



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

Sy301813- Sykepleie VI- del 2

**Diabetes type 2, erfaring med mestring av
livsstilendringer.**

Kandidatnummer : 10045

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Antall ord : 8362

Veileder : Bente Schei Skagøy

Innlevert Ålesund, 23.05.2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Schei Skagøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Sammendrag

Hensikt: Hensikt med oppgaven er å belyse hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type 2 med å mestre livsendringer sykdommen medfører. Det er ønskelig at resultater i oppgaven kan bidra til forbedring av sykepleier til pasienter med diabetes type 2

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte kvalitativ forskningsartikler.

Resultat: Kunnskap om sykdommen, kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold samt sosial støtte fra familie og helsepersonell erfart av mange som viktig mestringsstrategi på den ene siden, på andre siden var negative følelser som skyldfølelse, skam, og bekymringer opplevd som en hinder for mestring. Helsepersonellet var erfart som en nødvendig partner og en mestringsressurs, men møte med helsepersonell som hadde mangelfull kunnskap og empati, var opplevd negativt.

Konklusjon: Pasienter erfarte at det er utfordrende å endre livsstil. Dette krever en tett oppfølging og en fra helsepersonell og en støtte fra familie. Gruppeveiledning viser seg å gi bedre kunnskapsnivå og styrker pasientenes egenomsorgsevner, men i tidlig sykdomsforløpet er individualisert veiledning ønsket.

Aim: The aim of this study is to illuminate what experiences patients with type 2 diabetes have in managing the changes in life caused by the disease. It is desirable that results in the thesis may contribute to the improvement of nurses for patients with diabetes type 2

Method: A systematic literature study based on eight qualitative research articles.

Results: Knowledge of the disease, knowledge of physical activity and diet, as well as social support from family and health professionals experienced by many as important coping strategies on the one hand, on the other hand, negative feelings like guilt, shame and worries were perceived as an obstacle to mastering. The healthcare staff were experienced as a necessary partner and a master resource, but meeting with healthcare professionals who had insufficient knowledge and empathy was perceived to be negative.

Conclusion: Patients experienced that it is challenging to change lifestyle. This requires close follow-up from healthcare professionals and family support. Group guidance turns out to provide a better level of knowledge and strengthens the patient's self-care skills, but in the early stage of illness individualized guidance is desired.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven	1
1.3 Presentasjon av problemstilling	1
1.3.1 Begrepsavklaring	1
1.4 Oppgavensoppbygging	2
2. TEORIBAKGRUNN	2
2.1 Diabetes sykdom	2
2.2 Senkomplikasjoner	3
2.3 Å leve med en kronisk sykdom	4
2.4 Dorothe Orems egenomsorgsteori	4
2.5 Lazarus og Folkmann mestringsteori	5
2.6 Empowerment og brukervedvirkning	5
3. METODE	6
3.1 Litteraturstudie som metode	6
3.2 Søkestrategi	7
3.3 Kvalitets vurdering	7
3.4 Analyse	8
4. RESULTAT	9
4.1 Mestringsstrategi	9
4.1.1 Kunnskap om sykdommen	9
4.1.2 Kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold	10
4.1.3 Motivasjon og sosial støtte	11
4.2 Erfaring med oppfølging	12
4.2.1 Gruppeveiledning versus individuell veiledning	12
4.2.1 Opplevelse med helsepersonell	12
4.3 Emosjonell belastning	13
5. O DISKUSJON	14
5.1 Metode diskusjon	14
5.2 Resultatdiskusjon	14
5.2.1 Mestringsstrategi	14
5.2.1.1 Kunnskap og informasjon om sykdommen	15

5.2.1.2 kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold	16
5.2.1.3 Motivasjon og støtte	18
5.2.2 Erfaring med oppfølging	20
5.2.3 Emosjonell belastning	22
5.3 KONKLUSJON	23
6.0 Litteraturliste	25
7.0 Vedleggene	28

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Forekomsten av type 2 diabetes er økende på verdensbasis og i den vestlige verden. En regner med at 5-6% av den voksne befolkningen i Norge har diabetes mellitus, og forekomsten er økende (Helsedirektoratet 2009, Jacobsen mfl. 2009). Diabetes type 2 oppstår som oftest hos voksne, men forekommer også i økende grad hos unge voksne. Rundt 200.000 har diabetes type 2, og 28.000 diabetes type 1 i Norge - til sammen cirka 230.000. Det utgjør i overkant av 4 % av befolkningen. I tillegg er det et stort antall som ikke vet at de har diabetes type 2. Undersøkelser tyder på at for hver 1000 pasient med kjent diabetes, kan det være mellom 50 og 100 med uopptaget diabetes i befolkningen. Det totale tallet for diabetes type 2 i Norge kan med andre ord være mellom 300.000 og 400.000, når de udiagnostiserte er tatt med. (Diabetes forbundet, 2016). En av de viktigste årsakene til stigningen er endret alderssammensetning, med flere eldre over 60 år i industrialiserte land. En annen viktig årsak for utvikling av sykdommen er overvekt og fedme på grunn av feil kosthold og nedsatt fysisk aktivitet. En tredje risikofaktor for utvikling av diabetes er arv. Hvis noen i nær familie har sykdommen, øker ens egen risiko for diabetes med 40-60 % (Folkehelseinstituttet 2015).

1.2 Hensikt med oppgaven

Ved å skrive denne oppgaven, ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap ved hjelp av faglitteratur og forskning, om pasienters erfaringer med å leve med diabetes og mestre livsendringer sykdommen medfører. Jeg har valgt å fokusere på pasientens perspektiv da jeg ønsker å lære mer om den subjektive følelsen pasienter med diabetes type to kan ha. Funnene i oppgaven skal kunne bidra til å forbedre sykepleien som blir gitt til pasienter med nyopptaget diabetes mellitus for at de skal kunne mestre sin nye livssituasjon.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvilke erfaringer har pasienter med diabetes type to med å mestre de livsendringene som sykdommen kan medføre?

1.3.1 Begrepsavklaring

-Livsstil: Livsstil er et adferdsmønster som foregår over tid. I følge wikipedia Livsstil refererer til måten et menneske ut fra egne valg forholder seg til eget levesett, gjennom sosialt levesett, kosthold, fysisk aktivitet, inaktivitet og forhold til stimulerende midler, som nikotin, alkohol og andre rusmidler.

- Livsstilsendring: Noen ganger kan det bli behov for å endre livstil for å unngå sykdomsutvikling. Når man får en kronisk sykdom som diabetes må man ofte endre livsstil. Hovedfokuset med behandlingen er forhindring av senkomplikasjoner som følge av dårlig regulert blodglukose (Jenssen 2011). Mye av dette kan oppnås ved gjennom livsstilsendringer som blant annet å endre kosthold, øke fysisk aktivitet og slutte å røyke (world Health Organization, 2003).

I St. meld nr.16 Resept for et sunnere Norge er målet å gjøre det lettere for den enkelte i samfunnet å ta vare på egen helse. Måten folk lever på har innvirkning på helsen. Det er viktig med riktig sammensatt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet. Det er anbefalt en daglig aktivitet på minimum 30 minutter, der man får opp pulsen litt, aktiviteten kan gjerne deles opp utover dagen om ønskelig (St.meld nr.16, 2002/2003).

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg presenterer først relevant teori som jeg skal anvende i resultatdiskusjonen. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg har funnet relevant forskning og hvordan jeg har analysert studiene for å få fram funnene. Jeg vil kategorisere funnene og diskutere dem i lys av relevant teori, samt trekke inn Lazarus og Folkmanns mestringsteori og Orems egenomsorgsteori. Til slutt vil jeg komme fram til en konklusjon som svarer på problemstillingen min.

2. TEORIBAKGRUNN

2.1. Diabetes sykdom

Når vi spiser mat, spaltes karbohydrater til glukose som tas opp i blodet, og konsentrasjon av glukose i blodet stiger. Når blodglukosen øker i forbindelse med måltider, skilles det ut insulin fra betacellene i bukspyttkjertelen som tar opp sukkeret og holder blodsukkernivå stabilt i kroppen (Torska 2014).

Diabetes er en tilstand der en person har for mye glukose i blodet. Grunnen til dette er enten mangel på insulin, eller at insulin ikke har god nok virkning. Vi deler diabetes i to

hovedtyper: type 1 og type 2 diabetes. Type 1 diabetes kjennetegnes av insulinmangel forårsaket av antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas. Denne typen er ofte medfødt. Kroppen slutter å produsere insulinet eller produksjon blir kraftig redusert, noe som fører til at blodsukkeret stiger. Pasienten må da tilføres insulin for å overleve (Mosand og Stubberud 2013)

Ved type 2 diabetes er det både insulinmangel og insulinresistens (Torska 2014). Årsaken er redusert evne til rask utskilling av insulin fra betacellene eller at kroppen produserer insulin, men cellene i kroppen er mindre følsomme for insulinet. Et menneske som har diabetes type 2 har derfor ofte både høyt blodsukker og høyt insulinnivå. Type 2 diabetes rammer ofte personer rundt 40-årsalderen og eldre. Symptomer ved type 2 diabetes utvikles ofte over lang tid. Dersom en pasient har diabetes type 2 blir han mer tørst og trøtt, urinmengden øker og pasienten kan også få kløe i underlivet (Marjolen 2014). I tidlig fase er sykdommen symptomfri og det kan gå mange år før blodglukosen er så høy at symptomer fremtrer og sykdommen oppdages. En kombinasjon av disponerende gener og livsstil med inaktivitet og overvekt gjør at pasienten utvikler insulinresistens og kardiovaskulære risikofaktorer, så som høyt blodtrykk og lipidforstyrrelser (Jensen 2011). Behandlingen av type 2- diabetes dreier seg ikke bare om å holde blodglukosen så lav som mulig, men også om å ha nøye kontroll over blodtrykket og blodlipidene. Dette krever en tilrettelegging av levevanene og når disse tiltakene alene ikke er tilstrekkelig, må en legge til legemidler.

2.2 Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner deles inn i to hovedgrupper:

- Mikrovaskulære komplikasjoner, skyldes forandringer i små arterier og kapillærer, ofte på grunn av høy blodglukose. Karveggen fortykkes, blodkarene kan eventuelt gå tett, og i tillegg stimulerer vekstfaktorer i det omkringliggende vevet til celledeling og fibrose i organet. Det gir utslag i nyrer (nefropati), øyne (retinopati) og perifere nerver (nevropati) (Ibid).
- Makrovaskulære komplikasjoner skyldes forandringer i de store arterier. På grunn av lipider vil det dannes plakk, og dette kan føre til iskemisk hjerte- eller hjerne sykdom, som blant annet angina pectoris, hjerteinfarkt, eller hjerneslag. Nevropati sammen med makrovaskulære komplikasjoner øker sjansen for å utvikle diabetiske fotproblemer som feilstillinger, fotsår og infeksjoner. Diabetikere har ofte smerter i leggen på grunn av iskemi, men har samtidig nedsatt følelse i føttene som kan føre til at sår blir oppdaget

seint, med fare for utvikling av infeksjon. I verste fall kan diabetiske fotproblemer føre til gangren, som kan medføre amputasjon. Dødeligheten etter amputasjon er høy både hos ikke diabetikere og diabetikere (Mosand & Stubberud 2010).

2.3 Å leve med en kronisk sykdom

Når man rammes av en kronisk sykdom, har man sykdommen hele livet ut (Mosand et og Stubberud 2010). Livet endrer seg for både den som blir syk, og for de som står en nær. Ved kronisk sykdom kan man leve med varierende grad av vanskelige symptomer som påvirker opplevelsen av livskvalitet og helseforhold og hvordan en som kronisk syk, takler dagliglivet (ibid). Yrkesliv og sosialt nettverk kan også påvirkes av kronisk lidelse (Gjengedal og Hanestad 2007 omtalt av Romsland mfl. 2015). Hvordan man opplever og mestrer sykdommen og tilpasser seg den nye situasjonen som kronisk syk, er individuelt forskjellig. Slettebø mfl.(2015) beskriver stress og belastninger innenfor familien, sosial isolasjon, økonomiske problemer, frustrasjon knyttet til å bli avhengig av andre og negativ innvirkning på selvbildet som konsekvenser som kan være mer belastende enn selve sykdommen. Som kronisk syk vil personen ha behov for helsetjenester, og noen vil kunne ha behov for sykepleie. Man må forholde seg til helsepersonell når det gjelder oppfølging og behandling. Hvor godt forholdet mellom diabetikere/familie og helsevesen er, har betydning for livskvaliteten til den som rammes av kronisk sykdom (Gjengedal & Hanestad 2007 omtalt av Romsland mfl. 2015).

2.4 Dorthea Orems egenomsorgsteori

Orem definerer egenomsorg som:

Utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære.

Orem hevder at disse aktivitetene er frivillige, bevisste og de har et mønster og en sekvens (Kirkevold 2001). Orems egenomsorgsteori beskriver åtte universelle egenomsorgsbehov som skal gjennomføres for at man kan si at man utøver egenomsorg, de tar for seg en del grunnleggende behov mennesker har (ibid).

Egenomsorgsprosessen deles inn i to faser der den første fasen er den mentale aktiviteten som foregår når man identifiserer behovene og planlegger en bestemt handling, og den andre fasen er de handlingene som målrettet utføres (ibid). Egenomsorgsprosessen omfatter handlingene som er nødvendige for å regulere kroppslig struktur og funksjon, og dermed sikre helse og velvære (ibid). Egenomsorgen skal flyte gjennom hverdagen, og

man må være i stand til å ta gjennomtenkte avgjørelser som er til det beste for egen helse og velvære (ibid). For å kunne utføre egenomsorg må man tenke gjennom behovene man har, slik at man kan utføre de handlingene som er nødvendig for å nå målene (ibid). Da kan personen ha behov for hjelp, fra for eksempel sykepleier eller familie, til å møte egenomsorgsbehovene sine. Evnen til egenomsorg er avhengig av kunnskaper den enkelte har om for eksempel egen helse og seg selv. Det finnes fem metoder sykepleier kan benytte for å hjelpe en person å ivareta egenomsorgen, de innebærer veiledning, undervisning, tilrettelegging, støtte og å handle for en annen (Orem 2001).

2.5 Lazarus og Folkeman mestringsteori

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

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedmåter å møte situasjoner på:

Problemorientert mestring og emosjonsorientert mestring (Reitan 2010). Problemorientert mestring dreier seg om ulike strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Ved bruk av problemorienterte strategier stiller personen seg aktivt og direkte til problemet eller til det situasjonen gjelder (ibid).

Emosjonsorientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen. Strategiene tar primært sikte på å endre ubehaget i situasjonen ved å redusere intensiteten i følelsene som følger med opplevelsen av fare, eller ved å endre meningsinnholdet. På den måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen (ibid).

2.6 Empowerment og brukermedvirkning

«Empowerment innebærer at mennesker, enkeltvis eller i selskap reduserer sin avmakt og får større kontroll over sitt dagligliv og får muligheter til å endre sine livsbetingelser. I dette ligger det også et frigjørende aspekt» (Slettebø 2000 i Romsland mfl.2015).

Empowerment i helsetjenesten handler om å styrke individets evne og mulighet til å ta kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil. Empowerment kan være både et mål og prosessen for å nå målet (ibid).

Brukermedvirkning innebærer at brukeren er selv med i beslutningsprosessen. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har «pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». Med andre ord vil pasienten gjennom egne valg kunne påvirke sin egen situasjonen samt omgivelsene, og dermed sin egen behandling. Dette kan styrke motivasjonen til pasienten, og dermed få en positiv innvirkning på bedringsprosessen.

3.METODE

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden defineres som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland 2012, s. 111). Metoden skal hjelpe oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til oppgaven vår.

Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie ved at den starter med en tydelig formulert problemstilling, som videre besvares systematisk for å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Forutsetningen for å utføre en slik systematisk litteraturstudie er at man finner tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengstrøm 2014).

3.2 Søkestrategi

Litteratursøket startet med en problemstilling som senere ble forandret, grunnet endring fra sykepleieperspektiv til pasientperspektiv. Dette førte til at nye søkeord ble valgt ut, som kunne gi et bedre svar på den nye problemstillingen. Søkeordene som ble benyttet hyppigst er følgende; ‘Diabetes type 2’, ‘Coping’, ‘selfcare’, ‘selfcare, challenges’ ‘Patient experience’, og ‘patient behaviour’. Søkeordene var kombinert med AND i de ulike databasene.

For å finne gode søkeord og kombinasjoner av disse, ble PICO-skjema benyttet (Graverholt 2012).

Tabell 1: PICO-skjema

P: Population, patient, problem	I: Intervention (tiltak)	C : Comparison (Det du evt. vil sammenligne med)	O: Outcome (resultat)
Hvem vil jeg vite noe om? Voksne med diabetes type to	Hvilke tiltak, intervensjon, behandling, ønsker jeg å vite noe om? Identifisere erfaringer ved mestring	–	Hvilke utfall, effekt, erfaringer, endepunkt er jeg interessert i? Egenomsorg, mestre livsendringer

For å finne relevant forskning til denne oppgaven har jeg brukt skolens databaser. Jeg ønsket i hovedsak å finne nordiske artikler, så jeg brukte databasen SveMed+. Jeg fant mange gode artikler, men jeg ønsket å benytte nordiske artikler. Jeg valgte ut to artikler hvorav den ene er skrevet på norsk. Jeg fant etterhvert ut at mange studier utført i land utenfor Norden finnes både på SveMed+ og på Cinahl Complete. Så ble Cinahl Complete prioritert for å finne resterende artikler. Dette fordi Cinahl Complete, ifølge Forsberg og Wengström (2013), er en internasjonal database med artikler på mange ulike språk. Den er spesialisert innenfor sykepleie og andre helserelaterte yrkesgrupper. Den inneholder artikler tilbake til 1982 og frem til dags dato.

3.3 Kvalitetsvurdering av artikler

Ifølge Fosberg og Wengström (2013) kan man ved å identifisere og vurdere artiklene finne kvaliteten på hver enkelt. Det finnes ingen spesifikk prosess for å gjøre dette, men det har blitt utviklet metoder som skal gjøre det lettere. Artiklene ble vurdert utfra de bestemte inklusjonskriteriene. Flere artikler ble ekskludert ved nøyere gjennomgang, da de ikke samstemte med inklusjonskriteriene. Det ble undersøkt om artiklene var fagfellevurderte på nettstedet for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, hvor det ble vurdert om de hadde nivå 1 eller 2. Alle artiklene ble først lest grundig, og deretter vurdert opp mot problemstillingen. De fleste artiklene jeg har funnet er bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Det vil si at den er bygd opp med en Introduksjon (hvorfor studien blir gjort), Metode (hvordan studien er gjennomført, og resultatene er analysert) Resultat (hva de fant ut i studien) And (og) Diskusjon (betydningen av resultatene) (Nortvedt et al. 2012).

Tabell 2: inklusjons- og eksklusjonskriteriene

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som handler om voksne med diabetes type 2	Artikler basert på diabetes mellitus type I.
Artikler som handler om utfordringer ved motivasjon til- egenomsorg	Artikler basert på barn og unge under 18 år
Artikler skrevet på engelsk, norsk og svensk	Artikler skrevet på andre språk enn norsk, engelsk eller svensk
Artikler basert på studier utført i Europa eller Nord- Amerika	Artikler basert på studier som ikke er utført i Europa eller Nord-Amerika
Artikler som følger IMRAD strukturen	Artikler som ikke følger IMRAD strukturen
Artikler som er publisert fra 2005	Artikler som er publisert før år 2005
Fagfellevurdert	Ikke etisk vurdert

Jeg har hovedsakelig brukt kvalitative artikler. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) fokuserer den kvalitative metoden eller kvalitativ metode på å tolke og å skape mening og forståelse i menneskenes subjektive opplevelse av omverden.

3.4 Analyse

Jeg har valgt å følge Evans (2002) sine fire trinn for analyse av innsamlet data.

Trinn 1 består av innhenting av artikler som skal brukes. Jeg gikk på skoledatabasene for å hente relevante artikler. Det skulle søkes i flere databaser for å oppnå tilstrekkelig med materiale (Evans 2002). Etter å ha foretatt søk i to ulike databaser, ble 15 artikler valgt ut og lest nøye gjennom. 8 artikler ble til slutt vurdert relevante ut fra inklusjonskriteriene.

Trinn 2 går ut på å identifisere nøkkel- eller hovedfunn fra hver studie. Ifølge Evans (2002) skal man redusere tekstens volum, men beholde kjernen. Jeg startet med å skrive ut de relevante artiklene, og skrev litteraturmatiser på dem. Så leste jeg gjennom resultatdelen og brukte fargekoder på de forskjellige temaene som jeg fant. Etter dette kom jeg frem til hovedtemaer og deretter ble de dokumentert.

Trinn 3: Her skal man relatere forskjellige funn på tvers av artikler, gjennom å identifisere funn, sortere funn, finne under-funn og undersøke analysen (Evans 2002 s.25). Etter å ha identifisert funnene samlet jeg dem på samme farge i hvert sitt Word dokument.

Trinn 4: I det siste punktet av analysen skal fenomenene beskrives ved å samle de felles funnene (Evans, 2002, s. 25). Ut fra de valgte temaene så jeg at noen kunne kobles sammen på bakgrunn av hvor sterke og svake funnene var. Jeg endte opp med tre hovedfunn, med tilhørende nøkkelfunn:

Mestringsstrategi

- Kunnskap og informasjon
- Kunnskap og informasjon om sykdommen
- Kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold
- Motivasjon og sosial støtte

Erfaring med oppfølging

- Gruppeopplæring versus individuell oppfølging
- Opplevelse med helsepersonell

-Emosjonell belastning

- Skam
- Skyldfølelse
- Bekymring

4.0 RESULTAT

4.1 Mestringsstrategi

Felles i studiene var at kunnskap og informasjon om sykdommen, kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold samt sosial støtte var opplevd som best strategier for å oppnå mestring.

4.1.1 Kunnskap om sykdommen

Mange av deltakerne erfarte kunnskap om selve sykdommen som en viktig ressurs for å kunne mestre egenomsorg. De fleste hevder at det å ha kunnskap om konsekvenser av sykdommen gir dem en bedre forståelse av situasjonen og hvordan de kan forholde seg til den. Deltakerne oppfatter denne kunnskapen som noe som gir kontroll og gjør den enkelte i stand til å handle. Mange sier at å ha kunnskap om sykdommen gjør det lettere å forstå interaksjonen mellom mat og medisiner og hvordan det står i forhold til hverandre. Dette medfører planlegging i livet generelt.

Flere deltakere ønsket informasjon tidlig i sykdomsforløpet da de opplevde å være usikre på grunn av for lite kunnskap om hva de kunne spise og hvordan glukosenivået kunne påvirkes (Kneck et al. 2011 og, Tjelta og Holsen, Janes et al. 2013, Nagelkerk et al. 2006).

Kunnskap ble av mange deltakere opplevd å være en viktig mestringsressurs. Noen opplever at en større forståelse av diabetes blir assosiert med et større engasjement rundt egenomsorg. (Kneck et al. 2011; Hasseler et al. 2010, Oftedal et al. 2006). I analysen kom det også frem at mangel på tilstrekkelig kunnskap sykdommen utgjorde en barriere for mestring (Janes et al. 2013, Nagelkerk et al. 2006).

I studien av Kneck et al. (2011) kom det også fram at god kunnskap om sykdommen er nyttig for å kunne evaluere og diskutere troverdighet av informasjon fra ulike informasjonskilder.

I noen studier kom det frem et varierende kunnskapsnivå blant pasienter med diabetes type to. Noen av deltakerne opplevde diabetes som en enkel sykdom som forkjølelse, og sammenlignet den med tidligere akutte sykdomserfaringer, der behandling ville kurere sykdommen. Noen deltakere hadde, til tross for at de hadde hatt diabetes i mange år og tatt medisiner inkludert insulin, forventninger om at diabetesen skulle forsvinne.

Noen deltakere trodde at diabetes var forårsaket av sukker, og at personer uten diabetes ikke trengte å spise sunt, mens andre mente at sykdommen skyltes genetiske arv.

Deltakerne hadde ulike oppfatninger om diabetes, få rapporterte at de ikke bekymret seg for sin diabetesdiagnose, mens de fleste oppfattet diabetesen som en kreftdiagnose (Karlsen, et al. 2011; Hasseler et al. 2010; Janes et al. 2013).

I artikkelen til Hasseler et al. (2010) kom det frem at det var en kjønnsforskjell når det gjelder lærings, kunnskap og informasjonsnivå. Studien påpekte at kvinner viste høyere kunnskapsnivå i intervjuene.

4.1.2 Kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold

Kunnskap om kosthold kom frem som viktig for å kunne mestre og leve godt med sykdommen. Mange deltakere hevdet at det var nyttig å lære om hva maten betyr for dagsformen og hvordan den påvirker blodsukkeret (Tjelta og Holsen 2013). Mange deltakere ønsket mer kunnskap om kost, størrelse på porsjoner, samt innkjøp av matvarer. Noen deltakere hevdet at de hadde nok kunnskap om kosthold, men at det noen ganger var vanskelig å forholde seg til det. De mente at hverdagskost må være sunn, men at det kan være vanskelig å følge et sunt kosthold med en partner som ønsket å spise noe annet. Mange sa at de kunne føle seg presset til å spise «normalt» når de var ute med familie og venner (ibid).

I tillegg til kunnskap om kosthold, kom også kunnskap om hvordan trening og fysisk aktivitet påvirket blodsukkeret fram som viktig. For noen hadde fysisk aktivitet større

fokus enn kosthold (Tjelta og Holsen 2013, Hasseler et al. 2010). Noen opplevde det som vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet, mens andre var opptatt av hvordan de selv, til en viss grad, kunne påvirke utviklingen av sykdommen gjennom fysisk aktivitet (Tjelta og Holsen 2013).

4.1.3 Motivasjon og støtte

Motivasjon og støtte kom frem som en viktig ressurs for å kunne mestre hverdagen med sykdommen (Nagelkerk et al. 2006, Tjelta og Holsen 2013, Hasseler et al. 2010, Oftedal et al. 2009). Motivasjon kommer ofte fra pasientens syn på livet (Oftedal et al. 2009). I denne studien la pasienter frem livsverdier som motiverte dem til å ivareta egenomsorg. De kartla seks viktige livsverdier; å opprettholde helse og lang levetid, å få en følelse av kroppslig velvære, å bevare et positivt kroppsbilde, selvbestemmelse, tilhørighet, og å opprettholde evnen til å arbeide (Oftedal, Karlsen og Bru 2009).

Støtten kommer fra familie, andre i samme situasjon og fra helsepersonell (Tjelta og Holsen 2013, Oftedal et al. 2009). Det å treffe pasienter i samme situasjon for å kunne dele erfaringer, var noe deltakerne opplevde som positivt. I studiene av Tjelta og Holsen (2013) og Kneck et al. (2011) spesifiserte deltakerne imidlertid at de ikke ønsket å dele erfaringer med andre i en tidlig fase av sykdommen.

Noen av deltakerne erfarte støtte fra familien og støtte fra gruppe i samme situasjon som like viktig (Nagelkerk et al. 2006, Hasseler et al. 2010).

Noen av deltakerne hevdet at både indre og ytre motivasjon er viktig for å mestre sykdommen (Oftedal et al. 2010). I denne studien, påpekte deltakerne også viktige egenskaper blant helsepersonell som påvirker pasientens motivasjon for egenomsorg. Egenskaper som empatisk tilnærming, praktisk informasjon og råd, involvering i beslutningsprosessen, nøyaktig og individuell informasjon, og pågående gruppebasert støtte ble ansett som avgjørende for å oppnå mestring (ibid). Gjennom studien poengterer pasientene at veiledning der sykepleier innehar disse egenskapene, førte til større involvering samt bedre utbytte, noe som igjen gav økt motivasjon for egenomsorg, i forhold til veiledning der sykepleier mangler en eller flere av disse egenskapene.

4.2 Erfaring med oppfølging

4.2.1 Gruppeveiledning versus individuell veiledning

Felles for mange av deltakerne er at kontinuerlig oppfølging er viktig for å mestre sykdommen (Kneck et al. 2011; Oftedal et.al 2011; Adolfsson et al. 2008, Tjelta og Holsen 2013).

I studien av Adolfsson et al. (2008) kom det frem at gruppeveiledning som var preget av horisontale forhold, gjensidig tillit, og et åpent miljø, førte til et bedre kunnskapsnivå og styrket pasientenes egenomsorgsevner. Individuelle veiledning derimot, begrenset pasientens evne til å ta ansvar for egen sykdom, da de var preget av vertikale samarbeidsforhold hvor veileder fungerte som overordnet, mens pasienten inntok en mer passiv rolle (Ibid).

Noen av deltakerne ønsket mer individualiserte råd innenfor fysisk aktivitet og kosthold (Oftedal et al. 2011). De hadde ulike behov for informasjon og ønsket at behandlingen skulle tilpasses etter dette (Tjelta og Holsen 2013)

4.2.2 Opplevelse med helsepersonell

Noen av deltakerne fremhevet at helsetjenesten opplevdes som en nødvendig partner og en mestringsressurs (Nagelkerk 2006; Kneck et al. 2011). De opplevde helsepersonell som en pålitelig informasjonskilde (Kneck et al. 2011). Deres råd ble ansett som mer pålitelige enn andre, for eksempel familie, slektninger og venner. Hvis deltakerne trengte forklaringer eller ønsket råd om hvordan man skal handle i forskjellige situasjoner, f.eks. hvis glukosenivået steg i en viss situasjon, ble helsevesenet kontaktet. Hvis deltakerne kom i nye situasjoner, søkte de bekræftelse hos helsepersonell for å sikre seg at de hadde tenkt og handlet riktig.

Noen av deltakerne opplevde møtet med helsepersonell som negativt (Kneck et al. 2011; Janes et al. 2013). Den viktigste grunnen var dårlig tid og mangelfull kunnskap om diabetes hos noen av helsepersonellet. Det kom også frem at noen av deltakerne opplevde at de hadde fått feilinformasjon under diabetesundervisning, eller at informasjon ble gitt i et format som enkelte opplevde som vanskelig å forstå. Deltakerne ønsket at helsepersonellet skulle være i stand til å tilpasse informasjon og veiledning til hver enkelt (Kneck et al. 2011; Janes et al. 2013).

Mangel på tid var et problem som påvirket samhandling og kommunikasjonen mellom pasienten og helsevesenet. De var skuffet over at helsepersonell ikke tok seg tid til å svare på spørsmål og høre på bekymringene deres (Kneck et al. 2011).

4.3 Emosjonell belastning

I noen studier hevdet deltakerne at de ofte er preget av emosjonell belastning knyttet til det å ha diabetes type 2. Deltakerne opplevde negative følelser som skam, usikkerhet, frykt og skyld (Kneck et al. 2011, Janes et al. 2013, Karlsen et al. 2011).

Noen av deltakerne mente at diabetes er forårsaket av å spise for mye sukker og at den reguleres gjennom kosten. De skyldte på seg selv både for selve årsaken til sykdommen og det å ikke klare å kontrollere den. Flere ønsket ikke at sykdommen skulle bli kjent av andre. De hevdet at de ikke vegret seg mot å ta insulin i det offentlige. Noen uttrykte skam over å vise frem kroppen, andre ville ikke at noen skulle vite at de hadde diabetes. Noen var også bekymret for hva andre ville tro (Janes et al. 2013).

Flere opplevde å bli sett ned på av familie, venner, kollegaer, helsepersonell samt folk som knapt kjente dem. (Kneck et al. 2011, Janes et al. 2013, Karlsen et al. 2011).

Deltakerne uttrykte frykt og bekymring over det som hadde skjedd og hva som ville skje når de opplevde mangel på egenomsorg ved overgang til start av oral medisin, og ved starten av insulinbehandling.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få frem erfaringer pasienter med diabetes type to har i forhold til å mestre livsendringer sykdommen medfører. Metoden jeg anvendte var systematisk litteratursøk, og jeg vurderte artiklene kritisk. Jeg brukte boken til Forsberg og Wengstrøm (2013), noe jeg opplevde som krevende da den er skrevet på svensk. Det gjorde at jeg brukte en del tid på å forstå innholdet nøyaktig.

Jeg bestemte først å skrive om diabetes type to, men var usikker på hvilket perspektiv jeg ville rette oppgaven mot. Jeg startet med sykepleieperspektivet og formulerte en problemstilling ut i fra det. Etter å ha lest gjennom artiklene, fant jeg ut at pasientperspektivet var viktigere å få fram. Jeg endret problemstillingen og fant nye søkeord. Dermed søkte jeg nye artikler som handlet om pasientens synspunkt.

Artikler med IMRAD-struktur, etisk vurderte og fagfellevurderte ble valgt ut med tanke på styrken og kvaliteten på studiene. 7 av 8 artikler var skrevet på engelsk, noe jeg opplevde som utfordrende. Det var noen vanskelige ord som gjorde at setningene og betydningen

kunne være vanskelig å forstå. Da jeg underveis oversatte det enkelte ordet til norsk, ble helheten i teksten mer forståelig. Likevel kan det være en svakhet ettersom det kan hende jeg har oversatt og mistet relevante funn på grunn av misforståelser i språket.

I oppgaven ble det brukt kvalitative artikler da oppgaven vil belyse pasientens erfaringer. Etter å ha lest gjennom artiklene jeg valgte ut, ekskluderte jeg noen av dem, da de ikke samsvarte med inklusjonskriteriene. Jeg skrev ut artiklene jeg bestemte å bruke og lagde litteraturmatiser på dem, noe som virket praktisk for gjennomgå analysen.

5. 2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Mestringsstrategi

Felles i studiene var at kunnskap og informasjon om sykdommen, kunnskap om fysisk aktivitet og kosthold var best strategier for å oppnå egenomsorg.

5.2.1.1 Kunnskap og informasjon om sykdommen.

Mange opplevde kunnskap om sykdommen som en ressurs som kunne gi en bedre forståelse av situasjonen og hvordan en best kunne forholde seg til den. Informasjon om både fysiske og psykiske sider ved sykdommen er nødvendig for å utøve egenbehandling og håndtere endringer som kan oppstå (Ofteidal et al. 2011; Tjelta og Holsen 2013, Kneck et al. 2011). Dette gjenspeiles ved at pasientene ønsket å få informasjon om hva diabetes type 2 er, hvordan regulere blodsukker gjennom kosthold og fysisk aktivitet, symptomer ved høyt og lavt blodsukker, senkomplikasjoner og psykiske påkjenninger som kan oppstå (ibid).

Diabetes type to er en kronisk sykdom som krever at de som rammes må endre livstil (Jenssen 2011). Sykepleier har en viktig rolle for hjelpe pasienten å oppnå endringene. Formidling av kunnskap er ikke tilstrekkelig for å kunne oppnå resultater i forhold til egen sykdomsutvikling. Sykepleier bør bruke problemorientert tilnærming for å få pasienten til å oppnå endringer. Her vil sykepleier hjelpe pasienten lære nye måter å mestre dagliglivet på, og skaffe seg nye kunnskaper om sykdommen og behandlingen. I tillegg skal pasienten lære å leve med konsekvenser av behandlingen og lære seg å tolke kroppens signaler. Det er krevende og er en prosess som strekker seg over en lengre tid (Reitan 2010).

Informasjon gir økt kunnskap og pasienten får en følelse av kontroll og opplevelse av mestring (Eide og Eide 2012). Deltakerne i studien av Kneck et al. (2011) mente at det å ha kunnskap om symptomer og å prøve å forstå hva som skjedde i kroppen, hadde hjulpet dem til å bli mer sikker og komfortabel i mestring av egen sykdom. Jeg har, i møter med

pasienter med diabetes type to i hjemmesykepleien, sett noe av det samme som studien til Kneck et al. (2011) viser. Pasienter som har hatt tilstrekkelig kunnskap om diabetes type to, hvordan den utvikler seg, målet med behandlingen og senkomplikasjoner som kan oppstå, klarer å leve godt med sykdommen og får besøk av fagpersonell kun en gang i uken. Pasienter som manglet kunnskap om sykdommen måtte ha en tettere oppfølging fra hjemmetjenesten. Dette kommer også frem i studien av Hasseler et al (2010) der deltakerne trodde sykdommen skulle forsvinne ved medisinerings.

Pasientene følte seg usikre på hva de kunne spise og hvordan glukosenivået ville bli påvirket da de ikke hadde fått den nødvendige informasjonen tidlig i forløpet (Kneck et al. 2011). Informasjon tidlig i sykdomsforløpet er viktig (Kneck et al 2011, Tjelta og Holsen 2013). I lys av dette understreker Eide og Eide (2012) at tidlig og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og vil skape forutsigbarhet og mening. Informasjon kan gi økt kunnskap som gir en følelse av kontroll og opplevelse av mestring (ibid). Ved å gi pasientene kunnskap gjennom informasjon, vil sykepleier ta i bruk en problemorientert mestringsstrategi, som ifølge Lazarus og Folkman handler om å fokusere på selve problemet og dermed mestre situasjonen (Reitan 2010). Ved nyoppdaget diabetes vil sykepleieren fremme pasientens mestring av sykdommen gjennom god veiledning og opplæring. Dette gjør at pasienten oppnår forståelse og motivasjon som igjen fører til bruk av riktig behandlingsmetode og dermed god blodglukoseregulering (Mosand og Stubberud 2010).

Forutsetninger for å kunne mestre sykdommen baserer seg blant annet på ulike faktorer, som kjønn, alder og personlighet (Reitan, 2010). Dette kommer frem i artikkelen til Hasseler mfl. (2010) der de kvinnelige deltakere viste en bedre kunnskapsforståelse enn mannlige. Menn og kvinner kan ha forskjellige følelser og opplevelser rundt det å ha diabetes type 2. Litteratur om diabetes fokuserer generelt lite på kjønnsforskjeller.

Ettersom kvinner er kjent for å være mer emosjonelle og snakker lettere om følelser sett i forhold til menn, oppsøker de oftere helsehjelp. Dette kan forklare hvorfor kvinner viser mer kunnskap om diabetes enn menn. Sykepleier må ta hensyn til dette når de skal veilede og følge opp pasienten.

5.2.1.2 Kunnskap og informasjon om fysisk aktivitet og kosthold

Kunnskap om mat og kosthold er kommet frem som en viktig faktor for kunne mestre diabetes (Tjelta og Holsen 2013, Janes et al. 2013). De fleste deltakerne hevdet at de ønsket informasjon om hva slags mat de bør og ikke bør spise og hvilken betydning maten har i forhold til glukoseregulering. Mange erfarte at det er vanskelig å endre matvaner (ibid). Det å endre kosthold vil medføre ulike konsekvenser i pasientens vanlige liv. Mange pasienter sørget over tapet av sin vanlige livsstil og mange slet med å endre matvanene sine for å fremme en sunn kropp og livsstil. Pasienter opplevde endringene i matvaner som vanskelige fordi det krevde planlegging av antall måltider, mengde og type mat. En mister også spontaniteten i å spise. I tillegg erfarte deltakerne at å kjøpe sunn mat medførte høye kostnader. De måtte også bruke mye tid på å forberede maten for å kunne opprettholde den anbefalte dietten (ibid).

Det er vanskelig for mange å endre livsstil og for at pasienten skal greie det, må han selv se behovet og være motivert for livsstilsendring. Sykepleier skal støtte og hjelpe pasienten til å komme i gang med disse endringene ved å finne den fremgangsmåten som passer best til hver enkelt. Sykepleier bør først gjennomføre et individuelt kartleggingsmøte for å finne den enkeltes behov. Mosand mfl (2010) hevder at mange kan ha stor nytte av behandling i grupper både for å komme i gang og for å opprettholde motivasjonen til livsstilsendringer. Sykepleier bør tilpasse opplæringen individuelt og unngå mye teoretisk informasjon i begynnelsen, noe som kan svekke motivasjon. Det å få teoretisk kunnskap er ikke tilstrekkelig for å kunne mestre en livsstilsendring. Sykepleier må også hjelpe pasienten til å omsette kunnskap de har tilegnet seg til praksis gjennom hjelp til å planlegge innkjøp av mat, tillaging av maten og informasjon om antall måltider som er gunstig for å opprettholde en god blodglukoseregulering. Mosand og Stubberud (2010) hevder at kosthold hos pasienter med diabetes bør være mest mulig normalkost, men ha lavere sukker –og fettinnhold. Antall måltider, størrelsen på måltidene og måltidenes sammensetning er viktig å vurdere når en skal tilstrebe god glukoseregulering. Små og hyppige måltider gir kroppen et jevnt tilskudd av energigivende næringsstoffer og er gunstig for blodglukosekontrollen (ibid).

Mange pasienter opplevde at planlegging var veldig viktig for å oppleve mestring. De hadde et stort behov for dette og hadde fokus på prioriteringer og det å lytte til seg selv (Kneck et al. 2011; Karlsen et al. 2011; Hasseler et al. 2010). Sykepleier bør hjelpe pasienter å planlegge aktiviteter i den daglige rutinen, med hensyn til

diabetesbehandlingen, planlegge matinnkjøp og måltider, matvarer og matmengden som bidrar til å opprettholde god blodglukosenivå.

Mangelfull planlegging kan medføre uønskede komplikasjoner, som blant annet hyper- og hypoglykemi og dette kan ha alvorlig konsekvenser for pasientens helse. Dette er tegn på egenomsorgssvikt og sykepleier bør hjelpe pasienten til å planlegge best mulig i forhold til egen sykdom og egenomsorg. Sykepleier vil hjelpe pasienten til å kartlegge egne ressurser, slik at pasienten ser egne mestringsmuligheter. I kartleggingsprosessen skal forhold mellom sykepleier og pasienten avspeile trygghet og tillit (Reitan 2010). Målet med en slik ressurskartlegging er å få et innblikk i hva de ulike ressursene betyr i pasientens liv. Dette kan hjelpe pasienten til å tilpasse seg de foreliggende problemene ved handling og atferd, eller løse de ulike utfordringene som sykdommen medbringer (ibid).

Fysisk aktivitet hadde et større fokus enn kostholdet hos mange av deltakerne. Det var her de følte de kunne endre og påvirke sin situasjon, og de fleste hevdet at de har blitt mer aktive etter at de fikk diabetes (Kneck et al. 2011; Karlsen et al. 2011; Hasseler mfl. 2010). Det kom også frem i noen av studiene at deltakerne mangler kunnskap om viktigheten av fysisk aktivitet for regulering av blodglukose. Kunnskap er blant de indre ressursene som er med på å motivere til livsstilsendring (Reitan 2010). Ifølge Mosand og Stubberud (2010), har fysisk aktivitet en positiv innvirkning på helsen til personer med diabetes. Under aktivitet forbraker kroppen glukose og blodglukosen synker både under og etter fysisk aktivitet. For at den fysiske aktiviteten skal bli den positive behandlingsfaktoren som er ønsket, må pasienten med diabetes få kunnskap om hvordan aktivitet virker inn på kroppen, både i form av teori og egne erfaringer (ibid). Sykepleier bør informere og motivere pasienten til å være aktiv og hvordan de kan planlegge det. Helsedirektoratets anbefalinger (2009) omtaler at pasienten bør gjennomføre fysisk aktivitet minst 30 minutter hver dag. Pasienten trenger ikke å være kontinuerlig i aktivitet, de kan for eksempel bruke 15 minutter på rengjøring i hjemmet og 15 minutter på hagearbeid. Sykepleier bør også informere om ulike treningstilbud i helsetjenesten.

5. 2. 1.3 Motivasjon og støtte

Deltakerne pekte på motivasjon som en av de viktigste aspektene når det gjelder mestring av diabetes og forebygging av senkomplikasjoner (Janes et al. 2013, Hasseler et al. 2011). Reitan (2010) skriver at motivasjon til mestring bygger på både indre og ytre ressurser. De indre ressursene omfatter mange egenskaper blant annet motivasjon og troen på egne krefter. Dette kom også frem i studien av Oftedal et al. (2009) der deltakerne hevdet at

motivasjon til å mestre sykdommen var bygd på deres syn på livet. I møte med pasienten bør sykepleier kartlegge hva pasienten selv setter fokus på og ta utgangspunkt i det for å motivere han til livsendringer.

Helsepersonell er blant de ytre ressursene som fremmer pasientens motivasjon til mestring (Reitan 2010). Deltakerne mente at sykepleier var til hjelp og støtte og de følte at informasjonen fra sykepleier var troverdig. Dette styrket dem til å ta egne valg og sette realistiske mål. I tillegg kom det fram at når deltakerne følte det var vanskelig å følge målene sine, hjalp det å treffe en sykepleier for å få motivasjonen tilbake (Janes et al. 2013, Hasseler et al. 2011). Mange av deltakerne opplevde at de var motiverte til å håndtere sin diabetes ved å ta ansvar selv. Studien av Tjelta og Holsen (2010) viser at deltakerne som var motivert til å mestre sykdommen klarte å regulere blodsukkeret gjennom kosthold og fysisk aktivitet og utsette oppstart av medisinsk behandling. En god del av deltakerne hevdet at de ikke klarte diabetesbehandlingen på egen hånd. I slike tilfeller kan sykepleier, i samhandling med pasienten, kartlegge hvilke praktiske problemer sykdommen og behandling medfører for dagliglivet i familien, og styrke pasienten til selv å finne løsning (Reitan 2010). For å mobilisere pasientens ressurser, er det nødvendig å bli kjent med vedkommende (ibid). Dette krever en god relasjon som skaper tillit mellom pasient og sykepleier. Sykepleier må vite hva som har spesiell betydning for akkurat denne pasienten. Sykepleier vil da begynne der pasienten er, med sine tanker, følelser og forestillinger, for å introdusere det som er viktig å endre i pasientens liv med tanke på sykdomsutvikling (ibid).

Noe som også kom fram som viktig for å gjøre en forandring var å møte andre personer i samme situasjon for å kunne dele erfaringer. Selv om det kom fram at enkelte satte pris på dette tilbudet, er det ikke sagt at alle ønsker dette (Tjelta og Holsen 2013; Kneck et al. 2011). I følge Orem (2001) er det sykepleiers ansvar å legge til rette for vekst og utvikling. Sykepleier bør da tilrettelegge for at pasienten kan møte andre som befinner seg i tilsvarende situasjon for å kunne dele erfaringer. Sykepleier bør derfor være omhyggelig med å fortelle om alle muligheter til å treffe andre i samme situasjon eller formidle kontakt mellom brukerorganisasjonene og pasient. Selv om sykepleier er positiv til slik organisasjoner, bør sykepleier respektere pasientens ønske dersom de ikke ønsker seg dette.

En erfarte at familie, venner og pårørende var viktige støttespillere for å oppnå mestring. Familie var blant annet viktig i dagliglivet, spesielt når det gjaldt matlaging og oppfattelse av symptom. Det er derfor viktig å gi samme informasjon til både pasient og pårørende, så

de får mulighet til å forstå sykdommen, samt dens nødvendige intervensjoner (Karlsen et al. 2011; Hasseler et.al. 2010). Sykepleier kan legge til rette en samtale sammen med pårørende for å gi dem tilstrekkelig informasjon om sykdommen, kosthold og andre tiltak som kan føre til at pasienten lever godt med sykdommen. På denne måten vil pårørende og familie være klar over hva de kan hjelpe pasienten med.

5.2.2 Erfaring med oppfølging

Deltakerne opplevde oppfølging som viktig sykepleie og ønsket større fokus på dette hos sykepleiere (Kneck et al.2011; Oftedal et al. 2011; Tjelta og Holsen 2013).

Mosand og Stubberud (2010) trekker frem gruppeveiledning og individuell veiledning som de to mest brukte strategiene. I studien gjort av Adolfsson et al. (2008) blir gruppeveiledning sett på som den foretrukne strategien blant pasientene. Ved bruk av gruppeveiledning kunne pasientene dele erfaringer og bekymringer med andre i samme situasjon, og på den måten opparbeide seg kunnskap og motivasjon for å ta mer ansvar for sykdommen (Ibid.). I studien utført av Adolfsson et al. (2007) er det også gruppeveiledning som viser seg å gi best resultat. Pasienter som deltok i gruppeveiledning hadde etter gjennomført studie fått bedre diabeteskunnskaper som styrker deres omsorgsevner enn pasienter som fikk individuell veiledning.

Hopen (2010) støtter dette ved å skrive at å erfare at andre har samme behov som en selv, og å høre andre stille spørsmål en selv kanskje ikke våget å stille eller kom på, kan bidra til trygghet og bevisstgjøring om ens egen situasjon og til mestring. Videre skriver Hopen (2010) om fordeler av læringstibud i grupper. Gruppedeltakerne har nytte av å høre de andres erfaring med hva som virker og ikke virker, inspirerer hverandre til å sette nye mål og komme videre. Hopen (2010) mener også at gruppeveiledning kan være tidsbesparende fordi helsepersonell kan nå fram til flere og utnytte tiden ved å veilede flere samtidig. Resultater fra tidligere forskning peker mot gruppeveiledning som den mest effektive strategien, da det viser seg at flere lykkes i å gjennomføre egenomsorg etter å ha deltatt i denne type veiledningen.

Som jeg ser er veiledning i gruppe en bedre strategi for å oppnå mestring. Men noen deltakere ønsker individuell veiledning særlig i tidlig sykdomsforløpet (Oftedal et al. 2011; Tjelta og Holsen 2013). Det kan være viktig å samle pasienter ut ifra deres behov for informasjon. Ved nyoppdaget diabetes vil søkelyset være rettet mot å korrigere pasientens

fysiologisk tilstand og håndtere psykiske reaksjonene på å ha fått en kronisk sykdom. Informasjon og veiledning bør da konsentreres om kunnskap om sykdommen, kosthold og praktisk opplæring i å måle blodglukose og administrere insulininjeksjoner (Mosand og Stubberud 2010). I videre forløp, er målet at pasienter skal oppnå egenomsorg i diabetesbehandling (ibid).

Det er viktig at sykepleier tar i betraktning at pasientene er ulike og har ulike levevaner og dermed har ulike måter å mestre sykdommen på. Sykepleier må lytte til den enkelte og på den måten utvikle en felles forståelse av situasjonen og hvordan pasienten ønsker å håndtere sin diabetes. Slik kan sykepleier og pasient sammen utforme et mål som er oppnåelig for pasienten, noe som er et vilkår for en god samhandling (Reitan 2010). Hovedmål er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpen som mulig (Mosand og Stubberud 2010). Studien utført av Adolfsson et al. (2008) viser at horisontale relasjoner, som bygger på gjensidig tillit og et åpent miljø hvor det legges til rette for å komme med innspill og spørsmål, virker motivasjonsfremmende for egenomsorg blant pasientene.

Noen av deltakerne fremhevet at helsetjenesten opplevdes som en nødvendig partner, en mestringsressurs og en pålitelig informasjonskilde (Nagelkerk 2006; Kneck et al. 2011; Kneck 2011 et al.). Likevel hevdet noen deltakere at møte med helsepersonell var opplevde som negativt. De hevdet at helsepersonellet ikke tok seg tid til å svare på spørsmål eller høre på bekymringer de hadde (Kneck et al. 2011). På bakgrunn av dette kan det tolkes at pasientene ikke følte de ble godt ivaretatt av sykepleier. Studien til Janes (2010) poengterer at mangelfull empati hos sykepleier var opplevd som en utfordring som vanskeliggjorde samhandling mellom pasienter og sykepleier. I veiledning bør sykepleieren benytte seg selv og sine ferdigheter i kommunikasjonen og samhandlingen med pasienten (Reitan 2010.). I følge Oftedal et al. (2010) er sykepleieregenskaper som empati, aktiv lytting og holistisk menneskesyn, viktige faktorer for at veiledningen av diabetespasienter skal bli vellykket. Med andre ord blir hele pasienten sett, både den åndelige, fysiske, psykiske og sosiale delen. (Brinchmann 2005).

Mange så mangel på tid som et problem som påvirket samhandling og kommunikasjon mellom pasient og helsevesen. Deltakerne var skuffet over at helsepersonell ikke tok seg tid til å svare på spørsmål og høre på bekymringene deres (Kneck et.al 2011).

En hektisk hverdag medfører tidsmangel for sykepleiere til å kunne gjennomføre god veiledning av pasienter med diabetes type to. Mangelen på ansatte vil føre til personellutfordringer, der blant annet oppgaveglidning kan bli brukt for å oppnå bedre

ressursutnyttelse (Ibid.). Dette vil medføre at sykepleiere får nye oppgaver og roller, og lite tid blir brukt til direkte pasientkontakt (Orvik 2013). Dette vil igjen svekke muligheten for kontinuerlig og tett oppfølging av pasientene, noe som kan begrense påvirkningskraften man har for motivasjonen til egenomsorg. Sykepleier bør planlegge jobben sin slik at noen oppgaver blir tildelt til andre, for eksempel hjelpepleiere. Sykepleieren bør også informere pasienten dersom sykepleier ikke rekker å tilfredsstille pasientens behov.

I studiene av Kneck et al. (2011); Janes et al. (2013) kom det også frem at noen av deltakerne opplevde at de hadde fått feilinformasjon under diabetesundervisning, eller at informasjon ble gitt i et format som enkelte opplevde som vanskelig å forstå. (Kneck et al. 2011; Janes et al. 2013). For å være en god veileder, må man som sykepleier ha elementære fagkunnskaper. Kunnskap viser til deler av lærdom, innsikt og viten som en person disponerer (Hopen 2010). Kunnskap om diabetes er i kontinuerlig utvikling og det er kommet nye behandlingsregimer, legemidler og hjelpeutstyr. Det er da opp til sykepleiere å holde seg faglig oppdatert. Hvis sykepleier ikke har spesiell kompetanse om diabetes, bør han/hun overlate undervisning til helsepersonell med spesialutdanning i diabetes.

5.2.3 Emosjonell belastning

Psykisk påkjenning kom frem som en barriere til mestring (Tjelta og Holsen 2013) og deltakerne opplevde at det ble gitt for lite informasjon på dette området (ibid). Hvorfor hver enkelte sykepleier vurderer å ikke gi slik informasjon finnes ikke forklaring om. For å mestre sykdommen er det viktig at informasjon om psykiske påkjenninger blir tatt på alvor i like stor grad som fysiske påkjenninger. Deltakerne rapporterte opplevelser av svingninger i humøret, rastløshet, uro og angst som var annerledes enn før de fikk diagnosen. De hevdet at kunnskap om mulige psykiske reaksjoner kunne gi en bedre forståelse av ens egen reaksjon og gjøre det lettere å forklare andre hva som skjer. På bakgrunn av funnet som kom fram i studien til Tjelta og Holsen (2013), er det viktig at sykepleiere har en problemorientert tilnærming ved å informere om de psykiske påkjenningene i like stor grad som de fysiske. Dette fordi kunnskap om hva sykdommen innebærer og hvordan man best kan forholde seg, er viktig både for pasientens mestring og for evnen til å innrette seg hensiktsmessig (Eide og Eide 2012).

Mange pasienter klandret seg selv for å få sykdommen (Karlsen et al. 2011; Janes et al. 2013), noe som kan skyldes at diabetes type 2 er en livsstilssykdom, som ofte er et resultat

av økt sukker – og fettinntak, og lite fysisk aktivitet (Mosand og Stubberud, 2010). Ofte glemmer man at også arv er en disponerende faktor, og mange kan føle at det er selvforskyldt at de har fått diagnosen siden fokuset på usunn kost og inaktivitet er så stort. At diabetikeren selv tar skylden, kan resultere i at man går aktivt inn for å mestre. På den andre siden kan denne skyldfølelsen føre til depresjon og virke negativt på mestringen (Karlsen et al. 2011).

Pasientene opplever at sykdommen har stor innflytelse på den emosjonelle statusen. Mange opplevde å bli sett ned på av venner, familie, kollegaer, helsepersonell og til og med mennesker som knapt kjente dem. Her bør sykepleier legge til rette en samtale med pasienten for å høre hva som plager pasienten emosjonelt. Sykepleier vil deretter bruke sin pedagogiske funksjon, da denne blant annet innebærer å støtte pasienten og pårørende. Det er viktig at pasienten møtes som en hel person, ikke bare som en sykdom, da pasientens psykososiale behov må ivaretas. Sykepleier skal ta hensyn til pasientens opplevelser, følelser, og bakgrunnsforståelse (Reitan 2010).

Noen av pasientene opplevde bekymring knyttet til sykdommen, og forteller om en ny virkelighet som behøvde endring i livsstil og levemåte (Karlsen et al. 2011; Kneck et al 2011). Pasienter kan oppleve bekymringer som følingsangst, angst for senkomplikasjoner og en frykt for negative konsekvenser i hverdagen og sosiale settinger. Blir ikke sykdommen godt nok behandlet, kan det blant annet oppstå senkomplikasjoner, som mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (Mosand og Stubberud, 2010). Dette kan igjen forsterke bekymringene og de emosjonelle belastningene pasienten har. Sykepleier bør kjenne til hvilke aspekter ved sykdommen som gjør at pasienten opplever stress, og bidrar til mestring ved hjelp av å utvikle handlingsberedskap (Reitan 2010). Ifølge Orems sykepleierteori skal sykepleier tilby varierte hjelpemetoder og lytte til pasienten (ibid).

5.3 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven er å belyse pasientenes erfaring med diabetes type to i forhold til å mestre de livsendringene som sykdommen kan medføre.

Diabetes type to kalles ofte for en livsstilssykdom. Betegnelsen livsstilssykdom innebærer at mange oppfatter dette som en sykdom som er selvforskyldt. Følelser av skyld og skam er vanlige reaksjoner. Det er derfor viktig at sykepleier fanger opp dette via kartlegging, og dermed kan gi god sykepleie utfra dette. Som opplever sykdommen som vanskelig, ønsker mer støtte fra helsepersonell og hjelpe for å bearbeide den subjektive følelsen.

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som krever at den som rammes må ofte endre livsstil. Livsstilsendringer kan være krevende for mange. Pasientene erfarte sosial støtte, tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, kosthold og fysisk aktivitet som en viktig mestringsressurs. Støttet fra familie og venner betraktes som en av de viktigste ressursene. Det er derfor viktig at sykepleier hjelper pasienten å skape seg nødvendig kunnskap gjennom informasjon og veiledning samtidig som sykepleier inkluderer pårørende i behandlingen.

Gruppeveiledning som var preget av horisontale forhold, gjensidig tillit og et åpent miljø, viser seg å gi bedre kunnskapsnivå og styrker pasientenes egenomsorgsevner. I tidlig sykdomsforløpet ønsket pasienter en mer individualisert veiledning. Pasienter er ulike og har ulike levevaner, derfor er det viktig at sykepleier lytter til hver enkelte og på den måten utvikler en felles forståelse av situasjonen og hvordan pasienten ønsker å håndtere sin diabetes.

Pasientene opplevde også helsepersonell som hadde mangelfull kunnskap og empati, dette ble opplevd negativt. Sykepleier som jobber med disse pasientene bør derfor ha tilstrekkelig kunnskap, og møte pasienter på en empatisk væremåte.

Litteraturliste

Adolfsson, E. T., B. Starrin, B. Smide og K. Wikblad, 2008, Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - a qualitative study,

International Journal of Nursing studies, Sverige

Alvsvåg, H. (2010). Omsorg –med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning:

Knutstad(Red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2*. Oslo:

Akribe AS

Brinchmann, B.S (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk

<https://diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>

Eide og Eide. (2012). Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research; interpretive data synthesis of processed data. Australian Journal of Advanced Nursing. 20(2). s.

22-26. [Online]. Lastet ned den 23/3-15 fra:

<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

[https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge--](https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge--folkehelse-rappor/#hva-er-diabetes)

[folkehelse-rappor/#hva-er-diabetes](https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge--folkehelse-rappor/#hva-er-diabetes)

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudier.

Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Hasseler, M.K, Von der Heide, M., Indefrey, S. 2010. Resources for and barriers to

effective diabetes care management – experiences and perspectives of people with type 2 diabetes. Journal of public health. Vol. 19. s. 6571

Helsedirektoratet. (2009). Diabetes- Forebygging, diagnostikk og behandling Lastet ned 17.10.09. Kl 20.17 (s.22-33, 40-61, 67-82,96-101)

<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/OO 1 13/Diabetes>

Forebygg 113609 a.PDF.

Hopen, A.L (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. Knutstad, U.(Red)

Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2. (s. 74-107) Oslo: Akribe AS

Janes, R. Titchener, J. Pere, J. Pere, R og Senior, J. (2013). Understanding barriers to glycamemic control from the patients`s perspektive. Journal of primary health

care.1: 5(2): 114-22

- Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. Ørn, S., Mjell, J., og Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. Gyldendal: Akademisk.
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kneck, Å, Klang, B, & Fagerberg, I 2011, 'Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences* 25, 3, pp. 558-566.
- Mosand, R. og Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. Ålmas, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. Red. *Klinisk sykepleie* 1.s. 507-535. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nagelkerk, J., K., Reick og L. Meengs, 2006, Perceived barriers and effective strategy to diabetes self- management, *Journal of advanced nursing, USA*.
- Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru, 2010, Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes, *Journal of Clinical Nursing, Norge*
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (18.04.2013).
- Reitan A.M. (2010) Mestring. I: Knutstad(Red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-Sykepleieboken 2*. (s. 74-107) Oslo: Akribe AS.
- Romsland, G. I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og Rehabilitering*. Gyldendal: Akademisk
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. Kunstad, U. (red.). *Sentral begreper i klinisk sykepleier*. Oslo: Akribe
- St.meld nr.16. (2002-2003). *Resept for et sundere Norge*. Oslo: Fokkehelsepolitikk Kap.4.
- Tjelta, M. og Ingrid: «Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her» – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie av Marie Tjelta og Ingrid Holsen. Side 194 – 205.
- Toska, K (2014) Hormoner: G. Nicolaysen, og P. Holck (red) *Kroppens funksjon og oppbygning* (265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- <https://no.wikipedia.org/wiki/Livsstil>

Vedlegg1: Søkehistorikk.

Søkeord	Dato	Database	An tall tref f	Les te abs tra kte r	Leste artikler	Inkluderte artikler
“Diabetes type to” And “coping”	04.0 1.20 17	Svedmed +	14	3	1	1 ‘Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her.’ – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2
2Diabetes type” and “Lifestyle”	16.0 3.20 17	Cinahl Comple te	22	2	1	0
2Diabetes type” and “Lifestyle” and “Lifestyle change”	16.0 3.20 17	Cinahl Comple te	12	5		1 “Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus”, Scandinavian Journal Of Caring Sciences
“Diabetes type 2” and “Coping” and “challenge”	16.0 3.20 17	Cinahl Comple te	8	4	2	0
“Diabetes type to”and“Patient education” and “experience”	22.0 3.20 17	Svedmed +	16	5	1	1.“Type 2 diabetic patients’ experiences of two different educational approaches”
“Diabetes type to” and “Coping” and “patient experience”	22.0 3.20 17	Cinahl Comple te	8	2	2	0

“Diabetes type to” and “Coping” and “barrier”	23.0 3.20 17	Cinahl Comple e	22	6	4	2 “Perceived barriers and effective strategy to diabetes self- management, Journal of advanced nursing, USA”. Og “Understanding barriers to glycamemic control from the patients`s perspektive. Journal of primary health care”
“Diabetes type to” and “Selfcare”	23.3. 2017	Cinahl Comple e	32	7	2	0
“Diabetes type to” and “selfare” and “social support”	23.3. 2017	Svedmed +	16	4	2	1. “Resources for and barriers to effective diabetes care management – experiences and perspectives of people with type 2 diabetes”
“Diabetes type to” and “education” and “coping”	06.0 4.20 17	Cinahl Comple e	18	5	1	1 “The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. Journal of advanced nursing”
“Diabetes type to” and “Pastient behaviour”	06.0 4.20 17	Cinahl Comple e	10	3	2	“Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes, Journal of Clinical Nursing, Norge”

Vedlegg 2: The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
Karlsen, B., Oftedal, B., Bru, E. 2011. The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related	Hensikten med studien er å undersøke diabetes relaterte bekymring er,	Clinical indicators, diabetes-related distress, healthcare providers, social support,	Kvantitativ studie som har en tverrsnitt design. 689 norske voksne i alderen mellom 30 og 70, med diabetes type to deltok i studien. Det ble sendt ut et	I studien kom det frem at deltakerne opplever et relativt høyt nivå av diabetesrelatert stress. Deltakerne rapporterte om høyere bruk av problemfokustert mestring enn unngåelse av mestring. Deltakerne rapporterte at	Studien er relevant til min oppgaven siden den tar for hvordan personer med

distress among adults with type 2 diabetes. Journal of advanced nursing. 68(2), s. 391-401.	mestringssiler, og oppfatning av sosial støtte mellom voksne med diabetes type 2	type 2 dnanalyseab etes	spørreskjema som deltakerne skulle fylle ut og sende tilbake. 425 deltakere (62%) fylte ut og returnerte skjemaet. Analysen ble gjennomført ved å bruke SPSS 15.0 statistikkpakke	de fleste har tendens å bruke mer energi på oppgaveorientert mestring enn følelsesmessig mestring. De fleste mente at de fikk konstruktiv støtte fra helsepersonell, mens få mente de fikk støttende atferd fra familien. Resultatene viser en tendens til å oppleve følelsesmessig bekymring for å oppfatte sin diabetesbehandling for negativ enn å være bekymret selv om de har tilstrekkelig metabolsk kontroll.	diabetes type to kan påvirkes psykisk og hva de trenger for å takle bekymringer relatert til diabetes
---	--	-------------------------	---	--	---

Vedlegg 3: Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
M. Tjelta, I Holsen (2013) Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her.' – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie av Marie Tjelta og Ingrid Holsen. Side 194 –	1.undersøke faktorer som har betydning for mestring ved diabetes type 2 2. Undersøke deltakernes opplevelser og erfaringer fra et spesielt tilrettelagt opplæringskurs	Chronic deasese, evaluation , group based, health services, lifestyle changes, qualitativ study, social support	Kvalitativ metode med fokusgruppe intervju ble benyttet for å samle data. Det ble valgt 16 kvinner og menn som hadde deltatt på opplæringskurs for mestring av diabetes type to i minst tre måneder. Det ble arrangert tre fokusgruppe intervju: to grupper med 6 og en med 4 deltakere.	Tre spørsmål ble stilt: 1.Hva er viktig for mestring ved diabetes 2? 2.Har deltakelse på kurset hatt betydning for mestring ved diabetes? 3. Hvordan oppleves kurstilbudet? Resultatene viser at kunnskap og sosial støtte har stor betydning for mestring. Deltakerne mente at kurset har gitt økt bevissthet rundt egen sykdom og hatt innvirkninger på ulike valg i hverdagen. De understreker spesielt betydning av å møte andre i samme situasjon og dele erfaring og praktisk kunnskap om mat, fysisk og psykisk aspekter ved diabetes type 2. I tillegg	Denne studien er relevant til min problemstilling fordi den belyser det som er viktig for pasienter for å få informasjon om mestring av sykdommen.

205. Nordisk sykepleieforskning			Hver intervju varer en time og 30 minutter.	uttrykker deltakerne klart behov for oppfølgings kurs.	
---------------------------------	--	--	---	--	--

Vedlegg 4: Resources for and barriers to effective diabetes care management – experiences and perspectives of people with type 2.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
Hasseler, M.K, Von der Heide, M., Indefrey, S. 2010. Resources for and barriers to effective diabetes care management – experiences and perspectives of people with type 2 diabetes. Journal of public health. Vol. 19. s. 6571	Hensikten med studien er å beskrive diabetesrelaterte bekymringer, mestringssil er og oppfatningen av sosial støtte mellom voksne med diabetes type 2.	Diabetes management, nurse-led diabetes clinic, primary care, prevention, health promotion	En kvantitativ studie som har en tverrsnitt design. 689 norske i alderen mellom 30 og 70 med type to diabetes deltok i studien. Det ble sendt ut et spørreskjema som deltakerne skulle svare på og sende tilbake innen tre uker. 425 deltakere (62%) fylte ut returnerte skjemaet. Analysen ble gjennomført ved å bruke SPSS 15.0 statistikkpakke.	Deltakerne opplevde relativt høye nivå av diabetesrelatert stress. De rapporterte at de bekymrer seg mer på faktorer som mestring og sosial støtte enn på kliniske symptomer. Studien viser at deltakerne opplevde en skyldfølelse når de møter diabetesrelatert stress. Deltakerne rapporterte også at helsepersonell bør være oppmerksom at psykososial tilnærming kan være de viktige diabetesrelaterte bekymringer, og ikke nødvendigvis metabolsk kontroll.	Studien er relevant til min problemstilling siden den tar for seg identifisering av faktorer som utløser diabetesrelatert stress. Studien belyser også hindringer og ressurser for en effektiv mestring for pasienter perspektiv

Vedlegg 5: Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. *Journal of advanced nursing*.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
Bagnasco, A., Giacomo, P. D., Mora, R.D.RD., Catania, G., Turci, C., Rocco, G. & Sasso, L. 2013. Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. <i>Journal of advanced nursing</i> . 70 (1), 187-200. Doi: 10.1111/jan.12178	Å beskrive en protokoll for en kvantativ systematisk gjennomgang, for å identifisere kritikk og oppsummere faktorer som påvirker selvmestring.	Assessment, diabetes, nursing, self-management, self-management behavior, systematic review.	Spørsmålet ble definert etter befolkning, intervensjoner, komparatorer, resultater og studiedesign. Protokollen inkluderte beslutninger om spørsmålet, inklusjonskriterier, søkestrategi, studieutvalg, data synteser og planer for formidling.	En bedre forståelse for personlige kjennetegn av en forbedret pasientmyndiggjøring, som kan være et alternativ for pasientutvikling. Gjennom empowerment, tar pasienter ansvar for egne valg og respektive konsekvenser. Personlige kjennetegn for kroniske pasienter, slik som etniske helseferdigheter og følelser har en innvirkning på behandling og effektivitet av selvmestringsutvikling. Begrepet selvmestring trenger å bli bedre definert, i litteraturen blir det ofte brukt som et synonym for egenomsorg eller egenomsorgsmestring.	Kjennetegnen som kommer frem i studien bør være inkludert i sykepleierens vurderingsplan for pasienter med diabetes for å øke effektiviteten av selvmestringsutvikling.

Vedlegg 6: Perceived barriers and effective strategy to diabetes self- management, Journal of advanced nursing, USA.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Nagelkerk, J., K., Reick og L. Meengs, 2006, Perceived barriers and effective strategy to diabetes self-management, Journal of advanced nursing, USA	Hensikten med studien er å fremheve ulike barrierer, samt finne strategier for egenomsorg hos pasienter med diabetes type to		Kvalitativ studie, 24 personer fra primærhelsetjenestene diagnostisert diabetes type to var rekruttert to delta i undersøkelsen. Inklusjonskriteriene var å være 21 år eller eldre, ha en diagnose av type 2-diabetes, ha en telefon, kan pålitelig lese, skrive og snakke engelsk.	Funnene viser mangfull kunnskap om bestemt diett og oppsett av ernæringsplan hos personer med diabetes type to, mangel på forståelse av behandlingsplan, frustrasjon og hjelpeløshet, utgjør barrierer for å oppnå mestring Samarbeid og positive holdninger fremmer læring og ansvarlighet.	Artikkelen er relevant for oppgaven da den synliggjør pasienters opplevde utfordringer, samt effektive strategier, for egenomsorg, noe som vil ha betydning for mestring

Vedlegg 7: Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
Jansink, R., J. Braspennin g, T. Weijden, G. Elwyn og R. Grol, 2010, Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis, BMC Family	Undersøke barrierer og utfordringer ved veiledning. Fokus på sykepleier, pasient og praksis. Kvalitativ	.	Kvalitativ semi-strukturert studie. 13 tyske, kvinnelige sykepleiere, med generell sykepleiekompetanse, som arbeider med diabetikere	Hovedfunnene viser manglende ferdigheter innen veiledning og undervisning hos sykepleiere, samt mangel på tid til tett oppfølging og mangel på undervisningsmaterie ll. Pasientene hadde begrenset kunnskap om en sunn livsstil og begrenset innsikt i egen atferd, og de manglet motivasjon til å endre sin livsstil eller disiplin til å forbedre og opprettholde livsstil .	Den aktuelle studien undersøkte barrierer som sykepleier møter i livsstil rådgivning til pasienter med type 2 diabetes.

Vedlegg 8: Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes, Journal of Clinical Nursing, Norge.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Oftedal, B., B. Karlsen og E. Bru, 2009, Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes, Journal of Clinical Nursing, Norge	Hensikten med studien var å identifisere livsverdier og beskrive hvordan disse påvirker motivasjonen for egenomsorg og mestring	focus groups, life values, motivation, nursing, self-regulation behaviours, type 2 diabetes	En kvalitativ semistrukturert intervju design som inkluderte fokusgrupper ble brukt for å samla data. 19 voksne med type 2 diabetes deltok i undersøkelsen. Data ble analysert ved anvendelse av en kvalitativ innholdsanalyse. Intervjuet fokuserte på to hovedtema: hva er viktige livsverdier og hvordan verdiene påvirker motivasjon til egenomsorg.	Seks livsverdier kom frem: opprettholde livs og lang levetid, følelse av kroppslig velvære, bevare et positivt kroppsbylde selvbestemmelse, opprettholde evne til å arbeide og tilhørighet. Resultatene hevder at livsverdier kan komme i konflikt med selvregulerende atferd, og dermed påvirke motivasjonen for egenomsorg.	Studien er relevant til min oppgave fordi den tar for livsverdier som faktorer som kan påvirke motivasjonen til egenomsorg hos personer med diabetes type 2

Vedlegg 10: Adolfsson, E. T., B. Starrin, B. Smide og K. Wikblad, 2008, Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - a qualitative study, International Journal of Nursing Studies, Sverige.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
Adolfsson, E. T., B. Starrin, B. Smide og K. Wikblad, 2008, Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - a qualitative study, International Journal of Nursing Studies, Sverige.	Målet med studien var å undersøke pasienters erfaringer med å delta i et empowerment-gruppeprogram eller motta individuell rådgivning	Empowerment group; Individuell rådgivning; Type 2 diabetes	Kvalitativ studie. 28 pasienter fra syv primære omsorgssentre ble intervjuet. Av disse hadde 14 mottatt individuell rådgivning, og de resterende 14 hadde også deltatt i 4-5 Empowerment gruppesamlinger.	Gruppeveiledning med horisontal relasjoner der deltakerne deltar og deler erfaring med andre og med veileder bidrar til å styrke egenomsorgsevner. I individuell rådgiving derimot, fungerer veileder som overordnede og gir råd som pasienter skal følge. Pasienter har en passiv rolle.	Gruppeveiledning med horisontale relasjoner tar pasienter en rolle som styrker egenomsorgsevne.

