



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4BACH

Linn Anita Arnesen og Hilde Gunderstuen

Endring av livsstilsvaner for pasienter med diabetes

Changing lifestyles with diabetes

Veileder: Gunvor Stensrud

Antall ord: 12266

BASY 2011- 2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunn

Diabetes type II er den vanligste formen for diabetes, og forekomsten er firedoblet de siste 50 årene. Siden dette er en økende pasientgruppe og dermed en tematikk vi kommer mye i kontakt med i fremtiden, er dette en diagnose vi ønsker å fordype oss i og tilegne oss kunnskaper om.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type II. Vi har lagt hovedfokuset på livsstilsendringer gjennom motivasjon og mestring, ved hjelp av sykepleierens pedagogiske funksjon.

Metode

Oppgaven er en litteraturstudie, basert på pensumlitteratur, faglitteratur, forskning, samt egne praksiserfaringer. Vi har benyttet oss av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, hvorav en er norskspråklig og de øvrige tre er engelskspråklige. Ut over dette har vi også benyttet oss av en fagartikkel.

Konklusjon

Pasienter med diabetes type II er i en svært utsatt posisjon hvor de har behov for omsorg og sykepleie. Dersom de skal være i stand til å gjennomføre en livsstilsendring er det avgjørende med motivasjon og mestring, samt tilstrekkelig hjelp fra sykepleier knyttet til informasjon, undervisning, veiledning og støtte.

Virginia Hendersons definisjon på sykepleie:

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførselen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”

(siteret i Tveiten, 2008a, s. 23).

Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning.....	7
1.4 Disposisjon	8
2.0 Metode	9
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Valg av litteratur.....	10
2.3 Litteratursøk	10
2.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	12
2.5 Kildekritikk.....	14
3.0 Teoretisk referanseramme	16
3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme	16
3.1.1 Sykepleiens samlede kompetansefelt.....	16
3.1.2 Sykepleiens pedagogiske funksjon	17
3.2 Dorothea Orems sykepleietenkning.....	18
3.2.1 Orems egenomsorgsteori	18
3.2.2 Egenomsorg	19
3.2.3 Egenomsorgssvikt.....	20
3.2.4 Sykepleiesystemer.....	21
3.3 Joyce Travelbees sykepleietenkning	22
3.3.1 Mellommenneskelig forhold.....	22
3.3.2 Kommunikasjon	23

3.4 Diabetes	24
3.4.1 Diabetes type I	24
3.4.2 Diabetes type II	24
3.4.3 Senkomplikasjoner og følgesykdommer av diabetes type II	25
3.4.4 Metabolsk syndrom	25
3.5 Endring av levevaner	26
3.5.1 Livsstil og livsstilssykdom	26
3.5.2 Livsstilsendring	27
3.6 Behandling og forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type II	28
3.6.1 Kosthold	29
3.6.2 Fysisk aktivitet	29
3.7 Diabetes som kronisk sykdom	30
3.7.1 Å bli rammet av en kronisk sykdom	30
3.7.2 Kriser	31
3.8 Motivasjon og mestring	32
3.8.1 Motivasjon til endring	32
3.8.2 Mestringsforventning- og strategi	33
4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyoppgaget diabetes type II	34
4.1 Tilnæringsmetoder og verktøy i møtet med den kronisk syke	35
4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere kompensere for pasientens svikt i egenomsorg	37
4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at pasienter mestrer endringen til ny livsstil	39
5.0 Avslutning	44
Litteraturliste	46

1.0 Innledning

Dette kapittelet inneholder presentasjon og begrunnelse for valgt tema, samt problemstilling, avgrensning og disposisjon for oppgaven.

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Forekomsten av diabetes har økt dramatisk over hele verden de siste 20-30 år og Verdens helseorganisasjon (WHO) regner diabetesepidemien som en av de største utfordringene i dette århundret (referert i Jenum, 2011). I følge Helsedirektoratet (2009) debuterer diabetes type II vanligvis fra 40-årsalderen og oppover, og ble tidligere kalt aldersdiabetes da de fleste som får sykdommen er over 70 år. I løpet av de siste årene er det derimot registrert et økende antall pasienter blant barn og unge voksne i alderen 20-30 år.

Tall fra Diabetesforbundet (2013a) viser til at 25.000 mennesker i Norge lever med sykdommen diabetes type I, og at så mange som 600 nye tilfeller utvikles årlig. Videre kan vi lese at rundt 350.000 nordmenn lever med diagnosen diabetes type II, hvorav ca. halvparten av disse ikke selv er klar over at de er syke. Omkring 6000–7000 nye tilfeller av diabetes type II tilkommer hvert år, noe som ser ut til å være enøknsomt er firedoblet i forhold til for 50 år siden (Diabetesforbundet, 2013b). Ut i fra *Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes* (Helsedirektoratet, 2009) kan vi lese at den økende forekomsten skyldes blant annet økt inntak av fett og sukker, samt mangel på fysisk aktivitet. Denne ”nye” livsstilen har ført til en økning i gjennomsnittsvekt hos både menn og kvinner og på bakgrunn av dette kan diabetes type II betegnes som en livsstilssykdom.

I følge Helsedirektoratet (2009) kan sykdom i økende grad knyttes til usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet. Mat med for mye salt, sukker og usunt fett er lett tilgjengelig store deler av døgnet, og utviklingstrekk som urbanisering, hyppigere måltider utenfor hjemme og mindre tid til matlaging, kan bidra til at praktiske ferdigheter og kunnskaper om råvarer og næringsstoffer blir dårligere. Videre skriver Helsedirektoratet (2009) at fysisk aktivitet som tidligere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøremål er sterkt redusert. Motorisert transport, samt TV- og PC-bruk har medført at vi ikke lenger behøver å være fysisk aktive i hverdagen, fysisk aktivitet har tvert i mot blitt noe vi aktivt må ”oppsøke” dersom vi skal få det til (Mæhlum, 2011).

På grunnlag av dette forstår vi at personer med diabetes er økende pasientgruppe som vi vil komme mye i kontakt med i framtiden. Derfor ser vi at det er hensiktsmessig å ha kunnskaper og erfaringer knyttet til dette. Vi syntes at tematikken rundt diabetes er spennende og belyser vår funksjon som fremtidige sykepleiere på en svært god måte. Diabetes type II er en kronisk sykdom som ofte krever endring i form av livsstilsvaner. Pasienten har et stort ansvar i forhold til egenomsorg, men sykepleier har viktige oppgaver knyttet til informasjon, undervisning, veiledning, støtte og oppfølging av denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i valgt tema har vi kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyopplaget diabetes type II?

Vi ønsker med denne problemstillingen å sette fokus på nødvendige kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleieren må inneha i møtet med mennesker med diabetes type II, og hvilke faktorer som må ligge til rette for at personen med diabetes får et så godt utgangspunkt som mulig for å kunne mestre et liv med kronisk sykdom og endringene dette måtte føre med seg. Hensikten med valgt tema og problemstilling vil være å kunne bidra til større innsikt og bedret mulighet til å hjelpe pasienter med nyopplaget diabetes type II i framtiden.

1.3 Avgrensning

For å avgrense oppgaven skal vi først se nærmere på noen aktuelle ”nøkkelord” i problemstillingen og spesifisere hvordan vi oppfatter og vektlegger disse. Deretter vil vi ta for oss hva vi ønsker å gå inn på i oppgaven, samt hva som er utelatt.

I forbindelse med verbet å *bidra* har vi forsøkt å finne frem til en definisjon av ordet, og gjorde i denne anledning et søk i oppslagsverket *Store norske leksikon*. Beklageligvis kunne vi ikke finne frem til dette i verken oppslagsverk eller øvrig litteratur. For oss er verbet å bidra, synonymt med å hjelpe, noe som videre symboliserer god omsorg i form av hjelp til

selvhjelp, hvor sykepleiens pedagogiske funksjon står sentralt. Begrepet *livsstilsendring* står sentralt i problemstillingen, men vi velger å unnlate å utdype begrepet ytterligere her, da dette blir gått grundig inn på senere i oppgaven.

På grunnlag av at stadig flere unge voksne får diagnosen diabetes type II, er det denne målgruppen vi ønsker å fokusere på. I sammenheng med dette er det aldersgruppen 40-60 år vi betrakter som *voksne*, og som derfor danner grunnlaget for oppgaven og problemstillingen. Videre vil oppgaven konsentrere seg om pasienter med *nyoppdaget diabetes type II*, og hvilke behov disse har knyttet til sin nye diagnose.

Vi har valgt å benytte oss av Virginia Hendersons definisjon av sykepleie som forord i oppgaven, da definisjonen legger grunnlaget for vår utøvelse av sykepleie. Videre er oppgaven skrevet ut i fra et kjønnsnøytralt perspektiv, og tematikken konsentrerer seg til å omhandle etniske nordmenn bosatt i Norge. Arbeidsfeltet vi befinner oss på er satt til kommunehelsetjenesten og hjemmearenaen, og hvilke funksjoner sykepleiere innenfor tjenesten har til plikt og ansvar å utføre. Fokuset er både pasient- og sykepleierrettet, men sistnevnte er særlig fremtredende, ettersom det kommer frem av skolens *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie* at sykepleiefaget- og funksjonen må komme klart frem i oppgavebesvarelsen. For å variere språket i oppgaven har vi bevisst valgt å veksle mellom begrepene menneske, person og pasient gjennom oppgaveteksten.

1.4 Disposisjon

Oppgaven følger mal for studentoppgaver på høghskolenivå, og består følgende av en innledning, en hoveddel og en avslutning. Videre består oppgaven av fem kapitler. Første kapittel er en introduksjon av oppgaven, og baserer seg på presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling, samt avgrensning og disposisjon. I andre kapittel gjør vi rede for litteraturstudie som metode, og valgt litteratur, herunder litteratursøk og kildekritikk. Tredje kapittel inneholder aktuell teori som vi benytter for å besvare vår problemstilling. I fjerde kapittel foretar vi en analyse av skrevet teori, samt forskning og praksiserfaringer, og drøfter dette opp i mot problemstillingen. Femte og siste kapittel består av en avslutning hvor vi oppsummerer våre resultater og funn, og dermed vårt svar på den valgte problemstillingen.

2.0 Metode

I dette kapittelet redegjør vi for valg av metode, benyttet litteratur og kildekritikk av denne.

2.1 Litteraturstudie

Det går fram av skolens *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie* at avsluttende eksamen innen faget er en fordypningsoppgave basert på litteratur. For å finne frem til relevant litteratur er det nødvendig å ta i bruk *metode* (Dalland, 2012).

Vilhelm Aubert (referert i Dalland, 2012) sier:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører medi arsenalet av metoder. (s. 111)

Dalland (2012) skriver at metode er et hjelpemiddel som brukes til å samle inn relevant data til et bestemt formål. Begrunnelsen for å velge én bestemt metode fremfor en annen, er at denne vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. I følge Dalland (2012) er det nødvendig å benytte seg av ulike metodiske tilnærminger og metoder for å få et fullgodt svar på studien som utføres. Vi har derfor valgt å ta i bruk både kvalitative og kvantitative metoder i form av forskningsartikler i vår oppgave.

Kvalitativ og kvantitativ metode

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) skriver at begrepene *kvalitativt* og *kvantitativt* henviser til spesielle *egenskaper*. I følge Dalland (2012) tar de *kvalitative metodene* sikte på å fange opp mening og opplevelse, mens de *kvantitative metodene* gir data i form av målbare enheter. I følge Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012) skjer datainnsamlingen i kvalitative forskningsmetoder hovedsakelig gjennom intervju, observasjon eller gjennom lesing av dokumenter. Ved kvantitative forskningsmetoder benyttes tverrsnitt- og prevalensstudier og datainnsamlingen skjer gjennom planlagte spørreskjemaundersøkelser og meningsmålinger.

2.2 Valg av litteratur

Dalland (2012) skriver at litteratur er et viktig grunnlag for alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Derfor må det gå tydelig frem *hvorfor* en bestemt type litteratur er valgt, og *hvordan* utvalget er gjort. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunlaget er godt beskrevet og begrunnet. Dette synliggjøres gjennom litteratursøk og kildekritikk.

2.3 Litteratursøk

Vår oppgave er skrevet ut fra obligatorisk pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, forskning, offentlige dokumenter, samt erfaringer fra praksis. Ved å innhente og benytte ulike former for litteratur, vil vi oppnå et helhetlig og kvalitetssikret resultat i henhold til oppgavens tematikk og problemstilling.

For å finne frem til relevant pensumlitteratur, faglitteratur og offentlige dokumenter gjorde vi først et generelt oversiktssøk i søkemotorene Google og Kvasir. Her benyttet vi oss blant annet av søkeordene *diabetes (mellitus)*, *diabetes (mellitus) type 2*, *diabetesbehandling* og *kronisk sykdom*. Vi valgte også å benytte oss av trunkeringstegnet stjerne og brukte i denne anledning søkeordet *diabet**. Disse søkeordene gav oss mange treff, i neste omgang valgte vi derfor å kombinere ulike søkeord for å få flere spesifikke resultater som vi kunne knytte opp i mot den valgte problemstillingen. Søkeordene vi kombinerte i denne omgang var *diabetes og folkehelse*, *diabetes og ernæring*, *diabetes og fysisk aktivitet*, *diabetes og livsstilsendring*, *diabetes og egenomsorg*, samt *diabetes og sykepleie*. Kombinasjonsordene resulterte i mange treff, hvor vi valgte å se nærmere på de som virket interessante og relevante for vår oppgave og problemstilling.

Vi utførte deretter et raskt søk i søkemotoren ORIA og Google Scholar med de samme søkeordene som nevnt over. Dette ledet frem til mange bøker, gamle studentoppgaver og fagartikler som omhandlet vårt tema. Vi fortok også søk i databasene til henholdsvis Norsk Sykepleierforbund, Diabetesforbundet, Folkehelseinstituttet, Helsebiblioteket og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Her fikk vi resultater i form av fag- og forskningsartikler, samt statistikk. Resultatene ble gjennomgått på en kritisk måte og deretter sortert ut i fra relevans for videre utarbeidelse av oppgaven.

Da vi følte at vi hadde tilstrekkelig med relevant stoff til teoridelen av oppgaven, valgte vi å gjøre et dybdesøk for å komme frem til forskning som er gjort på området. I forbindelse med dette utarbeidet vi et PICO-skjema. I følge Nortvedt et al. (2012) er rammeverket PICO et hjelpemiddel for å systematisere spørsmål eller problemstillinger, og representerer måten å dele opp spørsmål på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Søkeordene vi valgte å benytte oss av i vårt PICO-skjemaer linket opp mot problemstillingen og består av følgende ord *voksne, pasienter med (nyoppdaget) diabetes (type 2), livsstil(*)* og *sykepleie*. Ut i fra dette ønsket vi å finne frem til engelske søkeord og MeSH-termer. Gjennom skolens biblioteksider tok vi i bruk databasene Ordnett og SveMed+, noe som resulterte i blant annet ordene *adult(*), diabetes (mellitus type 2), life style(s) og nursing (care)*.

De engelske søkeordene og MeSH-termene ble så benyttet i forbindelse med søk i databasen EBSCOhost, herunder CINAHL with Full Text. Ved å kombinere søkeordene *diabetes AND lifestyles AND nursing* fikk vi 15 treff. Når vi avgrenset dette til Full Text stod vi igjen med fem treff, hvorav artikkelen *The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses* (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja, 2007) ble valgt ut som relevant for vår oppgave og problemstilling.

Vi forsøkte deretter å kombinere søkeordene *diabetes type 2 AND adult* AND motivation* i databasen CINAHL with Full Text. Denne kombinasjonen gav oss 106 treff. Vi valgte derfor å avgrense søket til å omhandle artikler med Full Text og publiseringsdato etter år 2010, dette gav oss 24 treff. Etter å ha lest i gjennom artiklenes sammendrag fant vi frem til to artikler som vi ønsket å benytte oss av i vår oppgave. Tittelen på disse artiklene er *Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2* (Ofstedal, Karlsen & Bru, 2010) og *Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes* (Ofstedal, Karlsen & Bru, 2011).

I databasen Idunn benyttet vi søkeordene *diabetes* og *livsstil*. Dette gav oss til sammen 23 treff, hvorav vi valgte ut artikkelen *”Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her”*: *Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie* (Tjelta & Holsen, 2013).

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Gjennom vårt litteratursøk har vi kommet frem til fire utvalgte forskningsartikler, hvorav én er norskspråklig og de øvrige tre er engelskspråklige. To av de engelske artiklene er derimot skrevet av norske forfattere og én av disse artiklene er også publisert på norsk gjennom *Sykepleien Forskning* (Ofstedal, 2011). Ut over de valgte forskningsartiklene har vi kommet over en fagartikkel som er publisert i den nyeste utgaven av tidsskriftet *Sykepleien* (Klette, Evju, Kasen & Bondas, 2014). Fagartikkelen baserer seg på et forskningsprosjekt og er inkludert i vår oppgave da vi anser artikkelen som svært aktuell opp mot valgt tema og problemstilling.

Forskningsartikkel 1

Artikkelen *The dilemma of patient responsibility for lifestyle change:*

Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja et al., 2007) er skrevet ut fra en studie utført i Finland, som baserer seg på kvantitativ metode i form av en spørreskjemaundersøkelse. Hensikten bak studien er å undersøke helsepersonells syn på pasientens og den profesjonelles rolle i håndteringen av livsstilsrelatert sykdom og risikofaktorer knyttet til dette. Det kommer frem av resultatene i studien at pasienten har en viktig rolle i forhold til egenomsorg og at helsepersonell innehar oppgaver og roller knyttet til informasjon, motivasjon og støtte. Studien konkluderer med at pasientens egenaktivitet er viktig, men at motvillighet til livsstilsendring ofte kan være en stor barriere i behandlingen av sykdommen.

Forskningsartikkel 2

Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes (Ofstedal et al., 2010) er tittelen på en artikkel skrevet ut fra en kvalitativundersøkelse, bestående av fokusgruppeintervju og feltnotater. Studien er utført i Norge og har til hensikt å beskrive pasienters oppfatning av hvordan ulike støttende egenskaper blant helsepersonell påvirker motivasjonen til egenomsorg. Det kommer frem i konklusjonen av studien at helsepersonell kan påvirke forventningene til voksne med diabetes type II, ved at pasientene selv kan være i stand til å ivareta egenomsorg, dersom de blir møtt med empati og får tilbud om individualisert, praktisk og kontinuerlig støtte.

Forskningsartikkel 3

Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes (Ofstedal et al., 2011) er skrevet ut fra en studie som baserer seg på kvantitativ forskningsmetode, i form av en spørreskjemaundersøkelse. Studien er skrevet av norske forfattere og utført i Norge. Hensikten med studien er å se på faktorer som meststringsforventning, motivasjon og verdier, og hvordan disse henger sammen med håndtering av kosthold og fysisk aktivitet hos voksne pasienter med diabetes type II.

Resultatene viste at mange av deltakerne i studien ikke følger anbefalingene om daglig sunt kosthold og fysisk aktivitet. Studien viser til funn om at deltakerne i større grad hadde evne til å følge anbefalinger knyttet til kosthold enn til trening. Videre antydte resultatene at ytre motivasjonsfaktorer er gjeldende i forhold til kosthold, mens indre motivasjon er sterkere knyttet til fysisk aktivitet. Det er potensial for bedring dersom helsepersonell har fokus på å stimulere indre motivasjon, i tillegg til å kommunisere klare anbefalinger hva trening gjelder.

Forskningsartikkel 4

”Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her”: *Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie* (Tjeltnes & Holsen, 2013) er tittelen på en artikkel som er skrevet ut fra en kvalitativ studie. Metoden for innsamling av data var fokusgruppeintervju og studien ble utført i Norge. Hensikten med studien var å undersøke betydningen av et poliklinisk gruppebasert pasientopplæringskurs for mestring ved diabetes type II og gjøre den enkelte i stand til å mestre endringer som kan oppstå ved kronisk sykdom. Resultatene viste at pasientopplæring som er rettet mot aktiv deltakelse og samarbeid, og som i tillegg inkluderer det sosiale miljøet, støtter mestring.

Fagartikkel

Artikkelen *Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap* (Klette et al., 2014) er skrevet ut i fra et forskningsprosjekt og baserer seg på kvalitativ metode gjennom intervjuer. Hensikten med forskningsprosjektet var å beskrive og fortolke sykepleieres erfaringer med helsefremmende sykepleie til pasienter som bør endre levevaner. Det kommer frem av artikkelen at sykepleiere må ta mer ansvar for den helsefremmende delen av sykepleien og at pasienter som skal endre

levevaner har behov for kontinuitet og oppfølging på flere plan. Resultatene i artikkelen peker derimot på at dette kan by på faglige og organisatoriske utfordringer.

2.5 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det materialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. Dette innebærer å vurdere og å karakterisere de kildene som benyttes. Leth og Thurén (referert i Dalland, 2012) sier at kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner.

I følge Dalland (2012) er *validitet* og *reliabilitet* viktige begreper i denne sammenheng.

Validitet vil si at litteraturen som velges for oppgaven, er relevant og gyldig for problemområdet. *Reliabilitet* vil si pålitelighet og går ut på at blant annet målinger som gjøres eller har blitt gjort i forskningen man bruker, må være korrekt utført, slik at den blir en mest mulig riktig fremstilling av virkeligheten.

I vår utvelgelse av litteratur har vi vektlagt relevans i form av å vurdere hvilken verdi kilden har i forbindelse med vårt tema og problemstilling. Vi har vurdert gyldighet og pålitelighet ved å undersøke faktorer som sjanger, forfatter, målgruppe, budskap og formål, samt tidspunkt for skrevet materiell. Ut over dette har vi tatt i bruk sjekklister fra *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*(2008) i forbindelse med utvelgelsen av artikler, da dette bidrar til ytterligere kvalitetssikring av materialet. Utvelgelse av litteratur er gjort i tråd med anbefalinger fra skolen og gjennom pensumlitteratur, herunder *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2012), samt *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (Nortvedt et al., 2012).

På grunnlag av valgt tema og problemstilling har litteraturtilgangen vært forholdsvis stor og det har derfor vært nødvendig for oss å gå igjennom litteraturen på en kritisk måte, for å finne ut hva som skal danne grunnlaget for oppgaven og drøftingen av problemstillingen. Vi har forsøkt å etterfølge punktene i avsnittet over og i denne anledning finne frem til oppdatert litteratur, samt i all hovedsak å benytte oss av primærkilder. Primærkilder har derimot ikke alltid vært tilgjengelig og vi har dermed blitt nødt til å ta i bruk tidligere utgaver og sekundærlitteratur.

I forhold til sykepleieteoretikerne i oppgaven har vi tatt i bruk Travelbee (2001) sin bok om *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* og den norske oversettelsen av Cavanagh (1999) om *Orems sykepleieteori i praksis*. Ved siden av dette har vi også i denne anledning benyttet oss av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2012a) som sekundærkilde. Ifølge Dalland (2012) er ulempen med oversatt og sekundærlitteratur at teksten er bearbeidet og fortolket, noe som betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg. Til tross for dette anser vi både Cavanagh (1999) og Kristoffersen et al. (2012a) som relevante, pålitelige og gyldige for vår oppgave og problemstilling.

Ved siden av sjekklister for vurdering av vitenskapelige artikler, har vi vektlagt at artiklene skal være oppdatert i lys av dagens situasjon, og samtidig være fagfellevurdert og følge standarden for IMRaD-struktur. Fagfellevurdering (*peer review*) betyr at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012). IMRaD-strukturen setter krav til den enkelte artikkel ved at oppbygning og struktur består av introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt et al., 2012). Vi har falt ned på fire vitenskapelige artikler, samt en fagartikkel som vi benytter oss av i vår oppgave. Tre av disse artiklene er engelskspråklige, noe som i likhet med annen oversatt litteratur kan by på feiltolkning av materialet. I følge *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie* er det et krav at deler av forskningsartiklene må være engelskspråklige. Vi har derfor avsatt god tid i gjennomgangen av artiklene, slik at forståelsen og tolkningen av materialet blir mest mulig korrekt.

3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på oppgavenssykepleieteoretiskreferanseramme, herunder sykepleiens pedagogiske funksjon, samtDorotheaOrems og Joyce Travelbees sykepleietenkning. Videre vil vi beskrive den medisinske diagnosen diabetes, endring av levevaner, samt behandling og forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type II. Vi vil også omtale diabetes som kronisk sykdom, og motivasjon og mestring relatert til livsstilsendring.

3.1 Sykepleieteoretisk referanseramme

Under dette hovedpunktet vil vi ta for oss vil sykepleierens samlede kompetansefelt. Hovedtyngden vil være på sykepleiens pedagogiske funksjon, med særlig fokus påhelsefremming og forebygging, samt undervisning og veiledning.

3.1.1 Sykepleiens samlede kompetansefelt

Kristoffersen et al. (2011a) omtaler sykepleie som et *profesjonsfag*, hvor hensikten er rettet mot å ivareta bestemte funksjoner og oppgaver i samfunnet. Brataas (2011b) skriver at bachelorutdanningen i sykepleie skal føre til at studenten etter endt utdanning har oppnådd handlingskompetanse innen yrkesfunksjonen, det vil si profesjonell kompetanse. Dette innebærer at sykepleieren kan fungere selvstendig og møte de krav og forventninger som følger med sykepleierrollen. Sykepleierens samlede kompetansefelt er nedfelt i *Rammeplan for sykepleierutdanningen*(referert i Brataas, 2011b) ogoppsummeres i syv *funksjons- og ansvarsområder* som sykepleieren har særlige forutsetninger for å ta seg av:

- Helsefremming og forebygging
- Behandling
- Lindring
- Rehabilitering og habilitering
- Undervisning og veiledning
- Organisering, administrasjon og ledelse
- Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

De fem første punktene representerer funksjoner som er rettet mot pasienter og pårørende. Punkt fem er også rettet mot kollegaer, studenter og elever, mens punkt seks og syv er knyttet til administrasjon og ledelse og til utvikling av sykepleiefaget (Kristoffersen et al., 2011a). I følge Brataas (2011b) henger alle kompetansefeltene sammen ved at de er delvis overlappende i helhetlig sykepleiekompetanse. Kristoffersen et. al (2011a) skriver at til tross for denne *integrerte helheten* vil tid, sted og situasjon avgjøre hvilke sider ved sykepleiefunksjonen som er mest framtrædende.

3.1.2 Sykepleiens pedagogiske funksjon

De siste tjue årene har sykepleielitteraturen i økende utstrekning fremhevet sykepleiens pedagogiske funksjon. Dette er et tydelig tegn på at sykepleiepedagogisk kunnskap og kompetanse er et viktig felt i sykepleien. Også offentlige dokumenter, eksempelvis utredningen *Pasienten først!* (NOU 1997: 2), ny *Lov om pasientrettigheter* (1999) og Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgskomiteen 2009-2010) understreker at det trengs mer kompetanse for å møte pasientens behov, og rett til, kunnskaper som gjør dem i best mulig stand til å mestre og medvirke i egen helsesituasjon (referert i Brataas, 2011b).

Ut i fra Tveiten (2008b) kan vi lese at:

Sykepleierens 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 kolleger.(s. 30).

Kristoffersen et al. (2011a) skriver at *helsefremming* har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene. *Forebygging* har utgangspunkt i identifiserte potensielle og reelle problemer. Generelt er helsefremming og forebygging rettet både mot friske mennesker, mot personer som er spesielt utsatt for helsesvikt, og mot mennesker som er utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker.

I følge Skafjeld og Graue (2011) kan *undervisning* defineres som planlagt og systematisk påvirkning som har til hensikt å fremme kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos mennesket. *Veiledning* innbefatter både rådgivning, konsultasjon og støtte.Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning retter seg mot både pasienter og pårørende. Ansvaret

retter seg også mot medarbeidere, studenter og elever. I forbindelse med pasienter og pårørende er denne delen av sykepleiefunksjonen knyttet til behovet for kunnskap og forståelse som grunnlag for å foreta valg forbundet med å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2011a).

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde kan settes i nær tilknytning med øvrig sykepleieteori. Dette bringer oss over på sykepleieteoretikerne vi har valgt for oppgaven.

3.2 Dorothea Orems sykepleietenkning

I dette hovedpunktet vil vi se nærmere på Dorothea Orems egenomsorgsteori, herunder delteoriene egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer.

3.2.1 Oremsegenomsorgsteori

Vi har valgt å benytte oss av Orems egenomsorgsteori fordi hun i sin tenkning utdyper de midler og hensikter med egenomsorgshandlinger som mennesket må ha for å sikre normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Videre beskriver Orem sykepleierens mål om tilrettelegging av sykepleien etter pasientens behov for å oppnå egenomsorg (Kristoffersen et al., 2011a).

I følge Kristoffersen et al. (2011a) består Orems egenomsorgsteori av tre delteorier:

- Egenomsorg
- Egenomsorgssvikt
- Sykepleiesystemer

3.2.2 Egenomsorg

Stephen Cavanagh (1999) viser til Orems definisjon av *egenomsorg* som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve. For at dette skal være mulig kreves det at omsorgen er aktiv og at mennesket er i stand til å forstå sin helsetilstand

og ta hensiktsmessige beslutninger om tiltak (Cavanagh, 1999). Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) skriver videre at for å utøve egenomsorg kreves det at individet har *evnen til å lære* – til å tilegne seg kunnskaper av kognitiv og affektiv karakter, samt psykomotoriske ferdigheter, og til å *gjøre bruk av disse kunnskapene og ferdighetene i utøvelsen av egenomsorg*.

Egenomsorgsbehov

I følge Kristoffersen et al. (2011a) er et fellestrekk ved egenomsorgshandlinger at de er rettet mot bestemte mål. Å tilfredsstille egenomsorgsbehovene er en generell målsetning som mennesket har, eller bør ha. Egenomsorgsbehovene må derfor være identifisert og bevisstgjort før de kan tjene mål for en persons egenomsorgshandlinger. Mennesket har normalt evnen til å identifisere sine egne egenomsorgsbehov, vurdere dem og velge hvordan det skal forholde seg til dem (Kristoffersen et al., 2011a).

Cavanagh (1999) skriver at Orem deler egenomsorgsbehov inn i tre kategorier:

- De universelle
- De utviklingsrelaterte
- Helsesviktrelaterte

De universelle egenomsorgsbehovene tar utgangspunkt i grunnleggende behov som er nødvendig for å bevare livsprosessene, samt fysisk og psykisk funksjon. Behovene er felles for alle mennesker og på alle stadier i livsløpet (Kristoffersen et al., 2011a). Orem (sitert i Cavanagh, 1999) hevder at de universelle egenomsorgsbehovene er de essensielle områdene som den enkelte må være i stand til å mestre for å kunne sies å utøve egenomsorg.

De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene er basert på menneskets utvikling fra unnfangelse til død. Behovene følger individets alder, utviklingstrinn og tilstand/situasjon, herunder blant annet sykdom, tap og krise. Videre skal behovene fremme liv og utvikling, samt hindre og forebygge negative konsekvenser dersom situasjoner som hemmer normal utvikling oppstår (Kristoffersen et al., 2011a).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov foreligger hos personer som er syke eller skadde, deriblant personer med funksjonsbegrensninger og/eller –tap, samt personer som er under medisinsk diagnostisering eller behandling (Cavanagh, 1999). Forandringer i helsetilstand kan føre til at man må tilpasse seg en ny og varig endret livssituasjon, hvor man kan bli helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre, for å kunne ivareta god egenomsorg og tilfredsstillende egenomsorgskravene (Kristoffersen et al., 2011a).

Egenomsorgskapasitet

I følge Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) er egenomsorgskapasitet individets evne til å identifisere egenomsorgskrav ved å sette seg mål, ta avgjørelser og deretter gjennomføre konkrete og nødvendige handlinger for å opprettholde normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Videre beskriver Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) kapasiteten som en sammensatt evne som utvikler seg gradvis gjennom livet, forderetter å stabilisere seg i voksen alder. Kapasiteten påvirkes derimot av flere faktorer, deriblant forhold i miljøet, tilhørighet, helsetilstand, utviklingstrinn og tilgang på resurser.

3.2.3 Egenomsorgssvikt

Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) sier at i visse situasjoner, slik som endringer i omgivelsene og egen helsetilstand, vil det kunne oppstå nye egenomsorgskrav som må innfris for at egenomsorgen skal være optimal. Videre hevder Orem (referert i Cavanagh, 1999) at mennesket i stor grad er i stand til å identifisere disse kravene og deretter tilpasse sine handlinger etter dette. Skulle det derimot oppstå ubalanse eller et misforhold mellom kravene om handling og evnen til å utføre disse handlingene, foreligger det en egenomsorgssvikt. Ved alvorlig helsesvikt kreves en særlig kompetanse for at en skal kunne ivareta de økte og nye egenomsorgskravene. I denne forbindelse vil det være nødvendig med hjelp i form av sykepleie (Kristoffersen et al., 2011a).

3.2.4 Sykepleiesystemer

Orem (referert i Cavanagh, 1999) definerer sykepleiesystemer som de interaksjoner og handlinger som foregår mellom sykepleieren og pasienten. Hensikten med systemene er å

beskytte og regulere opptrening eller utvikling av pasientens egenomsorgskapasitet. Utformingen av sykepleiesystemene beskriver nåværende og fremtidige egenomsorgsbehov.

I følge Kristoffersen et al. (2011a) beskriver Orem tre ulike sykepleiesystemer:

- Det helt kompensierende systemet
- Det delvis kompensierende systemet
- Det støttende og undervisende systemet

Det helt kompensierende systemet benyttes dersom en pasient er ute av stand til å ivareta sine universelle egenomsorgsbehov. Sykepleierens rolle blir derfor å kompensere for pasientens egenomsorgssvikt ved å ta initiativ til og utføre handlinger som ivaretar egenomsorgskravene (Kristoffersen et al., 2011a).

Det delvis kompensierende systemet velges i situasjoner der pasienten har ressurser til å utføre deler av egenomsorgen selv. Pasienten involverer seg i egenomsorgen ved å ta aktive valg og utfører de handlingene han er i stand til ut ifra sine ressurser. Sykepleierens rolle er å ta initiativ og utføre handlinger som pasienten selv ikke er i stand til (Kristoffersen et al., 2011a).

Det støttende og undervisende systemet benyttes i situasjoner der pasienten har tilstrekkelige ressurser, eller muligheten til å utvikle disse, for å ivareta sine egenomsorgsbehov. Pasienten trenger kanskje hjelp en periode mens de lærer å tilpasse seg en ny situasjon og hvordan egenomsorgen skal kunne tilpasses etter de nye egenomsorgskravene. Sykepleieren bidrar på andre måter enn å kompensere, ved å tilegne pasienten nødvendige kunnskaper slik at kapasiteten til å ivareta og utføre egenomsorg blir optimal (Kristoffersen et al., 2011a).

I følge Cavanagh (1999) beskriver Orem fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren gjør bruk av for å møte pasientens egenomsorgskrav:

- Å gjøre noe eller handle for en annen

- Å veilede og rettlede en annen
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- Å undervise

Det er graden av svikt i egenomsorg som avgjør hvor mye hjelp pasienten trenger og hvilken hjelpemetode som bør benyttes. Ofte er det nødvendig å ta i bruk alle metodene for å gi tilstrekkelig med hjelp. Videre må bruken av hjelpemetodene endres i takt med at pasientens tilstand forandrer seg (Kristoffersen et al., 2011a).

Vi har nå oppsummert hovedtrekkene i Dorothea Oremsegenomsorgsteori, og ønsker i neste hovedpunkt å se nærmere på Joyce Travelbeesykepleiefilosofi.

3.3 Joyce Travelbees sykepleietenkning

I sin sykepleietenkning retter Joyce Travelbee sin oppmerksomhet mot de mellommenneskelige aspekter og forhold i sykepleie, samt setter fokus på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Dette vil vi derfor se nærmere på i den kommende delen av oppgaven.

3.3.1 Mellommenneskelige forhold

Om sykepleie sier Joyce Travelbee (2001):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene. (s. 29)

I følge Joyce Travelbee (2001) er sykepleie en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. Det er først når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at en reell kontakt oppstår.

Travelbee (referert i Kristoffersen et al., 2011a) beskriver etableringen av menneske-til-menneske-forhold gjennom fem faser:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Disse fasene kommer vi til å gå nærmere inn på i punkt 4.1.

3.3.2 Kommunikasjon

Travelbee (referert i Kristoffersen et al., 2011a) beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Kommunikasjon er en gjensidig prosess og involverer fysisk og mental aktivitet hos både avsenderen og mottakeren av budskapet. Aktiviteten overføres gjennom verbale og ikke-verbale uttrykksmidler (referert i Kristoffersen et al., 2011a).

Kommunikasjon kan betraktes som en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Prosessen kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner, da den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støtte de bort, til å gi hjelp eller til å såre (Kristoffersen et al., 2011a).

Travelbee (2001) hevder at målene med kommunikasjon- og interaksjonsprosessen er:

- Å lære den syke å kjenne
- Å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov
- Å oppfylle sykepleiens mål og hensikt

Kommunikasjon er i følge Travelbee (2001) et helt nødvendig verktøy i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold og en forutsetning for å kunne bli kjent og forstå hverandre, og på den måten planlegge og utføre sykepleie etter pasientens behov.

Etter å ha gått grundig inn i sykepleieteoretisk tenkning, ønsker vi nå å ta for oss den medisinske diagnosen diabetes.

3.4 Diabetes

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Årsaken er manglende eller nedsatt produksjon av insulin, eventuelt kombinert med redusert insulinvirksomhet (Helsedirektoratet, 2009). I dette hovedpunktet skal vi se nærmere på diabetes som sykdom, herunder type I og II. Type I vil kun bli omtalt i korthet, da hovedfokus for oppgaven er diabetes type II. Vi vil også omtale senkomplikasjoner og følgesykdommer, samt metabolsk syndrom i løpet av hovedpunktet.

3.4.1 Diabetes type I

Diabetes type I skyldes som oftest en autoimmunsykdom, hvor kroppen angriper sine egne insulinproduserende b-celler i bukspyttkjertelen. Cellene ødelegges gradvis og insulinproduksjonen avtar mer og mer. Når produksjonen ikke dekker kroppens behov, øker blodets glukoseinnhold, og det utvikles symptomer på hyperglykemi. Pasienten må da tilføres insulin for å overleve. Diabetestype I kan opptre i alle aldrer, men rammer oftest barn og ungdom. Hos noen voksne personer utvikles sykdommen langsomt og kan forveksles med diabetes type II (Mosand & Stubberud, 2010).

3.4.2 Diabetes type II

Jenssen (2011) skriver at diabetes type II utvikles oftest fra 40-årsalderen og oppover, men i noen tilfeller oppstår sykdommen også i yngre alder. Sykdommen skyldes en kombinasjon av arv og livsstil, og er ofte en følgesykdom av det metabolske syndromet. Vaaler (2004) hevder at dersom foreldre eller søsken har diabetes type II, øker ens egen risiko for diabetes med 40-

60%. Ut over dette er noen av de største og mest utsatte risikofaktorene overvekt, inaktivitet og dårlig kosthold.

I følge Skafjeld og Graue (2011) er insulinproduksjonen ved diabetes type II fortsatt inntakt, men insulinet fungerer ikke som det skal og glukose absorberes ikke like bra som hos friske personer. Dette er grunnen til at personer med diabetes har høye blodsukkerverdier. Uavhengig av hvilken type diabetes en person har, må pasienter med diabetes jevnlig kontrollere sitt blodsukkernivå for å forhindre symptomer og forebygge komplikasjoner. Diabetes type II utvikler seg snikende og gir ingen eller svært beskjedne symptomer den første tiden. Det kan det gå fra uker til måneder og år før sykdommen blir diagnostisert og senskader som følge av dette kan påvises hos så mange som 50 % av pasientene allerede ved diagnosetidspunktet (Mosand & Stubberud, 2010).

3.4.3 Senkomplikasjoner og følgesykdommer av diabetes type II

Diabetes er en tilstand med økt risiko for senkomplikasjoner og ulike følgesykdommer. Disse komplikasjonene og sykdommene oppstår som følge av dårlig regulert blodsukker over tid, noe som skader kroppens blodårer og nervebaner (Norsk Helseinformatikk, 2012b). I følge Skafjeld og Graue (2011) kan senskadene ved diabetes og utilstrekkelig diabetesbehandling deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner.

Mosand og Stubberud (2010) skriver at med *mikrovaskulære komplikasjoner* menes komplikasjoner som oppstår i mindre blodkar og som rammer øyne, nyrer og perifere nerver. *Makrovaskulære komplikasjoner* innebærer forandringer i større blodkar og øker risikoen for kardiovaskulær sykdom, herunder blant annet aterosklerose, hjerteinfarkt og hjerneslag.

3.4.4 Metabolsk syndrom

Skafjeld og Graue (2011) skriver at metabolsk syndrom er ingen sykdom, men en samling av forstyrrelser i kroppens omsetting av næringsstoffer som øker risiko for sykdom. Forenklet kan det metabolske syndrom defineres som en tilstand med opphopning av risikofaktorer for diabetes og hjerte- og karsykdommer.

I følge Hanssen (2004) kan mye tyde på at syndromet er forårsaket av abdominal fedme som kommer av en livsstil med høyt matinntak og lite fysisk aktivitet. Dette fører til økt frigjøring av frie fettsyrer, som i neste omgang gir insulinresistens og økt glukoseproduksjon fra leveren. Dette kan føre til diabetes type II dersom personen ikke kan kompensere ved å øke sin insulinproduksjon tilstrekkelig.

Mosand og Stubberud (2010) skriver at diabetes kan føre til fysiske og psykiske konsekvenser for personene som rammes. Sykdommen krever behandlingsmessige valg mange ganger daglig, og hver dag. Videre kan sykdommen føre til endringer i pasientens livssituasjon og livsstil. Dette vil vi derfor se nærmere på i neste hovedpunkt.

3.5 Endring av levevaner

Skafjeld og Graue (2011) hevder at behandlingen av diabetes type II ofte begynner med endring av levevaner før eventuelle legemidler introduseres, forutsatt at blodsukkerverdiene ikke er for høye. Livsstilsbehandling i form av både kostregulering og fysisk aktivitet er grunnleggende med tanke på metabolsk kontroll. I dette hovedpunktet vil vi derfor se nærmere på livsstil og livsstilssykdom, samt livsstilsendring.

3.5.1 Livsstil og livsstilssykdom

Begrepet *livsstil* refererer til måten et menneske ut fra egne valg forholder seg til eget levesett, gjennom sosialt liv, kosthold, fysisk aktivitet, inaktivitet, døgnrytme, stress og stimulerende midler. Livsstil blir ofte knyttet til helse og mange somatiske og psykiske sykdommer har nær sammenheng med livsstil (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011b).

I følge *Norsk Helseinformatikk* (2012a) kan *livsstilssykdommer* enkelt defineres som enhver sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever. Disse sykdommene tilskrives dels at mennesker lever klart lenger i våre dager og dels måten vi lever på. Faktorer i kosten, livsstilen og det ytre miljøet påvirker vår disposisjon til å få slike sykdommer.

3.5.2 Livsstilsendring

Kristoffersen et al. (2011b) skriver at *livsstilsendringer* kan være nødvendig for å unngå helsesvikt, sykdom eller forverring av sykdom. Ut i fra Mosand & Stubberud (2010) kan vi lese at diagnosen diabetes vanligvis fører med seg endringer i et menneskes dagligliv, og sykdommen utfordrer derfor pasienten til å forandre livsstilen sin.

I følge Kristoffersen et al. (2011b) møter sykepleiere i både kommune- og spesialisthelsetjenesten mennesker som har behov for å legge om livsstilen. Sykepleierens ansvar vil være å bistå med undervisning og veiledning rettet mot å gjennomføre livsstilsendringer. Ribuo og Singstad (2013) skriver at målet for undervisningen til personer som har diabetes, er at de skal klare å identifisere viktige helseproblemer i tide, og at de har egenomsorg og klarer å endre atferd i tråd med de anbefalinger de får.

Mennesker som skal endre livsstil, gjennomgår *ulike faser eller trinni* en endringsprosess. Utviklingen gjennom de ulike fasene er ikke nødvendigvis en lineær prosess, dette vil si at personer kan bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene i årevis før endringen kan sies å være vellykket (Kristoffersen et al., 2011b).

Prochaska og DiClementes (referert i Kristoffersen et al., 2011b) beskriver endringsprosessen i fem ulike faser:

- Før-overveielse
- Overveielse
- Forberedelse
- Handling
- Vedlikehold

I følge Christiansen (2013) har personen i *før-overveiellesfasen* ingen planer om å endre atferd ut fra anbefalinger i nærmeste fremtid. Personen er klar over problemet, men på grunn av flere mislykkede endringsforsøk er tendensen til å overse og bagatellisere stor. I denne fasen er personen lite mottakelig for informasjon om uheldige konsekvenser. Gjentatte erfaringer med å mislykkes kan føre til resignasjon og føre til maktesløshet.

Personen i *overveielsesfasen* kan gi uttrykk for at endring er ønskelig, men samtidig fremheve positive sider som helst ikke vil gis slipp på. Et kjennetegn med denne fasen er ambivalens hvor personen både vil og ikke vil gjennomføre endring. Det er lett å bli sittende fast i denne fasen, ikke minst på grunn av halvhjertede endringsforsøk (Christiansen, 2013).

Et kjennetegn i *iforbredelsesfasener* at personen skifter perspektiv. Drivkraften til endring er ikke bare bekymring og konsekvenser knyttet til det som er problematisk, men forestillinger om det gode som kan følge med en endring. Personen setter seg mål om hvordan endring kan realiseres og er mer mottakelig for råd fra andre (Christiansen, 2013).

Christiansen (2013) skriver *at handlingsfasen* innebærer endring av tilvante atferdsmønstre. Fasen innebærer å bruke energi og oppmerksomhet på å bryte gamle mønstre og øve seg på nye. Når endring blir konkret og synlig, kan mange oppleve ros og støtte fra sine omgivelser.

I *vedlikeholdsfasen* står personen overfor den store utfordringen det er å holde fast ved den nye endringen. Noen må arbeide bevisst for å ikke falle tilbake i gamle mønstre, for andre blir endringene automatisert slik at det ikke krever så mye målrettet innsats for at endringer skal vare. Det er nødvendig å holde motivasjonen oppe, minne seg selv på hvorfor det var nødvendig med endring og hva som er positivt i ettertid (Christiansen, 2013).

Vi har nå sett på begrepene livsstil og livsstilssykdom, samt hvordan livsstilsendringer står i tilknytning til endringsprosesser. I det neste hovedpunktet skal vi gå nærmere inn på hva som ligger i selve endringen som et ledd i behandling og forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type II.

3.6 Behandling og forebygging av senkomplikasjoner ved diabetes type II

Skafjeld og Graue(2011) skriver at behandlingen ved diabetes rettes mot å bedre prognosen ved å hindre eller forsinke utvikling av diabetiske senkomplikasjoner og samtidig unngå episoder med hypo- eller hyperglykemi. Dette kan gjøres gjennom endringer i kosthold og fysisk aktivitet, dette vil derfor bli fokus i kommende hovedpunkt.

3.6.1 Kosthold

Mosand og Stubberud (2010) skriver at det i dag blir anbefalt å snakke om sunn kost og ikke diabeteskost. Ernæringen ved diabetes anbefales å være mest mulig lik normalkost, men ha lavere sukker- og fettinnhold. Dette vil si et kosthold som har en gunstig virkning på blodglukosereguleringen og fettomsetningen. Diabetes type II-pasienter har ofte tilleggssykdommer som høyt blodtrykk, lipidforstyrrelser og overvekt. Disse faktorene er viktig å ta i betraktning når man skal tilrettelegge for et sunt og godt kosthold. I følge Ribu og Singstad (2013) er det hensiktsmessig med et kosthold som er mulig for personen å gjennomføre med henhold til sine egne matvaner, kostvaner og måltidsmønstre.

Ribu og Singstad (2013) beskriverviktigheten av at personer med diabetes har kunnskaper og evnen til å vurdere og å tilpasse antall måltider, størrelsen på måltidene og måltidenes sammensetning. I følge Mosand og Stubberud (2010) er riktig fordeling mellom makronæringsstoffene i kosten viktig for at de ulike behovene skal dekkes. Diabetesforbundet (2012) skriver at diabetikere må være nøye med inntaket av karbohydrater som kan gi svingninger i blodsukkeret. Mat som inneholder sukker gir en rask stigning i blodsukkeret, mens grove kornprodukter gir langsom stigning som stabiliserer. Ut i fra Mosand og Stubberud (2010) gir stort fettinntak stort tilskudd av energigivende stoffer og dermed vektøkning, noe som igjen kan gi dårlig utnyttning av insulinet. Høyt inntak av mettet fett og transfett vil gi økt kolesterolmengde i blodet og økt risiko for hjerte- og karsykdommer.

3.6.2 Fysisk aktivitet

Ut i fra Skafjeld og Graue (2011) kan vi lese at ved siden av kosthold er regelmessig fysisk aktivitet grunnleggende i behandlingen av diabetes type II. Fysisk aktivitet vil blant annet kunne senke blodglukosen, gi bedre insulinvirksomhet, styrke skjelett, muskler og ledd, samtidig som det har en god innvirkning på den mentale helsen vår. I tillegg kan fysisk aktivitet bidra til bedre lipidprofil, redusert blodtrykk og forbedret blodsirkulasjonen i underekstremitetene, noe som har positiv innvirkning i forhold til videreutviklingen av eventuelle senkomplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2010).

I følge Helsedirektoratet (2009) anbefales det et aktivitetsnivå tilsvarende 30 minutter moderat intensitet for voksne og inaktive. Sortland (2007) skriver at fysisk aktivitet fører til at kroppen setter i gang en prosess, hvor det gode HDL-kolesterolet i blodet øker og dermed synker nivået av triglyserider og det negative LDL- kolesterolet. Dette gjør at opplevelsen av sult står likt med energibehovet. Det vil si at en person som over tid har vært inaktiv og som vil tilbake i aktivitet har et stort energibehov og vil dermed trenge mye næringsrik mat ved aktivitet og forbrenning.

Mosand og Stubberud (2010) skriver at å få fastslått diagnosen diabetes vanligvis fører med seg endringer i et menneskes dagligliv og dette kan oppleves krevende. For personer med nyopptaget diabetes kan den nye livssituasjonen virke forvirrende og innfløkt på grunn av mange ubesvarte og uløste spørsmål. Erfaring viser at en del pasienter har vanskelig for å akseptere at de har fått diabetes, ikke minst de som føler at de selv har noe skyld i sykdommen. I det kommende hovedpunktet skal vi derfor se nærmere på psykososiale konsekvenser relatert til diagnosen diabetes.

3.7 Diabetes som kronisk sykdom

I dette hovedpunktet tar vi for oss det å bli rammet av en kronisk sykdom, samt psykososiale konsekvenser som kan oppstå som følge av dette, herunder kriser.

3.7.1 Å bli rammet av en kronisk sykdom

Skafjeld og Graue (2011) skriver at kronisk sykdom er en konstant tilstand som virker inn på hele mennesket og vil for mange kunne by på store utfordringer. Livsstilen hos kronisk syke

påvirkes i stor grad og personen har dermed stort behov for omsorg og oppfølging. For mange kronisk syke utløses en sterk psykisk påkjenning, hvor man kan føle både tap og sorg i forhold til å kunne leve som de er vant med.

3.7.2 Kriser

Ordet krise er gresk og betyr en avgjørende vending, plutselig forandring og endringer fra det normale. Medisinsk sett er krisebegrepet en betegnelse på en vending i et alvorlig sykdomsforløp. Videre blir begrepet brukt i det psykiske reaksjonsmønsteret ved plutselig indre og ytre vanskeligheter og problemer på tross av endringene (Cullberg, 2010).

I følge Cullberg (2010) består det traumatiske kriseforløpet av fire naturlige faser:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidingsfasen
- Nyorienteringsfasen.

I *sjokkfasen* fortrenger personen det virkelige faktumet som har oppstått og ser ikke virkeligheten slik den er. Det er vanskelig for personen å ta inn informasjon de blir fortalt og kan i ettertid av sjokket ikke huske det som har blitt formidlet. Sjokkfasen kan vare fra noen timer til flere dager (Cullberg, 2010).

Cullberg (2010) hevder at sjokkfasen og reaksjonsfasen er sterkt knyttet til hverandre på den måten at personen ikke helt klarer å gi slipp på det faktumet som engang var. Det er i *reaksjonsfasen* at personen begynner å se virkeligheten slik den er, eller hvordan ting kommer til å bli. Dette blir grunnlaget for en omstilling og personen prøver å finne en mening med hele situasjonen.

Når *bearbeidingsfasen* begynner, er den akuttefasen over. Personen starter å se fremover og godta den nye hendelsen som har oppstått. Etter hvert gjenopptar de daglige aktiviteter og åpner opp for nye muligheter. Bearbeidingsfasen kan finne sted så lenge som et halvt, til et

helt år, etter det traumatiske sjokket oppstod(Cullberg, 2010).

I den siste fasen, som kalles *nyorienteringsfasen*, lærer personen ”å leve med et arr” som ikke forsvinner. De har klart å komme seg igjennom krisen og har bearbeidet hendelsen godt. Ofte vil fortsatt de tunge følelsene dukke opp, de hindrer derimot ikke lenger for daglige aktiviteter, men kan føles som stikk av smerte. Krisen blir en del av den nye hverdagen og hendelsen som har skjedd vil kunne gi et nytt perspektiv på livet (Cullberg, 2010).

Mosand og Stubberud (2010) skriver at kronisk sykdom og livsstilsendring med både endring av kosten og av aktiviteten krever sterk vilje og høy motivasjon, og i tillegg støtte og oppfølging fra helsepersonell og nærmiljøet. Dette bringer oss over i neste hovedpunkt somomhandler motivasjon og mestring.

3.8Motivasjon og mestring

I dette hovedpunktet skal vi se nærmere på motivasjon til endring, og mestringsforventning- og strategier som bør være tilstede dersom en livsstilsendring skal være vellykket.

3.8.1 Motivasjon til endring

I følge Skafjeld og Graue (2011) kan mestring betegnes som en ferdighet som kan læres, fordi det er måte å tenke og handle på som medfører endring av tidligere handlingsmønstre og styring av følelsesmessig energi. Å lære noe nytt krever motivasjon, men har man først lært noe nytt, kan det vise seg i endret atferd og styrket evne til å mestre ulike utfordringer. Ordene motiv og motivasjon henger sammen med det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege.

Kristoffersen et al. (2011b) skriver at motivasjon består av to typer faktorer, hvorav den første typen omtales som *motivasjonens energikomponent*, mens den andre typen handler om *motivasjonens retning*. Motivasjonens energikomponent omhandler det som setter oss i gang og det som bestemmer innsats og utholdenhet. Motivasjonens retning fremstiller hvilke mål vi setter oss og hvilke valg vi foretar. Videre kan motivasjon deles inn i to hovedtyper:

- Ytre motivasjon
- Indre motivasjon

Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfor oss selv, for eksempel viaros og støtte fra helsepersonell og omgivelser som vi omgir oss med. *Indre motivasjon* er derimot noe som oppstår inne i oss selv. Motivasjonen til det enkelte mennesket er avhengig av hva personen tenker om seg selv og sine egne ferdigheter, og vedkommende selv får igjen for å arbeide med det som er læringsmålet (Kristoffersen et al. 2011b).

3.8.2 Mestringsforventning- og strategi

Begrepet *self-efficacy* kan oversettes med *mestringsforventning* eller *mestringstro*. I følge Kristoffersen et al. (2011b) er begrepet basert på en persons erfaringer med å mestre og utgjør en type generalisert forventning om at en vil mestre også i framtiden. Forventningen er avgjørende for hvordan mennesker tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner. Begrepet *mestringsforventninger* nært forbundet og relatert til begrepet *endringsforberedhet*. Å være forberedt på å gjennomføre *atferdsendring* omfatter personens forestillinger, holdninger, intensjoner vedrørende atferdsendringen og ikke minst troen på egen evne til å lykkes med gjennomføringen (Kristoffersen et al., 2011b).

Når en person får diabetes eller streber med diabetesrelaterte utfordringer, settes evnen til å mestre på en usedvanlig stor prøve, fordi situasjonen kan oppleves belastende for den enkelte. Belastningen kan igjen oppleves som stress når personen vurderer det slik at krav knyttet til diabetes overskrider ressurser og truer vedkommendes velvære (Skafjeld og Graue, 2011). Lazarus og Folkman (referert i Kristoffersen et al., 2011b) skiller mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende:

- Problemorientert mestring
- Emosjoneltorientert mestring

Problemorientert mestring omfatter ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Hensikten er å løse eller håndtere stresskapende situasjoner og øke personens handlingsmuligheter (Kristoffersen et al., 2011b).

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som tar sikte på å redusere ubehaget av en situasjon ved å dempe den følelsesmessige reaksjonen eller ved å forandre situasjonens meningsinnhold (Kristoffersen et al., 2011b).

Som en avrunding på dette kapittelet vil vi sette fokus på Skafjeld og Graue (2011) som viser til forskningslitteratur som hevder at en kronisk sykdom som diabetes kan være en kontinuerlig kilde til stress som må håndteres hvis personer med diabetes skal leve bra med sykdommen. Diabetesrelatert stress kan redusere evnen til egenomsorg, noe som igjen kan virke inn på metabolsk kontroll og psykisk velvære. Videre skriver Skafjeld og Graue (2011) at personer med diabetes kan oppleve bekymring for utvikling av senkomplikasjoner, utbrenthet på grunn av at de daglig må forholde seg til sin diabetes, begrensninger i dagliglivet og en følelse av dårlig samvittighet. Spørsmålet om motivasjon, læring og mestring, samt evnen til å leve bra med sykdommen, er derfor av sentral betydning for den enkeltes opplevelse av velvære. Dette vil bli utgangspunkt for det kommende kapittelet i oppgaven.

4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type II

I dette kapittelet vil vi gjøre en analyse av allerede skrevet teori som drøftes opp i mot problemstillingen. For å belyse problemstillingen ytterligere har vi valgt å dele kapittelet i tre underoverskrifter. Disse er *tilnæringsmetoder og verktøy i møtet med den kroniske syke, hvordan kan vi som sykepleiere kompensere for pasientens svikt i egenomsorg, samt hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at pasienter mestrer endringen til ny livsstil*. Oppgavens teorigrunnlag, forskning og praksiserfaringer vil bli satt opp mot hverandre og på denne måten vil vi komme frem til et svar på vår problemstilling, om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyoppdaget diabetes type II.

4.1 Tilnæringsmetoder og verktøy i møtet med den kroniske syke

Travelbee (2001) og Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) skriver at for å kunne yte god og tilpasset sykepleie til pasienter med nyoppdaget *diabetes type II* er det en forutsetning at det etableres et *menneske-til-menneske-forhold*. Som vi har vært inne på tidligere etableres dette forholdet gjennom en interaksjonsprosess bestående av fem faser.

I følge Travelbee (referert i Kristoffersen et al., 2011a) kjennetegnes *det innledende møtet* ved at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre. Møtet baserer seg på generaliserte og stereotype oppfatninger. Førsteintrykk dannes via observasjon og vurderinger, og ut i fra dette oppstår det forventninger til hverandre. Etter hvert som interaksjonen utvikler seg vil *identitet* vokse frem og det etableres et kontaktforhold. Dette bidrar til forståelse og evnen til å se det unike i mennesket, ut i fra situasjonen det befinner seg i.

Travelbee (referert i Kristoffersen et al., 2011a) skriver at for å knytte kontakt må empati og sympati være tilstede. *Empati* er evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå tilstanden som en annen person *er* i der og da. Videre kommer empati til uttrykk gjennom personens indre opplevelse og ytre atferd. *Sympati* er et resultat av den empatiske prosessen og snarere en innstilling eller holdning som er knyttet til ønsket om å hjelpe pasienten. Nær og gjensidig *forståelse* mellom pasienten og sykepleierene er den siste fasen i interaksjonsprosessen, oget resultat av det som har skjedd i de tidligere fasene. Forståelse utvikles først når sykepleieren i handling har vist både forståelse for og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og rent faktisk hjelper til dette (referert i Kristoffersen et al., 2011a).

Travelbee (2001) skriver at det er sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Ut i fra Travelbees interaksjonsprosess om mellommenneskelige forhold forstår vi at gode relasjoner bygges når sykepleier og pasienter betrakter hverandre som likeverdige individer. For å kunne oppnå dette må vi kunne bryte ut av forutinntatte oppfatninger og samtidig *se* og *forstå* hverandre. Dette innebærer å se mennesket i sin helhet og skape seg en forståelse av hvordan personen opplever å ha fått en kronisk sykdom og å måtte leve med denne. Travelbee (2001) skriver at dersom sykepleieren mangler evnen til å "se" mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk. Som

fremtidige sykepleiere ser vi oss enige i Travelbees betraktninger og at dersom ikke disse kravene oppfylles kan en negativ konsekvens av dette være at pasienten ikke føler seg sett, forstått og viet tillit.

For å skape virkelige menneske-til-menneske-forhold skriver Travelbee(2001) at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper. Deter gjennom *kommunikasjon* sykepleieren blir kjent med pasienten som person. Skafjeld og Graue (2010) skriver at i ethvert kommunikasjonsforhold mellom sykepleier og pasient bør en felles forståelse ligge til grunn for at pasientens behov for å bli sett, hørt og tatt på alvor blir ivarettatt. Kommunikasjon som verktøy har blitt vektlagt som svært viktig gjennom vår studietid, og er videre noe vi har fått utøvd i praksis ved flere anledninger. Vi forstår at sykepleieren må være bevisst på sin verbale og ikke-verbale kommunikasjonsform og at kroppsspråket vårt må samsvare med budskapet vi ønsker å formidle. Videre må vi ha evnen til *aktiv lytting* og la pasienten få komme til ordet og få uttrykk for sine følelser og meninger.

Ut over å lære den syke å kjenne oppsummerer Travelbee (2001) målene i kommunikasjon- og interaksjonsprosessen som *å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov, samt å oppfylle sykepleiers mål og hensikt*. Dette understøttes av Orem (referert i Kristoffersen et al., 2011a) som skriver at sykepleiebehov må være identifisert og bevisstgjort før de kan tjene mål som omsorgshandlinger. Ut i fra vår oppfatning kan dette betraktes i nær tilknytning til sykepleieprosessen. I følge Rotegård og Solhaug (2011) er sykepleieprosessen en analytisk og systematisk tilnærming for å identifisere og løse pasientenes sykepleierelevante helseproblemer. Prosessen omfatter fem steg: datainnsamling av pasientens behov og ressurser, identifisering av sykepleiediagnoser, formulering av pleieplan med spesifisering av sykepleietiltak, iverksetting og gjennomføring av planen, samt evaluering av iverksatte tiltak.

Dersom vi ser sykepleieprosessen i sammenheng med en pasient med nyopplaget diabetes type II, vil aktuelle sykepleietiltak kunne være informasjon, veiledning, undervisning, støtte og tilrettelegging i forhold til ivaretagelsen av egenomsorg. Måten Rotegård og Solhaug (2011) fremstiller sykepleietiltak kan etter vår mening ses i nær tilknytning til Oremsfem hjelpemetoder som omhandler *å gjøre noe eller handle for en annen, å veilede og rettlede, fysisk og psykisk støtte, fremme utvikling og undervise* (Cavanagh, 1999).

Pasientens ressurser og kapasitet er viktig å ta hensyn til i utarbeidelsen av sykepleietiltak. Rotegård og Solhaug (2011) skriver at helsepersonell har en tendens til å *handle for* eller *gjøre mot* pasienten i stedet for å være sammen med og engasjere til egenbehandling. Som sykepleiestudenter i praksis er dette en uttalelse som vi kjenner oss igjen i. Skafjeld og Graue (2011) skriver at pasienter med nyoppdaget diabetes type II må foreta hyppige målinger av blodsukker den første tiden etter at diagnosen er stilt. Et eksempel på å *handle for* eller *gjøre mot* kan i denne sammenheng være at vi som sykepleiere foretar blodsuktermålingen, selv om pasienten har ressurser, forutsetninger og vilje til å klare dette selv, dersom de får tilstrekkelig opplæring rundt dette. Videre ser vi at balansen mellom hva sykepleieren skal bidra med, mot hva pasienten selv bør ta ansvar for, bringer oss tilbake til Orems egenomsorgsteori.

4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere kompensere for pasientens svikt i egenomsorg

Orem beskriver *egenomsorg* som individets evne og vilje til å utføre aktive handlinger og til være i stand til å forstå sin helsetilstand og dermed ta hensiktsmessige beslutninger knyttet til dette (Cavanagh, 1999). Orem (referert i Kristoffersen, 2011a) peker på at det kan forekomme *egenomsorgssvikt* dersom pasientens kapasitet til å ivareta egenomsorgen blir svekket eller ignorert. Orem skriver at målet med all diabetesbehandling er at personen selv skal ta ansvar for behandlingen, dersom dette ikke lar seg gjøre må sykepleier kompensere for pasientenes svikt, herunder delteorien om *sykepleiersystemer* (Cavanagh, 1999).

I følge Mosand og Stubberud (2010) vil søkelyset ved nyoppdaget diabetes type II være rettet mot å korrigere pasientenes fysiologiske tilstand og håndtere de psykiske reaksjonene på å ha fått en *kronisk sykdom*. Her ser vi at det for sykepleier i denne sammenheng vil være nødvendig å ta hensyn til både *universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktsrelaterte egenomsorgsbehov* slik Orem har beskrevet i sin sykepleieteori (Cavanagh, 1999). Mosand og Stubberud (2010) skriver at det er først i det videre forløpet at målet er at pasienten skal oppnå egenomsorg i diabetesbehandlingen.

Orem viser til at faktorer i blant annet helsetilstand kan innvirke på *egenomsorgskapasiteten* (Cavanagh, 1999). Som vi har vært inne på tidligere i oppgaven kan det å få en kronisk sykdom som diabetes type II kunne oppleves som et tap i livet og videre

kan dette oppleves som skyldfølelse. Gjennom vår erfaring fra praksis har vi møtt mange pasienter med diabetes som føler at de blir stigmatisert og ”sett ned på” på grunn av sin diagnose, videre oppgir flere at andre oppfatter de som ”usunne og late”. Ofte er denne oppfatningen feilaktig og belastende for personen med diabetes, og kan få psykososiale konsekvenser som følge av dette. Vi ser at dette kan lede frem til at personen går gjennom en *krisesituasjon*, hvor egenomsorg ikke lenger vil bli prioritert.

Hvis vi ser nærmere på kriseforløpet vil det i *sjokkfasen* være en viktig sykepleieoppgave å støtte og hjelpe pasienten gjennom formidling av tilpasset og individualisert informasjon. Som nevnt tidligere i oppgaven befinner pasienten seg i en benektningfase og dersom ikke følelser kommer til uttrykk, vil dette kun lede til fysiologiske reaksjoner. Aktuelle sykepleieoppgaver vil i denne sammenheng derfor kunne omfatte observasjoner i forhold til for eksempel, blodtrykk, puls og temperatur (Skafjeld&Graue, 2011).

I *reaksjonsfasen* kommer følelsene fram, ofte er dette sterke reaksjoner av sinne, raseri, fortvilelse og protest. Det er forskjell fra person til person hvordan de følelsesmessig uttrykker seg og hvor intense disse følelsene kan være. I følge Skafjeld og Graue (2011) er sykepleierens viktige oppgaver i denne fasen å være en god samtalepartner, å være lyttende og aksepterende, samt å yte omsorg som gir håp for fremtiden. I denne sammenheng ser vi klare paralleller til Travelbees betraktninger om kommunikasjon. Vi ser at sykepleierens tilnæringsmetode og hvilke verktøy vi benytter oss av, kan bidra til at pasienten får sortert tankene sine og dermed kunne føle en økt opplevelse av kontroll, noe som i neste omgang kan føre til større akseptasjon av sykdommen.

I *bearbeidingsfasen* åpnes det for muligheter og de sterke følelsesmessige følelsene avtar. Skafjeld og Graue (2011) skriver at sykepleierens viktigste bidrag i denne fasen er fremdeles å opptre lyttende, støttende og behjelpelig med sortering av tanker, samt å opprettholde rutiner i hverdagen. Løsningene den enkelte velger i sin prosess for å akseptere sykdommen, komplikasjonene eller det å ha vært i gjennom en livstruende fase, vil være individuell og avhengig av personlighetstrekk og *mestringsstrategier*. I følge Skafjeld og Graue (2011) vil en måtte bruke både *emosjonsfokusert* og *problemfokusert mestring* for å mestre en kronisk sykdom som diabetes. Dette bringer oss over til Lazarus og Folkmann (referert i Kristoffersen, 2011b) som vi har vært inne på tidligere i oppgaven. Lazarus (referert i

Skafjeld&Graue, 2011) skriver at ved emosjonsfokusert mestring vil en person forsøke å regulere følelser ved å akseptere situasjonen, mens problemfokusert mestring innebærer å legge en plan for mestring av et definert problem.

I følge Skafjeld og Graue (2011) er det i *nyorienteringsfasen* at livet begynner å normalisere seg og pasienten lærer seg å leve med en identitet som kronisk syk. Sykepleierens viktigste oppgave i denne fasen er å støtte pasientens egne ressurser, og samtidig å formidle teoretisk og praktisk kunnskap om teknikker som vil styrke evnen til mestring og økt egenomsorg. Følelsesmessig og praktisk integrering av den kroniske sykdommen i hverdagen vil gi den enkelte de beste forutsetningene for å skape et liv i samsvar med egne ressurser (Skafjeld&Graue, 2011). Ut i fra vår oppfattelse kan dette sees i sammenheng med Orems delteori om sykepleiersystemer, herunder *det støttende og undervisende systemet*. I denne forbindelse kan sykepleierens rolle bestå i å hjelpe pasienten med å ta avgjørelser, samt å lære bort kunnskaper og ferdigheter, slik at pasienten selv kan utføre egenomsorgen og dermed oppnå nødvendig kapasitet til å ivareta sine egenomsorgsbehov.

I forbindelse med bearbeiding av kriser og mestringstrategier er begrepet *self-efficacy* relevant å nevne. I følge Kristoffersen et al. (2011b) er det godt dokumentert at *mestringsforventning* har stor betydning for menneskers helseatferd og at begrepet kan ses i sammenheng med ulike endringsprosesser. Ut i fra dette forstår vi at troen på å mestre må ligge til grunn for å kunne gjennomføre forandringer i levevanene. Dette skal vi se nærmere på i neste hovedpunkt.

4.3 Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at pasienter mestrer endringen til ny livsstil

Kristoffersen et al. (2011b) viser til studier som sier at *mestringsforventninger* en helt avgjørende faktor for å lykkes med å gjennomføre livsstilsendringer som innebærer økt fysisk aktivitet og endring av kosthold. I forbindelse med dette har vi funnet frem til interessant forskning gjennom artikkelen *Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes* (Ofstedal et al., 2011).

Funn i artikkelen viser at mestringsforventning, motivasjon og verdier er relatert til håndteringen av kosthold og fysisk aktivitet, hos voksne pasienter med diabetes type II (Ofstedal et al., 2011). Videre indikerer studien at det kan være hensiktsmessig at

helsepersonell vektlegger å forstå hvordan livsverdier kan innvirke når en forsøker å stimulere til motivasjon for sunt kosthold og fysisk aktivitet. Studien peker også på at mer praktiske og individualiserte råd, særlig knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, samt tilretteleggelse for kontinuerlig oppfølging kan være hensiktsmessig (Oftedal, 2011). Begrepet å forstå bringer oss tilbake til Travelbees mellommenneskelige forhold i sykepleie og i sammenheng med dette ønsket vi å finne frem til forskning som beskriver helsepersonell, og da særlig sykepleierens oppfatning og forventning knyttet til livsstilsrelatert sykdom og endringsprosesser.

Artikkelen *The dilemma of patient responsibility for lifestyle change;*

Perceptions among primary care physicians and nurses (Jallinoja et al., 2007) hevder at pasienten kan være en potensiell barriere dersom vedkommende er uvillig og umotivert til å forandre sin atferd. Sett ut i fra et sykepleieperspektiv forstår vi dilemmaet i artikkelen, men at det er vår oppgave som sykepleiere å hjelpe pasienten til å finne sin *indre motivasjon* og dermed være i stand til å gjennomføre endringer som bidrar til helse, utvikling og trivsel.

Kristoffersen et al. (2011b) viser til forskning som sier at *sykepleiere i kommunehelsetjenesten* er spesielt godt egnet til å arbeide med livsstilsendring.

Sykepleiere har grunnleggende kompetanse knyttet til helse, kosthold, vekt, fysisk aktivitet og andre livsstilsfaktorer. Videre har sykepleiere gode forutsetninger for å utvikle viktige samtaleferdigheter og kompetanse i bruk av egnede metoder. Vår oppfatning og erfaring tilsier at hjemmesykepleiere et mangfoldig arbeidsfelt og det stilles derfor store krav til kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Fordelen med behandling i hjemmet er at vi får et unikt innblikk i pasientenes liv og dermed anledning til å se personen i en større sammenheng enn vi ville gjort på andre arenaer. Hjemmet viser mer av hvem personen er og hvilket liv vedkommende lever. Dette gir oss gode muligheter til å se flere sider ved pasienten og til å møte mer av helheten hos den enkelte (Fjørtoft, 2012).

Tveiten (2008b) skriver at helseatferd kan settes i direkte sammenheng med *sykepleiers pedagogiske funksjon*. Ut i fra Brataas (2011a) kan vi lese at informasjon, undervisning, veiledning og støtte er verktøy og metoder som benyttes for sykepleiepedagogisk praksis. *Informering* innebærer å formidle informasjon som opplysninger og beskrivende forklaringer. God informasjon vil bidra til forutsigbarhet i situasjonen, noe som har stor betydning for

pasientens mestring og opplevelse av kontroll, samt legger grunnlag for medvirkning og informert samtykke. *Undervisning, veiledning og støtte* sikter mot komplekse lærerprosesser med det formål å oppnå kunnskap og forståelse, samt endring i atferd (Brataas, 2011a).

I følge Kristoffersen et al. (2011b) er det grundig dokumentert at intervensjoner rettet mot *livsstilsendring* må bygge på kunnskap om og forståelse av faktorer som har betydning for valg av helsefremmende atferd. Mennesker som skal endre livsstil må inneha en rekke ferdigheter for å være mottakelige og i stand til å bearbeide relevant helseinformasjon. Ut i fra oppgavens teorigrunnlag vil vi også trekke frem viktigheten av at pasienten må ha eller utvikle tilstrekkelig motivasjon og troen på å kunne lykkes med å gjennomføre de endringene som kreves. Kristoffersen et al. (2011b) skriver at uavhengig av hva en konkret livsstilsendring består i, viser det seg at det er en rekke fellestrekk og *utfordringer for helsepersonell* knyttet til endringsprosessen som pasienten gjennomgår. Vi vil nå se nærmere på endringsprosessen og knytte dette opp mot sykepleierens ansvars- og funksjonsområde innenfor de ulike fasene.

Kristoffersen et al. (2011b) skriver at i *føroverveiellesfasen* bør sykepleieren fokusere på å etablere en *relasjon til pasienten*. Hva som bør vektlegges i denne sammenheng har vi beskrevet tidligere, i forbindelse med tilnæringsmetoder og mellommenneskelige forhold. I følge Kristoffersen et al. (2011b) bør relasjonen kjennetegnes ved åpenhet og tillit, slik at pasienten vet hvor han kan henvende seg, når han er klar for å gjennomføre livsstilsendringen.

En av sykepleierens viktigste oppgaver i føroverveiellesfasen er å gi *informasjon*. I følge Underdal (2012) tyr mange pasienter til Google for å finne informasjon, kvaliteten her er ikke alltid like god og helsepersonell bør derfor bidra til at pasienten får korrekt og pålitelig informasjon. I denne sammenheng vil vi trekke frem Helsebibliotekets side for pasientinformasjon, herunder blant annet "helsenorge.no" – den offentlige helseportalen for befolkningen, pasientbrosjyrer fra BMJ, informasjonsfilmer, anatomisk atlas, pasienterfaringer og språkpermen (Underdal, 2012).

Ut i fra Kristoffersen et al. (2011b) kan vi lese at det i føroverveiellesfasen kan være aktuelt å gi pasienten i "hjemmelekse" å lage en liste over *fordeler med å legge om livsstilen*. Det kan også være aktuelt å organisere en gruppe med pasienter som befinner seg på ulike trinn. For

eksempel kan to-tre pasienter som befinner seg i denne fasen, inviteres til å være med på en gruppesamling som også omfatter pasienter som befinner seg i handlings- og i vedlikeholdsfasen (Kristoffersen et al., 2011b). I denne anledning har vi funnet artikkelen ”*Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her*”: *Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie*(Tjelta & Holsen, 2013).

Studien viser at kunnskap og sosial støtte har betydning for mestring. Deltakerne i studien oppfattet kunnskap som noe som gir kontroll og gjør den enkelte i stand til å handle. Videre beskriver deltakerne en opplevelse av tilhørighet ved å delta i gruppeundervisning og være sammen med andre i samme situasjon, noe som bidrar til styrking av motivasjon og egenhåndtering av sykdommen. Det kommer også frem av studien at praktisk undervisning i kombinasjon med teoretisk undervisning vil støtte mestring, og at det i alt endringsarbeid vil være av betydning å få støtte til den daglige gjennomføring og opprettholdelsen av endringer (Tjelta & Holsen, 2013).Strategiene som brukes i føroverveielsesfasen kan også benyttes i *overveielsesfasen*. Sykepleieren har i følge Kristoffersen et al. (2011b) viktige oppgaver knyttet til informasjon, samt støtte og oppmuntring gjennom bekreftelse.

I *forberedelsesfasen* har pasienten bestemt seg for å legge om livsstilen (Christiansen, 2013). Kristoffersen et al. (2011b) skriver at sykepleierens fokus i denne fasen bør være rettet mot å hjelpe pasienten til å snakke om sine egne ressurser, utforske sine egne ønsker og prioriteringer, samt å legge konkrete planer for hvordan endringer skal kunne gjennomføres.I følge Christiansen (2013) er pasienter i denne fasen gjerne mer motakkelig for råd fra andre, og det er i denne fasen helsepersonell kan ha mest innflytelse over den videre prosessen.

Kristoffersen et al. (2011b) skriver at støtte og oppmuntring vil kunne gi nødvendig motivasjon til å fortsette anstrengelsene for å lykkes med endringen. I forbindelse med dette ønsket vi å undersøke hvordan støtte og oppmuntring blant helsepersonell påvirker voksnepasienter med diabetes type II, og vi kom dermed frem til artikkelen *Perceived support from healthcarepractitionersamong adults with type 2 diabetes* (Ofteidal et al., 2010). Artikkelen konkluderer med at pasienter som opplever støtte blant helsepersonell øker sin motivasjon og blir bedre rustet til å ivareta egenomsorg.

Når pasienten befinner seg i *handlingsfasen* har sykepleieren fremdeles en viktig rolle knyttet til støtte og oppmuntring. Utover dette bør fokus være å samtale med pasienten om mulige tilbakefall og eventuelt håndtering og mestring av disse, samt om vansker og hindringer som kan oppstå underveis i endringen. Ut i fra Kristoffersen et al. (2011b) kan vi lese at mange pasienter som befinner seg i handlingsfasen vil ha stor glede av å delta i en gruppe med andre i samme situasjon som dem selv. Dette vil kunne bidra til at gleder og frustrasjon kan deles, samt kunnegi støtte og verdifulle tips for å håndtere hverdagen. I forbindelse med dette ser vi en sammenheng til Orems hjelpemetoder om å sørge for fysisk og psykisk støtte, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling, samt å undervise og veilede.

I følge Kristoffersen et al. (2011b) kan det for noen mennesker i *vedlikeholdsfasen* være tilfredsstillende å *påta seg lederansvar* for grupper på et "lavere trinn" i endringsprosessen. Å *involvere seg i organisasjonsarbeid* og i folkeopplysning kan være meningsfylt for andre. Videre kan det å *dele sine erfaringer med helsepersonell* gi mening og tilfører samtidig helsepersonell nyttig kunnskap som kan komme fremtidige pasienter til gode. En mulighet er også at sykepleieren kan *organisere oppfølgingsgrupper* for pasienter som befinner seg i vedlikeholdsfasen (Kristoffersen et al., 2011b). Dette bringer oss tilbake til studien gjort av Tjelta og Holsen (2013) hvor det var stor enighet blant deltakerne om behovet for oppfølgingskurs der de kan møtes og utveksle erfaringer.

Når vi nå velger å avrunde dette kapittelet vil vi trekke frem fagartikkelen *Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap* (Klette et al., 2014), hvor sykepleiere gir uttrykk for at yrkesrollen deres delvis har endret seg de siste årene; fra en rådgivende og undervisende posisjon til en mer veiledende. For å ivareta pasienter som har behov for å endre levevaner, må vi bort fra tanken om at "å gjøre for" er det beste. Helsepersonellens rolle som "ekspert", endres til brukermedvirkning der oppgaven blir å anerkjenne pasientens kompetanse på seg selv. Som fremtidige sykepleiere kan vi gi generelle råd om kosthold og fysisk aktivitet, men hvis ikke rådene angår pasientens hverdag, vil de sjelden ha noen effekt.

I følge Klette et al. (2014) bør sykepleieren velge kartlegging ved å stille åpne spørsmål hvor hensikten er at pasienten beskriver sitt kosthold og aktivitetsnivå, og hva som er viktig for vedkommende og hva som er målet med livsstilsendringen. Ut i fra dette forstår vi at pasientene har en aktiv rolle i egenbehandling og i forbindelse med endring av levevaner, men

at sykepleiere har kunnskap, både på det humanistiske, naturvitenskaplige og pedagogiske felt, som pasienten kan dra nytte av i endringsprosessen.

5.0 Avslutning

Hensikten med bacheloroppgaven har vært å identifisere hvordan vi som sykepleiere kan bidra til livsstilsendringer hos voksne pasienter med nyopplaget diabetes type II. Gjennom funn i relevant litteratur, forskningsbaserte studier og praksiserfaringer ser vi at sykepleieren har en viktig rolle i tilknytning til den valgte pasientgruppen. Det stilles store krav til kunnskap, ferdigheter og holdninger, og videre er ansvars- og funksjonsområdet svært omfattende. Sykepleier stilles overfor store krav i henhold til å danne gode relasjoner, individualisering av sykepleie, samt å la pasienten medvirke og ta ansvar for behandlingen.

I arbeidet med oppgaven har vi hatt særskilt fokus på sykepleiens pedagogiske funksjon, herunder informasjon, undervisning, veiledning og støtte, da pasienter med diabetes type II er i en utsatt posisjon hvor de har behov for omsorg og sykepleie. Dette fremgår og understøttes av all litteratur og forskning vi har funnet på området. Samtlige av artiklene og studiene vi har funnet frem til er enige om at livsstilsendringer står sentralt i behandlingen av diabetes type

II. Ut i fra Kristoffersen et al. (2011b) kan vi lese at det hittil er foretatt få undersøkelser som retter oppmerksomhet mot om livstilsendringer varer over tid. Dette er noe som overrasker oss og som vi syntes det bør settes større fokus på i fremtiden.

Litteraturliste

* Brataas, H. (2011a) Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 19

* Brataas, H. (2011b) Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 11

* Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 161-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 24

* Cavanagh, S. P. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, J. (2010). Krisens forløp og symptomer. I J. Cullberg, *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg., s. 128-141) Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Diabetesforbundet (2012). *Hva er rett kosthold?*. Lokalisert på http://www.diabetes.no/Hva+er+rett+kosthold%3Fb7C_wlHU5L.ips

Antall sider: 1

* Diabetesforbundet (2013a). *Diabetes type 1*. Lokalisert på: http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/Diabetes_type_1/

Antall sider: 1

* Diabetesforbundet (2013b). *Diabetes type 2*. Lokalisert på: http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/Diabetes_type_2/

Antall sider: 1

Fjørtoft, A.-K. (2012). Å arbeide i andres hjem. I A.-K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg., s.31-52). Bergen: Fagbokforlaget.

* Folkehelseinstituttet (2013). *Forekomst av diabetes – faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5862&MainContent_6263=6464:0:25,5863&List_6212=6218:0:25,5872:1:0:0:::0:0

Antall sider: 1

* Hanssen, K. F. (2004). Type 2 diabetes er flere sykdommer. I S. Vaaler (Red.), *Diabeteshåndboken* (3. utg., s. 36-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 5

* Helsedirektoratet (2009). *Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling*. Lokalisert på

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

Antall sider: 148

* Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25 (4), 244-249.

<http://dx.doi.org/10.1080/02813430701691778>

Antall sider: 5

Jenssen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jenum, A. K. (2011). Hjerte- og karsykdom og diabetes. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 54 - 70). Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.

* Klette, G. S., Evju, A. S., Kasen, A. & Bondas, T. (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. *Sykepleien* 102(2), 62-64. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0013>

Antall sider: 2

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. –A. (Red.). (2011a). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. –A. (Red.). (2011b). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 507 - 535). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 28

Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 99 - 111). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

* Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Antall sider: 1

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. &Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

* Norsk Helseinformatikk (2012a). *Livsstilssykdommer*. Lokalisert på <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>

Antall sider: 1

* Norsk Helseinformatikk (2012b). *Senkomplikasjoner ved diabetes*. Lokalisert på <http://nhi.no/seminarer/type-2-diabetes/pasientinformasjonersenkompplikasjoner-diabetes-1146.html>

Antall sider: 1

*Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from health care practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500-1509. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>

Antall sider: 9

* Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(11), 735-744. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x>

Antall sider: 9

* Oftedal, B. F. (2011). Motivasjon til egenbehandling blant voksne med diabetes 2. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 397-397. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2012.0008>

Antall sider: 1

Ribu, L. & Singstad, T. (2013). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. Utg., s. 609-662). Oslo: Cappelen Akademisk.

Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (4. utg., s. 190-212). Oslo: Akribe.

* Skafjeld, A.&Graue, M. (Red.). (2011). *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

Antall sider: 374

Sortland, K. (2007). Kosthold ved livsstilssykdommer. I K. Sortland, *Ernæring: Mer enn mat og drikke* (3. utg., s.223-274). Bergen: Fagbokforlaget.

* Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). ”Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her”: Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(3), 193-205. Lokalisert på <http://www.sykepleieforskning.no>

Antall sider: 12

* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 287

Tveiten, S. (2008a). Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I S. Tveiten, *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg., s.23-29). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2008b). Sykepleierens pedagogiske funksjon. I S. Tveiten, *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg., s.30-40). Bergen: Fagbokforlaget.

* Underdal, H. (2012). God informasjon til pasienten. *Sykepleien Forskning*, 7 (1), 90-91.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0061>

Antall sider: 1

* Vaaler, S. (2004). Klassifikasjon av diabetes. I S. Vaaler (Red.), *Diabeteshåndboken* (3. utg., s. 12-13). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 1

Antall sider totalt: 1111