til god hjelp, men kan aldri erstatte den muntlige samtalen (Kloster 1997).

### **5.2.3 Mål**

Flere undersøkelser viser at undervisningen sjelden er planlagt. Den kombineres ofte med andre sykepleieoppgaver, for eksempel stell (Kloster 1997, Selmer 1997). Ifølge Selmer (1997) er dette situasjoner hvor pasientene sjelden tenker på at de får informasjon. Selmer (1997, s. 15) sier at «skal informasjonen oppfattes som målrettet og til nytte for pasienten, må det klarlegges at dette er en informasjonssituasjon. Pasienten må vite hvorfor informasjonen blir gitt, og at den blir gitt nå og konteksten er avgjørende for resultatet.» Marcum mfl. (2002) skriver i sin artikkel at 75 % av sykepleierne oppga at undervisningen som blir gitt er mer uformell enn formell. Videre henviser Selmer (1997) til Karlsen som sier at målene ofte ikke blir klart presisert og at pasientene derfor ikke oppfatter informasjonen. Selmer (1997) skriver

videre at pasientene ikke forventer å få faglig informasjon fra sykepleierne. Dette skulle komme fra legen, og sykepleierne ble oppfattet som «legens forlengede arm».

I sin undersøkelse kom Selmer (1997) frem til at målene for undervisningen relateres til pasientene, men ikke til deres individuelle læringsbehov. «Sykepleiere som er engasjerte i sitt arbeide vil hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv» (Selmer 1997, s. 13). Pagels (2004) sier at erfaring og kunnskaper gir trygghet. Man våger å være fleksibel, improvisere og anvende kunnskap i nye situasjoner (Pagels 2004).

#### **5.2.4 Innhold**

Ifølge Kloster (1997) ønsker pasientene å få vite noe om det de kommer til å kjenne på egen kropp i forbindelse med pleie og behandling, såkalt sensorisk informasjon. Denne typen informasjon ble kun gitt i forbindelse med medikamenter (Kloster 1997). Hovedinnholdet i undervisningen bestod av faktainformasjon – informasjon om det som skal skje, rutiner i avdelingen, hva slags medikasjon man får og lignende (Kloster 1997). Rubin mfl. (2009) sier at helsepersonellet i deres undersøkelse hadde god kunnskap om produkter som kan redusere injeksjonsrelaterte smerter, men at denne informasjonen ikke ble videreformidlet til pasientene.

Stamler, Cole og Patrick (2001) har gjennomført en undersøkelse blant pasienter som deltok i et undervisningsopplegg om diabetes. Undersøkelsen viste at de fleste deltok i undervisningen fordi de ønsket informasjon og økt kunnskap om sykdommen (Stamler, Cole og Patrick 2001).

Flere undersøkelser viser at pasienter som har hatt diabetes i mange år, også har behov for undervisning, da gjerne i form av oppfriskning av kunnskap (Stamler, Cole og Patrick 2001, Mitchell, Porter og Beatty 2012). Mitchell, Porter og Beatty (2012) sier videre at pasienter må få opplæring av helsepersonell ved bytte av injeksjonsutstyr. I Mitchell, Porter og Beattys (2012) undersøkelse svarte 92 % av pasientene at de mente de brukte insulinpennen på en korrekt måte. Undersøkelsen viste imidlertid at 75 % av pennene ikke ble brukt korrekt.



### **5.2.5 Arbeidsmåter**

Kloster (1997) skriver i sin artikkel at undervisningen på posten hvor undersøkelsen ble gjennomført, foregikk individuelt. Stampler, Cole og Patrick (2001) trekker i sin artikkel frem fordelene av gruppestøtte. Selmer (1997) viser til Album, som har observert pasienter under visitt på sykehuset. Han beskriver aktiviteten pasienter imellom etter at helsepersonellet hadde forlatt rommet. «Pasientene hjalp hverandre med å forstå og diskuterte hva legene mente med det de sa om dem» (Selmer 1997, s. 15). Album refererer til pasientene som «de ubetalte helsearbeiderne» – pasientene er en ressurs for hverandre (Selmer 1997).

Kloster (1997) erfarte i sin feltstudie at det på avdelingen fantes skriftlig informasjon om ulike skader og behandlinger. I tillegg fantes det en video om hofteprotese. Sykepleierne glemmer imidlertid av og til å tilby dette til pasientene (Kloster 1997). Selmer (1997, s. 16) viser til Ley, som sier at «skriftlig informasjon uten samtidig å orientere muntlig, har liten verdi».

Ifølge Selmer (1997) underviste og veiledet sykepleierne samtidig som de utførte andre oppgaver. I denne sammenheng pratet de med pasientene, instruerte og forklarte hva de gjorde. Innholdet i samtalen var ofte tilfeldig, med utgangspunkt i det som skjedde i situasjonen (Selmer 1997).

### **5.2.6 Vurdering**

Avşar og Kaşıkçı (2011) fant i sin undersøkelse ut at nesten 99 % av sykepleierne unnlot å dokumentere undervisningen. Kloster (1997) sier i sin undersøkelse at sykepleierne sjelden dokumenterer undervisning, og at dette skyldes tidspress. Kloster (1997) mener det er viktig å dokumentere hva det er undervist om og eventuelt hva som ikke er forstått, slik at andre kan repetere informasjonen på nye måter senere.

Sykepleierne i Klosters (1997, s. 17) undersøkelse hevdet at de «kunne se på pasienten om de hadde forstått budskapet eller ikke». Videre sier Kloster (1997) at sykepleierne sjelden stilte kontrollspørsmål for å forsikre seg om at informasjonen var forstått. Hun stiller spørsmålet om hvordan sykepleierne kan dokumentere at pasientundervisning er gitt uten at dette tar for mye tid. Hun foreslår et dokumentasjonsskjema der man kan krysse av for det som er gjort.

Kloster (1997) sier også at dette skjemaet bør inneholde en rubrikk som sier om informasjonen er forstått eller om den må gjentas.

Kloster (1997, s. 14) sier at «undervisningen danner grunnlag for læring, men undervisning er ikke det samme som læring». Hun påpeker at sykepleier kan legge forholdene til rette for læring, men det er hos individet læringen skjer.

## **6.0 Drøfting**

Vi vil nå drøfte resultatene fra analysen av artiklene i forhold til teoretisk perspektiv og annen relevant forskning. I tillegg trekkes personlige erfaringer inn. I likhet med resultatdelen er den didaktiske relasjonsmodellen utgangspunktet for oppsettet i denne delen av drøftingen. Videre drøfter vi resultatenes betydning for sykepleie, samt behovet for videre arbeid. Til slutt i drøftingen tar vi for oss forskningsetikk og øvrige metodiske overveielser.

Videre i oppgaven vil vi referere til «pasienten». Med dette mener vi pasient med insulinavhengig diabetes.

### **6.1 Drøfting av resultat**

Som nevnt tidligere, er den didaktiske relasjonsmodellen en helhetsmodell hvor alle kategoriene må ses i sammenheng. Kategoriene påvirker hverandre, og enkelte ganger kan det være vanskelig å skille innholdet i kategoriene fra hverandre. Vi har avgrenset oppgaven ved å trekke ut enkelte elementer innenfor de seks kategoriene. Vi velger å gå i dybden på de elementene vi mener er relevante for vår problemstilling.

#### **6.1.1 Deltakerforutsetninger**

For at læring skal finne sted, mener vi at det er viktig å ta hensyn til pasientens deltakerforutsetninger. Flere av artiklene vektlegger betydningen av å tilrettelegge undervisningen med utgangspunkt i den enkelte pasient (Pagels 2004, Kloster 1997, Avşar og Kaşıkçı 2011). Pasientens livserfaring, alder, språk og motivasjon er elementer som har innvirkning på pasientens læring (Kloster 1997). Teoretikerne vi har referert til tidligere i oppgaven sier også noe om individuell tilpasning. Kierkegaard påpeker i sin utlegning om hjelpekunst viktigheten av at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens ståsted og begynner der (Kristoffersen 2005a).

Innhenting av data fra pasientens familie kan etter vår oppfatning være en viktig del av det å få oversikt over pasientens forutsetninger i forbindelse med injeksjonsteknikk. Vår erfaring er at pårørende kan gi sykepleier informasjon som har betydning for pasientundervisningen som gis. Pårørende kan bidra med mye informasjon som pasienten kanskje ikke informerer sykepleier om, for eksempel nedsatt hørsel og syn eller smerter. Forskning viser imidlertid at

mange sykepleiere ikke innhenter tilstrekkelige data fra pasientens familiemedlemmer (Avşar og Kaşıkçı 2011).

Vi har tatt utgangspunkt i pasienter som er innlagt på sykehus med en annen innleggelsesårsak enn sin diabetes. Selmer (1997) sier at det å bli innlagt på sykehus kan være en belastning. Smerter, angst og krisereaksjoner kan redusere pasientens mottakelighet (Kloster 1997). Forskning viser at pasientundervisning ofte ikke blir gjennomført på grunn av redusert mottakelighet (Marcum mfl. 2002). En del pasienter har heller ikke overskudd til å stille spørsmål (Kloster 1997). Vi mener at sykepleier må ta hensyn til den situasjonen pasienten er i på sykehuset. Pasientens motivasjon og mottakelighet for å bli undervist i injeksjonsteknikk er av avgjørende betydning. En pasient med diabetes som er innlagt på grunn av en annen alvorlig sykdom, vil kanskje ikke i første rekke være opptatt av sin diabetes og injeksjonsteknikk. I slike tilfeller vil det kanskje være aktuelt å tilpasse mengden pasientundervisning som gis, kanskje må undervisningen repeteres flere ganger. Noen ganger kan det kanskje være aktuelt å avvente pasientundervisningen. Det er viktig at sykepleieren legger opp undervisningen med utgangspunkt i at diabetes er en kronisk sykdom. Vi mener at pasientundervisningen til diabetespasienten vil være mer omfattende enn om pasienten for eksempel skal lære å injisere Fragmin, som skal settes over en kortere periode.

Orem nevner betydningen av å tilpasse undervisningen til den enkelte. Sykepleieren må ta pasientens egenomsorgsbehov i betraktning slik at pasientundervisningen kan føre til økt kunnskap. Som nevnt i bakgrunnsdelen, benytter Orem begrepet egenomsorgskapasitet. Vi mener at dette begrepet kan knyttes til pasientundervisning. Dette fordi det innebærer at vi som sykepleiere må kartlegge pasientens egenomsorgskapasitet. Hva klarer pasienten selv, og hva må han ha hjelp til? I vårt tilfelle blir det viktig å kartlegge hvilken kapasitet pasienten har med tanke på injeksjonsteknikk. Det pasienten kan og det han ikke kan, er en del av pasientens forutsetning. Dette legger grunnlaget for hva pasientundervisningen bør omfatte.

For å tilpasse undervisningen til den enkelte pasient, bør sykepleier blant annet kartlegge pasientens opplevelse av å sette insulin. Rubin mfl. (2009) sier at pasienter oppgir smerte som et problem i forbindelse med insulininjeksjoner. Funnene viser videre at enkelte pasienter unnlater å ta injeksjoner, og at disse ville ha tatt injeksjonene jevnlig dersom de hadde tilgang til et produkt som ga færre injeksjonsrelaterte smerter (Rubin mfl. 2009). Vi mener at det er viktig at sykepleier kartlegger om pasienten opplever smerter i forbindelse med

insulininjeksjoner. Dersom pasienten unnlater å ta injeksjoner på grunn av smerter, vil det kunne føre til en dårlig regulert diabetes. Noen av disse pasientene vil kanskje forsøke å skjule at de unnlater å sette injeksjoner, og oppsøker derfor bevisst ikke pasientundervisningssituasjoner. På den annen side vil kanskje enkelte pasienter oppsøke informasjon da muligheten for å bli kvitt de injeksjonsrelaterte smertene er motiverende.

I bakgrunnsdelen ble Vygotskys teori om den proksimale utviklingszone beskrevet. En viktig sykepleieoppgave i forbindelse med pasientundervisning blir i denne sammenheng å kartlegge hva pasienten kan klare alene og hva vedkommende kan klare i samarbeid med andre. I pasientundervisning av en diabetespasient kan det derfor bli aktuelt å observere pasientens injeksjonsteknikk. Dette vil gi sykepleieren et bilde av pasientens forutsetning for videre læring. Vi har erfart at sykepleiere i noen tilfeller kan anta at pasienter som har hatt diabetes i lang tid, har en korrekt injeksjonsteknikk. Mitchell, Porter og Beatty (2012) påpeker imidlertid en trend som tyder på at jo lenger man har hatt diabetes, jo dårligere blir etterlevelsen. Dette stemmer overens med det Mosand og Stubberud (2010) sier om behov for opplæring av pasienter som har hatt diabetes i lang tid. Etter vår mening er det derfor viktig at sykepleier observerer injeksjonsteknikk i tilfeller hvor man møter pasienter med dårlig regulert diabetes.

Som nevnt i bakgrunnsdelen, sier pasient- og brukerrettighetsloven (2012) at informasjon som gis skal være tilpasset pasientens forutsetninger. Å ta hensyn til pasientens forutsetninger er dermed ikke noe vi som sykepleiere kan velge bort. Dette er en rettighet pasienten har, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (2012).

### **6.1.2 Rammefaktorer**

Rammefaktorer som tid, sted, læremidler og sykepleierens kunnskaper har innvirkning på pasientundervisningen. Som sykepleierstudenter har vi erfart at tid ofte er en knapp ressurs. Forskning viser at mangel på tid ofte fører til at pasientundervisning blir nedprioritert til fordel for andre sykepleieoppgaver (Marcum mfl. 2002). Vi mener det er viktig at sykepleieren i den tiden som er til rådighet, tydelig signaliserer at pasienten er i sentrum for oppmerksomheten. Under observasjon av pasientens insulininjeksjon, som nevnt under punkt 6.1.1 mener vi at det er flere elementer som kan vise at sykepleier har pasienten i sentrum. Det kan være å sette seg ned hos pasienten, legge bort det man har i hendene og avtale med

kollegaene at man er opptatt hos en pasient. Dette vil etter vår oppfatning føre til at sykepleieren bruker den tiden som er til rådighet på en effektiv måte. Slik øker sannsynligheten for at pasienten forstår informasjonen og stiller spørsmål (Kloster 1997). Det vil kanskje også kunne bidra til å redusere pasientens frykt for å forstyrre sykepleieren, som Kloster (1997) og Selmer (1997) nevner som problemer i sine undersøkelser.

Avşar og Kaşıkçı (2011) sier at 80 % av sykepleierne i deres undersøkelse ikke fastsatte tid og sted for undervisningen. Kloster (1997) påpeker at det meste av undervisningen skjer på pasientens rom eller ute i korridoren. I løpet av våre praksisperioder har vi erfart at pasienter ofte ligger på flermannsstuer. Noen ganger blir pasienter plassert i korridoren i påvente av plass på et rom. Vi mener dette kan ha innvirkning på pasientens læringsutbytte. På en flermannsstue eller i korridoren er man lite skjermet, og andre mennesker kan forstyrre pasientundervisningen. Kloster (1997) påpeker at enkelte pasienter i hennes undersøkelse unnlot å stille spørsmål fordi de var bekymret for at andre kunne høre det som ble sagt. Når sykepleiere skal drive pasientundervisning til diabetespasienten, er det derfor viktig å utnytte de mulighetene som finnes med tanke på å skjerme pasientene. Kloster (1997) påpeker også fordelene ved å undervise i rolige omgivelser. I forbindelse med for eksempel observasjon av pasientens insulininjeksjon, vil det være nødvendig at pasienten blottlegger deler av kroppen. Vår erfaring tilsier at enkelte pasienter vegrer seg for å gjøre dette. Dersom det finnes et egnet rom hvor man kan sitte uforstyrret, vil det etter vår mening være gunstig for pasientundervisningen som gis.

Vi har selv erfart hvor viktig det er å ha kunnskap om det man skal undervise pasienten i. Vi har kjent på ubehaget ved ikke å ha tilstrekkelig kunnskap i en pasientundervisningssituasjon, og i slike situasjoner er det stor sannsynlighet for at pasienten ikke får utbytte av pasientundervisningen. Kloster (1997) sier at sykepleiere må ha kunnskap både om det de skal undervise i og om pedagogikk for å være gode undervisere. Dette stemmer overens med det vi har skrevet i punkt 3.1.4 om Vygotskijs (2006) syn på læreren. Granum og Halse (2010) sier at flere studier viser at sykepleiere har begrensede kunnskaper om undervisningsstrategier. I møtet med diabetespasienten mener vi at det er essensielt at sykepleieren har oppdaterte kunnskaper om diabetes og behandlingen av denne. Vi mener også at kunnskap om den didaktiske relasjonsmodellen vil være nyttig for sykepleieren og dermed også nyttig for pasientens læringsutbytte.

Den siste rammefaktoren vi vil ta for oss i drøftingen, er læremateriell. I mange tilfeller vil det være aktuelt å gi pasienten skriftlig informasjonsmaterieil, for eksempel om komplikasjoner ved insulinbehandling. Selmer (1997) viser i sin studie til en informasjonsbrosjyre som ble lagt i pasientens nattbordskuff. Pasientene visste ikke at den lå der, og ble heller ikke oppfordret til å lese den. Innholdet var for vanskelig å forstå og ble ofte glemt (Selmer 1997). Dersom sykepleier skal benytte skriftlig materieil i pasientundervisning av diabetespasient, mener vi derfor at det er viktig at dette blir gjennomgått sammen med pasienten. Da kan pasienten stille spørsmål, og eventuelle misforståelser kan oppklares. Sykepleier vil da være sikker på at pasienten er innforstått med at det finnes skriftlig informasjon om diabetesbehandling. En vesentlig fordel med skriftlig materieil er at pasienten kan ta det frem ved en senere anledning og repetere innholdet. Ifølge Kloster (1997) er skriftlig materieil til god hjelp, men det kan aldri erstatte den muntlige samtalen.

Vår erfaring er at det kan finnes store mengder lærematerieil på avdelinger, men at dette blir lite brukt. Kloster (1997) påpeker også dette i sin artikkel. Hun viser til at skriftlig materieil og videoer ikke ble benyttet på avdelingen hvor hennes studie ble gjennomført.

### **6.1.3 Mål**

Hiim og Hippe (1998a, s. 51) sier at «alt pedagogisk arbeid er rettet mot et mål». Med dette forstår vi at all pasientundervisning må være målrettet. Selmer (1997) henviser til Karlsen, som sier at pasientene i hennes studie ikke oppfattet informasjonen fordi målene sjelden var klart presisert. Selmers (1997) undersøkelse viste at målene for undervisningen blir relatert til pasientene. Imidlertid blir det ikke tatt hensyn til de individuelle læringsbehovene. Vi mener at Vygotskys teori om den proksimale utviklingszone er relevant i denne sammenheng. Som sykepleier i møte med diabetespasienten må målene ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger, slik vi tidligere har beskrevet. Slik Vygotsky påpeker, må målene legges på et noe høyere nivå enn pasienten allerede mestrer. Da må pasienten strekke seg for å nå målet (Imsen 1998). Vi har erfart at enkelte pasienter, selv om de kan klargjøre utstyret og trekke opp riktig insulindose, av en eller annen grunn vegrer seg for å sette insulininjeksjonen selv. I slike tilfeller kan en aktuell målsetting være at pasienten setter injeksjonen selv. Sykepleier kan begynne med å demonstrere injeksjonen. Deretter kan pasienten sette injeksjonen mens sykepleier observerer. I neste omgang kan det være aktuelt at pasienten setter injeksjonen mens sykepleier er i nærheten. På denne måten vil veien mot målet gjøre at pasienten hele

tiden har noe å strekke seg etter. Samtidig vil det endelige målet være innen rekkevidde uten å virke uoverkommelig.

Vi har erfart at det finnes store mengder undervisningsmaterieell til ulike pasientgrupper, for eksempel diabetespasienter. Dette materialet er ofte beregnet på «den gjennomsnittlige» diabetespasienten, og det blir sykepleierens oppgave å tilpasse bruken av disse hjelpemidlene etter pasientens individuelle forutsetninger.

Som tidligere nevnt, kombineres undervisning ofte med at sykepleier utfører andre gjøremål (Kloster 1997, Selmer 1997, Marcum mfl. 2002). Denne undervisningen er sjelden planlagt, og innholdet tar ofte utgangspunkt i det som skjer i situasjonen (Selmer 1997). Det viser seg imidlertid at pasienter ikke oppfatter slike situasjoner som undervisningssituasjoner (Selmer 1997). Fagermoen (2002) sier at pasienter sjelden oppgir sykepleier som kilde til informasjon. Etter vår erfaring er det ofte naturlig å drive pasientundervisning i forbindelse med stell. Dersom sykepleier for eksempel observerer at diabetespasienten har mange blåmerker på abdomen, vil det være naturlig å gi pasienten informasjon og veiledning med tanke på injeksjonsteknikk. I denne situasjonen er det viktig at målet med pasientundervisningen er tydelig og at sykepleieren gjør det klart for pasienten at «nå skal du få informasjon». Da vil både sykepleier og pasient være oppmerksomme på at dette er en undervisningssituasjon. Kanskje kan det føre til at pasienten er mer mottakelig for undervisningen som gis.

Orem (2001) sier at egenomsorg er aktiviteter som individet selv tar initiativ til og gjennomfører for å opprettholde liv, helse og velvære. Vi mener at et av hovedmålene for mange pasienter med diabetes vil være å lære seg å leve livet med helsesvikt. Vygotskij (2006) sier at målet med undervisningen ikke er at man skal tilegne seg en mengde kunnskaper, men å lære hvordan man tilegner seg kunnskaper og benytter disse videre. Pagels (2004) påpeker også betydningen av å kunne overføre kunnskaper til nye situasjoner. Ifølge Selmer (1997) vil engasjerte sykepleiere hjelpe pasienter til å hjelpe seg selv. Etter vår oppfatning stemmer dette overens med det Orem sier om egenomsorg. Slik vi forstår det, er egenomsorgens mål at pasienten skal kunne ta vare på seg selv. Å mestre korrekt injeksjonsteknikk er en forutsetning for at diabetespasienten skal nå dette målet.

Kierkegaard sier at det er viktig at sykepleier tar utgangspunkt i de faktiske ønsker og behov pasienten har (Kristoffersen 2005a). På en travel sengepost kan det være fristende å sette



målene for pasienten. Orem sier at pasienten må være interessert i å lære og se betydningen av det som skal læres (Kristoffersen 2005b). I arbeidet med å sette mål for pasientundervisningen mener vi at det er essensielt å huske på at pasienten er aktøren i sitt eget liv. Arbeidet mot måloppnåelse må ha pasienten som utgangspunkt. I denne prosessen kan sykepleieren hjelpe pasienten, men målene må settes av pasienten selv. På denne måten vil pasienten selv kunne ta del i ansvaret for det de skal lære, slik Hiim og Hippe (2006) påpeker.

#### **6.1.4 Innhold**

Både Orem, Vygotsky og Kierkegaard er opptatt av å ta utgangspunkt i pasienten. Dette innebærer at innholdet i pasientundervisningen må tilpasses hver enkelt. Innholdet i pasientundervisningen må etter vår oppfatning derfor ta utgangspunkt i de forutsetningene pasienten har og målene som er satt. Med dette mener vi at innholdet i pasientundervisningen må ta utgangspunkt i pasientens behov. Det kan være flere faktorer enn hvor lenge pasienten har hatt diabetes som har betydning. For eksempel viser forskning at det er behov for pasientundervisning i forbindelse med bytte av insulinpenn (Mitchell, Porter og Beatty 2012). Slik undervisning vil etter vår mening være aktuell uavhengig av hvor lenge pasienten har hatt diabetes. Vi har erfart at sykepleiere noen ganger setter insulininjeksjoner som ren rutine. Kanskje kan sykepleier glemme at injeksjonen kan medføre smerte. Ifølge Rubin mfl. (2009) informerer ikke helsepersonellet i deres undersøkelse pasientene om produkter som kan redusere injeksjonsrelaterte smerter, til tross for at de har kunnskap om dette. Vi mener det er viktig at sykepleier anvender den kunnskapen hun sitter inne med når innholdet i pasientundervisningen planlegges, slik at dette kommer pasienten til gode.

Kloster (1997) viser i sin undersøkelse at hovedinnholdet i undervisningen bestod av faktainformasjon, for eksempel om det som skal skje og om rutiner i avdelingen. Pasientene savnet imidlertid sensorisk informasjon. Annen forskning viser at pasienter ønsker informasjon og økt kunnskap om sin sykdom (Stamler 2001). Dette gjelder også pasienter som har hatt diabetes i mange år (Stamler 2001, Mitchell, Porter og Beatty 2012). Slik vi ser det, viser disse funnene at pasientundervisningen som gis til diabetespasienten bør inneholde for eksempel informasjon om hvordan lav og høy blodglukose føles på kroppen. Et annet eksempel kan være å informere om infiltrater («fettputer»). Selv om det kan føles mindre smertefullt å sette injeksjoner i disse, blir insulinets virkning mindre forutsigbar.

### 6.1.5 Arbeidsmåter

I pasientundervisningen er det viktig at sykepleier tar bevisste valg med tanke på arbeidsmåter. Sykepleieren må gjøre seg noen tanker om hvilke metoder som skal benyttes for at pasienten skal kunne nå sine mål. Vi mener at læremateriell, slik som brosjyrer og video, ikke bare er en rammefaktor, men også en arbeidsmåte. Som tidligere nevnt har vi erfart at det finnes opplæringsvideoer rundt om på avdelinger, for eksempel om diabetes. Disse blir imidlertid sjelden brukt. Kanskje kan dette ha sammenheng med rammefaktorene tid og sted. For å kunne vise en video til pasientene kreves det at vi som sykepleiere bruker tid på å klargjøre videoutstyr. Dessuten kreves det et egnet rom. Dette blir kanskje ikke prioritert i en travel hverdag på avdelingen, til tross for at det kan være en gunstig arbeidsmåte for enkelte. Kloster (1997) påpeker også at sykepleiere ofte glemmer å benytte seg av slikt materiell.

Kloster (1997) viser i sin undersøkelse at pasientundervisningen på avdelingen hvor hun utførte sin studie, ofte ble gjennomført individuelt. Stamler, Cole og Patrick (2001) trekker imidlertid frem gruppestøtte som viktig. De sier at gruppestøtte hjalp pasientene til å håndtere sin diabetes. Videre skriver de at gruppesammensetningen er viktig. Pasientene ønsket å kunne identifisere seg med de andre gruppe medlemmene med tanke på for eksempel alder, type diabetes og kjønn (Stamler, Cole og Patrick 2001). Vi mener derfor at det i noen tilfeller kan være gunstig å drive pasientundervisning i gruppe. Stamler, Cole og Patrick (2001) sier også at pasientene i undersøkelsen ønsket mer individuell kontakt med den som underviste. Selv om vi mener at gruppeundervisning kan være en god arbeidsmåte, må ikke gruppeundervisningen erstatte den individuelle pasientundervisningen. Vi mener at dette kan være arbeidsmåter som utfyller, men ikke erstatter hverandre. Vår erfaring tilsier imidlertid at dette kan være vanskelig å gjennomføre i praksis. Fagermoen (2002) sier at rask pasientgjennomstrømning skaper dårlige rammer for pasientundervisning. Dette stemmer overens med våre erfaringer. Slik vi ser det, kan det være en utfordring å sette sammen en gruppe hvor deltakerne har klare fellestrekk.

Ifølge Selmer (1997) refererer Album til pasientene som «de ubetalte helsearbeiderne.» Selv om vi som sykepleiere ikke aktivt går inn for å danne en pasientundervisningsgruppe, benytter pasientene hverandre som en ressurs. Vi har erfart at pasienter som ligger på flermannsstuer stiller hverandre spørsmål og diskuterer informasjon de har fått av for eksempel sykepleier. Vi mener at sykepleier i møte med diabetespasienten bør være oppmerksom på at pasientene kan

benyttes som en ressurs for hverandre. Vi ser på dette som en mulig arbeidsmåte. Imidlertid er det etter vår oppfatning viktig at sykepleieren i slike tilfeller er oppmerksom på at misforståelser kan oppstå. Sykepleierne er de profesjonelle helsearbeiderne, og samtaler pasienter imellom kan i våre øyne aldri erstatte den pasientundervisningen sykepleierne gir.

Etter vår oppfatning er samarbeid en nyttig arbeidsmåte. Dette gjelder både samarbeidet mellom pasient og sykepleier, og samarbeidet mellom pasienter imellom. Dette er i samsvar med Vygotskys teori hvor han sier at individuell tenkning og intellektuell utvikling er et resultat av sosial virksomhet (Imsen 1998).

### **6.1.6 Vurdering**

Vi mener at vurdering er en viktig del av pasientundervisningen. Her vurderes hele læringsprosessen og pasientens læringsutbytte. Flere undersøkelser viser at sykepleiere ikke dokumenterer undervisningen (Avşar og Kaşıkçı 2011, Kloster 1997). Vi mener at dersom man ikke dokumenterer pasientundervisningen, vil man heller ikke ha noe grunnlag for vurdering. På en sengepost er det mange sykepleiere som har ansvar for hver enkelt pasient. Vår erfaring er at det derfor er vanskelig å holde oversikt over hvilken pasientundervisning som er gitt dersom dette ikke er dokumentert. Det fører også til at det er vanskelig å vurdere pasientundervisningen, da man ikke vil ha noe grunnlag for en slik vurdering. Kloster (1997) påpeker betydningen av at dokumentasjonen bør si noe om hva pasienten eventuelt ikke har forstått. Etter vår mening er dette viktig fordi sykepleier da kan justere for eksempel mål, arbeidsmåter og innholdet i pasientundervisningen.

I denne sammenheng vil vi trekke frem et tenkt eksempel. Dersom sykepleier på dagvakt velger å vise diabetespasienten en film om injeksjonsteknikk, er det i våre øyne viktig at det blir dokumentert at dette er gjort. Da kan sykepleieren som kommer på aftenvakt følge opp det som er gjort på dagvakt, for eksempel ved å be pasienten fortelle om innholdet i filmen. Dette gir sykepleieren et grunnlag for å vurdere om pasienten har hatt utbytte av filmen. Pasienten får også mulighet til å stille eventuelle spørsmål, noe som vil bidra til å gi sykepleieren et bilde av pasientens forståelse av filmen. Dette er momenter som muliggjør en vurdering av pasientens læringsutbytte. I tillegg kan sykepleier vurdere om dette er riktig arbeidsmetode for denne pasienten.

Når det gjelder vurdering, er vår erfaring at dokumentasjon blir nedprioritert på grunn av rammefaktoren tid. I en travel hverdag er det kanskje slik at sykepleier prioriterer arbeidsoppgaver direkte knyttet til pasienten fremfor å bruke tid på å dokumentere pasientundervisningen. Kloster (1997) trekker også frem dette, og sier at et dokumentasjonsskjema hvor man kan krysse av for det som er gjort kan være aktuelt. Hun påpeker at et slikt skjema bør inneholde en rubrikk der sykepleier vurderer om informasjonen er forstått eller ikke. Et spørsmål man kan stille i denne sammenhengen, er hvordan sykepleier kan gjøre nettopp denne vurderingen. Kloster (1997) fant ut at enkelte sykepleiere hevdet at de kunne se på pasienten om vedkommende hadde forstått budskapet eller ikke, og kontrollspørsmål ble sjelden stilt. Etter vår oppfatning er dette en lite troverdig måte å vurdere pasientens læringsutbytte på. Vi mener at det er store muligheter for at sykepleieren feiltolker pasienten. En slik feiltolkning kan føre til at pasienten ikke får den pasientundervisningen han har behov for.

Granum og Halse (2010, s. 62) sier at begrepene undervisning og læring er uklare for mange sykepleiere, og at de benyttes synonymt. Når man som sykepleier skal vurdere læreprosessen, er det i våre øyne viktig at man er bevisst på at undervisning ikke nødvendigvis fører til læring. Sykepleier kan ikke trekke konklusjonen «nå har jeg undervist, derfor har pasienten lært.» Vi mener at sykepleier for eksempel kan be pasienten gjenfortelle det det er undervist i. Da har sykepleier en reell mulighet til å vurdere om undervisningen har ført til læring.

## **6.2 Resultatenes betydning for sykepleie og behov for videre arbeid**

Resultatene vi har drøftet i denne oppgaven viser at sykepleiere i stor grad bør være mer bevisste i forbindelse med pasientundervisning. Vi mener at den didaktiske relasjonsmodellen kan være et nyttig hjelpemiddel i denne sammenhengen. Vi tror at dersom sykepleiere er mer bevisst på undervisningsprosessen, kan det føre til at pasienten tydeligere ser og forstår hensikten med pasientundervisningen. Da vil sykepleieren antakelig bli oppfattet som noe mer enn «legens forlengede arm». Vi mener også at det vil være gunstig for pasienten dersom sykepleier er mer bevisst sin pedagogiske funksjon, for eksempel ved bruk av den didaktiske relasjonsmodell. Kanskje kan det føre til økt læring og dermed en bedre evne til egenomsorg?

I denne oppgaven har vi skrevet om hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kan brukes som et hjelpemiddel i pasientundervisning av diabetespasienten. Mange artikler tar utgangspunkt i denne modellen når forskningsresultater blir presentert. Det ser imidlertid ut til at det er forsket lite på om sykepleiers bruk av modellen vil ha noen effekt. Vi tror at dette kunne vært interessant å forske videre på.

Begrepet pasientundervisning er sentralt i vår oppgave. Vi har valgt å inkludere både undervisning, veiledning og informasjon i dette begrepet. I arbeidet med oppgaven har vi sett at disse begrepene i stor grad benyttes synonymt i de artiklene vi har lest. Vi mener at det kan være aktuelt å forske på hva sykepleiere legger i de ulike begrepene og om dette har noen innvirkning på den pasientundervisningen som gis.

### 6.3 Forskningsetikk

I denne oppgaven har vi brukt Høgskolen i Gjøvik (2013) sin variant av Harvard referansestil. Ifølge Dalland (2012) er Harvard det mest anerkjente og brukte systemet innen fagskriving. Dalland sier dette om å referere:

Ved å referere korrekt, oppfyller du de akademiske verdiene som åpenhet, etterprøvbarhet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon. Det innebærer at det er lettere for leseren å følge tankegangen din og diskutere med deg. Er du nøye med kildehenvisninger, kan heller ingen beskyldes deg for plagiat (Dalland 2012, s. 82).

Vi har vært svært opptatt av korrekt kildebruk i denne oppgaven. Med dette mener vi å henvise korrekt både i løpende tekst og i litteraturlisten. Slik gir vi opphavsmennene til litteraturen vi har benyttet, den kreditten de fortjener. Samtidig blir det enklere for leseren å finne tilbake til kildene vi bygger vår oppgave på.

Vi har under punkt 3.1.2 benyttet Dallands (2012) illustrasjon av den didaktiske relasjonsmodellen. «Litterære og vitenskapelige arbeider er vernet gjennom åndsverkloven. Opphavsretten gir opphavsmannen enerett til verket» (Dalland 2012, s. 80). Vi har fått tillatelse av Gyldendal Akademisk og Dalland selv til å gjengi illustrasjonen i vår oppgave. Det er imidlertid viktig å påpeke at Dalland kun gjengir den didaktiske relasjonsmodell i sin bok. Det er Bjørndal og Lieberg som har utviklet teorien i utgangspunktet.

## 6.4 Øvrige metodiske overveielser

Vi vil her reflektere over de valgene vi har gjort i oppgaven med tanke på valgt litteratur og metoden vi har benyttet.

Bacheloroppgavens elementer presenteres i Undervisningsplanen (Høgskolen i Gjøvik 2012). Vi har benyttet dette oppsettet som utgangspunkt for vår oppgave, men vi har gjort enkelte endringer. Vi har for eksempel inkludert begrunnelse og avgrensing av problemstilling, samt generell kildekritikk. Dette fordi vi mener det gir en bedre struktur på oppgaven, og dette er også elementer som vi mener er viktige for vår oppgave.

I problemstillingen har vi benyttet begrepet «pasientundervisning», som her innbefatter både undervisning, veiledning og informasjon. Innenfor pedagogikken er dette begreper med ulikt innhold, men vi har valgt ikke å gå i dybden når det gjelder definisjonene. Det kunne vært interessant å diskutere de ulike begrepens innhold, men det ligger utenfor rammen for denne oppgaven.

Når det gjelder sykepleieteori, har vi valgt å anvende Orems egenomsorgsteori. Diabetes er en kronisk sykdom, og vi mener at hensikten med pasientundervisning til diabetespasienter er at de i størst mulig grad skal kunne ta ansvar for sin egen sykdom og leve livet med sin helsesvikt. Med utgangspunkt i dette ble det naturlig å velge Orems egenomsorgsteori. Dersom oppgaven hadde hatt en annen vinkling, hadde det kanskje vært aktuelt å velge en annen sykepleieteori. For eksempel kunne Travelbees teori ha vært aktuell dersom oppgaven hadde dreid seg om relasjonen mellom sykepleier og pasient i undervisningssituasjonen. Vygotskys teori ble valgt fordi vi mente at det var interessant å knytte den opp mot problemstillingen, den didaktiske relasjonsmodellen og utøvelsen av sykepleie. Denne teorien ville trolig ikke blitt valgt hadde det ikke vært for at et av gruppemedlemmene har pedagogisk utdanning fra tidligere. Vi henviser til denne teorien fordi den etter vår oppfatning er relevant for problemstillingen. Teorien beskriver utvikling hos barn. Vi mener at teorien kan overføres til voksne, da mennesker alltid er i utvikling. På grunn av oppgavens omfang, har vi ikke gått i dybden i Kierkegaards teori. Vi valgte kun å benytte hans utlegning om hjelpekunst, men det kunne vært spennende å gå nærmere inn på hans teorier.

Da vi skulle beskrive vår søkestrategi i metodedelen, ble det svært tydelig for oss at vi ikke har jobbet strukturert nok. Vi burde ha brukt mer tid på å klargjøre hvilke søkeord vi skulle benytte, for eksempel ved hjelp av et PICO-skjema. Da ville det antakelig blitt enklere å holde oversikt over søkeordene.

Vi valgte hovedsakelig å benytte Polit og Becks (2010) modell for å beskrive vår søkestrategi. I etterkant ser vi at det kunne vært gunstig å bruke denne modellen mer aktivt helt fra begynnelsen av selve søkeprosessen. Dette ville antakelig ført til mer strukturerte søk, og at vi hadde brukt mindre tid på å finne relevante artikler. Da ville også søkeprosessen ha vært mer ryddig og enklere å beskrive.

Til tross for at vi er kritiske til vår egen søkeprosess, er vi fornøyd med de artiklene vi har benyttet i vår oppgave. De var relevante for oss i vårt arbeid med å svare på problemstillingen.



## 7.0 Konklusjon

Spørsmålet vi skulle besvare i denne oppgaven var: «Hvordan kan sykepleier benytte den didaktiske relasjonsmodellen i møte med pasienter med insulinavhengig diabetes?»

Sykepleier kan benytte den didaktiske relasjonsmodellen som et hjelpemiddel for å strukturere planlegging, gjennomføring og vurdering av pasientundervisning. Bevisst bruk av denne modellen vil føre til at pasientundervisningen tar utgangspunkt i den enkelte pasient. Dermed blir pasientundervisningen individuelt tilpasset, noe vi mener er vesentlig for at pasienten skal ha et best mulig utgangspunkt for læring. Ved å ta utgangspunkt i de ulike kategoriene blir sykepleier mer bevisst på faktorer som er viktige for den enkelte pasient.

Sykepleier må se kategoriene i modellen i sammenheng, da de har stor innvirkning på hverandre. For eksempel vil de aktuelle rammefaktorene ha stor betydning for innholdet i pasientundervisningen. Dersom sykepleier har lite tid til rådighet, og pasientundervisningen kanskje må foregå på en flermannsstue, må innholdet i pasientundervisningen være tilpasset dette.

Sykepleier må ta utgangspunkt i den enkelte pasient og være bevisst på at ingen pasienter er like, selv om de har samme diagnose, for eksempel insulinavhengig diabetes.

Vi mener at det overordnede målet med pasientundervisningen er at den skal føre til læring hos pasienten. Da vil pasienten ha et bedre utgangspunkt for å kunne ta ansvar for sin sykdom og leve et best mulig liv med sin helsesvikt. I enhver pasientundervisningssituasjon er det imidlertid viktig at sykepleier tar hensyn til at pasienten er aktøren i sitt eget liv. Sykepleier kan legge til rette for læring ved å benytte den didaktiske relasjonsmodellen, men til syvende og sist er det hos pasienten læringen skjer. Vi valgte å begynne denne bacheloroppgaven med et sitat av Albert Schweitzer. Vi mener at sykepleier ved å benytte den didaktiske relasjonsmodellen i forbindelse med pasientundervisning, kan bidra til at pasienten får kunnskaper og opplever læring. På denne måten finner kanskje pasienten «legen inni seg» og bedrer sine forutsetninger for å leve livet med sin kroniske sykdom.

## 8.0 Litteraturliste

Avşar, G. og M. Kaşıkçı (2011) Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. I: *International Journal of Nursing Practice* 17, s. 67–71.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2010) *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012) *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (2013) [online] URL:  
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (11.04.13).

Diabetesforbundet (2012) *Fakta om diabetes* [online] URL:  
[http://diabetes.no/no/Om\\_diabetes/](http://diabetes.no/no/Om_diabetes/) (14.02.13).

Forsberg, C. og Y. Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fagermoen, M. S. (2002) Pasientinformasjon – et viktig område for utviklingsarbeid og forskning. I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 4 (2), s. 106–119.

Gjengedal, E. og B. R. Hanestad (2008) Om kronisk sykdom. I: Gjengedal, E. og B. R. Hanestad (red.) (2008) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Granum, V. og F. Friberg (2010) Pasientundervisning 1994-2004 Teorier, begreper, kategorier og metoder. I: *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 12 (4), s. 32–44.

Granum, V. og K. Hasle (2010) Pasientundervisning krever kunnskap. I: *Sykepleien* 15, s. 62–64.

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL:  
[http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&) (04.04.13).

Hiim, H. og E. Hippe (1998a) *Undervisningsplanlegging for yrkeslærere*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hiim, H. og E. Hippe (1998b) *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling. En studiebok i didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hiim, H. og E. Hippe (2006) *Praksisveiledning i lærerutdanningen. En didaktisk veiledningsstrategi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskolen i Gjøvik (2011) *Helse i dagliglivet* [online] URL: [http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse\\_i\\_dagliglivet](http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/helse_i_dagliglivet) (22.02.13).

Høgskolen i Gjøvik (2012) *Undervisningsplan Studieenhet 3 Kull 10HBSPLH*. Gjøvik: Avdeling helse, omsorg og sykepleie. Seksjon for sykepleie.

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Litteraturhenvisninger og litteraturlister (Harvard)*. [online] URL: <http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/harvard> (02.05.13).

Imsen, G. (1998) *Elevens verden, Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Tano Aschehoug.

Jacobsen, D. mfl. (2009) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kloster, T. (1997) Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? I: *Vård i Norden* 17 (3), s. 14–20.

Kristoffersen, N. J. (2005a) Stress, mestring og endring av livsstil I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E-A. Skaug. (red)(2005). *Grunnleggende sykepleie*, Bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005b) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E-A. Skaug. (red)(2005). *Grunnleggende sykepleie*, Bind 4. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleieutdanningen* [online]. URL: [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (11.04.13).

Kunnskapssenteret (2008) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar* [online] URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskning+artiklar.2031.cms> (02.03.13).

Lerdal, A. (2009) Å lese forskningsartiklar I: *Sykepleien Forskning* 4 (4), s. 328–330.

Marcum, J. mfl. (2002) A Study of Professional Nurses' Perceptions of Patient Education. I: *The Journal of Continuing Education in Nursing* 33 (3), s. 112–118.

Mitchell, V. D., K. Porter og S. J. Beatty (2012) Administration technique and storage of disposable insulin pens reported by patients with diabetes. I: *The Diabetes Educator* 38 (5), s. 651–658.

Molven, O. (2012) *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

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

Orem, D. E. (2001) *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.

Pagels, A. A. (2004) Egenvård – kapasitet i vardagen ved kronisk sykdom. I: *Vård i Norden* 24 (3), s. 10–14.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (04.04.13).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ravnstad, M. (2003) *Sykepleiaren sin pedagogiske funksjon*. [online] URL: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p\\_document\\_id=118721](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=118721) (02.03.13).

Rubin, R. R. mfl. (2009) Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives I: *The Diabetes Educator* (35) 6, s. 1014–1022.

Selmer, Å., W. (1997) Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. I: *Vård i Norden* 18 (1), s. 11–17.

Stamler, L. L., M. M. Cole og L. J. Patrick (2001) Expanding the enablement framework and testing an evaluative instrument for diabetes patient education. I: *Journal of Advanced Nursing* 35 (3), s. 365–372.

Vifladdt, E. H. og L. Hopen (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Vygotskij, L. S. (2006) *Psykologien og læreren (1926)* I: Kroksmark, T. og A. Sjøbu *Den tidløse pedagogikken*, s. 337–348. Bergen: Fagbokforlaget.

Vård i Norden (u.å.) [online]. URL: <http://www.artikkel.nu/Public/Main.aspx>. (03.04.13)