



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Kurskode: Syk 180h Dato: 11.4.13
Emnenavn: Bacheloroppgave

Kandidatnr.: 183 og 176

Totalt antall ord: 8711



Innholdsfortegnelse:

- 1.0 Innledning
 - 1.1 Bakgrunn for valg av tema
 - 1.2 Problemformulering
 - 1.3 Avgreninger
 - 1.4 Oppgavens formål
 - 1.5 Oppgavens disposisjon
- 2.0 Teoretisk referanseramme
 - 2.1 Hva er Diabetes Mellitus
 - 2.1.1 Type 2-diabetes
 - 2.1.2 Diabetiske senkomplikasjoner
 - 2.2 Dorothea Orems egenomsorgsteori
 - 2.3 Livsstilsendringer
 - 2.3.1 Kosthold
 - 2.3.2 Fysisk aktivitet
 - 2.4 Motivasjon
 - 2.5 Mestring
 - 2.5.1 Mestringsforventninger i et liv med sykdom
 - 2.6 Sykepleierens veiledende rolle
- 3.0 Metode og vitenskapsteori
 - 3.1 Vitenskapsteoretiske redegjørelser
 - 3.2 Metode som verktøy
 - 3.3 Den kvalitative metoden: En litteraturstudie
 - 3.4 Litteratursøk og utvelgelse; vår fremgangsmåte
 - 3.4.1 Søkestrategi og søkeord brukt i litteratursøket
 - 3.4.2 Presentasjon av litteratur og forskningsartikler
 - 3.5 Kildekritikk
 - 3.6 Etske retningslinjer
- 4.0 Historien om Gunnar
- 5.0 Drøftingen
 - 5.1 Tilfredsstillende kunnskap – en forutsetning for veiledningen
 - 5.2 Refleksjonsarbeid

5.3 Brukermedvirkning

5.4 Veiledning som motiverende faktor

5.5 Livsstilsveiledning

5.6 Motiverende kostveiledning

5.7 Motivasjon til økt fysisk aktivitet

6.0 Konklusjon

7.0 Litteraturliste

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Sykepleierens veiledende og motiverende rolle i diabetesomsorgen.

1.0 Innledning

Vårt valg av tema baserer seg på at sykepleieutøvelsen til pasienter med diabetes øker i takt med dens voldsomme sykdomsutbredelse, og behovet for sykepleierens kunnskaper og kompetanse er økende. I denne oppgaven vil vi vektlegge hvordan sykepleiere kan veilede og motivere type 2-diabetikere til livsstilsendring. Forebyggende tjeneste i helsesektoren er ofte delegert til sykepleiere (Jansink m.fl, 2010), og vi har møtt diabetikere både i spesialist- og kommunehelsetjenesten i løpet av våre praksisstudier. I praksisstudiene fikk vi god trening i både blodsuktermåling og administrering av insulin, men følte at dette bare var en liten brøkdel av diabetesomsorgen. Vi ønsket oss kunnskap og innsikt i sykdommens omfang, da vi erfarte at pasientene manglet informasjon og løsninger på hvordan de kunne endre levevanene sine.

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Forekomsten av type 2-diabetes er sterkt økende på verdensbasis, og i industrialiserte land er det en av de raskest voksende kroniske sykdommene. Studier viser at fysisk inaktivitet og fedme er de viktigste risikofaktorene for utvikling av type 2-diabetes (Allgot m.fl 2011). *«Strukturelle samfunnsendringer med lettere tilgang til energirike matvarer, endrede måltidsmønstre og mindre behov for fysisk aktivitet pga. mekanisering av arbeidslivet og i hjemmene, samt utviklingen i transportsektoren, har minsket kravene til fysisk aktivitet.»* (Helsedirektoratet 2009:24)

Personer med type 2-diabetes har, sammenliknet med friske personer, økt risiko for *kardiovaskulær sykdom*, og dødeligheten hos diabetikere er 3-5 ganger høyere enn hos friske personer. Slike studier til tross, viser det seg at antallet type 2-diabetikere i Norge har firedoblet seg de siste 50 årene. I dag er 350 000 nordmenn diagnostisert med sykdommen. . På bakgrunn av slike studier, stiler vi oss undrende til hvordan disse tallene vil utvikle seg

fremover. En slik utvikling legger press på den norske helsetjenesten og uansett hvor i helsesektoren en er ansatt, møter sykepleiere pasienter med type 2-diabetes.

1.2 Problemformulering.

Type 2-diabetes kan betraktes som en livsstilssykdom, og hos en del diabetikere vil ikke farmakologisk behandling alene være tilstrekkelig for å kontrollere blodsukkeret optimalt. Forskning viser at en *livsstilsendring* i form av kostomlegging og regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til regulering av blodsukkeret (Sagen, 2011). Sykepleieren er en viktig kilde til støtte og veiledning, og hun må finne en middelvei mellom de medisinske behandlingsmåtene og pasientens individuelle livssituasjon.

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede pasienter med type 2-diabetes til en endring i livsstil slik at de oppnår økt motivasjon og mestringsfølelse. Vi har på bakgrunn av dette utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren veilede og motivere pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 til livsstilsendring gjennom kosthold og fysisk aktivitet?»

1.3 Avgrensninger

Vi har valgt å konsentrere oss om pasienter med en nyoppdaget type 2-diabetes, og rette søkelyset mot pasienter i aldersgruppen 25-60 år. Denne pasientgruppen må påta seg en vanskelig hovedrolle i omsorg for egen helse. Egenomsorg hos diabetikere handler om å overvåke og kontrollere symptomer, følge behandlingsregimer, opprettholde en sunn livsstil og å leve med sykdommen eneste hver dag. Nydiagnostiserte diabetikere opplever ofte problemer med å identifisere seg med diagnosen. De har få symptomer og dårlig forståelse av behandlingstilbudet og risikoen for senkomplikasjoner. Selv om hensikten til mange er å endre livsstil, har de ofte liten erfaring i igangsetting og gjennomføring av slike intensjoner (Adolfsson, 2007).

Vi ønsker dessuten å fokusere på sykepleierens rolle og se på hvilke egenskaper og tilnærminger hun må ha for å oppnå best mulig veiledning.

1.4 Oppgavens formål.

Med utgangspunkt i den økende forekomsten av type 2-diabetes, viser det seg at sykepleierens rolle som motivator og veileder må prioriteres ytterligere. Livsstilsendringer krever endringer i atferd, noe som kan være en kompleks affære. Denne kompleksiteten innebærer at sykepleieren må gå fra enkel rådgivning til veiledning og formulering av sammensatte, individualiserte råd. Som veileder må sykepleieren informere om sykdommen og sammenhengen mellom høye blodglukoseverdier og senkomplikasjoner, samt forholdet mellom diabetes, kosthold og fysisk aktivitet (Karlsen, 2011).

Vi ønsker å tilegne oss bred kunnskap om type 2-diabetes og hvordan vi, som ferdigutdannede sykepleiere, kan bli gode veiledere og kunne tilpasse veiledningen etter pasientenes individuelle behov.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Vår besvarelse er bygget opp av en introduksjon til temaet med *bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling, avgrensing og oppgavens formål*. I teorikapitlet presenterer vi den *teoretiske referanserammen* skrevet med utgangspunkt i selvvalgt litteratur og forskning og vårt valg av sykepleieteoretiker; *Dorothea Orem*. Neste kapittel beskriver metoden vi har anvendt, og gir et innsyn i *søkeprosessen, samt kritisk vurdering, valg av litteratur og kildekritikk*. Oppgavens to siste kapitler inneholder *drøfting og konklusjon* der vi gir et svar på problemstillinger og oppsummerer våre funn.

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenterer vi *Diabetes Mellitus, Type 2-Diabetes og sykdommens senkomplikasjoner*. Deretter gir vi en presentasjon av *Orem, livsstilsendringer, motivasjon og mestring*. Avslutningsvis ser vi på hvilken rolle sykepleieren har innenfor disse.

2.1 Hva er diabetes mellitus?

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom med relativ eller absolutt insulinmangel. Insulinmangelen resulterer i kronisk hyperglykemi og forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen. En skiller gjerne mellom to typer; *Type 1-Diabetes* og *Type 2-Diabetes*. *Type 1-Diabetes* karakteriseres av en manglende evne til å *produsere* insulin, og *Type 2-Diabetes* karakteriseres av kroppens manglende evne til å *anvende* insulinen den produserer. Resultatet er et forhøyede blodglukoseverdier som kan forårsake skade på øyne, nyre, hjerte og blodkar (Almås, 2010).

Diabetes er «(...) *en irreversibel, konstant sykdomstilstand som virker inn på hele mennesket og på omgivelsene, og forebygging av komplikasjoner krever omsorg og egenomsorg.*» (Rokne, 2011:162)

2.1.2 Type 2-diabetes

Type 2-Diabetes utgjør 90% av alle tilfellene av *Diabetes Mellitus*. Sykdomsutviklingen skyldes en kombinasjon av arvelig disposisjon og miljøfaktorer. Medikamentell behandling i form av insulin og blodsukkersenkende tabletter er ikke uvanlig, men for mange er et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet tilfredsstillende behandling (Jacobsen m.fl, 2009). Før i tiden ble *Type 2-Diabetes* ansett som en alderssykdom, men debutalderen har blitt betraktelig lavere den siste tiårsperioden (Allgot, 2011).

Type 2-Diabetes utvikles vanligvis langsomt og pasienten er ofte symptomfri ved diagnosetidspunktet. Uten symptomer er det vanskelig å påvise hyperglykemi, som fører til at

det ikke blir stilt noen diagnose. Av den grunn er det mange mennesker som lever med sykdommen uten å vite om det. Over tid kan hyperglykemi, sammen med hypertensjon og hyperlipidemi, øke risikoen for å utvikle diabetiske senkomplikasjoner (Sagen, 2011).

2.1.3 Diabetiske senkomplikasjoner.

Type 2-Diabetes assosieres med «*det metabolske syndrom*», som kjennetegnes av høyt blodtrykk, høy konsentrasjon av fettstoffer i blodet, mikroalbuminuri og økt risiko for kardiovaskulær sykdom (Sagen, 2011). Høye blodglukoseverdier forårsaker skader i åreveggen, og slike skader kan føre til alvorlige senkomplikasjoner (Jacobsen m.fl, 2009). Slike senkomplikasjoner deles inn i mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner.

Ved mikrovaskulære senkomplikasjoner oppstår det komplikasjoner i mindre blodkar, som kan forårsake blindhet, nyresvikt, nerveskader og diabetiske fotsår. De viktigste risikofaktorene for mikrovaskulære senkomplikasjoner er sykdomsvarighet, metabolsk kontroll og hypertensjon (Jacobsen m.fl, 2009). Makrovaskulære senkomplikasjoner forårsaker patologiske forandringer i større blodkar, og kan føre til kardiovaskulær sykdom som reduserer pasientens levealder betraktelig. Risikofaktorer er blant annet hypertensjon, koagulabilitet, dyslipidemi, albuminuri og røyking. Den beste forebyggende faktoren er stabile blodglukoseverdier samtidig som behandlingen av risikofaktorer er viktig (Sagen, 2011). Jevnlige kontroller og god behandling fra et tidlig tidspunkt kan forsinke og forebygge senkomplikasjoner (Jacobsen m.fl, 2009).

2.2 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Ettersom motivasjon og mestring av egen sykdom er et sentralt tema i vår oppgave, var valget av sykepleieteoretiker enkelt og falt på Dorothea Orems teori om egenomsorg.

Dorothea Orem er en kjent amerikansk sykepleieteoretiker som har skrevet flere bøker, deriblant «*Nursing: Concepts of Practice*». I denne boka presenteres Orems generelle egenomsorgsmodell som bygger på krav og kapasitet til egenomsorg. Orem anser sykepleie som en erstatning for helse relaterte aktiviteter i situasjoner der pasienten ikke har mulighet til å sørge for disse på egenhånd. I slike tilfeller kan sykepleieren ta i bruk både fysiske tilnæringsmåter samt viktige psykiske tilnæringsmåter som veiledning og rådgivning

(Kristoffersen, 2005).

Helserelaterte aktiviteter blir omtalt som *egenomsorgskrav*. I følge Orem handler dette om: «(...) utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære.» (Kirkevold, 2009:129) I utgangspunktet er det pasienten som har ansvaret for å sørge for disse egenomsorgskravene, og det krever at han må foreta de nødvendige tiltakene for å ivareta og fremme helse. Hvis pasientens egenomsorgskapasitet ikke samstemmer med behovet for egenomsorg, fremtrer det en egenomsorgssvikt. Denne egenomsorgssvikten deler Orem inn i tre delteorier; teori om egenomsorg, teori om egenomsorgssvikt og teori om sykepleiesystemer (Kirkevold, 2009).

Teorien om egenomsorg omhandler de aktivitetene mennesket gjør for å fremme normal funksjon, velvære, utvikling og sunnhet i mennesket. Den handler også om det det en gjør for avhengige og hjelpeløse familiemedlemmer. Orem kaller det en «*allmennneskelig atferd som læres innenfor den kulturen og det sosiale miljøet personen tilhører*». En må lære å ta egne valg utifra de behovene en har. For å tilfredsstille behovene må mennesket utføre en rekke handlinger. Disse definerer Orem som terapeutiske egenomsorgskrav (Kirkevold, 2009). Idet individet står ovenfor en manglende evne til å ivareta sine grunnleggende eller helserelaterte behov på grunn av funksjonssvikt, sykdom eller kunnskapsmangel, snakker en om en svikt i egenomsorg. Egenomsorgssvikt kan også oppstå idet individet ser sine egne behov, men ikke er fysisk eller psykisk i stand til å utføre de nødvendige handlingene. Avhengig av hva som ligger bak, vil svikten påvirke mennesket på ulike måter. Orem deler egenomsorgssvikten inn i tre grupper; mangel på forståelse og kunnskap, redusert evne til vurdering, bedømming og beslutninger, og redusert evne til gjennomføring av bestemte handlinger (Kirkevold, 2009).

Teorien om sykepleiesystemer handler om hvordan sykepleieren kan tilrettelegge sitt arbeid med utgangspunkt i pasientens egenomsorgssvikt. Denne essensielle organisatoriske delen av Orem's teori beskriver når og hvordan sykepleie skal utøves og den gir oss en beskrivelse av forholdet mellom sykepleier og pasient. Teorien om sykepleiesystemer deles inn i tre deler; det *helt kompensierende system*; som velges idet det oppstår full svikt i pasientens ressurser og egenomsorg, det *delvis kompensierende system*, som velges der pasienten har ressurser til å ta del i egenomsorgen og det *støttende og undervisende system*, som velges i situasjoner der

pasienten innehar de nødvendige ressurser eller trenger hjelp til å utvikle ressursene (Kirkevold, 2009).

Pasienter med nyopplaget diabetes type 2 risikerer en svikt i flere av egenomsorgsbehovene. Målet om et stabilt blodglukosenivå krever blant annet endring i behovet for ernæring. Å ta riktige avgjørelser i forhold til egenomsorg krever kunnskap og i slike tilfeller er sykepleierens veiledende funksjon viktig. Sykepleieren må gjøre pasienten oppmerksom på hvilke handlinger han må utføre for å sikre best mulig egenomsorg. Dersom pasienten ikke opprettholder et stabilt blodglukosenivå, står han i fare for å utvikle senkomplikasjoner. For å fremme utvikling, normalfunksjon, helse og velvære, må pasienten tilpasse seg endringer i hverdagen. Ved å ivareta egenomsorgsbehovene forhindrer pasienten en rekke negative utfall av sykdommen (Kristoffersen, 2005).

Sykepleiere må, i følge Orem, tilegne seg kunnskap om pasientens opplevelse av egen situasjon samt kartlegge pasientens evne til egenomsorg. Utøvelsen av sykepleie krever mellommenneskelige og sosiale ferdigheter. En god relasjon mellom pasient og sykepleier, forsterker sjansen til å oppfylle pasientens egenomsorgskrav. Orem fremhever likhetstrekk mellom pasientens egenomsorgskapasitet og kapasiteten til sykepleieren. Sykepleierens kapasitet er oppbygd av verdier, ferdigheter, erfaringer og kunnskaper. På den andre siden har begges kapasitet forskjellig søkelys; egenomsorgskapasiteten er pasientsentrert, mens sykepleieutøvelsen har fokus på å hjelpe andre (Kristoffersen, 2005).

Orem definerer god sykepleieutøvelse som en evne til å individualisere pleien til hver enkelt pasient. For å kunne pleie pasienten på best mulig måte, må sykepleieren ta utgangspunkt i grundig analyse og vurdering. Grunnlaget bak denne analysen krever en innsamling og tolkning av data, slik at sykepleieren kan planlegge, lede og utøve sykepleiesystemet som velges (Kristoffersen, 2005).

2.3 Livsstilsendringer

En livsstilsendring omfatter en intervensjon i helserelevante levevaner. Verdens helseorganisasjon hevder at ca 90 % av type 2-diabetes kan forebygges ved hjelp av fysisk aktivitet og rett kosthold (Helsedirektoratet, 2009). Fedme og type 2-diabetes har en

dokumentert sammenheng, og en livsstilsendring med samtidig vektreduksjon hos diabetikere, kan derfor medvirke til stabilisering av blodsukkeret og redusere dødeligheten til samme nivå som hos friske personer (Sagen, 2011).

Endringer i livsstil betyr at en må gi avkall på ting en før prissatte høyt og av den grunn må en vurdere om slike endringer er nødvendige, om de vil utgjøre noen forskjell for helsen og om denne forskjellen er verdt innsatsen (Rokne, 2011). Livsstilsendringer handler i bunn og grunn om et perspektivskifte. Det innebærer at pasienten må ha en forståelse for egen atferd og dens følgende konsekvenser, men å foreta en livsstilsendring som sjonglerer nøkternhet og overflod, nytelse og fornuft, er likvel en utfordring for de fleste (Prescott og Børtveit, 2004).

2.3.1 Kosthold

De siste 25 årene har det vært store endringer innenfor kosthold og behandling av diabetes. Tidligere lå hovedfokuset på en karbohydratfattig kost, mens diabeteskosten idag er mer rettet mot et sunt hverdagslig kosthold som blir anbefalt til alle (Sjøen m.fl 2008). Verdens Helseorganisasjon anbefaler en kost bestående av rikelig mengde fiber og grønnsaker, samt redusert mengde mettet fett og sukker.

Kostholdet spiller en viktig rolle med tanke på regulering av blodglukosenivået. Kunnskap om ernæring er derfor av stor betydning da diabetikeren må ta daglige valg i forhold til et riktig sammensatt kosthold. Riktig sammensetning vil øke sjansen for et bedre regulert blodsukker.

Diabetesforbundet (2012) påpeker at det ikke finnes noen fasit på hva som er rett kosthold for diabetikere. Likevel har de noen generelle anbefalinger. Diabetikerne bør redusere bruk av sukker i matlaging og videre sukkerholdige matvarer, eksempelvis brus, juice, kjeks, syltetøy, etc. Hyppige måltider har en blodsukkerstabiliserende effekt og anbefalinger råder til små måltider hver 3-4 time (Diabetesforbundet, 2008). Videre anbefaler Sjøen m.fl (2008) diabetikerne til å være måteholden med inntak av melk og frukt. Disse matvarene *alene* gir en rask blodsukkerstigning, men ikke i kombinasjon med andre matvarer. Det er derfor viktig med et sammensatt kosthold. (2008).

2.3.2 Fysisk aktivitet:

Begrepet fysisk aktivitet defineres som: ” (...) enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå.” (Anderssen og Strømme, 2001:2038) Ulike personer kan ha forskjellig oppfatning av begrepet, avhengig av hvilket aktivitetsnivå den enkelte har. Hos en gruppe kan fysisk aktivitet bety enkle mosjonsøvelser, mens hos en annen vil begrepet oppfattes som trening (Sagen, 2011).

For diabetikerne er fysisk aktivitet en hjørnestein i sykdomsbehandlingen. Regelmessig mosjon er positivt både med tanke på å opprettholde et stabilt blodglukosenivå samt at det reduserer risikoen for utvikling av senkomplikasjoner. Hvilken form for aktivitet man utøver avhenger av individuelle interesser. Generelt anbefales både styrke- og utholdenhetstrening og begge forbedrer insulinfølsomheten og stabiliserer blodglukosenivået (Sagen, 2011). Forskning gjort av Helsedirektoratet viser at fysisk aktivitet i ca. 30 minutter daglig og en vektreduksjon på 5-7 % utgjør store forskjeller i behandlingen av type 2-diabetes (Helsedirektoratet, 2009).

En diabetiker bør, på lik linje med en frisk person, være i fysisk aktivitet. Likevel er det viktig at diabetikerne tar hensyn til deres individuelle begrensninger. «*Treningsformen, varigheten og hyppigheten bestemmes av mange faktorer, som alder, kjønn, kardiovaskulær risiko, senkomplikasjoner samt kulturelle forhold.*» (Sagen, 2011;152) Diabetikerne bør gjennomgå en medisinsk undersøkelse med blodtrykksmåling, belastnings-EKG og vurdering av perifer sirkulasjon før oppstart av fysisk aktivitet. Foreligger det mikro- eller makrovaskulære senkomplikasjoner, må disse tas hensyn til med tanke på aktivitetsnivå (Sagen, 2011)

2.4 Motivasjon

«*Motivasjon ses vanligvis som en kognitiv og holdningsmessig predisposisjon for kunnskapstilegnelse og handling. Å lære noe nytt krever motivasjon, men har en først lært det nye, kan det vise seg i endret atferd.*» (Karlsen, 2011:220)

Begrepet motivasjon har fungert som en samlebetegnelse for faktorene som igangsetter og styrer ens atferd. Motivasjonen trenger en *drivkraft*. En drivkraft er det som stimulerer et menneske til å gjøre, tenke eller konsentrere seg om noe bestemt og en kan skille mellom indre og ytre faktorer. Selvoppfatning, tidligere erfaringer, interesser og forventninger,

personlige mål og ambisjoner er eksempler på indre drivkrefter, mens eksempler på ytre drivkrefter kan være holdningene og forventningene til helsepersonell og ens nærmeste. Motivasjonen trenger også en *retning*, og utformes i målsetninger og valg en tar (Karlsen, 2011).

Hos diabetikere er motivasjon et sentralt tema for å klare å endre livsstil. For å kunne oppnå best mulig behandling, må diabetikeren ta valg som fremmer god helse og velvære i hverdagen (Karlsen, 2011).

«Krav om fysisk aktivitet, endringer i kosthold, vektreduksjon og medisinsk behandling kan for eksempel komme i konkurranse eller konflikt med andre aktiviteter som oppfyller mer nærliggende og tiltrekkende behov, og som dermed er av større verdi for den enkelte.»

(Karlsen, 2011:223)

Diabetikeren må derfor være motivert for å ta de valgene som kreves. Hva som fungerer som motivasjon er individuelt, og derfor må diabetikeren bli ”ekspert” på egen sykdom slik at han holder motivasjonen oppe, oppnår god mestringsfølelse og samler styrke til å stå imot fristelser. Motivasjonen kan ha stor innflytelse på ens tanker, opplevelser og valg, men utspiller seg ikke alltid i handlingene en foretar seg (Christophersen, 2004).

Teorien om selvbestemmelse er også relevant for motivasjon. Den handler om fri vilje og selvstendighet i forbindelse med det en er interessert i og vil gjøre. Ansvar for egen læring og medbestemmelse i egen behandling står sentralt. *«Forskning viser dessuten at stimulering av selvbestemmelse hos personer med diabetes kan predikere bedret metabolsk kontroll.»*(Karlsen, 2011;221)

Motivasjon er nært knyttet til mestringsforventning. Det handler om forventningen en har om å lykkes med noe, og er bestemmende for valg av aktivitet, innsats og utholdenhet. Disse forventningene har sammenheng med tidligere erfaringer, prestasjoner og følelsesmessige påvirkninger. Mestringsforventninger kan fungere som en ressurs hos diabetikere når det gjelder motivasjon til innlæring av nyinnsikt og atferd. Forventningene om å lykkes med innlæringen kan være avgjørende for om livsstilsendringen blir gjennomført. I motsatt tilfelle kan lave forventninger påvirke motivasjonen i negativ retning, og vises i en reduksjon i innsatsen og en økt sjanse for ikke å lykkes (Karlsen, 2011).

En kombinasjon av kunnskap og bekymringer, har ofte en positiv innvirkning på motivasjonen for endring. Visstheten om at enkelte faktorer gir negative konsekvenser for egen helse, kan også være første skritt mot endringer i livsstil.

«Bevissthet om negative konsekvenser som følge av for eksempel dårlige kostvaner og fysisk inaktivitet kan vekke negative følelser som bekymringer for hva som kan skje, og skyldfølelse for det som allerede har skjedd.» (Karlsen, 2011;222)

3.5 Mestring

Mestring handler om å ha kontroll, beherskelse eller å være herre over situasjonen en befinner seg i. I følge Lazarus og Folkman (1984) ligger det en viss grad av mestring i alt mennesket foretar seg, uavhengig av resultat.

”Mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette kan bety og forsøke å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen eller rett og slett få et praktisk grep om det som kan gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende” (Eide m.fl , 2007:172).

Grad av mestring er individuell og faktorer som kjønn, alder, interesser og tidligere erfaring preger mestringsevnen. Dessuten har det sosiale nettverket og hvor i livsløpet en er når sykdommen inntreffer, betydning for mestringsevnen. (Karlsen, 2011). Utvikling av individuell selvstendighet preger mestringsforventningen. Grunnholdningen baserer seg på at individet selv skal ta beslutninger som påvirker egen helse, og på denne måten være forpliktet til å ta valg som fremmer helse i hverdagen. Sykepleierne sitter på den medisinske kunnskapen, men til syvende og sist er det diabetikeren som skal fungere som den endelige beslutningstakeren (Karlsen, 2011) *«Målet er at all læring og behandling har som hensikt å gi hver enkelt et best mulig grunnlag for egne beslutninger.»* (Allgot, 2011;210)

3.5.1 Mestringsforventninger i et liv med sykdom

Et liv med sykdom handler om å mestre en hverdag som utspiller seg annerledes enn hos de friske. Vi forbinder gjerne mestringsbegrepet med å klare noe eller prestere noe som omhandler de ferdighetene en har. Kronisk eller langvarig syke har et mer komplekst bilde av mestringsbegrepet. De forbinder mestringsforventningene til tidligere tanker, følelser og bånd fra en annen livssituasjon, og idet de skal knytte mestringen til det nye livet med sykdom, blir den følelsesmessige byrden overveldende. Hvis forutsetningene for mestring ikke endres maktet ikke den syke å leve opp til egne forventninger og resultatet er skuffelse, tap av krefter

og motivasjon. Den syke ta fatt på prosessen som flytter oppmerksomheten fra «det gamle» til «det nye», slik at han kan opparbeide seg nye forventninger og mål. Grunnleggende i mestringsbegrepet ligger følelsen av kontroll (Hopen, 2010).

2.6 Sykepleierens veiledende rolle.

Risikoen for å utvikle diabetiske senkomplikasjoner må taes alvorlig allerede fra diagnosetidspunktet. For å redusere risikoen er pasienten nødt til å ta valg som forhindrer inaktivitet og et uhensiktsmessig kosthold. Sykepleieutøvelsen har som mål å styrke diabetikerens kompetanse slik at diabetikeren selv kan fremme egenomsorg og ta medansvar i behandlingen. Kunnskap og motivasjon såvel som intellektuelle og praktiske ferdigheter, er grunnlaget for utvikling av en slik kompetanse. Med denne kompetansen skal diabetikeren kunne utføre behandlingstiltak og samtidig vurdere hvilke tiltak som skal utføres. For å kunne gjøre en slik vurdering, må diabetikeren ta utgangspunkt i egne behov og planlegge hvilke tiltak som skal iverksettes. Ved å styrke diabetikerens kompetanse, oppnår han mest mulig uavhengighet, og kan mestre sin sykdom og hverdag (Karlsen, 2011).

Grunnleggende nøkkelord i diabetesomsorgen er opplæring, egenomsorg, mestring og forebygging. Utøvelsen av sykepleie må legge vekt på å motivere til egenomsorg og mestring, med fokus på de psykososiale aspektene.

«God metabolsk kontroll som uttrykk for tilfredsstillende fysiologisk blodsukkerregulering må altså utfylles av ulike psykologiske og sosiale tiltak, og av personens individuelle forutsetninger (Karlsen, 2011;216).

En god diabetisk helsetjeneste innebærer kontinuitet og kvalifisert veiledning og opplæring. Pasientene har behov for innsikt i egen sykdom og grunnlaget for en vellykket behandling ligger i god egenbehandling og mestringsevne. I tillegg er veiledning, hjelp og støtte viktige faktorer for diabetikernes livskvalitet (Karlsen, 2011).

Sykepleiernes sentrale rolle i diabetesomsorgen krever at hun holder seg faglig oppdatert for å kunne ivareta pasientens behov for riktig informasjon og kunnskap. Hun har videre et ansvar for å kartlegge pasientenes individuelle behov og sette pasienten i fokus. Det kan innebære behovet for kunnskap og informasjon, hjelp til å iverksette og evaluere tiltak. En innledende veiledningssamtale ved diagnosetidspunktet, kan ha stor innvirkning på pasientens kommende

situasjon og prognose (Karlsen, 2011).

Som veileder, rådgiver, inspirasjonskilde og planlegger har sykepleieren en betydningsfull og unik rolle. I denne sammenhengen handler veiledning om å lytte, oppmuntre, se saken fra pasientens perspektiv, styrke ham til å se muligheter og istandgjøre ham til å kunne foreta de endringene som kreves i hverdagen. Fokuset bør baseres på pasientens ressurser i motsetning begrensninger, slik at pasienten øyner nye muligheter i egen situasjon og oppnår en følelse av mestring. Sykepleierens tekniske og prosedyreorienterte oppgaver må ses og utøves med en forståelse av individet i dets kulturelle og sosiale kontekst. Diabetikeren fortolker diagnosen på bakgrunn av hans egen personlighet, livshistorie og kulturelle bakgrunn samt den situasjonen han befinner seg i. Det er diabetikeren som selv må leve med den kroniske lidelsen, og han danner seg etterhvert en egen erfaring og oppfatning av den. Derfor er det viktig at sykepleieren ikke tar på seg en autoritær rolle, og forteller diabetikeren hva som bør og ikke bør gjøres (Karlsen, 2011). Formidling av kunnskap som imøtekommer diabetikerens situasjonsbestemte læringsbehov er dessuten viktig. Her kan det være store individuelle forskjeller, deriblant pasientens alder, religion, kjønn etc. Pasientens utgangspunkt har mye å si (Dalland, 2010). Kan han noe om diabetes fra før? Kjenner han noen med diabetes? God kontakt mellom pasient og sykepleier er essensielt, og uten blir det vanskelig å imøtekomme pasientens behov (Karlsen, 2011). God kontakt fører også til en utveksling av kunnskap og erfaringer mellom partene, og ved å utnytte hverandres kompetanse kan pasienten raskere oppnå resultater.

Det finnes ingen retningslinjer for hvordan samtalen skal utspille seg, men det er viktig at sykepleieren har nok kunnskap om både diagnosen og gode kommunikasjonsferdigheter (Dalland 2010). Samtalens endelige mål er at diabetikeren opparbeider seg en styrket mestringsevne og kan leve et tilfredsstillende liv med diagnosen. (Karlsen, 2011)

3.0 Metode og vitenskapsteori:

Dette kapitlet tar utgangspunkt i å begrunne meningen bak og sammenhengen mellom vitenskapsteori og metode. Dessuten skal vi presentere hvilken metode vi ønsker å bruke i vår oppgave og klarlegge hvilke krav som stilles til metoden idet den skal brukes i et litteraturstudium.

Vitenskapsteori er et fagområde som skaper rom for drøfting av metodikkens premisser. Dalland sier at «å være vitenskapelig er å være metodisk»(2007:49). Bak de allmenngyldige kravene til metoden ligger det en grunntanke om ærlighet og sannhet, samtidig som det er viktig å tenke og systematisere de tankene som oppstår i det metodiske arbeidet.

3.1 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.

Einar Aadland (2011) presenterer to vitenskapelige hovedsyn; positivismen og hermeneutikken. Innenfor positivismen ligger det en sikker og *forklarende* kunnskap bak den naturvitenskapelige tenkningen, mens hermeneutikken har som mål å gi oss en *fortolkning* av denne kunnskapen. Sett fra et helsefaglig ståsted kan en si at hermeneutikken legger vekt på pasientens sykdomsopplevelse og hvordan denne preger hans hverdag, mens positivismen og naturvitenskapen gir oss en forklaring på den eksakte patologiske sykdommen (Aadland, 2011) Hovedsynene avspeiles henholdsvis i kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder (Dalland, 2007).

I følge Dalland (2007) kan ikke naturvitenskapen svare sykepleieren på hva hun bør gjøre i forhold til menneskets opplevelse av sin tilstand. Sykepleieren må inneha en hermeneutisk tenkning – en evne til å forstå menneskenes reaksjon i ulike situasjoner, og se *hele* mennesket.

3.2 Metode som verktøy.

En metode er et redskap under innsamlingen av informasjonen en ønsker å undersøke. I valget av metode, ligger det til grunn at en tror at metoden vil kunne belyse spørsmål på en faglig og interessant måte (Dalland 2007). En skiller gjerne mellom kvantitativt- og kvalitativt orienterte metoder. Forskjellen er at de kvantitative metodene har som mål å omforme kunnskapen til målbare enheter slik at kunnskapen kan inngå i regneoperasjoner. De

kvalitative metodene har som mål å gi oss en beskrivelse og forståelse av det individuelle og spesielle (Bjørk m.fl, 2008).

3.3 Den kvalitative metoden; en litteraturstudie.

Målet vårt er å opparbeide oss bred kunnskap rundt problemstillingen. Av den grunn er det naturlig å velge en kvalitativ metode da denne gir oss rom for tenkning og refleksjon.

«Kvalitativ forskning utgjør en stor del av sykepleieforskningen og har gjerne fokus på opplevelser og erfaringer relatert til helse og sykdom.» (Bjørk m.fl, 2008:47).

Vi valgt å foreta en litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode som tar i bruk den kunnskapen som finnes i litteraturen, og systematiserer og vurderer denne. Den innledende litteratursøkingen tar sikte på å lage en oversikt over relevante kilder på det utvalgte problemområdet. Sammen med et sykepleieteoretisk perspetiv har litteraturstudiet som mål å gi oss muligheten til å drøfte og finne svar på problemstillingen. Svaret skal deretter oppsummeres slik at en kan avgi en konklusjon på oppgaven (Dalland 2007).

3.4 Litteratursøk og utvelgelse; vår fremgangsmåte.

Et litteratursøk har som formål å oppspore hvilken kunnskap som allerede eksisterer om vårt tema og som er relevant for vår problemstilling. For å avdekke denne kunnskapen, må vi arbeide fram en god søkestrategi.

«En god søkestrategi bidrar til å finne fram til litteratur med en høy grad av relevans, samtidig som det irrelevante holdes utenfor.» (Bjørk m.fl, 2008:55).

3.4.1 Søkestrategi og søkeord brukt i litteratursøket.

Før vi leverte inn prosjektbeskrivelsen, hadde vi foretatt et bredt søk i databasene for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur. Et slikt søk innebar at vi fikk med oss flest mulig relevante referanser, og satt igjen med titusenvis av treff. Idet søket skulle snevres inn, var det viktig å utarbeide relevante søkeord og kombinere disse slik at søket resulterte i et håndterbart antall referanser (Bjørk m.fl, 2008). Under innsamlingen av litteratur utarbeidet vi et PIO-skjema (se vedlegg 1). For å finne egnede søkeord søkte vi på forskjellige nøkkelord for å få hjelp av databasens emneordsystem. Idet vi skulle søke på ordene «diabetes» og «livsstilsendringer», tok vi i bruk formuleringer som «diabetes», «type 2-diabetes»,

«lifestyle», «lifestyle changes» og «lifestyle intervention». Deretter søkte vi på «motivation», «education», «physical activity» og «diet».

Litteratursøkingen ble foretatt i de databasene vi hadde blitt anbefalt av skolens bibliotekar og fagbøker. Vi inkluderte flere databaser for å ikke gå glipp av aktuelle kilder, og av den grunn opplevde vi til tider like treff på flere databaser. For å finne relevante artikler, brukte vi flere søkeord om gangen. Disse søkeordene ble koplet med logiske operatører, som kombinerer søkeordene på ulike måter. Vi tok i bruk den logiske operatoren «AND», eksempelvis «Diabetes AND Lifestyle AND motivation».

Etter gjennomført litteratursøk satt vi igjen med 30 artikler som virket relevante.

3.4.2 Presentasjon av litteratur og forskningsartikler.

Det var naturlig å begynne litteratursøkingen med pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen og annen fagboklitteratur, da dette er litteratur som belyser vår problemstilling og som ikke går utover kvaliteten på oppgaven. Med hjelp av biblioteksdatabasen Bibsys, fant vi en rekke interessante bøker som vi fikk tilgang til gjennom skolens universitetsbibliotek.

Vi fikk ekstern tilgang til en rekke databaser gjennom Universitetet i Nordland. Vi har stort sett benyttet oss av databasene Bibsys, Proquest, Scopus, PubMed og Svemed+. I tillegg har vi anvendt en rekke kilder fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Diabetesforbundet da dette er relevant kunnskap. Etter litteratursøket skulle vi velge ut og lese igjennom alle de 30 forskningsartiklene vi hadde bestilt gjennom Bibsys Ask. I første omgang ekskluderte vi 16 forskningsartikler, da deltakerne i studiene ikke hadde utviklet type 2-diabetes. Ytterligere 5 ble ekskludert fordi de ikke samsvarte med problemstillingen vår. Tilslutt gjensto 9 artikler og disse er presentert i artikkelmatrisen (se vedlegg 3)

3.5 Kildekritikk.

Dalland (2007) sier at kildekritikk handler om å ha et kritisk blikk på litteraturen og forskningen som finnes. En må vurdere litteraturens opphav, dens forfatterskap, dens formål, og utgangspunktet for hvorfor den ble skrevet. Vi har brukt pensumlitteratur og andre

fagbøker skrevet av pålitelige forfattere. Søkningen etter artikler og forskning er gjort i helsefagrelaterte databaser.

Nasjonalt Kunnskapssenter (2008) har utarbeidet en sjekkliste for kvalitativ metode som vi har benyttet oss av. Vitenskapelige tidsskrifter har et krav om at artiklene følger IMRaD-modellen, og med utgangspunkt i denne modellen kunne vi fastslå om artiklene var vitenskapelige (Reinar, 2007).

3.6 Etske retningslinjer.

I følge Dalland (2007) handler de etiske retningslinjene for forskning og oppgaveskriving om kildekritikk og hvordan vi skal referere og bruke kilder. Vår studie er ikke basert på egne undersøkelser, men vi har likevel satt krav til vårt valg av forskningsartikler og deres utvelgelse av informanter. Vårt valg av forskningsartikler skal ha innhentet informert samtykke og fokusert på personvern, taushetsplikt og anonymitet. Forskningsartiklene måtte også være godkjent av nasjonale og/eller regionale etiske komiteer.

Under oppgaveskrivingen hadde vi fokus på å ikke omskrive det artikkelforfatteren har forsket seg fram til og den faglitteraturen han har produsert. Videre har vi vært påpasselige med å ikke plagiere forfatterens arbeid.

4.0 Historien om Gunnar

I vår medisinske praksisstudie møtte vi 50-åringen «Gunnar». Han fikk diagnosen Type 2-Diabetes etter en rutinekontroll hos fastlegen, og ble henvist videre til samtale med sykepleier ved sykehuset. Etter å ha blitt diagnostisert med Diabetes var Gunnar motløs og oppgitt. Han ga oss klar beskjed om at han hadde fått all den informasjonen han trengte fra både fastlege og internett, og var motvillig til videre oppfølging på sykehuset.

Hverdagen på den medisinske avdelingen ved sykehuset er travel, og det tok tid før vi, inkludert vår kontaktsykepleier, satte oss ned med «Gunnar». Starten av samtalen bar preg av ustrukturert planlegging og sykepleierens tidsklemme. Hun virket uengasjert i veiledningen, hastet fra emne til emne og kastet stadige blikk på klokken. Idet «Gunnar» stilte spørsmål kunne ikke sykepleieren gi noen konkrete svar og hun avbrøt spørsmålene han kom med i etterkant. Resultatet var at «Gunnar» ikke sa mer under samtalen.

Da samtalen var over og vår kontaktsykepleier hastet videre, ble vi sittende hos «Gunnar». Som nysgjerrige studenter stilte vi en rekke spørsmål for å høre hvordan «Gunnar» så for seg livet med sykdommen og hvilke tanker han hadde om å ta fatt på livsstilsendringer. «Gunnar» skjønnte ikke hvorfor livsstilsendringer var relevante for behandlingen. Det Gunnar kunne gjenfortelle fra samtalen med fastlegen var at han hadde fått beskjed om å være måteholden med sukker og være mer i aktivitet. I det vi spurte hva Gunnar definerte som «måteholden» og «mer i aktivitet» ble han irritabel og ville avslutte samtalen.

Vi tenker at informasjonen «Gunnar» hadde fått hos fastlegen enten hadde vært for avansert eller generell, noe som medførte at han ikke hadde fått noen god forståelse for hvordan livsstilen påvirket behandlingen og dermed ikke kunne svare oss på spørsmålene vi stilte.

5.0 Drøfting

Dette kapitlet skal belyse hvilke egenskaper og tilnærminger sykepleieren må inneha samt å drøfte utfordringer i forhold til å kunne motivere og veilede pasienter til livsstilsendringer. Gjennom å presentere forskning og pensum ønsker vi å problematisere temaet og til slutt komme med en konklusjon.

5.1 Tilfredsstillende kunnskap – en forutsetning for veiledningen.

Pasientenes første møte med helsevesenet etter å ha blitt diagnostisert, er gjerne med fastlegen. Vanligvis er det fastlegenes oppgave å informere om diagnose, prognose og behandling av sykdom, mens det å hjelpe pasienten med følgene sykdommen og behandlingen innebærer, blir delegert videre til sykepleierne. Slike følger kan være veiledning, undervisning og eventuelt oppfølging av legens informasjon (Tveiten, 2009).

I historien om «Gunnar» følte vi at informasjonen han hadde fått fra fastlegen, hadde vært lite individualisert og vanskelig å forstå. Vi har erfart at legene har en tendens til å formidle korte og konkrete opplysninger om diagnosen, og resultatet er at pasientene sitter igjen med store hull i kunnskapen de har tilegnet seg. Dessuten har pasientene lett for å tilegne seg feil informasjon om diagnosen fra internett og sine omgivelser. Dette har ofte vært tilfelle i praksisstudiene våre. Studier underbygger denne påstanden om at pasientenes motivasjon reduseres av mangel på kunnskap, feil informasjon og dårlig oppfattelse. Dette sammen med en dårlig evne til å sortere den kunnskapen en tilegner seg, fører til at pasientene underbygger sin sykdomsoppfatning på kunnskap som ikke er vitenskapelig basert (Jansink, 2010).

Pasientene vi har møtt har mange spørsmål på bakgrunn av det de har lest på nettet og hørt fra andre, og fokuserer på det skumleste av det de hørte hos fastlegen.. Slike «kunnskapshull» kan forsterke motløsheten som den nydiagnostiserte pasienten føler, og det er viktig at vi som sykepleiere forsetter der fastlegen slapp.

For å kunne gjennomføre endringer i livsstil er pasienten avhengig av tilfredsstillende kunnskaper om sammenhengene mellom blodglukoseverdier, trening og diett. Mangel på kunnskap er, i følge Orem, en vanlig årsak til manglende egenomsorg (Kirkevold, 2008). Flere studier underbygger dette og viser til at kunnskapsmangel er pasientenes største barriere for å gjennomføre livsstilsendringer (Nagelkerk m.fl, 2006; Jansink m.fl, 2010). Likevel

mener vi at informasjon i seg selv ikke er nok. Dersom pasientene ikke har forståelse for hvordan informasjonen kan anvendes, tror vi at dette også er en barriere. Det er vår oppgave som sykepleiere å forsørge oss om at pasienten forstår informasjonen han tilegner seg, og dette kan vi sørge for gjennom veiledning og opplæring (Adolfsson m.fl, 2007; Nagelkerk m.fl, 2006 og Oftedal m.fl 2010b).

Hos nydiagnostiserte pasienter foreligger det en svikt i egenomsorg i større eller mindre grad. I slike tilfeller kan Orems støttende og undervisende system for utøvelse av sykepleie være nyttig. Målet er at pasientens omsorgskapasitet skal likestilles med pasientens omsorgskrav. Kunnskapen som vi formidler skal være nøyaktig og relevant samtidig som den skal tilpasses pasientens personlige forutsetninger, ressurser og behov (Oftedal m.fl, 2010a). «Gunnar» har blant annet mange ressurser; han er ung, i jobb, har familie, osv. Ved å skreddersy informasjonen skal, sammen med anbefalinger og råd, oppklare eventuelle uklarheter pasienten måtte ha og gjøre pasienten i stand til å ta egne valg.

På den ene siden er pasientkunnskap essensielt, men på den andre siden har vi som sykepleiere også et grunnleggende behov for kunnskap. For å kunne veilede og informere, samt å tilpasse veiledningen etter pasientens individuelle behov, er vi avhengige av elementære fagkunnskaper (Tveiten, 2009). Som sykepleiere må vi fremstå som kunnskapsrike og profesjonelle i møte med pasienten, og det gjør vi ikke dersom vi ikke holder oss faglig oppdatert og utfører faglig forsvarlig arbeid. Ansvarer ligger på våre egne skuldre, og dersom vi ikke føler oss kompetente for den forestående oppgaven, må vi oppsøke hjelp og veiledning (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

5.2 Refleksjonsarbeid.

I veiledningsprosessens startfase er det viktig at vi oppfordrer pasienten til refleksjon over egen situasjon og tiden fremover. Dette kan vi gjøre med å stille åpne spørsmål som «Hva tenker du om...?» og «Hva kan du selv gjøre...». Vi bør anerkjenne og bekrefte de refleksjonene pasientene kommer med, men utover dette handler vår rolle om å lytte og støtte. Underveis i samtalen ønsker vi å utforske dybden av pasientens refleksjoner, samtidig som pasienten skal roses for sin åpenhet. Det som fremkommer i samtalen er viktige funn i vår kartlegging, og med den nye informasjonen kan vi planlegge videre veiledning.

I følge Jansink m.fl (2010) må sykepleieren planlegge, være målrettet og forberedt idet veiledningen starter. Omgivelsene rundt møtet mellom pasient og sykepleier bør være rolige og uten forstyrrelser, og fordelingen av roller bør være avklart (Eide og Eide, 2007). På sykehus er det ikke alltid lett å tilrettelegge for gode omgivelser. Samtalen vi hadde med Gunnar fant sted på et av firemannsrommene, og det var støy og avbrytelser fra både pasienter og andre sykepleiere. For å unngå dette tenker vi at sykepleieren skulle ha avsatt tid til samtale og den burde ha funnet sted på et egnet rom uten forstyrrelser. Sykepleieren burde dessuten ha gitt beskjed til kollegaene om at hun var opptatt, slik at hun unngikk avbrytelser. Hadde sykepleierens forarbeid vært grundigere og mer gjennomtenkt, ville resultatet av samtalen fått et bedre utfall.

Mange pasienter opplever utrygghet i veiledningssituasjonen, især om de føler de har dårlig kontroll og oversikt over hva som skal skje. For å skape trygghet i situasjonen må pasienten på den ene siden være bevisst på hva veiledningen inneholder, hvordan den foregår, hva hans egen rolle og funksjon innebærer og på den andre siden må vårt ansvar, funksjon og rolle som sykepleier tydeliggjøres. Vi må derfor bygge en trygg ramme rundt veiledningen slik at pasienten kan begi seg ut i det ukjente og våge å dele tanker, verdier, holdninger, følelser og erfaringer.

5.3 Brukermedvirkning

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata, 1999) har pasienten krav på å ta del i beslutninger som omhandler hans egen helse. Dette omtales som brukermidvirkning og innebærer at sykepleieren skal tilrettelegge og oppfordre pasienten til å ta større ansvar for egen helse. Studier viser at brukermidvirkning styrker pasientens motivasjon for livsstilsendringer og påvirker egenomsorgen i positiv retning (Oftedal m.fl, 2010a; Nagelkerk m.fl, 2006; Adolfsson m.fl 2007).

På den andre siden sier noen sykepleieteoretikere, deriblant Orem, at det er sykepleierens oppgave å planlegge, innehente informasjon, kartlegge, utøve sykepleie og evaluere (Kristoffersen, 2005). Orem har med andre ord lite fokus på pasientens oppgave og rolle under planleggingen og utøvelsen av behandlingen. Dette strir mot vår måte å tenke på, da vi ønsker å utøve faglig forsvarlig sykepleie med et sykepleievitenskapelig forankringspunkt.

Orems sykepleieteori er flere tiår gammel, og nyere forskning viser at brukermedvirkning er helt sentralt i diabetesomsorgen (Ofstedal m.fl 2010, Nagelkerk m.fl, 2006, Adolfsson m.fl 2007). Betyr det at det i enkelte tilfeller er vanskelig å inkludere Orems teori i arbeidet vi gjør? Tar vi utgangspunkt i både nyere forskning og Orems egenomsorgsteori er det nærliggende for oss å tenke at pasienten og sykepleieren heller skal inngå i et partnerskap. Sammen skal sykepleierens kompetanse om diabetesbehandling og pasientens livskunnskap utfylle hverandre, noe som resulterer i at pasientens egenomsorg styrkes. At vi som sykepleiere har en forståelse for pasientens livsperspektiv, er viktig for å møte deres behov. Pasientens prioriteringer og våre egne prioriteringer kan være svært forskjellige og derfor er det viktig at vi tar utgangspunkt i blant annet pasientens jobb, familieliv, relasjoner etc., da disse påvirker pasientens syn og holdninger til behandlingen (Bartol, 2012).

5.4 Veiledning som motiverende faktor

Veiledning er en sentral del av sykepleierens funksjon og skal sette pasientens verdier, kunnskap og egne erfaringer i en sammenheng, slik at han er i stand til å ta avgjørelser og utføre handlinger (Karlsen, 2011). Mange pasienter har behov for kunnskap, forståelse og ferdigheter og sykepleieren skal være en aktiv bidragsyter til å øke pasientens læringskurve, forvalte kompetanse og drive aktivt motivasjonsarbeid. Likevel har vi møtt pasienter i praksis som selv har ment de ikke trengte veiledning, og i slike tilfeller bør vi tilrettelegge at pasienten oppnår innsikt i egne behov. Vi ser en klar sammenheng mellom pasientens manglende behov for veiledning og motivasjon. Redusert motivasjon forverrer evnen til å tilegne seg ny kunnskap.

Helsedirektoratet (2009) fremhever at innholdet i veiledningen bør være praktisk og teoretisk rettet, slik at pasienten får opplæring og råd for hvordan han kan leve med sykdommen i hverdagen. Funn gjort i studien til Ofstedal m.fl (2010a) derimot viser at pasientene sjelden fikk praktisk informasjon i møte med sykepleieren. For at den teoretiske informasjonen skal kunne anvendes, mener vi at det bør rettes et fokus på behovet for praktisk informasjon. Dette fokuset innebærer at den teoretiske informasjonen knyttes til dagligdagse ting, eksempelvis matlaging. En av pasientene vi møtte i praksis uttrykte at *«Et minikurs innen kosthold burde være det første en lærer idet en får diabetes. En burde få praktiske kunnskaper om hvilke matvarer en skal kjøpe og hvordan disse kan tilberedes.»*

Gruppeveiledning og individuell veiledning er ofte brukte veiledningsstrategier. Forskning utført viser at deltakernes meninger om veiledningsstrategiene var delte; noen deltakere ble mer motiverte etter en individuell veiledning, mens andre satt igjen med en større sykdomsinnsikt etter deltakelse i gruppeveiledninger (Adolfsson m.fl, 2007, Oftedal m.fl, 2010b).

I gruppeveiledninger lærer pasientene mye av hverandre gjennom å dele og diskutere erfaringer og kunnskap om livsstilsendringer. Innenfor gruppeveiledninger har sykepleieren en mer tilbaketrukket rolle, i forhold til den individuelle veiledningen, og skal oppmuntre til samspill, informere og invitere til diskusjon blant deltakerne. På grunn av dette hevder vi at sykepleieren ikke har samme muligheten til å bli kjent med hver av pasientene i gruppen. Dette resulterer i at informasjonen sykepleieren gir ofte blir veldig generell. Sett i et slikt lys vil heller ikke sykepleieren kunne fokusere på behovene til hver enkelt pasient, da hver pasient får mindre oppmerksomhet enn de ville fått ved en individuell veiledning.

Målet med den individuelle veiledningen er at pasienten skal tilegne seg kunnskap på grunnlag av egne forutsetninger og behov (Oftedal m.fl, 2010a). Forskning viser at individuell veiledning ofte gir gode forutsetninger for endringer i livsstil. Sykepleieren har i løpet av veiledningen en unik mulighet til å bli kjent med pasienten, noe som gjør arbeidet med å tilpasse veiledningen etter pasientens læringsbehov og situasjonsforståelse lettere. Oftedal m.fl (2010a) kan fortelle om store variasjoner i pasientens ønske om mengde kunnskap. Noen ønsket en kortfattet utgave, mens andre ønsket en utdypende utgave. Likevel viste det seg at informasjonen de fikk ofte var overveldende og ukorrekt, og dette hadde en negativ effekt på deltakernes motivasjon. Adolfsson m.fl (2007) gir uttrykk for at sykepleieren har en overordnet rolle i den individuelle veiledningen. Pasienten er den «hjelpesøkende» mens sykepleieren er «hjelperen». På den ene siden er denne rollefordelingen naturlig, men sett fra en annen side er det viktig at sykepleieren ikke tar kontroll over samtalen. Pasienten og sykepleieren skal samarbeide om å finne løsninger på pasientens problem gjennom læring og oppdagelse, og ikke enveiskommunikasjon fra sykepleieren sin side (Tveiten, 2009).

5.5 Livsstilssveiledning

Dagens samfunn preges av ny teknologi og lettvinnte løsninger. Denne lettvintheten øker tilgangen til energirike matvarer og minsker kravene til fysisk aktivitet. Det er slike lettvinnte løsninger vi må motivere pasienten til å motstå og øke hans forståelse for at levevanene må endres for å oppnå tilfredsstillende behandling. I våre praksisstudier erfarte vi at de nydiagnostiserte pasientene hadde fått beskjed fra fastlegen om å gjøre store endringer i kostholdet og sørge for minst 30 minutters aktivitet om dagen. I slike tilfeller tenker vi at legen burde ha oppfordret pasienten til å begynne i det små og informere om at endringer tar tid. Å gjøre mange endringer i livsstilen på så kort tid, er vanskelig å utføre både for friske mennesker og ikke minst pasienter nydiagnostisert med type 2-diabetes. Resultatet blir at pasientene opplever en svikt i motivasjonen og ønsket om å gjøre endringer avtar.

En endring i livsstil krever selvdisciplin og kontroll, og er en stor utfordring som vil pågå livet ut (Ofteidal, 2011). Helt grunnleggende bør sykepleieren starte veiledningen/undervisningen med å forklare fysiologiske prosesser i kroppen og hvordan høye blodsukkerverdier øker risikoen for å utvikle senkomplikasjoner. Deretter kan sykepleieren forklare hvordan blodsukkerverdiene blir regulert av spisevanene og aktivitetsnivået. Det er særdeles viktig at pasienten forstår hvorfor disse endringene er så viktige og hvordan endringene gir utslag i kroppen.

5.6 Motiverende kostveiledning

Å utføre endringer i kostvanene påvirker pasientens hverdag i stor grad. Gjentatte ganger om dagen må pasienten kunne vurdere hva som gagnar ham best og ta de riktige avgjørelsene i forhold til kosthold og blodglukoseverdier. Både teoretisk og praktisk kunnskap om kosthold er viktig, og rådene skal være konkrete, lette å forstå og individuelt tilpasset. I studien til Jansink m.fl (2010) oppga sykepleierne at de følte de hadde utilfredsstillende kunnskaper om kosthold, og mente at kostrådgivning var ernæringsfysiologens oppgave. Rådene fra sykepleierne ble derfor enkle og upassende, og sykepleieren hadde vansker med å motivere pasienten. Vi føler det er nærliggende å tro at sykepleierens grunnkunnskaper om kosthold burde vektlegges mer, da et riktig sammensatt kosthold er viktig i alle former for sykdom og skade. Vårt forslag til endring av praksis innebærer at kosthold og ernæring burde være mer i fokus både under utdanning og i form av interne kurs på arbeidsplassen, slik at en hever sykepleierens kompetanse innen kostveiledning.

På den ene siden finnes det solskinnshistorier om pasienter som uproblematisk gjennomfører store kostholdsendringer etter diagnosetidspunktet. Derimot finnes det umotiverte pasienter som ikke er villige til å gripe fatt på slike endringer på den andre siden. Vi er enige med Aas(2011)som fremhever at det er en grunn til at pasienten har tilegnet seg de spisevanene de har, og endringer i vanene bør ikke være så omfattende at de ikke er gjennomførbare over tid. Vi mener at kostveiledningen bør fokusere på et næringsrikt og sammensatt kosthold, og ta utgangspunkt i pasientens normale matinntak. I tillegg bør kostveiledningen fremheve viktigheten av små, hyppige måltider for å kunne regulere blodsukkeret på best mulig måte.

For å kunne gi en god kostveiledning må vi ta hensyn til hvilken kunnskap pasienten har, hans tidligere erfaringer og forutsetninger. Pasienten har ofte vansker med å endre kostholdet og tror omfanget av endringene krever mer enn de gjør. Vår rolle handler om å forenkle og motivere til små endringer over lengre tid. Det handler eksempelvis om å redusere innholdet av karbohydrater i måltidet, fra fire poteter til en potet til middagen. Vi mener at det i starten er bedre å redusere mengden av det som påvirker blodsukkeret enn å kutte det helt ut. .

Aas (2011) sier at det er sykepleierens rolle å «...*fortelle hvilke konsekvenser matvanene har for sykdommen, og å hjelpe den som har diabetes, til selv å finne en løsning ved å stille de rette spørsmålene.*» (Aas, 2011;140) Under kostveiledningen bør vi identifisere positive sider ved pasientens kosthold og rose disse. På denne måten får pasienten en følelse av mestring og bekreftelse på at det ikke er nødvendig å endre hele kostholdet (Aas, 2011). Derneft kan pasienten oppfordres til å komme med et forslag til endring som for ham er gjennomførbart.

Neste steg i kostveiledningen handler om å identifisere barrierer for videre endring, diskusjon av ulike løsningsforslag og enighet om planen videre. Pasienten kan selv utforme tiltak, men vi må hjelpe pasienten med å se hvor og når endringer bør gjøres og hvordan endringene kan skje i praksis. God oversikt over kostholdsvanene er viktig for å kunne veilede pasienten slik han trenger.

5.7 Motivasjon til fysisk aktivitet

Forskning viser at pasienter med type 2-diabetes i gjennomsnitt er mer inaktiv enn resten av

befolkningen. I tillegg til at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle i diabetesbehandlingen, fører fysisk aktivitet til økt energi og velvære, bedret selvbilde og reduserer risikoen for depresjoner (Mæland, 2010). Oppsummert burde de helsemessige gevinstene med mosjon være nok til å motivere pasienten, men det viser seg at graden av motivasjon er lavere når det gjelder fysisk aktivitet enn kostholdsending (Ofstedal m.fl, 2010a).

På den ene siden er motivasjonen avhengig av elementær kunnskap om fysisk aktivitet. På den andre siden er motivasjonen avhengig av en forståelse av det som skjer med blodsukkeret under fysisk aktivitet. Både insulinfølsomheten og glukosetoleransen forbedres som følge av aktivitet. Å være i aktivitet fører til en sammentrekning av muskulaturen som gjør at glukoseopptaket i musklene øker og bedrer insulinfølsomheten (Christophersen 2004). En slik forståelse av hva som skjer med kroppen er med på å styrke pasientens indre pågangskraft.

Vår oppgave som sykepleiere er å undersøke om det finnes noen underliggende årsaker til pasientens motvilje til å trene, slik at vi kan finne løsninger på pasientens problem. Målet med å motivere til aktivitet er å drive pasienten mot *tanken* om endring. Ved å stille åpne spørsmål som «*hvilke helsegevinster ønsker du å oppnå?*» og stadig gi bekreftelser på riktig atferd, bidrar vi til at pasienten ser gevinstene med trening og blir mer motivert. Det er pasienten som har fasiten på hva som passer ham og hans situasjon. God kartlegging er viktig og opplegget for fysisk aktivitet må individualiseres.

Sykepleieren bør motivere pasienten til å være i daglig aktivitet. Hvilken treningsform, hvor lenge og hvor ofte avhenger av pasientens alder, kjønn, kardiovaskulær risiko, senkomplikasjoner og kulturelle forhold. Hos pasienter som tidligere har vært fysisk inaktiv, anbefaler Helsedirektoratet (2009) 30 minutters aktivitet med moderat intensitet hver dag. Hvilken aktivitet avhenger av hva pasienten ønsker og trives med. Vi opplevde at de inaktive pasientene følte det var ekstra tungt å komme i gang med fysisk aktivitet. Pasienten bør føle at mosjonen er lystbetont, og han bør unngå å mosjonere til han blir utmattet. Ved å finne en aktivitet som gjør at pasienten ikke blir helt tappet for krefter, øker sjansen for at pasienten har motivasjon til å gjenta atferden. Samtidig må vi ta høyde for at pasienten kanskje blir utmattet uansett form for trening på grunn av tidligere aktivitetsnivå. Tretthet og ubehag i forhold til trening kan være en av grunnene til at trening blir mindre attraktivt, sier Ofstedal m.fl (2010). I slike tilfeller kan sykepleieren forklare litt om hva som skjer med kroppen når

en trener og bekrefte at dette er normalt hos alle ved treningsoppstart.

Å begynne i det små er viktig og dette vil være med på å styrke troen og ønske om å fortsette med treningen. I studiene til Oftedal m.fl (2010) oppga deltakerne at mål og målsetninger hadde liten funksjon da de syntes det var vanskelig å se inn i fremtiden. Vi synes det er viktig å hjelpe pasienten til å se fordelene av å sette seg mål og delmål. Vi bør assistere pasienten i å sette seg et hovedmål, som for eksempel kan være så generelt som å bli i bedre form. Deretter kan det settes opp delmål som fungerer som et vei mot hovedmålet. Det kan eksempelvis være å gå tre turer i uken, i en halvtime.

Vi tror at tiltak som gruppebaserte ordninger for fysisk aktivitet kan være med på å øke motivasjonen til inaktive pasienter. Sammen kan gruppemedlemmene trene sammen ved et helsestudio, idrettslag eller delta på andre aktiviteter som finnes i kommunen. Dette er med på å ufarliggjøre, føle tilknytning til og forme nye stier til mulighetene som finnes. Pasientene føler dermed seg tryggere og hjelpes «ut av sofaen». Slike grupper skaper tilhørighet og gjør det lettere å holde aktiviteten vedlike.

6.0 Konklusjon

Vi har i denne besvarelsen tatt for oss hvordan vi som sykepleiere kan veilede og motivere til livsstilsendringer hos pasienter med nyoppdaget Type 2-Diabetes. Ved at pasienten får tilfredsstillende, individualisert og relevant kunnskap, tror vi pasienten har en større forutsetning for å lykkes med livsstilsendringen. Som veileder er det viktig at sykepleieren er lyttende, imøtekommende, inkluderende og kunnskapsrike i møte med pasienten.. Det å endre levevaner er komplisert og tar tid, derfor er det viktig at vi som sykepleiere legger opp til små endringer for å øke pasientens mestringsfølelse og motivasjon.

Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Aadland. E., (2011) «*Og eg ser på deg...*» Oslo: Universitetsforlaget, 2 utgave

Almås. H. (red), (2011) «*Klinisk sykepleie*», Bind 1 og 2.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 3. Utgave

Bjørk I, Solhaug M. (2008) «*Fagutvikling og forskning I klinisk sykepleie*»
1 utgave, 1 opplag. Oslo: Akribe AS

Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskrivning
Oslo: Gyldendal Akademisk, 5 utgave

Eide, H., Eide, T., (2000) «*Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling,
Konfliktløsning og etikk*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS», 1. Utgave

Jacobsen.D. Kjeldsen S. Ingvaldsven B. Buanes T. Røise O. (2009) «*Sykdomslære ,
indremedisin, kirurgi og anestesi*». 2 utgave, 3 opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS

Mæland. J. (2010). *Forebyggende Helsearbeid* . Oslo: Universitetsforlaget , 3 utgave
Oslo: Universitetsforlaget , 3 utgave

Støren I. (2013) «*Bare søk –Praktisk veiledning I å skrive litteraturstudie*»
Oslo : Cappelen Damm AS, 2 utgave

Tveiten S (2009) «*Pedagogikk i sykepleiepraksis*, «2.utg, Bergen,
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Selvvalgt litteratur:

Aas, A.M., (2011) "Kostens betydning ved diabetes", i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Allgot, B., (2011) "Diabetes i et brukerperspektiv" i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Anderssen. S. A., Strømme. S. B., (2011) «*Fysisk aktivitet og Helse – anbefalinger*»

Tilgjengelig fra:

<http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2001/2037-41.pdf>

Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P., (2001). "Endringsfokusert rådgivning".

Oslo: Gyldendal Akademisk, 1 utgave

Borrild. L. K., Musaeus. L., (2001) «*Sygepleje til mennesker med diabetes*»,

Munksgaard Danmark, 1. utgave, 1. opplag 2001

Diabetesforbundet, (2012) "Hva er rett kosthold" Tilgjengelig fra:

http://www.diabetes.no/Hva+er+rett+kosthold%3F.b7C_wIHU5I.ips

Graue, M., Anne Haugstvedt, (2011) "Opplæring, undervisning og veiledning" i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. Opplag

Helsedirektoratet, (2009), «*Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*». Oslo: Helsedirektoratet, Sist revidert 10/2011, Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonal-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf>

Hopen, L., (2010) "Læring å mestring ved langvarig sykdom" I Unni Knutstad (red.) «*Sentrale begreper i klinisk sykepleie*» Akribe. 3 utgave.

Karlsen, B., (2011) "Den individuelle veilednings samtalen - nøkkel til bedret mestring?". i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Kirkevold, M., (2009) «*Sykepleieteorier – analyse og evaluering*», Gyldendal Norsk Forlag AS, 2. utgave, 7. opplag.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., (2005). "Teoretiske perspektiver på sykepleie." Grunnleggende sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s.13-99).

Funnell, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L.B., Hosey, M., Jensen, B., Maryniuk, M., et al. (2009). "National standards for diabetes self-management education." Tilgjengelig fra: <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/10236183/2613581.pdf?sequence=3>. Diabetes Care 32(Suppl. 1): S87-S94.

Prescott, P., Børtveit, T., (2004). "Helse og atferdsendring". Oslo: Gyldendal Akademisk, 1. utgave, 1. opplag

Lovdata, (1999) "Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)" Hentet 5 mars 2014 fra kapittel 3, rett til medvirkning og informasjon. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
Lovdata - Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
lovdata.no

Teigen, K. H., (2013). "Motivasjon." I Store norske leksikon. Hentet fra <http://snl.no/motivasjon>, 11. mars 2014

Rokne, B., (2011) "Livskvalitet ved kronisk sykdom" i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Sagen, J.V., (2011) "Sykdomslære". i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Sagen, J.V., (2011) "Fysisk aktivitet". i Anita Skafjeld og Marit Graue (red) "Diabetes". Akribe AS, 1. opplag.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). Tilgjengelig fra:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YERhefte_pdf.pdf

World Health Organization, media centre (2013) "Diabetes" Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>, Hentet 4 februar 2014.

Forskningsartikler

* Presentert I artikkelmatrise.

*B. Thoolen, D. Ridder, J. Bensing, K. Gorter, G. Rutten..(2007).
Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self- management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes.
(1):53-61. Epub 2007 Feb 7.

*M.J. Davies, S. Heller, T.C. Skinner, M.J. Campbell, M.E. Carey. (2008)
Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. BMJ 2008;336:491 BMJ 2008;336:491

*Bru, E., Karlsen, B. & Oftedal, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 25, 735–744. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.

*Oftedal B, Bru E og Karlsen B (2010) Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes, *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness – An International Journal*, doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01074.

*Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*. Doi: 10.1186/1471-2296-11-41

*Bartol. T(2012). *Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner*. Volume 24, Issue Supplement s1, pages 270–276.

* Adolffsson ET, Starrin B, Smide B, Wikblad K(2008). *Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study*. 45(7):986-994]

*Dellasega, C. m.fl. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. I: *Diabetes Research and Clinical Practice*. 95. (1), s. 37-41. Hentet fra Cinahl.

*Nagelkerk J (2006). *Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management*. , *Journal of Advanced Nursing*. Volume 54, Issue 2, pages 151–158,

Tittel	Beyond Good Intentions: the development and evaluation of a proactive self- management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes.
Forfatter, År og land, Tidsskrift	B. Thoolen, D. Ridder, J. Bensing, K. Gorter, G. Rutten., 2007 Nederland, British Nursing Index
Metode	Det var to grupper hvor den ene mottok intensiv behandling og den andre mottok behandling i følge de nasjonale retningslinjene.
Deltagere	180 type 2 pasienter deltok.
Hensikt	En intervensjon spesielt designet for å hjelpe pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 til å fortsette med å opprettholde selvbilde og være selvhjulpet.
Hovedfunn	Kurset var kortsiktig og det var dermed vanskelig å få et godt resultat. De som deltok var veldig positiv til kurset og kurset hadde en praktisk verdi. Deltagerne dannet et inngrep i første skritt til å ta en mer proaktiv og problemløsende tilnærming til sin egen diabetesbehandling.
Hva sier artikkelen om temaet	Etter å ha lest den var den ikke relevant for vår oppgave.
Styrke/svakheter	Denne ble ikke brukt
	1

Tittel	Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial
Forfatter, År og land, Tidsskrift	M.J. Davies, S. Heller, T.C. Skinner, M.J. Campbell, M.E. Carey, 2008 Storbritannia, British Medical Journal British Nursing Index
Metode	Strukturert gruppe utdanningsprogram styrt av utdannet helsepersonell.
Deltagere	842 voksne mennesker deltok. 207 praksis i 13 forskjellige helseforetak var involvert.
Hensikt	Vurdere og måle effektiviteten av et strukturert gruppe utdanningsprogram på biomedisinske, psykososiale og livsstilsendringer hos personer med nylig diagnostisert type 2 diabetes.
Hovedfunn	Et gruppestrukturert program fokusert på forandringer kan suksessfullt engasjere de med ny diagnostisert diabetes type 2 til å starte med merkbare livsstilsforandringer innen 12 måneder etter å ha fått diagnosen. Alle deltakerne hadde tilgang til undervisning. Ingen av de som deltok hadde hatt diagnosen i lenger enn 12 uker.

Hva sier artikkelen om temaet	Innehold lite relevant forskning i forhold til vår oppgave.
Styrke/svakheter	Denne artikkelen ble ikke brukt.
	2

Tittel	Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes
Forfatter, År og land, Tidsskrift	B. Oftedal, E.Bru Dr Philos, B. Karlsen, 2011 Norge, Journal of Advanced Nursing
Metode	Spørreskjema. Skjemaet inkluderte spørsmål vedrørende trening og kost, samt ulike motivasjonsfaktorer som for eksempel forventning.
Deltagere	425 voksne i alderen 30-70 år med type 2 diabetes fullført spørreskjemaet
Hensikt	Hensikten var å se på motivasjon, forventninger og verdier, og hvordan innvirkning dette har på kost og aktivitet hos voksne med diabetes type-2.
Hovedfunn	Det ble rapportert at diett var mer i tråd med anbefalingene enn trening. De spurte syntes det var lettere å gjøre endringer som innbar kost og diett enn fysisk aktivitet.
Hva sier artikkelen om temaet	Denne studien gir innsikt i styring av kosthold og mosjon blant voksne med type 2 diabetes samt om forventninger pasienter har til det å gjøre endringer i forhold til kost og mosjon. Det kom tydelig frem at pasienten lettere fulgte diettplanen enn planen for fysisk aktivitet. Artikkelen sier også noe om motivasjon, både til fysisk aktivitet og kosthold.
Styrke/svakheter	Denne syntes vi var bra så denne ble mye brukt. Bra innspill i forhold til motivasjonsfaktorer
	3

Tittel	Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes
Forfatter, År og land, Tidsskrift	B. Oftedal, E.Bru Dr Philos, B. Karlsen, 2011 Norge, Scandinavian Journal of Caring Science
Metode	Kvantitativ studie, Spørreskjema

Deltagere	425 deltakere i alderen 30-70 år
Hensikt	Hensikten var å finne ut hvordan mennesker med type 2 diabetes oppfatter sosial støtte, kosthold og mosjon/ledelse, og i hvilken grad disse relasjonene er medierte av hvilke forutsetninger de har av sine egne evner.
Hovedfunn	De beskrivende Resultatene viste at flertallet av deltakerne rapporterte om konstruktiv støtte fra helsepersonell fra familie og venner. Bare beskjedne sammenhenger ble funnet mellom sosial støtte og selvledelse.
Hva sier artikkelen om temaet	Funn tyder på at det er viktig for helsepersonell å vurdere balansen mellom empatiske, ikke-konfronterende og mer konfronterende tilnærminger. En mer konfronterende tilnærming kan være hensiktsmessig. En mer støttende tilnærming er utfordrende og kompleks, og kan avhenge av skreddersydde og løpende støtte. Endelig funnet støtte fra familie og venner.
Styrke/svakheter	Denne var også veldig bra og ble mye brukt. En god artikkel om støtte og motivasjon til pasienter
	4

Tittel	Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis
Forfatter, År og land, Tidsskrift	Renate Jansink, Jozé Braspenning, Trudy van der Weijden, Glyn Elwyn og Richard Grol, 2010 Nederland,
Metode	Kvalitativ semistrukturert studie. Dybdeintervju. 13 tyske, kvinnelige sykepleiere, med generell sykepleiekompetanse, som arbeider med
Deltagere	12 sykepleiere ble intervjuet.
Hensikt	Undersøke barrierer og utfordringer ved veiledning. Fokus på sykepleier, pasient og praksis.
Hovedfunn	Denne artikkelen sier noe om at for lite kunnskap og innsikt i sin egen sykdom kan være et hinder for pasienten. Likeså er feilinformasjon om kost og fysisk aktivitet ødeleggende. Pasientene fant ofte unnskyldninger og var lite villige til å ta tak hvis en endring tok for lang tid. Sykepleieren opplevde ofte at pasientene ble frustrerte, manglet motivasjon, og føler seg maktesløse. Sykepleierens rolle ble også nevnt.
Hva sier artikkelen om temaet	Manglende ferdigheter innen veiledning og undervisning hos sykepleiere, samt mangelfullt kunnskapsnivå blant pasientene.
Styrke/svakheter	Ble brukt en del. Belyser de ulike barrierene som oppstår rundt pasienter med diabetes, når det er nødvendig å utføre diverse livsstilsendringer, sett fra sykepleierens side.

Tittel	Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner
Forfatter, År og land, Tidsskrift	Tom Bartol , 2012 USA, American Academy of Nurse Practitioners
Metode	Kliniske studier
Deltagere	
Hensikt	Hensikten var å finne rollen til sykepleier i å motivere og veilede pasienter med type 2 diabetes til å selv styre sin sykdom, nå sine behandlingsmål, og har en mer positiv erfaring med behandling.
Hovedfunn	Sykepleier spille en sentral rolle i opplæring av pasienter og hjelpe dem til å forstå behovet for, og nytten av diabetes kontroll.. Sykepleier spiller også en sentral i å hjelpe til å motivere pasienter til å være aktive aktører i sin egen diabetesbehandlingen.
Hva sier artikkelen om temaet	Denne artikkelen belyser argumentet om at en sykepleier må ha en grunnleggende og sterk forståelse av kvantitative og kvalitative forsknings- design og tolkning for å gjennomføre forskningsbaserte prosjekter i praksis
Styrke/svakheter	Denne brukte vi en del. Artikkelen diskutere rollen til sykepleier utøvere i å motivere og veilede pasienter med type 2 diabetes til å selv styre sin sykdom, nå sine behandlingsmål, og har en mer positiv erfaring med behandling
	6

Tittel	Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study
Forfatter, År og land, Tidsskrift	Eva Thors Adolfsson, Begngt Starrin, Bibbi Smide og Karin Wikblad, 2008 Sverige/Norge, International Journal of Nursing Studies
Metode	Kvalitativ studie. Filmet semistrukturert intervju.
Deltagere	28 pasienter, der 14 fikk individuell rådgivning, mens 14 i tillegg hadde myndiggjørende gruppeveiledningstimer.
Hensikt	Undersøke pasienters erfaring av å delta i gruppeveiledning sammenlignet med individuell rådgivning.

Hovedfunn	Relasjoner, deltakende læring og selvkontroll, kan bidra til å styrke pasientens egenomsorgsevner.
Hva sier artikkelen om temaet	Sier noe om gruppearbeid og individuell utdanning/opplæring innenfor diabetes 2.
Styrke/svakheter	Ble mye brukt i forhold til veiledning.
	7

Tittel	How Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Respond to Motivational Interviewing
Forfatter, År og land, Tidsskrift	Cheryl Dellasega , Raquel M. Añel-Tiangco , Robert A. Gabbay , 2012 Irland, Diabetes Res Clin Pract.
Metode	kvalitativ studie ved hjelp av fokusgrupper gjennomført av samme tilrettelegger .
Deltagere	4 fokusgrupper bestående av 19 voksne pasienter med type 2
Hensikt	Formålet med denne artikkelen var å finne ut hvordan pasienter med type 2 diabetes responderer på motiverende samtaler som et tiltak. Motiverende samtaler hadde til hensikt å skape en positiv atferdsendring.
Hovedfunn	Pasientens oppfatninger av standard behandling var stort sett negativ. Flere personer beskrev at de hadde en nedverdiggende holdninger til den tradisjonelle behandlingen. Noen pasienter med type 2 diabetes var mottakelig for motiverende intervju (MI)som er en tilnærming, og disse syntes at Mi var bedre enn den tradisjonell behandling.
Hva sier artikkelen om temaet	Det ble konkludert med at noen pasienter med type 2 diabetes er mottakelige for motiverende samtaler. Pasienten var åpen for nye metoder i pasientbehandlingen og et mer pasientfokusert opplegg.
Styrke/svakheter	Ble brukt som en støttende artikkel innenfor motivasjonsarbeid.
	8

Tittel	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management
Forfatter, År og land, Tidsskrift	Jean Nagelkerk , Kay Reick , Leona Meengs 2006 USA, Journal of Advanced Nursing

Metode	Kvalitativ studie, innholdsanalyse av filmede fokusgrupper..
Deltagere	24 voksne diagnostisert med type 2 .
Hensikt	Denne artikkelen rapporterer det som oppfattes som barrierer for og effektive strategier i rurale omgivelser
Hovedfunn	Funnene sier : å inkludere livet med diabetes er sentralt for å optimalisere glykemisk kontroll. Kost og egenomsorg innen diabetes. Å identifisere individuelle barrierer, ha et støttende nettverk, utvikling av innstilling er nøkkelord i behandlingen. Denne studien ser på barrierene og de effektive strategiene
Hva sier artikkelen om temaet	Samarbeid og positive holdninger fremmer læring og ansvarlighet.
Styrke/svakheter	Ble mye brukt.
	9

Funnene sier : å inkludere livet med diabetes er sentralt for å optimalisere glykemisk kontroll. Kosthold og trening er to av de vanskeligste aspektene av egenomsorg innen diabetes. Å identifisere individuelle barrierer, ha et støttende nettverk, utvikling av gode relasjoner med helsepersonell og å skape en positiv innstilling er nøkkelord i behandlingen. Denne studien ser på barrierene og de effektive strategiene som kan fremme pasientenes egenomsorg.

Språk	P	I	O
Norsk	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Diabetes type 2 • Pasient • Voksen • Middeldaldrende 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiledning • Undervisning • Undervisningsmetoder • Informasjon • Empowerment • Støtte • Kunnskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Livsstilsendringer • Kosthold • Fysisk aktivitet • Motivasjon • Mestringsfølelse • Livskvalitet • Helse • Adferd • Selvhjelp • Egenomsorg
Engelsk	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Type 2 diabetes • Pasient • Adult • Middle aged 	<ul style="list-style-type: none"> • Guidance • Education • Educational methods • Information • Empowerment • Support • Knowledge 	<ul style="list-style-type: none"> • Life style changes • Cost, diet • Fysical activity • Motivation • Achievement • Quality of life • Health • Behaviour • Self care • Self management

Database og dato	Søkeord	Antall ord
<i>Swemed+</i> 02/02-14	Diabetes Diabetes Mellitus Diabetes type Diabetes type 2 Pasient Quality of life Adult Middle aged Studies Instruction Education Educational methods Learning Teaching Guidance Information Empowerment Support Support group Knowledge Life style Life style changes Managing Diet Nutrition Physical activity Training Motivation Weight control Achievement Behaviour Prevention Intervention Health Self care Self management Insulin Non-insulin Experience	2540 2442 1561 1073 1605 2573 30652 16105 17074 141 12249 193 1620 1247 242 7376 234 3287 304 2184 2277 450 1784 1640 2444 2410 1361 1283 69 200 188 2994 1120 29263 1237 811 789 2254 2179
<i>Proquest</i> 02/02-14	Diabetes Diabetes Mellitus Diabetes type Diabetes type 2 Pasient Quality of life Adult Middle aged Studies Instruction	2765468 671685 2646140 1933751 18413518 6312013 15869673 4538643 44755525 4116029

	Education	20913240
	Educational methods	849154
	Learning	8497940
	Teaching	5563107
	Guidance	3438042
	Information	86731467
	Empowerment	589560
	Support	4348086
	Support group	16902754
	Knowledge	9376686
	Life style	4088892
	Life style changes	2944243
	Managing	8425942
	Diet	2995413
	Nutrition	2461336
	Physical activity	2382034
	Training	16428581
	Motivation	1983856
	Weight control	2229673
	Achievement	4851026
	Behaviour	9856816
	Prevention	5510902
	Intervention	4227854
	Health	33348812
	Self care	2677510
	Self management	2035933
	Insulin	1069090
	Non-insulin	60363
	Experience	23499479
PubMed 03/02-14	Diabetes	345854
	Diabetes Mellitus	345854
	Diabetes type	183696
	Diabetes type 2	88241
	Pasient	4802401
	Quality of life	2166479
	Adult	5733056
	Middle aged	3231833
	Studies	3981171
	Instruction	188610
	Education	933161
	Educational methods	67365
	Learning	384376
	Teaching	840049
	Guidance	62876
	Information	836026
	Empowerment	25026
	Support	7270841
	Support group	953393
	Knowledge	441438
	Life style	69288
	Life style changes	8240
	Managing	51087
	Diet	369087
	Nutrition	286566
	Physical activity	302935
	Training	1066366

	Motivation	148820
	Weight control	234398
	Achievement	35370
	Behaviour	1574711
	Prevention	1237116
	Intervention	342838
	Health	2814850
	Self care	115853
	Self management	132684
	Insulin	314768
	Non-insulin	11360
	Experience	435162
Scopus 03/02-14	Diabetes	578380
	Diabetes Mellitus	494833
	Diabetes type	191963
	Diabetes type 2	142188
	Pasient	5953843
	Quality of life	375048
	Adult	5975030
	Middle aged	2639339
	Studies	16569811
	Instruction	141442
	Education	313309
	Educational methods	81240
	Learning	721993
	Teaching	322620
	Guidance	151380
	Information	2985791
	Empowerment	20849
	Support	3483302
	Support group	499421
	Knowledge	1112358
	Life style	61668
	Life style changes	12980
	Managing	144311
	Diet	561434
	Nutrition	298325
	Physical activity	243538
	Training	614869
	Motivation	182241
	Weight control	293358
	Achievement	163735
	Behaviour	3016956
	Prevention	776900
	Intervention	716424
	Health	2950542
	Self care	147335
	Self management	89682
	Insulin	505802
	Non-insulin	125483
	Experience	1114018

