



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**SY 180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie**

Innleveringsdato: 28.04.11

Kandidatnummer: 40 og 68

Kull: 08H

Totalt antall ord: 8908

*”Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom veiledning hjelpe pasienten med nyoppdaget diabetes type 2 til å mestre sin hverdag?”*



## Innhold

1.0 Innledning.....	3
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema .....	3
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Oppgavens hensikt .....	3
1.4 Avgrensninger .....	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	4
2.0 Metode.....	4
2.1 Hva er metode .....	4
2.2 Kvantitativ og Kvalitativ metode .....	5
2.3 Valg av metode.....	5
2.4 Intervju .....	5
2.4.1 Utførelsen av intervjuet.....	5
2.4.2 Bearbeidelse av intervjuet .....	6
2.5 Ethiske overveielser .....	6
2.6 Presentasjon av litteratur .....	7
2.7 Kildesøk .....	7
2.8 Kildekritikk .....	8
2.9 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....	8
3.0 Teori .....	9
3.1 Diabetes mellitus .....	9
3.2 Diabetes mellitus type 2 .....	10
3.3 Behandling og forebygging av diabetes type 2 .....	10
3.4 Dorotheas Orems omsorgsteori.....	11
3.4.1 Egenomsorg.....	11
3.4.2 Egenomsorgsbehov .....	11
3.4.3 Sykepleiersystemer.....	11
3.5 Stress og mestring .....	13
3.5.1 Lazarus og Folkmans stress og mestringsteori.....	13
3.6 Krise .....	14
3.7 Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	15
3.8 Veiledning .....	16
3.9 Dialog som metode.....	17
4.0 Presentasjon av drøfting og funn.....	18
4.1 Pasientens reaksjoner på å få diabetes type 2.....	18
4.2 Å leve med diabetes type 2.....	20

4.2.1 Brukermedvirkning .....	22
4.3 Hvordan å veilede pasienten til å mestre egenomsorgskrav?.....	23
4.3.1 Dialog som metode.....	23
4.3.2 Innholdet i veiledningen.....	23
4.3.3 Veiledning av pasienten .....	24
4.3.4 Veiledning til pårørende.....	27
4.3.5 Evaluering av veiledningen.....	28
5.0 Konklusjon .....	29
6.0 Litteraturliste .....	30

## 1.0 Innledning

Kapittelet inneholder en presentasjon og begrunnelse for valg av tema.

### 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

I følge verdens helseorganisasjon er diabetes type 2 et av verdens største helseproblem. I Norge har ca 3500 000 diabetes type 2, hvor det anslås at halvparten av disse er udiagnostisert. Mye av grunnen til økningen av antall personer med diabetes type 2 skyldes som hovedsak endringer i levestillet. Folk er mindre fysisk aktive, samt at inntak og tilgjengelighet av usunn mat er økt (Valer, 2004).

Vi har valgt å skrive om hvordan vi som sykepleiere gjennom veiledning til pasienter med diabetes mellitus type 2 kan bidra til mestring av egen hverdag. Bakgrunn for interessen er at vi gjennom vår praksiserfaring som sykepleierstudenter har sett at det er lite fokus på sykepleierens pedagogiske funksjon. Erfaringene våre viser også at kvaliteten på veiledningen er noe variert.

### 1.2 Problemstilling

*”Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom veiledning hjelpe pasienten med nyoppdaget diabetes type 2 til å mestre sin hverdag?”*

### 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven vil være å se på sykepleierens funksjon i forhold til veiledning til pasienter med diabetes type 2. Veiledning er en stor del av vårt arbeid som sykepleiere i møte med alle typer pasienter. Med bakgrunn i helsepersonelloven (1999) er vår pedagogiske funksjon som sykepleier lovfestet. Vi vil ha som mål med oppgaven å få en økt handlingskompetanse i forhold til vår funksjon som sykepleier når det gjelder veiledning.

### 1.4 Avgrensninger

Oppgaven omhandler voksne pasienter inneliggende på sykehus med nyoppdaget diabetes type 2. Vi har valgt å ikke legge fokuset på en enkelt pasient i en bestemt livssituasjon, men diabetes type 2 pasienter som en gruppe. Fokuset i oppgaven vil være veiledning til disse

pasientene og hvordan de på best mulig måte kan mestre sin hverdag med diabetes type 2. Dette vil også bidra til at senkomplikasjoner forebygges. Oppgaven tar utgangspunkt i at pasientene blir behandlet uten medikamentelle behandlingsformer. Fokuset vil være betydningen av livsstilsendringer. Dette ved for eksempel kostholdsendringer og fysisk aktivitet. Teorien beskriver ikke hva et diabeteskosthold inneholder, den beskriver heller ikke hva fysisk aktivitet er, da dette vil bli for stort omfang. Oppgaven drøfter betydningen livsstilsendringer har for mestring av diabetes type 2. Oppgaven fokuserer på de psykiske og fysiske aspektene ved diabetes type 2, de åndelige og sosiale aspektene sykdommen medfører er ikke omtalt. Dette med bakgrunn av at omfanget vil bli for stort. Teori som omhandler kommunikasjon er stor og vi har derfor valgt å fokusere på dialog som metode innen veiledningssituasjoner med pasienten.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt inn i fem deler. Innledningsvis presenterer og begrunner vi valg av tema, vår problemstilling, hensikt og avgrensninger i oppgaven. Kapittel to omhandler vårt valg av metode for innhenting av data. Denne delen viser hvordan vi har gått fram for å innhente data som skal gi oss svar på vår problemstilling. I det tredje kapitlet presenterer vi teori som er relevant for å kunne svare på vår problemstilling. I det fjerde kapitlet blir det presentert funn fra teori og intervju og en drøfting av dette opp imot vår problemstilling. Kapittel fem består av en konklusjon. Denne gir en kort oppsummering av svar og funn gjort i oppgaven.

## **2.0 Metode**

Dette kapitlet gir en beskrivelse av vårt metodevalg og hvordan vi har gått fram for å finne data for å få svar på vår problemstilling.

### **2.1 Hva er metode**

Å være vitenskapelig er å være metodisk i følge Dalland. Metode er en framgangsmåte man benytter seg av for å teste ut om ulike fenomener er holdbare og gyldige. Metoden er måten vi går fram på for å få svar på problemstillingen (Dalland, 2007).

## **2.2 Kvantitativ og Kvalitativ metode**

Ved kvantitativ metode henter man inn data som går i bredden på det fenomenet man undersøker. Metoden har til hensikt å få fram det representative for undersøkelsesfeltet. Funnene omgjøres til målbare data ved for eksempel tall eller statistikker. Ved kvalitativ metode går man i dybden på fenomenet, hvor man ønsker å få fram opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste. Data som samles inn ved kvalitative metoder forsøker å få fram en forståelse og helhet at et fenomen. Både kvalitative og kvantitative undersøkelses metoder formidler en forståelse for samfunnet, men har ulik måte å framstille dataene på (Dalland, 2007).

## **2.3 Valg av metode**

I vår oppgave har vi valgt å gjøre et kvalitativt intervju med en diabetessykepleier. I tillegg til intervju har vi gjort en litteraturstudie. Vi har brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsbaserte artikler. Vi har hovedsakelig benyttet oss av primærlitteratur. Sekundærlitteratur i oppgaven er begrunnet i kildekritikken.

## **2.4 Intervju**

Vi ønsket å gjøre et intervju med en diabetessykepleier for å finne ut hvordan sykepleier veileder personer med diabetes. Først kontaktet vi undersøkelsesfeltet ved personlig oppmøtte ved avdelingen. Her leverte vi et informasjonsbrev som inneholdt en presentasjon av problemstillingen samt formålet med intervjuet, intervjuguiden og tillatelse til datasamlings skjema (vedlegg 1 og 2) til avdelingssleder. Vi ønsket å utføre et halvstrukturert intervju. Intervjuguiden inneholdt temaer vi ønsket å ta opp, men som nødvendigvis ikke trengte å følge en bestemt rekkefølge. På den måten vil det bli enklere å komme med tilleggsspørsmål underveis i intervjuet. Et halvstrukturert intervju gir mulighet for informanten å komme med svar på spørsmål vi på forhånd ikke har stilt, men som er relevant for vår problemstilling (Dalland, 2007). Bekreftelsen på at vi kunne intervju en diabetessykepleier fikk vi per telefon. Dagen før intervjuet, ringte vi informanten for å bekrefte møte.

### **2.4.1 Utførelsen av intervjuet**

Vi ble møtt av informanten på avdelingen. Hun virket imøtekommende og motivert for intervjuet. Vi ble vist inn på hennes kontor, der vi satt på hver vår side av et bord, hun satt

foran oss. Vi hadde på forhånd fått vite at informanten ikke ønsket bruk av båndopptaker. Vi hadde før intervjuet bestemt at en skulle skrive notater for hånd fra intervjuet, mens den andre førte dialogen. Før intervjuet startet, spurte vi henne om hun hadde lest informasjonsbrevet, informerte henne om vår taushetsplikt samt hennes rett til å avbryte intervjuet. Informanten virket forberedt da hun hadde skrevet notater fra intervjuguiden hun hadde fått. Intervjuguiden ble brukt som en ramme for samtalen der første tema som sto øverst på intervjuguiden ble først tatt opp, deretter fulgte svar på spørsmålene naturlig i dialogen. Det var kun ved enkelte anledninger nødvendig stille spørsmål direkte fra intervjuguiden. Informanten hadde utfyllede svar på våre spørsmål og følte vi fikk svar på det vi hadde spørsmål om. Det tidsmessige aspektet vi hadde satt på 45 minutter, klarte vi å holde.

#### **2.4.2 Bearbeidelse av intervjuet**

Vi ser i ettertid at det var en fordel at vi hadde gitt informanten intervjuguiden i god tid i forveien. Informanten var godt forberedt og hadde gode gjennomtenkte svar. Dette resulterte i at vi fikk en god dialog. Fordelen ved å være tre i gruppa var at diskusjonene i samtalen ble dypere, hvor det skjedde utveksling av erfaringer. I etterkant av intervjuet satt vi igjen med følelsen av at spørsmålene var åpne og meningsfulle. Vi fikk gode svar som var relevant for vår problemstilling. Vi kunne med dette se at det var en fordel å ikke bruke båndopptaker da vi følte dette ga oss mer personlig kontakt med informanten. Vi tror dette bidro til at svarene vi fikk i intervjuet var mer utfyllende og beskrivende.

Da intervjumaterialet var renskrevet, leste vi gjennom intervjuet. Der diskuterte vi oss fram til essensen og funnene gjort i intervjuet. Funnene gjort i intervjuet belyste flere sentrale momenter i vår teori om emnet. Funnene gav oss en bekreftelse på at informantens teorikunnskap legger grunnlaget for praksis. Intervjumaterialet har i oppgaven vår bidratt til å gi oss svar på problemstillingen.

#### **2.5 Ethiske overveielser**

Ethiske overveielser innebærer blant annet ivaretagelse av personvernet. Dette ivaretakes igjennom anonymisering og taushetsplikt. Dalland (2007) beskriver at forskning ikke skal gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd.

I forberedelsesprosessen av intervjuet sendte vi inn tillatelse til innhenting av data skjema til praksisfeltet vi skulle gjøre undersøkelse på. Informert frivillig samtykke gir oss som forsker bekreftelse på at informanten er med på undersøkelsen på et fritt og selvstendig grunnlag. Vi sendte inn et informasjonsbrev der vi informerte om formålet for undersøkelsen og hvem som vil ha nytte av informasjonen som blir gitt. Informanten fikk skriftlig og muntlig informasjon om retten til å trekke seg fra deltakelsen i undersøkelsen når som helst i prosessen, uten at dette vil ha negative konsekvenser for informanten. Informanten ønsket ikke bruk av båndopptaker, intervjuet ble derfor skrevet ned med penn og papir. I bearbeidelsen av intervjumaterialet har vi tatt hensyn til å bevare personvernet og taushetsplikten ( Dalland, 2007).

## 2.6 Presentasjon av litteratur

Vi har valgt å bruke Dortheas Orems egenomsorgsteori i vår oppgave. Egenomsorgen omhandler hvordan vi som sykepleiere skal legge tilrette for at pasienten skal mobilisere og bruke egne ressurser. Dette for å kunne ivareta egen helse. Dallands bok *”Metode og oppgaveskriving for studenter”* er brukt som referanse i vårt metodekapittel. Gjengedals bok *”Å leve med kronisk sykdom”* har vært til stor nytte gjennom hele oppgaven. Hun og hennes medforfattere belyser sentrale tema og problemstillinger som omhandler det å leve med kronisk sykdom. Lazarus og Folkmans bok *”Stress, appraisal and coping”* beskriver hvordan stress og mestring, oppfattes og tolkes individuelt. Dette relevant i forhold til hvordan pasienter med diabetes type 2 skal kunne mestre sin hverdag. Teorien omkring behandling og tiltak som kreves for å kunne mestre hverdagen med diabetes type 2 har vi brukt Skaarfjelds bok *”Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling”*. Den pedagogiske referanserammen henviser til Tveitens bøker *”Pedagogikk i sykepleiepraksis”* og *”Veiledning: mer enn ord”*. Bøkene har hovedfokus på veiledning og dialog som metode. Noe var relevant for å gi oss svar på problemstillingen.

## 2.7 Kildesøk

I oppgaven viser vi til ulike forskningsartikler som underbygger teorien med drøftning. Vi brukte ulike søkemotorer som BIBSYS, PubMed, Google Scholar og Helsebiblioteket. Vi brukte norske søkeord som: Diabetes type 2, livskvalitet, mestring, kronisk sykdom og veiledning. Vi brukte engelske søkeord som; Type 2 diabetes, coping, quality of life, group counseling og chronic disease. Etter å ha søkt med forskjellige ordkombinasjoner fant vi



artikler som var relevante for oss. I drøftingsdelen presenterte de artiklene vi fant som var relevant for vår problemstilling.

## 2.8 Kildekritikk

Kildekritikken viser at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene man bruker i oppgaven (Dalland 2007). Orems teori er hentet fra Cavanagh's bok "*Orems modell in action*". Bakgrunn for å bruke sekundær litteratur er at mange av de amerikanske begreper og termer brukt i Orems bok, "*Nursing: Concepts of practice*" er vanskelig å fortolke. Dette gjør det vanskelig å sette de i sammenheng med norsk sykepleiepraksis. Begrepet brukermedvirkning står sentralt i dagens helsevesen, vi ser med dette hennes egenomsorgsteori fra 1971 fortsatt som aktuell. I forhold til andre sykdommer som for eksempel ulike cancer diagnoser vil sykepleierens rolle være annerledes. Der vil fokus på omsorg og pleie vil stå sentralt. Orems egenomsorgsteori vil i forhold til denne pasient gruppen ikke bli like relevant.

Funnene gjort i intervjuet ble etter vår oppfatning påvirket av at vi ikke brukte båndopptaker. Det er ulikt hva som oppfattes og tolkes av den informasjon informantene gir. Dette var også med på å gi oss en ekstra utfordring i forhold til at vi ikke brukte båndopptaker. Vi måtte da resonere og diskutere oss frem til en tolking av notatene som ble skrevet. Dette fordi man lett kan glemme betydningen av ord som er nedskrevet stikkordsmessig. Vi satte da igjen med følelsen av at vi hadde mistet mye av hovedmomentene. Dette er noe som vi tror påvirket resultatet av intervjumaterialet.

Vi valgte kun en informant for vårt intervju. Opplysningene vi fikk hennes om pedagogisk veiledningsmetoder mente vi ville være representativt for den avdelingen hun jobbet på. Resultatet vi fikk av intervjuet var vi fornøyde med, og mener materialet har bidratt til å gi oss svar på problemstillingen vår.

## 2.9 Vitenskapsteoretisk redegjørelse

Vitenskapen bygger på ulike oppfatninger av hva som er gyldig kunnskap. Hva mennesket opplever som interessant og gyldig er individuelt. Ved å forstå ulike fenomener som omhandler mennesker er man nødt til å undersøke hva mennesket selv har en opplevelse av. Altså det subjektive målbare ikke bare det objektive man kan observere av et fenomen. Med bakgrunn i dette har vi valgt en hermeneutisk retning for vår oppgave (Dalland 2007).

Hermeneutikken kan beskrives som fortolkningslære, med det menes at mennesket har ulike forutsetninger for å forstå et fenomen. For å kunne fortolke og forstå sannheten av hva som er gyldig er det en forutsetning av at man har en forforståelse for fenomenet.

Den hermeneutiske sirkelspiralen beskriver hvordan vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Ved å studere ulike fenomener vil man få en fordypning av egen meningsforståelse. Sett ut i fra et helse og sosialfaglig perspektiv viser sirkelspiralen hvordan forståelse og erfaringer fra teori og praksis bidrar til at vi kan forstå og se fenomener i nytt lys (Aadland 2004).

I vårt arbeid med oppgaven tar vi utgangspunkt i at sykepleierens veiledende funksjon. Vi vil gjennom litteraturstudien og kvalitativt intervju, forsøke å få en bedre forståelse av hvordan vi som sykepleiere kan veilede pasienter, slik at de best mulig kan mestre sin hverdag.

### **3.0 Teori**

Dette kapittelet inneholder den teori som er relevant for at vi skal finne svar på vår problemstilling.

#### **3.1 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus er en sykdom med delvis eller sviktende insulinproduksjon i pankreas endokrine funksjon. Diabetes er en sykdomsgruppe med ulike årsakssammenhenger før sykdomsdebut. Levesett arv og miljø har en medvirkende årsak i forhold til dette. Diabetes deles inn i hovedtypene diabetes type 1 og 2. Hos personer med diabetes type 1 er det totalt fravær av insulinproduksjon. Diabetes type 1 er ofte arvelig betinget og debuterer i ung alder. Diabetes type 2 er en tilstand som utvikles langsomt. Personer med diabetes type 2 har utviklet en insulinresistens i kroppens celler dette i sammenheng med en nedsatt insulinproduksjon. Dette fører til at kroppen ikke klarer å holde blodsukkeret innenfor et normalt nivå (Sagen, 2011 og Valler, 2004).

### 3.2 Diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 er den vanligste formen for diabetes. Patologien viser en sviktende insulin produksjon i pankreas og nedsatt insulin følsomhet i reseptor cellene da spesielt i muskel og fettvev samt i leveren. Dette medfører at blodets glukosekonsentrasjon blir forhøyet. Symptomer ved diabetes type 2 er hyppig vannlating, tørste, vekttap, slapphet og tretthet. Nedsatt produksjon av insulin og insulinresistens ses ofte i sammenheng med metabolsksyndrom, der pasienter ofte har et forhøyet blodtrykk, forhøyet innhold av LDL kolesterol i blodet og abdominal fedme.

For mange med nyoppdaget diabetes type 2 foreligger det senkomplikasjoner ved diagnostisering. Nevropatier, hjerte- og karsykdommer er blant disse (Sagen, 2011 og Valler, 2004).

### 3.3 Behandling og forebygging av diabetes type 2

Behandlingen av diabetes mellitus tre mål (Sagen, 2011):

- Fravær av symptomer i hverdagen.
- Forebygging av mikrovaskulære komplikasjoner.
- Forebygging av makrovaskulære komplikasjoner.

Behandlingen av nyoppdaget diabetes type 2 vil ofte innebære ulike livsstilsendringer som økt fysisk aktivitet og kostholdsendringer. Først ved langt kommet diabetes type 2 kreves medikamentelle behandlingsformer i form av blodsukkersenkende tabletter og insulin. I en artikkel utgitt av Aunola mfl. (2001) kom det fram at endring i levestil for pasienter med diabetes mellitus type 2, bidro til å fremme helsen for 58 prosent av undersøkelsesgruppen. For alle pasienter med diabetes type 2 vil økt fysisk aktivitet bidra til at man stabiliserer blodskukkeret, forebygger og reduserer abdominal fedme, samt at blodtrykket nedsettes og vi får en reduksjon av LDL kolesterolet (Sagen, 2011).

### **3.4 Dorotheas Orems omsorgsteori**

Orem beskriver sykepleie som en hjelpetjeneste som skal kompensere for pasientens sviktende evne til egenomsorg ved å ta utgangspunkt i pasientens egne resurser. Som sykepleier skal man bidra til å fremme normalfunksjon hos mennesket (Cavanagh, 1999).

#### **3.4.1 Egenomsorg**

Egenomsorg er handlinger mennesket bevist gjør for å ivareta egen helse og velvære.

Manglende kunnskap eller at mennesket ikke ønsker å tilegne seg kunnskaper om egen helse kan gi begrensninger i egenomsorgen.

I følge Orem skal ikke egenomsorgshandlinger foregå som en passiv og automatisert prosess. Mennesket må forstå hvordan egen helse ivaretas og hvilke tiltak man må gjøre for å bevare og utvikle egen helse. Når menneskets egenomsorgskapasitet ikke samsvarer med egenomsorgsbehovet, foreligger det egenomsorgssvikt. Personen vil da ha behov for sykepleie (Cavanagh, 1999).

#### **3.4.2 Egenomsorgsbehov**

Orem deler egenomsorgsbehov inn etter tre kategorier. Det er de universelle som tar for seg de mest grunnleggende behov som omhandler mennesket psykisk, fysisk, sosial og åndelig. De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene beskriver mennesket som utvikles fra barn til voksen. Egenomsorgsbehovene vil være forskjellige ut i fra hvilket stadium man befinner seg i. Når mennesket blir rammet av sykdom vil man bli møtt med andre krav til egenomsorgen. Orem beskriver dette som helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Ved for eksempel diabetes type 2. Mennesket lære å leve med symptomer sykdom gir, konsekvenser for behandling samt at man må rette seg inn i en livsstil som bidrar til å bevare egen helse. For å forstå hvordan man best mulig kan leve med konsekvenser av helsesviktrelatert egenomsorg, så ligger det opp til den enkelte å søke råd og hjelp slik at den enkelte kan ivareta egen helse best mulig (Cavanagh, 1999).

#### **3.4.3 Sykepleiersystemer**

Når pasienten får diabetes type 2 vil det bli et økt krav til egenomsorg. Hvis pasienten ikke klarer å dekke disse behovene vil det foreligge en ubalanse i forhold til egenomsorgskrav og egenomsorgsbehov. Pasienten vil da ha behov for sykepleie.

*”Samspillet mellom sykepleier og pasient og konteksten omkring samspillet kalles sykepleiesystemet”(Cavanagh, 1999:45).*

Utformingen av sykepleiersystemet beskriver nåværende og framtidige egenomsorgsbehov. Dette skjer i samarbeid med pasient og sykepleier. Måloppnåelsen innebærer blant annet:

- *”Pasienten utvikler, videreutvikler eller mestrer eksisterende egenomsorgsferdigheter (Cavanagh, 1999:45).*
- *”Pasienten utvikler nye ferdigheter og evner som kan dekke egenomsorgsbehovene og at han ikke utvikler nye begrensninger” (Cavanagh, 1999:45).*

Det helt kompensierende sykepleiesystem benyttes når pasienten er ute av stand til å ivareta universelle egenomsorgsbehov. Som sykepleier må ivareta disse behovene for pasienten inntil pasienten selv kan være i stand til å gjøre dette selv. Dette kan for eksempel være pasienter i koma, som har ingen evne for å utøve egenomsorg. Sykepleieren skal beskytte pasienten og fremme egenomsorgsferdigheter hos pasienten(Cavanagh, 1999).

Ved det delvis kompensierende sykepleiersystemet ivaretar sykepleieren noen av egenomsorgsbehovene, men pasienten er mer involvert i egenomsorgen. Sykepleierens rolle består i å hjelpe pasienten med de egenomsorgsbehov pasienten selv ikke klarer å utføre. Pasienter som har blitt rammet av hjerneslag vil for eksempel ha behov hjelp for å ivareta personlig hygiene. Pasientens rolle innebærer å akseptere behov for omsorg og sykepleie når det er nødvendig(Cavanagh, 1999).

Det støttende og undervisende systemet benyttes når pasienten kan utøve egenomsorg selv, men trenger undervisning og veiledning i forhold til hvordan egenomsorgen skal kunne tilpasses etter egenomsorgskrav. Ved for eksempel diabetes type 2 er kostens betydning i forhold til mestring av sykdommen viktig. Pasienten vil ha behov for veiledning for å vite hvordan kosten skal tilpasses.

Orem beskriver fem ulike hjelpemetoder sykepleier kan benytte seg av for å hjelpe pasienten.

- Å handle eller gjøre noe for en annen
- Å veilede en annen
- Å støtte en annen fysisk eller psykisk
- Å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg
- Å undervise

I følge Orem må sykepleieren ha de kunnskaper som kreves for å kunne veilede og undervise pasienten. Hun må kjenne til hvilke egenomsorgsbehov pasienten har og hvilke tiltak eller behandling som kreves for at pasienten skal kunne ivareta egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 1999).

### 3.5 Stress og mestring

Benner og Wrubel (1989) definerer stress som:

*”Et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne  
fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer”*

Stress oppstår mellom person og miljøet man befinner seg i. Hva som oppleves stressende er individuelt. For personer med diabetes type 2 er det viktig at de lærer seg stressmestring. Stress utløser fysiologiske og følelsesmessige reaksjoner. Noe som bidrar til å gi utfordringer forhold til hvordan pasienten klarer å mestre sin diabetes. Mestring er ikke det motsatte av stress. Mestring er det forsøk personen gjør for å få kontroll over den situasjon, som oppleves som sammenbrudd av mening (Reitan, 2006).

#### 3.5.1 Lazarus og Folkmans stress og mestringsteori

Lazarus og Folkmans teori er aktuell i helse og sosialfaglig perspektiv. Mennesket påvirker og blir påvirket av det miljøet det befinner seg i. Det er individuelt om en situasjon oppleves stressende. Kjennetegn ved situasjon og personlige forutsetninger influerer på hva som oppleves stressende (Lazarus og Folkman, 1984).

Mestring er alt det individet foretar seg uavhengig av om resultatet er negativt eller positivt. Ved påvirkning av ytre faktorer foretar mennesket en primærvurdering av situasjonen for å vurdere om den oppleves som stressende eller ikke. Hvis situasjonen oppleves stressende vil sekundervurderingen avgjøre hvilke mestringsstrategier man bruker (Lazarus og Folkman, 1984).

Mestringsforventning blir beskrevet som den type kontroll mennesket har i en stressende situasjon. Forventningen om mestring vil i følge Lazarus og Folkman påvirke valg av mestringsstrategi. Er mestringsforventning høy vil dette føre til at personen velger en problemløsende mestringsstrategi. Lav mestringsforventning vil føre til at personen velger en emosjonsfokusert mestringsstrategi (Lazarus og Folkman, 1984).

Lazarus og Folkmans deler mestring inn i problemfokusert og emosjonsfokuserte mestringsstrategier. Problemfokusede mestringsstrategier henspeler seg på å endre eller møte en situasjon som oppleves vanskelig. Opplevd mestring i flere situasjoner som ved for eksempel av å leve med kronisk sykdom vil på langsikt bidra til å fremme helse. Ved emosjonsfokusede mestringsstrategier forsøker personen å takle eller bearbeide følelser stresset framkaller. Dette vil hjelpe personen på kortsikt, men på langsikt vil dette kunne føre til helsemessige konsekvenser. Dette vis for eksempel personen har diabetes type 2. Lazarus og Folkman beskriver i sin teori at en kombinasjon av de ulike mestringsstrategiene vil ha et best resultat for mestring (Lazarus og Folkman, 1984).

### **3.6 Krise**

Vi skiller mellom to krisetyper, livsskrise og traumatiske kriser. I løpet av et menneskeliv skjer det flere forandringer eller endringer som påvirker livssituasjonen. Dette er kriser som skal mestres, men som kan skape vanskeligheter og problem for mange. Krisene kan føre til store påkjenninger på menneskets følelser og tanker, hvor menneskets evne til mestring settes på prøve (Eide og Eide, 2007).

Traumatiske kriser kommer av plutselige og uventede store belastninger som kan forandre livssituasjonen over kortere eller lengre tid. Det kan være psykiske, fysiske eller sosiale påkjenninger for eksempel ulykke, sykdom, dødsfall eller skillsmisse. Slike kriser kan ha en kort vei over til en psykisk lidelse som eks. depresjon eller angst (Eide og Eide, 2007).

Kriser inndeles i fire faser:

- **Sjokkfasen:** Kommer av akutte og uventede hendelser. I sjokkfasen er vurderingsevnen, tankeevnen og evnen til å løse problemet svært nedsatt.
- **Reaksjonsfasen:** Sannheten om hendelsen begynner å gå opp for personen. Tankene og følelsene som var avstengt i sjokkfasen kommer nå i form av reaksjoner som for eksempel sinne og sorg.
- **Bearbeidelsesfasen:** I denne fasen fortsetter bearbeidelsen av hendelsen. Pasienten gjenopplever situasjonen gang på gang og begynner å sette ord på det som har skjedd. Pasienten prøver å innstille seg på å leve med det som har skjedd og begynner å se framover.
- **Nyorienteringsfasen:** Pasienten begynner å akseptere den nye situasjonen som den er. Noen vil trolig ta med seg hendelsen resten av livet, men har funnet en måte å leve med den og har funnet sin mening i sitt liv.

(Eide og Eide, 2007 og Kringelen, 2008)

### **3.7 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

*”Sykepleiernes pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer”*(Tveiten, 2008:30)

Gjennom undervisning, læring og omsorg ønsker sykepleieren å endre pasientens handlinger. For å utøve pedagogikk trengs det både kunnskaper og innsikt i miljøet pasienten lever i, pasientens ressurser og de forholdene som påvirker levevilkår og muligheten for mestring(Dalland, 2010). I spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven sies det at pasientene har rett på medvirkning i informasjon og opplæring om egen sykdom. Disse lovene innebærer at sykepleieren har informasjonsplikt og skal formidle kunnskap både til pasient og



pårørende slik at pasienten mestrer hverdagen på en bedre måte (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999).

Sykepleieren skal bidra til mestringshjelp ved å legge til rette for kunnskaper, forståelse og utvikling, noe som kan styrke mestringskompetansen å innebære at pasienten forholder seg til sykdommen og symptomene på en helt annen måte en tidligere. Pasienten bør være klar over hensikten og målet med veiledningen er at den skal kunne bidra til økt mestingskompetanse (Tveiten, 2008).

### 3.8 Veiledning

Det å leve med diabetes type 2 er svært krevende for mange pasienter. Sykdommen påvirker dagliglivet og stiller store krav til egenomsorgen. For å utøve egenomsorg kreves det kunnskaper og motivasjon (Karlsen, 2008). Ifølge Lazarus og Folkman kan opplæring og veiledning gitt av sykepleier forebygge stress og stimulere mestring. Dette gir grunnlag for at pasienten kan ta egne beslutninger og ansvar for egen helse. Som sykepleiere i en veiledningssituasjon er vår oppgave å stimulere pasienten til å ta ansvar for egen helse ved å bli mer aktiv og problemløsende i møte med diabetes relaterte utfordringer (Karlsen, 2008).

*”Veiledning er en måte å være sammen med og reagere overfor et annet menneske på, slik at vedkommende får hjelp til å utforske sine egne tanker, følelser og handlinger, oppnå en klarere selvforståelse og finne fram til og gjøre bruk av sine ressurser. På grunnlag av dette kan han foreta gjennomtenkte valg og handlinger og dermed mestre sitt liv på en mer tilfredsstillende måte. I sin kjerne er veiledning en meningsfull relasjon hvor den ene parten (veilederen) hjelper den andre til å hjelpe seg selv.” (Kristoffersen 2005:250).*

Veiledning har ikke kun fokus på kunnskapsformidling, men også psykososial støtte for å motivere til adferdsendring. Veiledningen bør ta utgangspunkt i pasientens daglige utfordringer, kunnskaper og behov (Karlsen, 2008). En god veiledning bør inneholde en dialog mellom sykepleier og pasient, hvor hovedpersonen er pasienten. Dette betyr at det er pasienten som bidrar til innholdet og sykepleieren må passe på å ikke ta kontroll. Sykepleieren bør stille seg til disposisjon og rådighet som en samtalepartner. Sykepleieren bør være åpen og lyttende slik at pasienten selv kan få definere veiledningens mål og innhold (Tveiten, 2008). Under veiledningen skal pasienten skaffe seg innsikt og forståelse ved å

reflektere over egne handlinger. Sykepleieren må med dette møte pasientens behov og ta utgangspunktet for veiledningen derfra. For at pasienten skal få størst utbytte av veiledningen er det viktig at den preges av medmenneskelighet og empati, slik at pasienten føler seg trygg til å tenke, føle og uttrykke seg (Kristoffersen mfl. 2005).

Veiledning i grupper kan også være aktuelt for pasienter med diabetes type 2. En gruppeveiledning består av to eller flere mennesker som gjennom læring prøver å oppnå mestring (Tveiten, 2008). Læring og diskusjoner i grupper med utveksling av erfaringer kan bidra til støtte og økt tro på å lykkes og dermed styrke mestringsopplevelsen (Karlsen, 2008).

### **3.9 Dialog som metode**

*Det sentrale i helsepedagogikken er dialog og personlig kontakt, der den profesjonelle kommer tettere på enkeltmennesket og dets problemer (Christensen og Huus J, 2003: 131).*

Dialog er en metode, en samtaleform hvor det reflekteres både personlig og faglig. Det utveksles erfaringer og holdninger. En pasient og sykepleier har trolig ulike verdier og hvordan disse oppfattes påvirker vårt menneskesyn. Det er da viktig at en utveksler oppfatninger og er åpen om disse, slik at det skapes en god dialog og kontakt mellom pasient og sykepleier (Dalland, 2010).

Dialog er den viktigste samtaleformen i veiledning av pasienter fordi at sykepleieren skal stille spørsmål som får pasienten til å analysere, resonnerer og argumentere (Lejsgaard og Jensen, 2004). Dialogen skal omhandle pasienten. Sykepleieren skal bidra med å stille veiledende spørsmål, lytte og la pasienten fortelle om sitt problem. Sykepleieren må så gjenta sin forståelse slik at det bekreftes at de begge får en felles forståelse av pasientens problem (Tveiten, 2008).

Det var Filosofen Sokrates som skapte en samtaleform hvor han stilte spørsmålene og lot de som ble veiledet finne svarene selv. Svarene er i personen selv, uten at de er klare over det selv. De trenger så veiledningshjelp for å sette ord på "svaret" og oppdager da noe nytt (Tveiten, 2008). I følge Sokrates var hensikten med dialogen at mennesket skulle gjennom dialogen lære å kjenne seg selv (Lejsgaard og Jensen, 2004). Det er ikke med hensikt å bli enig, men å få en økt felles forståelse av pasientens problem og at pasienten får økt mestringskompetanse. Pasienten skal lære å oppdage, ingen kan oppdage for en. For at

pasienten skal få økt livskvalitet gjennom å styre sine handlinger og utvikling bør dialogen være utfordrende, preges av gjensidighet, respekt og støtte (Tveiten, 2008)

## **4.0 Presentasjon av drøfting og funn**

I dette kapittelet presenterer vi funn gjort i teori, intervju og forskningsartikler. Funnene vil vi drøfte opp i mot litteraturen for å få svar på vår problemstilling.

### **4.1 Pasientens reaksjoner på å få diabetes type 2**

Å få en kronisk sykdom kan vekke ulike følelsesmessige reaksjoner hos pasienten. Hva som oppleves stressende og utfordrende er individuelt. Det er viktig at man som sykepleier er bevisst på de individuelle forskjellene i møte mennesket.

Dette hadde diabetessykepleieren å si om sine erfaringer i møte med personer med nyoppdaget diabetes:

*”Noen synes det er en lettelse å få diagnosen. Mange fryktet at de skulle få en verre diagnose eller flere diagnoser. Pasienter med multidiagnoser er ofte de pasientene som godtar å få diagnosen diabetes type 2 og synes dette er greit fordi de har et annet utgangspunkt enn de som er friske”.*

Noen pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 har hatt symptomer på sykdommen over lengre tid uten å bli diagnostisert. Det å ikke vite hva symptomene og plagene skyldes kan over tid føre til en psykisk belastning for pasienten. Pasienten kan føle engstelse og oppleve manglede kontroll over egen helse. I følge informanten var det mange av disse personene som fryktet verre. For eksempel en mer alvorlig diagnose som kreft. Dette vil trolig skape stress og usikkerhet, over tid kan dette også føre til somatiske plager. Å få diagnosen diabetes type 2 gir for denne pasientgruppen svar på hva symptomene og plagene skyldes. Vi vil derfor tro at denne pasientgruppen er motivert for å mestre egen sykdom. Håp om symptomfrihet i hverdagen vil være en motivasjon for læring og mestring av egen sykdom. Pasientens mestringsforventning kan påvirkes av tidligere erfaringer, for eksempel familiemedlemmer

som har mestret kronisk sykdom tidligere. Vi vil med dette tro at de har en positiv mestringsforventning for resultatet av handling som Hanssen mfl (2008) beskriver. På den andre side kan dårlige erfaringer med diabetes, der for eksempel de har sett store konsekvenser av senkomplikasjoner bidra til å fremme stress og senke mestringsforventningen.

Hos enkelte pasienter med multidiagnoser vil det å forholde seg til en ny diagnose trolig ikke virke like skremmende som hos pasienter uten tidligere sykdom. Disse pasientene har trolig en annen forutsetning for å mestre sykdom fordi de har en annen forståelse for å være i en sykdomssituasjon. I følge Benner og Wrubel (1989) er livshistorien til pasienten med på å bestemme hva som oppleves meningsfylt og riktig ut i fra situasjonen. Med dette mener de det er individuelt hvordan sykdom påvirker pasienten og nærmeste pårørende ut i fra livssituasjon og tidligere erfaringer. Ved at de for eksempel har hatt en positiv mestringsopplevelse tidligere eller at de lever i en hverdag der de ser at det er mulig å leve med kronisk sykdom. Pasientens reaksjon på å få diagnosen vil påvirke valget av mestringsstrategi. Ved problemfokustert mestringsstrategi vil troen på mestring bidra til at pasienten behersker de nye egenomsorgskrav sykdommen stiller. Dette vil på langsikt bidra til økt livskvalitet.

Hos denne pasientgruppen foreligger sykdommer som for eksempel overvekt, høyt blodtrykk og kolesterol. Dette er sykdommer som ofte er livsstils relatert, noe som også diabetes type 2 er. Ervervelse av flere livsstils relaterte sykdommer må også ses på som mulig sviktende evne eller vilje til å ivareta egenomsorgsbehovene. Det å forholde seg til en ny sykdom kan fremme stress hos pasienten. Selv om pasienten har levd med sykdom tidligere stilles det nye krav for å kunne mestre diabetes type 2. Økt krav til egenomsorg kan føre til at pasienten opplever det som stressende fordi han ikke klarer å mestre egenomsorgskravene diabetes type 2 medfører. Etter vår oppfatning vil pasienten trolig velge å bearbeide følelser framfor problemløsning. Dette fordi at pasienten ikke ser en løsning på livssituasjonen. I følge Lazarus og Folkman (1984) kan mestring av ulike situasjoner løses ved både emosjonsfokustert og problemløsende strategier og at en kombinasjon av disse gir best resultat.

Hos pasienter der diagnosen kommer uventet, kan det medføre at pasienten reagerer med sjokk og opplever en krisesituasjon. Det å oppleve en krise kan skape vanskeligheter for

mange. Enkelte vil trolig reagere med å fortrenge situasjonen. Dette kan føre til utfordringer i valg av mestringsstrategi. I en krisesituasjon vil trolig pasienten føle seg hjelpesløs og håpløs. Forventninger om å kunne mestre egen sykdom påvirkes av dette. Negativ responsforventing som ved håpløshet vil i følge Hanssen mfl.(2008) si at individet forventer negativt resultat av handling. Pasientene vil trolig også benytte seg av emosjonsfokuserede mestringsstrategier, fremfor å fokusere på problemløsning. Emosjonsfokuserede mestringsstrategier vil trolig hjelpe pasienten på kortsikt. Over tid vil mestringsstrategier som kun fokuserer på emosjoner kunne få konsekvenser for pasientens helse Hanssen mfl. (2008). Dette fordi å kunne mestre diabetes type 2 kreves problemfokuseret handling som innebærer for eksempel livsstilsendringer.

#### 4.2 Å leve med diabetes type 2.

*”Et langt liv er ikke nødvendigvis et godt liv, og det å leve med kroniske plager kan medføre funksjonssikt og begrensninger i livsutfoldelsen” (Hanestad og Wahl, 2008: 29).*

Å få diabetes type 2 medfører at livet blir endret og fremtiden kan oppleves som usikker. Sykdommen medfører ulike begrensninger i forhold til hvordan man skal leve, dette kan påvirke selvbildet i negativ retning. Fokus på å bevare håpet om et godt liv med diabetes type 2 blir derfor viktig. Dette var noe informantene vektla i sin rolle som veileder:

*”Som sykepleier er min rolle å fremme motivasjon til mestring av sykdommen. I min rolle som veileder hjelper jeg pasientene til å se egne muligheter og resurser fremfor begrensninger i livsutfoldelsen”.*

Håpløshet og manglende motivasjon kan føre til negative konsekvenser for helsen. Negative konsekvenser for helsen kan blant annet innebære at man ikke finner motivasjon for fysisk aktivitet. Motivasjon for å styrke og bevare selvbildet er viktig slik at pasienten skal klare å beholde troen på å tilpasse seg den nye situasjonen. Det er viktig at man som sykepleier hjelper pasienten til å se muligheter framfor å fokusere på hvilke begrensninger sykdommen medfører.

Å få diabetes type 2 kan for pasienten oppleves som en utfordring og vil bidra til å skape stress. Stress kan føre til at pasientene opplever tap av kontroll. Tap av kontroll kan oppleves

hvis egenomsorgskravene diabetes type 2 krever, ikke samsvarer med pasientens egenomsorgskapasitet. Ved sviktende egenomsorgskapasitet vil pasienten ha behov for sykepleie. Vi kan da som sykepleiere i en tidlig fase av sykdommen bidra med et delvis kompensierende sykepleier system. Ved å bidra med støtte og hjelp til å dekke de egenomsorgsbehovene pasienten selv ikke har kapasitet til å utføre. Dette kan for eksempel være ivaretagelse av personlig hygiene eller hjelp til måling av blodsukker.

Et av behandlingsmålene ved diabetes type 2 er fravær av symptomer i hverdagen. Dette er viktig slik at de som lever med sykdom skal kunne oppnå best mulig livskvalitet. Benner og Wrubel (1989) definerer sykdom ut ifra to synsvinkler "disease" er de patologiske prosessene ved sykdom. "Illness" beskriver pasientens opplevelse av sykdom. Pasientens opplevelse av hvordan symptomene påvirker egen helse vil være avgjørende for hvor tilfredsstillende livskvaliteten oppleves.

I forhold til kronisk sykdom vil god helse være en avgjørende faktor for hvor god livskvaliteten oppleves. WHO's definisjon av helse blir beskrevet som:

*"Ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende".*

Personer med diabetes type 2 har individuelle oppfatninger av hvor god egen helse er. Diabetes type 2 - pasienter kan ha fysisk dårlig helse, men pasienten kan oppleve å ha det tilfredsstillende både psykisk og sosialt. På den andre side kan sykdommen påvirke den psykiske helsen i negativ retning. Pasienter som lever med diabetes kan bli deprimert fordi de ikke opplever mestring av hverdagen. Redselen for å utvikle senkomplikasjoner kan også føre til psykiske lidelser. Som sykepleiere må vi gi helhetlig sykepleie i møte med pasienter med diabetes type 2. Dette med bakgrunn i at det vil bli vanskeligere for pasienten å mestre sykdommen hvis den psykiske helsen ikke blir ivaretatt. En artikkel skrevet av Rubin og Peyrot (1999) kommer det fram at personer med diabetes type 2 har dårligere livskvalitet enn friske. Fravær av symptomer, blodsukker kontroll og forebygging av komplikasjoner har betydning for at livskvaliteten skal oppleves som tilfredsstillende. De mener at et større fokus på de psykiske aspektene ved blant annet å forbygge for eksempel depresjoner, vil bidra til at pasienten i større grad mestrer egenomsorgskravene sykdommen medfører.

### 4.2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er med på å sette brukerens behov i fokus. Den som mottar helsetjenester har rett til å være med på å medvirke og ta beslutninger som omhandler tjenesten og behandlingstilbudet (Allgot, 2011). Brukermedvirkningen er med på å bidra til ansvarliggjøring og egeninnsats av den enkelte pasient. For personer med diabetes kreves egen innsats for å kunne mestre egen sykdom. Begrepet brukermedvirkning vil med dette stå sentralt.

I St.meld 47 fremgår det at i framtiden vil det bli mer fokus på tertiærforebygging. Med dette menes det at forebyggingen skal rettes mot de som allerede har kjent sykdom. Hos personer med diabetes type 2 vil fokus på å forebygge senkomplikasjoner være viktig. Gjennom etablering av lærings- og mestrings sentere vil dette bidra til at pasienter får den nødvendige undervisning og veiledning som skal til for å mestre egen sykdom (Regjeringen, 2008).

*”Diabetes skiller seg fra andre sykdommer ved at den enkeltes egeninnsats er helt avgjørende for hvordan helsetilstanden utvikler seg”*(Informant, 2011).

Mestring av diabetes type 2 er avhengig av egeninnsats fra pasienten selv. Dette fordi livsstilsendringer aktivt må utføres av pasienten. Sykepleieren kan man motivere til fysisk aktivitet, man kan ikke trene *for* pasienten.

Sykepleieren kan vi gi informasjon om ulike frivillige organisasjoner og forbund som er relevant for pasienten. Dette kan for eksempel være diabetes forbudet. Gjennom opplæring og informasjon er deres mål å bidra til å fremme livskvaliteten for de med diabetes.

Diabetesforbundet har mange lokallag, noe som gjør de tilgjengelig for medlemmene.

Fordelene med dette er at de kan møte andre likesinnede, og utveksle erfaringer.

Erfaringsutvekslinger om det å leve med diabetes er av stor verdi. Det å høre hvordan andre lever godt med sin diabetes vil bidra til å styrke mestringskompetansen.

### 4.3 Hvordan å veilede pasienten til å mestre egenomsorgskrav?

I Orems støttende og undervisende sykepleier system skal sykepleieren sammen med pasienten bidra til at pasienten utvikler ferdigheter til å dekke egenomsorgsbehovet i forhold til egenomsorgskravene. Sykepleierens ansvar er å formidle den kunnskap de har om sykdommen gjennom veiledning. Pasientens resurser må kartlegges, veiledningen som blir gitt skal bidra til at pasienten finner sin mestringsstrategi.

#### 4.3.1 Dialog som metode

Før veiledningen starter bør rammene rundt dialogen legges til rette for å skape et trygt miljø for pasienten. Ved for eksempel å sitte uforstyrret å snakke i et skjermet miljø, kan dette bidra til å skape trygghet for pasienten. Sykepleieren bør starte veiledningen ved å avklare sin rolle, slik at pasienten vet hva sykepleieren skal bidra med under veiledningen. Pasienten blir med dette klar over sin rolle i veiledningen. Som sykepleier skal man legge til rette for en dialog mellom pasient og sykepleier. Dialogen bidrar til at pasienten er aktiv med i veiledningen. God kontakt vil bidra til å skape trygghet og tillit hos pasienten (Lejsgaard og Jensen, 2004). Etter vår oppfatning vil det å bruke dialog som kommunikasjonsform bidra til å gi økte kunnskapsferdigheter hos pasienten. Dette på grunnlag av at man gjennom samtalen hjelper pasienten til å se og mobilisere egne resurser. I det første møte med pasienten er det viktig at vi får pasienten til å reflektere over egne tanker omkring sykdommen, hvilke utfordringer han tror sykdommen kan medføre. Som sykepleiere trenger vi også å vite hva pasienten tror han selv kan bidra til for å mestre sykdommen. Dette danner grunnlaget for innholdet i veiledningen (Tveiten, 2008 og Reitan, 2006).

#### 4.3.2 Innholdet i veiledningen

Innholdet i veiledningen bør tilpasses etter pasientens behov. Personer med diabetes type 2 har ulike behov for veiledning av hvordan de skal kunne mestre hverdagen. For at veiledningen skal gi pasienten ny kunnskap må den være relevant for pasienten.

Diabetes type 2 vil medføre helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. For pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 vil veiledning og informasjon om livsstilsendringer være viktig. Dette fordi de skal kunne mestre egenomsorgskravene diabetes type 2 medfører. Pasienten trenger informasjon om hvorfor livsstilsendringer og blodsukkerkontroll er viktig. Hvis pasientene får en forståelse for hvordan livsstilsendringer har positivt innvirkning på



blodsukkeret og at dette vil bidra til forebygging av senkomplikasjoner, vil dette etter vår oppfattning være en motivasjon til mestring av sykdommen. Det å kunne ivareta egen helse som for eksempel ved å kontrollere blodsukkeret selv vil gi pasienten en større grad av selvstendighet og frihet. Dette vil bidra som en motiverende faktor for mestring av hverdagen.

Vår erfaring fra praksis viser at det er størst fokus på kunnskaps- og ferdighetsformidling i veiledningen som blir gitt. Vi har sett at det psykiske aspektet ofte blir glemt eller nedprioritert. I artikkelen skrevet av Skinner, (2002) kommer det fram at det må bli mer fokus på det psykososiale aspektet i diabetesbehandlingen i tillegg til kunnskaps- og ferdighetsformidling. Som sykepleier mener vi ivaretagelse av den psykiske helse er viktig, blant annet vil dette kunne bidra til å hjelpe pasienten til å styrke selvbildet. Valg av mestringsstrategi gjenspeiler hvordan pasienten forsøker å mestre situasjonen. Vi mener også at et økt fokus på å ivareta den psykiske helsen bidra til at pasienten velger en problemfokustert mestringsstrategi fremfor en emosjonsfokustert tilnærming.

#### **4.3.3 Veiledning av pasienten**

Forutsetning for at pasienten skal få best mulig utbytte av veiledningen er det viktig at vi som sykepleiere møter pasienten der han er. Med dette mener vi at man må ta hensyn til pasientens reaksjoner på å få sykdommen og kartlegge læreforutsetninger før veiledningen starter. De første veiledningene som blir gitt må tilpasses individuelt. For eksempel i møte med pasienter i krise må man ta hensyn til at de har en nedsatt vurderings- og tankeevne, man vil trolig ikke nå frem med de kunnskaper man ønsker å formidle i denne fasen. Hos pasienter i krise må man møte pasienten der han er å se behovet for sykepleie. Ofte kan det være nok for pasienten at vi er tilstede, lytter og viser omsorg. Ved å la pasienten snakke om hvordan krisen oppleves kan vi møte pasienten der han er og bidra til å hjelpe og se pasientens egne resurser. Det er viktig at man forsøker å se pasienten i hans situasjon og tilpasse behovet for sykepleien deretter. Hos en pasient i krise bør kun mest nødvendig informasjon gis. Veiledning av pasienten bør derfor utsettes inntil de har kommet ut av krisen og over i nyorienteringsfasen.

Noen pasienter kan utrykke ønske om å ikke få informasjon om diagnosen. Denne erfaring hadde diabetessykepleieren i møte med disse pasientene:

*”Flere hører hva sykepleieren sier, men vil ikke gjøre noe med det. Sykepleieren har plikt til å overføre kunnskap til pasienten og understreke viktigheten av livsstils endring, men det er opp til pasienten selv å velge om han/hun vil foreta endringer i sin livsstil”.*

Det er opp til pasienten selv å velge om man ønsker å mestre egen sykdom. Hvis pasienten ikke vil motta veiledning kan sykepleieren gi pasienten mer tid og kanskje flere avtaler. Sykepleieren kan ikke utføre endringer for pasienten, men skal veilede og bidra til økt kunnskap hos pasient omkring hvordan pasienten kan gjøre dette selv.

Fortrenging blir sett på som en forsvarsmekanisme. Pasientens vil trolig mene at behandlingen er helsepersonellens ansvar og ikke pasienten selv. Det å få diagnosen diabetes type 2 truer tryggheten og pasienten velger med det å ikke ta til seg informasjonen for å beskytte seg selv og sin livssituasjon mot endring (Kringelen, 2008). Dette vil gi oss som sykepleiere utfordringer i forhold til å formidle vår kunnskap til disse pasientene. Der det er opp til den enkelte person å bestemme over egen helse. Vår plikt er å overføre den kunnskap vi har om sykdommen, men pasienten velger selv om han ønsker å ta innover seg informasjonen.

Det ses på som en fordel at de første veiledningene som blir gitt er individuelle. Som beskrevet ovenfor er reaksjonene og læreforutsetningene for hver enkelt pasient med nyoppdaget diabetes type 2 individuelle. Det at kun sykepleier og pasient er til stede ved de første møtene vil kunne bidra til å skape trygghet for pasienten. Etter vår oppfatning vil det være enklere for pasienten å snakke om opplevelsen av å få diabetes og behov sykepleie for å kunne mestre sykdommen alene med sykepleieren. Dette vil danne grunnlaget for pasientens individuelle måloppnåelse med veiledningen. Den individuelle veiledningen vil kun omhandle pasienten selv og opplevelse av å leve med diabetes type 2. Det vil derfor være hensiktsmessig at pasienten tilbys å delta i gruppeveiledning, der man vil møte andre med samme diagnose. På den måten vil pasientene kunne lære av andres erfaringer med å leve med diabetes type 2.

Målet med gruppeveiledning er at pasientene gjennom erfaringsutvekslinger og refleksjon sammen med veileder skal kunne komme fram til hvordan de best mulig kan mestre sin hverdag. Gruppen består av 2 eller flere pasienter og en sykepleier. Som veileder skal man

legge opptil en dialog i gruppen. Veilederen skal bidra til å skape en god relasjon mellom pasientene. Refleksjoner i veiledningen vil i starten være svak, men vil trolig bli sterkere senere. Pasientene vil også få ulike roller i gruppa. Veileder må vise at hun tåler å takle konflikter og motsetninger i gruppen. Viktig å avklare uenigheter og spørsmål, for å skape en god gruppedynamikk i gruppa. Utviklingen vil bidra til bedre harmoni i gruppa. Likeverd og dynamikk mellom veileder og pasienter er viktig fordi deres erfaringer og refleksjoner i gruppen skal bidra til en felles måloppnåelse om mestring av egen hverdag. Veileder skal bidra til å skape trygghet for pasienter. Trygghet skapes gjennom at gruppemedlemmene blir kjent med hverandre og veilederen. Det er viktig at alle blir kjent med veiledningens hensikt og mål. Tilhørighet og tillit til hverandre er viktig i forhold til å kunne dele erfaringer og opplevelser sammen. Refleksjoner av viktigheten av livsstilsendring er et eksempel på hva gruppeveiledning skal legge opp til. Diabetessykepleieren hadde eksempler på mange fordeler ved gruppeveiledning:

*”Deler erfaringer med andre i samme situasjon. Pasientene lærer av hverandre. Det er ofte lettere for pasienten å tro på en som forteller om sine erfaringer om samme sykdom enn hva sykepleier forteller dem. Dette fordi pasientene sitter med erfaringsbasert kunnskap om det å leve med diabetes type 2. Gruppen vil bidra til å skape kontakt mellom pasientene, mange danner seg et nettverk. Dette gjør de sterkere i egen situasjon. Enklere å stå sammen med andre enn å stå helt alene”*(Informant, 2011).

Pasientene i gruppen samarbeider om felles måloppnåelse. I forhold til dette forstår vi det som viktig at alle bidrar med å dele erfaringer, opplevelser, bekymringer. Som veileder må man legge opp til at alle deltar ved å for eksempel stille spørsmålsrunder og alle snakker etter tur. Dette for å forhindre at veiledningen blir individuell ved at et eller flere gruppe medlemmer dominerer, andre kan da få en rolle som observatør. Ikke alle ønsker å bidra med egne erfaringer og refleksjoner, de kan ha læring av å høre på andre.

Denne erfaringen hadde diabetessykepleieren i møte med denne utfordringen:

*”For noen er det godt å lære av andres erfaringer selv om de selv ikke tør å stille spørsmål”.*

Dette kan oppfattes som negativt hos øvrige gruppedlemmer. Dette kan skape klima for irritasjon fremfor å fokusere på refleksjoner og erfaringer omkring sykdommen.

Observatøren kan med dette ta oppmerksomheten bort fra veiledningens mål. Sykepleieren må ha oppmerksomhet rettet mot alle i gruppen. Man må være oppmerksom å se hvis det er pasienter som kanskje føler seg utilpass i gruppen. Pasienter med en observatør rolle kan få tilbud om individuell samtale eller de kan avklare hvordan veilederen kan bidra slik at pasienten kan bli mer aktiv i gruppen hvis pasienten selv ønsker dette.

#### 4.3.4 Veiledning til pårørende

Gruppeveiledning kan også bestå av pasient og nærmeste pårørende. Det ses på som en fordel at pårørende også får veiledning om livsstilsendringer. Pasientens og pårørendes livsstil påvirker hverandre. Ved at pårørende får informasjon om for eksempel kostholdsending kan dette bidra til at pasienten i større grad vil oppleve mestring i forhold til å klare å legge om kostholdet. En artikkel utgitt av Axelsson og Ruderfelt (2004) viser at gjennom informasjon gitt til pårørende om kostholdsendinger, bidrar til at pårørende velger sunnere alternativer når det gjelder matinnkjøp og matlaging. Artikkelen viser at disse faktorer er av avgjørende betydning for at pasienten skal lykkes med kostholdsending. Dette samsvarer også med det diabetessykepleieren hadde erfaring med i møte med disse pasientene:

*”Hos sykepleieren får de samme informasjon. Dette bidrar til å skape en dialog i hjemmet. De kan drøfte og diskutere hva kan bidra med sammen. Veiledningen fører til at de får samme forutsetninger om hvordan de skal leve. For eksempel at de spiser rett mat”.*

Fordelen ved at pasienten og pårørende får samme informasjon var i følge diabetes sykepleieren at de har samme utgangspunkt i forhold til for eksempel kunnskaper om kostholdsendinger. I følge henne kan konflikter oppstå i hjemmet hvis for eksempel bare pasienten får veiledning og ikke pårørende. Konflikten oppstår da i forhold til at de har forskjellige kunnskapsforutsetninger om for eksempel hva kostholdsendingene innebærer.

På den andre siden kan gruppebasert veiledning gitt til pasient og pårørende føre til at den pårørende blir den som skal mestre sykdommen for pasienten. Pasienten vil dermed få en passiv rolle i forhold til egen sykdom og livsstil. Dette kan illustreres ved for eksempel hvis

man har en mannlig pasient der hustruen alltid har laget maten. Fordelen er at hun gjennom veiledning lærer å lage mer diabetesvennlig kost, men pasienten lærer ikke selv hvordan dette kan gjøres. Dette kan fungere på kort sikt. Hvis for eksempel pasienten skulle bli enkemann er det uvisst hvilke kunnskaper han har i forhold til matlaging og kosthold. Vi vil med dette mene at man som veileder må være bevisst på å sette pasienten i fokus under veiledningen. Ved å stille spørsmål om hva kostholdet inneholder vil kunne få et bilde av hvor pasientens kunnskapsnivå ligger.

#### **4.3.5 Evaluering av veiledningen**

Evaluering av veiledningen er viktig. En evaluering av veiledningen kan bidra til økt kvalitet på veiledningen. Er ikke hensikten med veiledningen oppnådd, må man vurdere å benytte seg av andre veiledningsmetoder (Tveiten, 2008). Evalueringen skal legge til rette for at pasienten skal kunne tilegne seg kunnskaper og utvikle seg. Evalueringen kan skje i form av en dialog. Pasienten kan fortelle hva som er forstått og hva pasienten trenger mer kunnskaper om. Hvis pasienten ikke kan gi uttrykk for dette, må sykepleieren legge til rette slik at pasienten blir mer bevisst på hva pasienten har lært og hva pasienten trenger mer kunnskap om. For å se om pasienten har lært noe av veiledningen kan sykepleieren stille kontrollspørsmål, eller ved å kontrollere resultater. Resultatene kan kontrolleres hos fastlegen etter utskrivelse eller ved for eksempel en diabetes poliklinikk. Resultatene som måles kan for eksempel være langtidsblodsukkeret (6 – 12 ukers gjennomsnittsblodsukker) til pasienten. Med dette kan vi evaluere ut ifra pasientens blodsukker, om pasienten har tilegnet seg kunnskaper om livsstilsendringenes betydning for blodsukkerkontroll. Evalueringen av læring er endret atferd. Resultatene av livsstilsendringer vil vise seg etter uker og eller måneder, der er derfor viktig at pasienten forstår viktigheten av å møte til kontroll hos legen eller en diabetessykepleier etter utskrivelse fra sykehuset.

## 5.0 Konklusjon

Gjennom oppgaveprosessen har vi jobbet fram mot å finne svar på vår problemstilling. Våre funn gjort i oppgaven har gitt oss økt forståelse for hvordan vi som sykepleiere gjennom veiledning kan hjelpe pasienten med nyoppdaget diabetes type 2 til å mestre sin hverdag. Som sykepleiere må vi møte pasienten der han er og møte hvert menneske som et enkeltindivid. Pasientenes reaksjoner på å få diagnosen er individuelle. Noen kan oppleve en krise etter å ha fått diagnosen. Dette kan påvirke pasientens læreforutsetninger. Pasienter med samme diagnose kan ha ulikt behov for sykepleie, det er viktig at vi som sykepleiere ser dette. Brukermedvirkningens betydning for vellykket behandling av diabetes type 2 har stor innvirkning for at pasienten skal kunne mestre sin hverdag. Å leve med diabetes type 2 stiller nye egenomsorgskrav. Individuell og gruppebasert veiledning og informasjon er avgjørende for at pasienten skal kunne mestre de nye egenomsorgskravene. I vår drøftingsdel kom vi fram til at en kombinasjon av individuell og gruppebasert veiledning gir økt motivasjon for mestring.

I arbeidet med oppgaven har vi sett betydningen av god planlegging og kontinuitet i arbeidsprosessen. Med bakgrunn i dette føler vi at dette har bidratt til at vi har fått svar på vår problemstilling. Vi føler at gjennom arbeidet med oppgaven har gitt oss økt handlingskompetanse for hvordan vår pedagogiske funksjon som sykepleier best skal utøves i praksis.

Vi ser det som en fordel at vi har vært to i arbeidet med oppgaven. Drøfting og diskusjoner har bidratt til at vi har kommet i dybden i vårt arbeid med å finne svar på problemstillingen. Vi ser det ikke som en fordel med tanke på det tidsmessige aspektet ved å være to. Mulig har vår arbeidsprosess vært noe lengre enn hvis vi hadde skrevet oppgaven alene.

## 6.0 Litteraturliste

### Pensumlitteratur:

Aadland, Einar (2007). *"Og eg ser på deg"*. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Eide, Einar. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kringlen, Einar. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hanestad, Berit R og Wahl, Astid (2008) *Livskvalitet, helse, stress og mestring*. I. Gjengedal, Eva og Hanstad, Berit Rokne (red) *Å leve med kronisk sykdom*. ss 29 -40. Oslo: Cappelen Forlag AS.

Hanssen, Tove A og Natvig, Gerd Karin (2008) *Stress og mestring*. I. Gjengedal, Eva og Hanstad, Berit Rokne (red) *Å leve med kronisk sykdom*. ss 40 -60. Oslo: Cappelen Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Helsepersonelloven*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> [20.Mars 2011].

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Pasientrettighetsloven*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> [30. Januar 2011].

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Spesialisthelsetjenesteloven*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html> [03.Mars 2011].

Christensen, L. S og Huus Jensen, B(2003) *Pedagogikk og pasientutdanning: sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe Forlag.

Ljoså, Tone Marte og Rustøen, Tone (2008). *Lidelse og Kronisk sykdom*. I. Gjengedal, Eva og Hanstad, Berit Rokne (red) *Å leve med kronisk sykdom*. ss 78 -93. Oslo: Cappelen Forlag AS.

St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

Tveiten, Sidsel (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

### **Vedlegg**

1 Tillatelse for innhenting av dataskjema.

2 Intervjuguide.



**Selvvalgt litteratur :**

Allgot, Bjørnar (2011). *Diabetes i et brukerperspektiv*. I. Graue Marit og Skafjeld Anita (red) *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*. ss 205-232. Oslo: Akribe Forlag.

Antall sider: 28

Aunola mfl. (2001). *Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance* [Online]. Tilgjengelig fra <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801> [ 20.03.2011].

Antall sider: 8

Axelsson, Lilian og Ruderfelt, Daniel 2004. *Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor*. [Online]. Tilgjengelig fra [http://svemedplus.kib.ki.se/Record.aspx?query=%20Ruderfelt%20%20D&prevDok\\_ID=&Dok\\_ID=89257&pos=0](http://svemedplus.kib.ki.se/Record.aspx?query=%20Ruderfelt%20%20D&prevDok_ID=&Dok_ID=89257&pos=0) [01.04.2011].

Antall sider: 5

Benner og Wrubel (1989). *The Primary of Caring. Stress and Coping in health and illness*. Menolo Park, Californina: Addison-Wesley Pulishing Company.

Antall sider: 52

Cavanagh Stephen (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Antall sider: 48

Karlsen, Bjørg (2011). *Den individuelle veiledningssamtalen -nøkkel til bedret mestring? .I. Graue Marit og Skafjeld Anita (red) Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*. ss 216-250. Oslo: Akribe Forlag.

Antall sider: 34

Kristoffersen, Nina J(2005). *Lidelse, håp og livsmot*. I. Kristoffersen, Nina, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne (red) *Grunnleggende Sykepleie Bind 3*.ss 157-205 . Oslo: Gyldendal Akademiske.

Antall sider: 52

Kristoffersen, Nina J.(2005). *Stress, mestring og endring av livsstil*. I. Kristoffersen, Nina, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne (red) *Grunnleggende Sykepleie Bind 3*.ss 206-266. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Antall sider: 60

Lazarus, RS og Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publishing Company.

Antall sider: 189

Reitan, Anne Marie. (2006) *Krise og mestring*. I. Reitan, Anne Marie og Schjølberg Tore Kr (red)*Kreftsykepleie. Pasient- utfordring- handling. ss 47-65*. Oslo: Akribe Forlag.

Antall sider: 18

Rubin, Richard og Peyrot, Mark. (1999) *Quality of life and diabetes* [Online].Tilgjengelig fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10441043> [15.03.2011].

Antall sider: 13

Sagen, Jørn V (2011). *Sykdomslære*. I. Graue Marit og Skafjeld Anita (red) *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*. ss 19- 67. Oslo: Akribe Forlag.

Antall sider: 48

Skinner T C og Snoek F J (2002). *Psychological counselling in problematic diabetes: does it help?* [Online]. Tilgjengelig fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.14645491.2002.00678.x/pdf> [01.04.2011].

Antall sider: 9

Tveiten, Sidsel (2008) *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.

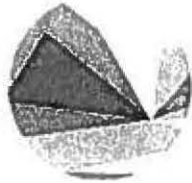
Antall sider: 2

Vaaler, Stein(2004). *Klassifikasjon av diabetes*. I. Vaaler, Stein(Red.). *Diabeteshåndboken*. Ss. 12–14. Oslo: Gyldendal bokforlag AS.

Antall sider: 2

Totalt antall sider: 568

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

Profesjonshøgskolen  
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

## TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

### SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til:

Avdeling / institusjon \_\_\_\_\_

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder \_\_\_\_\_

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen
- 3.) Semesteroppgave
- 4.) Prosjektarbeid

søker:

Student: \_\_\_\_\_

Bachelor i sykepleie:

Kull: 08/11

Stuedsted: BODØ

UIN

Videreutdanning, linje: \_\_\_\_\_

Kull: \_\_\_\_\_

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervju personer.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: \_\_\_\_\_

"Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom veiledning og undervisning hjelpe pasienten til å mestre sin diabetes type 2?"

Formålet med undersøkelsen er å undersøke hvordan veiledning og undervisning til pasienter med diabetes type 2 kan bidra til at de kan mestre sin hverdag. Vi er derfor interessert i å undersøke hvilke pedagogiske metoder som blir brukt på deres avdeling

Metode v/ datainnsamlingen: Vårt valg av metode for intervjuet er et kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: \_\_\_\_\_

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker (hvis ikke tilatelse fra NSD utføres intervjuet skriftlig)

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: \_\_\_\_\_

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Solveig Bråvik  
Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: \_\_\_\_\_

Til

Student: \_\_\_\_\_

Faglærer: Solveig Brævik

Høgskole: Universitetet i Nordland, Profesjonshøgskolen

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. / poststed: \_\_\_\_\_

### SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato \_\_\_\_\_ er behandlet dato 8/3-11 av saksbehandler / organ:

avdelingsleder, og  
klinikkisjef

Vedtak: Søknaden innvilges, og studentene  
gis mulighet til å gjennomføre intervju  
med diabetesspl.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: Ønsker intervju uten hånd-  
opptaker.

Underskrift

Underskrift

### Intervjuguide

Hvordan reagerer pasientene på at de har fått diabetes?

Hvordan tilpasses undervisning/veiledningen til pasienten?

Innhold i veiledningen og informasjon som blir gitt.

Hvilke utfordringer opplever mennesker med nyoppdaget diabetes?

- Hvordan lærer de å takle evt krisesituasjoner.

Opplever du at pasientene ønsker å lære mest mulig om egen sykdom?

- Er det pasienter som ikke er interessert i å bli gitt informasjon om egen sykdom?
- Hvilke metoder bruker du for å motivere pasientene?

Veiledningen foregår den individuell?

- Hva ser du på som fordeler og ulemper ved individuell og gruppeveiledning?
- Hvor stor grad er pårørende medvikende/ Hvorfor mener du det er viktig at de blir inkludert?

I hvor stor grad ser du senkomplikasjoner hos deres pasienter?