

# Bachelorgradsoppgave

## Mestre å leve med diabetes type 2

## Managing life with diabetes type 2

En helsefremmende tilnærming i sykepleie

A health promoting approach in nursing care

**Kristin Gustad Fossum**

SPU 110

**Bachelorgradsoppgave** i sykepleie

Sykepleieutdanningen - Kull 2010-2013



Avdeling for  
helsefag i Levanger

## Abstrakt

**Introduksjon:** Diabetes er en global voksende epidemi, og type 2 diabetes utgjør omkring 90 % av 347 millioner mennesker med diabetes, i verdenssammenheng. Sykdommen krever at pasienten mestrer å leve med sykdommen, uavhengig av medisinsk ekspertise. Egeninnsats er avgjørende for god egenomsorg, og den enkelte må selv innta en aktiv rolle i behandlingen. Pasientens egen kompetanse og evne til å ta ansvar er viktig. Helsefremmende tilnærminger setter pasientenes egne behov sentralt, og pasientenes subjektive oppfatninger bør få økt betydning i diabetesomsorgen.

**Hensikt:** Identifisere hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter nylig diagnostisert med diabetes type 2 mestrer å leve med kronisk sykdom, med bakgrunn i pasientenes egne oppfatninger av faktorer som fremmer god egenomsorg.

**Metode:** Oppgaven baserer seg på en allmenn litteraturstudie som innebærer gjennomgang av allerede eksisterende forskningslitteratur. Det er blitt søkt forskning innenfor valgt hensikt, som videre er gransket, analysert og sammenfattet. Dette danner grunnlaget for resultat i oppgaven.

**Resultat:** Analysen identifiserte tre hovedkategorier. Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner, helsefaglig støtte og behovet for informasjon, samt endringer i livsstil.

**Diskusjon:** Oppgaven belyser en betydelig sammenheng mellom det emosjonelle og følelsesmessige aspektet av å bli diagnostisert med diabetes, helsefaglig støtte og behovet for informasjon, samt det å skulle endre en allerede godt innarbeidet livsstil. Individualisert tilpasset pleie er av betydning for hvordan pasienter med diabetes mestrer å leve et liv med kronisk sykdom. En helsefremmende og salutogen tilnærming i sykepleie bidrar til at pasienten evner å ta kontroll over faktorer som påvirker deres liv, og gjøre tilpasninger basert på deres egen vurdering av hensiktsmessige strategier.

**Konklusjon:** Støtte til god egenomsorg og mestring av diabetes har helseøkonomisk gevinst, både for pasienten og samfunnet for øvrig. Investeringer i god og effektiv helsetjeneste vil kunne redusere kostnader, samtidig som ubehag og bekymringer omkring diabetes reduseres for den enkelte.

Nøkkelord: Allmenn litteraturstudie, diabetes type 2, mestring, egenomsorg, helsefremming, salutogenese

## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Hensikt .....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Søkestrategi .....	4
2.1.1 Søk 1 Medline.....	4
2.1.2 Søk 2 Cinahl .....	5
2.1.3 Søk 3 Medline.....	5
2.1.4 Søk 4 Medline.....	5
2.1.5 Tittelsøk Medline .....	5
2.1.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.2 Utvalg og granskning av artikler .....	6
2.3 Analyse .....	7
2.4 Ethiske overveielser .....	7
3.0 Resultat .....	8
3.1 Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner .....	8
3.2 Helsefaglig støtte og behovet for informasjon .....	9
3.3 Endringer i livsstil .....	11
4.0 Diskusjon .....	14
4.1 Resultatdiskusjon .....	14
4.1.1 Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner.....	14
4.1.2 Helsefaglig støtte og behovet for informasjon .....	17
4.1.3 Endringer i livsstil.....	22
4.2 Metodediskusjon .....	26
5.0 Konklusjon.....	28
Referanser.....	29
Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier.....	1
Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte artikler .....	3
Vedlegg 3 – Utdrag analyse .....	11

## 1.0 Introduksjon

Økt forekomst av diabetes kan spores tilbake til en rask økning i overvekt, fedme og fysisk inaktivitet, og er en global voksende epidemi. Rundt 347 millioner mennesker verden over har diabetes og sykdommen antas å bli den syvende største dødsårsaken i verden innen år 2030. Type 2 diabetes utgjør omkring 90 % av det totale antall personer med diabetes i verdenssammenheng (WHO 2013a). I 2011 ble det registrert omtrent 135 000 mennesker med medisinregulert diabetes under 80 år i Norge. I tillegg er det et ukjent antall mennesker som regulerer diabetes kun med kosthold og mosjon, samt at flere har diabetes uten å vite om det. Det totale antall mennesker med diabetes er derfor ukjent, og sannsynligvis er forekomsten enda høyere (FHI 2013a). Diabetes type 2 utgjør minst åtte av ti tilfeller av diabetes i Norge (FHI 2013b).

Vanligvis debuterer type 2 diabetes i 40- års alder og oppover, men i senere tid er det imidlertid registrert et økende antall tilfeller i 20-30 års alder (Mosand og Stubberud 2010). Dette har sammenheng med økt levealder og diagnostikk, men også endring i livsstil (Mosand og Stubberud 2010, WHO 2013a). På så måte kan sykdommen karakteriseres som en livsstilssykdom (Mosand og Stubberud 2010). Sykdommen påvirker hverdagen hos dem det gjelder i stor grad, og behandlingen krever at den enkelte daglig er i stand til å gjøre viktige og kompliserte behandlingsmessige vurderinger og valg (Graue og Haugstvedt 2011).

Behandling av diabetes tar først og fremst sikte på å unngå hyper- eller hypoglykemi og forhindre utvikling av senkomplikasjoner. Hos de fleste som diagnostiseres med type 2 diabetes er kostomlegging og regelmessig fysisk aktivitet tilstrekkelig for å holde blodsukkerreguleringen under kontroll den første tiden (Sagen 2011a). Dette på grunn av at det ved type 2 diabetes produseres insulin, men produksjonen og følsomheten for hormonet kan være for lav (FHI 2013a). Endringer i livsstil, blir blant annet sett på som god egenomsorg i oppgaven, og kan være av betydning for om pasienten utvikler ytterligere komplikasjoner som aterosklerotisk sykdom, som angina pectoris, hjerneinfarkt, hjerneslag og dårlig perifer sirkulasjon (Mosand og Stubbeur 2010). Slik sett har mestring av god egenomsorg også en samfunnsmessig betydning. Dersom det ikke satses på god diabetesomsorg til riktig tidspunkt, vil utgiftene som følge av komplikasjoner og sykehusinnleggelses bli store. Helseøkonomi og hva diabetes koster samfunnet har fått en økende interesse, hvor målet er å få mest mulig helse igjen for hver krone (Allgot 2011). Direkte kostnader ved behandling av diabetes og dens følgesykdommer er 2,5 til 15 prosent av årlige helsebudsjetter, og når stadig flere rammes tidligere i livet, vil kostnadene mest sannsynlig øke (FHI 2013b). Dette oppfordrer

sykepleiere til å styrke pasientens egenomsorg, slik at tilpasning og mestring av livet med diabetes gir gevinst både for pasienten og samfunnet for øvrig (Allgot 2011).

Å få en sykdom som diabetes krever at man må leve med sykdommen 365 dager i året, og det er avgjørende at pasienten mestrer å leve med sykdommen, uavhengig av medisinsk ekspertise. Egeninnsatsen hva gjelder å mestre livet med diabetes, er helt avgjørende (Allgot 2011), og preger hverdagen til den enkelte i svært stor grad (Haugstvedt 2011). Hjelp, støtte og veiledning pasienten får for å lære å mestre sin sykdom er avgjørende for god egenomsorg. Slik blir også sykepleierens pedagogiske funksjon sentral opp mot pasienter med diabetes. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer å legge til rette for informasjon, veiledning og undervisning, slik at pasientene utvikler optimal kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorer som fremmer helse og mestring. God helsekommunikasjon er derfor avgjørende for pasientens egenomsorg, slik at pasienten kan mestre livet med diabetes. Dette er avgjørende både for den enkelte med diabetes, og for samfunnet (Allgot 2011).

Tidligere var det slik at behandlingsmessig vurderinger rundt diabetes ble tatt av legen. Nåtidens behandlingsfilosofi dreier seg i større grad om at pasienten skal tilpasse behandlingen av sin diabetes til det livet vedkommende ønsker å leve (Haugstvedt 2011). Det er med andre ord blitt svært viktig at den enkelte selv inntar en aktiv rolle i behandling av diabetes i hverdagen (Helsedirektoratet 2011). Pasientens egen kompetanse og evne til å ta ansvar er nødvendig for vellykket behandling (Torgauten 2011). Dette belyser betydningen av en helsefremmende tilnærming i sykepleien overfor pasienter med diabetes type 2.

Den første helsefremmende konferansen fant sted i Ottawa i 1986, hvor det ble utarbeidet et dokument som definerer helsefremmende arbeid som en prosess som har til hensikt å gjøre folk i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse (WHO 2013b). Denne definisjonen er klart knyttet til selvstendighetstenkning (Haugstvedt 2011). I tillegg introduserte den israelske medisinske sosiologen Aaron Antonovsky begrepet salutogenese, som en motsats til medisinsens patogenese. Det salutogene perspektivet vektlegger ressurser i og omkring individet som fremmer helse, som er nært forbundet med helsefremmende tenkning (Antonovsky 2012, Haugstvedt 2011). Salutogenese kan også forstås som en vektlegging av ressurser, kompetanse, ferdigheter og fokus på det individuelle. Eriksson og Lindström (2010) beskriver flere teorier som baserer seg på salutogen tenkning, hvor fokuset er ressurser for helse og livskvalitet, deriblant empowermentprosessen. Empowerment defineres som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (WHO 1998). Slik blir sammenhengen mellom helsefremmende og salutogen

tilnærming tydelig (Haugstvedt 2011), og sykepleiens pedagogiske funksjon et godt tiltak overfor pasienter med diabetes (Tveiten 2008).

Med dette som bakgrunn er det helt klart av betydning at sykepleieren bidrar og støtter opp under den selvstendighetstenkningen som er ønsket overfor pasienter med diabetes. Ved å knytte empowerment og salutogenese opp mot pasientene, blir en helsefremmende tilnærming sentral, slik at en kan fremme helse på tross av kronisk sykdom. Sykepleierens rolle blir rettet mot å bidra til at pasientene blir i stand til å mestre sitt liv med diabetes, gjennom sykepleiens pedagogiske funksjon (Haugstvedt 2011, Tveiten 2008). En helsefremmende tilnærming setter dessuten pasientenes egne behov sentralt, og det vil derfor være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i pasientenes subjektive oppfatninger av å bli diagnostisert med diabetes. Slik kan en identifisere deres egen oppfatning av faktorer som bidrar til mestring og god egenomsorg. På så måte kan sykepleiere styrke sin forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør, og sannsynligvis styrke sin kompetanse hva gjelder samhandling, utvikling og helhet (Malterud 2011). Den som selv har diabetes er den viktigste ressursen i diabetesomsorgen (Allgot 2011).

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne studien er å identifisere hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter nylig diagnostisert med diabetes type 2 mestrer å leve med kronisk sykdom, med bakgrunn i pasientenes egne oppfatninger av faktorer som fremmer god egenomsorg.

## 2.0 Metode

Oppgaven baserer seg på en allmenn litteraturstudie, som innebærer gjennomgang av allerede eksisterende forskningslitteratur. Det er blitt søkt forskning innenfor valgt hensikt, som videre er kritisk gransket, analysert og sammenfattet. Dette er gjort innenfor en viss systematikk, men skiller seg allikevel fra en systematisk litteraturstudie på grunn av begrensning av antall artikler, begrensning av tid og oppgavens omfang (Forsberg og Wengström 2003). Artiklene som danner grunnlag for resultatet i oppgaven er i hovedsak kvalitativ forskning, noe som innebærer fokus på mening og opplevelser, i motsetning til kvantitativ forskning som heller baserer seg på målbare data (Dalland 2012).

### 2.1 Søkestrategi

Etter at tema og hensikt for oppgaven var avgrenset, ble søkeord formulert, og det ble gjort artikkelsøk i databasene Medline og Cinahl. Sju av de 12 inkluderte artikler, som danner grunnlag for resultatet i oppgaven, ble funnet i til sammen fire søk. Ett søk ble utført i Cinahl og de resterende søk i Medline, med bakgrunn i at medline inneholder flere artikler med full tekst. Dette er dessuten anerkjente databaser med relevant sykepleierforskning (Forsberg og Wengström 2003). Søkeordene ble deretter kombinert på ulike måter enten med «or» eller «and». «And» brukes for å begrense et søk og for å gi et mindre resultat i søket. «Or» utvider søket og gir et bredere resultat (Forsberg og Wengström 2003). Oversiktstabell over søkestrategier ligger som vedlegg 1. Fem av de 12 artiklene ble funnet gjennom tittelsøk i Medline. Artiklenes tittel ble funnet i litteraturlister, enten i andre relevante artikler eller relevant litteratur.

Valgte søkeord: Diabetes mellitus type 2, adult, attitude, disease management, healthcare behaviour, preventive healthcare, motivation, life style, patients, nursing, caregivers, homecare service, education, teaching, communication og quality of life.

#### 2.1.1 Søk 1 Medline

«Diabetes mellitus type 2», «adult», «life style» og «motivation» var søkeord benyttet i første søk. Disse ble kombinert med «and» og gav til sammen 30 treff. Ytterligere avgrensninger ble gjort, slik at artiklene bare inneholdt abstrakt, engelsk, norsk, dansk eller svensk språk, samt artikler fra de siste sju år. 12 artikler ble valgt ut etter lest tittel. Deretter kunne seks artikler være aktuelle etter lest abstrakt. Fem artikler ble lest i sin helhet og til slutt tre av disse artiklene vurdert og kvalitetsgransket som relevant for studiens hensikt.

### 2.1.2 Søk 2 Cinahl

Søkeord benyttet i det andre søk var «diabetes mellitus type 2», «adult», «preventive healthcare» og «teaching». Abstrakt, full tekst, engelsk, norsk, svensk, eller dansk språk, samt artikler fra de siste sju år var ytterligere avgrensninger tilført søket. Dette gav til sammen 31 treff. Ni artikler ble valgt ut etter lest tittel, og tre artikler valgt ut etter lest abstrakt som også ble lest i sin helhet. En artikkel ble valgt ut for gransking og vurdering og ble funnet relevant for studiens hensikt.

### 2.1.3 Søk 3 Medline

I søk tre ble søkeordene «Disease management», «education», «caregivers», «nursing», «attitude», «patients», «diabetes mellitus type 2», «motivation» og «quality of life» benyttet. Disse ble kombinert med «and» og «or», som til sammen gav sju treff. Ytterligere avgrensninger ble ikke gjort i dette søket. Fire av disse artiklene ble valgt ut etter lest tittel, og 2 av disse ble valgt ut etter lest abstrakt. Disse to artiklene ble lest i sin helhet, hvorav en var relevant for studiens hensikt og ble ytterligere gransket og vurdert.

### 2.1.4 Søk 4 Medline

Det siste søket inkluderte søkeordene «motivation», «attitude», «healthcare behaviour», «life style», «diabetes mellitus type 2», «adult», «homecare service», «communication», «nursing» og «patients». Flere avgrensninger ble ikke lagt til. Søkeordene ble kombinert med «and» og «or», som til sammen gav 61 treff. Ni artikler ble valgt ut etter lest tittel, seks etter lest abstrakt og fire artikler ble lest i sin helhet. To artikler ble ytterligere vurdert og gransket ut fra studiens hensikt.

### 2.1.5 Tittelsøk Medline

1. The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes (Furler m.fl. 2008).
2. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes (Johansson m.fl. 2009).
3. Lifestyle Change in Type 2 Diabetes (Whittemore m.fl. 2002).
4. Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes (Clark og Hampson 2003).
5. Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (Vermeire m.fl. 2007).



### 2.1.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Voksne nylig diagnostisert med diabetes mellitus type 2 er primærfokus i oppgaven. Nærmere aldersbegrensning er vurdert til ikke å være relevant. Pasientperspektivet er hovedfokus. Opplæring, undervisning og informasjon blir sett på som vesentlig, samt faktorer som bidrar til god egenomsorg. Hvilke opplevelser menneskene har rundt det å leve med diabetes, samt hvordan de opplever støtte gitt av helsepersonell står sentralt. Primærforebygging av diabetes er ekskludert og kjønn har ingen betydning for hensikten. Hvor pasienten befinner seg er heller ikke av stor betydning, da videre fokus dreier seg om helsefremmende og salutogen tenkning i møte med pasientene. Pasientenes oppfatning av sin fastlege er ekskludert, samt medikamentell behandling ved diabetes. Artikler med engelsk, norsk, svensk eller dansk språk, abstrakt, full tekst og artikler publisert innenfor en tiårs periode er inkluderende kriterier i søkene. Øvrige artikler blir ekskludert.

## 2.2 Utvalg og granskning av artikler

Etter et dypdykk i hvilken informasjon som finnes på området, ble artikler i søk vurdert til om de svarer på hensikt i oppgaven. Slik ble det gjort en bedømming av relevans under veis (Forsberg og Wengström 2003). De artikler som bedømmes som relevante ble videre gransket og kritisk vurdert. Artiklene som danner grunnlag for analyse og resultat er kvalitetsgransket ved hjelp av skjema for granskning og vurdering av forskningsartikler, som er inspirert av kriterier funnet i litteratur (Polit og Beck 2012). Der er det gjort en kvalitetsvurdering av artiklene.

Dette innebærer blant annet vurdering av problemstilling, type studie, etiske betraktninger og artikkelens hovedfunn. Hver artikkel ble etter hvert vurdert i hvilken grad de svarer på studiens hensikt. Gyldighet og holdbarhet er dessuten viktig for om en kilde er troverdig og ekte, samt kvaliteten på artikkelen (Dalland og Tygstad 2012). Hvilken type forskning det er, forfatters navn og når artikkelen er skrevet ble vurdert fortløpende under vurdering og granskning. 10 av de inkluderte artikler er skrevet innen en tiårs periode. En er skrevet i 2002 og den siste i 2001. Forfattere og tidsskrift fremgår tydelig. Etter kvalitetsbedømming ble informasjonen flyttet over i oversiktstabell. Fullstendig oversiktstabell ligger som vedlegg 2.

## 2.3 Analyse

Etter vurdering og gransking av artiklene som danner grunnlag for resultat i oppgaven, må informasjonen analyseres og sammenfattes. Det ble derfor gjort en tekstanalyse inspirert av en innholdsanalyse. Dette innebærer prosessen med å organisere og integrere materiale fra dokumenter, til sentrale begreper og temaer (Polit og Beck 2012). Under analysen ble datamaterialet oversatt, fortolket og organisert (Malterud 2011). Det ble sett etter mønster, likheter og ulikheter i funnene og fellesnevnerne relevant for studiens hensikt ble kartlagt. Slik ble de forskjellige data fra de ulike artiklene satt opp mot hverandre, slik at funnene i hver enkelt artikkel enten ble styrket eller avkreftet (Dalland 2012). Materialet som belyste hensikten ble sortert ut, og meningsbærende enheter identifisert (Polit og Beck 2012). Meningsenhetene ble videre sammenfattet til subkategorier. Subkategoriene ble ytterligere sammenfattet til det som danner grunnlaget for de tre hovedkategoriene i resultatet. Slik ble det også fulgt en viss systematikk under analysen (Malterud 2011). Et utdrag av prosessen som danner grunnlag for en kategori i oppgavens resultat finnes som vedlegg 3.

## 2.4 Etiske overveielser.

I følge Forsberg og Wengström (2003) er det viktig å gjøre etiske overveielser ved litteraturstudier. De 12 forskningsartiklene som danner grunnlag for resultatet i oppgaven er kritisk gransket og følger etiske standarder. Alle artiklene er godkjent av etisk komite. 10 av 12 artikler er kvalitative studier, som også påpeker viktigheten av at studiene har etiske overveielser, med bakgrunn i å sikre at forskningen ikke skjer på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. I tillegg anonymisering, da det ikke skal være mulig å kjenne igjen deltakerne i studien (Dalland 2012). Slik kan en sikre at deres rettigheter beskyttes (Polit og Beck 2012). Også de to kvantitative studiene er godkjent av etisk komite, men med bakgrunn i at kvantitativ forskning gjerne inneholder en større mengde deltakere, kan dette ha betydning for i hvor stor grad det er mulig å gjenkjenne deltakerne. Oversikt over alle artiklene er presentert i tabell. Dessuten er alle resultat i artiklene presentert, uavhengig om funnene støtter hensikten i oppgaven eller ikke. Artiklene er behandlet på en redelig måte, også ved bruk av kilder (Forsberg og Wengström 2003).

## 3.0 Resultat

Analysen la grunnlag for tre hovedkategorier:

- Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner
- Helsefaglig støtte og behovet for informasjon
- Endringer i livsstil

### 3.1 Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner

Følelsesmessige reaksjoner var fremtredende ved snakk om å leve et liv med diabetes (Ahlin og Billhult 2012, Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Johansson m.fl. 2009, Nagelkerk m.fl. 2006, Whittemore m.fl. 2002). Å bli syk med diabetes betydde for mange at en brått ble en annen person, og ble involvert i et forløp preget av emosjonelt mangfold (Johansson 2009). Følelser som sjokk over å få diagnosen (Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Johansson m.fl. 2009, Vermeire m.fl. 2007), frykt for fremtiden, samt det viktige behovet for å håndtere disse følelsesmessige svingningene for å kunne yte god egenomsorg, var fremtredende. Gjerne med støtte fra helsepersonell (Furler m.fl. 2008). Andre uttalte frykt i forhold til høyt eller lavt blodsukker, komplikasjoner, dårlig helse eller død (Whittemore m.fl. 2002). Når sykdommen var et faktum oppsto nærmest en krise-lignende opplevelse. Men de var klar over at dette var en kronisk sykdom, men som ville være gjeldende hele livet (Furler m.fl. 2008, Johansson m.fl. 2009).

At en ikke kunne spise som en ville, ble ledsaget av følelser som urettferdighet, angst, usikkerhet og frustrasjon. Mye i forhold til deres fremtidige liv med diabetes, og hvordan en skulle takle livet med krav til livsstilsendringer (Ahlin og Billhult 2012, Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Vermeire m.fl. 2007, Whittemore m.fl. 2002). Enkelte beskrev utfordringen til et nytt liv som en kontinuerlig indre kamp (Ahlin og Billhult 2012). Det kunne oppleves vanskelig å inkludere nære relasjoner i sykdommen. Selv om de hadde blitt syk, ønsket de ikke at sykdommen skulle ta overhånd, men at livet skulle fortsette som før med noen modifikasjoner (Ahlin og Billhult 2012, Johansson m.fl. 2009). Allikevel ble det satt pris på dersom familien aktivt ønsket å ta del i atferdsendringer. Innflytelsen på resten av familien, hva gjelder å følge dietten til den enkelte med diabetes, varierte fra total til ingen endring (Nagelkerk m.fl. 2006, Vermeire m.fl. 2007).

Behandlingen av diabetes kunne føles skremmende (Johansson m.fl. 2009). Negative erfaringer bidro til dårlig egenomsorg og etterlevelse av behandlingstiltak. Deltakerne uttrykte hjelpeløshet og frustrasjon på grunn av mangel på glykemisk kontroll, til tross for etterlevelse av behandlingstiltakene og i tillegg kunne de miste motet av tilsynelatende uunngåelig progresjon av diabetesen (Nagelkerk m.fl. 2006). Noen kjente på en viss grad av sorg over og tap av livet som skulle

vært. Men selv om behandlingen i starten kunne føles skremmende, kunne effekten av behandlingen etter hvert bli merkbar og kroppen fungere igjen. Dette kunne gjøre opp for noe av ubehaget. Andre indentifiserte etter hvert en aksept av sykdommen som en mulighet, mye på grunn av en følelse over at det å få diagnosen diabetes, ikke var noe å gjøre med (Johansson m.fl. 2009).

En effektiv strategi kunne være å opprettholde en positiv holdning, som ofte fremmet proaktiv læring. Enkelte kunne da søke informasjon ved å skaffe tidsskrifter eller bøker om diabetesomsorg. Da kunne selv en artikkel gjøre stor forskjell. Dette kunne velte et stort lass, og en bør kunne lette fra deres skuldre (Nagelkerk m.fl. 2006). Iverksetting av tiltak som for eksempel å starte med en formell diabetesutdanning kunne faktisk innstille håp om at veien kunne bli annerledes. En sunn følelse av sårbarhet med hensyn til alvorret ved diabetes og faren for komplikasjoner, kunne også være en viktig motiverende kraft. (Whittemore m.fl. 2002). Men enkelte funn viste allikevel at deltakerne ikke så diabetes som alvorlig nok, før komplikasjonene hadde inntruffet (Vermeire m.fl. 2007).

Diabetes hadde med andre ord en kompleks psykologisk effekt på deltakerne (Gillibrand og Flynn 2001). Deres hovedmål var at de selv skulle være i forkant av sitt eget liv. Diabetesen skulle ikke kontrollere dem, men at de skulle styrke sin kontroll over seg selv og sin egenomsorg (Ahlin og Billhult 2012, Johansson m.fl. 2009, Whittemore m.fl. 2002). Til tross for dette viste det seg at deltakerne selv så mindre alvorlig på det å få diabetes enn helsearbeidere gjorde og deltakerne hadde mindre tro på autonomi i diabetesomsorgen. Deltakerne hadde også mindre tro på stram blodsukkerkontroll (Clark og Hampson 2003). I tillegg viste det seg at etter fem år ble innflytelsen av diabetes på deltakerne redusert med 60 %. Betydelig holdningsendringer viste seg. De viste en større aksept for sin diagnose og følte de hadde mer kontroll over tilstanden (Kenealy m.fl. 2008).

### **3.2 Helsefaglig støtte og behovet for informasjon**

Utviklingen av diabetes var vanskelig å anerkjenne. Deltakerne følte de ikke hadde fått nok informasjon og advarsler om risiko for utvikling av komplikasjoner. Forløpet av sykdommen med endring i livsstil var ofte ikke akseptert (Ahlin og Billhult 2012, Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Vermeire m.fl. 2007, Whittemore m.fl. 2002), mye på grunn av at effekten av pågående behandling ikke fullt ut var forstått (Vermeire m.fl. 2007). Mange virket å være uvitende om forholdet mellom behovet for å opprettholde stabilt blodsukker og unngåelse av langsiktige komplikasjoner. De følte de ikke hadde fått nok informasjon for å kunne legge til rette for god egenomsorg. Dersom de visste mer om sin sykdom, kunne egenomsorgen bli bedre (Gillibrand og Flynn 2001, Vermeire m.fl. 2007).

Enkelte var ikke klar over hvor uvitende de var rundt diabetesomsorg, og mange uttrykte misnøye med kunnskapen de satt med. Mye informasjon hadde blitt presentert for dem, men ikke alt var forståelig og minneverdig, og ofte ble informasjonen gitt på upassende tider. Mangelfull, motstridende og misforstått informasjon ga seg uttrykk i ytterligere bekymring hos deltakerne. De uttrykte et behov for mer og bedre informasjon, for bedre etterlevelse av behandlingstiltak rundt diabetes (Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Kenealy m.fl. 2008, Nagelkerk m.fl. 2006, Vermeire m.fl. 2007).

Helsearbeidere ble ansett å ha liten forståelse eller aksept av de virkelige vanskeligheter pasienter med diabetes står overfor. Til tross for dette var det enighet i at et godt forhold til helsepersonell var viktig. (Furler m.fl. 2008, Vermeire m.fl. 2007). Flere områder knyttet til støtte gitt av helsepersonell ble indentifisert som betydningsfulle. En empatisk tilnærming burde være integrert i støtten (Furler m.fl. 2008, Oftedal m.fl. 2010). Empati ble definert som forståelse, lytting og helhetlig tilnærming. De måtte være interessert i pasienten, være observante og omsorgsfulle, samt oppmuntre til ansvarlighet og selvledelse. Dette gav dem en følelse av tillit og etablering av en god relasjon. Dersom helsepersonell begrenset deres støttende rolle til å være ekspert på sykdommen, som kun omhandlet objektive prioriteringer, ble den empatiske egenskapen satt til side. Dette sto i kraftig kontrast til den støtten deltakerne oppfattet at de trengte for å takle sykdommen i hverdagen (Furler m.fl. 2008, Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010). Lytting ble verdsatt (Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010), og ønsket om en holistisk tilnærming, det å se det totale, hele bildet, var sterkt (Oftedal m.fl. 2010).

Praktiske råd og informasjon ble også indentifisert som betydningsfullt for pasientens egenomsorg. Flere personer rapporterte om at den eneste praktiske støtten de fikk av helsepersonell var knyttet til informasjon og råd om kosthold, og planlegging av måltider (Furler m.fl. 2008, Oftedal m.fl. 2010). Enkelte snakket varmt om dette, andre kunne tenke seg å få en oversikt over sine prøver, med resultater og referanseverdier, slik at de lettere kunne få en oversikt over sin egen tilstand. Dette kunne være med på å underbygge en følelse av myndighet (Gillibrand og Flynn 2001, Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010). Informasjonen burde relateres til deres hverdag. Flere følte at behovet for praktisk støtte var ignorert av helsepersonell, slik at de ikke kunne dra nytte av opplysningene i sin egenomsorg (Oftedal m.fl. 2010).

En tredje faktor for god støtte fra helsepersonell viste seg i viktigheten av nøyaktig og individualisert informasjon. Dette refererte ikke bare til riktigheten av informasjon, men også til hvordan

informasjonen ble individualisert til deres personlige forutsetninger og behov. (Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010). Enkelte kunne ønske å få detaljert informasjon om diabetes type 2, mens andre ønsket mer generell informasjon. En ofte nevnt problematikk var relatert til variasjon av kunnskap omkring type 2 diabetes blant helsepersonell, samt at forskjellige opplysninger kunne bli gitt dem. Dette kunne i verste fall føre til at deltakerne til slutt ikke stolte på råd gitt av helsepersonell (Oftedal m.fl. 2010). Det viste seg at bare 69 % av helsepersonell hadde deltatt på kurs for helsepersonell angående diabetesbehandling (Clark og Hampson 2003). Ellers ønsket deltakerne oppdatert kunnskap og informasjon om diabetes (Furler m.fl. 2008, Kenealy m.fl. 2008, Oftedal m.fl. 2010). Samtidig var det viktig at informasjonen ble tilpasset hver enkelt, slik at den ikke ville redusere troen på å mestre et liv med diabetes (Oftedal m.fl. 2010).

Viktigheten rundt støtte på kontinuerlig basis, i tillegg til den kontinuerlige oppfølging og kontrollene som tilbys av helsepersonell, identifiserte behovet for løpende gruppebasert støtte. Flere understreket at etter sitt første møte med helsepersonell, følte de seg ofte tom og overlatt til seg selv. Kurs og oppfølgingskurs kunne være nyttig (Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010). Men hindringer for godt utbytte av slike kurs identifiserte seg som for lang varighet og for detaljert informasjon (Nagelkerk m.fl. 2006). Dessuten kunne enkelte oppleve at kursene hadde begrenset personlig betydning (Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010). Det viste seg at kun 15 % av deltakerne hadde deltatt på diabeteskurs (Clark og Hampson 2003).

Selv om behovet for informasjon og kunnskap, enten individualisert eller på generell basis var til stede (Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Kenealy m.fl. 2008, Nagelkerk m.fl. 2006, Oftedal m.fl. 2010, Vermeire m.fl. 2007), kunne enkelte oppleve at gapet mellom kunnskap og atferd hos mange var stort (Ahlin og Billhult 2012).

### **3.3 Endringer i livsstil**

Å måtte tilpasse alle aspekter i livet til å omhandle diabetes var vanskelelig (Vermeire m.fl. 2007) og forløpet av sykdommen med endring i livsstil var ofte ikke akseptert (Ahlin og Billhult 2012, Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Vermeire m.fl. 2007, Whittemore m.fl. 2002). I tillegg kunne krav om å gjøre livsstilsendringer være svært overveldende (Ahlin og Billhult 2012). Deltakernes holdninger til ulike aspekter av egenomsorg varierte. Holdningene til egenomsorg var betydningsfullt forbundet med hensikt å utføre egenomsorg (Gatt og Sammut 2008). Det ble gitt uttrykk for at deltakerne var minst trygg på trening, som også var den atferden de følte de hadde minst kontroll over. I tillegg ble det identifisert lav atferdskontroll over etterlevelse av kosthold. Funnene avslørte at

fysisk aktivitet var det behandlingstiltaket som ble utført minst, og hadde minst fokus (Furler m.fl. 2008, Gatt og Sammut 2008).

Livet ble et spørsmål om å takle diabetesen, og at hvert individ hadde ansvar for seg selv. Endring av livsstil var et tema hos deltakerne, men ikke som eneste fokus, fordi mye hang sammen med det emosjonelle aspektet av sykdommen. Allikevel var deltakerne klar over at behandling var nødvendig for å gjøre et godt liv mulig. Man måtte bare tilpasse seg den endrede situasjonen (Furler m.fl. 2008, Whittemore m.fl. 2002). Å endre sitt kosthold kunne føles som en rekke restriksjoner i starten (Johansson m.fl. 2009). Det ble snakket om frustrerende førsteerfaringer med å gjøre kostholdsendringer (Whittemore m.fl. 2002). Men etter hvert kunne de se nye muligheter for å tilfredsstille sine ønsker og se fordelene med et godt kosthold (Furler m.fl. 2008).

Når livsstilsendringer ble gjort, opplevde deltakerne det å gjøre flere endringer i livsstil som nyttig. Synet på verdien av økt fysisk aktivitet økte. Etter hvert kunne de forklare hvordan fysisk aktivitet kunne bidra til å mestre og styre diabetesen, samt kontrollere blodsukkeret. Fysisk aktivitet hadde bedret deres psykiske helse, så vel som deres fysiske, og i tur oppmuntret dem til å spise sunt og fortsette med den gode livsstilen (Malpass m.fl. 2009).

Dessuten kunne fysisk aktivitet bli brukt til å kompensere for planlagte godbiter, som måtte bli integrert i den nye livsstilen. Tilfredshet var et sentralt tema i det å gjøre livsstilsendringer. Metthetsfølelse med individuelle måltider og tilfredshet med hensyn til favorittmat eller «sug» tillot dem å holde ut med å gjøre vanskelige livsstilsendringer (Malpass m.fl. 2009, Vermeire m.fl. 2007, Whittemore m.fl. 2002). Dessuten kunne erkjennelsen av personlige konflikter assistere personene til å identifisere sine egne fristelser, vanskelige situasjoner, grenser og personlige strategier (Whittemore m.fl. 2002). Slik kunne det nye atferdsmønsteret bli individualisert og integreres med eksisterende sosiale mønstre. Når deltakerne lærte hvordan deres kropp reagerte på forskjellig mat og aktiviteter, kunne de også utvikle måter å mestre sin diabetes. Ettersom alle kan reagere forskjellig, må man lære dette selv. Deltakere rapporterte med andre ord at tilpasningene de måtte gjøre kunne være store, men var basert på deres egen vurdering av hva som var hensiktsmessig for dem som individ, med sine egne begrensninger (Malpass m.fl. 2009, Vermeire m.fl. 2007, Whittemore m.fl. 2002).

Etter hvert hadde den nye måten å leve på et potensial til å bli naturlig og kunne fungere bra (Johansson m.fl. 2009). Å etablere et nytt atferdsmønster handlet blant annet om en fokusert oppmerksomhet til å leve med diabetes. De emosjonelle følelsene rundt det å få diabetes (Ahlin og

Billhult 2012, Furler m.fl. 2008, Gillibrand og Flynn 2001, Johansson m.fl. 2009, Nagelkerk m.fl. 2006, Whittemore m.fl. 2002), kunne føre til en opplevelse av personlig trussel, som faktisk fungerte som en motiverende faktor for deltakerne til å lære mer om sykdommen, og gjøre livsstilsendringer. Følelsene kunne på sett og vis styre ens handlinger (Whittemore m.fl. 2002). Etter hvert kunne håp skapes, om at veien kunne bli annerledes hvis de tok vare på seg selv (Furler m.fl. 2008, Whittemore m.fl. 2002). Kunnskap og økt bevissthet kunne bidra til at deltakerne komponerte en ny struktur innenfor en eksisterende livsstil som innlemmet ny atferd (Whittemore m.fl. 2002).



## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien er å identifisere hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter nylig diagnostisert med diabetes type 2 mestrer å leve med kronisk sykdom, med bakgrunn i pasientenes egne oppfatninger av faktorer som fremmer god egenomsorg.

Oppgavens resultat identifiserte at følelsesmessige reaksjoner var fremtredende ved snakk om å leve et liv med diabetes, og involverte et forløp med emosjonelt mangfold. I tillegg behovet for å takle følelsesmessige reaksjoner. Dessuten var behovet for helsefaglig støtte og informasjon stort. Flere følte de ikke hadde fått nok informasjon for å kunne legge til rette for god egenomsorg og uttrykte et behov for individualisert, mer og bedre informasjon, samt at et godt forhold til helsepersonell var viktig. Krav om å gjøre livsstilsendringer kunne være svært frustrerende og overveldende, og holdninger til ulike aspekter av egenomsorg varierte. Viktigheten av at det nye atferdsmønsteret ble individualisert ut fra egen vurdering av hva som var hensiktsmessige strategier, med egne begrensninger og behov, ble påpekt.

Resultatet diskuteres opp mot en helsefremmende tenkning i sykepleie, med fokus på en salutogen tilnærming. Antonovskys salutogeneseteori (Antonovsky 2012), empowermentstenkning (Eriksson og Lindström 2010, Gibson 1991) samt Tveitens (2008) veiledningsteori og sykepleierens pedagogiske funksjon diskuteres aktivt opp mot resultatet.

#### 4.1.1 Emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner

Intense følelsesmessig problematiske perioder oppleves ofte etter å ha fått en kronisk sykdom. Dette kan bety at behovet for å takle disse følelsesmessige svingningene blir viktig i sammenheng med god egenomsorg og det å leve med diabetes. Etter å ha fått en kronisk diagnose, er ofte benekting, angst og depresjon vanlig å måtte gjennomgå, hvor fokuset ligger på problemene som sykdommen gir, og på de mørkeste utsiktene som ligger til prognosen for sykdommen (Espnes og Smedslund 2010). Dette støtter funn i resultatet, hvor behovet for å takle reaksjonene var viktig. I et slikt forløp må bistand fra sykepleiere dreie seg om å håndtere de psykiske reaksjonene på å ha fått en kronisk sykdom, så vel som å korrigere pasientens fysiologiske tilstand (Mosand og Stubberud 2010).

Forskning viser at hos personer med moderat til alvorlige nivåer av angst og depresjon, var tilstedeværelsen av følelsesmessige problemer registrert og kartlagt i bare 20-25 % av tilfellene, samt

at registreringen av emosjonelle plager relatert til diabetes varierte fra 0-29 % (Pouwer 2006). Dette kan bety at det psykiske aspektet av å bli diagnostisert med diabetes bør få økt fokus, med bakgrunn i resultatets funn. God tilrettelegging og behandling ved diagnositidspunktet danner mye av grunnlaget for evnen til å håndtere behandlingen i det videre forløpet. Både praktisk, psykologisk og emosjonell støtte og oppfølging er viktig (Helsedirektoratet 2011). For øvrig skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF 2011).

For å belyse hvordan personer med diabetes type 2 kan mestre sine følelsesmessige og emosjonelle reaksjoner i forbindelse med å bli diagnostisert med en kronisk sykdom, kan det være interessant å knytte Antonovsky's salutogeneseteori (Antonovsky 2012) opp mot dette. Den salutogene teorien dreier seg blant annet om hvorvidt større eller mindre grad av følelse av sammenheng i tilværelsen er av betydning for å mestre og takle stressfaktorer. Gjennom livets utvikling etableres det som blir menneskers oppfatning av sammenheng og forutsigbarhet i tilværelsen. Dette er av betydning for om personen utvikler en grunnleggende tillit til, og en forventning om at ting vil gå bra. En slik tillit og positiv forventning er basert på en indre opplevelse av styrke, trygghet og stabilitet, uavhengig av livets uforutsigbarhet, og gjør situasjonen mer forståelig (Kristoffersen 2011). Å bli diagnostisert med en kronisk sykdom utløser en respons hvor følelser settes i sving. Mennesker med sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen evner å takle denne stressfaktoren på en mer hensiktsmessig måte. Det betyr at mennesker med sterk opplevelse av sammenheng stort sett vil møte en trussel for velværet med en realistisk holdning, som håndterbare stressfaktorer (Antonovsky 2012).

I tillegg kan det være nyttig å påpeke at forskjellige typer følelser kan utløses av samme stressfaktor. Hvilke typer følelser som utløses avhenger av om man har sterk eller svak opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Følelser som utløses hos mennesker med sterk opplevelse av sammenheng har en tendens til å oppfattes som mer begripelige, og vil da med større sannsynlighet aktivere mestringsstrategier. De kjenner på problemene med større klarhet og tydelighet. Problemene blir da begripelige håndterbare og oppleves som utfordringer i stedet for byrder (Antonovsky 2012). Slik blir utfordringene verdt investering og engasjement og gir en form for mening (Langeland 2012). Den grunnleggende tilliten er altså en viktig ressurs. Troen på at det går bra, at man har ressurser nok til å takle situasjonen, at man etter hvert vil forstå det som akkurat nå oppleves forvirrende og at det er mulig å finne gode løsninger (Antonovsky 2012).

Denne evnen, til kognitivt og følelsesmessig å kunne strukturere oppfatningen man har av en stressfaktor, og akseptere at man er nødt til å håndtere den, bidrar til mestring (Antonovsky 2012). Men det er viktig å understreke at opplevelse av sammenheng ikke er ensbetydende med en

mestringsstrategi, ei heller et personlighetstrekk, men er en livsorientering. Den kan bli sett på som en mestrende ressurs, som gir deg muligheten til å velge hensiktsmessige strategier for å løse et problem (Eriksson og Lindström 2010). Teorien representerer med andre ord et nytt perspektiv på velvære ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfylte indre og ytre omgivelser. Hvordan en opplever virkeligheten i form av begripelighet, håndterbarhet og mening utgjør denne opplevelse av sammenheng, og bidrar til grad av mestring, helse og velvære (Langeland 2012). Resultatets funn identifiserte at flere deltakere evnet å akseptere sykdommen og iverksette tiltak. Selv om de hadde blitt syke, ønsket de ikke at sykdommen skulle ta overhånd. De ønsket å fortsette livet som før, bare med noen modifikasjoner. Sett ut i fra Antonovskys teori kan det da tenkes at disse menneskene hadde en sterkere opplevelse av sammenheng i tilværelsen, og på så måte evnet å mobilisere egne ressurser som bidro til at situasjonen følte begripelig, håndterbar og gav mening. Sannsynligvis gav dette dem en større forutsetning for å mestre og takle å få en kronisk sykdom som diabetes (Antonovsky 2012).

På en annen side identifiserte resultatet også at personene kunne uttrykke hjelpeløshet og frustrasjon på grunn av mangel på glykemisk kontroll, og beskrev utfordringen til et nytt liv som en kontinuerlig indre kamp. Dette kan beskrive muligheten for at disse menneskene hadde en svakere opplevelse av sammenheng i tilværelsen, noe som kan vanskeliggjøre mobilisering av egne mestringsressurser, satt i sammenheng med Antonovskys teori. Men samtidig er det viktig å huske at selv om en person diagnostisert med diabetes har en god opplevelse av sammenheng i tilværelsen, er ikke dette ensbetydende med at pasienten takler alt selv. Det kan fortsatt være behov for helsefaglig støtte (Antonovsky 2012). Allikevel kan det i realiteten faktisk være slik at enkelte kan ta beskjeden om en kronisk sykdom på strak arm, mens andre forteller om opplevelser av indre kaos og uvirkelighetsforståelse (Torgauten 2011). Resultatet identifiserte også at deltakerne relaterte det å få diabetes til en krise-lignende opplevelse. En krise oppstår når det ikke er mulig for en person å mestre situasjonen en står opp i, med sin livserfaring og sine vanlige forsvarsmekanismer. Krisereaksjoner følger oftest et bestemt løp, som i kriseteori inndeles i sjokk-, reaksjons-, bearbeidings- og nyorienteringsfasen. Gjennom en prosess av bearbeiding vil de følelsesmessige reaksjonene kunne mestres (Torgauten 2011). Dette er avgjørende for å kunne mestre livet med diabetes, og for å kunne utvikle god egenomsorg (Mosand og Stubberud 2010).

Ved slike behov kan sykepleieren hjelpe pasienten til å finne situasjonen forståelig, meningsfull og håndterlig, som vil styrke pasientens opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Dette vil igjen støtte pasienten i å identifisere sine mestringsressurser (Antonovsky 2012). Pasienten har behov for en kognitiv forståelse av situasjonen. Han må få vite hva som skjer og det må tilrettelegges slik at

situasjonen blir oversiktlig. Dette kan gjøres ved at sykepleieren svarer på spørsmål pasienten har. Dette kan gi en viktig og grunnleggende følelse av trygghet og kontroll. I tillegg kan sykepleieren eksempelvis bistå pasienten i å identifisere hvem eller hva pasienten knytter mening til i situasjonen sin, selv om det er vanskelig. Sykepleieren kan her hjelpe pasienten til å identifisere hvilke personer som er betydningsfulle for pasienten, hvem han har tillit til og hvem han ønsker å ha rundt seg. Dette fordi det kan være gunstig for pasienten å henvende seg til sitt eget nettverk for støtte. Slik kan det oppleves meningsfullt for pasienten (Karlsen 2011, Kristoffersen 2011).

Pasienten bør også oppleve at han har innflytelse på, og mulighet til å påvirke sin situasjon, slik at situasjonen føles forutsigbar til en viss grad. Dette bidrar til at situasjonen føles håndterlig (Kristoffersen 2011). Sykepleieren bør med andre ord løfte frem og styrke positive strategier og ressurser hos pasienten, og stimulere det som fungerer bra, og få tak på det optimistiske potensialet i situasjonen (Langeland 2012). Resultatet identifiserte at deltakerne var klar over at dette var en kronisk sykdom, og at et godt liv var mulig. Her kan sykepleieren eksempelvis bygge videre på det positive pasienten selv trekker frem.

Som sagt identifiserte resultatet et behov for å takle emosjonelle og følelsesmessige aspekter ved å bli diagnostisert med diabetes, men også behovet for helsefaglig støtte og informasjon ble tydelig, for å mestre sykdommen på en hensiktsmessig måte. Det er helt klart en sammenheng mellom disse kategoriene, hvor helsefaglig støtte og informasjon knyttes inn som en del av sykepleien overfor pasienter med diabetes og deres reaksjoner. Dette belyses også i sykepleie med bakgrunn i Antonovskys salutogene teori, for hvordan å hjelpe pasientene til å oppleve sammenheng i situasjonen, som i avsnittet over. (Antonovsky 2012, Kristoffersen 2011, Langeland 2012).

#### **4.1.2 Helsefaglig støtte og behovet for informasjon**

Hvilke følelser og reaksjoner som dukker opp i forbindelse med å få en kronisk sykdom, kan variere og er individuelt betinget, som diskutert i forrige kategori. Omsorgen stiller derfor krav til individualisert tilpasset pleie, da mennesker reagerer forskjellig på å få en kronisk sykdom som diabetes (Torgauten 2011). Dette var også et identifisert behov i resultatet, i tillegg til mer, oppdatert og bedre informasjon gitt på rett tidspunkt. Pasienter har rett på informasjon vedrørende sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasientrettighetsloven 2012, § 3-2). Sykepleieren har også en pedagogisk funksjon som skal bidra til og legge til rette for informasjon, veiledning og undervisning, slik at pasienter utvikler optimal

kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker helse og mestring (Tveiten 2012). Dette er derfor sentrale oppgaver innenfor diabetesomsorgen (Allgot 2011).

Undervisningen og veiledningen pasienten får til å begynne med er av stor betydning for den fremtidige situasjonen og prognosen. Det endelige målet er at pasienten skal ha så mye kunnskap og ferdigheter at han mestrer å leve et liv med sykdommen. Pasienten skal bli så selvhjulpen som mulig, men samtidig føle seg trygg (Mosand og Stubberud 2010). Opplæring i hva diabetes er, og hva behandlingen krever i hverdagen er viktig og nødvendig. Den enkelte må selv innta en aktiv rolle i behandlingen for å kunne oppnå de beste behandlingsresultatene, samt at motivasjon og kunnskap er en forutsetning for å mestre livet som kronisk syk (Graue og Haugstvedt 2011, Helsedirektoratet 2011). Om en gir informasjon, veileder eller underviser avhenger av situasjonen en er i. Resultatet identifiserte at mye informasjon hadde blitt presentert for deltakerne, men ikke alt var forståelig og minneverdig, og ofte ble informasjonen gitt på upassende tider. Sykepleiere må vurdere mengde informasjon og hvilken informasjon som skal gis til hvilken tid. Det vil si at sykepleieren må møte pasienten der han er, og være oppmerksom på hva som opptar pasienten i situasjonen (Tveiten 2008).

Deltakerne i resultatet uttrykte et behov for at informasjonen de fikk etter og blitt diagnostisert burde være mer relatert til deres hverdag. Ofte er det slik at pasientene i den første tiden gjerne er opptatt av spørsmål som angår dagliglivet. Dette kan være seg alt fra hva man kan spise og drikke, om man fortsatt kan drive med sportsaktiviteter eller om man senere vil få alvorlige komplikasjoner (Mosand og Stubberud 2010). Men det kan være nyttig å bemerke seg at slike spørsmål sannsynligvis vil komme etter at de følelsesmessige reaksjonene på diabetes er bearbeidet (Torgauten 2011). Slike spørsmål kan sykepleieren bidra til å hjelpe pasienten å få en økt forståelse for, gjennom sykepleiens pedagogiske funksjon, med bakgrunn i resultatet som identifiserte at dette ville lette egenomsorgsprosessen og mestre livet med diabetes. Slik kan pasienter utvikle optimal kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker helse og mestring (Mosand og Stubberud 2010, Tveiten 2012).

Hva gjelder opplæring, bør dette skje kontinuerlig i den individuelle oppfølgingen, men også som læringstilbud i grupper, eksempelvis i form av kurs (Helsedirektoratet 2011). Dette var også et identifisert behov i resultatet, hvor kurs og oppfølgingskurs kunne være nyttig. Allikevel viste det seg at bare 15 % av deltakerne hadde deltatt på diabeteskurs. Dette kan bety at sykepleiere må øke sin kunnskap om hvilke tilbud som finnes for diabetespasienter. I tillegg ble det identifisert at bare 69 % av helsepersonell selv hadde deltatt på kurs angående diabetesbehandling. Det kan da tenkes at

dette kan få konsekvenser for kontinuitet i diabetesoppfølging, som videre hemmer effektivisering av diabetesomsorg, samt forebygging av dårlig egenomsorg. Sykepleieren må vite hvilke muligheter som finnes, for å kunne opplyse pasienten om det. Et tiltak som deltakelse på kurs kan bidra til at situasjonen føles mer forståelig, håndterbar og meningsfull for pasienten, samt fremme tilpassing og aksept av sykdommen. Slik at hensiktsmessige strategier velges, for å mestre å leve med diabetes (Antonovsky 2012).

Resultatet identifiserte at deltakerne ønsket å få ta større del i sin behandling, slik at de kunne få en bedre oversikt over sin helsetilstand. Dette kunne underbygge en følelse av myndighet. Myndighet eller empowerment knyttes igjen opp mot det salutogene perspektivet som Antonovsky i utgangspunktet introduserte (Antonovsky 2012). Det salutogene perspektivet har nær tilknytning til helsefremmende tenkning. Salutogenese kan forstås som et bredere konsept enn bare opplevelse av sammenheng, og det er flere teorier som baserer seg på salutogen tenkning, med salutogene elementer og dimensjoner. Fokuset er ressurser for helse og livskvalitet (Ekrisson og Lindström 2010).

Helsefremmende arbeid har til hensikt å gjøre folk i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse (WHO 2013b). Dette er klart knyttet til selvstendighetstenkning og empowerment (Haugstvedt 2011). Empowerment dreier seg om prosessen hvor folk gjøres i stand til å ta kontroll over egen helse (WHO 1998). Det er nettopp den enkelte ideoendes mestringsressurser som vektlegges for å øke helse og velvære. Dette bidrar til den selvstendighetstenkningen som er ønsket innenfor behandling og oppfølging av diabetes. Slik er det salutogene perspektivet nært knyttet til helsefremmende arbeid, og med et slikt utgangspunkt blir det et viktig mål for sykepleieren å hjelpe den enkelte til å identifisere egne og omkringliggende mestringsressurser, som bidrar til å fremme helse på tross av kronisk sykdom (Haugstvedt 2011). Kartlegging av pasientens behov bør være første bud, samt at sykepleier bør gi pasienten mulighet til å sette ord på egne hensiktsmessige ressurser. Det er allikevel vesentlig at aksept og opplevelse av sammenheng ligger til grunn for om pasienten evner å sette ord på dette selv (Antonovsky 2012).

Individer har evne til å ta egne avgjørelser og handle til deres fordel, men de kan allikevel trenge informasjon og støtte for gjøre det. Sykepleiere må respektere pasientenes egen kapasitet for vekst og for å ta egne beslutninger (Gibson 1991). Dette samsvarer godt med funnene i resultatet, hvor deltakerne ønsket mer og bedre informasjon for å kunne legge til rette for god egenomsorg, i tillegg til at det støtter en salutogen tilnærming til sykepleie overfor mennesker med diabetes (Antonovsky 2012, Haugstvedt 2011). Dessuten antyder Gibson (1991) at sykepleierne kan hjelpe pasienten til å

utvikle og sikre bruk av ressurser som fremmer en følelse av kontroll og mestringstro. Dette underbygger også sammenhengen mellom Antonovskys salutogeneseteori og empowermentstenkningen (Eriksson og Lindström 2010).

For å kunne hjelpe pasienten til å mestre, vil det som sagt være hensiktsmessig å knytte inn sykepleiens pedagogiske funksjon (Mosand og Stubberud 2010, Tveiten 2012). Sykepleiens pedagogiske funksjon fremhever veiledning som en sentral pedagogisk virkemåte, som også er et sentralt middel i salutogen tenkning og i empowermentsprosessen. Dessuten har kunnskapsformidling i langt større grad blitt en veiledende form, hvor dialogen mellom sykepleier og pasient fremheves som sentral. Slik kan sykepleieren formidle kunnskap, men samtidig gi pasienten mulighet til å fortelle, stille spørsmål og få svar ut fra egne behov (Tveiten 2012). Veiledning er på så måte en istandsettingsprosess, hvor pasienten blir i stand til å mestre, som er hovedmålet for pasienter med diabetes (Mosand og Stubberud 2012, Tveiten 2012). Gjennom veiledning kan pasienten oppdage og bli bevisst, og bevissthet er nødvendig for at den enkelte skal innta en aktiv rolle i behandlingen og det å leve med diabetes. Salutogeneseteorien fokuserer på helse som en utviklingsprosess og gjennom veiledning kan pasienten bli bevisst egne forutsetninger for helseatferd. Denne kan påvirkes av pasienten selv og av sykepleieren gjennom mestringshjelp ved å fokusere på pasientens ressurser (Tveiten 2008).

Når sykepleieren skal legge til rette for at pasientens mestringskompetanse til det å leve med diabetes utvikles eller videreutvikles, er det forskjellige behov som må tas med i betraktningen. Hva slags ferdigheter har pasienten behov for å utvikle? Hvilken kunnskap er nødvendig? Hvilke holdninger er hensiktsmessige? Hva mener pasienten selv? (Tveiten 2008). Hensikten med veiledningen overfor pasienter med diabetes kan være å hjelpe dem til å finne ut av et problem og oppdage måter å håndtere det på. Men det er viktig at pasienten selv oppdager og finner svar, for sykepleieren skal nødvendigvis ikke gi svaret (Karlsen 2011). Dette handler også om at pasientene har en egen kapasitet for vekst og utvikling (Gibson 1991). For å oppnå hensikten med veiledning er det hensiktsmessig for sykepleier å være bevisst de ulike fasene eller strukturene i veiledning (Tveiten 2008). Tveiten (2008) definerer disse fasene som planleggingsfasen, bli kjent/bli trygg fasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. Disse fasene innebærer blant annet å etablere kontakt med pasienten. Pasienten må føle seg akseptert og forstått, og tillit må etableres. Ved å lytte aktivt kan man legge til rette for tillit, og ved at sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandre, kan det legge til rette for trygghet (Karlsen 2011, Tveiten 2008).

Gibsen understreker at helsearbeidere må verdsette og akseptere pasientdeltakelse, og for at empowermentsprosessen skal finne sted, må det ligge til grunn en gjensidig respekt mellom sykepleieren og pasienten. Samt at tillit er en nødvendig forutsetning for at prosessen skal finne sted (Gibson 1991). Resultatet identifiserte at en empatisk tilnærming var en viktig egenskap som burde være integrert i støtten deltakerne mottok fra helsepersonell. Deltakerne begrunnet det med at dette gav dem tillit og etablerte en god relasjon til helsearbeideren, for det var enighet i at et godt forhold til helsepersonell var viktig. Gibson (1991) påpeker med andre ord flere av de samme momentene som deltakerne i resultatet identifiserte som betydningsfullt. En empatisk holdning innebærer evnen til å regulere følelsesmessig nærhet og distanse. Slik er en med i pasientens prosess, uten selv å gå inn i den. Dette vil være en forutsetning for samarbeidet mellom pasient og sykepleier (Torgauten 2011), og for gjensidig forståelse og god kontakt. Empati er med andre ord ett hovedstikkord hva gjelder en profesjonell omsorgsrelasjon (Eide og Eide 2007).

På tross av dette viste resultatet at helsepersonell ble ansett som å ha svært liten forståelse eller aksept for de virkelige vanskeligheter personer med diabetes står overfor. Men dersom målet er at empowermentprosessen skal finne sted, at pasientene skal oppnå kontroll over sin helse, at pasientene skal finne situasjonen forståelig, håndterbar og meningsfull, samt identifisere iboende mestringsressurser, er det helt klart nødvendig at den empatiske tilnærmingen, gjensidig respekt og tillit ligger til grunn for omsorgsrelasjonen (Antonovsky 2012, Eide og Eide 2007, Gibson 1991, WHO 1998). Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet. At sykepleieren har evnen til å lytte og til å forstå den andre, og til å skape god kontakt og allianse, er ofte en avgjørende faktor for å motivere for endring og utvikling (Eide og Eide 2007), noe også deltakerne i resultatet gav uttrykk for. Det dreier seg om å etablere en relasjon mellom likeverdige parter, med ulik ekspertkunnskap. Sykepleiere har medisinsk kunnskap, mens den enkelte med diabetes er ekspert på sitt eget liv (Haugstvedt 2011). Sykepleierne skal være pasientens samarbeidspartnere i prosessen med å mestre å leve med diabetes (Allgot 2011, Tveiten 2012).

Etter hvert i veiledningen er det også hensiktsmessig å utforske problemet for å få en forståelse av pasientens problem. Her kan sykepleieren la pasienten gjøre rede for egne mestringsmåter og understøtte vedkommende i troen på egen mestring. Hva forbinder pasienten selv med mestring? Hvordan har han mestret tidligere påkjenninger? Slik fokuseres det på den enkeltes ressurser, som det salutogene perspektivet vektlegger betydningen av (Karlsen 2011, Tveiten 2008). Dessuten kan det være hensiktsmessig for pasienten å få bearbejdet følelser knyttet til sykdommen, et behov som ble identifisert i resultatet, som diskutert tidligere. Til slutt kan pasienten selv sette ord på sin vurdering og sitt valg av handlemåte for å håndtere problemet. Mål er mest motiverende når en selv



får være med å sette dem, og når en da kan sette handlingene i lys av de mål som er satt, vil det være lettere å se hva som er mest hensiktsmessig (Karlsen 2011). Slik blir også veiledningen individualisert, som var et identifisert behov i resultatet. Men selv om behovet for informasjon og kunnskap, enten individualisert eller på generell basis var tilfredsstillende, kunne flere av deltakerne allikevel oppleve at gapet mellom kunnskap og atferd var stort. Veiledning skal først og fremst hjelpe den enkelte til å trekke forbindelser mellom teoretisk kunnskap, verdier og egne erfaringer, slik at vedkommende blir i stand til å handle (Karlsen 2011).

#### 4.1.3 Endringer i livsstil

Både mat, aktivitet og livsførsel virker inn på blodsukker (Mosand og Stubberud 2010, Karlsen 2011). Hos mennesker med diabetes spiller dette derfor en avgjørende rolle for hvordan de på best mulig måte kan kontrollere sin sykdom og det er av stor betydning for å kunne unngå helseproblemer og senkomplikasjoner. Dette har stor betydning for pasienten selv, men også for samfunnet for øvrig. Støtte til god egenomsorg i diabetesomsorgen har en stor helseøkonomisk gevinst. Det som investeres i helse kan måles i krone og øre, men det en får igjen måles som flere leveår og bedre helse (Allgot 2011). Investeringer i bedre og tilpasset helsetjeneste vil kunne redusere kostnader, samtidig som at ubehag og bekymringer rundt diabetes reduseres for den enkelte. Slik kan god egenomsorg være av stor betydning for pasienten selv, men også ha samfunnsmessig betydning (Allgot 2011).

Allikevel kan det være vanskelig og konfliktfullt for mange å endre en innarbeidet atferd (Karlsen 2011). Resultatet identifiserte at krav til livsstilsendringer kunne være svært frustrerende og overveldende. Følelsesmessige reaksjoner var fremtredende, ikke bare fordi de hadde fått en kronisk sykdom, men også på grunn av hvilken betydning sykdommen skulle få for deres liv, blant annet i form av livsstilsendringer. Og for å utføre endringer i livsstil viste resultatet at motivasjon og trygghet var viktige faktorer. I dette arbeidet trenger personen god støtte og hjelp fra helsepersonell, der sykepleieren har en viktig rolle eksempelvis i form av sykepleiers pedagogiske funksjon (Karlsen 2011).

Veiledning skal som sagt først og fremst hjelpe den enkelte til å trekke forbindelser mellom teoretisk kunnskap, verdier og egne erfaringer, slik at pasienten med diabetes blir i stand til å handle (Karlsen 2011). Sykepleieren kan altså gjennom veiledning hjelpe pasienten til å oppdage og bli bevisst, som er nødvendig for at den enkelte skal innta en aktiv rolle i behandlingen og mestre et liv med diabetes. Ved å fokusere på helse som en utviklingsprosess, som den salutogene tilnærmingen vektlegger, kan

pasienten bli bevisst egne forutsetninger for helseatferd. Dette kan påvirkes av individet selv, og av sykepleieren gjennom mestringshjelp ved å fokusere på individets ressurser og mestringskompetanse. I dette arbeidet må pasientens behov tas med i betraktningen. Hva slags ferdigheter har pasienten behov for å utvikle? Hvilken kunnskap er nødvendig? Hvilke holdninger er hensiktsmessige? Hva mener pasienten selv? (Tveiten 2008).

Resultatet identifiserte at deltakernes holdninger til ulike aspekter av egenomsorg varierte. Lav etterlevelse av kosthold ble identifisert, samt at fysisk aktivitet var det behandlingstiltaket som ble utført minst. Det er få behandlingsformer som får større innvirkning på pasientens liv enn nettopp endring av levevaner. I tillegg er det helt avgjørende at pasienten ser resultatet av omlegging av levevanene, verdt anstrengelsene som endringene krever (Aas 2011). Det er med andre ord viktig at pasienten finner disse endringene meningsfulle, som Antonovsky vektlegger betydningen av (Antonovsky 2012). Dessuten er det personen med diabetes som selv vet best hva som er mulig å gjennomføre av endringer på kort og lang sikt. Sykepleieren kan si noe om hva en vektreduksjon på eksempelvis 5 kg kan bety medisinsk sett, men den enkelte med diabetes må selv vurdere om dette er et fornuftig og oppnåelig mål (Aas 2011). Slik styrker dette også pasientens evne til å oppnå større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse, som en del av selvstendighetstenkningen og empowermentprosessen (Eriksson og Lindström 2010, Gibson 1991, Haugstvedt 2011). Dette kan også illustrere hvordan pasient og sykepleiere kan samarbeide i prosessen, og skape en relasjon mellom likeverdige parter (Haugstvedt 2011, Tveiten 2012).

For at pasienten skal kunne velge hensiktsmessige strategier som kreves for å leve med diabetes, bør sykepleieren løfte frem positive ressurser hos pasienten, og stimulere det som fungerer bra (Langeland 2012). Sykepleieren kan snakke om kostens betydning ved diabetes, men fokusere på det pasienten allerede gjør bra (Aas 2011). Slik kan den enkeltes ressurser løftes frem, og på den måten understøtte pasienten i troen på egen mestring (Tveiten 2008). Resultatet identifiserte at tilpasningene de gjorde var basert på deres egen vurdering av hensiktsmessige strategier, med sine begrensninger. Dersom sykepleieren under veiledning tar utgangspunkt i kostholdet til pasienten slik det er i dag, og kun endrer på det aller nødvendigste, vil dette mest sannsynlig øke sjansene til å etablere nye vaner (Aas 2011). Ernæringen ved diabetes anbefales å være mest mulig lik normalkost, men ha lavere sukker- og fettinnhold. Det snakkes heller om sunn kost, og ikke diabeteskost (Mosand og Stubberud 2010).

Fokus på livsstilsendringer var hos deltakerne i resultatet til stede, men knyttet nært opp mot det emosjonelle aspektet av sykdommen. Deltakerne forbandt mange av sine følelsesmessige reaksjoner

med å gjøre endringer i livsstil. Mange kan oppleve det å fortelle om sine levevaner som svært privat (Aas 2011). Dersom dette er tema for veiledningen, er det viktig at sykepleieren evner å etablere en god relasjon med pasienten, som bygger på tillit, trygghet og gjensidig respekt (Gibson 1991, Haugstvedt 2011, Tveiten 2008). Sykepleieren må lytte og forstå pasienten, og skape kontakt og allianse (Eide og Eide 2007), som også er en del av veiledningens faser og struktur (Tveiten 2008). Dersom pasienten skal tørre å åpne seg opp å fortelle om kostholdet sitt, er det avgjørende at sykepleieren respekterer pasientens valg av livsstil (Aas 2011). Resultatet identifiserte at tilfredshet var en sentral faktor hva gjelder livsstilsendringer, og at hensyn til favorittmat hjalp dem å holde ut med endringer. I praksis er det vanskelig å leve med en ekstremt helsefokusert livsstil over år. Før eller siden kan dette komme i konflikt med andre hensyn og behov (Aas 2011). Diabetes betegnes ofte som en livsstilssykdom, på grunn av sammenheng mellom type 2 diabetes, overvekt og inaktivitet (Allgot 2011, WHO 2013a). Ansvaret kan da legges over på at pasienten har usunn livsstil, som må endres på. En slik holdning kan være et hinder i kommunikasjonen sykepleier og pasient imellom (Allgot 2011).

Fysisk aktivitet vil mest sannsynlig være en positiv faktor for et godt liv hos en pasient med diabetes. For å gjøre dette til en positiv behandlingsfaktor, er det viktig at pasienten opparbeider seg nok kunnskap om hvordan aktivitet virker inn på kroppen, både i form av teori og erfaring. Under veiledning kan sykepleieren bidra med kunnskaper på området, mens den enkelte selv må opparbeide seg egen erfaring (Mosand og Stubberud 2010). Dette kan igjen illustrere pasient og sykepleier som samarbeidspartnere i helsefremmende og salutogen tenkning (Tveiten 2008). Resultatet indentifiserte at når livsstilsendringer først ble gjort, opplevde deltakerne dette som nyttig. Når de etter hvert kunne forklare hvordan fysisk aktivitet virket inn på kroppen, bidro dette til økt mestringsfølelse og egenomsorg. Men til tross for dette viste resultatet at fysisk aktivitet var det behandlingstiltaket som ble utført minst. For å fremme fysisk aktivitet som noe positivt, kan sykepleieren bidra med kunnskap om effekt av fysisk aktivitet på sykdommen, slik at tiltaket blir forståelig for pasienten. Videre kan sykepleieren hjelpe pasienten til å løfte frem det som allerede gjøres bra og sette overkommelige mål sammen med pasienten. Dette kan bidra til at situasjonen føles håndterlig. Slik kan situasjonen også oppfattes som meningsfull for pasienten (Antonovsky 2012). Slik kan pasienten sette mål basert på egen vurdering av hensiktsmessige strategier, som resultatet identifiserte som betydningsfullt. Pasienten kan da oppnå større kontroll over faktorer som femmer helse og mestring, og belyser helsefremmende tenkning (Antonovsky 2012, WHO 1998, WHO 2013b).

Motivasjon og pågangsmot er avgjørende for å lykkes med endring i levevaner (Aas 2011). Deltakerne i resultatet identifiserte motivasjon som en viktig faktor til det å gjøre endringer i livsstil. Kunnskap og motivasjon er avgjørende faktorer for å gjøre gode valg for seg selv (Helsedirektoratet 2011). Å lære noe nytt krever motivasjon, men har en først lært det nye, kan det vise seg i endret atferd. Motivasjon kan rett og slett betraktes som drivkraft for både læring og mestring. Motivasjonen trenger ikke alltid komme til uttrykk gjennom handling, men kan også ha stor innflytelse på tanker, opplevelser og valg. Tanker og følelser kan igjen påvirke atferd, for eksempel ønsker og bekymringer (Karlsen 2011). Slik sett bekrefter dette at det emosjonelle aspektet er nært knyttet opp mot det å endre livsstil, som identifisert i resultatet.

Selvoppfatning er også en viktig kilde til motivasjon (Karlsen 2011). Tiltro til egne ressurser og til seg selv vil være avgjørende, samt meningen den enkelte tillegger en situasjon. Dette knyttes nært opp mot den enkeltes opplevelse av sammenheng i tilværelsen, og til den enkeltes mestringsforventning (Antonovsky 2012, Karlsen 2011). Karlsen (2011) beskriver også at en innsikt i negative konsekvenser som følge av nåværende atferd, kan gjøre endringsmotivasjonen sterkere. Flere deltakere i resultatet opplevde det å få diabetes som en personlig trussel, som gav dem motivasjon til å gjøre endringer i livsstil.

Dette illustrerer en tydelig sammenheng mellom det emosjonelle aspektet av å bli diagnostisert med diabetes, opplevelse av god helsefaglig støtte og informasjon, samt endring av livsstil. Hvilke følelser og reaksjoner som oppstår har betydning for om man mestrer utfordringer til en ny levemåte. Først og fremst må sykepleier hjelpe pasienten til å mestre slike reaksjoner, ved å bistå pasienten med å oppleve sammenheng i tilværelsen. Dette kan påvirkes av sykepleier til en viss grad, gjennom informasjon og undervisning, gjerne i form av veiledning. At sykepleieren evner å etablere en god relasjon med pasienten er avgjørende for et godt behandlingsresultat, og videre fremmer pasientens egne ressurser, som det helsefremmende og salutogene perspektivet belyser viktigheten av. Slik kan pasienten mestre den selvstendighetstenkningen som er ønsket innenfor å leve et liv med diabetes. Pasienten mestrer sin sykdom når han er i stand til å omsette kunnskap i praktiske handlinger (Antonovsky 2012, Eide og Eide 2007, Mosand og Stubberud 2010, Tveiten 2008, WHO 1998, WHO 2013b).

## 4.2 Metodediskusjon

Ved å velge et pasientperspektiv i resultatet belyser dette viktigheten av individuelt fokus for pasienter med diabetes, og forskningen er i hovedsak kvalitativ. Det er deres liv det gjelder, og det er de som lever med sykdommen hver dag. Slik kan sykepleie knyttes opp mot pasientens eget behov. Dette kan være en styrke for oppgaven med tanke på at pasienten er ekspert på eget liv, mens sykepleieren sitter med den medisinske kunnskapen, slik at et samarbeid om å nå målet blir sentralt. Slik sett kan sykepleieperspektivet ikke utelukkes fra diskusjonen. Fokuset i oppgavens diskusjonsdel legges til de områder sykepleieren kan bidra for å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen, identifisert som betydningsfullt av pasienten selv. Resultatet legger altså grunnlag for pasientens eget behov. Pårørende og sosialt nettverk er også identifisert som betydningsfullt i resultatet, men på grunn av oppgavens omfang diskuteres dette ikke nærmere. I tillegg er det valgt å henvise til oppgavens resultat i diskusjonen, uten å henvise direkte til kilder. Dette begrunnes med at det i resultatkapittelet allerede er henvist til kilder i tillegg til at datamaterialet er bearbeidet til ens eget.

Allikevel kan det være enkelte svakheter med å basere oppgaven på kvalitativ forskning. Enkelte studier har få deltakere, og det kan diskuteres hvor vidt de representerer mennesker med diabetes som helhet. To studier som danner grunnlag for resultatet i oppgaven er for øvrig kvantitative artikler. Disse ble valgt på bakgrunn av at de representerer en større helhet, og kan på så måte kvalitetssikre funn i de øvrige artiklene, til en viss grad. Kvalitetsvurdering over inkluderte artikler ligger som vedlegg 2.

Hva gjelder søkestrategi, ble søkene utført med en viss systematikk. Søkeord ble formulert med bakgrunn i oppgavens hensikt, men allikevel bærer oppgavens søkestrategi preg av begrensning i tid. Det måtte underveis gjøres valg. Valgte søkeord og kombinasjoner kan ha resultert i at andre relevante artikler har blitt ekskludert. Dessuten ble det utført søk i kun to databaser, men samtidig anerkjente baser med relevant sykepleierforskning. Valg av andre søkeord og kombinasjoner, samt andre databaser kunne resultert i andre og flere relevante artikler som grunnlag for oppgavens resultat. Dessuten nødvendiggjør engelskspråklige artikler oversettelse og fortolkning, som kan prege resultatet. Til tross for dette ble utvalgte artikler kvalitetsgransket og vurdert som relevant for studiens hensikt. Henviser igjen til vedlegg 2, kvalitetsoversikt over inkluderte artikler.

Når det gjelder eksklusjons- og inklusjonskriteriene, var det også her nødvendig å ta noen valg. Medisinering ble ekskludert på grunn av begrensninger i oppgavens omfang, men samtidig kan dette allikevel være av betydning for pasientens opplevelse og behov i mestring av å bli diagnostisert med

diabetes. Ytterligere avgrensninger enn beskrevet i metodedelkapittelet, ble ikke sett på som nødvendig ved oppgavens oppstart. Allikevel kan det i ettertid ses at flere avgrensninger kunne vært hensiktsmessig med bakgrunn i begrensning i oppgavens omfang. I tillegg ble det gjort unntak fra inklusjonskriteriene da to artikler publisert senere enn 2003 ble inkludert. Fokuset i oppgaven legges til pasienter nylig diagnostisert med diabetes, men også her har unntak forekommet. I tillegg er det enkelte artikler som i sin helhet svarer mindre på hensikten enn andre, men som har flere gode momenter. Disse unntakene ble gjort med bakgrunn i begrensning av tid.

Analysen av artiklene ble på en annen side grundig gjennomført, og styrker oppgaven ved at den danner et godt grunnlag for diskusjon. Analysen identifiserte tre kategorier som viser seg å være svært relevante, med bakgrunn av god støtte fra annen litteratur. Dette gav igjen en utfordring under diskusjonen da avkreftelser var mindre fremtredende. Resultatet diskuteres derfor opp mot en helsefremmende tilnærming i sykepleie, med vekt på salutogen tenkning og sykepleiens pedagogiske funksjon med fokus på veiledning. Med bakgrunn i dette, er ikke konkrete sykepleietiltak fremtredende i diskusjonen. En slik tilnærming er relevant for oppgavens hensikt, og samtidig for pasientene som blir diagnostisert med diabetes. Å vektlegge deres egne ressurser, samt hjelpe dem til økt kontroll over sin egen helse fremmer mestring av å leve med kronisk sykdom. Utdrag av analysen finnes som vedlegg 3, hvor det er valgt å belyse grunnlaget for en kategori. I utdraget belyses kun kondenserte meningsenheter som er aktuelle for denne ene kategorien, selv om flere av de samme artikler er brukt som grunnlag for de øvrige kategoriene.

## 5.0 Konklusjon.

- Å styrke pasientens opplevelse av sammenheng i tilværelsen, samt identifisere pasientens egne ressurser for mestring, synes å være av stor betydning for god egenomsorg.
- En helsefremmende og salutogen tilnærming i sykepleie bidrar til at pasienten evner å ta kontroll over faktorer som påvirker deres liv, og gjøre tilpasninger basert på deres egen vurdering av hensiktsmessige strategier.
- Det psykiske aspektet av å bli diagnostisert med diabetes bør få økt fokus, da følelsesmessige og emosjonelle reaksjoner er fremtredende. I tillegg er god helsekommunikasjon og helsefaglig støtte avgjørende for god egenomsorg, og for at pasienten mestrer et liv med diabetes. Individualisert diabetesomsorg er av stor betydning.
- Oppgaven belyser en betydelig sammenheng mellom det emosjonelle og følelsesmessige aspektet av å bli diagnostisert med diabetes, helsefaglig støtte og behovet for informasjon, samt det å skulle endre en allerede godt innarbeidet livsstil.
- Kunnskap og følelser er av stor betydning for om pasienten finner det hensiktsmessig å gjøre endringer som kreves for god egenomsorg. Opplevelse av sammenheng i tilværelsen kan ha betydning for motivasjonen, som igjen har stor innflytelse på tanker, opplevelser og valg. Dette har igjen stor innvirkning på individets atferd.
- Sykepleierens pedagogiske funksjon blir derfor sentral i sykepleie basert på en helsefremmende og salutogen tilnærming, med veiledning som en istandsettingsprosess for å mestre livet med diabetes og god egenomsorg.
- Støtte til god egenomsorg har helseøkonomisk gevinst. At pasienten blir i stand til å utføre god egenomsorg og mestrer å gjøre endringer i livsstil, er viktig for å unngå helseproblemer og senkomplikasjoner. Dette er av stor betydning for pasienten selv, men også for samfunnet for øvrig. Investeringer i god og effektiv helsetjeneste vil kunne redusere kostnader, samtidig som at ubehag og bekymringer omkring diabetes reduseres for den enkelte.
- Sykepleierens kunnskaper om diabetes bør være gode og oppdaterte, og de bør være seg bekvant hvilke tilbud som finnes for pasienter med diabetes. Dette sikrer kontinuitet i diabetesoppfølgingen, som videre fremmer forebygging av dårlig egenomsorg.

## Referanser

- Aas A-M (2011) Kostens betydning ved diabetes, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 123-157, Oslo, Akribe AS
- Ahlin K og Billhult A (2012) Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study, *Scandinavian journal of primary health care*, 30 (1), s. 41-47
- Allgot B (2011) Diabetes i et brukerperspektiv, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 205-214, Oslo, Akribe AS
- Antonovsky A (2012) *Helsens mysterium – den salutogene modellen*, 1. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Clark M og Hampson S E (2003) Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes, *Diabetic medicine*, 20 (2), s. 152-154
- Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving*, 5.utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland O og Tygstad H (2012) Kilder og kildekritikk, i: Dalland (red) *Metode og oppgaveskriving*, s. 63-81, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide H og Eide T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eriksson M og Lindström B (2010) The hitchhiker's guide to salutogenesis - Salutogenic pathways to health promotion, *Folkhälsan research center*, Helsinki
- Espnes G A og Smedslund G (2010) *Helsepsykologi*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- FHI (2013a) Fakta og helsestatistikk om diabetes - Forekomst av diabetes – faktaark med helsestatistikk, *Folkehelseinstituttet* [online]  
<[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5862&MainContent\\_6263=6464:0:25,5863&List\\_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0)> [lastet ned 21.05.13]



- FHI (2013b) Fakta og helsestatistikk om diabetes - Diabetes type 2, *Folkehelseinstituttet* [online]  
<[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,5862&MainContent\\_6263=6464:0:25,5863&List\\_6212=6218:0:25,7331:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,7331:1:0:0:::0:0)>
- Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*, 2. utg., Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur
- Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, Best J og Young D (2008) The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes, *BMC Health Services Research*, 8:214, s. 1-9
- Gatt S og Sammut R (2008) An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes, *International journal of nursing studies*, 45 (10), s. 1525-1533
- Gibson C H (1991) A concept analysis of empowerment, *Journal of advanced nursing*, 16 (3), s. 354-361
- Gillibrand W og Flynn M (2001) Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study, *Journal of advanced nursing*, 34 (4), s. 501-510
- Graue M og Haugstvedt A (2011) Opplæring, undervisning og veiledning, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 237-253, Oslo, Akribe AS
- Haugstvedt A (2011) Diabetes i et livsløpsperspektiv, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 269-315, Oslo, Akribe AS
- Helsedirektoratet (2011) *Nasjonal faglig retningslinje med anbefalinger om forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes* [online]  
<<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Sider/default.aspx>> [lastet ned 02.05.13]

- Johansson K, Ekebergh M og Dahlberg K (2009) A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes, *International journal of nursing studies*, 46 (2), s. 197-203
- Karlsen (2011) Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring?, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 216-236, Oslo, Akribe AS
- Kenealy T, Campbell K og Simmons D (2008) Personal impact of type 2 diabetes decreased over 5 years: Implications for motivating patients, *Primary care diabetes*, 2 (1), s. 17-23
- Kristoffersen N J (2011) Helse og sykdom, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, bind 1, s. 31-81, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langeland E (2012) Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid, i: Gammersvik Å og Larsen T (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, 1. utg., s. 195-216, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Malpass A, Andrews R og Turner K M (2009) Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study, *Patient education & counseling*, 74 (2), s. 258-263
- Malterud K (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*, 3. utg., Oslo, Universitetsforlaget AS
- Mosand R D og Stubberud D-G (2010) Sykepleie ved diabetes mellitus, i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 1, s. 507-536, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nagelkerk J, Reick K og Meengs L (2006) Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management, *Journal of advanced nursing*, 54 (2), s. 151-158
- NSF (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, *norsk sykepleierforbund* [online]  
<[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)> [lastet ned 03.05.13]

- Oftedal B, Karlsen B og Bru E (2010) Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes, *Journal of advanced nursing*, 66 (7), s. 1500-1509
- [Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)] (2012) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 30 [online]  
 <[http://www.lovdata.no/cgiwift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV\\*&&](http://www.lovdata.no/cgiwift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&)> [lastet ned 06.05.13]
- Polit D og Beck C T (2012) *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. utg., Philadelphia, Wolters Kluwer Health
- Pouwer F, Beekman A T F, Lubach C og Snoek F J (2006) Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus, *Patient Education and Counseling*, 60 (2), s. 235–240
- Rokne B (2011) Livskvalitet ved kronisk sykdom, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 161-171, Oslo, Akribe AS
- Sagen J V (2011a) Sykdomslære, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 19-73, Oslo, Akribe AS
- Sagen J V (2011b) Fysisk aktivitet, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 147-157, Oslo, Akribe AS
- Torgauten J O A (2011) Følelsesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 172-202, Oslo, Akribe AS
- Tveiten S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2.utg., Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Tveiten S (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i: Gammersvik Å og Larsen T (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, s. 173-193, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, Levasseur G, Petek D, Dam H V, Horst F V D, Vinter-Repalust N, Wens J, Dale J og Royen P V (2007) Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An

international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE), *Primary care diabetes*, 1 (1), s. 25-33

Whittemore R, Chase S K, Mandle C L og Roy S C (2002) Lifestyle Change in Type 2 Diabetes, *Nursing research*, 51 (1), s. 18-25

WHO (1998) Health promotion glossary, *World health organization, Geneva* [online]  
<<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>  
[lastet ned 06.05.13]

WHO (2013a) *World Health Organization*, fact sheet number 312 [online]  
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>> [lastet ned 06.05.13]

WHO (2013b) Health promotion – the Ottawa charter of health promotion av 1986, *World health organization* [online]  
<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> [lastet ned 06.05.13]

## Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier

Søk	Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg etter lest tittel	Utvalg etter lest abstrakt	Artikler lest i sin helhet	Utvalgte artikler
1	Medline 10.04.13	Abstract. Engelsk, norsk, dansk eller svensk språk. Siste 7 år.	Diabetes mellitus type 2 «and» Adult «and» Life style «and» Motivation	30	12	6	5	3
2	Cinahl 10.04.13	Abstract. Full tekst. Engelsk, norsk, dansk eller svensk språk. Artikler fra siste 7 år.	DMT2 «and» adult «and» preventive healthcare «and» teaching	31	9	3	3	1
3	Medline 17.04.13		Patient «or» Nursing/ Caregivers «and» Motivation «and» Disease management/ Education «and» Attitude «and» quality of life «and» DMT2	7	4	2	2	1

4	Medline 23.04.13		Motivation «and» Attitude «and» Healthcare behaviour «and» Life style «and» DMT2 «and» Adult «and» Homecare service «and» Communiacation «or» Nursing/ Patients	61	9	6	4	2
---	---------------------	--	---	----	---	---	---	---

## Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument/ perspektiv	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Ahlin og Billhult (2012)  Sverige  Scandinavia n Journal of Primary Health Care	Målet med denne studien var å beskrive hvordan kvinner håndterer nødvendige endringer i livsstil på grunn av en kronisk sykdom, med diabetes som modell.	Kvalitativ studie.  Intervjuer.  Pasient-perspektiv.	10 deltakere	Resultatet viser fire hovedtemaer: Den tvetydige følelsen av andres engasjement, å bli et offer for pågående krav, opplevelse av kunnskapsmangel, opplevelse av trang, finner grunner som rettferdiggjør det å ikke gjøre endringer. Den konstante følelsen av et kontinuerlig indre slit, belyser opplevelsen av å gjøre livsstilsendringer hos kvinner med DMT2.	Etisk godkjent.  Funnene viser at det er viktig for helsepersonell å behandle kvinner med diabetes med stor respekt og forståelse for kampen de må igjennom. Dersom en er klar over belastningene, kan dette være nøkkelen til å hjelpe kvinner i å endre holdninger til det å leve med sykdommen. På den måten kan de verdsette endringer i livsstil som en utfordring til å bli sunnere, som bidrar til god egenomsorg og mestring. Studien svarer godt på hensikten.

Clark og Hampson (2003) England Diabetic Medicine	Studien undersøkte pasienters og helsepersonells holdninger til diabetes, og utforsket avvik i disse holdningene, som kan fungere som hinder for effektiv diabetes omsorg og terapeutisk utfall for pasienter med DMT2.	Kvantitativ studie.  Pasient og sykepleieperspektiv.	204 deltakere  (100 pasienter deltok og 104 helsearbeidere)	Resultatet viste flere forskjeller i tro og holdninger mellom pasienter og deres behandlere som sannsynligvis vil være hindringer for god diabetes kontroll.  Studien viste at pasientene anså viktigheten i behovet for diabetesutdanning, alvoret i diabetes sykdommen, stram blodsukkerkontroll og autonomi i diabetes selvledelse var mindre enn helsepersonell anså. Diabetes ble altså ansett av helsepersonell til å være mer alvorlig enn pasientene selv anså.	Etisk godkjent. Det er lite sannsynlig at pasienter vil gjøre de vanskelige og langtidsvarende atferdsendringer som diabetes krever, med mindre de er enige med sine helsearbeidere om alvoret rundt diabetes sykdommen. Studien svarer på noe av hensikten.
Furler m.fl. (2008) Australia BMC Health Services Research	Studien undersøker oppfatninger av selvledelses- strategier hos mennesker med type 2 diabetes, og hvordan relasjoner med helsepersonell kan støtte dette.	Kvalitativ studie.  Fokusgruppe- intervjuer.  Pasient-perspektiv.	52 deltakere.	Resultatet fokuserer på tre lignende kategorier, som gir viktig innsikt i fenomenet diabetes og egenomsorg, og rollen som helsepersonell kan spille for å støtte dette.  Den følelsesmessige konteksten av å leve med diabetes, tilnærminger til god egenomsorg, helsefaglig støtte for egenomsorg.	Etisk godkjent. Gruppene beskrev viktige følelsesmessige sammenhenger knyttet opp mot egenomsorg av diabetes. Dette hadde også betydning for hvordan de tilnærmet seg god egenomsorg og hvilken støtte de trengte fra helsepersonell. Hver person har ansvar for å håndtere sin egen sykdom, men har også behov for støtte gitt av helsepersonell. Studien svarer godt på hensikten.



Gatt og Sammut (2008)	Utforske forholdet mellom holdninger til egenomsorg, subjektive normer, atferdsmessig kontroll, atferdsmessige intensjoner og faktisk atferd.	A two-stage, descriptive survey design.  Kvantitativ studie.  Pasient-perspektiv.	200 deltakere forespurt, 100 deltok.  (Fra Malta, over 50 år, diagnostisert med T2DM)	Deltakerne rapporterte høy oppfattet atferdskontroll i forhold til medisininntak, men lav kontroll i forhold til trening- og kostholds atferd.	Etisk godkjent. Ønsker å gjøre endringer som krever minst innsats.  Andre faktorer som blant annet inkluderer påvirkning av informasjon er ikke med i artikkelen, som kan være av betydning for utførelsen av egenomsorg og mestring.  Svarer på noe av hensikten.
Gillibrand og Flynn (2001)	Hensikten med denne studien var og utforske og beskrive pasientenes oppfatning av diabetessykdommen, komplikasjoner og livsstil.	A qualitative externalisation study  Kvalitativ studie  Intervjuer.  Pasientperspektiv.	18 deltakere.	Tre hovedkategorier dukket opp, med ytterligere beslektet underkategori. Disse var informasjon-kunnskap om sykdommen, den psykologiske byrden av diabetes og tilpasse seg behandling på en hensiktsmessig måte. Den beslektede underkategorien var virkelighetsunngåelse. Når den sammenlignes med LOC teori, tyder det på at opplevelsen av å leve med diabetes er formet av helsepersonells agenda.	Etisk godkjent.  Mennesker med diabetes står overfor en kompleks egenomsorgs-utfordring. Det er behov for å oppnå en balanse mellom livskvalitet og tilpasning til behandlingstiltak, også for å forhindre senkomplikasjoner. Helseopplysning oppleves å lette selve egenomsorgsprosessen for at menneskene med diabetes skal kunne mestre sin tilstand. Studien svarer godt på hensikten.

<p>Johansson m.fl. (2009)</p> <p>Sverige</p> <p>Internationa I Journal of Nursing Studies</p>	<p>Målet med studien var å utvikle kunnskap fra en pasients perspektiv om å bli syk med diabetes.</p> <p>Fokus på denne prosessen kan være nyttig for å øke forståelsen av denne pasientgruppen, slik at pasientene kan bli møtt på en måte som bedre reduserer deres lidelse og forenkler deres tilpasning til sykdom og det nye livet.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Narrativer/ fortellinger.</p> <p>Pasientperspektiv.</p>	<p>10 deltakere forespurt, 7 sendte inn fortellingene .</p>	<p>Det å bli syk med diabetes er en kamp om ikke å bli ens sykdom. De ønsker å fortsette det samme livet som før, men lære å leve med sykdommen. Det å bli syk med diabetes er også ladet med et emosjonelt mangfold. Det gjelder å ikke la diabetesen styre over dem og deres liv, men ta kontroll over sykdommen og leve et godt og fullverdig liv.</p>	<p>Etisk godkjent.</p> <p>Er interessant for å vise psykiske aspekter hos personer nylig diagnostisert med diabetes.</p> <p>Det står ingen ting i artikkelen om det er type 1 eller 2 diabetes. Artikkelen viser at det kan være betydningsfullt å inkludere pasientens livsverden i behandlingen, slik at de etter hvert kan lære å leve med diabetesen selv. Studien svarer godt på oppgavens hensikt.</p>
---	--	--	---	---	--

<p>Kenealy m.fl. (2008)</p> <p>New Zeeland</p> <p>Primary Care Diabetes</p>	<p>Målet med studien er å identifisere personlig innvirkning av diabetes på de samme personene over 5 år.</p>	<p>Follow-up study</p> <p>Kvantitativ studie</p> <p>Spørreskjema.</p>	<p>501 deltakere under baseline- studien, og fem år etterpå deltok 207 i en follow-up studie.</p>	<p>Etter 5 år hadde deltakerne forverret metabolske tiltak og hyppigere og alvorligere komplikasjoner. Men allikevel ble den personlige innflytelsen av å ha problem med diabetes redusert til 60 %. Kunnskap om diabetes og selvtillit rundt blodsuktermåling hadde blitt bedret. Menneskene ble aksepterende over sin diagnose, og mindre opptatt av om folk visste om den. De ønsket å vite mer om diabetes, følte de hadde større kontroll over tilstanden, og fant matrestriksjoner mindre belastende. Men – de var mer bekymret over sin diabetes.</p>	<p>Etisk godkjent. Personlig innvirkning av diabetes ble redusert over 5 år. Dette og forbundet holdningsmessige endringer, produserer både utfordringer og muligheter for klinikere som ønsker å utdanne og motivere pasienter. Studien hentyder at helsepersonell må være flinkere til å spørre pasientene direkte, i stedet for å anta hvordan diabetes innvirker på deres liv. Først da kan en fremme felles kunnskap på måter som er tilpasset deres holdninger og nåværende bekymringer. Studien svarer på noe av hensikten.</p>
---	---	---	---	--	--

Malpass m.fl. (2009)  England  Patient Education and Counseling	Utforske pasienter nylig diagnostisert med type 2 diabetes og deres opplevelser av å gjøre livsstilsendringer, i forhold til kosthold og fysisk aktivitet. Om pasientene finner det fordelaktig å gjøre livsstilsendringer eller ikke.	Kvalitativ studie.  Intervju og telefonintervju  Pasient-perspektiv	30 deltakere.	Funnene tyder på at det å gi informasjon om kosthold og fysisk aktivitet sammen, oppfordrer pasienter til å bruke fysisk aktivitet på strategiske måter for å håndtere sin diabetes. De fleste finner det å gjennomføre flere endringer i livsstil nyttig.	Etisk godkjent.  Artikkelen viser at det er viktig med god informasjon om kosthold og fysisk aktivitet sammen. Der hvor personer sliter med å gjøre endringer, kan det lønne seg å gjøre endringer i aktivitetsnivå først, som gjerne fører til at en føler seg vel og øker motivasjonen. Menneskene som er med i studien er gjerne mennesker som ønsker å gjøre endringer og som er interessert i sin helse, dette kan påvirke resultatet. Svarer på noe av hensikten.
Nagelkerk m.fl. (2006)  USA  Journal of Advanced Nursing	Artikkelen rapporterer om barrierer og effektive strategier i forhold til egenomsorg hos voksne med diabetes type 2.	Exploratory, descriptive design.  Kvalitativ studie.  Fokusgruppeintervjuer.  Pasient-perspektiv.	24 deltakere	Hyppest rapporterte barrierer var mangel på kunnskap om kosthold, mangel på forståelse av omsorgsplan, hjelpeløshet og frustrasjon bl.a. i fh.t. glykemisk kontroll og fortsatt sykdomsutvikling tross etterlevelse av behandlingstiltak. Identifiserte effektive strategier var å utvikle samarbeid med en helsearbeider, opprettholde en positiv holdning som fremmer proaktiv læring, og det å ha en støtteperson som fremmer ansvarlighet. I tillegg ressurser og gruppeutdanninger.	Etisk godkjent.  Markerer betydningen av identifisering av barrierer og strategier for å utvikle og implementere egenomsorg, og betydningen av samarbeidsallianser mellom pasienter og utøvere. Dette bidrar til å hjelpe pasienten å håndtere sin kroniske sykdom som krever mange daglige beslutninger. Svarer godt på hensikten.

Oftedal m.fl. (2010) Norge Journal of advanced nursing.	Studien beskriver hvordan voksne med type 2 diabetes oppfatter forskjellig type støtte gitt av helsepersonell og hvordan ulike typer støtte kan påvirke mennesker motivasjon til god egenomsorg.	Interpretive and descriptive qualitative design.  Kvalitativ studie.  Fokusgruppe-intervjuer.  Pasientperspektiv.	21 deltakere, 2 bortfall.	Analyse identifiserte fem temaer knyttet til forskjellige type støtte gitt av helsepersonell. En empatisk tilnærming, praktiske råd og informasjon, engasjement i beslutningsprosessen, nøyaktig og individuell informasjon og løpende og gruppebasert støtte.	Etisk godkjent. Personene som ble intervjuet hadde stabilt blodsukker, slik at de som sliter med dette kanskje hadde identifisert andre temaer. Dessuten kunne temaene også forandret seg dersom menneskene hadde blitt intervjuet alene. Studien viser for øvrig at helsepersonell kan ha innvirkning på forventningene til hvordan yte god egenomsorg. Studien informerer om hvordan helsepersonell kan støtte mennesker med diabetes og deres behov. Studien svarer godt på hensikten.
Vermeire m.fl. (2007) Belgia, Kroatia, Estland, Frankrike, Nederland, Slovenia og UK.	Hva er forskjellene og likhetene ved hindringer ifht. Etterlevelse/tilpassing hos pasienter med DMT2 i hvert land? Er disse hindringene de samme i land med forskjellige helsesystemer? Og kan data fra mange forskjellige land svare på	International qualitative study using meta-ethnography.  Kvalitativ studie.  Fokusgruppe-intervjuer.  Pasientperspektiv.	246 deltakere.  (39 fokusgrupper i sju forskjellige Europeiske land)	Hindringer for etterlevelse er vanlig på tvers av land, og ser ut til å være mindre relatert til helsevesenet, men mer til pasientens kunnskap om diabetes, oppfatninger og holdninger og forholdet til helsevesenets fagfolk.  Analysen identifiserte følgende temaer: Forløpet av diabetes, informasjon, person og kontekst, kroppsbevissthet og forholdet til helsevesenet.	Etisk godkjent. Dette indikerer at helsevesenet ikke er hovedfaktor i forhold til hindringer av behandling og livsstilsråd, bortsett fra det å skaffe materialer og ressurser.  Gir en forståelse for kildene til hindring av å kunne yte god egenomsorg.  Det er slående at så mange hindringer funnet i sju land dreier seg om problemer i forbindelse med kommunikasjon mellom helsearbeideren og personen som lever

Primary Care Diabetes	de to første spørsmålene?				med diabetes. Svarer godt på hensikten.
Whittemore m.fl. (2002)  United States  Nursing Research	Målet med denne studien fokuserer på opplevelsen av å integrere behandlingsanbefalinger for DMT2 i en eksisterende livsstil, og samtidig delta i en sykepleier-coaching intervensjon.	En del av en triangulær studie.  Kvalitativ studie  4 individuelle coachinger, fulgt av et 60 minutters intervju.	9 deltakere.	Kjerneprosessen med å integrere livsstilsendring ved T2DM var mangesidig og komplekse. Utfordringer til prosessen inkluderte å forsone følelser, komponere en struktur, streve for tilfredshet, utforske seg selv og konflikter, oppdage balanse, og utvikle en ny rytme til livet. Disse utfordringene er nødvendige anerkjennelser for at deltakerne skal utvikle seg mot integrering og god egenomsorg.	Etisk godkjent.  Alle disse faktorene indikerer behovet for individuell sykepleie, fordi egenomsorg krever kunnskap og forståelse.  Helsefremmende atferd er vanskelig uten dette. Sykepleiefaglige strategier har potensiale til å lette forståelsen ved å hjelpe pasienter til å overvinne utfordringer til prosessen med å integrere livsstilsendringer, samtidig som de unike livserfaringer til hver enkelt tas i betraktning. Svarer godt på hensikten.

## Vedlegg 3 – Utdrag analyse

Hensikten med denne studien er å identifisere hvordan sykepleiere kan bidra til at pasienter nylig diagnostisert med diabetes type 2 mestrer å leve med kronisk sykdom, med bakgrunn i pasientenes egne oppfatninger av faktorer som fremmer god egenomsorg.

Kondenserte meningsenheter	Subkategori	Kategori
<p>1) Ahlin og Billhult (2012) Gapet mellom kunnskap og atferd hos mange var stort. Å heve kunnskapsnivået var nødvendig, men allikevel kunne det av og til være vanskelig å omsette kunnskap til atferd. De visste hvordan det skulle gjøres, men å holde seg til behandlingstiltak var vanskelig.</p> <p>2) Clark og Hamposon (2003) Bare 15 % av deltakerne hadde deltatt på diabetesutdanning. Deltakerne anså diabetesutdanning som mindre viktig enn sykepleierne gjorde.</p> <p>3) Furler m.fl. (2008) Deltakerne anså at et godt forhold til helsepersonell var viktig, og bidro til god egenomsorg. Informasjon var sentralt. Deltakerne var villig til å bytte helsepersonell dersom relasjonen ikke var god nok.</p> <p>4) Gillibrand og Flynn (2001) Deltakerne uttrykte misnøye med kunnskapen de satt med, både i forhold til kvalitet og mengde av informasjonen, noe som påvirket deres evne til god egenomsorg. De følte at helsepersonell ikke gav dem nok informasjon. Deltakerne ønsket å føle seg myndig til å ta kontroll over sin sykdom.</p>	<p>Behov for bedre og oppdatert kunnskap og informasjon, individualisert og ut fra deres personlige forutsetninger og behov (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).</p> <p>Bidra til myndiggjøring (4, 6).</p> <p>Et godt forhold til helsepersonell med en empatisk tilnærming integrert i støtten (3, 6, 7)</p> <p>Støtte på kontinuerlig basis, eventuelt med kurs og oppfølgingskurs (2, 6, 7).</p>	<p>Helsefaglig støtte og behovet for informasjon</p>

<p>5) Kenealy m.fl. (2008)</p> <p>Etter fem år hadde kunnskap om diabetes blitt bedret, og også ønsket om å lære om diabetes steg. Studien hentyder at helsepersonell må være flinkere til å spørre pasientene direkte, i stedet for å anta hvordan diabetes innvirker på deres liv. Først da kan en fremme felles kunnskap på måter som er tilpasset deres holdninger og nåværende bekymringer.</p> <p>6) Nagelkerk m.fl. (2006)</p> <p>Hindringer for god egenomsorg ble identifisert som mangel på forståelse av informasjon, samt at omsorgsplanen var for lite individualisert. Enkelte deltakere kunne bytte ut sin omsorgsperson til en som forstod dem bedre. Pasientene verdsatte en relasjon som oppmuntret til ansvarlighet, god egenomsorg, og følte seg myndiggjort når informasjonen de fikk gav dem oversikt over egen helsetilstand.</p> <p>7) Oftedal m.fl. (2010)</p> <p>Deltakerne påpekte at en empatisk tilnærming måtte være integrert i støtten gitt av helsepersonell. Forståelse og lytting, samt en helhetlig tilnærming gav deltakerne en følelse av tillit. Informasjon burde være relatert til deres hverdag, og kurs burde bli foreslått. Informasjonen burde dessuten bli individualisert til deres forutsetninger og behov. Kunnskap omkring type 2 diabetes ble ansett til å variere hos helsepersonell.</p> <p>8) Vermeire m.fl. (2007)</p> <p>Deltakerne påpekte at mye informasjon hadde blitt gitt dem, men ikke alt var forståelig og minneverdig, samt at informasjonen ofte ble gitt til upassende tider. Mer og bedre tilrettelagt informasjon var viktig. Helsearbeidere ble ansett å ha liten forståelse eller aksept for de vanskeligheter pasienter med diabetes står overfor, hva gjelder å leve med diabetes 365 dager i året.</p>	<p>Støtte til å omsette kunnskap til atferd (1).</p>	
---	--	--



9) Whitemore m.fl. (2002)

Utdanning og bevissthet om kosthold og mosjonsatferd indikerer behovet for individuell sykepleie, fordi god egenomsorg krever kunnskap og forståelse.