

Tekle Tesfamichael Negassi og Truc Thao My Nina
Truong

Bacheloroppgave

Veiledning og undervisning til pasienter med
nylig diagnostisert diabetes type 2

Bacheloroppgave i SPL

Veileder: Else Berit Stenseth

Juni 2020

Tekle Tesfamichael Negassi og Truc Thao My Nina
Truong

Bacheloroppgave

Veiledning og undervisning til pasienter med nylig
diagnostisert diabetes type 2

Bacheloroppgave i SPL
Veileder: Else Berit Stenseth
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Veiledning og undervisning til pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2		Dato :	02/06.2020
Forfattere:	Tekle Tesfamichael Negassi og Truc Thao My Nina Truong			
Veileder(e):	Else Berit Stenseth			
Stikkord/nøkkelord	Diabetes type 2, veiledning og undervisning, sykepleierrollen, motivasjon			
Antall sider/ord: 40 sider/ 10081 ord	Antall vedlegg: 0			
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hvor viktig det er å starte sykepleieintervensjon tidlig i sykdomsfasen. Dette er for å styrke pasientens egenomsorg i sykdomsbehandlingen og mestre hverdagen.</p> <p>Metode: Det ble gjort systematisk litteratursøk på to databaser og en litteraturstudie basert på 5 kvalitative og kvantitative forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Det å tilegne seg nok kunnskap og riktig informasjon i tidlig sykdomsfase oppleves som et godt utgangspunkt i veiledning og undervisning til pasienter med nylig diagnostisert diabetes. Resultat viste at pasienter som fikk veiledning tidlig i sykdomsfasen hadde et bedre grunnlag for å mestre sin sykdom. Å startet opp med tiltak tidlig gjorde dem mer i stand til å mestre hverdagen. På en annen side var pasients motivasjon en hindrende faktor i veiledningssituasjonen. Pasienttilnærming og pasientens deltagelse i veiledningssammenheng ville påvirke deres motivasjon. Det er da sykepleiers rolle å se pasienten individuelt og vurdere tiltak tilpasset deres individuelle evne.</p> <p>Konklusjon: For å kunne starte sykepleieintervensjon tidlig forutsetter det at sykepleier har god kompetanse, samt at pasienten har motivasjon til å handle etter de tiltak som blir anbefalt. Dette vil styrke både deres kunnskap om sykdommen og egenomsorg.</p>				

ABSTRACT

Title:	Guidance and teaching to patients with newly diagnosed type 2 diabetes	Date :	2/6- 2020
Authors:	Tekle Tesfamichael Negassi and Truc Thao My Nina Truong		
Supervisor(s)	Else Berit Stenseth		
Keywords	Type 2 diabetes mellitus, guidance and instructions, nurse roles, motivations		
Number of pages/words:	40 pages/ 10081 words	Number of appendix:	0
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Aim: The purpose of the assignment is to illustrate the importance of starting nursing intervention early in the disease phase. This is to strengthen the patient's self-care in the treatment of illness and to master everyday life.</p> <p>Methods: A systematic literature search was conducted on two databases and a literature study based on 5 qualitative and quantitative research articles.</p> <p>Results: Gaining enough knowledge and accurate information in the early stages of illness is seen as a good starting point in counseling and teaching patients with newly diagnosed diabetes. Results showed that patients who received guidance in the early phase of the disease had a better basis for coping with their disease. Getting started with measures as early as possible made them more capable of mastering everyday life. On the other hand, patient motivation was an hindering factor in the counseling situation. Patient approach and patient participation in counseling would influence their motivation. It is then the role of the nurse to see the patient individually and to assess measures adapted to their individual ability.</p> <p>Conclusion: In order to be able to start the nursing intervention early, it requires a nurse who has good competence, while at the same time the patient has the motivation to handle the recommended measures. This will strengthen both their knowledge about the disease and self-care.</p>			

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	4
2.0 TEORI	5
2.1 BEGREPSFORKLARING	5
2.2.1 HVA ER DIABETES TYPE 2	6
2.2.2 JOYCE TRAVELBEE	8
2.2.3 VEILEDNING OG UNDERVISNING	9
2.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	11
2.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	11
2.5 AVGRENSNING	12
2.6 OPPGAVENS DISPOSISJON	12
3.0 METODE	12
3.1 LITTERATURSTUDIET	13
3.2 SØKESTRATEGI	13
3.3 INKLUSJON-/EKSKLUSJONSMETODE	15
3.4 KILDEKRITIKK	16
4.0 RESULTATPRESENTASJON	17
4.1 FUNN FRA ARTIKLENE	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 METODEDISKUSJON	23
5.2 RESULTATDISKUSJON	25
5.2.1 UNDERVISNING OG VEILEDNING	25
5.2.1.1 Å LEVE MED KRONISK SYKDOM	25
5.2.1.2 SYKEPLEIERROLLEN	28
5.2.1.3 KUNNSKAP OG INFORMASJON	30
5.2.2 Å FREMME MOTIVASJON OG EMPOWERMENT HOS PASIENT	32
6.0 KONKLUSJON	35
7.0 LITTERATURLISTE	37

1.0 INNLEDNING

1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

Grunnen til at vi har valgt å skrive om diabetes mellitus type 2 er fordi det er en av de vanligste folkesykdommene i Norge. Diabetes type 2 rammer oftest personer i 40-årsalderen og eldre. Med alderen øker også forekomsten. Hos personer mellom 40 og 50 årene er det rundt 3% av befolkningen som har diabetes type 2. Hos personer over 70 år er forekomsten på opp imot 15% (Jenssen, 2017).

Det er cirka 200.000 registrerte personer med diabetes type 2 i Norge i dag. I tillegg er det mange som ikke vet at de har sykdommen (Diabetesforbundet, 2016).

Undersøkelser tyder på at for hver 100. pasient med kjent diabetes, kan det være mellom 50 og 100 med uoppdaget 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. (Diabetesforbundet, 2016).

Vi har valgt å skrive om diabetes mellitus type 2 fordi det er en stor pasientgruppe som vi har vært borti i alle våre praksisperioder samt i våre nære relasjoner. Vi kommer antageligvis også til å møte pasientgruppen i vår fremtidige yrkeskarriere. Vi har valgt dette temaet for å øke kunnskapen vår om hvordan det å veilede og undervise pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2. Vi ønsker å bruke nyere forskning og effektive veilednings- og undervisningsmetoder for å hjelpe disse pasientene videre.

Vi har sett at sykepleiers rolle i forhold til veiledning er viktig. Informasjonen pasientene mottar er med på å forme deres kunnskap om sykdommen og dermed gjøre dem istand til å håndtere egen situasjon. Sykepleiere har en veiledende og undervisende rolle når det gjelder å gjøre nyoppdaget diabetes pasienter i stand til å leve best mulig med sykdommen. Kost-, aktivitets- og medisinsk veiledning er noen av de viktigste intervensjonene sykepleierne

utfører hos pasientene (Mosand og Stubberud,2016). Som sykepleiere ønsker vi å kunne hjelpe denne pasienten å mestre hverdagen og leve så godt som mulig med sykdommen.

2.0 TEORI

2.1 BEGREPSFORKLARING

Helsefremming

Helsefremmende arbeid skal bidra til pasienten får økt kontroll og forbedring av helse. I konferanser om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986 ble helsefremmende arbeid definert som:

For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø” (Mæland, 2017).

Begrepet empowerment, mestring og kommunikasjon står sentralt i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2017).

Mestring

Engstelighet, krisesituasjoner og andre psykiske belastninger er alltid knyttet med følelse av ubehag, mistriksel og redusert livskvalitet. Slike negative følelsesopplevelser resulterer til motivasjon for endring i situasjonen. “Mestring beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistriksel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen,2015, s.259). Ifølge Lazarus og Folkman (1984) er mestring kategorisert i to hovedformer; problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokuset mestring handler om at individet jobber mot den aktuelle situasjonen og finner en løsning eller avslutte de vanskelighetene eller problemene som er knyttet til situasjonen. Følelsesmessig fokusert mestring derimot, handler om at individet retter seg mot de følelsesmessige problemene som er forbundet til en situasjon eller hendelse og prøver å

minimalisere eller eliminere det følelsesmessig ubehaget uten å endre situasjonen (Håkonsen, 2015, s.259).

2.2.1 HVA ER DIABETES TYPE 2

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som rammer flest personer i 40 årsalderen og eldre. Forekomsten av sykdommen er økende i den vestlig delen av verden og det har en klar sammenheng både med arv og levemåte. Sykdommen arter seg ved at bukspyttkjertelen produserer for lite insulin eller at virkningen av insulin er betraktelig redusert (Jenssen, 2017).

Insulin og glukagon er hormoner som produseres i bukspyttkjertelen. Begge hormonene har motsatt virkninger i reguleringen av blodsukkernivået i blodet og opprettholde stabiliteten. Insulinets hovedrolle er å sørge for at glukose blir tatt opp av cellene i absorpsjonsfasen. Utskillelsen av mengde insulin reguleres hovedsakelig av glukosekonsentrasjon i blodet. Mengden sekresjon av insulin ved høyt eller lavt blodsukker skjer automatisk uten at man tenker på det (Sand et al., 2016 s. 209-210).

Hovedårsakene til diabetes type 2 er en kombinasjon av livsstil, arv og miljø. Ved diabetes type 2 blir de cellene som produserer insulin i langerhanske øyene delvis ødelagt. Dermed blir insulinproduksjonen utilstrekkelig. Da vil kroppscellene gi signal om at det er for lite glukose i blodet og leveren vil bli stimulert av hormonet glukagon. Leveren vil da produsere overskudd av glukose, noe som fører til at blodsukkernivået stiger. Det høye glukosenivået i blodet ved diabetes type 2 er forårsaket av utilstrekkelig produksjon av insulin og overskuddsproduksjon av glukagon. De fleste av pasientene med denne sykdommen har insulinresistens, noe som er årsak til diabetes type 2. Med insulinresistens menes det at insulin virkningen på muskulaturen, leveren og fettcellene blir betydelig redusert (Jenssen, 2017).

Genetisk disponering har mye å si for å få diabetes type 2. Livsstils forholdene vil også være avgjørende for utvikling av sykdommen. De viktigste risikofaktorene ved diabetes type 2 er overvektighet, hypertensjon, forstyrret sammensetning av fettstoffer i blodet, røyking og

insulin insuffisiens (Jenssen, 2017). Ved arv menes det at man er disponert og har større sannsynlighet for å få sykdommen, men det er individets livsstil som avgjør utviklingen. Det er 90% sjans for å få diabetes type 2 hvis begge foreldrene har sykdommen og 40% sjans hvis en av foreldrene har det. Andre faktorer som kan påvirke utvikling av sykdommen er tidligere nedsatt glukoseintoleranse, alvorlig psykiske problemer, daglig røyking og etnisk bakgrunn fra ikke vestlig land (Vaaler og Møinichen, 2014).

I tidlig fase av sykdomstilstanden er det enten ingen symptomer eller lite symptomer for å kunne stille diagnosen. I denne perioden har pasienten en normalt fastende blodsukker verdi og gradvis økende verdi etter måltidene, noe som kalles insulin-intoleranse. Mange går med uoppdaget diabetes type 2 i flere år på grunn av at det ikke er ledsaget av symptomer. De viktigste symptomene ved diabetes type 2 er, dehydrasjon, tørste, polyuri, vekttap, tretthet, og slapphet (Jenssen, 2017).

For å kunne stille diagnosen diabetes mellitus type 2 observeres det som heter todelt insulinfrigjøring. Hos en som ikke har diabetes frigjøres det et rask insulin rett etter måltid og en gradvis økende i de kommende 30-90 minuttene. Den raske insulinfrigjøring rett etter matinntak er viktig for å unngå at glukoseverdien i blodet ikke skal stige til et unormalt høyt nivå i løpet av de to neste timene. Hos et individ som er på kanten til å utvikle diabetes type 2 vil den raske insulinsekresjonen være svekket eller fraværende. Hos mange med diabetes type 2 vil den totale virkning av insulin bli redusert etter mange år og pasienten kan eventuelt ha behov for insulintilførsel som behandlingen (Jenssen, 2017).

Hvis det fastende glukosenivået er målt over 7,0mmol/L og pasienten har symptomer, som tidligere nevnt, kan diagnosen stilles sikkert. Hvis pasienten ikke er plaget av symptomene, må målingen tas to ganger. Det som kan være problem med å stille diagnosen er at blodsukkernivået varierer med måltider, fysisk aktivitet og andre faktorer (Furuset, 2014).

Behandlingen av diabetes type 2 vil alltid være avhengig av livsstilsendringer. En må kunne opprettholde normal glukoseverdi, blodtrykk og kolesterol. For å kunne opprettholde disse verdiene normalt vil det trolig kreve en signifikant livsstilsendringer. Hvis tiltakene ved

livsstilsendringer ikke klarer å dempe sykdommens utviklingen, må behandlingen gå over til legemidler (Jenssen, 2017).

Hos nylig diagnostisert diabetes type 2, vil endringer i kosthold og fysisk aktivitet hjelpe i reguleringen av glukosenivået i blodet. Som nevnt ovenfor, produseres det for mye av hormonet glukagon ved diabetes type 2, noe som har virkning på å stimulerer leveren til å produsere for mye glukose. Hvis blodglukose ikke er tilstrekkelig kontrollert ved kosthold og aktivitetstilpasning i løpet av de første månedene, er det viktig å bruke antidiabetika for å regulere blodsukkeret (Jenssen, 2017).

Dårlig behandling av diabetes type 2 gir høyt glukosenivå over lengre tid. Dette kan utsette pasienten betydelig for utvikling av senkomplikasjoner. Eksempler på de vanligste komplikasjoner er nefropati, retinopati, nevropati, hjerneslag, hjerteinfarkt, aterosklerose og nedsatt sirkulasjon ned til føtter og leggene (Jenssen, 2017).

2.2.2 JOYCE TRAVELBEE

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973). Travelbees sykepleieteori legger stor vekt på at mennesket er et unik individ som er ganske like, men fortsatt ulikt alle andre (Travelbee, 1999, s. 54).

Travelbees' definisjon på sykepleie er:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier praktiserer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å bygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

I følge Travelbee handler ikke helsefremmende undervisning for eksempel om å lære en person med diabetes å administrere insulin, men mener at begrepet betyr mer.

Det handler om å hjelpe et individet og pårørende med å forebygge sykdom eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Målet med helsefremmende undervisningen er at personen med sykdom skal finne ut meningen med handlingene i sykdommen og tiltakene som blir

gjort, slik at vedkommende opplever disse helsebevarende tiltakene er viktig for en selv, for å opprettholde en god helse og for å få kontroll over symptomene (Travelbee, 1999, s. 34).

Travelbee (1999) mener også at en god sykepleier skal kunne kommunisere med pasienter. Kommunikasjon er en prosess som kan føre til at partene trekkes nærmere hverandre og etablere et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (1999) mener at forholdet mellom sykepleieren og pasienten da skal etableres. Det som kjennetegner et slikt forhold er at sykepleieren og pasienten ser hverandre som et enkeltindivid på lik linje og ikke som “sykepleier” og en “pasient”. Denne relasjonen kan etableres via kommunikasjon. Det gir sykepleieren anledning til å bli kjent med pasienten og behovene blir ivaretatt. I følge Travelbee må sykepleieren ha en tilknytning til pasienten for at pasienten skal mestre sin sykdom. Sykepleieren får anledning til å søke og hente informasjon som kan hjelpe pasienten med å forebygge og mestre sykdommen. Sykepleieren må vurdere og evaluere i hvilken grad mål og hensikt har oppnådd gjennom samtalen. Det som avgjør om målet nås er sykepleierens atferd, hvordan møtet er planlagt, hvordan det tilrettelagt og hvordan samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten er (Travelbee, 1999 s.135-136).

2.2.3 VEILEDNING OG UNDERVISNING

Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på humanistiske verdier og kunnskap (Tveiten, 2018).

Tanken om veiledning brukes i hele tilnærmingen og møte mellom sykepleiere og pasienten. Vår forståelse av begrepet veiledningen tar sikte på de rammene og holdningene som skal fremmes for å møte pasienten. Begrepet veiledning kan ha bredt innhold, men oppgaven tar sikte på samtalene, holdningene og omsorgen som er viktige for å fremme mestring og skape en god veiledningssituasjon. Møtet med pasienten i en veiledningssituasjon krever en faglig kompetanse av sykepleie (Kirkevold, 2016).

All veiledning som blir gitt er en for å gjøre mottaker stand til å mestre. I sammenheng med kronisk sykdom vil mestring dreie seg om blant annet å leve med sykdommen, mestre

pasientrollen og legge til rette for og leve et sunt eller helsefremmende liv. Tveiten (2018) forteller at sykepleier kan være en hjelper i empowermentprosessen. Denne prosessen varierer og er individuelt for hver pasient. Veiledningen er en form for samarbeid der sykepleier, pasient og eventuelt pårørende deler meninger, tanker, mål og muligheter som kan fremme helse hos pasienten. For å gjøre samarbeidet gjensidig må sykepleier komme med god kompetanse. Sykepleier må ha kompetanse innenfor kunnskap, holdninger og ferdigheter for å kunne gi god veiledning til pasient. (Tveiten, 2018)

Det å tilegne seg nok kunnskap om sykdommen styrker opplevelsen av mestring og kontroll over sitt eget liv ved en kronisk sykdom. Mange lever med en kronisk sykdom i flere år og har lært seg ulike mestringsstrategier for å forebygge konsekvenser av sykdommen. Pasienten lærer seg blant annet blodsuktermåling, insulin setting, påvirkning av matinntak og fysisk aktivitet på blodsukkeret. For at pasienten skal kunne mestre sykdommen sin må pasienten få tilstrekkelig veiledning og undervisning av helsepersonell. Sykepleiere har ansvar for å veilede og undervise pasienter med for eksempel kost ,aktivitet, medisiner og bruk av ny utstyr og ressurser. I løpet av den korte stunden sykepleier har sammen med pasienten kan de utføre flere veiledende og undervisende helsetjenester (Fermann og Næss, 2010).

For at veiledning og undervisning skal lykkes, må sykepleierne kunne vurdere hvor mottakelig pasienten er. Motivasjon er en av de viktigste faktorene som får pasienten til å være villig for lære. Å skape en god relasjon mellom sykepleierne og pasienten er en god start. En god relasjon gjør at pasienten blir aktiv deltaker og er med i å skape bedre utgangspunkt i veiledningen og undervisningen (Mosand og Stubberud, 2016).

Å etablere en trygghetsskapende relasjon mellom pasient og sykepleier er et viktig utgangspunkt for å kunne utøve integritetsbevarende sykepleie overfor pasienten. Sykepleiere bør prøve så godt de kan for å ivareta pasientens interesser og behov når pasienten selv ikke mestrer dem. Det som er viktig med veiledning i forhold til livsstilsendringer er at gamle vaner og holdninger bevares så godt som mulig, mens nye rutiner iverksettes. Det er for opprettholde livskvaliteten til pasienten, slik at de ikke må føle at å utføre nye tiltak blir en byrde for dem (Kirkevold, 2016).

2.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Formålet med oppgaven er å styrke kunnskapen vår om hvordan vi som sykepleiere skal kunne veilede og undervise pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. I den første fasen av sykdomsperioden er pasientene avhengig av å få riktig og tilstrekkelig informasjon og nok kunnskap om hva sykdommen dreier seg. En tidlig intervensjon der pasienten får informasjon og kunnskap om sykdommen så tidlig som mulig, vil gjøre dem mer rustet til hvordan de skal håndtere sykdommen videre. Ved intervensjonen bør det fokuseres på for eksempel kostveiledning, opplæring i måling av blodglukose og håndtering av insulininjeksjoner. Målet er at pasienten skal kunne oppnå egenomsorg i sykdomsbehandlingen for å mestre hverdagen (Mosand og Stubberud, 2016).

Diabetes krever god egenomsorgsevne og det er viktig for pasienten å identifisere hvilke personlige behov de har. Gamle vaner som fysisk aktivitet og kosthold er behandlingsmål i forhold til livsstilsendring som er mulig å jobbe mot. Disse behandlingsmålene vil kunne opprettholde pasientens livskvalitet (Iverse, 2016). En god og helsefremmende veiledning og undervisning er basert på en bred kunnskap om sykdommen. Ved nyoppdaget diabetes har sykepleierne en viktig rolle i å veilede og undervise pasienten til å mestre sykdommen. En utfordring som kan oppstå ved veiledning er hvordan sykepleier kan motivere pasienten til livsstilsendringer. Det er mange pasienter som har vanskeligheter med å akseptere at de har fått sykdommen og kan føle seg skyldige. Slike reaksjoner kan gjøre veiledningen og behandlingen vanskeligere (Mosand og Stubberud, 2016).

2.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Hvordan kan sykepleiere bidra til livsstilsendring hos nylig diagnostiserte pasienter med diabetes type 2 gjennom veiledning og undervisning?

2.5 AVGRENING

Diabetes type 2 kan forekomme hos personer under 40 årsalderen, men vi vil fokusere på at målgruppa i oppgaven er personer i 40 årsalderen og eldre. Grunnen til dette er fordi sykdommen rammer flest personer i denne aldersgruppen. Yngre personene er sjeldnere tilfeller (Jenssen, 2017). Vi har også begrenset oss til kun diabetespasienter med diabetes type 2. Selv om diabetes type 1 og diabetes type 2 har flere fellestrekk, er det en stor forskjell mellom disse. Diabetes type 2 skyldes at pancreas produserer for lite insulin eller at kroppen reagerer dårlig på insulin. Det gjør da at insulin ikke virker tilstrekkelig. Sykdommen kan reguleres ved livsendring. Diabetes type 1 derimot, skyldes at bukspyttkjertelen ikke produserer insulin og pasienten blir avhengig av insulin tilførsel (Jenssen, 2017).

2.6 OPPGAVENS DISPOSISJON

I kapittel 2.0 presenterer vi bakgrunnsteori for oppgaven i tillegg til sykepleieteori av Joyce Travelbee. Vi viser også til vår begrepsforklaring, hensikt, problemstilling og avgrensning i dette kapitlet. Videre i kapittel 3.0 er det beskrevet metode for søk av artiklene.

Inklusjon-/eksklusjonskriterier, kildekritikk og presentasjon av forskningsartikler blir beskrevet der. I kapittel 4.0 er resultatet presentert. Det står beskrevet hensikt, metode, resultat av studie og funn av relevant informasjon til denne oppgaven. Kapittel 5.0 er drøftingskapitlet. Der vil det først bli presenteres metodediskusjon og deretter går det over til resultatdiskusjon. I denne delen vil de relevante funn i resultat bli diskutert opp mot relevant teori. Avslutningsvis er konklusjon vist i kapittel 6.0 og litteraturliste lagt fram til slutt.

3.0 METODE

Vi vil presentere hvordan vi kom fram til de valgte artiklene. Vi vil vise søkestrategi, inklusjon/eksklusjonskriterier og kvalitetsvurderinger

3.1 LITTERATURSTUDIET

Vår bacheloroppgave i sykepleie er basert på litteraturstudie. Vi skal beskrive om hvordan vi har kommet fram til relevante forskningsartikler. Litteraturstudien sortere og systematisere kunnskaper fra de forskjellig skriftlige kildene som blir brukt. Det å systematisere handler om å innhente litteratur, kritisere den og oppsummere det hele. Ambisjonen er for skaffe leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen i forhold til det problemstillingen spør om, og hvordan en har oppnådd kunnskapen (Thidemann, 201, s. 79). Med tanke på vår problemstilling har vi valgt å bruke både kvalitative og kvantitative studier. grunnen til dette er fordi de ulike studietypene belyser temaet vårt med forskjellige synsvinkler. På den måten vil vi kunne hente inn ulike typer informasjon om tema.

3.2 SØKESTRATEGI

Vi har valgt å benytte oss av PICO-skjema (tabell 1) som søkestrategi. Skjema gir en struktur og belyser tydelig problemstillingen i forhold til hvem vi fokuserer på, tiltak som ønskes tatt i bruk, også sammenliknet med andre tiltak og utfall av tiltakene. Ved å ha brukt dette skjema var det lettere å finne fram til relevante søkeord og kombinasjoner av dem.

Tabell 1:

	<u>P – patient</u> <i>(pasient/problem)</i>	<u>I – intervention</u> <i>(innblanding/ tiltak)</i>	<u>C –</u> <u>comparison</u> <i>(sammenligning)</i>	<u>O – outcome (utfall)</u>
	Pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2	Faktorer som motiverer deltakelse i undervisning veiledning		<ul style="list-style-type: none">- Mestring av egen sykdom- Bedre livskvalitet- Minimalisere akutt- og senkomplikasjoner- Livskvalitet

Søke ord	- Type 2 Diabetes Mellitus - Nurses role - Newly diagnosed	- Guidance - Motivation		- Self Management - Lifestyle Change - Quality of life
----------	--	----------------------------	--	--

PICO står for «P» patient/problem: hvilken pasientgruppe eller problem det handler om, «I» intervention: hva vi er interessert i gjøre hos pasienten, «C» Comparison: hvis det var noe vi ønsket å sammenlikne og «O» for outcome: Hva vi vi ville oppnå hos pasientgruppen. Vi har videre valgt å ikke bruke “C” comparison med tanke på at vi ikke har noe å sammenlign. Vi kom fram til følgende søkeord som da passet til vår problemstilling: Type 2 diabetes mellitus, Nurse role, Newly diagnosed, guidance, motivation, self management, lifestyle change og Quality of life.

Kilvik og Lamøy (2005) anbefaler å bruke emneord systemer for å få bedre kontroll over søket. De sier videre at en også burde bruke frisøking i kombinasjon med emneordsøking for å få et mest mulig fullstendig resultat (Thidemann, 2015, s.87) Vi har da benyttet oss av databasene Medline og Pubmed for å søke på artikler. Tabell 2 viser søket vårt.

Vi startet søket på MedLine med å individuelt søke opp for hvert av nøkkelordene “ Diabetes Mellitus type 2”, “Quality of life” og “Nurse”. Vi satte dem da opp i en tabell og så på hvor mange treff de ga. Vi fikk da ved å bruke søkemotoren AND til slutt 12 antall treff på artikler. Vi begynte grundigere å se på hva overskriftene på artiklene var. Vi valgte å eliminerte flere artikler med en gang de vi så ikke var relevante i det hele tatt. De resterende treffene lagret vi for senere å lese gjennom.

Med databasen Pubmed, valgte vi å bruke frisøk i form av fritekst. Vi kombinerte ordene ved å sette komma mellom søkeordene. Ord som “Type 2 diabetes mellitus”, ”Newly diagnosed”, “motivation”, “lifestyle change” ble kombinert og vi satt igjen med seks artikler. På samme måte som med Medline leste vi gjennom alle overskriftene og valgte ut de som mulig passet til vår oppgave.

Vi så først på overskrifter og valgte dem som mulig kunne være relevante for oss. Vi hadde som mål å finne 8-10 mulige artikler vi skulle vurdere videre. Vi hadde etter søk på begge databasene funne 10 artikler som vi mente kunne være relevante. Da leste vi gjennom Abstract og så at noen av dem ikke var relevante for vår problemstilling. De som ikke passet ble ekskludert. Vi gikk videre med å sjekke artiklene opp mot fagfelleevaluering fra *NSD register for vitenskapelige publiseringskanaler (2017)*. Vi valgte å bruke artikler på minst nivå 1 for å sikre at artiklene vi fant er til å stole på. Vi leste vi gjennom de resterende artiklene for analyse og datainnsamling. Avslutningsvis gikk vi over skjekklister fra helsebiblioteket for videre vurdering av artiklene.

Tabell 2:

Søkeord	Database	Antall treff	Valgte studier
Frisøk: Type 2 Diabetes mellitus, Self Management, guidance	PubMed	30	Artikkel 1
Frisøk: Type 2 diabetes mellitus, newly diagnosed, motivation, lifestyle change	Pubmed	6	Artikkel 2 og artikkel 5
Diabetes Mellitus Type 2 AND Quality of life AND Nurses	Medline	12	Artikkel 3
Diabetes Mellitus Type 2 AND Nurses roles AND Quality of life	Medline	12	Artikkel 4

3.3 INKLUSJON-/EKSKLUSJONSMETODE

Vi har avgrenset søket vårt ved å kun bruke artikler publisert maks fem år tilbake i tid. Grunnen til dette er fordi vi vil bruke den mest oppdaterte informasjonen og nyeste forskning i vår oppgave. Vi har også valgt å bruke engelsk skriftlig artikler grunnet av at det er lite informasjon om dette på norsk og at det finnes flere tekster skrevet på engelsk.

Tabell 3

inklusionskriterier	eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ● Nylig diagnostisert med diabetes type 2 max 1 år ● alder over 40 år ● begge kjønn 	<ul style="list-style-type: none"> ● diabetes type 1 ● pasienter med diabetes over 1 år ● sekundær diabetes ● svangerskapsdiabetes ● pasienter under 40 år ● pasienter med alvorlig sykdommer ● pasienter med psykisk sykdommer

3.4 KILDEKRITIKK

Artiklene vi valgte var kun i IMRAD struktur. Det er en mal for hvordan de fleste vitenskapelig artikkel er bygget opp. Vi ville da med en gang funnet ut om det var en fagartikkel eller en vitenskapelig artikkel. Disse artiklene pleier som oftest å ha et sammendrag/abstract innledningsvis og etter strukturen følger Introduksjon, Metode, Resultat And Diskusjon (Nortvedt et.al. 2012, s.69). Ved å ha denne strukturen var det lettere å finne fram til informasjon relatert til vår egen oppgave.

For å sikre at vi hadde funnet artikler som var gode valgte vi å bruke fagfellevurdering fra NSD *register for vitenskapelige publiseringskanaler*. Kun artikler som var i nivå 1 eller 2 ble brukt. Vi brukte også sjekklister fra helsebiblioteket. Ved bruken av disse sjekklister så vi at artiklene vi valgte var forståelige, klare problemstillinger og var pålitelige.

Sjekklister fra helsebiblioteket er blitt brukt for å vurdere artiklene. Da ble artikkelen satt opp med ulike kontrollspørsmål som passet studiedesignet av artikkelen. Vi gikk gjennom og så på problemstillingen. I sjekklister så vi at vi svarte ja på flere kriterier, og derfor valgte disse artiklene.

Artiklene av Yamamoto et. al. (2016), Pon et. al, Wei et. al. (2019) og Sebire et. al (2018) var kvalitative studier, og ble kvalitetsvurdert ved hjelp av Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ forskning. Ved hjelp av sjekklisten fant vi ut at artikkelen hadde et klart formål, utvalgsmetode og at resultatene og konklusjonen var forståelig. Artikkelen av Troughton et al (2018) var en RCT studie som har blitt kvalitetsvurdert i forhold til vurderingskriterier for randomisert kontrollstudie. Sjekklisten viste at formålet var klart, deltakerne ble tilfeldig vurdert og gruppene var like i studien fra start til slutt.

4.0 RESULTATPRESENTASJON

Tabell 4

Forfattere/ tidsskrift	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Artikkel 1 (2016): Effect of a newly-devised nutritional guide based on self-efficacy for patients with type 2 diabetes in Japan over 2 years: 1-year intervention and 1-year follow-up studies Yamamoto T., Moyama S. og Yano H. i <i>Journal of Diabetes Investigation</i></p>	<p>Undersøke effekten av E-guide på glukosekontroll og vekt kontroll over pasienter med diabetes type 2 fokusert på følelse av mestringsevne, coaching, ta vare på seg selv og løsningsfokusert tilnærming.</p>	<p>Studien ble gjort av på 74 deltakere med diabetes type to. Pasientene ble satt inn i grupper der den ene mottok veiledning via E-guide, mens den andre gruppen mottok konvensjonell veiledning. Informasjon ble hentet i løpet av det første året med intervensjon og senere ble de fulgt opp med en</p>	<p>Det var ingen signifikant forskjell på varheten av sykdommen på gruppen som mottok E-guide og kontrollgruppen. Begge gruppene hadde etter studien en reduksjon i HbA1c og BMI nivå. Likevel var nivåene på HbA1c hos dem som mottok E-guide tydeligere.</p>

		undersøkelse et år senere.	
<p>Artikkel 2 (2018): Development of a lifestyle intervention using the MRC framework for diabetes prevention in people with impaired glucose regulation Troughton J., Chatterjee S., Hill S. E., Daly H., Stacey L. M., Stone M. A., Patel N., Khunti K., Yates T., Gray L. J. og Daves M. J. i <i>Journal of Public Health</i></p>	<p>Bruk av et rammeverk utviklet av UK Medical Research Council hos pasienter med hemmet glukoseregulering. Programmet var for å motivere pasienter til selfcare ved bruk av små enkle, ikke teknisk språk og visuelle hjelpemidler.</p>	<p>Det var 83 deltakere i studien. Det ble samlet og sortert både kvalitativ og kvantitative data. Kvalitative data ble samlet via observasjon og intervju ansikt til ansikt eller via telefonsamtale. Kvantitative data ble hentet via intervju og fokusgrupper.</p>	<p>De kvalitative og kvantitative dataene viste en kortsiktig atferdsendring som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sunnere kostholdsmønstre - økt tro på helsefordel - høyere deltakelse motivasjon og empowerment.

<p>Artikkel 3 (2019) Active participation of patient with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses - what helps and what hinders: a qualitative study. Pon E., Wildeboer A.T., Dooren A. A., Bilo H. J. G., Kleefstra N. og Dulmen S. i <i>BMC Health Services Research</i></p>	<p>Identifisere faktorer som påvirker engasjement hos pasienter med diabetes type to, som hindrer dem i å delta aktivt i konsultasjoner med primærpsykepleier.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie gjort med to steg tilnærming. To semistrukturerte fokusgrupper. I steg 1, en uke før konsultasjon med primær sykepleie, fikk deltakerne et hefte med åpne spørsmål med temaene om diagnosen, konsultasjoner med primærpsykepleier og selvreflekskonsspørsmål. Steg 2 var 12 semistrukturerte individuelle intervju og fokusgrupper gjort. De ble gjennomført hos pasienter med diabetes type to som var under behandling. Audio-opptak ble gjort. Disse skulle</p>	<p>Fire faktorer ble funnet som kan engasjere pasienter til å aktivt delta i konsultasjonene. Det var: - å øke tillit til primærpsykepleier - ha nok tid i konsultasjonene - gode forberedelser til konsultasjonene - å la ektefelle få være med på møtene. Faktorer som hindret oppmøte var: - mangel på motivasjon eller ikke behov for deltagelse - glemme å stille eller ingen spørsmål - vansker med å forholde seg til ny primærpsykepleier - uttrykker ikke deres egne tanker.</p>
---	--	---	---

		ikke dømmes, men for at deltakerne kunne dele erfaringer anonymt.	
<p>Artikkel 4 (2019) :</p> <p>Design and implementation of an Omaha System-based integrated nursing management model for patients with newly-diagnosed diabetes</p> <p>Wei L., Wang J., Li Z., Zhang Y. og Gao Y. i <i>PCDE Primary care diabetes europe</i></p>	<p>Etablere en implementert og integrert modell basert på Omaha system for å finne ut hvilke virkninger det har på pasientens blodsukkernivå, livskvalitet og kunnskapen pasienten har for egen sykdom.</p>	<p>Totalt 367 deltok i studien fra 12 klinikker i 3 omfattende sykehus. Det ble brukt en ikke randomisert kontroll på universitetssykehus i Kina. Kun pasienter som var bekreftet nylig diagnostiserte for diabetes type to var inkludert i studiet. Det ble gjort ved å sette opp en intervensjonsgruppe med implementert Omaha-system mot en kontrollgruppe med konvensjonell rutine oppfølging. I intervensjonsgruppen fikk pasientene både rutine oppfølgingen i</p>	<p>Resultatet viste at intervensjonsgruppen hadde mer kunnskap, økt livskvalitet og bedre regulert blodsukker sammenliknet med kontrollgruppen.</p>

		tillegg til integrert sykepleie management.	
<p>Artikkel 5 (2018) "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus (2018) Sebire S. J., Toumpakari Z., Turner K. M., Cooper A. R., Page A. S., Malpass A. og Andrews R. C. i <i>BMC Public Health</i></p>	<p>Undersøke hvordan pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2 opplever ulike metoder som kan øke motivasjon til livsstilsendring.</p>	<p>En kvalitativ studie der data ble samlet fra intervju med 30 individuelle personer med nylig diagnostisert diabetes type to. De første seks månedene ble det gjort ansikt til ansikt intervju. Den inkluderte tema som respons av til diagnosen, bruken av informasjon, endring i oppførsel og relasjonen med det kliniske teamet. Ved niende måned ble det gjort intervju via telefon. Denne inneholdt tema om endring i diett, fysisk aktivitet, opprettholding av endringene og håndtering.</p>	<p>Funn viste et mangfold av motivasjons kvalitet. Både mellom de individuelle i studiet og over tidsperioden. Det var ulike faktorer som fikk pasienten til å følge veiledningen. Blant dem var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>amotivation</i> - <i>external motivation</i> - <i>introjected motivation</i> - <i>identified motivation</i> - <i>integrated motivation</i> - <i>intrinsic motivation</i>

4.1 FUNN FRA ARTIKLENE

Artikkel 1: E-guide veiledninger effektivt grunnet at pasienten selv observerte egen helse med realistiske mål satt av dem selv. Hovedfokuset i artikkelen var å endre mat og kost-sammensetning. Pasientene i samarbeid med sykepleier setter opp en plan for å komme fram til målene de har satt og ved dette vil de etter egen evne kunne realistisk få det til.

Artikkel 2: artikkelen handler om informasjon til pasienter. Mange av dem har ikke tidligere forkunnskaper og tar ut fra dette dårlige valg for hvordan å håndtere sykdommen. Artikkelen fokuserer på at pasienter tidlig i sykdomsfasen bør få tilstrekkelig undervisning og veiledning for å danne et godt grunnlag for videre behandling av sykdommen.

Artikkel 3: Artikkelen inneholder sitater fra deltakere selv om deres opplevelser. Med dette kan vi med sikkerhet forstå hvordan opplevelsen er på pasientens side. Med disse tilbakemeldingene vet vi nå hvilke faktorer som påvirker deres motivasjon. Med dette resultatet vil vi kunne finne løsninger på hvordan vi kan motivere flere pasienter til å delta på konsultasjoner. Artikkelen forteller også om hva som skaper god relasjon og tillit til sykepleier og hva som gjør dem mindre engasjert.

Artikkel 4: Omaha systemet er en av de «standardized nursing language» som har blitt anerkjent av «American nurse association». Den har vist seg nyttig i veiledende sykepleiepraksis, regulere sykepleie datasamling og fremme informasjonshåndtering. Dette er relevant for oss grunnet at Omaha systemet presenterte veiledningsmetoder for problemløsning. Dette gjorde at studien mer effektivt fikk fram problemene relatert til sykdommen. Artikkelens fokuserer på å veilede og undervise i tidlig fase av sykdommen.

Artikkel 5: Resultatet presenterte seks tema som reflekterte motivasjon.

I de seks punktene nevnt i resultatet forteller deltakerne selv hvilken form for motivasjon de har. Studien vil da vise hvilke mål pasienten har og hvordan vi da kan øke deres motivasjon. Artikkelen inneholder sitater fra hva deltakerne forteller. Hva som gjør dem motivert og hva som hindrer motivasjonen.

5.0 DRØFTING

På bakgrunn av funn fra resultatdelen og teoretisk referanseramme, ønsker vi i denne delen av oppgaven å beskrive metode for funn av artikler og drøfte våre funn opp mot relevante faglitteraturer, pensum bøker, egne observasjoner og erfaring fra praksis. Hovedmålet er å undersøke om pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 får god veiledning og undervisning ved livsstilsendringer.

5.1 METODEDISKUSJON

For at vi skulle komme fram til hvilke studier vi ønsket å bruke i vår oppgave, måtte vi sette opp en søkestrategi i tillegg til en form for avgrensning av søk. Denne søkestrategien skulle være med på å kvalitetssikre og gjøre at valgte forskningsartikler skulle være mest mulig relevant for vår oppgave. For å finne de mest aktuelle artiklene samt begrense oppgaven vår, satte vi opp en plan for søk og database som vi ønsket å bruke. Vi ønsket med dette å kartlegge søkeprosessen og finne minst mulig svakheter i søket vårt fram til de valgte artiklene.

Vi har valgt å bruke databasene Medline og Pubmed med tanke på at vi er trygge i bruken av disse databasene. Vi har også valgt brukt disse to databaser fordi det var mulig at om vi bare hadde brukt kun en, så kunne vi ha gått glipp av studier som kunne være relevante. Denne metoden for valg at database kan på en annen side fortsatt ha svakheter. Med tanke på at det finnes flere databaser med flere forskjellige studier, er det dermed en stor sjanse for at vi har gått glipp av flere gode studier som kun er tilgjengelige i de andre databasene.

Medline er en database innenfor medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Databasen referer til artikler fra internasjonale tidsskrifter og har mange referanser og sammendrag på engelsk. Disse går tilbake fra 1946 til nå.

Pubmed er en gratisversjon av databasen Medline. Den følger MEDLINE kriterier for biomedisinsk litteratur, men inneholder også tekster som mulig er ekskludert i Medline på

grunn av ikke fullt oppnådde kriterier. Databasen har vært tilgjengelig siden 1996 og er vedlikeholdt av National Center for Biotechnology Information(NCBI). (Thidemann, 2017, s. 85)

For å komme fram til søkeordene vi valgte for å finne artiklene satte vi opp et PICO-skjema. Dette gjorde at søket vårt var mer oversiktlig med tanke på å sette opp problemet vårt. Problemene kom da tydeligere fram. Hvilken intervensjon vi må bruke og hvilket resultat vi vil oppnå ble mer konkrete. PICO var med på å gjøre problemstillingen vår mer tydelig og presis. Søkeord vi valgte å bruke skulle være relevante for problemstillingen, og ved å sette opp et PICO-skjema, var det lettere å se hva vi trengte.

For valg av studier valgte vi først og fremst å bruke søkeordene satte opp. Vi brukte et og et søkeord og kombinerte dem sammen for å finne fram til de ulike artiklene. Vi gikk først og fremst gjennom flere artikler ved å lese sammendraget på artiklene før vi valgte å gå nærmere gjennom disse. Vi valgte å bruke første delen av tiden vår til å søke og kombinere og kun lese sammendraget. Målet vårt da var å finne ca. 8-10 mulige relevante studier. Når vi hadde oppnådd dette ville vi gå nærmere gjennom dem og ekskludere de som ikke var relevante for vår problemstilling. Vi satt til slutt igjen med fem studier, både Kvalitative og kvantitative studier.

Eksklusjon/inklusions metode vi har valgt å bruke er for å avgrense søket vårt. Dette har vi gjort for lettere å finne relevante artikler. Vi har blant annet valgt å avgrense søket til fem år tilbake. Dette gjør at studiene vi finner er nyere forskning slik at vi ikke får med oss utdatert informasjon. Metoder for motivasjon hos pasienter kan endres i løpet av en kort periode og mye nyere forskning ville være med på å finne flere effektive løsninger.

Vi har også i inklusjon/eksklusjon metoden valgt å avgrense søket om selve sykdommen. Vi valgte å spesifikt skrive om diabetes type to og har dermed ekskludert diabetes type en fra søket vårt. Vi har også dermed ekskludert svangerskapsdiabetes og sekundær diabetes. Det er fordi disse pasientgruppene kun er et mindretall av pasienter og om vi inkluderer dem vil det være andre faktorer som påvirker pasientens helse i tillegg til primærdiagnosen. Vi har også i inklusjon/eksklusjon metoden valgt pasientgruppen med pasienter over 40 år fordi dette er de

mest vanlige tilfellene vi ser er mest rammet av sykdommen. Henholdsvis til tabell ^n har vi også valgt å ekskludere pasienter med alvorlige sykdommer og dem som har psykiske sykdommer og demens. Grunnen til dette er fordi vi i vår oppgave fokuserer på egenomsorg og å kunne mestre sin egen sykdom. For denne pasientgruppen vil de ikke kunne ta vare på seg selv og dermed vil de ikke studiene vi finner være relevante for dem.

En annen eksklusjonskriteria vi har vurdert er språk på studiene. Vi har valgt å bruke engelskspråklige fagartikler fordi det var flere forskningsartikler på engelsk enn på norsk. Flere av studiene vi valgte er fra utlandet. Det kan spille en rolle fordi det kan være store kulturforskjeller mellom asiatiske land og vestlige land. Vi hadde blant annet studier fra Japan og Kina. Ved å lese nøyere gjennom disse studiene fant vi ut at de likevel var relevante for oss. Med tanke på at artiklene vi valgte var fokusert på veiledning og motivasjon til pasienter, var kulturforskjeller ikke tatt mye hensyn til. Kulturforskjellene kan være blant annet livsstil og kosthold, men det vil dermed ikke si at prosessen for veiledning vil bli signifikant påvirket.

5.2 RESULTATDISKUSJON

Vi vil i denne delen av oppgaven drøfte forskningsartiklene vi fant opp mot relevant teori. Vi ønsker med dette å belyse viktigheten med tidlig veiledning og vise at veiledning som gjøres så tidlig som mulig kan hindre komplikasjoner i senere.

5.2.1 UNDERVISNING OG VEILEDNING

5.2.1.1 Å LEVE MED KRONISK SYKDOM

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som fører til både fysisk og psykisk belastninger. Sykdomstilstanden er avhengig av at pasienten aksepterer sykdommen og gjør livsstilsendringer for å hindre at det oppstår unødvendig komplikasjoner både på lengre og kortere sikt. Å leve med en langvarig sykdom som diabetes type 2 vil vanligvis føre til en betydelig endringer i menneskers dagligliv og opplevelsen av sykdommen blir krevende

(Mosand og Stubberud, 2016) . I oppstartsfasen har sykepleierne en avgjørende rolle i å gi en god støtte til pasienten. En form for støtte kan være i å danne en god og hensiktsmessig omsorg slik at de er med i å unngå uønskede belastning både for sykepleierne og pasienten (Kirkevold, 2016). På en annen side beskriver Pon et al. (2019) at noen pasienter ikke ønsker en nær relasjon til sykepleier. Det er beskrevet i studien at pasienten kun så på deres møte som profesjonelt og dermed ikke ville ha et personlig forhold til sykepleieren. Det hindret da at sykepleier kunne støtte disse pasientene.(Pon et. al, 2019) Sykepleier kan ikke påtvinge sine gode intensjoner hvis pasienten ikke ønsker å ta dem imot. Særlig eldre pasienter med nyoppdaget diabetes har tendens til å unngå store endringer i forhold til livsstil. Pasientens tilpasning av situasjonen er viktig for opplevelsen og mestring av sykdommen. Det at pasienten akseptere sykdommen er et godt grunnlag for videre veiledning til livsstilsendringer. (Iversen, 2016)

Særlig i begynnelse av sykdomsfasen trenger pasienten omfattende hjelp av sykepleier. Problemet kan være at pasienten ikke er klar for eller villig til å få veiledning om hvordan sykdommen skal takles og hvilke livsvaner det er viktig å endre på. Dette er da sykepleiers ansvar å hjelpe pasienten med (Mosand og Stubberud, 2016).

I studiene av Pon et. al (2019), beskrives en god kommunikasjon som en av de viktigste faktorer for å skape tillit, god relasjon og trygghet.

“I was open to her about my candy-eating habits when my weight was too high. When you know each other well, you start open up more. This process went smoothly; I trusted her soon enough” (aged 68, very familiar with PN) (Pon et al. 2019).

Her forteller pasienten om sitt forhold til sykepleieren. Ved at begge hadde relasjon til hverandre var det lettere for pasienten å åpne seg for sine problemer til sykepleier. Med det ville pasienten kunne meddele sine problemer og sykepleier kunne veilede dem til ulike løsninger. Når pasienten selv åpner opp for sine problemer gjør det dem klar over sine problemer og mer motivert for å kunne jobbe videre med dem. Pasienten vil da være mer villig til veiledning. Dette sammenfaller med Joyce Travelbee som mener at en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er god sykepleie. Med det ønsket hun en

etablering av menneske til menneskeforhold. Da ville pasienten og sykepleier se på hverandre på lik linje og gi denne tilknytningen vi ser i artikkelen. Med dette kunne også sykepleier også kunne hente informasjon hos pasienten og søke til ressurser pasienten har for dermed å lettere tilrettelegge plan for mål. Sykepleier kan også da lettere avgjøre om mål og hensikt som er planlagt sammen (Travelbee, 1999, s.135-136). I samme studie fortelles det også om hvordan andre pasienter opplevde møte med sykepleieren.

““I consider it to be just a professional relationship. It is her job to lead the consultation. I am comfortable with that. You must keep the roles Clear. It is her job”(aged 45, very familiar with PN)”(Pon et al, 2019).

Disse pasientene hadde da satt opp roller for deres relasjon der sykepleier da kun var den profesjonelle. Sykepleier ville da ta den ledende rollen og fortelle pasienten om diabetes uten at pasienten aktivt deltok i samtalen. Med dette fikk pasienten mindre motivasjon til veiledningstimen der de kun hørte på test resultat. Resultat i artikkel viser videre til at om resultatene var positive og pasientene ikke merket symptomer, ville det ikke lede til diskusjon. Den største utfordringen i allianse arbeidet er ofte relasjonen. I pasientens perspektiv kan sykepleier oppfattes som kunnskapsløs, arrogant, kald, dominerende eller usikker. Med dette kan pasienten dermed ha manglende motivasjon for endringsarbeid. (Skårderud, et. al., 2017, s. 126).

Helsetjeneste som ytes, som veiledning og undervisning, bør alltid ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelse, verdier, ønsker og behov. En god relasjon mellom pasienten og sykepleieren styrker effektiviteten av helsetilbudet. Det handler om at sykepleieren tar hensyn til pasientens erfaringer, forståelse og kunnskap i utformingen av helsetjenesten. Samhandling mellom sykepleieren og pasienten bygges på likeverdighet, samarbeid og at begge parter er avhengig av hverandre. Gjensidig respekt og god kommunikasjon er basen for en god interaksjon (Kirkevold, 2016)

I møtet med pasienten ønsker vi som sykepleiere å høre vedkommendes framstilling av og fortelling om eget liv og situasjon slik han eller hun ser det. Sykepleier vil da få et bilde av hvordan pasienten ser på seg selv, både godt og vondt. Sykepleier kan med denne

informasjonen tolke forestillinger om hvordan pasienten ønsker å bli møtt, hvordan vedkommende blir sett på og om eventuelt hva de drømmer om, ønsker og frykter. (Skårderud, et. al, 2017, s. 177)

Livsstil situasjonen hos en nyoppdaget diabetiker kan gjøre pasientens hverdag forvirrende og svever rundt med ubesvarte spørsmål. Pasienten vil vanligvis bli omringet av angst og usikkerhet med tanke på komplikasjoner som følge av sykdommen. Pasienten i den første fasen kan være spesielt opptatt av hvor mye endring som de må jobbe med. De kan sitte med spørsmål om hvordan sykdommen skal kontrolleres og hvilke konsekvenser sykdommen vil medføre. De kan også lure på hvordan nære venner og bekjente vil reagere og hvordan hverdagen vil være videre. (Mosand og Stubberud, 2016).

Det vi vil belyse i oppgaven vår er viktigheten av det å begynne med veiledning i forhold til livsstilsendringer hos nyoppdaget diabetikere så tidlig som mulig. I studien av Wei et al. (2019) blir det beskrevet at pasienter med diabetes bør få sykepleier intervensjon ved tidligfasen i stedet for å hjelpe pasienten når komplikasjonen har oppstått. Videre sier de at pasienter som får tidlig intervensjon blir mer selvstendig enn pasienter som får konvensjonell oppfølging (Wei, et. al. 2019) Hensikten med tidlig intervensjon er for at pasientene skal få den støtte de trenger slik at sykdommen ikke forverres. Som vi har beskrevet ovenfor sitter flest pasienter med forvirring og følelse av maktesløshet i start av sykdomsfasen (Mosand og Stubberud, 2016). Da må sykepleiernes rolle komme tidligst mulig som studien i artikkel 4 mener.

5.2.1.2 SYKEPLEIERROLLEN

En av sykepleierens rolle er å styrke pasientens egenomsorg i diabetesbehandlingen og ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren har en sentralt veiledende og helsefremmende funksjon for å styrke pasientens mestring ved nyoppdaget diabetes type 2. I tillegg har sykepleieren en behandlende og forebyggende funksjon i form av å bidra til pasientens egenomsorg i reguleringen av glukosenivået i blodet (Mosand og Stubberud, 2016).

Ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov er sentralt. Pasienten skal få dekket fysiologiske behov som riktig ernæring og fysisk aktivitet. Dette er avgjørende for at blodsuktermålingen holder seg stabilt. Sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap om ernæring for å kunne veilede pasienten til en mest mulig normal kost, med mindre sukker og fettinnhold. Videre må sykepleieren ha kunnskap om fordelene med fysisk aktivitet og veilede pasienten om hvordan aktivitet virker inn på kroppen. Ved fysisk aktivitet forbrukes glukose og energibehovet økes. Hos overvektige med diabetes type 2, er dette vesentlig fordi det fører til tap av fett, noe som igjen fører til mindre insulinbehov. Da vil det ofte være tilstrekkelig med pasientens egenproduksjon av insulin (Mosand og Stubberud, 2016).

Aktiv intervensjon av sykepleiere i begynnelse av sykdommen er veldig viktig. Studien i til Wei et. al. (2019) har de kommet fram til at pasienter som får aktiv intervensjon har langt bedre i blodsukkernivå enn kontrollgruppen. I studien så har de brukt «Omaha-system» sykepleie for nyoppdaget diabetes. I de fleste helsestasjonene i Kina gjøres sykepleie intervensjon hovedsakelig for pasienter med forverring av diabetes sykdommen og når en komplikasjon er iferd med å oppstå. I Omaha systemet iverksettes sykepleier intervensjon i tidlig fase av sykdommen. Kartlegging av helsejournal og iverksetting av tiltak basert på en standardisert lærings håndbok er de vanlige intervensjoner som blir gjort. Hensikten beskriver Wei et al (2019) er for å hjelpe pasienten til å kunne tilpasse og leve så godt som mulig med sykdommen. I studien vil de belyse effektiviteten av sykepleierrollen i å veilede, motivere og gjøre istand pasienten til å ha god kontroll over sykdommen. Videre beskriver studien at det å gjøre pasienten i stand til å ha god oversikt over sin egen sykdom vil forebygge fra både sen- og akutte komplikasjoner. Sykepleierrollen har ikke vært godt stryket som en viktig del av intervensjon hos nyoppdaget diabetikere. I studien vises det fram hvor effektiv det er at intervensjonen starter tidlig (Wei et al, 2019).

Måling av blodsukkeret er en viktig del av behandlingen ved diabetes type 2. Dette er noe som kan gjøres av pasienten selv som daglig rutinekontroll i reguleringen av glukosenivået. I begynnelsen av sykdommen er det sykepleiere som utfører dette. (Mosand og Stubberud, 2016). Pasienten vil etter hvert måtte overta denne oppgaven selv. Sykepleiers rolle er da å kunne lære pasienten til å gjøre dette på den riktige måten. For at pasienten skal kunne leve med sykdommen uavhengig må de få undervisning og veiledning. (Fermann og Næss, 2010)

5.2.1.3 KUNNSKAP OG INFORMASJON

I studien av Troughton et. al. (2018) beskrives det at nok kunnskap og tilstrekkelig informasjon om sykdommen gir en signifikant forskjell mellom tidligfasen og etter pasienten har blitt selvstendig. Det vil øke pasientens forståelse av sykdommen og gjør dem mer motiverte og mottakelige for endringer i livsstilsendringen. Videre viste artikkelens studie at flere av deltakerne ikke hadde forkunnskaper om sykdommen. De hadde begrenset forståelse av diagnosen, de fysiske konsekvensene som det kan medføre og påfølgende behandling. På grunn av dette hadde de liten tro på diagnosen hadde de stor sjanse for å gjøre feilvurderinger på grunn av mangel på konkret informasjon. Flere deltakere i studien meddelte deres behov for støtte og utdanning i forhold til denne diagnosen. For å tilfredsstille behovet deres fikk deltakerne en håndbok og skritteller som ressurser. Disse ressursene gjorde det lettere for deltakerne og opprettholde deres oppmuntring og forenkle overvåking av fysisk aktivitetsnivå. Kjerneopplæringen de da fikk var primært informasjon om mat- og aktivitetsendringer. (Troughton et. al., 2018)

Å balansere riktig ernæring, tilstrekkelig medikasjon og fysisk aktivitet er avgjørende for å holde blodsukkernivået stabil. Aktivitet er en av de viktigste positive faktorene i et godt liv hos en som har diabetes type 2. Aktiviteten gjør at glukosenivået i blodet avtar både under og etter aktiviteten. For at fysisk aktivitet skal være den beste måten å holde sykdommen stabil, må pasienten få kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker blodsukkernivået deres. Kunnskapen kunne gis i form av teori eller fortelles fra sykepleiernes egne erfaringer. Det å huske å måle blodsukkeret før og etter fysisk aktivitet kan være en god start. Da er det sykepleierne som står nært pasienten for å veilede, informere og motivere pasienten til å nytte fysisk aktiviteten. Ved mat og måltider kan være veldig forvirrende hos en nyoppdaget diabetiker. Som oftes er man vant til å spise når som helst og hva som helst, men etter å ha fått diagnosen trenger man veiledning om hvilke restriksjoner de må følge, med minst mulige påvirkninger på livskvaliteten (Mosand og Stubberud, 2016,)

Det er de vanene sykepleier jobber for å justere i samarbeid med pasienten. Antall måltider, størrelser av måltidene og sammensetningen av maten er viktig å tenke på når en skal holde

blodsukkernivået optimal. Sykepleierne har som oppgave å trene pasienten om kunne vurdere for endringer i måltider gjennom blodsuktermåling. Sykepleierne er eksperter på det teoretiske side og målsetting og pasientene ekspert på om hvordan tiltakene skal gjennomføres best mulig. Endringene bør gjøres uten store og merkbare forandringer i hverdagen. Da vil pasienten leve et normalt liv som tidligere og tiltakene vil ikke svekke pasientens motivasjon til å gjennomføre hver dag. Sykepleierne har en sentral rolle i å vurdere at tiltakene er oppnåelige, realistiske og enklere å gjøre i mange år i framover. Dette gjøres i samarbeid med pasienten. (Mosand og Stubberud, 2016).

De tiltakene sykepleier vurderer skal være i samarbeid med pasienten. Pasientene skal også være med i prosessen for å danne en individuell plan tilpasset deres behov. Pasient og brukerrettighetsloven §2-5 sier følgende “ Pasient og bruker som har behov for langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett på å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgsloven...” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Videre sier loven i “§3-1. pasientens eller brukerens rett til medvirkning” at pasienters ønske og mening skal respekteres og at pasientens medvirkning ved gjennomføring av helsetjenesten skal ivaretas. medvirkningen skal alltid tilpasse til den enkeltes evnen til gi og tar imot informasjon. Helsetjenesten skal alltid utformes i samarbeid ved å sette pasienten i sentrum. Tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i pasientens meninger, ønsker og vaner (pasient-brukerrettighetsloven, 1999)

I forhold til studien av Yamamoto et. al. (2016) var det pasienten selv som satte opp egne mål som de ønsket å oppnå, mens sykepleier var med i oppfølging for å oppnå målene. Ved at pasienten fikk veiledning og undervisning etter educational guide der sykepleier ga dem kunnskapen om sykdommen og om håndtering av den. Pasientene ville da med den kunnskapen de fikk prøve å lage egne oppnåelige mål og kunne med det jobbe sammen med sykepleier for å best finne en måte å jobbe fram til disse målene. Da var det ikke sykepleier som satte en plan for pasienten alene, men at de heller hadde jobbet sammen der sykepleier ga sin kunnskap og pasienten fortalte om sin evne til å jobbe med dem. (Yamato et. at., 2016)

Det å bestemme over det som angår pasientenes helse skal alltid være i pasientenes hender, men de mangler ofte forståelse og kunnskap for å kunne ta en riktig beslutning i forhold til medisinskfaglige spørsmål. Derfor er det viktig at alle de helsetiltakene som helsepersonelle kommer med ledsages av tilstrekkelig informasjon og råd (Molven, 2015).

5.2.2 Å FREMME MOTIVASJON OG EMPOWERMENT HOS PASIENT

Begrepet motivasjon er latinsk og betyr krefter til handling. Alle handlingene en gjør har et motiv som får dem til å gjøre det. Motivasjonen er en mekanisme i menneskenes indre tilstand som hjelper til å følge retningen mot målet (Håkonsen, 2015, s.89).

De sykepleier intervensjonene som ble gjort i studien av Pon, et. al (2019) er for å hjelpe pasientene til å endre livsstilen, å øke forståelse av sykdommen og å mestre slik at en kan holde sykdommen stabil. Sykepleierne setter mål, gir veiledninger og formidler riktig informasjon og kunnskap, uten at pasienten er godt motivert kommer sykepleier ikke langt. Motivasjon opplevdes i studiene som en viktig mekanisme for å få pasientene mer villige til endring i livsstil og aktiv deltagelse i det sykepleierne anbefaler. Uten at pasientene er motivert gir veiledningen ikke noe særlig effekt, ifølge studiene. Deltakerne i studiene beskriver at veiledningene og tiltak som iverksettes uten at pasienten er motivert føles som tvang og ubehagelige. En av grunnene er fordi motivasjonen er eksternt påvirket. Med denne påvirkningen opplevde pasientene at tiltak virket som restriksjoner og motivasjonen kom ikke fra å ønske livsstilsendring, men heller å oppnå mål for å tilfredsstille krav (Pon et al. 2019). På en annen side viste også resultater at god tilnærming med sykepleier hadde mye å si.

Pasienter med nyopplaget diabetes er ofte i en sårbare situasjon der de kan føle at de har ingen eller liten oversikt over det som skjer. Da er det viktig at sykepleierne har god kommunikasjonsferdigheter som er basert på empati og gir støtte slik at pasienten opplever situasjonen håndterbar. I tillegg vil pasienten føler seg sett og hørt (Heyn, 2016). I studien av Pon et. al (2019) har de snakket om faktorer som fremmer pasientens motivasjon og villige til å være aktiv i intervensjonen. Tillit til sykepleierne og nok tid under veiledning er noen av de

faktorene som pasientene opplever som en god strategi for at veiledningen og undervisningen lykkes. Det å ha tillit til sykepleieren gjennom en god relasjon oppmuntrer pasientene til å diskutere egne følelsene og beskyrningene. Det at sykepleierne har god tid, opplever pasientene som en stimulerende til å diskutere alt de har tenkt til å spørre sykepleieren. En av deltakerne fortalte: *“She checked if you understood; and if not, you can ask again. I certainly do that. I ask something that is unclear to me, and then I will ask again.”* (Pon et. al., 2019)

Fysisk aktivitet og kostveiledning er de tiltakene som sykepleierne oftest veiledet pasientene med. Da måtte pasientene være klare over tiltakenes hensikt, mål og hvilke konsekvenser som kan oppstå om tiltakene ignoreres. Å sette mål som er klar og lett å oppnå er noe pasientene i studiene nevner som god strategi å sette seg i gang. (Sebire et al. 2018)

Sykepleierne har en viktig rolle i å veilede og styrke pasientens valg av riktig bestemmelse. Det er selvfølgelig at pasienten skal bestemme over sitt eget liv, men sykepleierne skal kunne hjelpe pasienten til å gå gjennom veiledet selvbestemmelse. I en veiledet selvbestemmelse er stor sannsynlighet at pasienten får nok forklaring og informasjon om hva som er best å bestemme og konsekvensen av feil avgjørelser. Mens pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv er ivaretatt, må sykepleierne og pasienten inngå en systematisk og konkret samtale om pasientens sykdom og helsesvikt. Veiledningssamtalen kan være om hvordan sykdommen påvirker den enkeltes liv og hvordan pasienten best mulig kan leve godt med sykdommen. (Kirkevold, 2010). Alle helsetjenester som ytes for å fremme en god helse skal alltid ta hensyn og respektere pasientens meninger og ønsker. Alle helsefaglige tiltak som har å gjøre med undersøkelse, behandling og pleie krever at det gis tilstrekkelig informasjon og tas i utgangspunktet at pasienten er enig og villig (Molven, 2015).

Sykepleierne har som oppgave å sørge for at veiledningen er tilpasset den enkelte, at informasjon og veiledning som gis oppfattes riktig og hvilke vanskeligheter og mestringsressurser pasienten har (Kirkevold, 2010). I tillegg bør sykepleierne være oppmerksomhet på at for mye teoretisk informasjon i begynnelsen kan svekke pasientens motivasjon. Som kost og aktivitetsveiledning, opplæring i glukose kontroll og insulin setting kan være på starten av veiledningen (Mosand og Stubberud, 2016). Det som mangles fra

studiene er at de ikke beskriver pasientens opplevelse av at det gis for mye informasjon og kunnskap på en gang.

Formålet med sykepleier intervensjon i startfasen av diabetes sykdommen er å styrke pasientens krefter, motivasjon og villige til å kunne ivareta sin egenomsorg. Empowerment er en prosess som forbedrer pasientens evnen til å ha kontroll over faktorer som påvirker egen helse. Det å fremme pasientens empowerment er en viktig oppgave sykepleierne skal ta stilling til. Veiledning og undervisning er noen av avgjørende intervensjoner sykepleier bruker for å styrke pasientens egenomsorg. Veiledningen og undervisningen pasienten får i tidligfasen av sykdommen har stor betydning for framtidige situasjon og prognosen. Målet med veiledende og undervisende intervensjoner så tidlig som mulig er for å øke pasientens kunnskap og ferdigheter. Hvis pasientens kunnskap og ferdigheter er godt styrket, vil pasienten klare å mestre livsstilsendringer og leve et godt liv med sykdommen (Mosand og Stubberud, 2016). I studien av Yamamoto et. al. (2016) beskrives bruken av Educational-guide. Der mottok intervensjonsgruppen veiledning via Educational-guide. Educational-guide var basert på psykologiske teknikker som self efficacy, coaching, selv management og løsningsorientert tilnærming. Pasientene satte egne mål for livsstilsendringer. Dette skulle være med på å styrke deres egenomsorg og gjøre dem klar over at det var deres eget ansvar å opprettholde prosessen fram til satt mål.(Yamamoto et al, 2016).

Motivasjon, brukermedvirkning, empowerment, følelse av mestring og målsetting er av de begrepet som blir omtalt mest i artikkelen. I studien hadde de delt pasientene i to grupper, en “educational guide” og “ control group”. Sykepleier intervensjonen ved “control group” er den vanligste intervensjonen diabetes pasienter får i Japan, mens “Educational guide” er den nye intervensjonen som studien vil undersøke effektiviteten. I studien bruker de pasientsentrert teknikk for å gjøre pasienten i stand til å handle selvstendig det som blir anbefalt av sykepleierne. Hovedfokuset i studien ved «Educational-guide» er å endre måltidsvaner og kost sammensetningen hos nyoppdaget diabetes type 2. Pasienter i E-guide gruppen fikk blant annet anbefaling om å kutte røyking, å droppe snacks og øke aktivitet. Sykepleierne setter mål i samarbeid med pasienten og tar hensyn til individets motivasjon,

villig og evne. Sykepleierne lar pasienten til å delta aktivt og handle mest mulig selvstendig ved alle intervensjonene som gjøres (Yamamoto *et al.* 2017).

En av viktige sykepleieansvar ved nyoppdaget diabetes type 2 er kostveiledning. De kostrådene som gis til diabetespasienter er basert på de kostanbefalingene som Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet har utarbeidet. Sykepleierne må være faglig oppdatert for å kunne gi riktig kostveiledning. Veiledningen bør gis ut i fra pasientens kostvaner og hvor mye de er i stand til for aktivitet. Sykepleierne samler opplysninger om pasientens måltider, størrelser på maten, hvor ofte pasienten spiser, om det er forskjell på dager og sammensatt av matene med tanke på kaloriinnholdet. Kostveiledning bør gis tilpasset individuelt fordi at alle har samme sykdom betyr ikke at alle har samme behov (Mosand og Stubberud, 2016).

Sykepleierne bør ta en grundig vurdering av pasientens motivasjon før de bestemmer å gi veiledning og undervisning. Hensikten med veiledning og undervisning er for at pasienten skal lære og være selvstendig etterhvert om det som angår sykdommen sin. Da må pasienten være godt motivert for at veiledningen og undervisningen skal lykkes. Sykepleierne kan forsøke å bygge pasientens motivasjon som er styrt innenfra slik at pasienten ser hvor viktig det er å kjenne på og forstå sykdommen (Mosand og Stubberud, 2016). Deltakerne i studien av Sebire, *et al.* (2018) forteller at motivasjon som kommer fra eksterne kilder virker kontrollerende. Videre forteller de at slik motivasjon skaper følelse av restriksjon i forhold til hva pasienten skal spise og ikke skal spise og aktivitetene de skal gjennomføre. Slik motivasjon opplever de som kommanderende, lite trivelig og truende for livskvaliteten (Sebire, 2018)

6.0 KONKLUSJON

Oppgavens hensikt er for å få fram viktigheten av tidlig sykepleieintervensjon ved veiledning og undervisning hos diabetes type 2 i startfasen av sykdommen. Diabetes type 2 er en sykdom som kommer som følge av livsstil et individ har. Da vil livsstilsendringen den viktigste prosess å forholde seg til sykdommen og leve så godt som mulig med sykdommen. Stor sett har pasientene problemer med utrygghet, usikkerhet og følelse av hjelpeløshet i tidligfasen. Da må sykepleiernes rolle være tilstede for å støtte og styrke pasientens selvstendighet gjennom veiledning og undervisning.

Det er ikke sikkert alle med nyoppdaget diabetes kan om sykdommen fra før. Da bør sykepleierne sørge at pasientene får riktig informasjon og nok kunnskap om sykdommen. Studiene har vist at pasienter som gikk gjennom tidlig intervensjon hadde bedre grunnlag for endring av livsstil. De fikk kunnskapen tidlig og satte mål de skulle jobbe fram mot i god tid, og dermed gjorde det dem mindre risikert for å få en senkomplikasjon. I noen av studiene opplevde pasientene livsstilsendringen som restriksjon og truende for livskvaliteten. Jo mer økt forståelse av sykdommen, jo bedre at pasientene tenker endringen er det beste måte å forholde seg til sykdommen.

Sykepleier kan bidra til livsstilsendringer ved å gi pasientene kunnskapen og informasjonen de trenger, men det er opp til pasienten selv å gjøre disse endringene. Derfor er det viktig at pasientene har en god motivasjon som styrker deres handlingsevne for livsstilsendringene. Motivasjon er en faktor som ble omtalt ofte både i studiene og i pensumbøkene som vi har lest i forhold til livsstilsendringer og forståelse av sykdommen. Da ser vi at sykepleierne har et stort ansvar i for å sørge at pasienten er godt motivert for at intervensjonen lykkes. I mange tilfeller, for eksempel i studiene, virker pasientene at de gjør ting for å tilfredsstille sykepleiernes forventninger i stedet for å kontrollere sykdommen. Sykepleierne spille en viktig rolle i at motivasjonen kommer innenfra og gjøre pasienten til fokusere på sykdomstilstanden.

Det studiene også viste var hvordan pasientene opplevde møte med sykepleier og hvilke motivasjoner de hadde for livsstilsendringer.

7.0 LITTERATURLISTE

Diabetesforbundet (2016) *Diabetes type 2*. Tilgjengelig fra:

<https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/> (Hentet: 27.05.2020).

Fermann, T. og Næss, G. (2010) Eldreomsorg i hjemmesykepleien, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal, s.210-211.

Furuset, K (2014) Diagnostikk av diabetes, Vaaler, S. og Møinichen T. (red.) *Diabeteshåndboken*. 4. utg Oslo: Gyldendal Akademisk. s 33-37.

Heyn L., (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, Grov E. K.og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 5. utg Oslo Cappelen Damm, s. 363-398.

Håkonsen, K.M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*, 5.utg, Oslo: Gyldendal akademisk.

Iversen, M. M. (2016) Diabetes, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie* 2. utgave Oslo, Gyldendal, s. 497-509.

Jenssen, T. (2017) Diabetes mellitus, i Ørn, S. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal, s.388-399.

Kirkevold, M. (2016), Den gamle integritet, Kirkevold, K., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg, Oslo: Gyldendal s. 102-103

Kirkevold, M. (2016), Personsentrert og individualisert sykepleie, Kirkevold, K., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg, Oslo: Gyldendal s. 106-119

- Kirkevold, M. (2016), Samarbeid med pasient og pårørende, Kirkevold, K., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg, Oslo: Gyldendal s. 145-161.
- Kirkevold, M. (2010), Individuell sykepleie, Kirkevold, K., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 1. utg, Oslo: Gyldendal s. 102-103
- Kristoffersen, N.J. (2011) Den myndige pasienten, Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 338- 381.
- Mosand, R.D. og Stubberud, DG (2016) Sykepleie ved diabetes mellitus, i Stubberud, DG., Grønseth, R. og Almås, H.(red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5.utgave, Oslo: Gyldendal akademisk, s.51-82.
- Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Møinichen, T. (2014) Hva er diabetes?. Vaaler S og Møinichen T(red.). *Diabeteshåndboken*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 31-37.
- Molven, O. (2015) *HELSE OG JUS*, 8.utgave. Oslo: Gyldendal Juridisk, s.180-181.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Norheim, L. V. og Reinar L. M. (2012), *Jobb kunnskapsbasert!*, 1. utg Oslo: Akribe
- Pasient-brukerrettighetsloven (1999). *Rett til helse- og omsorgstjenester*, Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20-brukerrettighetsloven> (Hentet 23.04.2020)
- Pon E., Wildeboer A.T., Dooren A. A., Bilo H. J. G., Kleefstra N. og Dulmen S. (2019), Active participation of patient with type 2 diabetes in consultations with their primary care practice nurses - what helps and what hinders: a qualitative study.i *BMC Health*

Services Research, DOI: 10.1186/s12913-019-4572-5, Tilgjengelig fra:
https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4572-5?fbclid=IwAR0qFY_H6ERBQlhcW-mP1Wp9LlKFX0DgcvzQ_PriPZASv9yn-gNpNDOPk (hentet:
01.04.2020)

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad A. K. T. og Knutstad, U. (red)
Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie, 4. Utg. Oslo; Cappelen Damm, s.
80-109.

Register over vitenskapelige publiseringskanaler (2017). Norsk senter for forskningsdata.
Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet:
05.05.2020)

Sand, O., Sjaastad Ø.V, Haug E, og Bjålie J.G, (2016). *Menneskekroppen, Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sebire S. J., Toumpakari Z., Turner K. M., Cooper A. R., Page A. S., Malpass A. og Andrews R. C. (2018) "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus, *BMC Public Health* DOI 10.1186/s12889-018-5114-5 Tilgjengelig fra:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-018-5114-5.pdf> Hentet:
(01.04.2020)

Skårderud, Haugsgjerd, S. og Stänicke, E., (2017) *Psykiatriboken* 1. utg, Oslo: Gyldendal

Thidemann, I.J.(2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter, Den lille motivasjonen boken i akademisk oppgaveskriving*.Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal

Troughton J., Chatterjee S., Hill S. E., Daly H., Stacey L. M., Stone M. A., Patel N., Khunti K., Yates T., Gray L. J. og Daves M. J. (2018) Development of a lifestyle intervention

using the MRC framework for diabetes prevention in people with impaired glucose regulation, *Journal of Public Health*, Volume 38, Issue 3, Pages 493–501 Tilgjengelig fra:

<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/38/3/493/2239814?fbclid=IwAR3hSX0qQmWa3CySTflkDNLIImkPrsl8KR867iyGPEVpjQhmyCZ5M911srOk> (Hentet: 1.04.2020)

Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning, Gammersvik, Å & Larsen, T. B.

Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis. 2. utg Bergen: Fagbokforlaget s.246

Vaaler S. og Møinichen T. (2014) Hvorfor får man type 2- diabetes?, Vaaler S. og Møinichen T.(red.) *Diabeteshåndboken*. 4 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 53-54.

Wei L., Wang J., Li Z., Zhang Y. og Gao Y. (2019). Design and implementation of an Omaha System-based integrated nursing management model for patients with newly-diagnosed diabetes, *PCDE Primary care diabetes europe*, DOI: 10.1016/j.pcd.2018.11.001 Tilgjengelig fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751991818303255?fbclid=IwAR2UtTNNf3NaCypa1YU-kkLcK7x39Gzjgs5PQn97kVANXXRVwKZCTtH9JM>

(Hentet: 01.04.2020)

Yamamoto T., Moyama S. og Yano H (2016) Effect of a newly-devised nutritional guide based on self-efficacy for patients with type 2 diabetes in Japan over 2 years: 1-year intervention and 1-year follow-up studies *Journal of Diabetes Investigation*, doi: 10.1111/jdi.12571, Tilgjengelig fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5334309/> (Hentet 1.04.2020)

