



# Bachelorgradsoppgave

Undervisningens betydning for  
livsstilsendring hos pasienter med type 2-  
diabetes

The influence of education on lifestyle  
changes for patients with type 2-diabetes

Forfatter  
Ragnhild Bergem

Antall ord: 9730

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014



**HINT**

*”Livet med diabetes er et liv med håp og muligheter,  
men også et liv av alvor og utfordringer”*

*(Helsedirektoratet 2011, s.21)*

## ABSTRAKT

**Introduksjon:** Antall personer med type 2-diabetes øker stadig, og i Norge er det estimert 350 000 med diagnosen. Type 2-diabetes er en kronisk sykdom, hvor målet med behandlingen er å forsøke og forbedre prognosen. Livsstilsendring er en viktig faktor i behandlingen, da det kan medføre en bedre metabolsk kontroll. Derfor blir informasjon og undervisning relatert til livsstil en viktig oppgave for sykepleierne å gjennomføre. Type 2-diabetes krever mye ansvar fra den som har diagnosen, og sykepleierens funksjon blir å støtte og undervise pasienten for å nå målet mot livsstilsendring.

**Problemstilling:** *Hvilke faktorer ved undervisning til pasienter med type 2-diabetes bidrar til livsstilsendring?*

**Metode:** Dette er en allmenn litteraturstudie, som vil si at oppgaven har tatt i bruk eksisterende forskningslitteratur. Søkene ble gjort i anerkjente databaser, og ut i fra oppgavens problemstilling. Forskningslitteraturen ble gransket, analysert og kategorisert.

**Resultat:** Analysen dannet grunnlag for fire kategorier: eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer, livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap og sosial støtte er viktig for livsstilsendring, samt pasientens opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring.

**Diskusjon:** Resultatet ble diskutert opp mot relevant faglitteratur, lovverk og retningslinjer for å belyse hensikten. Dette for å belyse sykepleierens funksjon i forhold til hensikten.

**Konklusjon:** Ulike faktorer som ansvar, motivasjon, økt kunnskap og støtte fra andre påvirket pasientene til endring av livsstil. Pasientene hadde ulike opplevelser av undervisningsmetodene som ble gitt. Det var viktig at sykepleierne tilpasset undervisningen etter pasientenes behov slik at undervisningen ble tilrettelagt for den enkelte.

**Nøkkelord:** Type 2-diabetes, undervisning, livsstil, kunnskap, ansvar.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	2
2.0 METODE.....	3
2.1 Fremgangsmåte for søk av litteratur .....	3
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	4
2.3 Granskning av artiklene.....	4
2.4 Analyse .....	5
2.5 Etske overveielser .....	6
3. 0 RESULTAT.....	8
3.1 Eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer etter undervisning .....	8
3.2 Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap .....	9
3.3. Sosial støtte er viktig for livsstilsendring.....	9
3.4 Pasientenes opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring	10
4.0 DISKUSJON.....	12
4.1 Eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer etter undervisning .....	12
4.2 Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap .....	16
4.3 Sosial støtte er viktig for livsstilsendring .....	18
4.4 Pasientenes opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring	21
4.5 Metodediskusjon.....	25
5.0 KONKLUSJON .....	27
LITTERATURLISTE .....	
VEDLEGG.....	
Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier .....	
Vedlegg 2 – oversikt over inkludert artikler.....	
Vedlegg 3 - Tabell for Vurdering av forskningsartikler.....	

## 1.0 INTRODUKSJON

Antall personer med type 2-diabetes øker stadig, og det blir sett på som en epidemi internasjonalt. Den internasjonale diabetesføderasjonen og verdens helseorganisasjon har anslått at per 2007 var det 247 millioner tilfeller av mennesker med diagnosen type 2-diabetes på verdensbasis (Folkehelseinstituttet 2012). I Norge er det antatt at 350 000 har diagnosen, og rundt halvparten av denne antagelsen har diagnosen uten å være klar over det selv. 6-7000 nordmenn får diagnosen årlig, og antall tilfeller av personer med type 2-diabetes har blitt firedoblet de siste 50 årene (Diabetesforbundet 2013). Den vanligste formen for diabetes er type 2-diabetes (Bertelsen 2011, Mosand og Stubberud 2011, Sagen 2011). Sykdommen blir kjennetegnet ved ulik grad av insulinresistens og insulinmangel. Det skyldes avtagende evne til rask utskilling av insulin i betacellene og insulinresistens i leveren og perifere vev. Med insulinresistens menes det at glukoseopptaket i fettvev og muskler er nedsatt, på grunn av redusert virkning av insulinet (Mosand og Stubberud 2011).

Type 2-diabetes er en kronisk sykdom, og en av de vanligste stoffskiftesykdommene. Læring om egen sykdom er en forutsetning for mestring (Allgot 2011). Vanligvis debuterer sykdommen i 40-årsalderen og oppover (Bertelsen 2011, Mosand og Stubberud 2011, Jenssen 2011). Målet for behandlingen er å forsøke og bedre prognosen. Da ved å unngå hyper- eller hypoglykemi, samt ved å hindre eller bremse utviklingen av senkomplikasjoner som kan være en følge av sykdommen. Behandling i form av livsstilsendring blir sett på som en viktig faktor i behandlingen av type 2-diabetes, da endring i kostholdsvaner og økt mengde fysisk aktivitet kan bidra til en bedre metabolsk kontroll. Derfor blir undervisning om livsstil en viktig faktor som må formidles av sykepleiere. Informasjonen kan bidra til at pasientene får økt sykdomsforståelse, og økt mengde kunnskap, samtidig som de også får formidlet sine behov i dialog med sykepleierne (Sagen 2011). Når man har type 2-diabetes kreves det en god del eget ansvar for å håndtere sykdommen på en forsvarlig måte. Sykepleierens funksjon blir å undervise å veilede pasienten for å nå målet mot livsstilsendring. Det kan gjøres ved ulike metoder (Mosand og Stubberud 2011).

Et viktig mål er at pasientene ikke skal forbli i pasientrollen, men å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter slik at de klarer å gjøre livsstilsendringer i stor grad selv. Undervisning kan bli gjort individuelt, i gruppe, eller i kombinasjon (Graue og Haugstvedt 2011). Endring i livsstil med fokus på endring av kosthold og økt mengde fysisk aktivitet er en grunnleggende

behandling, som blant annet kan bidra til å redusere en rekke senkomplikasjoner. Type 2-diabetes kan gi økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Dette kan forsøkes å forebygges ved å endre livsstil (Mosand og Stubberud 2011, Sagen 2011). Den største økonomiske kostnaden innenfor diabetes ligger i behandling av komplikasjoner. Dette bidrar til økt sykehusinnleggelse. Derfor er det viktig å starte opp med behandling av diabetespasienter på riktig tidspunkt. Ved å behandle pasientene tidlig i sykdomsforløpet får man flere gevinster. For pasientene blir det en bekymring mindre ved å forhindre eller forsinke komplikasjoner, samtidig vil kostnadene kunne reduseres dersom helsetjenestene blir tilpasset i tidlig i forløpet. Tidlig behandling gir gevinst både for den med type 2-diabetes, men også for samfunnet. For å endre livsstil foreligger behovet for motivasjon, kunnskap og egenkontroll hos pasientene (Allgot 2011).

Sykepleiere spiller en sentral rolle i undervisning av pasienter, og hovedmålet er at pasienter skal mestre sin egen situasjon. Samtidig blir pasienter mer bevisste på sine rettigheter, og helsepersonell er pliktige til å oppgi informasjon. Sykepleierens rolle blir å motivere pasienten, og bidra til at pasienten forstår sin egen situasjon og blir påvirket til livsstilsendring (Ravnestad 2003). Gode støttespillere fra helsetjenesten er sentralt. Sykepleierne har sin kompetanse, og pasientene har egne erfaringer og kunnskap om sin hverdag. En utveksling av hverandres kompetanse kan bidra til resultater dersom de utnytter hverandres kompetanse (Allgot 2011).

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med oppgaven er å finne ut hvilke faktorer i pasientundervisning hos pasienter med type 2-diabetes som kan bidra til en bedre livsstil. Da med fokus på pasientens opplevelser og erfaringer. Dette er et viktig og relevant tema siden prevalensen for type 2-diabetes stadig øker, og det antas at prevalensen også vil øke betraktelig med årene. Som sykepleier vil man møte pasienter med type 2-diabetes uavhengig av hvor i helsetjenesten man jobber, og livsstiltak er en viktig behandlingsmetode som kan påvirke til bedring av pasientens type 2-diabetes. Samtidig som pasientundervisning stadig blir satt mer i fokus.

Med utgangspunkt i dette er det kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvilke faktorer ved undervisning til pasienter med type 2-diabetes bidrar til livsstilsendring?*

Med livsstilsendring menes det i denne oppgaven positive endringer i forhold til kosthold og økt mengde fysisk aktivitet.

## 2.0 METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie baseres på eksisterende forskning innenfor et området hvor de valgte studiene analyseres og blir beskrevet (Forsberg og Wengström 2013).

### 2.1 Fremgangsmåte for søk av litteratur

Fremgangsmåten må beskrives slik at andre skal kunne vurdere verdien av kunnskapen som er formidlet i oppgaven, og hvordan man har kommet frem til dataen som er brukt i oppgaven (Dalland 2007). Søkene ble gjort ut i fra oppgavens hensikt. Det ble derfor brukt søkeord som diabetes mellitus type 2, life style, self care, self-management, management, patient education as topic, information, counselling og experience. Søkeordene ble kombinert med hverandre ved søk i fritekst med "AND" og "OR". I tillegg ble det også gjort begrensninger i søkene for å begrense mengde treff opp i mot oppgavens relevans. Språk, alder, fulltekst, abstrakt, kvalitativ studie ble mye brukt for å avgrense søkene (Se vedlegg 1 - søkestrategi). Søkene ble gjort i databasene Medline, Cinahl og Swemed + som inneholder helse relatert forskning (Forsberg og Wengström 2013). Artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst som virket relevant til hensikten, ble bestilt på skolens bibliotek.

Viser her et utdrag fra søkestrategien (Vedlegg 1).

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall Treff	Forkastet	Antall Utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Cinahl (01.04.14)		Diabetic Education AND Selfcare	56	53* 1**	1***	1	1

- \* Antall artikler som er ekskludert etter lest tittel
- \*\* Antall artikler som er ekskludert etter lest abstrakt
- \*\*\* Antall leste artikler i sin helhet

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Alle artikler er originalartikler og publisert i tidsskrift utgitt i papirutgave eller på nett. Perspektivet for oppgaven var ut i fra pasientens opplevelser og erfaring. Derfor ble pasientperspektiv et kriteriet for utvalgte artikler. Det ble også gjort alderskriterier for å avgrense oppgaven, og alderen ble satt til 40 år og oppover. Dette på grunn av at type 2-diabetes ofte oppstår i 40-årsalderen. Utvalget var pasienter som fikk undervisning henholdsvis på poliklinikk i sykehus, eller i primærhelsetjenesten. Det ble også gjort aldersbegrensning for artiklene, og alle artiklene skulle være nyere enn 10 år. Målet var å finne artikler som var publisert innen 5 år, men noen eldre artikler ble også inkludert da de hadde relevans til problemstillingen.

## 2.3 Granskning av artiklene

Kildene som blir brukt må vurderes. Dette for å se hvor gyldig og relevant litteraturen er for å belyse oppgavens hensikt og problemstilling. Helsereelatert forskning omfatter et stort omfang av innhold, og det kan derfor være nødvendig å avgrense søkene som blir gjort (Dalland 2007 og Forsberg og Wengström 2013). I denne oppgaven ble det gjort flere avgrensninger i søkene da det ga mange treff. Dette for å få søkene spesifikt rettet mot hensikten. Avgrensningene omfattet språk, land, type artikler, fulltekst og abstrakt. Det varierte ut i fra søkene hvor mye avgrensninger som ble gjort. Alle søkene hadde en maks grense på 10 år, da fokuset var å finne den nyeste forskningen på området. Det faglige nivået ble også vurdert (Dalland 2007).

I tillegg ble det sett på forfattere, da om hovedforfatteren står nevnt med kontaktinformasjon og yrkesbakgrunn da det sier noe om seriøsiteten av oppgaven som er gjort (Forsberg og Wengström 2013 ). Det ble sett på strukturen i oppgaven, om det var skrevet i IMRaD, da det er en struktur som ofte blir brukt i forbindelse med forskning. Samt at det ble vurdert om det er etisk godkjent. De fleste artiklene var kvalitative artikler for å få innblikk i pasientens opplevelser og meninger. De artiklene som ble lest i sin helhet ble vurdert ut i fra om de var relevant for problemstillingen, og om kvaliteten var god (Se vedlegg 3). Granskningen av artiklene ble skrevet inn i egen tabell for oversikt over utvalgte artikler (Se vedlegg 2).



Artikkel	Forfattere Tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Rise B M, Pellerud A, Rygg Ø L og Steinsbekk A (2013) PLOS ONE Norge	Undersøke hvordan deltakerne endret livsstil og bevarte livsstilsendringene etter å ha deltatt i gruppebasert undervisning for mennesker med diabetes type 2.	Kvalitativ studie Individuelle- og fokusgruppeintervju	13 kvinner 9 menn Gjennomsnittsalder: 58 år	Undervisningen påvirket til livsstilsendringer. Kunnskap var hovedårsak. For å ivareta endringene var støtte fra sykepleiere og familie sentralt, samt effekten av ny livsstil, frykt for komplikasjoner og å gjøre den nye livsstilen til en vane.	Godkjent av etisk komite.

Utdrag fra tabellen over inkluderte artikler (vedlegg 2)

## 2.4 Analyse

Analyse blir beskrevet som et granskningsarbeid hvor man skal finne ut hva materialet forteller, og innholdet skal vurderes kritisk (Dalland 2007). Etter at alle artiklene er lest igjennom gjentatte ganger, analyserer man innholdet. Dette for å finne mønster, sammenhenger og ulikheter i artiklene som kan bidra til å finne ulike tema som belyser problemstillingen (Polit og Beck 2012).

Det ble laget et stort skjema i papirformat for å gå igjennom alle artiklene. Meningsenheter ble skrevet opp, og relevante deler fra artiklenes resultat ble trukket ut. Videre ble meningsenhetene markert med farger ut i fra emnene, som ble grunnlaget for

subkategoriene. Det ga kort oversikt over innholdet fra resultatene, som bidro til fire temaer som ble brukt til overskrift i resultatdel og resultatdiskusjon. De fire temaene ble:

- Eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer etter undervisning
- Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap
- Sosial støtte er viktig for livsstilsendring
- Pasientenes opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring

Viser her et eksempel på hvordan kategoriene ble til:

Meningsbærende enhet	Subkategorier	Kategorier
For å gjennomføre livsstilsendringer var kunnskap en av de sentrale ressursene pasientene hadde behov for å tilegne seg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunnskap er en dominerende faktor</li> <li>- Bevisst på kosthold og aktivitet</li> <li>- Informasjon er mangelvare</li> <li>- Bevisstgjøring påvirker til livsstilsendringer</li> <li>- Informasjon i tidlig fase er viktig for livsstilsendring</li> </ul>	Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap

## 2.5 Ethiske overveielser

Etikken skal danne et grunnlag for vurderinger før handlingen tiltrer. Grunnlaget for dagens tenkning om forskningsetikk stammer fra 1946 og bygger på Nürnbergkoden. Den ble videreført i helsinkideklarasjonen fra 1964. Helsinkideklarasjonen stiller krav til både framgangsmåte for vitenskap, men også for personalet som skal gjøre forskningen. Et viktig aspekt de har er at deltakernes integritet og helse skal gå foran hensynet til samfunn og forskning (Dalland 2007). Når mennesker er deltakere i forskning skal de beskyttes, og det skal vernes om deres rettigheter. Forskere skal minimalisere eventuell skade deltakerne kan utsettes for, og deltakelsen skal kunne begrunnes ut i fra at forskningen er eneste måten å få svar på det aktuelle området. Informasjon om studien skal være forklart. Deltakelsen skal være frivillig, og informasjonen de gir skal være av eget ønske. I tillegg skal de også ha muligheten til å trekke seg fra studien når det selv er ønskelig (Polit og Beck 2012).

11 av 12 artikler er godkjent av etisk komite, og flere av artiklene viser at deltakerne har fått skriftlig dokumentasjon på at deres deltakelse er anonym og ikke kan spores opp til enkeltpersoner. Artikkelen som ikke viser til godkjenning av etisk komite har inkludert deltakere fra et vidt området og alle deltakerne er anonymisert. Det er tatt med resultater som både støtter oppgavens problemstilling, men også resultater som viser til det motsatte. Dette for å ikke være uetisk ved å kun inkludere funn som støtter problemstillingen i oppgaven. Alt av funn og kunnskap er henvist til gjeldene forfatter for å være tro mot den som har gjort arbeidet, og for å forhindre plagiering (Forsberg og Wengström 2013).

## 3.0 RESULTAT

### 3.1 Eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer etter undervisning

Ansvaret for livsstilsendring ligger hos pasientene selv. Gjennom å delta i undervisning for pasienter med type 2-diabetes hvor fokuset omhandler livsstil, forstår pasientene at ansvaret for egen helse ligger i deres hender. Pasientene blir mer bevisst på at det er dem selv som spiller den avgjørende rollen for å klare og gjennomføre en livsstilsendring, og at det er deres ansvar å ivareta endringene de velger å gjøre (Rise et al. 2013). Det kommer også frem at når et sunt kosthold og økt mengde fysisk aktivitet gjøres daglig, blir livsstilsendringene hos flere av pasientene til en vane (Rise et al. 2013). Likevel finner noen det utfordrende å endre kostholdsvaner de har hatt gjennom mange år (Booth et. al 2013).

Noen av pasientene uttrykker at ved å delta i undervisning blir de mer bevisste på hvor viktig det er å forbedre sine kostholdsvaner, samt fysisk aktivitet, og fordelene livsstilsendringene kan medføre i forhold til type 2-diabetes. Pasientene belyser at å gå ned i vekt, unngå å begynne med medisiner, samt unngåelse av sykdomsforverring som viktige motivasjonsfaktorer for å opprettholde den nye livsstilen (Booth et al. 2013, Malpass et al. 2009, Rise et al. 2013). Det blir også vektlagt frykt for komplikasjoner som en viktig faktor både for deltakelse av undervisning, men også som en faktor for motivasjon. Forhindring av komplikasjoner av type 2-diabetes er noe pasientene ønsker å unngå så lenge som mulig (Booth et al. 2013, Rise et al. 2013, Rygg et al. 2010).

Endring av sitt vannte kosthold belyses som en utfordring hos noen av pasientene. Da i forhold til det sosiale, som ved høytider eller i en kaffepause på jobb. Kulturen og samfunnet pasientene er en del av virker inn på muligheten de har for livsstilsendring (Ockleford Et al. 2010). Noen av pasientene finner det vanskelig å endre livsstil da de selv ikke merker noe til sykdommen. Det synes det virker fjernt å forandre på en livsstil de er fornøyd med når de ikke kjenner noe til symptomer på type 2-diabetes (Ockleford Et al. 2010).

En undersøkelse i form av en test før og etter undervisning til pasienter med type 2-diabetes, viser gjennomsnittsverdier målt i etterkant at undervisningen gir effekt i forhold til livsstilsendringer. Testen viser forbedringer i målinger av langtidsblodsukker, blodtrykk, BMI og midjeomkrets målt i etterkant, og det derfor kan konkluderes med at undervisningen påvirker pasientene til livsstilsendring (Karakurt og Kasiki 2012).

### 3.2 Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap

Pasientene belyser at behovet for informasjon er viktig allerede fra diagnosetidspunktet. Flere beskriver at de har mottatt lite informasjon ved diagnosetidspunkt, og de synes de har behov for undervisning allerede da. De føler seg overlatt til seg selv, og synes det er vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg til den nye diagnosen. Pasientene mener informasjon om livsstil i forhold til kosthold og fysisk aktivitet er viktig med en gang, slik at de kan begynne å tilpasse en livsstil som er i samsvar med sykdommen. Det blir understreket at desto mer informasjon som blir gitt tidlig, jo bedre er det for livsstilsendringen (Peel et al. 2004). Usikkerhet er en faktor flere opplever. Spesielt i forhold til kosthold og hvilken type mat man skal spise, og hva man skal se etter når man velger de ulike mattypene (Rise et al. 2013 og Rygg et al. 2010).

Pasientene beskriver kunnskap som en avgjørende faktor for å gjennomføre livsstilsendring. Kunnskapen de får er betydningsfull, da de får lære om kosthold relatert til type 2-diabetes. Det gjør det enklere å legge til rette for å spise riktig. Sammenhengen mellom kosthold og aktivitet blir også enklere å forstå, og at man kan leve et normalt liv tross for kronisk sykdom (Rise et al. 2013). Kunnskapen pasientene mottar gir økt forståelse av hvor viktig livsstilsendringer er, noe som fører til forbedring hos flere (Malpass et al. 2009).

### 3.3. Sosial støtte er viktig for livsstilsendring

#### **Støtte fra sykepleiere**

Støtte fra sykepleiere er en viktig faktor for livsstilsendring (Booth et al. 2013, Oftedal et al. 2010, Peel et al. 2004, Rise et al. 2013). Sykepleiere bør ha en empatisk holdning (Oftedal et al. 2010, Peel et al. 2004). Gjennom empati føler pasientene de blir forstått, og at sykepleierne lytter til det de sier. Det gir tillit, som medfører at informasjonen pasientene mottar under undervisningen blir tatt seriøst. Pasientene nevner også at sykepleierne bør ha en inkluderende holdning, slik at undervisningen blir et samarbeid mellom pasient og sykepleier. Det viser seg at behovet for kontinuerlig støtte foreligger (Oftedal et al. 2010).

#### **Støtte fra familie og andre med samme diagnose**

Pasientene involverer familien på ulike måter, og støtte er en betydelig faktor for livsstilsendring (Booth et al. 2013, Moser et al. 2008, Rise et al. 2013). Noen belyser at det er av stor betydning at familien eller partneren setter seg inn i type 2-diabetes og tilrettelagt livsstil. Det kan være å delta i livsstilsendringene sammen eller at de fungerer som en

støttespiller (Moser et al. 2008). Ved å delta i undervisning blir det enklere å inkludere familien for pasientene (Adolfsson et al. 2008).

Å møte andre i samme situasjon gjennom undervisning er en positiv opplevelse for pasientene (Ockleford et al.2008, Oftedal et al.2008). Muligheten til å dele erfaringer og sammenligne sin situasjon med andre er beskrevet som verdifullt. Pasientene nevner også at fellesskapet er en kilde til inspirasjon (Ockleford et al. 2008, Rygg et al. 2010).

Pasientene belyser i tillegg relevansen av å møte andre med samme diagnose etter undervisning for å dele erfaringer, og snakke om temaer som er av betydning for å opprettholde livsstilsendringene. De kan finne støtte i hverandre. Dette belyses som en motivasjonsfaktor (Oftedal et al. 2010). Noen av pasientene nevner ønsker om å treffe andre for å gjøre aktiviteter i fellesskap (Rygg et. al. 2010).

### **3.4 Pasientenes opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring**

Resultater tyder på at livsstil og helsefremming kan forbedres ved undervisning (Vadstrup et al. 2010). Ulike typer undervisning viser seg å ha effekt på pasientene i ulik grad. Noen pasienter opplever individuell undervisning negativt, da de føler seg nedtrykt og at det er en enveiskommunisierende linje. Det resulterer i at pasientene trekker seg tilbake, og ikke utnytter seg optimalt av undervisningen. Tross for at de blir undervist i både kostholdsendring og om fysisk aktivitet, føler pasientene at de får for lite utbytte av undervisningen. Noen av pasientene som ikke er tilbakeholden, synes undervisningen er nyttfull. Flertallet utfører likevel endringer i forhold til livsstil, men får en negativ opplevelse av undervisningen (Adolfsson et al. 2008).

Pasientene som deltar i gruppeundervisning opplever det som positivt. Det er en lik linje mellom pasientene og sykepleierne som gir engasjement blant pasientene. Pasientene uttrykker at de lærer av hverandre, og kan diskutere temaer relatert til livsstil. Noen av pasientene finner også inspirasjon av å se andre som ikke håndterer sin diabetes godt nok. Den reduserte håndteringen gir lyst til å forandre eller opprettholde en helsefremmende livsstil (Ockleford et al. 2008, Rygg et al. 2010). Emner pasientene finner problematisk løses i fellesskap, og usikkerheten blir mindre. Pasientene nevner at de blir motivert til livsstilsendring, og får bedre selvinnsikt i forhold til sin diabetes ved denne undervisningen (Adolfsson et al. 2008). Et fåtall av pasientene understreker en negativ opplevelse ved å

delta i undervisning med andre. De synes enkelte tar for stor plass i forsamlingen, og at enkelte deler for mye av sine erfaringer eller har en negativ holdning (Ockleford et al. 2008).

## 4.0 DISKUSJON

Resultatet viser at ansvaret for livsstilsendring ligger hos pasientene selv. Undervisning kan bidra til å gi pasientene den kunnskapen, motivasjonen og støtten som kreves for endring av livsstil. Det foreligger en rekke utfordringer for å gjennomføre livsstilsendringene. Det er blant annet å endre på et godt implementert kosthold, kulturelle aspekter, og at pasientene ikke har nok kunnskap om type 2-diabetes og livsstilen som er mest gunstig. Støtte fra andre viser seg å være en positivt faktor. Både fra familie, andre med samme diagnose og fra sykepleiere. Holdningen til sykepleierne er av betydning for hvilken effekt undervisningen har, da en empatisk holdning bidrar til positive resultater. Resultater viser at ulike undervisningsmetoder blir mottatt på ulike vis. Individuell undervisning blir oppfattet som en enveiskommuniserende linje mellom sykepleier og pasient, mens gruppeundervisning bidrar til en åpen sone hvor det er likestilt dialog mellom pasientene og sykepleierne.

Problemstillingen for denne oppgaven er:

*Hvilke faktorer ved undervisning til pasienter med type 2-diabetes bidrar til livsstilsendring?*

### 4.1 Eget ansvar for å kunne gjøre livsstilsendringer etter undervisning

Type 2-diabetes er en kronisk sykdom. Resultatet viser at ansvaret for livsstilsendringer ligger hos pasientene selv, og pasientene forstår dette gjennom undervisning. Empowerment er en viktig faktor for å ta ansvar (Allgot 2011, Christensen og Jensen 2003, Musaeus 2001, Tveiten 2008). Empowerment har siden 1970 blitt betegnet som et kjernebegrep i sammenheng med folkehelse og arbeid som fremmer helse. Verdens helseorganisasjon omtaler begrepet som en prosess hvor folk oppnår større kontroll over sine handlinger og beslutninger som vedrører helse (Kristoffersen 2011a, Tveiten 2007). Sykepleierne må forsøke å styrke ressursene pasientene har for å klare og endre livsstil. Ved at ressursene de har styrkes, er det enklere for pasientene å finne løsninger som påvirker til endring (Kristoffersen 2011a). For å oppnå kontroll over eget liv må pasientene være bevisst på sin egen situasjon, og samtidig være bevisst på hvordan man utvikler personlig kompetanse (Tveiten 2007). For at pasientene skal klare å styrke egne krefter å se sitt ansvar kan man som sykepleier bidra til at handlingskompetansen til pasientene blir større (Kristoffersen 2011a). Handlingskompetanse er en holdning for hvordan man kan arbeide i forhold til utfordringene som foreligger. Handlingskompetanse kan knyttes opp mot sunnhet som en ressurs, da vil handlingskompetansen bli en vilje eller holdning som bidrar til at pasientene tar sunnere valg (Musaeus 2001). Handlingskompetansen gjør pasientene i stand



til å ta ansvar for sin egen helse, samt i stand til å ta viktige beslutninger som omhandler sitt liv på egen hånd (Allgot 2011). Her bidrar sykepleieren med sin helsefremmende funksjon (Kristoffersen 2011a). Pasienter med type 2-diabetes bør fra første stund bli oppfordret til å arbeide med pasientrollen og ikke forbli i den. Pasientrollen assosieres med passivitet, hvor en forventning er at behandlingen blir overlatt til "ekspertene". Ved å tre ut av pasientrollen overtar man behandlingsrollen selv, og hovedansvaret ligge hos pasientene (Allgot 2011). Dermed må sykepleierne omfordele sin makt over til pasientene, slik at de blir deltakende i sin egen behandling (Kristoffersen 2011a, Tveiten 2007). Samtidig må også sykepleierne være bevisst på sin rolle i forhold til funksjonen de har i samhandling med pasientene (Tveiten 2007). Ved å ha fokus på empowerment i undervisningen styrker man makten pasientene er i besittelse av for å påvirke til en endringsprosess. Sykepleierne kan øke bemyndigelsen til pasientene ved å gi i fra seg, eller som nevnt å overføre sin makt over hos dem (Kristoffersen 2011a). Pasientenes autonomi må ivaretas. Det man kan gjøre som sykepleier er å forsøke å stimulere selvbestemmelsen i en hensiktsmessig retning i den grad det lar seg gjøre (Ivarsson 2010, Karlsen 2011). Motiverende intervju er et verktøy sykepleierne kan bruke i forsøk på å øke ansvarsbevisstheten til pasientene. Sykepleierne kan da få frem til pasientene at nåværende livsstil ikke er optimal for type 2-diabetes, og få pasientene til å reflektere over hvordan en bedre livsstil kan forbedre prognosen for sykdommen. Samt hvordan nåværende livsstil kan gi negativ innvirkning på prognosen. Dermed må pasientene reflektere over sin nåværende situasjon og ønsket situasjon, og denne følelsen kan bli en drivkraft for endring (Ivarsson 2010). Det vil ofte vær et snev av forskjell blant symmetrien mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier har man ofte en bredere kunnskap om sykdom og behandling som pasientene ikke innehar. Dette kan være en utfordring når det kommer til eget ansvar hos pasientene, da noen kan ha en formening om at de tror de har alt som skal til for å ta fullt ansvar. Autonomien omhandler at mennesket velger det som er det mest optimale for seg selv (Kristoffersen 2011b). I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 står det skrevet at pasientene har rett til å medvirke i valg som blant annet vedrører behandling (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Dermed er sykepleierne nødt til å ta hensyn til pasientens selvbestemmelse og autonomi, og man må bruke metoder som fronter gunstige valg for pasienten selv. For pasienter som ikke ønsker å ta ansvar kan det få konsekvenser i form av svekket diabetesregulering. Som sykepleier må man da sette seg inn i pasientens perspektiv og forsøke å fronte egenbehandling og undersøke hvorfor de ikke ønsker å ta ansvar. Godt etablerte levevaner er utfordrende for mange å endre. Det kan by på fortvilelse og konflikter (Karlsen 2011).

Psykiske reaksjoner kan være en årsak til nedsatt ansvar. Vanskelige perioder kan bidra til at pasientene finner det vanskelig å ta til seg ansvar, og frykten for å ikke lykkes med livsstilsendringene. Sykepleierne må bevisstgjøre pasientene på at slike reaksjoner er vanlige å oppleve for personer som lever med diabetes, og at de må gjerne dele sine tanker og opplevelser slik at de kan få bearbeidet utfordringene de synes er vanskelig å takle (Ribu 2008). Ved å arbeide ut i fra pasientenes perspektiv kan det føre til økt ansvarsbevissthet til pasientene. Det vil si å arbeide ut i fra pasientenes opplevelser. En mulig utfordring sykepleierne kan møte på er å klare og holde tilbake på sitt perspektiv i forhold til behandlingen, og den medisinske rollen. Sykepleierne har sine erfaringer og opplevelser med diabetespasienter, men de må også ha i bakhodet at hver enkelt pasient har sine opplevelser og individuelle mål (Karlsen 2011). Her må også sykepleierne ta hensyn til pasientenes rett til medvirkning.

Å ta eget ansvar kan også ses i sammenheng med motivasjon. For å være i stand til å ta ansvar for livsstilsendring er motivasjon avgjørende. Når evne, ønske og motivasjon er tilstede kommer endringene (Helsedirektoratet 2011). Resultatene tyder på at ulike motivasjonsfaktorer er vesentlig for livsstilsendring blant pasientene. Å tilpasse seg noe nytt krever motivasjon (Helsedirektoratet 2011, Karlsen 2011). Motivasjonsfaktorer som en bedre helse, og å unngå sykdomsforverring er nevnt av pasientene. Karlsen (2011) betegner motivasjon som en drivkraft som drar mennesker mot en bestemt retning. Det blir også sett på som et samspill mellom egne og sosiale faktorer. Sosiale faktorer er faktorer som påvirker mennesket utenfra en selv. Her blir sykepleierens mulighet til påvirkning sentral. Sykepleieren må gjennom undervisning forsøke å motivere pasienten til livsstilsendringer ved å påvirke pasientens tanker og valg. Tanker og følelser kan påvirke atferden hos pasientene som medfører at de får lyst til å endre livsstil. Resultatet viser også at de som ikke la merke til at de hadde type 2-diabetes fant det utfordrende å skulle endre livsstil. Her blir det viktig for sykepleierne å bidra med den ytre drivkraften, selv om det i tillegg kreves vilje og engasjement blant pasientene selv for å bli motivert (Karlsen 2011). Å motivere pasientene til livsstilsendring kan være en utfordring da det kan bli mye for pasientene å ta innover seg (Mosand og Stubberud 2011). Resultatet viser også at en test som inneholder målinger av blodsukker, blodtrykk, midjeomkrets og BMI var hensiktsmessig for pasientene. Testen før og etter viste markante forskjeller. Ved å måle effekten av undervisningen gir det et svar på om undervisningen er hensiktsmessig for pasientene. Dette bidrar også til å gjøre det klart hva undervisningen har som funksjon. Ved livsstilsendring er dette svært relevant,

da man får sett om undervisningen påvirker pasientene til å ta eget ansvar for endring i levevaner. I tillegg kan også sykepleierne fronte målingene som en motivasjon, og følge opp målingene gjennom undervisningene. Det sykepleierne da må ta hensyn til er at undervisningen ikke skal ha for mye fokus på kvantitative mål, da det ikke foreligger en garanti på at pasientene klarer å gjøre forbedringer (Tveiten 2008). De målbare effektene pasientene har oppnådd ved å endre livsstil kan forhindre at de går tilbake til sine gamle levevaner (Aas 2011).

Å leve med en kronisk sykdom krever ansvar fra en selv. Resultatet viser at å endre kosthold går utover sosiale forhold som ved høytider eller i jobbsituasjoner, og at det derfor blir utfordrende å gjennomføre livsstilsendringer. Å leve med type 2-diabetes krever tilpasning 24 timer i døgnet, året rundt. Helse og kultur sammen gir ikke alltid en gunstig gevinst. Et eksempel fra erfaring viser at kulturen på arbeidsplassen kan være et vanskelig sted å holde seg til sine livsstilsendringer på. Kl. 0900 er den typiske kaffepausen, og i forbindelse med ukeslutt hører det med kaffestund med noe søtt ved siden. Det kan medføre at det blir vanskelig for pasientene å holde seg til sin nye livsstil. Å være en del av det sosiale på jobb er en stor del av kulturen på arbeidsplassen. Det er vanskelig å si nei takk når majoriteten påpeker hvor godt det er med noe søtt til kaffen, eller påpeker at en må spise. Sykepleieren kan gjennom undervisning bidra til at pasientene klarer å mestre slike situasjoner (Allgot 2002). Det kan gjøres ved at sykepleierne gjør pasientene oppmerksomme på fordelene av å motstå slike tilbud. Fortell om helsegevinsten et nei i en slik sammenheng kan medbringe, og hvordan de skal lære seg å si nei uten å føle seg ekskludert (Magelssen 2002). Å få pasientene til å reflektere over dette blir viktig for bevisstgjøringen av hvorfor de skal fortsette med livsstilsendringene, selv om det er en utfordring i slike sammenhenger (Magelssen 2002, Musaeus 2001). Det blir en viktig oppgave for sykepleierne gjennom undervisning å få pasientene som finner slike utfordringer til å forstå hvilke valg som er mest gunstig. Det stiller også krav til at sykepleierne tar hensyn til pasientenes erfaringer rundt livsstilsendring og sosiale forhold, da det må ses i sammenheng med kulturen og samfunnet de er en del av (Musaeus 2001). Kulturen hver enkelt pasient er en del av vil ha innflytelse på både kosthold og aktivitet (Rekdal 2011). Som sykepleier kan man også hjelpe pasientene til å ønske og dele med de på arbeidsplassen hvorfor de velger å motstå slike tilbud, slik at de personene pasientene har en sosial relasjon til også får økt sin forståelse (Magelssen 2002).

## 4.2 Livsstilsendring for pasienter med type 2-diabetes krever kunnskap

Resultatet viser at kunnskap er en viktig faktor i undervisningen for å gjennomføre livsstilsendringer. Sykepleiere har en helhetlig kunnskap som pasienten kan nyttiggjøre seg av (Klette et al.2014, Kristoffersen 2011c). Det vil si at sykepleierne har en bred kunnskap som er en kombinasjon av bruker-, forsknings- og erfaringskunnskap. Denne kombinasjonen gjør at pasientene kan få motta den nyeste kunnskapen, samtidig som det blir lagt vekt på sykepleiernes erfaringer og hva pasientene har behov for (Kristoffersen 2011c). Å sørge for at pasientene får motta kunnskap er en rettighet de har som pasient (Helsedirektoratet2011). Kompetanse er en nødvendighet for å ha ferdigheter til å ta avgjørelser. Kompetanse kan knyttes til holdninger, ferdigheter, kunnskaper og erfaring. Ved at sykepleierne gir pasientene kunnskap lærer pasientene hvordan de kan gjennomføre livsstilsendring, hvordan de kan forhindre senkomplikasjoner og andre relevante emner knyttet til sin type 2-diabetes (Tveiten 2007). Sykepleierne må bruke sin kompetanse for å formidle kunnskap om livsstilsendringer (Kristoffersen 2011c). Resultatet viser til at usikkerhet er en faktor flere synes å ha. Når pasientene opplever å ha mange uløste spørsmål og mangel på kunnskap, bidrar det til usikkerhet (Mosand og Stubberud 2011). Gjennom resultatet kommer det i tillegg frem at usikkerheten var rundt kosthold. Dette er et av sykepleiernes ansvarsområder å undervise i hos pasienter med type 2-diabetes (Mosand og Stubberud 2011). Læring og mestring er to sammenhengende faktorer (Karlsen 2011). Når pasientene opplever situasjoner hvor usikkerhet oppstår, blir det viktig at sykepleierne gir kunnskap som øker forståelsen og mestringsevnen hos pasientene på emnene de føler seg usikre i (Brataas 2011, Karlsen 2011). Dorothea Orem's egenomsorgsteori kan relateres til pasientene og deres behov for kunnskap. Endring i livsstil å ta vare på seg selv knyttes til egenomsorg. I følge Orem kreves det kunnskap for å kunne utøve egenomsorg. Hun mener at evnen til å lære er et særtrekk ved mennesket, og at kunnskapen som læres kan brukes i omsorg for den enkelte. Ernæring og aktivitet er to av emnene hun beskriver hører til under egenomsorgsbehovene. Ved helsesvikt blir man avhengig av sykepleie for å få dekt egenomsorgsbehovene, fordi det kreves nye kunnskaper og ferdigheter. Sykepleieren må hjelpe til der egenomsorgen er nedsatt. Hun nevner at sykepleierne må erstatte pasientenes egne handlinger og vurderinger, slik at behovene innenfor egenomsorgen blir dekt. I denne situasjonen er målet at pasienten skal lære seg å dekke dette behovet selv. Derfor må sykepleierne arbeide på en slik måte at målet er at egenomsorgen innenfor dette området etter hvert skal dekkes av pasienten selv. Det handler om at man som sykepleier må bruke sin sykepleiekapasitet til å fremme pasientenes utvikling av egenomsorgskapasitet, og til å

dekke det terapeutiske egenomsorgskravet (Cavanagh 2010, Kristoffersen 2011d). Dette handler også om å formidle kunnskap etter hvor pasienten befinner seg (Tveiten 2008, Sagen 2011). For sykepleierne blir det viktig å vite det nåværende kunnskapsgrunnlaget pasientene har, og deres behov. Det vil ha betydning for hvilken informasjon som skal formidles i undervisningen. For at kunnskapen i størst mulig grad skal bidra til læring må det vurderes hvilke temaer som bør gjentas, og illustrasjoner kan bidra til å øke forståelsen (Sagen 2011). Pasientenes opplevelse og syn på sin situasjon kan fortelle noe om både grunnlaget for forståelse, kunnskap og hvilken holdning de i har i forhold til sin situasjon (Tveiten 2008).

Allerede ved startfasen ved nyoppdaget type 2-diabetes er informasjon og undervisning om livsstilsendring elementært (Mosand og Stubberud 2011). Dette viser resultatet til, da pasientene uttrykker et behov om kunnskap vedrørende kosthold og fysisk aktivitet så tidlig som mulig for å tilpasse sine levevaner til sykdommen. For at livsstilsendringene skal bli gjennomførbare trenger pasienten ny kunnskap. Da både generelt om type 2-diabetes og hvordan å leve med type 2-diabetes i hverdagen (Mosand og Stubberud 2011). Det er nevnt flere motivasjonsfaktorer som vedrører en bedre helse, samt å unngå sykdomsforverring (kapittel 4.1). Målet med undervisningen til pasienter med type 2-diabetes er å bedre den enkeltes helsestatus, samtidig som man skal bidra til en læringsprosess som gjør til at den enkelte pasient får mulighet til å mestre hverdagen med hensyn til sin sykdom (Haugstvedt og Graue 2011, Travelbee 2007). For at pasientene skal få mest mulig kunnskap ut av undervisningen må sykepleierne ha forståelse og innsikt i kunnskapen som skal formidles (Helsedirektoratet 2011). Kunnskap om kostens betydning er noe sykepleierne som skal undervise må ha (Aas 2002, Stubberud et al. 2011). Dette for at pasientene skal bli klar over hvilken kost som er mest tilrettelagt for pasienter med type 2-diabetes. Ved å gjøre en kostanamnese av pasientene kan man vurdere pasientenes kosthold, og for å se hvilke endringer som må gjøres (Aas 2002, Stubberud et al. 2011). Hvor mye endringer pasientene skal gjøre er individuelt, og er også opp til dem selv og deres ønsker (Aas 2002). Dette må også vurderes ut i fra mengde fysisk aktivitet de utøver, og deres vekt. Da i forhold til om de er normal- eller overvektig. Sykepleierne må også formidle kunnskap om fysisk aktivitet. Da om hvilke fordeler økt mengde fysisk aktivitet har. Økt mengde fysisk aktivitet har flere positive fordeler for kroppen. Fysisk aktivitet bidrar til fettforbrenning, mindre behov, eller ingen behov insulin, bedre lipid status, og gir økt HDL-kolesterol. Fysisk aktivitet kan også øke blodsirkulasjonen. Dette er viktige faktorer pasientene trenger kunnskap om, som kan

bidra til en økning i mengde fysisk aktivitet (Stubberud et al. 2011). Aktivitetsnivået bør oppfordres til å være regelmessig da det øker følsomheten for insulin i muskulaturen, og bidrar til en mer optimal metabolsk kontroll. Dette kan redusere kardiovaskulær risiko (Sagen 2011). Samtidig kan det også gi økt velvære og redusere stress. Disse faktorene er også gunstige i forhold til å motvirke senkomplikasjoner (Stubberud et al. 2011). Livsstilsendring i form av fysisk aktivitet og endring i kosthold er sett på som en grunnpilar i behandling av type 2-diabetes (Sagen 2011). Resultatet viser at økt kunnskap på disse områdene øker pasientenes forståelse av viktigheten av å ha et tilrettelagt kosthold og økt mengde fysisk aktivitet. Dette er viktig for god metabolsk kontroll (Sagen 2011). Her må man også vurdere hvilken forutsetning pasientene har for å klare endre livsstil. Er han eller hun tidligere frisk, eller har de andre sykdommer som gjør det utfordrende å ha fokus på dette? Psykiske forhold må også vurderes, da det kan være andre krevende områder pasientene må stabilisere først. Samtidig som jobbsituasjon og familie også spiller en rolle. Man må ta hensyn til andre forhold som har betydning for livsstilsendringene (Mosand og Stubberud 2011).

Resultatet viser til at økt kunnskap medfører at pasientene føler de kan leve et normalt liv tross for kronisk sykdom og hensynet til livsstilsendringer. Akkomodasjon er en god måte å lære på. Det nye pasientene lærer vil stå i et motsetningsforhold til det personen vet fra før. Dette forstyrrer pasientenes likevekt. Derfor må pasientene forandre seg og tilpasse seg det nye. Pasientenes personlige sider blir inkludert, og erkjennelsesstrukturer og verdier som anses som grunnleggende vil kunne endres i overensstemmelse med ytre påvirkninger. Etter endt læreprosess vil pasientene kunne tenke og handle på en annen måte. Dette kan føre til at personligheten endres på vesentlige områder (Christensen og Jensen 2003). Den ytre faktorer relateres til sykepleierne. De kan være med på å påvirke pasientene i den grad de kan til å oppnå at pasientene selv føler de kan leve et normalt liv, til tross for at de lever med en kronisk sykdom de kontinuerlig bør ta hensyn til. At pasientene mestrer sin situasjon er målet for god egenomsorg (Christensen og Jensen 2003, Ribu 2008). Hensikten med undervisningen blir å øke pasientens kompetanse gjennom kunnskap, da kunnskap er makt (Kristoffersen 2011a).

### **4.3 Sosial støtte er viktig for livsstilsendring**

Resultatet belyser at sosial støtte fra sykepleiere er en viktig faktor for endring av livsstil. Sykepleierne må være empatiske, da dette inngir til tillit og forståelse, noe som medfører at pasientene tar til seg informasjonen som gis. I pasientundervisning skal gjensidig tillit være

tilstede. Undervisningsemnene dreier seg om områder som omhandler endring i pasientenes vante liv, og livsstil kan være et utfordrende emne å bevege seg innpå for pasientene. Derfor er det viktig at sykepleierne hele tiden viser sin støttende side. Det stilles krav om å vise både personlige egenskaper og faglige egenskaper for sykepleierne. Respekt for pasientene må være tilstede (Christensen og Jensen 2003, Eide og Eide 2011, Kristoffersen 2011d). Orem vektlegger også respekt, sykepleierne må ivareta den enkeltes integritet. Sykepleien som gis, må gis ut i fra pasientenes premisser (Cavanagh 2010). Respekt kan være å vise interesse for det pasientene uttrykker. Det kan være nonverbal kommunikasjon der sykepleierne viser en lyttende holdning som er bekreftende, eller det kan være et smil eller et nikk. Verbalt kan sykepleierne vise et verbalt følge der man sier småord som "jeg forstår" eller "ja". Det verbale følget viser responderende ferdigheter fra sykepleierne (Eide og Eide 2011). Sykepleierne må være moralsk, emosjonell og etisk i vurderingen av sine egne handlinger rettet mot læring til pasienter. Kommunikasjonsferdighetene må brukes på en måte som er hensiktsmessig for pasientene. Når pasientene forteller må sykepleierne forsøke å bekrefte og reflektere over det pasientene sier. Det er og betydningsfullt at sykepleierne stiller åpne spørsmål og oppsummerer det som blir sagt. Åpne spørsmål kan bidra til at pasientene forteller mer, og sykepleierne får en mulighet til å undervise ut i fra hva pasienten selv sitter inne med (Ivarsson 2010). Ved at sykepleierne har en empatisk holdning kan det bidra til at pasientene får en følelse av å bli forstått og tatt på alvor (Ivarson 2010, Tveiten 2008). Det gir også en bekreftelse over erfaringen de deler (Tveiten 2008). I følge Joyce Travelbee (2012) er empati en verdi for en gjensidig kontakt og forståelse. Kontakten de i mellom blir av betydning for å forstå den andre (Kristoffersen 2011d). Å være empatisk for sykepleierne innebærer å være følelsesmessig åpen, slik at man i størst mulig grad kan se hva det er pasientene går igjennom. Dermed blir det mer klart for hva det er pasienten har behov for hjelp til (Sneltvedt 2010). For å handle etisk må man ta hensyn til pasientenes verdier. Som sykepleier må man være var og tenke over at det er et annet menneske man skal hjelpe. Pasientenes følelser må vektlegges ut i fra hvordan man som sykepleier skal handle ovenfor pasientene. Det handler om å se og lese den man møter (Brinchmann 2010). Støtte kan brukes som en positiv ressurs, og kan utgjøre en betydning for hvordan pasientene tilpasser seg sin sykdom. Støtten pasientene får fra sykepleierne gjennom undervisningen, kan øke muligheten pasientene har til å ta ansvar for endring av livsstil (Karlsen 2011). Gjennom resultatet belyses også viktigheten av at sykepleierne har en inkluderende holdning, slik at undervisningen blir et samarbeid. Relasjonen mellom pasientene og sykepleierne blir viktig.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient bygger på et menneske-til-menneske-forhold, hvor de ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike individer. Dette skjer når de har kommet over stadiet hvor de betrakter hverandre ut i fra rollene de har. Dermed blir sykepleieren i stand til å se pasientenes behov (Travelbee 2010, Kristoffersen 2011d).

Familien er i tillegg en viktig ressurs for støtte (Karlsen 2011, Ribu 2007). Dette viser også resultatet til, samt at familien får lære om hva det vil si å ha type 2-diabetes. Familien trenger kunnskap om type 2-diabetes, og hvordan man skal tilpasse seg følgene av sykdommen. Sykepleiernes oppgave blir å oppfordre pasientene til å ta med seg familien slik at også de kan få undervisning. Dette for at de skal ha mulighet til å være en ressurs for pasientene. Det er viktig at sykepleierne skaper tillitt til familien. Ved at familien også forstår hva det innebærer å ha type 2-diabetes, kan de være med å bidra til livsstilsendringer (Selle 2002). Resultatet viser at det er betydningsfullt at familien er deltakende i livsstilsendringene. Ved at pårørende deltar i aktiviteter som omhandler livsstil kan det bidra til at livsstilsendringene blir enklere for pasientene å gjennomføre (Selle 2002). Når familien trekkes inn i læringsprosessen vil det også påvirke familiens identitet. Det kan bidra til at pasientene med type 2-diabetes delvis kan behandle sin sykdom i fellesskap med familien. Det vil si at som familie velger de å gjøre kostholdsendringer sammen, eller at de deltar i aktiviteter sammen. Pasientene påvirkes av miljøet de oppholder seg i, og derfor er det viktig at de i rundt er gode støttespillere (Blåka og Hanestad 2002). Når familien velger å ta del i livsstilsendringene, hindrer det eventuelle belastninger det ville medført dersom pasientene hadde vært nødt til å gjøre endringene helt på egen hånd (Karlsen 2011). Viktigheten av familie som støttespillere belyses i resultatet, men hva med de som ikke har en familie og støtte seg til? Det er mange som må mestre å leve alene med type 2-diabetes. Kan støtte fra andre med samme diagnose tilsvare, eller bidra som støttespillere for de som er alene?

Resultatet viser å møte andre i samme situasjon gjennom undervisning var noe pasientene fant positivt. Å kunne dele erfaringer og sammenligne sin situasjon med andre var verdifullt. Ved å delta i gruppeundervisning kan det gi en følelse av fellesskap, som kan motvirke følelsen av å være alene. Dette kan være av stor betydning for de som ikke har en familie eller andre nære å støtte seg til (Evensen og Brataas 2011, Tveiten 2008). Det pasientene finner vanskelig å løse alene, kan de ta opp i gruppen. Gjennom de andre med samme diagnose kan de finne støtte, og eventuelle problemløsinger i fellesskap (Tveiten 2008). Å



møte andre i samme situasjon er også en viktig faktor for støtte. I gruppe kan man diskutere utfordringer, erfaringer og opplevelser. Dette kan øke mestring ved at man får en felles styrke. Henviser fra kapittel 4.1 der det var vanskelig å holde seg unna søtsaker i sosiale settinger. Dette er et tema de som gruppe kan diskutere. Sammen kan de finne ulike strategier på hvordan man skal klare å håndtere slike situasjoner, og hvilke ulike erfaringer de har. Fellesskapet pasientene møter med likemenn kan innvirke på deres identitet. Holdningene pasientene uttrykker til å endre livsstil i gruppeundervisningen, påvirker endringene den enkelte pasient vil gjøre (Christensen og Jensen 2003). I overført betydning kan dette medføre at når pasientene støtter hverandre til å endre livsstil, kan det også påvirke hver enkelt positivt for å endre livsstil. Hvis de diskuterer strategier i fellesskap for å si nei til søtsaker på jobb, så kan det bidra til at den enkelte faktisk klarer å si nei? Resultater viser også at pasientene synes det er fint å kunne møtes i etterkant av undervisningen. Da både for å finne støtte i hverandre, men også for å gjøre aktiviteter i fellesskap (Evensen og Brataas 2011). Ved å møte andre i samme situasjon kan man få nye vennskap og nettverk som også bidrar til ulike former for støtte. Her blir det opp til pasientene selv å finne ut av hva de trenger, og hvilke områder de vil dele med fellesskapet (Christensen og Jensen 2003, Evensen og Brataas 2011).

#### **4.4 Pasientenes opplevelse av ulike pedagogiske metoder som bidrar til livsstilsendring**

Undervisning kan gjøres ut i fra ulike metoder. Individuell- og gruppeundervisning er to metoder som ofte blir brukt. Hvilken metode som skal brukes er en viktig faktor å vurdere (Kristoffersen 2011a). I lov om spesialisthelsetjeneste § 3-8 står det at en av sykehusets oppgaver er å gi opplæring til pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven 2001, § 3-8). Loven er også relevant i denne sammenhengen da mye av undervisningen blir lagt til spesialisthelsetjenesten. Resultatet viser at pasientene har ulike opplevelser av undervisningsmetodene. Individuell undervisning belyses som en negativ opplevelse hos noen, og gruppeundervisning oppleves som positivt. Opplevelsene kan relateres til hvor i forløpet pasientene befinner seg når de mottar de ulike typene undervisning. Type 2-diabetes er en kronisk sykdom som krever undervisning hos pasientene fra sykdomsdebut og gjennom hele veien videre med sykdommen. Pasientene får nye erfaringer og behov, og dermed vil det også foreligge ulike behov for undervisning. Individuell undervisning er oftest den type undervisning som blir gitt ved startfasen (Musaeus 2001). En mulig årsak til negativ opplevelse av individuell undervisning kan være fordi det er den type undervisning som

kommer først i forløpet, og pasientene kan ha ulike følelsesmessige reaksjoner. Det kan medføre at de er mindre mottakelig for undervisning, og at det dermed oppleves negativt. Det blir derfor viktig at man som sykepleier kartlegger pasientenes opplevelser og reaksjoner, samtidig som man må forsøke å få pasientene til å se fremover. Dette kan være en utfordrende situasjon for sykepleierne da noen av pasientene ikke naturligvis er mottakelig for å se fremover. Man må se på de ulike mulighetene pasienten har for mestring og vurdere hvilken, og hvor mye undervisning pasienten skal få på dette tidspunktet (Ribu 2008). Gjennom resultatet kommer det frem at pasientene som mottar individuell undervisning opplever en enveiskommuniserende linje, noe som fører til tilbaketrekking blant pasientene. For at undervisningen skal bli mottatt på en god måte er det sentralt at sykepleierne kartlegger hvem pasientene er som person (Brataas 2011, Ribu 2008, Tveiten 2008). Her blir personfokustert pedagogisk sykepleie aktuelt. Den type sykepleie omhandler å se pasientene som unike individer med sin unike tenke-, være- og reaksjonsmåte. I tillegg til biografi, sosiale og kulturelle opphav. Ved å kartlegge disse områdene får man også sett pasientenes holdning, oppfatning og verdier knyttet til livet, deres helse og helsetjenester. Dette krever innhenting av informasjon og kartlegging. Gjennom en slik vurdering kan sykepleierne tilrettelegge for en undervisningsprosess som er tilpasset den enkelte (Brataas 2011). Man må også vurdere i hvor stor grad pasientene føler behovet for undervisning foreligger. Hvis de ikke ser behovet i særlig stor grad, kan det resultere i at undervisningen ikke når inn? Dermed vil hensikten med undervisningen ikke bli forstått (Tveiten 2008). Dette kan også være en bidragsfaktor til at undervisningen oppleves negativt. Sykepleierne bør da belyse undervisningsbehovet og jobbe ut i fra hvor stor forståelse pasientene har. Sykepleierne må fronte behovet for undervisning. Dette kan gjøres ved å belyse faktorer som gjør pasientene bevisste og oppmerksom over sin tilstand, og hvordan undervisning kan bidra til endring av livsstil. Kartleggingen som blir gjort bør brukes som en plan for undervisningen slik at den blir mest mulig tilrettelagt for pasientene som skal ha individuell undervisning. Innholdet i planen bør omfatte formålet med undervisningen, temaer som det skal undervises i, og hvordan undervisningen skal bli lagt opp (Tveiten 2008). Demokratisk samvær blir av betydning. Forandringen i livsstilen sykepleierne skal prøve å påvirke pasientene til, må skje gjennom samarbeid mellom begge parter. Ikke ved at sykepleieren har en rolle som overordnet, men som en hjelper som vil komme pasienten til gode (Christensen og Jensen 2003). Sykepleieren må ta hensyn til at hver enkeltes pasients forutsetninger og behov (Kristoffersen 2011a). Etter en stund blir gruppe mer egnet da

synsvinkler fra andre pasienter kan bidra til læring samt å dele erfaringer og problemområder (Evensen og Brataas 2011, Musaeus 2001).

Ved undervisning i gruppe får pasientene muligheten til å lære fra likeverdige personer, og muligheten til å dele erfaringer de sitter inne med. Samhandling i grupper kan være gunstig for pasienter med kronisk sykdom (Evensen og Brataas 2011). Resultatet viser at pasientene opplever gruppeundervisning som positivt. Da både i henhold til å møte andre i samme situasjon, i tillegg til at samarbeidet mellom pasientene og sykepleierne oppleves som positivt. Resultatet viser også at læring av andre i samme situasjon er nyttig, og at de kan innhente inspirasjon. Ved å se at andre har like behov som en selv kan bidra til trygghet ved at man blir klar over at det er ikke bare en selv som opplever å ikke mestre å legge om kosthold. Dette bidrar til trygghet og bevisstgjøring (Tveiten 2008). Resultatet viser også at noen av pasientene opplever en negativ opplevelse ved å delta i gruppeundervisning. De synes enkelte opptar for stor plass i undervisningen. De synes noen av pasientene deler for mye av sine erfaringer, eller uttrykker en negativ holdning. Det blir viktig for sykepleierne i en slik sammenheng å formidle til pasientene hva som er gruppeundervisningens hensikt. Med det menes hva som skal være tema, og hva som skal formidles. Dette kan avgjøres i fellesskap med pasientene. Samtidig må det også tas i betraktning hvor mange ganger gruppen har møttes før, og hvor mange ganger de har tenkt å møtes. Kvaliteten på gruppen styrkes jo flere ganger de møtes. Pasientene må ha et ønske om å dele erfaringer. Hvis de selv ikke er åpen for å dele erfaringer og lytte til andres erfaringer, vil de ikke få et godt utbytte av en slik undervisning. Sykepleierne må også innta en lederrolle, men i hvor stor grad kommer an på gruppen (Tveiten 2008). Man kan som sykepleier i lederfunksjon ta initiativ til å etablere normer, og her kan det avklares hva man skal gjøre dersom noen går vekk fra tema eller hvis noen tar for stor plass (Christensen og Jensen 2003, Tveiten 2008).

For å undervise må man som sykepleier ha gode lederegenskaper. Dette er spesielt viktig ved gruppeundervisning, da man skal ta hensyn til alle som deltar. Man må ha evnen til å bruke seg selv, og det kan derfor kreves at personlige egenskaper må til for å utvikle seg i rollen som leder. Man må ha gode kommunikasjonsferdigheter som å være en aktiv lytter, en god støttespiller, og ha evnen til å påvirke andre. Man må også ha fokus på å løse problemer. Når pasienter kommer til undervisning må man være opptatt av å lytte til det pasientene forteller, og samtidig være opptatt av å hjelpe pasientene slik at det de finner utfordrende kan bli løst. Sykepleierne bør vise tillitt, da den som viser tillitt også ofte mottar

tillit fra den andre (Orvik 2004). For at sykepleierne skal kunne tilrettelegge for en god undervisningssituasjon kan man ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen og komponentene den innehar. Komponentene er:

- Deltakerforutsetninger
- Mål
- Arbeidsmåter
- Rammefaktorer
- Innhold
- Vurdering

Deltakerforutsetninger omhandler læreforutsetninger pasientene har, og sykepleierne må ta utgangspunkt i pasientenes tilstand og sosiale faktorer. Som sykepleier må man tilpasse undervisningen etter dette. Nivået og innholdet må individualiseres, og tilrettelegges ut i fra hvor pasientene befinner seg. Fra sykepleier kreves kompetanse, kommuniserende ferdigheter og respekt for pasienten. Rammefaktorene sier noe om tid og sted, og hvilke forutsetninger man skal ta i forhold til dette. Hvis undervisningen skal foregå i en institusjon må man finne et rom som er rolig, som ikke forstyrrer pasientenes mulighet for å lære. Læringsmålene må gå ut i fra hva pasientene trenger å lære. Nivået for målene må ses i sammenheng med avsatt tid. Jo større mål, jo mer kreves det av pasienten, og dermed kreves det mer tid for å oppnå målet. Undervisningens innhold bestemmes av hvilke mål som er som bestemt. Innholdet i undervisningen skal være i samsvar med målene pasientene skal nå. Sykepleierne må individualisere undervisningen og innholdet for å bidra til at pasientene skal nå målene. Tilslutt kommer vurderingen, og man kan se hva pasientene sitter igjen med. Dette kan gjøres i form av spørsmål eller skjema. Dette gir sykepleierne en pekepinn på kvaliteten av undervisningen, og om det er noe som burde blitt forandret (Kristoffersen 2011a). Siden resultatet viste til ulike opplevelser av undervisningsmetodene kan denne modellen bidra til at sykepleierne legger opp til en undervisning som pasientene opplever som positiv og meningsfull.

## 4.5 Metodediskusjon

Søkestrategien ble gjort ut i fra problemstillingen, og ulike relevante søkerord ble satt sammen. Siden ulike søkeord ble kombinert kan det ses som en svakhet da andre relevante artikler mulig har blitt ekskludert grunnet valg av kombinasjon. Artikkene er funnet med utgangspunkt i databasene Medline og Cinahl, dette begrenser også kanskje utvalget til dels. Problemstillingen og pasientperspektivet danner grunnlaget for at de utvalgte artiklene i hovedsak ble kvalitative. Ved kvalitative artikler blir deltakernes opplevelser, erfaringer, handlinger og følelser beskrevet (Dalland 2007). Siden oppgaven baseres ut i fra opplevelsene til pasientene kan dette bidra til å styrke oppgaven siden det er pasientenes opplevelser av faktorene i undervisningen som er utgangspunktet i oppgaven. Det er inkludert en kvantitativ artikkel som måler effekten av undervisningen, dette kan betraktes som en styrke da man får målbare aspekter på om undervisning er hensiktsmessig. Pasientperspektivet gjorde det også naturlig å inkludere sykepleieperspektiv i diskusjonen, siden sykepleiernes rolle i undervisning må ta utgangspunkt i pasientenes opplevelse ved undervisningen som blir gitt. I tillegg til hvordan sykepleiere kan forsøke å tilstrebe at undervisningen blir mest mulig lærerik for pasientene. Det er i hovedsak brukt norsk faglitteratur, samt retningslinjer og lovverk i diskusjonen. Litteraturen som er inkludert fra andre land har vært litteratur fra skandinaviske land. Flere av artiklene bruker begrepet helsepersonell. Helsepersonell er en fellesbetegnelse for ulike yrker innen helsesektoren, og i denne oppgaven begrenses det til sykepleier. Det er derfor brukt sykepleier, da yrkesgruppen inngår under gruppen helsepersonell.

Det ble forsøkt å finne artikler fra Norge, som utgjorde tre av de inkluderte artiklene. Flertallet kommer fra land i Norden og Storbritannia, samt en fra Tyrkia. Alle artiklene er engelskspråklige, og har blitt oversatt til norsk. Det kan anses som en svakhet da oversettelsen kan bidra til misforståelse eller feiltolkning. Et kriteriet var å forsøke å finne artikler fra den vestlige delen av Europa slik at de kulturelle forskjellene ikke ble for store, og at resultatene var overførbare til Norge. Noen av emnene i de ulike kategoriene er like, og det ble derfor en utfordringen å skille områdene. Motivasjon og kunnskap kan relateres sammen, men på grunn av at de var i ulike kategorier måtte de avskilles. At kategoriene har likheter viser også de er relevante til hverandre, som kan anses som en styrke. Det viser relasjonene kategoriene har sammen som også kan danne "en rød tråd" i oppgaven.

De utvalgte artiklene ble vurdert ut i fra ulike kriterier i forhold til kvalitet og relevans. Etisk godkjenning var blant et av kriteriene som ble vurdert, da ivaretagelse av deltakerne er en viktig faktor å ta hensyn til. En av de tolv artiklene er ikke etisk godkjent, men ble likevel inkludert. Deltakerne var tydelig anonymisert, og artikkelens resultat var svært relevant for denne oppgaven. Et annet kriteriet var at forskningen skulle ha en alder som ikke var eldre enn ti år. Siden type 2-diabetes er en utbredt sykdom i hele verden er det også mye forskning å finne. Type 2-diabetes er et emne det stadig forskes på. En artikkel var fra 2004, men grunnet relevansen ble den likevel inkludert. Det var gjort avgrensning til 40 år og oppover. Noen av artiklene har inkludert pasienter som er yngre enn 40 år, men gjennomsnittsalderen er likevel over 40. Disse artiklene var relevant for oppgaven, og ble likevel inkludert.

## 5.0 KONKLUSJON

- Flere faktorer i undervisning kan påvirke til livsstilsendring. De faktorene pasientene legger størst vekt på er:
  - Ansvar
  - Motivasjon
  - Kunnskap
  - Støtte fra sykepleiere, familie og andre med samme diagnose
  - Betydningen av individuell- og gruppeundervisning.
- Sykepleierne har en stor påvirkningskraft. De kan påvirke pasientene til å øke ansvarsbevisstheten ved å fokusere på empowerment og pasientens handlingskompetanse. Samtidig må det arbeides ut i fra pasientens ståsted, og sykepleierne må vektlegge pasientenes rett til medvirkning.
- Motivasjonsfaktorer er viktig for pasientene, og sykepleierne kan bidra til å påvirke pasientenes tanker og valg. Dette er særlig viktig for pasientene som finner livsstilsendring utfordrende.
- God egenomsorg krever kunnskap. Sykepleiernes kunnskap er av stor betydning for at pasientene skal lære det som kreves for å endre livsstil. Sykepleierne må formidle sin kunnskap relatert til livsstilsendring allerede ved pasientenes diagnosetidspunkt. Dette stiller krav til at sykepleiernes kunnskap må være oppdatert.
- Støtte fra sykepleiere er betydelig for pasientene. Sykepleierne må vise respekt og ha en empatisk holdning, samt gode kommuniserende ferdigheter. Dette kan bidra til å se områder pasientene finner utfordrende, samt bidra engasjement blant pasientene.
- For å vurdere hvilken type undervisning som passer den enkelte pasient må sykepleierne kartlegge hvem pasientene er, og hvilket behov de har. Pasientene opplever ulike syn på individuell- og gruppeundervisning.
- Gruppeundervisning krever at sykepleierne har gode lederegenskaper slik at undervisningen får en strukturert ramme, som medfører at pasientene opplever undervisningen som nyttfullt.
- Det er rimelig å anta at hvis sykepleierne tar utgangspunkt i de nevnte faktorene kan det bidra til engasjement blant pasientene for å endre til en livsstil tilrettelagt for type 2-diabetes. Dette kan forhindre forverring av pasientenes prognose, og samtidig bidra til færre sykehusinnleggelser som er gunstig for helsetjenestens økonomi.

## LITTERATURLISTE

Adolfsson E T, Starrin B, Smide B og Wikblad K (2008) Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*, 45, s. 986-994

Allgot B (2011) Diabetes i et brukerperspektiv i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 205-215, Oslo, Akribe AS

Allgot B (2002) Diabetes og safunnet i: Skafjeld A (red.) *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*, s. 20-25, Oslo, Akribe AS

Blåka G og Hanestad B R (2002) Alternative læringsperspektiver i diabetesomsorgen i: Skafjeld A (red.) *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*, s. 85-94, Oslo, Akribe AS

Bertelsen B I (2011) *Patologi – menneskets sykdommer*, 2.utg., Oslo, Gyldendal akademisk

Brataas H (2011) Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis – prosess og verktøy i: Brataas H (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*, s. 31-52, Oslo, Gyldendal akademisk

Brinchmann B S (2010) Nærhetsetikk i: Brinchmann B S (red.) *Etikk i sykepleien*, 2.utg., s. 116-131, Oslo, Gyldendal akademisk

Booth A O, Lowis C, Dean M, Hunter S J og McKinley M C (2013) Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals, *Primary Health Care Research & Development*, 14, s. 293-306

Cavanagh S J (2010) *Orems model i praksis*, 2.utg., Munksgaard Danmark, København



Christensen S L og Jensen B H (2003) *Pedagogikk og pasientutdanning – sykepleiens pedagogiske felt*, Oslo, Akribe AS

Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4.utg., Oslo, Gyldendal akademisk

Diabetesforbundet (2013) *Diabetes type 2*

<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

[Lastet ned 15.04.14]

Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision, *Patient Education and Counseling*, 53, s. 269-275

Eide H og Eide T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg., Oslo, Gyldendal akademisk

Evensen A og Brataas H (2011) Læring og mestring ved kronisk sykdom i: Brataas H (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*, s. 174-184, Oslo, Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet (2012) *Internasjonal forekomst av diabetes*,

[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=6218:0:25,5865:1:0:0::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=6218:0:25,5865:1:0:0::0:0)

[Lastet ned 15.04.14]

Forsberg C og Wengström Y (2013) Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, 3.utg., Stockholm, Natur och kultur

Haugstvedt A og Graue M (2011) Opplæring, undervisning og veiledning i: Skafjell A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 237-253, Oslo, Akribe AS

Helsedirektoratet (2011) *DIABETES – forebygging, diagnostikk og behandling*, Oslo, Helsedirektoratet

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

[Lastet ned 15.04.14]

Ivarsson B H (2010) *Motiverende intervju – praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*, Stockholm, Gothia förlag

Graue M og Haugstvedt A (2011) Opplæring, undervisning og veiledning i: Skafjeld A Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 237-253, Oslo, Akribe AS

Jenssen T (2011) Diabetes mellitus i: Ørn S, Mjell J og Bach-Gansmo E (red.) *Sykdom og behandling*, s. 379-391, Oslo, Gyldendal akademisk

Karakurt P og Kasikci M K (2012) The effect of education give to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care, *International Journal of Nursning Practice*, 18, s. 170-279

Karlsen B (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

Klette G S, Evju A S, Kasen A og Bondas T (2014) Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap, *sykepleien*, 2, s. 68-70

Kristoffersen N J (2011a) Den myndige pasienten i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, 2. Utg, bind 3, s. 337-385, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N J (2011b) Relasjonen mellom sykepleier og pasient i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, 2.utg, bind 1, s. 84-133, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011c) Sykepleie – kunnskap og kompetanse i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, 2.utg, bind 1, s. 161-206, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011d) Teoretiske perspektiver på sykepleie i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, 2.utg, bind 1, s. 208-280, Oslo, Gyldendal Akademisk

Lindenmeyer A, Whitlock S, Sturt J og Griffiths F (2010) Patient engagement with a diabetes self-management intervention, *Chronic Illness*, 6, 306-316

Magelssen R (2002) *Kultursensitivitet – om å finne forskjellene og likhetene*, Oslo, Akribe 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 and Counseling*, 74, s. 258-263

Mosand R D og Stubberud D-G (2011) Sykepleie ved diabetes mellitus, i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie 1*, 4.utg., s. 507-536, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Moser A, Bruggen H V D, Widdershoven G og Spreeuwenberg C (2008) Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands, *BMC public health*, 8:91

<https://vpn.hint.no/content/pdf/DanaInfo=www.biomedcentral.com+1471-2458-8-91.pdf>

[Lasted ned 02.04.14]

Musaeus L (2001) Sygeplejerskens rolle i diabetesomsorgen i: Borrild L K og Musaeus L (red.) *Sygepleje til mennesker med diabetes*, s. 40-54, København, Munksgaard Danmark

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

Ockleford E, Shaw R L, Willars J og Dixon-Woods M (2008) Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views, *Chronic Illness*, 4, s. 28-37

Orvik A (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo, Cappelen Forlag a.s.

[Pasient- og brukerrettighetsloven (2001)] (2014) *Pasientens og brukerens rett til medvirkning* § 3-1, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet,

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

[Lastet ned 01.05.14]

Peel E, Parry O, Douglas M og Lawton J (2004) Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision, *Patient Education and Counseling*, 53, s. 269-275

Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing Research, Generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health

Ribu L (2008) Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus i: Knutstad U (red.) *Sykepleieboken-3*, s. 471-520, Oslo, Akribe AS

Rise M B, Pellerud A, Rygg L Ø og Steinsbekk A (2013) Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PLOS ONE*, 8 (5), s. 1-7

Ravnstad M (2003) Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon, *Sykepleien*, (7) 91, s. 42-46

Rekdal O B (2011) Type 2-diabetes i et globalt og kulturelt perspektiv i: Skafjeld A Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* s. 316-325 Oslo, Akribe AS

Rygg L Ø, Rise M B, Lomundal B, Solberg H S og Steinsbekk A (2010) Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study, *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, s. 788-793

Sagen J V (2011) Sykdomslære, i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*, s. 19-73, Oslo, Akribe AS

Selle H (2002) Opplæring av voksne med diabetes – bruk av sjekklister i: Skafjeld A (red.) *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*, s. 96-108, Oslo, Akribe AS

Sneltvedt T (2010) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann B S (red.) *Etikk i sykepleien*, 2.utg., s. 149-163, Oslo, Gyldendal akademisk

[Spesialisthelsetjenesteloven (2001)] (2014) *Sykehusenes oppgaver § 3-8*, Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet, [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1) [Lastet ned 01.05.14]

Stubberud D-G, Almås H og Kondrup J (2011) Ernæring ved sykdom i: Almås H, Stubberud D-G og Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie 1*, 4.utg., s. 477-505, Oslo, Gyldendal akademisk

Travelbee J (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo, Gyldendal akademisk

Tveiten S (2007) *Den vet best hvor skoen trykker – om veiledning i empowermentprosessen*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tveiten S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2. Utg., Bergen, Fagboksforlaget Vigmostad & Bjørge AS

Vadstrud E S, Frølich A, Perrild H, Borg E og Røder M (2011) Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation versus individual counselling, *HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES*, 9: 110  
<https://vpn.hint.no/content/pdf/,DanaInfo=www.hqlo.com+1477-7525-9-110.pdf>  
[Lastet ned 01.04.14]

Aas A-M (2011) Kostens betydning ved diabetes i: Skafjeld A og Graue M (red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging og behandling*, s. 123-146, Oslo, Akribe AS

Aas A-M (2002) Kostens betydning ved diabetes i: Skafjeld A (red.) *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*, s. 43-60, Oslo, Akribe AS

## VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Tabell for vurdering av forskningsartikler

## Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall Treff	Forkastet	Antall Utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline (24.03.14)	Sort by year of publication	Diabetes Mellitus Type 2 AND Life style AND Patient Education As topic,	267	260* 6**	1***	1	1
Medline (24.03.14)	Abstract Full text Publication year: 2008 – current Languages: Danish or English or Norwegian or Swedish Clinical queries: Qualitative study – best balanced	Diabetes mellitus type 2 AND Life style	91	79* 9**	3***	2	2
Medline (25.03.14)	Abstract English languages	Diabetes Mellitus type 2	115	96* 16**	3***	1	1

	Full text Publication year: 2009 - current Clinical queries: Qualitative study - best balanced	AND Self Care AND Management					
Medline (26.03.14)		Diabetes Mellitus Type 2 AND Newly diagnosed AND Education AND Self- management	115	96* 17**	2***	1	1
Medline (27.03.14)		Diabetes Mellitus Type 2 AND Emotions AND Information	36	34* 1**	1***	1	1
Medline (31.03.14)	Abstract Fulltext English language Publication year: 2007 - Current Clinical	Diabetes Mellitus type 2 AND Patient Education as Topic AND	64	59* 5**	1***	1	1



	Queries: Qualitative – best balanced	Self Care					
Medline (01.04.14)	Abstract English language Fulltext Year of publication: 2008 – current	Diabetes Mellitus Type 2 AND Counseling	106	99* 7**	1***	1	1
Cinahl (01.04.14)		Diabetic Education AND Self Care	56	53* 1**	1***	1	1
Medline (01.04.14)		Diabetes Mellitus Type 2 AND Patient Education as Topic AND Experience	98	82* 16*	3***	2	2
Medline (02.04.14)	Abstracts English language Full text Year of publication: 2007-current Clinical queries: qualitative – best balance	Diabetes Mellitus Type 2 AND Self – management	150	116* 32**	2***	2	1

## Vedlegg 2 – oversikt over inkludert artikler

Artikkel	Forfattere Tidsskrift Tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Rise B M, Pellerud A, Rygg Ø L og Steinsbekk A (2013) PLOS ONE Norge	Undersøke hvordan deltakerne endrer livsstil og bevarer livsstilsendringene etter deltagelse i gruppebasert undervisning for mennesker med diabetes type 2.	Kvalitativ studie Individuelle- og fokusgruppeintervju	14 kvinner 9 menn Alder: 35-72 år	Undervisningen påvirker til livsstilsendringer, og kunnskap er hovedårsaken. For å ivareta endringene er støtte fra sykepleiere og familie sentralt. I tillegg er effekten av en ny livsstil, frykt for komplikasjoner, og å gjøre den nye livsstilen til en vane viktig.	Godkjent av etisk komite. Studie fra Norge

2	Malpass A, Andrews R og Turner M K (2009) Patient Education and Counseling England	Pasienter med nyoppdaget type 2-diabetes sin erfaring med å endre kosthold og fysisk aktivitet hver for seg, eller i kombinasjon. Om det virker mot sin hensikt eller er fordelaktig.	Kvalitativ studie Individuelle Intervju	18 kvinner 12 menn 1 frafall Alder: 40-72 år	Informasjon fra sykepleiere gir grunnlag for livsstilsendringer. Deltakerne blir mer bevisste på kosthold og fysisk aktivitet, og fordelen av å kombinere livsstilsendringene.	Godkjent av etisk komite
3	Rygg L Ø, Rise M B, Lomundal B, Solberg H S og Steinbekk A (2010)	Undersøke hvorfor pasienter med type 2 diabetes bør delta i gruppebasert	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju og individuelle intervju	13 kvinner 9 menn 1 frafall Alder: 35 – 72 år	Hovedårsak til deltakelsen er erfaringer av praktiske problemer i dagliglivet knyttet til håndtering av diabetes,	Godkjent av etisk komite  Studie fra Norge.

	Scandinavian Journal of Public Health Norge	undervisning relatert til håndtering av sin diabetes.			og at de føler seg usikker. Hovedårsaken til disse områdene er mangel på /utilstrekkelig/forvirrende informasjon vedrørende type 2-diabetes. Møte andre med samme sykdom er også et behov som ble belyses av pasientene.	
4	Oftedal B, Karlsen B og Bru E (2010) Journal of Advanced Nursing Norge	Hvordan pasienter med diabetes type 2 mottar ulik type støtte av sykepleiere, og hvordan det påvirker motivasjon for livsstilsendring.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju	12 kvinner 7 menn 2 frafall	Pasientene beskriver viktigheten av at sykepleiere har en empatisk holdning. Pasientene mener praktiske råd, og god informasjon bidrar som en motivasjonsfaktor livsstilsendring.	Godkjent av etisk komite Studie fra Norge

5	Ockleford E, Shaw R L, Willars J og Dixon-Woods M (2008) Chronic Illness England	Undersøke deltakernes erfaring og synspunkt ved å delta i undervisning knyttet til diabetes	Kvalitativ studie Individuelle intervju	18 kvinner 18 menn	De fleste blir mer bevisst på sin sykdom, og blir påvirket til å gjøre endringer i forhold til livsstil. Noen finner det utfordrende å forstå at de har type 2-diabetes, men på grunn av diagnosen velger de å gjøre livsstilsendringer likevel. Gruppen som deltok i intervensjonen var mest positiv til endring.	Godkjent av etisk komite
6	Peel E, Parry O, Douglas M og Lawton J (2004) Patient education and counseling	Undersøke pasienters emosjonelle reaksjoner ved diagnosetidspunkt, og deres syn på	Kvalitativ studie Individuelle intervju	19 kvinner 21 menn Gjennomsnittsalder: 48 år	Deltakerne belyser at de får for lite informasjon ved diagnosetidspunkt, og at informasjon er en viktig faktor for livsstilsendring. Støtte fra	

	Scotland	behov for informasjon vedrørende type 2-diabetes og mestring.			sykepleiere er også vesentlig for endring.	
7	Booth A O, Lowis C, Dean M, Hunter S J og McKinley M C (2013) Primary health care research & development Nord-Irland	Undersøke personer med nylig oppdaget type 2-diabetes sine synspunkt på egenmestring med fokus på kosthold og aktivitet	Kvalitativ studie fokusgruppeintervju	16 deltakere Gjennomsnittsalder: 60 år	Deltakerne uttrykker vanskeligheter med å forstå og ta innover seg informasjonen som blir gitt. De uttrykker også en mangel på informasjon blant annet om kosthold. Motivasjonsfaktorer for endring er å unngå komplikasjoner, holde seg frisk, og å motta støtte fra sykepleiere og familie.	Godkjent av etisk komite. Sykepleiernes perspektiv er ekskludert.
8	Vadstrup E S, Frølich A, Perrild H, Borg	Undersøke effektiviteten av gruppebasert vs.	Kvantitativ studie Spørreskjema	143 deltakere	Studien viser at det er liten forskjell mellom gruppe- og individuell	Godkjent av etisk komite

	E og Røder M (2011) Health and Quality of Life Outcomes Danmark	individualisert undervisning, med fokus på livskvalitet og ivaretagelse av egen helse for pasienter med diabetes type 2.			undervisning. Undervisning generelt er en viktig faktor for livsstilsendring.	
9	Karakurt P og Kaşıkçı MK (2012) International Journal of Nursing Practice Tyrkia	Undersøke om undervisning til pasienter med type 2-diabetes gir økt ivaretagelse av egen helse, og om det har effekt på metabolske verdier.	Kvalitativ studie Pre- og post-test Individuelle intervju	76 kvinner 33 menn 19 frafall	Sammenligning av pre- og post-test viser at ivaretagelse av egen helse blir bedret etter undervisning. Flere av de metabolske parameterne viser forbedring.	Godkjent av etisk komite
10	Lindenmeyer A, Whitlock S,	Hvordan pasienter mestrer sin	Kvalitativ studie Intervju	13 kvinner 9 menn	Hvordan pasientene bruker	Godkjent av etisk komite

	Sturt J og Griffiths F (2010) Chronic Illness England	diabetes i hverdagen ved hjelp av en manual relatert til type 2-diabetes, og oppfølging per telefon.		3 frafall Alder: 25-80 år	diabetesmanualen varierer. Kun et fåtall velger å bruke manualen fullt ut, men alle synes det er en god kilde til informasjon. Samt at de har mulighet til å ta manualen i bruk hvis de ønsker. Ansvaret ligger hos brukerne.	
11	Adolfsson E T, Starrin B, Smide B og Wikblad K (2008) International Journal of Nursing Studies Sverige	Undersøke pasienters erfaring med gruppebasert undervisning, og individuell undervisning	Kvalitativ studie Individuelle intervju	28 deltakere	De som deltar i gruppeundervisning føler støtte fra sykepleiere og blir engasjert til livsstilsendring. De beskriver en horisontal linje mellom sykepleier og pasient. Den individuelle gruppen føler de får lite kunnskap, og det er en	Godkjent av etisk komite



					vertikal linje mellom pasient og underviser.	
12	Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G og Spreeuwenberg C (2008) BMC Public Health Nederland	Undersøke egenmestring i kontekst av autonomi hos pasienter med type 2-diabetes.	Kvalitativ studie Individuelle Intervju	9 menn 6 kvinner Alder: 55-77 år	Tilpasset undervisning fra sykepleier er viktig for egenmestring av type 2-diabetes. Støtte fra familie er også en viktig faktor. Deltakerne velger å inkludere sin familien på ulike vis.	Godkjent av etisk komite

### Vedlegg 3 - Tabell for Vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel Artikkel nr

Tittel \_\_\_\_\_

Hovedområde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Forfatter/e \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Språk \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_

Type studie \_\_\_\_\_

Original \_\_\_\_\_ Review \_\_\_\_\_ Annet \_\_\_\_\_

Resultater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentarer: \_\_\_\_\_

Kvalitetsbedømming \_\_\_\_\_

Viktige stikkord: