

SYKHB008

Bacheloroppgave i sykepleie

Mestring av livsstilsendringer for personer med diabetes type 2

Litteraturstudie



Høgskolen Stord/Haugesund

Avdeling Haugesund

Kull 2005

Våren 2008

Kandidatnummer 37 og 77

Antall ord: 11574

Innholdsliste

1.0 INNLEDNING	2
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	2
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	3
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	4
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	5
2.1 KRONISK SYKDOM.....	5
2.2 DIABETES TYPE 2	6
2.2.1 <i>Livsstilsendringer</i>	7
2.2.2 <i>Senkomplikasjoner</i>	8
2.3 EMPOWERMENT OG HELSEFREMMEDE ARBEID	10
2.3.1 <i>Kjønnforskjeller</i>	11
2.4 JOYCE TRAVELBEE SIN TEORI OM SYKEPLEIE	12
2.5 MESTRING OG STRESS	13
2.6 LIVSKVALITET.....	16
3.0 METODE	18
3.1 DEFINISJON AV METODE.....	18
3.2 VALG AV METODE	19
3.3 INNHENTING OG BEARBEIDING AV DATA	20
3.4 KILDEKRITIKK.....	21
3.5 ETISKE ASPEKTER VED GJENNOMFØRING AV OPPGAVEN	22
4.0 DRØFTING	23
4.1 HVA ER AVGJØRENDE FOR VALG AV HELSE OG LIVSSTILSATFERD?	23
4.2 Å PÅVIRKE INDIVIDUELL ATFERD OG LIVSSTIL HOS TYPE 2 DIABETIKEREN	24
4.3 HVORDAN BIDRA TIL ØKT MESTRING OG EGENANSVAR I DIABETESBEHANDLINGEN?	28
4.4 HVORDAN PÅVIRKES LIVSKVALITETEN HOS PERSONER MED TYPE 2 DIABETES?	31
5.0 KONKLUSJON	34
6.0 REFERANSELISTE	35

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom, der antall personer som får diagnosen øker globalt og nasjonalt. Diabetes utgjør en stor utfordring for pasienten og for helsevesenet (Gjengedal og Hanestad 2007). Pasienter med diabetes mellitus er en pasientgruppe man vil møte på ofte og i forskjellige situasjoner både på sykehus, sykehjem, i hjemmesykepleien og andre omsorgsinstitusjoner. Ofte har de en annen sykdom utenom diabetes, noe som gjør deres sykdomsbilde mer komplisert. Det er viktig at vi som sykepleiere har gode, oppdaterte kunnskaper om sykdommen og vet hvordan vi kan bidra til at personer med diabetes kan oppleve mestring og leve et godt liv.

Vi har i ulike praksissituasjoner vært i kontakt med personer som har diabetes. Likevel har vi ingen erfaring med hva sykepleiere kan gjøre for å motivere og hjelpe diabetikerne til å mestre sykdommen og livsstilsforandringene. For at vi i vår utøvelse av sykepleie skal ha kompetanse til å hjelpe diabetikere i ulike livssituasjoner og aldre, vil vi gjennom denne oppgaven opparbeide oss kunnskap som vi kan dra nytte av. Vi har derfor valgt å skrive om diabetes i vår bacheloroppgave, hvor vi legger fokuset på hvordan type-2 diabetikere kan oppnå mestring av livsstilsforandringene.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vår problemstilling er følgende:

”Hvordan kan sykepleier hjelpe personer med diabetes type 2 til å mestre livsstilsendringene som følger med sykdommen?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Diabetes mellitus finnes i to varianter, type 1 og type 2. I Norge har ca. 200.000 personer diabetes, og av disse er det rundt 175.000 som har diabetes type 2. Rundt halvparten av dem med type 2-diabetes har ennå ikke fått diagnosen, og lever i dag med diabetes uten selv å vite om det (Ullevål Universitetssykehus 2007). Ifølge Midthjell (2004) øker forekomsten av diabetes betydelig med økende alder, og over tid har det blitt flere og flere type-2 diabetikere. Diabetes type 2 forekommer også hos stadig flere yngre personer, der fedme og inaktivitet er en av de store årsaksforklaringene, sammen med den arvelige komponenten (Allgot 2000). Vi velger derfor å la oppgaven omhandle diabetes type 2, siden det er denne pasientgruppen innen diabetesomsorgen vi gjennom erfaring har møtt mest på, og sannsynligvis også vil møte flest av i vår fremtidige yrkeskarriere.

Hvor man er i livet, om man er barn, ungdom, voksen eller eldre, har innvirkning på hvordan man takler å leve med en kronisk sykdom som diabetes. Siden diabetes type 2 sjelden forekommer hos barn, konsentrerer vi oss ikke om denne aldersgruppen.

Personer med nyoppdaget diabetes type 2 vil trenge god veiledning og undervisning for å kunne bli delaktig i behandlingen av sin sykdom. Likevel kan dette også gjelde personer som har hatt diabetes type 2 i lengre tid, og vi velger derfor ikke å presisere om vi fokuserer på diabetikere som er tidlig eller langt ut i sykdomsforløpet.

Vi vil bruke Lazarus og Folkmann sin teori om stress og mestring fra et sykepleieperspektiv. Deres teori er den mest anvendte innen sykepleieforskning, og derfor meget sentral (Wahl og Hanestad 2007). Å bry seg om pasienter og involvere seg er et nødvendig aspekt for å kunne forstå pasientene, noe som igjen er en forutsetning for å kunne bidra til at pasienter opplever mestring og økt velvære (Gjengedal og Hanestad 2007). Vi velger å bruke Joyce Travelbee sin teori om sykepleie fordi hun legger vekt på sykepleiers funksjon i mestring av kronisk sykdom og å finne mening i den nye tilværelsen. Oppgaven vil ha et helsefremmende perspektiv, med fokus på empowerment og brukermedvirkning, veiledning og kommunikasjon.

Ifølge Allgot (2002) er det et problem at personer med diabetes blir sett på som "pasienter". Pasienter blir ofte sett på som passive og overlater ofte behandlingen til eksperter. For personer med diabetes er det nettopp et mål å ikke bli pasient, men å overta store deler av behandlingen selv ved opplæring og veiledning fra helsepersonell (Allgot 2002). Vi har derfor valgt å begrense bruken av begrepet pasient i oppgaven, og heller benytte "diabetikeren" eller "personen med diabetes".

1.4 Oppgavens disposisjon

I litteraturgjennomgangen i kapittel 2 presenterer vi aktuell teori. Her tar vi for oss kronisk sykdom, diabetes type 2, mestring og stress, empowerment, helsefremmende arbeid og livskvalitet. Vi har valgt å benytte oss av Joyce Travelbee sin teori om sykepleie, og presenterer også den i teoridelen. I kapittel 3 gjør vi rede for metode og begrunner vårt metodevalg. I kapittel 4 vil vi drøfte våre meninger underbygget med dokumentasjon. Vi avslutter vår oppgave med å presentere vår konklusjon på problemstillingen.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Mary Curtin og Ilene Lubkin (1998) velger å definere kronisk sykdom som; *”en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt”* (Gjengedal & Hanestad 2007:13).

Når man rammes av kronisk sykdom vil man ha den hele livet ut (Kristoffersen 2005a).

Kronisk sykdom forårsaker ofte endringer i den daglige tilværelsen, arbeidssituasjon og setter nye betingelser for hverdagen på flere områder. Disse endringene rammer ikke bare den som blir syk, men også familie og venner (Gjengedal & Hanestad 2007). Det er likevel bare pasienten selv som er kvalifisert til å si noe om hvordan han/hun opplever sykdommen, og hvordan den eventuelt påvirker livskvaliteten (Wahl og Hanestad 2007). Strauss mfl.(1984) og Strauss og Corbin (1988) mener nemlig at kronisk sykdom virker inn på livskvaliteten til de som rammes. Hvordan man mestrer og tilpasser seg den nye situasjonen som kronisk syk, er individuelt forskjellig. Curtin og Lubkin (1990) beskriver stress og belastninger innenfor familien, sosial isolasjon, økonomiske problemer, frustrasjon knyttet til å bli avhengig og negativ innvirkning på selvbilder som konsekvenser som kan være mer belastende enn selve sykdommen (Kristoffersen 2005a).

Den som er rammet av kronisk sykdom må forholde seg til helsepersonell når det gjelder oppfølging og behandling. Hvor godt forholdet mellom diabetikere/familie og helsevesen er, har betydning for livskvaliteten til den som rammes av kronisk sykdom (Gjengedal & Hanestad 2007).

Mestring og livskvalitet er viktige perspektiver på helse for mennesker med kroniske lidelser (Kristoffersen 2005a). Man må lære seg å mestre og å leve med faktorer som kan oppleves som belastende eller stressende når man har en kronisk sykdom. Å mestre og å akseptere sykdommen er viktig for å kunne oppnå best mulig livskvalitet. Når man får en kronisk sykdom som diabetes må man ofte endre livsstil, få tilstrekkelig med kunnskaper om sykdommen og lære seg å kjenne sin egen kropp og symptomer. Slike store endringer i hverdagen kan føre til stress hos personer med diabetes (Hanssen og Natvig 2007).

2.2 Diabetes type 2

Diabetes er vår vanligste kroniske stoffskiftesykdom som kjennetegnes ved nedsatt følsomhet av insulin og insulinmangel. Diabetes type 2 kan starte snikende gjennom måneder eller år. Symptomer som tretthet, unormal tørste, hyppig vannlating, synsforstyrrelser, nevropatisymptomer, fotsår eller gangren kan være årsaken til at man først oppdager sykdommen (Karoliussen 2002) (Næs og Eriksen 2006).

Verdens Helseorganisasjons diabetesklassifisering deler diabetes etter årsaksforhold (WHO 2008). Diabetes type 2 er karakterisert ved høyt blodsukker og andre metabolske forstyrrelser som skyldes en kombinasjon av insulinresistens og relativ insulinmangel. Med insulinresistens menes at den biologiske virkningen av blodets sirkulerende insulin er redusert, som fører til at glukoseopptaket i perifere vev (helst muskulatur og fett) og lever blir nedsatt. Relativ insulinmangel vil si at den insulinproduserende delen av pankreas (betacellene) har nedsatt evne til rask utskilling av insulin, dvs. redusert insulinsekresjon (Mosand og Førsum 2001). Det er ikke kjent om det er insulinresistens eller relativ insulinmangel som utvikles først i sykdomsforløpet, men begge disse faktorene må være til stede for at sykdommen skal oppstå (Undlien og Følling 2004).

Diabetes er en alvorlig, kostbar og stadig vanligere sykdom. I Norge rammes hele 2-3 % av befolkningen av diabetes årlig, og om lag 140 000 mennesker har per i dag diabetes type 2 (Helse- og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding 16, 2002-2003). Minst 171 millioner mennesker har diabetes på verdensbasis, og tallet vil doble seg i løpet av 2030 ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO 2008). Mye av denne økningen kommer av vekst i populasjonen, økende alder i befolkningen, eldre som lever lengre, usunt kosthold med mye fett og sukker, overvekt og stillesittende livsstil med mangel på fysisk aktivitet (WHO 1986). Arvelige egenskaper har også betydning for utvikling av diabetes, ofte i samspill med miljøfaktorer som påvirker insulinresistens og betacellefunksjonen (Johnson 2004). Diabetes type 2 debuterer vanligvis i 40-50 års alderen, men i de siste årene har det vært en økning av flere yngre personer som får sykdommen (Allgot 2000).

Diabetes er en kronisk sykdom som krever kontinuerlig innsats hele livet, 24 timer i døgnet. Selle (2002:106) skriver; *"når en person har fått diagnosen diabetes, kreves det både akseptering av sykdommen, kunnskap om den og motivasjon for å mestre den nye livssituasjonen og gjennomføre en god egenhandling"*.

2.2.1 Livsstilsendringer

Milio (1981) definerer livsstil som: *"Livsstil er atferdsmønstre valgt ut fra de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativt framfor et annet"* (Kristoffersen 2005b:227). Hvilken livsstil type 2 diabetikeren har, spiller en viktig rolle for utviklingen av sykdommen.

Johnson (2004) kaller diabetes type 2 en livsstilssykdom og begrunner det med at sykdommen i stor grad skyldes en usunn livsstil. Risikoen for å utvikle diabetes type 2 øker ved utvikling av fedme og langvarig overvekt. Økende kroppsvekt vil medføre nedgang i insulinfølsomheten og en reduksjon av glukosetoleranse (Tonstad 2004). En helseundersøkelse gjort i Nord-Trøndelag tyder på at andelen i befolkningen med fedme i aldersgruppen 20-60 år har økt dramatisk på 11 år. Dette er den samme aldersgruppen hvor diabetesforekomsten har økt mest, og viser derfor en klar sammenheng mellom fedme og diabetes type 2. Selv om behandlingen av diabetes blir bedre, og bedre muligheter for egenkontroll gjør det lettere å leve med diabetes, er det ifølge Midthjell (2004) all grunn til å tro at type 2 diabetes kommer til å bli et stadig større helseproblem i Norge og verden. To undersøkelser fra Finland og USA publisert i 2001 og 2002 viser at forekomsten av type 2 diabetes i en høyrisikobefolkning kan reduseres med nær 60 prosent ved hjelp av tiltak som vektlegger økt fysisk aktivitet, sunt kosthold og vektreduksjon (Helse- og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding 16, 2002-2003). De viktigste tiltakene for å oppnå god kontroll på blodsukkeret er altså endringer i kosthold og aktivitetsnivå.

Ifølge Aas (2004) er en stor del (ca.70 prosent) av type 2 diabetikerne overvektige, og utfordringen i dagens kostrådgivning går ut på å tilpasse kostråd til den enkelte. Generelt anbefales diabetikere å spise 4-5 måltider til dagen, med ca. 4 timers mellomrom. På den måten får kroppen jevn tilførsel av næringsstoffer, samtidig som blodsukkeret holdes stabilt (Mosand og Førsum 2001). De fleste personer med diabetes kan spise og drikke det samme de gjorde før de fikk diabetes, men mengden må reguleres. Kostråd til befolkningen fra Statens råd for ernæring gjelder like mye til diabetikerne, dvs. å redusere inntak av sukker og fett, spise mer umettet fett enn mettet fett, spise fiberrik kost, frukt og grønnsaker. Hos personer med diabetes type 2 er ofte blodlipider, blodtrykk og kroppsvekt forhøyet, og man må i tillegg ta hensyn til dette i kostveiledningen for å forebygge hjerte- og karsykdommer. Det er da viktig å fokusere mer på å redusere fettmengden framfor sukkermengden (Aas 2002).

Fysisk aktivitet er sannsynligvis det viktigste enkelttiltaket som kan iverksettes for type 2 diabetikere. Hvordan en øker den fysiske aktiviteten er uvesentlig, bare den er regelmessig. All form for muskelstimulering fører til økt insulinfølsomhet i vevet, bedre lagring av glykogen, økt opptak og forbruk av glukose fra blodet, og blodsukkeret stabiliserer seg på et lavere nivå (Vaaler 2002). Dermed blir faren for senkomplikasjoner redusert (Buckman 2002). Ved fysisk aktivitet reduseres blodtrykket og gir en nedsatt insulinresistens. Det gir også nedsatt risiko for hjerte- og karsykdommer, ved at aktivitet har en gunstig effekt på innholdet av fettstoffer og kolesterol i blodet (Frostad 2004).

2.2.2 Senkomplikasjoner

Diabetesbehandlingen skal ifølge Claudi mfl.(2000) forebygge akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Utvikling av senkomplikasjoner har nær sammenheng med forhøyet blodsukker, blodtrykk og kolesterol over tid, samt arv og genetiske faktorer (Jervell 2000). Diabetiske senkomplikasjoner blir delt inn i mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjoner. Ved mikrovaskulære komplikasjoner skjer det forandringer i de små blodkarene i øynene, nyrene og det sensoriske og det autonome nervesystemet. De vanligste mikrovaskulære komplikasjonene er retinopati, nefropati og nevropati.

Retinopati er en diabetes øyesykdom med patologiske forandringer på netthinnen og er den vanligste komplikasjonen ved diabetes. Sykdommen kan skade synet og føre til blindhet (Hultgren 2004), men kan laserbehandles hvis det oppdages tidlig (Mosand og Førsum 2001). Hos unge er diabetes den hyppigste årsaken til blindhet (Claudi mfl.2000).

Nefropati er en diabetisk nyresykdom med forandringer i nefronene og filtrasjonsbarrieren i nyrene. Økt utskilling av albumin i nyrene (proteinurin) er et tidlig tegn på denne komplikasjonen. Diabetes nefropati er den hyppigste årsaken til nyresvikt hos diabetikere, og kan være den viktigste faktoren for livsprognosen og ikke minst livskvaliteten. Mange ender opp med å bli avhengig av dialyse eller får transplantert ny nyre. Hos personer med type 2-diabetes er ofte nyreskaden allerede til stede når diabetesdiagnosen stilles. Disse pasientene er ofte eldre eller har hatt mild diabetes eller glukoseintoleranse i flere år før

diagnosetidspunktet. Behandling av hypertensjon og nøye blodsukkerkontroll er viktige midler for å forebygge henholdsvis nyreskade og mikroalbuminuri (Jenssen 2004).

Diabetisk nevropati er som følge av skader i de små blodkarene samt noe metabolsk forandring. Nervetråder i alle deler av kroppen kan rammes, men underekstremitetene er mest utsatt. Nevropati kan i første rekke føre til nummenhet, nedsatt følsomhet og til slutt følelseløshet (Vaaler 2002). Dårlig blodsukkerkontroll, uoppdaget diabetes type 2, røyking, høyt alkoholforbruk, lav sosioøkonomisk status og nyresvikt er ifølge Ose (2004) risikofaktorer for å utvikle diabetesnevropati. Forebygging er meget viktig, siden det ikke finnes noen etablert behandling som kan behandle eller reservere nevropatien.

Makrovaskulære komplikasjoner er forandringer i de store blodkarene som kan føre til hjerte- og karproblemer som hjerteinfarkt, hjerneslag og nedsatt sirkulasjon i bena med risiko for amputasjoner (Mosand og Førstund 2001). Dette er hovedårsaken til økt sykkelighet og dødelighet blant type 2 diabetikere (Helse- og Omsorgsdepartementet, Stortingsmelding 16, 2002-2003). Personer i aldersgruppen over 20 år med diabetes type 2 har ifølge Claudi mfl. (2000) to til tre ganger så stor risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer som normalbefolkningen.

Nevropati sammen med makrovaskulære komplikasjoner øker sjansen for å utvikle diabetiske fotproblemer som feilstillinger, fotsår og infeksjoner. Diabetikere har ofte smerter i leggen pga iskemi, men har samtidig nedsatt følelse i føttene som kan føre til at sår blir oppdaget seint, med fare for utvikling av infeksjon. I verste fall kan diabetiske fotproblemer føre til gangren, som kan medføre amputasjon. Dødeligheten etter amputasjon er høy både hos ikke-diabetikere og diabetikere (Mosand & Førstund 2001).

Det er vanlig at diabetes er en konsekvens av det metabolske syndromet (glukoseintoleranse, lipidforstyrrelser, insulinresistens, overvekt og i noen tilfeller hypertensjon). Tidlig identifisering av slike pasienter er viktig for å sette inn forebyggende tiltak med tanke på utvikling av senkomplikasjoner (Jacobsen 2006). Likevel er det et stort antall personer som går rundt med udiagnostisert diabetes. Dette er en årsak til at mange diabetikere allerede har utviklet senkomplikasjoner på diagnosetidspunktet (Vaaler 2004).

2.3 Empowerment og helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid dreier seg primært om å styrke helsen blant folk (Mæland 2005), og å gjøre det mulig for mennesker å ta kontroll over og forbedre sin helse (Hauge 2003). Å ha en god helse er en viktig ressurs for sosial, økonomisk og personlig utvikling, og bidrar til økt livskvalitet. Ottawa-charteren er en slags grunnlov for det helsefremmende arbeidet, og det definerer helsefremmende arbeid som en prosess som setter mennesker i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse (Mæland 2005).

Helsefremmende arbeid kan defineres som å ha kontroll over forhold som virker inn på helsen, og som kan bedre en persons egen helse (Mæland 2005). I følge forskning og meningsmålinger er menneskets høyeste ønske å ha en god helse. Helse ses ofte i sammenheng med fysisk aktivitet og en sunn livsstil. Den virker inn på hvordan man lever sitt liv og bestemmer muligheter og begrensinger når det gjelder å leve livet slik man ønsker (Kristoffersen 2005a).

Helse skapes gjennom personlig og kollektiv innsats. Man kan ikke kjøpe seg en bedre helse, man må engasjere seg for å få bedre kontroll over sitt eget liv (Mæland 2005).

Helse blir definert av WHO som: *"en tilstand av fullkommen legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter. Retten til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard er en av de grunnleggende rettighetene for alle mennesker uansett rase, religion, politisk overbevisning, økonomiske eller sosiale forhold"* (Travelbee 1999:32). Normene og regler rundt helsebegrepet har forandret seg mye. Tidligere var målet med helse evig liv, mens det nå er evig liv i form av evig ungdom (Thorbjørnsrud 2002).

Ifølge Stang (2003) kan empowerment bli forstått på forskjellige måter. Det er sentralt i utviklingen og bruk av personers krefter og ressurser. Det kan også bli forstått som å motvirke og redusere stress og belastninger som er strid mot å ha kontroll over eget liv (Stang 2003). Empowerment kan oversettes til "å vinne større makt og kontroll over", og står sentralt i det helsefremmende arbeidet. Arbeidet har fokus på at enkeltindivider og samfunnet skal få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Hvor god kontroll man har over sitt liv er avgjørende for selvbilde og evnen til å mestre (Mæland 2005).

Dialog er en viktig fremgangsmåte for at personer skal bli kjent med sine egne ressurser, ønsker, muligheter i en situasjon og få kontroll over situasjonen. Dialog kan bidra med å stimulere personers ressurser (Hauge 2003).

Personer med diabetes type 2 må få like god undervisning, oppfølging, opplæring og kontroll som type 1 diabetikere (Mosand og Førstund 2001). Sykepleier har en pedagogisk funksjon som innebærer blant annet å gi veiledning, informasjon, råd og undervisning til personer som er rammet av sykdom og deres pårørende. Man har også disse oppgavene i forhold til studenter, elever og kolleger (Tveiten 2001).

Når man blir rammet av en kronisk sykdom sitter man ofte med mange ubesvarte spørsmål om sykdommen. Som sykepleier er det da viktig å kunne gi tilstrekkelig med informasjon, opplæring og kunnskap til personer som har fått diabetes type 2. Det er viktig at sykepleieren har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god opplæring og undervisning.

Sykepleierens kunnskapsspekter kan deles inn i teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og erfaringskunnskap (Tveiten 2001).

Som sykepleier er det viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Slike ferdigheter kan gjøre det lettere å mestre de mange situasjonene som oppstår i praksis. At sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter bidrar også til å forstå type 2 diabetikeren som person, til å gi bedre hjelp, støtte og omsorg og fremme den andres utvikling i den grad det er mulig (Eide og Eide 2004). Ifølge Mæland (2005) er det viktig at informasjon ikke blir misforstått av pasienten. Musaeus (2001) sier at nydiagnostiserte diabetikere får størst utbytte av individuell undervisning. Helseopplysning handler om læring og er et viktig virkemiddel i det forebyggende helsearbeidet. Målet med helseopplysning er å påvirke holdninger og styrke menneskers motivasjon og muligheter til å handle helsefremmede (Mæland 2005).

2.3.1 Kjønnforskjeller

Mæland (2005) sier at det er store forskjeller mellom menns og kvinners helse. Vurdert ut fra selvrapportert sykkelighet, legekontakt og trygdestatistikk har kvinner dårligere helse enn menn. Menn har større dødelighet enn kvinner i alle alderstrinn. Kvinner har lettere for å forstå at de har et problem og søker derfor også helsehjelp før menn. Forskjellene i sykkeligheten kan komme av ulike sosiale roller og forskjeller i menns og kvinners livsstil (Mæland 2005). Den viktige årsaken til at kvinner lever lengre enn menn, er at kvinner ofte har en sunnere livsstil. En av årsakene til at kvinner til nå har hatt en sunnere livsstil kan være at de lettere tar imot helsefremmende informasjon. Kvinner er mer mottagelige for helseopplysninger enn menn (Mæland 2005).

I helse- og levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå oppgir for eksempel så mange som 63 % av de spurte kvinnene og 53 % av mennene at de har en eller flere ”varige sykdommer”. Hele 35 % av kvinnene og 24 % av mennene rapporterer at de har langvarig sykdom som påvirker hverdagen i høy eller noen grad (Gjengedal og Hanestad 2007:14).

2.4 Joyce Travelbee sin teori om sykepleie

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori på det grunnlag at teorien vektlegger at man skal se mennesket som et unikt individ, og tilrettelegge for at individet som er rammet av sykdom og deres pårørende skal mestre erfaringer med sykdom og finne mening i situasjonen de er kommet i. Joyce Travelbee ble utdannet sykepleier i USA i 1946 og arbeidet senere som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleierutdanningen. Teorien hennes la vekt på at mennesket er et unikt individ som hele livet er i vekst, utvikling og endring (Travelbee 1999).

Joyce Travelbee sier noe om samhandling mellom sykepleier og den som er rammet av sykdom. Hennes definisjon på sykepleie er: *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene”* (Kirkevold 1998:113).

Helsefremmende undervisning er ifølge Travelbee (1999) et vidt begrep som ikke bare omhandler for eksempel det å lære en diabetiker å administrere insulin. Begrepet innebærer å hjelpe enkeltmennesker og pårørende til å forebygge sykdom eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Formålet med denne type undervisning er at syke mennesker skal finne mening i sykdommen og i tiltak som er viktige for å opprettholde en god helse og kontrollere symptomene. Det er viktig at personer med sykdom ser meningen i tiltakene, for eksempel det å endre livsstil, for å lykkes (Travelbee 1999).

Travelbee sin sykepleieteori sier noe om det å kunne forstå hvordan pasienten opplever sin egen situasjon. Det er viktig at helsearbeideren gjør seg kjent med hvordan individet opplever sin sykdom. Denne opplevelsen kan man gjøre seg kjent med ved å drøfte dette med individet og gjøre seg kjent med individet sine meninger om sin tilstand. Denne teorien

bygger på at det er viktigere for en sykepleier å forholde seg til pasientens opplevelse av sykdom og lidelse enn til den diagnosen eller objektive vurderingen som blir foretatt (Kirkevold 1998).

For å forstå hva sykepleie er og bør være mener Travelbee at man må ha en forståelse av hva som foregår mellom pasient og sykepleier. Dette innebærer at man forstår hvordan denne samhandlingen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hennes tilstand (Kirkevold 1998).

Sykepleieren skal hjelpe mennesker med sykdom til å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå (Travelbee 1999). At pasienten får kunnskaper og informasjon slik at han kan gjøre noe med sin sykdom selv er viktig. Slike kunnskaper hos pasienten kan øke muligheten for å mestre i betydelig grad (Kristoffersen 2005a). Opplevelsen av å føle seg nødvendig for noe eller noen gir livet betydning ifølge Travelbee. Å hjelpe type 2 diabetikere til å finne denne meningen i sin tilværelse er en viktig sykepleieoppgave. For å oppnå dette må man etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold 1998). Et slikt forhold er opplevelser og erfaringer som deles av den som er syk og sykepleieren. Dette er viktig for at individets, pårørendes eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee 1999).

Teorien til Travelbee vektlegger betydningen av hvordan sykepleier oppfatter pasienter.

Denne oppfattelsen spiller en viktig rolle for kvaliteten og kvantiteten på sykepleien som blir gitt til syke mennesker. Travelbee (1999) betrakter ”pasient” som en stereotyp. I virkeligheten fins det ingen pasienter, bare enkeltmennesker som har behov for omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker som er egnet til å kunne bidra med dette. I følge Travelbee (1999) kan det å kategorisere et menneske som ”pasient” bidra til at sykepleieren ser bort fra eller overser at det er unike forskjeller mellom ”pasientene”.

2.5 Mestring og stress

For å kunne være aktiv og ta ansvar i egen behandling kreves det kunnskap om og innsikt i egen sykdom. Helseopplysning handler om læring og er et viktig virkemiddel i det

forebyggende helsearbeidet. Målet med helseopplysning er å påvirke holdninger og styrke menneskers motivasjon og muligheter til å handle helsefremmede (Mæland 2005).

Mennesket bruker generelle sider ved mestring i livet i og med at man utvikler seg, tilpasser seg og lærer nye ferdigheter. Noen situasjoner kan oppleves som håpløse og være vanskelige å mestre. Mestring er hvordan personer møter og takler slike situasjoner som er belastende (Reitan 2005).

Vi har valgt å bruke Lazarus og Folkmans teori om mestring. Dette på grunnlag av at teorien viser sammenhengen mellom stress, mestring og resultat. Teorien er relevant for vår problemstilling om type 2 diabetikere og livsstilsendring. Mennesker som får den kroniske sykdommen diabetes type 2 må lære seg å mestre den nye situasjonen de er kommet i.

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som: *”kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære”* (Hanssen og Natvig 2007:47). Psykologisk stress kan defineres som: *”forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare”* (Lazarus og Folkman 1984:21).

Ifølge Lazarus og Folkman sin teori oppstår stress i spenningsforholdet mellom en person og omgivelsene, hvor personen vurderer omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til, og dermed truer ens tilpasning (Bunkholdt 2002).

Mestring er å finne løsninger på en stressfylt situasjon (Bunkholdt 2002). Problemfokuset og følelsesfokuset er to typer former for mestring ifølge Lazarus og Folkmans teori. Denne teorien sier at når man prøver å mestre stress bruker man oftest begge disse typer mestringsformene. Når man er veldig stresset bruker man følelsesfokuset mestring, og ved et mer moderat stressnivå benyttes problemfokuset mestring. Følelsesfokuset mestring er når man forsøker å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene som følge av årsaken til det som utløste stressreaksjonen. Et eksempel på denne form for mestring er å møte på et uventet dødsfall eller en får en livstruende sykdom. Problemfokuset mestring er når man forsøker å gjøre noe med problemet som har utløst en stressreaksjon. Dette kan for eksempel være å arbeide for å finne en tilfredsstillende løsning på hvordan man kan leve med en kronisk sykdom (Bunkholdt 2002).

Under mestring beskriver Lazarus og Folkman primær og sekundær vurdering. Primær vurdering er å gjøre vurderinger om kvaliteten på situasjonen til personen (Tveiten 2001).

Situasjonen tolkes ut fra om den påvirker personens verdier og mål, eller om den oppleves som en trussel. Situasjonen er en trussel dersom den gir tap eller skade, og en slik situasjon vil utløse stress. Resultatet på denne vurderingen vil gi svar på om personen opplever situasjonen som nøytral, positiv eller stressende (Reitan 2005). I sekundær vurdering vurderer man diabetikerens egne mestringsmuligheter og aktuelle mestringsstrategier. Her bruker personen sine følelser og man ser hvilke ressurser man har til å møte den vanskelig situasjonen (Tveiten 2001). Revurderingen er når man har forsøkt å mestre. Personen vurderer resultatet av mestringen og om situasjonen var slik man hadde forventet (Reitan 2005).

Når man må takle nye krav eller utfordringer bruker man mestringsstrategier. Formålet med denne type strategi er å hjelpe en person til å opprettholde sitt selvbilde, finne mening og ha personlig kontroll over problemer og krav som man møter på (Reitan 2005).

En persons evne til å mestre omfatter indre og ytre ressurser. Indre ressurser er en persons evner, ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer, utviklingsnivå og motivasjon. Ytre ressurser er familie og det sosiale nettverket, utdanning, arbeid, økonomi, tilgang til helsetjenester og støtte- og trygdeordninger (Reitan 2005).

Ifølge Travelbee (1999) er et menneske unikt og enestående med sin egen livshistorie og egne erfaringer, muligheter og drømmer. Disse er kjennetegn som reflekterer personens indre ressurser (Reitan 2005).

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) medfører mestring kortsiktige og langsiktige konsekvenser. Kortsiktige effekter kan være fysiologiske endringer, positive eller negative følelser og resultatet av mestringen. Langsiktige effekter av mestring av en eller flere hendelser er spesifisert som livskvalitet eller helse – sykdom, velvære og sosial funksjon (Hanssen og Natvig 2007).

For at man skal mestre sykdom er det viktig at type 2 diabetikeren har kunnskap og ferdigheter omkring sin sykdom. Tilstrekkelig med kunnskap gjør at personen forstår og kan gjøre noe med sin egen situasjon (Kristoffersen 2005b).

Dersom man har fått diabetes er det viktig at man får kunnskap om sykdommen, og om de fysiologiske prosessene som sykdommen innebærer. Man trenger også å skaffe seg kunnskap om hvordan insulintilførsel, aktivitet og kosthold påvirker hverandre. Slike kunnskaper og ferdigheter vil medføre mer trygghet og at man mestrer den nye livssituasjonen bedre (Kristoffersen 2005b).

Når man opplever store påkjenninger, sykdom og helsesvikt har mennesket en evne til å tåle stress og tilpasse seg nye livssituasjoner. Denne evnen er en viktig forutsetning for å kunne bevare helsen. Dersom man mestrer vanskelige livssituasjoner, vil man være bedre rustet til å møte nye utfordringer og påkjenningen senere i livet (Hummelvoll 2004).

Teorien om kognitiv adaptasjon har vist hvor forbausende menneskets tilpassningsevne er når det opplever stress. I følge Taylor (1983) sin teori om kognitiv adaptasjon hevder man at; *"når mennesket opplever en personlig truende hendelse, vil tilpasningsprosessen sentreres om tre temaer:*

1. *Man søker etter mening med hendelsen.*
2. *Man forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen.*
3. *Man arbeider for å ta vare på og øke selvaktelsen"* (Hummelvoll 2004:39).

Sosial støtte er ifølge Lazarus og Folkman en viktig ressurs som kan beskytte mot stress og fremme mestring. Denne type støtte gis ofte gjennom opplæring og veiledning for at diabetikeren skal ta ansvar for egen helse (Karlsen 2007).

← **Formatert:** Punktmerking og nummerering

2.6 Livskvalitet

Kristoffersen (2005a:48) definerer livskvalitet ut fra WHO's definisjon som: *"Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdssystem de lever i, i relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser"*.

Det foreligger mange ulike definisjoner på livskvalitet, men det er ifølge Rustøen (2005) enighet om at livskvalitet er et subjektivt begrep som rommer både fysiske, psykologiske og sosiale aspekter ved livet. Næss og Eriksen (2006) mener livskvalitet er en subjektiv tilstand eller opplevelse av psykisk velvære. Livskvalitet er å ha gode følelser, en grunnstemning av glede og et positivt syn på eget liv. De velger å definere livskvalitet slik:

"En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelse er negative" (Næss og Eriksen 2006:34).

Ordet livskvalitet blir ifølge Næss og Eriksen (2006) også brukt på andre måter, og inkluderer gjerne levevilkår i betydningen for å få et mer omfattende begrep. Ordet lykke og tilfredshet

brukes ofte for et mer snevrere begrep. Lykke beskriver følelser, mens tilfredshet beskriver vurderinger. Vurderingene kan være en mening om hvordan livet *er*, i forhold til hvordan en mener det *bør være*. Noen mennesker vil *vurdere* at de har et godt liv, selv om de ikke har sterke *følelsesmessige* opplevelser, og omvendt. Livskvalitet omfatter dermed både kognitive og affektive aspekter, der de kognitive (følelsene) og de affektive (vurderingene) påvirker hverandre. Det vises igjen ved at personer som opplever mye glede, oftest vil være tilfreds med livet sitt (Næss og Eriksen 2006). Spesielle omstendigheter eller faser i livet, for eksempel å få en kronisk sykdom som diabetes, kan derimot føre til at personer endrer sine verdier eller sitt syn på livet, dvs. at livskvaliteten kan forandre seg (Rustøen 2005).

Næss (2001) påpeker at livskvalitet er å ha det godt, og å ha det godt er avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger. Vurdering av livskvalitet må ta utgangspunkt i enkeltindividets egen opplevelse av sin situasjon. Om en har god helse eller ikke, henger sammen med opplevelsen av velvære. Helse og funksjonssvikt kan ha stor betydning for opplevelsen av livskvalitet. Hva som oppleves som helse varierer fra person til person. Avgjørende for om en opplever å ha god livskvalitet til tross for sykdom, er i hvilken grad sykdommene rammer de områder i livet personen opplever som viktig for livskvaliteten (Wahl og Hanestad 2007). Om en diabetiker for eksempel føler at sykdommen setter begrensinger for det sosiale livet, vil dette også ha negative konsekvenser på livskvaliteten. Mennesker reagerer ulikt på sykdom, og det største hinderet for livskvalitet kan være noe helt annet enn selve sykdommen. Derfor er det viktig å vite hvordan livskvalitet kan kartlegges for å hjelpe og gi den beste sykepleien (Rustøen 2005).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

”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 med i arsenalet av metode” (Vilhelm Aubert sitert i Dalland 2007:81).

Metoden er et redskap som brukes når man skal samle inn data, dvs. den informasjonen som trengs for å komme frem til løsning på problemstillingen. Data kan være alt fra menneskers følelser og tanker, til statistikk, forskning og historie.

Siden data kan tolkes på ulike måter er det nødvendig med en mer systematisk fremgangsmåte. Dalland (2007) legger frem to forskjellige hovedretninger for å finne data; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvalitativ metode benyttes for å finne data som kan karakterisere et fenomen. En kvalitativ studie søker å gå i dybden, få frem det spesielle, formidle forståelse og få frem mest mulig opplysninger om et lite utvalg. Metoden har som mål å få en bedre forståelse av samfunnet og samhandlingen mellom mennesker; ved å fange opp og beskrive mening og opplevelse. Man undersøker dermed sosiale fenomener, noe som ikke kan tallfestes (Dalland 2007, Thagaard 2003).

Den kvantitative metoden tar sikte på å beskrive et fenomen ved bruk av tall og forme informasjonen til målbare enheter, som gir mulighet for å foreta regneoperasjoner (Dalland 2007). Denne metoden er ment for å svare på kvantitative spørsmål (Ringdal 2001), for eksempel hvor mange som har diabetes type 2 i Norge.

3.2 Valg av metode

Avgjørende for metodevalget er hva man ønsker å vite (Olsson og Sörensen 2003).

Som metode for denne oppgaven har vi derfor valgt litteraturstudie, som i følge Dalland (2007) og Forsberg og Wengström (2003) går ut på å fordype seg i allerede bestående og relevant litteratur på området, for eksempel fagbøker, fagartikler, undersøkelser og/eller studier som andre har forsket frem. I teoridelen bruker vi for det meste etablert litteratur fra fagbøker, mens vi i drøftingsdelen undersøker om denne litteraturen samstemmer med nyere forskning fra fagartikler og studier. Forskningsartikler kan bekrefte eller avkrefte det som står i fagbøkene (Forsberg og Wengström 2003).

Grunnen til at vi har valgt litteraturstudie som metode er at den gir oss gode data og belyser problemstillingen vår på en faglig interessant måte. Det finnes mye litteratur og forskning omkring vår problemstilling; *”Hvordan kan sykepleier hjelpe personer med diabetes type 2 til å mestre livsstilsendringene som følger med sykdommen?”* Vi mener vi vil klare å belyse vår problemstilling på en faglig interessant måte og fra flere sider, ved å benytte litteratur fra ulike kilder som allerede finnes. Vi så derfor ikke nødvendigheten av å gjennomføre et intervju.

Fordelen med litteraturstudie som metode er at en får lest mye litteratur som får frem bredden av emnet. I tillegg er kildene alltid tilgjengelige slik at en kan gå tilbake til litteraturen dersom noe er uklart og det dukker opp nye spørsmål.

En ulempe kan gjøre seg gjeldende ved at teorien en har valgt er basert på forskning og undersøkelser gjort av andre. En er derfor avhengig av at disse er utført på en forsvarlig måte, dvs. at kravene til reliabilitet og validitet er oppfylgt. Budskapet i litteraturen kan ha gått gjennom flere ledd, og det kan være en fare for at noe er blitt endret underveis. Det kan også være mangel på relevant forskning innen området man vil skrive om, eller for mye slik at en mister oversikten og overser det relevante. Ulike forskere på samme område kan komme frem til ulike resultater og det kan være vanskelig å vite om forfatterens synspunkter påvirker resultatet (Dalland 2007).

3.3 Innhenting og bearbeiding av data

Hva slags typer tekster en skal velge ut og hvor mange, avhenger av problemstillingen og hva som er offentlig tilgjengelig eller som en kan få tilgang til. Det er viktig at tekstene som er valgt ut er relevante og representative i forhold til problemstillingen (Halvorsen 2003). For å sikre at de kildene vi bruker er relevante og pålitelige, bruker vi ulike inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å velge ut litteratur. Fagbøkene vi bruker skal ikke være eldre enn ti år, altså utgitt tidligst 1998. Dette med unntak av boken "Metodisk feltarbeid - produksjon og tolkning av kvalitative data" av K. Kjeldstadli, som ble utgitt i 1997.

De valgte forskningsartiklene skal ikke være publisert for mer enn 8 år siden (tidligst publisert 2000) for å sikre at vi får den nyeste forskningen innen vårt område. Ett unntak er en studie fra 1995 gjort av Næss mfl som var nødvendig for å kunne vise til sammenhengen mellom metabolsk kontroll og livskvalitet.

Vi startet innsamlingen av data ved å gå til våre pensumbøker og andre lærebøker som var aktuelle til vårt tema. For å finne og innhente disse bøkene har vi brukt BIBSYS, som er tilgjengelig på Høgskolen Stord/Haugesund sine biblioteksider. Søkeordene vi benyttet var: *diabetes mellitus, diabetes type 2, livsstil, livsstilsendringer, livskvalitet, mestring, kronisk sykdom, helsefremmende arbeid, motivasjon, kommunikasjon, forebyggende helsearbeid, helsepedagogikk, empowerment, coping*. Vi kombinerte søkerordene for å avgrense søket. Vi endte opp med mange bøker som kunne brukes i vår oppgave, bl.a. "Å leve med en kronisk sykdom", "Forebyggende helsearbeid", "Diabeteshåndboken", "Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell" og "Pedagogikk i sykepleiepraksis".

For å finne relevante fag- og forskningsartikler som kunne svare på problemstillingen vår, har vi brukt helsefagdatabasene SweMed+, PubMed og Academic Search Premiere. Vi søkte også på sidene til Tidsskrift for den norske lægeforening [tidsskriftet.no] samt Norsk sykepleierforbund sine sider [sykepleien.no].

I SweMed+ databasen kombinerte vi søkeordene *diabetes* og *livskvalitet* som ga 47 treff. Ved å tilføre søkeordet *egenansvar* fikk vi kun ett treff; "Pasientopplæring, egenansvar, livskvalitet og metabolsk kontroll hos personer med diabetes" av B. Karlsen (2005).

Når vi brukte søkeordene *diabetes, livskvalitet* og *behandling* fikk vi tre treff, og valgte ut artikkelen "Personer med diabetes – fra brikker til aktører?" av B. Allgot (2000). Søkeordene

Diabetes og well-being ga kun ett treff: "Diabetes mellitus and psychological well-being" av S. Næss m.fl. (1995).

I PubMed databasen kombinerte vi først *diabetes type 2* og *coping*, og fikk 216 treff. For å begrense søket tilførte vi søkeordene *health* og *quality of life*, og endte opp med 32 treff og artikkelen "Health in patients with Type 2 diabetes: an interview study based on the Welfare Theory of Health" av I. Snellman og K. Wikblad (2006).

I databasen Academic Search Premiere brukte vi søkeordene *diabetes type 2* og *lifestyle* og fikk 66 treff. Vi begrenset søket ved å tilføre søkeordet *well-being*, og endte opp med 16 treff, bl.a. "Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 (non-insuline dependent) diabetes mellitus" av A. Krook m.fl. (2002).

Vi valgte først og fremst ut de aktuelle artiklene etter om overskiftene virket relevante. Videre leste vi gjennom sammendraget for å sortere ut enda mer, og endte til slutt opp med elleve både kvalitative og kvantitative artikler som var aktuelle. Seks av disse var engelske.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler ifølge Dalland (2007) om å vurdere litteraturen som er benyttet med et kritisk blikk. Vi har forsøkt å være kritisk til både faglig kvalitet, relevans og validitet i utvelgelsen av den litteraturen vi har brukt. All søk etter artikler har vi gjort i helsefagdatabaser. Vi benyttet oss kun av litteratur fra anerkjente tidsskrifter og forfattere. Det var relevant å undersøke om litteraturen var fagfelleverdert, det vil si at tidsskriftet var kvalitetssikret og vurdert av flere fagfolk (Ringdal 2001), for eksempel leger og forskere. Da kunne vi stole på innholdet. Dette gjelder også de bøkene vi har brukt, der flere av bøkene er en del av pensumlitteraturen.

Vi har både måttet benytte oss av primær-, og sekundærkilder. Primærkildene er sikrere å bruke enn sekundærkildene. Samtidig er ofte primærkildene eldre enn ti år, enkelte fagbøker er såkalte "klassikere" som vi egentlig ville ekskludere, men som vi likevel så oss nødt til å bruke, bl.a. boken "Stress, appraisal and coping" av Lazarus og Folkman, utgitt i 1984.

Ifølge Kjeldstadli (1997) er primærkilde den første kjente versjonen av en kilde som forskeren har tilgang til. I primærdata innsamles data eller planlegges prosjektets formål av forskeren selv. Primærdata blir ofte samlet inn ved bruk av observasjon eller intervju (Ringdal 2001). Data eller informasjon som allerede foreligger i en eller annen form er sekundærdata (Halvorsen 2003). Sekundærdata som hentes fra databaser er som oftest gratis, men det er viktig å vurdere kvaliteten på denne type data. Å oppdage feilkilder er vanskelig ved bruk av sekundærdata, ettersom man ikke har deltatt i datainnsamlingen. Det er derfor viktig å lese dokumentasjonen av data før man bruker sekundærdata i egen forskning. Dokumentasjonen av data kan være spørreskjema, begrepsdefinisjoner og dokumentasjon av utvalget (Ringdal 2001).

3.5 Ethiske aspekter ved gjennomføring av oppgaven

Ethiske prinsipper som gjelder i dagliglivets handlinger, skal også gjelde i yrkesetikk og forskningsetikk. Når en skriver en litteraturoppgave, er det funnene en velger å bruke som er selve basisen for oppgaven. I denne sammenhengen må en alltid huske å oppgi hvilke kilder en bruker og henviser til dem på riktig måte. Det er uetisk å referere til feil person og dermed påstå at personen har sagt noe han ikke har sagt (Dalland 2007).

I litteraturbaserte studier vil det bli uetisk å ikke representere både funn som er enige og uenige i det en selv mener. Resultatet vi skal komme frem til skal være uavhengig av hvem som har utført undersøkelsen og hva resultatet er.

Opgaven skal ikke bli presentert fra et subjektivt ståsted, da forfatterens intensjon ikke vil komme tydelig nok frem ved at vi siterer dem feil (Dalland 2007). Det er derfor viktig at vi er oppmerksomme på hvilken forståelse vi har i forhold til det temaet vi skriver om, ettersom det kan virke inn på hvor objektiv oppgaven blir.

Forskningsetiske normer setter krav til at personvern, taushetsplikt, informert og frivillig samtykke og anonymitet blir ivaretatt ved all forskning (Dalland 2007, Åndsverkloven 1961). En er nødt til å være kritisk til valg av litteratur i en litteraturstudie, og en må gå ut fra at den litteraturen en bruker overholder forskningsetiske normer og regler.

4.0 Drøfting

4.1 Hva er avgjørende for valg av helse og livsstilsatferd?

Hvordan mennesker med diabetes type 2 velger å leve, er avgjørende for hvordan sykdommen vil utvikle seg. Som nevnt er det ofte nødvendig med en endring av livsstilen for å unngå senvirkninger som mikro- og makrovaskulære sykdommer. Likevel er det normalt at de fleste diabetikere, slik som resten av befolkningen, har ulik adferd og livsstil, og dermed ulik påvirkning på helsen. Hvorvidt valget av atferd og livsstil er et uttrykk for frie individuelle valg eller om det er bestemt av ytre forhold som omgir diabetikeren, vil avgjøre hvor og hvordan hjelpen skal ytes. Hvis valget av en bestemt atferd og livsstil kun er avgjort av individuelle handlinger, må man ha et behandlingsfokus på det enkelte individet, og ikke på miljøet rundt han/henne. Mennesker kan i dag selv velge hvordan de vil innrette sine liv, mye pga. at tidene har forandret seg og at de materielle begrensningene ikke lenger er så store. En sunn livsstil kan også stå i kontrast til ønsket om å leve godt i øyeblikket. Mange ønsker å gjøre livet mer behagelig og mindre slitsomt, og vil da kunne påføre seg selv sykdom og dårlig helse som i stor grad er under egen kontroll. Mæland (2005) sier at de fleste adferdsvitenskapelige modellene hovedsakelig handler om individuelle kognitive og emosjonelle påvirkninger av adferd. En modell som tar for seg helseatferd er den transteoretiske modellen til psykoterapeutene Prochaska & DiClemente. Denne modellen har blitt brukt i forskning og har vært nyttig i flere former for helseatferd som for eksempel slutte å røyke, fysisk aktivitet, alkoholbruk og vektkontroll. Metoden har vært kritisert for å handle for mye om individet og fokuserer på atferd som et personlig problem og en privat utfordring. *”Forhold som overvekt og diabetes kan da lett bli betraktet som en personlig svikt hos en som ikke har mosjonert, fremfor å bli sett som et resultat av livssituasjonen og levekår”* (Sørensen og Graff-Iversen 2001). Helse er derfor ikke bare et spørsmål om frie individuelle valg og personlig ansvar, men også av ytre forhold som omgir diabetikeren.

Det er et faktum at de sunne matvarene er mer kostbare enn de usunne, selv om folk flest i dag har råd til å kjøpe seg mer mat enn de trenger. Det er både billigere og enklere å velge en usunn livsstil. Økonomiske forhold kan gjøre det vanskeligere å velge den sunne livsstilen, der for eksempel arbeiderklassen har et større fokus på å bli mett for en rimelig pris, enn på de helsemessige aspektene. Likevel viser undersøkelser at det sjeldent er økonomiske hensyn

som alene er avgjørende for valget av livsstil (Mæland 2005). Holdninger og verdier, biologiske faktorer, miljø og ytre sosiale omgivelser kan være andre årsaker til hvorfor en diabetiker velger den livsstilen han/hun velger. Det finnes sosiale skjevheter i befolkningen når det gjelder kunnskapsnivå, tilfang av kunnskap, og evnen og mulighet til å gjøre handlinger ut fra kunnskap. Disse tre punktene kan enkeltvis eller til sammen føre til at personer helt ubevisst velger livsstil atferd som er skadelig for helsen. Utdanningsnivå og sosial tilhørighet er eksempel på andre faktorer enn individuelle beslutninger som påvirker helseatferden (Mæland 2005). Ved for eksempel sosial tilhørighet kan maten bli et middel for å vise hvilken sosial gruppe man tilhører og identifiserer seg med.

Blir menneskets livsstilsatferd utformet av samfunnet det lever i, eller blir det utformet av den enkelte selv? Miljøet er som nevnt en faktor for hvilken livsstil og atferd en velger, der sosial tilhørighet var viktig. Ønsket om å bli akseptert av venner, å gi uttrykk for en bestemt identitet eller å oppnå materielle mål er ofte så viktige at de blir prioritert på bekostning av hensynet til en fremtidig helse. Allgot (2000) mener type 2-diabetes bør forstås ut fra både det samfunnsmessige perspektivet og enkeltmenneskets liv. Ifølge Banduras sosial kognitive læringsteori velger mennesket ikke bare handling ut fra egne erfaringer, men også andres erfaring de har blitt kjent med gjennom for eksempel observasjon. Gruppepress, rollemodeller og annen normativ innflytelse har en stor tilknytning til valg av livsstil (Mæland 2005). Adferd og livsstil styres altså både av generelle individuelle verdier og av mer spesifikke holdninger og oppfatninger. Generelt har alle, uansett sosial stilling eller omstendigheter, en form for valgfrihet når en selv handler. Ansvar for ens egen helse og livsstil ligger hos en selv, ikke hos andre. Samtidig er livsstilsatferd underlagt en rekke faktorer, der individets beslutning kun er én av flere.

4.2 Å påvirke individuell atferd og livsstil hos type 2 diabetikeren

Ettersom diabetes type 2 kan karakteriseres som en livsstilssykdom er det viktig å fokusere på livsstil og livstilsendringer. I det helsefremmende arbeidet er det nødvendig å formidle informasjon og kunnskap.

Lalonde-rapporten er kjent for å lansere begrepet livsstilssykdommer. Rapporten undersøkte helsetilstanden hos den canadiske befolkningen og registrerte at de sykdommene som økte mest var livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft. Funnene i rapporten

resulterte i sterk fokusering på livsstil og økt satsing på å formidle informasjon og kunnskap om risikofaktorer for utvikling av sykdom og om atferd som fremmer helse (Hauge 2003). Å endre atferd og livsstil er en komplisert oppgave, som avhenger av mange forskjellige faktorer.

Når det gjelder å gi informasjon til diabetikere og pårørende mener vi at det spesielt på sykehus og i hjemmesykepleien er liten tid dette. En arbeidsdag preget av effektivitet og lite tid kan føre til at sykepleieren nedprioriterer det å gi god informasjon til type 2 diabetikere og pårørende. Dette kan føre til at diabetikeren ikke har tilstrekkelige kunnskaper om sin sykdom og situasjon, noe som er nødvendig i behandlingen og endringen av livsstil.

Flere undersøkelser underbygger vårt syn på at helsevesenet ikke er flinke nok til å informere pasienter og pårørende. Pasienter i norsk helsevesen er ifølge Mæland (2005) fornøyd med behandlingen, men ønsker mer informasjon. Allgot (2002) hevder at mangel på opplæring av pasienter og deres pårørende er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer.

At diabetikeren tilegner seg kunnskap om sykdommen og senkomplikasjoner er viktig for å handle helsefremmende. Sykepleierens funksjon er å komme med råd og tiltak for å endre livsstil som diabetikeren kan se meningen i og klare. Opplæring og kunnskap er to sentrale faktorer som virker inn på personers valg av livsstil. I møte med, og opplæringen av personer med diabetes type 2 stilles det hele tiden høyere krav til sykepleiernes innsikt og kunnskap om sykdommen. Dette på bakgrunn av at mennesker tilegner seg mer kunnskap på egenhånd og antall kronisk syke forventes å stige (Tveiten 2001). Ofte er det diabetikeren selv som er ekspert på sin egen sykdom. Dette gjelder selvfølgelig ikke for personer med nyopplaget diabetes. Da gjelder det å gi nok kunnskap slik at diabetikeren kan bli sin egen ekspert. Spørsmålet er om det viktigste er å ha høyt kunnskapsnivå om diabetes, eller om det viktigste er å ha gode kommunikasjonsferdigheter? Uten gode kommunikasjonsferdigheter vil ikke sykepleier kunne formidle informasjon på en god måte, og diabetikeren vil ikke kunne motta kunnskapen som blir formidlet. Ved toveiskommunikasjon mellom helsepersonell og diabetiker er det et likeverdig forhold hvor hver part sitter inne med verdifulle erfaringer og kunnskap (Allgot 2000). En toveiskommunikasjon er preget av aktiv lytting og deling av ressurser (Eide og Eide 2004). En slik kommunikasjonsmåte vil da kunne gi bedre resultater enn enveiskommunikasjonen, hvor diabetikeren ikke får komme med egne erfaringer og tanker rundt sykdommen.

I diabetesbehandlingen er det ikke et mål at type 2 diabetikeren skal bli avhengig av helsetjenester, men diabetikeren skal bli mest mulig selvstendig og bestemme over egen situasjon. Det er et stort fokusert på at diabetikeren skal ha et større ansvar i behandlingen, der det er nødvendig at diabetikerens ønsker og behov for behandling kommer frem. Ved at sykepleier og diabetiker utnytter hverandres kompetanse kan det føre til gode resultater i behandlingen av diabetes og endring av livsstil, og øke muligheten til å mestre andre endringer diabetessykdommen innebærer. Dette kan føre til at diabetikeren opplever større kontroll over eget liv og sykdom, noe som er viktig for å kunne mestre.

For å kunne få kontroll over sin egen situasjon må en kunne klare å ta egne beslutninger. I dette ligger begrepet *empowerment*. Lazarus og Folkman (1984) fokuserer på personens opplevelse av kontroll. I følge Stortingsmelding nr. 41 (1987) og nr. 37 (1992-93) er det en økende tendens til å fokusere på brukeren av helsetjenester og på brukerens egne ressurser (Tveiten 2001). Empowerment-prosessen gir pasienten større styrke til å mestre sykdom (Walseth & Malterud 2004). Et mål i behandlingen er at diabetikeren skal bli mest mulig selvstendig. 95 % av den daglige egenomsorgen blir utført av den enkelte selv. Det kreves kunnskaper, ferdigheter, aktiv egeninnsats og styrking av egne ressurser for å ta egenansvar for egen sykdom. Pasientopplæring øker evnen til egenansvar og kan virke positivt inn på livskvaliteten (Karlsen 2005). For mye fokus på empowerment i behandlingen av diabetikere kan derimot føre til at det legges for mye ansvar på diabetikeren i behandlingen. Hvor mye ansvar og kontroll type 2 diabetikere har over sin sykdom kan være forskjellig fra person til person. Ifølge Jallinoja mfl.(2007) kan empowerment føre til stress hos personer med diabetes type 2 dersom de må ta for mye ansvar og beslutninger selv i behandlingen. For mye ansvar kan derfor føre til at type 2 diabetikeren velger en passiv mestringsstrategi.

At personen ser meningen i tiltakene og opplæringen som man får gjennom undervisning og læring og i samtaler med helsepersonell, er viktig for at man skal mestre. Personen må kunne se hvilke resultater tiltakene kan gi. Et eksempel kan være at man som sykepleier sier at fysisk aktivitet virker positivt inn på blodsukkeret. Det vil da være nødvendig at resultatforventningene personen hadde, tilsvarer de endelige resultatene av tiltakene. Travelbee (1999) sier at mennesket skal se mening i tilværelsen. Dette er viktig for at type 2 diabetikeren kan vinne kontroll over egen sykdom og handle helsefremmende.

For å kunne påvirke individuell atferd og livsstil hos diabetikeren må sykepleier ta utgangspunkt i den andres ressurser og tanker om sykdommen. Hvordan type 2 diabetikere opplever å bli rammet av sykdommen er individuelt, noe Travelbee understreker i sin teori. Ifølge Travelbee (1999) må man se på mennesker med type 2 diabetes som enkeltmennesker med sin egen opplevelse og egne tanker rundt det å ha blitt rammet av sykdommen. Sykepleier må forholde seg til personens opplevelse av sykdom og se på diabetikeren som et enkeltindivid (kap.2.4). Det er viktig at sykepleieren gjør seg kjent med type 2 diabetikerens vaner og hvilken betydning vanene har for diabetikeren. Sykepleieren kan spørre personen om fordeler og ulemper ved levevanene, og dersom personen svarer at det ikke er noen ulemper vil det være vanskelig å motivere til atferdsendring (Musaeus 2001).

Å ha kunnskaper om menneskers atferd og hva som påvirker atferden er viktig for å kunne hjelpe diabetikeren til å endre livsstil. En modell som er kjent for å forklare atferd er Kap-modellen. Denne modellen påstår at kunnskap påvirker holdning, som igjen påvirker atferd. Undersøkelser viser at det er små sammenhenger mellom holdninger og atferd. Det blir også sagt at kunnskaper i liten grad påvirker atferd (Mæland 2005). På en annen side er korrekt kunnskap nødvendig for å mestre og å oppnå opplevelse av kontroll i en situasjon som ved for eksempel sykdom. Men kunnskap er allikevel ikke nok til å forklare og påvirke helserelatert atferd i de fleste situasjoner (Mæland 2005). Det er stort behov for kunnskap hos type 2 diabetikere ettersom diabetes type 2 er en sykdom hvor mye henger sammen og det finnes mange kompliserte forhold og balanse ganger (Christophersen og Hanssen 2004).

Når man som sykepleier skal bidra til helsefremmende tiltak hos type 2 diabetikere er det som tidligere nevnt viktig å være oppmerksom på kjønnsforskjeller. Menn og kvinner kan ha forskjellige følelser og opplevelser rundt det å ha diabetes type 2. Litteratur om diabetes fokuserer generelt lite på kjønnsforskjeller og kronisk sykdom. Ettersom kvinner er kjent for å være mer emosjonelle og snakker lettere om følelser sett i forhold til menn, oppsøker de oftere helsehjelp. Sørensen og Graff-Iversen (2001) hevder at kjønnsforskjeller ikke har fått nok oppmerksomhet. De fleste modeller for helseatferd tar ikke hensyn til at kvinner og menn har forskjellig opplevelse av verden og verdier. Nielsen mfl.(2007) sier at det er store kjønnsforskjeller i opplevelse og mestring av sykdom. Menn får mer støtte enn de gir, mens kvinner får mindre støtte enn de gir. Til tross for disse resultatene kan kvinner oppnå bedre resultater enn menn i behandlingen (Nielsen mfl.2007). Kvinner er lettere mottagelig for helseopplysning og oppsøker helsetjenester tidligere enn menn (kap.2.6). Kvinner oppfatter

sykdommen som problemfri, til tross for at de får mindre støtte enn menn. De er også flinkere til å følge opp regelmessige legebesøk.

Det blir i dagens samfunn mer og mer fokusert på en sunnere livsstil. Men dersom man som sykepleier møter personer med type 2 diabetes som ikke ønsker å forandre livsstilen, er det viktig å akseptere dette valget. Det er viktig ut fra pasientens rett til selvbestemmelse å kunne ta egne beslutninger for sin egen helse. Dersom sykepleier synes at dette ikke er det beste for diabetikeren er det viktig at man gir råd og veileder diabetikeren til andre metoder for å fremme og bevare en god helse.

4.3 Hvordan bidra til økt mestring og egenansvar i diabetesbehandlingen?

Det å få en kronisk sykdom kan oppleves forskjellig fra person til person, noe som fører til at man mestrer på ulike måter. Som sykepleier skal man bidra til at type 2 diabetikeren utvikler krefter, kunnskaper og vilje til å mestre, og få kontroll over sykdommen (Reitan 2005).

Hvordan man mestrer og vinner kontroll over sykdommen er individuelt. Hvilken mestringsstrategi man velger å bruke avhenger av hvordan man opplever den nye situasjonen. I Karlsen (2004) sin undersøkelse om mestring av diabetes svarer et flertall at de har integrert diabetessykdommen inn i livsstilen, mens et mindretall har respondert til diabetesrelaterte problemer med benektelse av sykdommen. Undersøkelsen viste også at en betydelig andel av deltakerne sjelden brukte problemfokuseret mestring. Denne type mestringsstrategi blir brukt ved et moderat stressnivå.

Noen kan oppleve at de selv føler skyld for å ha fått diabetes type 2. Man antar at omtrent 70 % av type 2 diabetikere er overvektige (Aas 2004) (kap.2.2.1). Det er kjent at overvekt og en usunn livsstil disponerer for å utvikle type 2 diabetes. Ofte glemmer man at også arv er en disponerende faktor, og mange kan føle at det er selvforskyldt at de har fått diagnosen siden fokuset på overvekt og inaktivitet er så stort. I Karlsen og Bru (2002) sin undersøkelse svarer en del av deltakerne at de til tider eller ofte klandrer seg selv for å ha fått diabetes. At diabetikeren tar skylden på seg selv kan resultere i at man går aktivt inn for å mestre. På den andre siden kan denne skyldfølelsen føre til depresjon og virke negativt på mestringen. Også i

Karlsen (2004) sin undersøkelse svarte en stor del av deltakerne at de tok skylden på seg selv for å ha fått diabetes. Dette ble imidlertid bare oppdaget i forbindelse mellom følelsesfokustert mestring og psykisk velvære hos deltakerne. Følelsesfokustert mestring blir brukt hos mennesker med høy stressfaktor (kap.2.5). Fravær av problemfokustert mestring var mer utbredt blant eldre mennesker med diabetes enn hos yngre mennesker, uavhengig av hvilken type diabetes.

Selv om diabetikeren skal bli mest mulig selvstendig og være sin egen behandler er det viktig med støtte fra andre mennesker. Støtte er viktig i nye og vanskelige situasjoner som diabetikeren har vanskelig for å få kontroll over og mestre. Gode støttespillere er venner, familie og helsepersonell i helsetjenesten. Familie og venner gir viktig støtte ettersom det er disse diabetikeren møter i oftest i hverdagen og utover i behandlingen. At type 2 diabetikeren opplever en god støtte fra venner, familie og helsepersonell kan føre til mindre stress og høyere sjanse til å mestre. I følge Karlsen (2004) sin undersøkelse indikerte resultatene at opplevelse av støtte sammen med psykologisk velvære hovedsakelig ble formidlet ved mestring. Støtte fra familiemedlemmer var tettere sammenbundet til diabetesrelatert mestring, enn støtte fra profesjonelle helsearbeidere. På en annen side viste undersøkelsen at støtte som man får gjennom gruppebaserte veiledningsprogram fremmer problemfokustert mestring, samt reduserer stress hos diabetikere. Polonsky (1999) hevder at de som har best støtte fra familie har en tendens til å håndtere og leve bedre med diabetes sykdommen. Hvis diabetikeren på den andre siden ikke har noen støtte i omgivelsene, kan de store påkjenningene det innebærer å leve med diabetes føre til at diabetikeren blir utslitt.

Karlsen og Bru (2002) betegnet det å søke sosial støtte, å integrere sykdommen, å søke kunnskap og planlegging som aktive mestringsstrategier. Undersøkelsen viste at et mindretall brukte passive mestringsstrategier som fornektelse, oppsigelse og selvklandering. Denne mestringsstrategien kan i følge Karlsen og Bru (2002) gi kortvarig emosjonell lettelse og ved oppsigelse gir man opp forsøket på å klare målene i diabetesbehandlingen. Snellmann og Wikblad (2006) kom i sin undersøkelse frem til at 42,3 % av de pasientene som var misfornøyde, bruker en passiv mestringsstrategi. Blant de fornøyde pasientene var det 17,9 % som brukte denne typen mestringsstrategi. Karlsen og Bru (2002) sin undersøkelse kom også frem til at det ikke var en klar sammenheng mellom bruk av aktive mestringsstrategier og integrering av sykdommen i hverdagen. 75 % av deltakerne svarte at de av og til eller ofte integrerte sykdommen i hverdagen ved planlegging av kosthold, fysisk aktivitet og medisinerings.

For å kunne mestre er ikke støtte alene en viktig faktor. Som tidligere nevnt vektlegger Travelbee at personen som er rammet av sykdom skal se mening i sin egen tilværelse. Dette betyr at man må se hvorfor de ulike tiltakene blir iverksatt og hva disse endringene kan føre til. Motivasjonen for å endre livsstil mener vi kan være tilstede dersom type 2 diabetikeren ser hvilke resultater disse atferdsendringene kan gi. Som tidligere nevnt sier Banduras sosial kognitiv teori at menneskers motivasjon og handling i stor grad bestemmes gjennom forhåndsvurderinger som resultatforventning og mestringsforventning.

Resultatforventningene påvirker mest motivasjonen, mens mestringsforventningene til personen vil påvirke beslutningen og gjennomføringen av handlingen. Mestringsforventninger spiller en viktig rolle når et individ skal forsøke å endre vaner og atferd som har ført til kroppslig avhengighet (Mæland 2005).

Som sykepleier kan man påvirke menneskets mestringsforventninger på flere måter. Det er viktig å ta utgangspunkt i at mennesket har sine oppfatninger fra egne, tidligere erfaringer de har gjort seg igjennom livet. Å tilrettelegge for at diabetikeren oppnår og klarer noe, vil gjøre at diabetikeren mestrer lettere. Det er også viktig at personen har en positiv erfaring og oppfatning om endringene som skal mestres. Dersom diabetikeren har dårlige erfaringer med å gå ned i vekt, kan dette føre til at diabetikeren er mindre motivert og har vanskelige for å mestre. Banduras atferdsteori sier at mennesker bør ha en positiv mestringsforventning. Mestringsforventningen kan styrkes ved at personen får opplevelse av å lykkes. På den andre siden sier teoretikeren at mestringsforventningene kan reduseres dersom personen har dårlige erfaringer og oppfatninger fra før (Mæland 2005).

Når man skal påvirke individuell atferd og livsstil må man begynne i det små og ta ett skritt om gangen. Det er en viktig sykepleieroppgave å råde og tilrettelegge for at personen ikke lager seg for store mål og forventninger. Målene må tilpasses slik at det er stor sannsynlighet for at type 2 diabetikere kan mestre de. Det vil for eksempel ikke være oppnåelig at en person som har vært ganske inaktiv hele livet skal ha som mål å jogge en time hver dag. Et mer realistisk mål vil heller være å begynne mer forsiktig med å gå en halvtimes tur tre til fire ganger i uken, sykle i stedet for å kjøre til jobben osv. Ved å ha for store uoppnåelige mål vil diabetikeren gi opp raskere. Små mål som personen kan oppnå og klare, vil gi positive mestringsopplevelser og bidra til at personen har en forventning om å mestre flere endringer (Mæland 2005). Vi tror at dersom type 2 diabetikeren mestrer det første målet i livsstilsendringen, vil han/hun være bedre utrustet for å mestre mer.

Et aktuelt og viktig mål for diabetikere er å holde blodsukkeret mellom 4 og 10 mmol/l (Christophersen 2004). Å ha blodsukkerreguleringen under kontroll har betydning for helse og livskvalitet på kort og lang sikt (Selnes 2002).

4.4 Hvordan påvirkes livskvaliteten hos personer med type 2 diabetes?

Ved diabetes type 2 er ikke målet med behandlingen helbredelse, men at personene skal ha det best mulig til tross for de begrensningene sykdommen måtte føre med seg. En viktig sykepleieroppgave er å gjøre livet til den enkelte bedre ved å øke livskvaliteten. Det er viktig å pleie diabetikerens fysiske helse sammen med den psykiske tilstanden. Forskjellige dimensjoner i livskvalitet er håp, mening, felleskap, egenverd og selvbilde (Rustøen 2005). Den veiledning, hjelp og støtte personer med diabetes får for å lære sin sykdom, er en viktig faktor for livskvaliteten (Allgot 2002).

Det er delte meninger om det er sykdommen diabetes type 2 i seg selv, eller om det er følgene av sykdommen som har størst innflytelse på livskvaliteten til diabetikeren. I mange undersøkelser om livskvalitet og diabetes viser det seg at sammenhengen mellom god blodsukkerkontroll, livsstilsendringer og livskvalitet er noe uklar. Selv om en person endrer på livsstilen, har god metabolsk kontroll og klarer å holde blodsukkeret stabilt, betyr ikke dette at diabetikeren automatisk har en bedre livskvalitet. Diabetikeren gir gjerne avkall på mange grunnleggende faktorer for å ha et godt liv ved å fokusere for mye på livsstilsendringer og blodsukkerkontroll. Berg (2004) har i likhet med Karlsen (2005) konkludert med at bekymringer og stress for å oppnå god blodsukkerkontroll kan påvirke livskvaliteten. En norsk studie gjort av Næss mfl. (1995) i Nord Trøndelag viser til at godt regulerte diabetikere med gjennomsnittsblodsukker (HbA1c) på 7,5 % hadde lav velvære. Glykosert hemoglobin A1c (HbA1c) er en blodprøve som reflekterer langtidsblodsukkeret de siste 6-8 ukene før prøven er tatt (Berg 2004). Med andre ord er det ikke sammenheng mellom livskvalitet og god blodsukkerkontroll, fordi stressnivået kan bli så høyt at livskvaliteten senkes.

Det vil være avgjørende for livskvaliteten om personen med diabetes velger å gå aktivt inn for å gjøre sin situasjon best mulig tross sykdommen. Om personen stiller seg passiv til sin

diabetes og velger for eksempel å ikke endre på livsstilen, vil dette kunne ha en negativ innvirkning på livskvaliteten. Endring av en dårlig livsstil vil ha en helsefremmende gevinst ved at en forebygger senkomplikasjoner og andre plager som utenom diabetesdiagnosen kan føre til nedsatt livskvalitet. Mæland (2005) viser til forskning som sier at de som lever sunt, opplever større tilfredshet med livet. Årsakene til disse resultatene er ikke nødvendigvis bare en sunn livsstil, men påvirkes også av forhold som personlighet, levekår m.m. På en annen side kan endring av livsstil, som for eksempel å slutte å røyke, resultere i styrket selvtillit og selvfølelse. For å få et godt liv med diabetes er det nødvendig at diabetikeren har en aktiv, problemfokuset tilnærming til mestringen av de utfordringene sykdommen stiller, for eksempel å søke informasjon og lage plan for hvordan sykdommen skal takles (Karlsen 2007). Ifølge Krook mfl. (2002) er livsstilsendringer med på å fremme helse og livskvalitet hos pasientene. Etter 31 uker med livsstilsendringer opplevde diabetikerne mindre stress og bedre helse. Dette viser at livsstilsendringer som mer aktivitet og et sunnere kosthold kan føre til økt livskvalitet hos personer med diabetes type 2, så lenge livsstilendringene ikke er basert på et for strengt regime.

Å få diabetiske senkomplikasjoner kan føre til store plager for diabetikeren. Derfor vil det være avgjørende for livskvaliteten om diabetikeren klarer å forebygge senkomplikasjoner. Varigheten av diabetes er en viktig faktor, fordi en person som har hatt diabetes i mange år har ofte også utviklet senkomplikasjoner. Makrovaskulære senkomplikasjoner som hjerteinfarkt, hjerneslag og nedsatt sirkulasjon i bena, viser seg å påvirke livskvaliteten i større grad enn andre senkomplikasjoner. Grunnen til dette kan være at makrovaskulære senkomplikasjoner er de vanligste senkomplikasjonene, og hovedårsaken til økt sykkelighet og dødelighet blant type 2 diabetikere (se kap.2.2.2). På en annen side kan de mikrovaskulære senkomplikasjonene gi milde eller ingen symptomer, og påvirker da heller ikke livskvaliteten i så stor grad. Wändell (2005) har i sin studie kommet frem til at diabetikere har dårligere livskvalitet sammenlignet med de uten diabetes. Spesielt gjaldt dette diabetikere med tilleggssykdommer, der hjertesykdommer svekket livskvaliteten mest. Høy alder, insulinbehandling, fedme, lav utdanning, lav inntekt og å leve alene var andre faktorer som hadde innvirkning på livskvaliteten. Disse faktorene kan likevel gi lavere livskvalitet i seg selv, og viser ingen sammenheng med at det er sykdommen diabetes som fører til dårligere livskvalitet. Det kan diskuteres om diabetes ikke påvirker livskvaliteten direkte, siden det er andre faktorer (nevnt over) som er avgjørende. Samtidig er de makrovaskulære sykdommene forbundet med diabetes, og det vil da være rett å si at diabetes kan påvirke livskvaliteten.

Men har virkelig personer med diabetes type 2 dårligere livskvalitet enn andre? Som nevnt er det ofte andre faktorer enn sykdommen i seg selv som fører til at livskvaliteten blir svekket. Avgjørende for om en opplever å ha god livskvalitet til tross for sykdom, er i hvilken grad sykdommene rammer de områder i livet personen opplever som viktig for livskvaliteten. Snellman og Wikblad (2006) viser i sin studie at 81 prosent av de 155 diabetespasientene som deltok i undersøkelsen var fornøyd eller veldig fornøyd med livet. Kun 19,2 prosent var misfornøyd med livet. Av de klassifisert med dårlig helse, var over 40 prosent fornøyd med livet. Dette bekrefter at en person kan ha dårlig helse, men likevel oppleve å ha god livskvalitet ut fra egne vurderinger og følelser.

5.0 Konklusjon

Mestring av livsstilsendringer er ikke en lett oppgave. For å kunne mestre og å endre atferd som for eksempel å forandre kosthold, gå ned i vekt eller være mer i aktivitet, har sykepleier en viktig funksjon. Sykepleier må gi god tilpasset informasjon, opplæring og veiledning til type 2 diabetikeren for at han/hun skal kunne se meningen i hvorfor man bør endre atferd.

Det er viktig å være oppmerksom på hvordan sykdommen truer den enkeltes livskvalitet. I hvor stor grad sykdommen truer livskvaliteten ved å ha diabetes type 2, avhenger av hvor god livskvaliteten var før man fikk sykdommen. Andre faktorer enn selve diabetessykdommen har også innvirkning på livskvaliteten.

Noe som står sentralt når man skal velge livsstilsatferd, er mestringsbegrepet. Å ha tro på seg selv til å kunne gjennomføre en handling på eget grunnlag er viktig for å prøve og kanskje klare å nå sitt mål. Sykepleier må sammen med diabetikeren jobbe seg frem til mål som diabetikeren kan klare å mestre. Man må ikke sette seg for store mål, men endre livsstilen gradvis. Type 2 diabetikeren skal ikke bli avhengig av helsehjelp, men bli mest mulig selvstendig i behandlingen. Diabetes type 2 er en sykdom man må lære seg å leve godt med, ettersom den vil følge den enkelte hele livet. Vi mener at en av de viktigste oppgavene til sykepleieren er å gi god informasjon til hver enkelt, samt å gi støtte og lytte til type 2 diabetikeren sine ønsker og behov. Det er viktig å tenke på at det ikke er sykdommen diabetes vi behandler, men mennesket med diabetes. Personer som har diabetes er forskjellige, og behandlingen må ta nødvendige individuelle hensyn. De må behandles ulikt for å bli behandlet likt.

6.0 Referanseliste

Aas, A-M. (2004): Kost og diabetes, s.106-115. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Aas, A-M. (2002): Kostens betydning ved diabetes, s.20-25. I: **Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell**, red. Skafjeld, A. Oslo, Akribe Forlag.

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

Allgot, B. (2000): Personer med diabetes – fra brikker til aktører? **Tidsskrift for Den norske lægeforening**, nr.22. [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=176538 [lest 25.01.08]

Berg, E. H. (2004): Diabetes: Finnes en behandlingstype som er best for alle? I: **Sykepleien**, nr.13, [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1034>
[Lest 12.02.08].

Buckman, Dr.R. (2002): **Alt du trenger å vite om diabetes**. Oslo, Notabene.

Bunkholdt, V. (2002): **Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere**. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Christophersen, Y. & Hanssen, K. F. (2004): **Diabetes for livet - aldri fred å få? Lev bedre med diabetes**. Medisinsk rådgiver Professor Kristian F. Hanssen. AIT Otta AS.

Claudi, T. (red.), Cooper, J. G., Midthjell, K., Daae, C., Furuseth, K. & Hanssen, K. F. (2000): **NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis**. Oslo, Norsk Selskap for Allmenntmedisin.

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

Eide, T. & Eide, H. (2004): **Kommunikasjon i praksis - relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003): **Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning**. Stockholm, Natur och kultur.

Frostad, S. (2004): Diabetes og fysisk aktivitet, s.116-119, I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S. Oslo, Gyldendal akademiske.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007): Om kronisk sykdom, s.10-26. I: **Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring**, red. Gjengedal E. og Hanestad B. R. Oslo, Cappelen Akademiske forlag.

Halvorsen, K. (2003): **Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode**. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag.

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007): Livskvalitet, helse, stress og mestring - Stress og mestring, s.40-59. I: **Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring**, red. Gjengedal E. og Hanestad B. R. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag.

Hauge, H. A. (2003): Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid, s.15-35. I: **Helsefremmende arbeid i en brytningstid- fra monolog til dialog?** Red. Mittelmark, M. B. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helse- og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding 16; (2002-2003), **Resept for et sunnere Norge** [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640> [lest 12.02.08]

Hummelvoll, J. K. (2004): **HELT – ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie**. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Jacobsen, Dag (2006): **Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi**. Oslo, Gyldendal Akademisk.

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. [Internett].

Tilgjengelig fra:

<http://www.informaworld.com/smpp/section?content=a782988453&fulltext=713240928>

[lest 26.02.08]

Jenssen, T. (2004): Diabetisk nefropati, s.198-208. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Johnson, K.B. (2004): Type 2 diabetes: nasjonalt og internasjonalt, s.20-25. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Karlsen, B. (2007): Gruppebasert veiledning for å fremme mestring av diabetes, s.315-329. I: **Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring**. Red. Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag

Karlsen, B. (2005): Pasientopplæring, egenansvar, livskvalitet og metabolsk kontroll hos personer med diabetes. I: **Norsk tidsskrift for sykepleieforskning**, nr.4, s.18-28.

Karlsen, B. (2004): **Coping with diabetes - a study of factors influencing psychological well-being and coping in adults with diabetes**. Doktorgradsavhandling, seksjon for sykepleierstudie, Universitetet i Bergen.

Karlsen, B og Bru, E. (2002): Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes, s.245-260. I: **Psychology, health & medicine**, vol. 7, no.3.

Karoliussen, M. (2002): **Eldre, aldring og sykepleie**, Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1998): **Sykepleieteorier – analyse og evaluering**. Oslo, Gyldendal Akademisk.

- Kjeldstadli, K. (1997): Å analysere skriftlige kilder, s.207-233. I: **Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data**, red. Fossåskaret, E., Fuglestad, O. L. og Aase, T. H.. Oslo, Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2005a): Helse og sykdom, s.28-77. I: **Grunnleggende sykepleie, Bind 1**. Red. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug s. 28-76. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2005b): Stress, mestring og endring av livsstil, s.206-270. I: **Grunnleggende Sykepleie, Bind 3**. Red. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krook, A., Holm, I., Pettersson, S. & Henriksson, H.W. (2002): Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 (non-insuline dependent) diabetes mellitus. I: **Clinical Physiology and Functional Imagine**, nr.23 [Internett].
Tilgjengelig fra: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=106&sid=f8d086e2-f5a7-4ed9-ad6d-038785a878b9%40sessionnr107>
- Lazarus R. S. og Folkman, S. (1984): **Stress, appraisal and coping**, Springer publ. co., New York.
- Midthjell, K. (2004): Type 2 diabetes epidemiologi, s.19-24. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S., Møinichen, T. og Grendstad, I. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Mosand, R.D. & Førsum, A.J. (2001): Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen, s.899-928. I: **Klinisk sykepleie, bind 2**, red. Almås, H. s.899-928. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Musaeus, L. (2001): Klædt på til diabetes - om undervisning og læring. **Sygeplejersken**, Nr. 22. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=6162> [lest 31.01.08]
- Mæland, J.H. (2005): **Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis**. Oslo, Universitetsforlaget.

Nielsen, A. B. S., Olivarius, N. de F., Gannik, D., Hindsberger, C., Hollnagel, H. (2007): Individualiseret behandling af type 2-diabetes i almen praksis - sekundærpublikation. **Ugeskriftet Læger**. Nr. 25 [Internett]
<http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2007/25/pdf/VP50317.pdf>
[lest 31.01.08]

Næss, S. (2001): **Livskvalitet som psykisk velvære**. Oslo, NOVA-rapport nr. 3.

Næss, S. & Eriksen, J. (2006): **Diabetes og livskvalitet**. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Næss, S., Midthjell, K., Moum, T., Sørensen, T., & Tambs, K. (1995): Diabetes mellitus and psychological well-being. Results from the Nord-Trøndelag health survey. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, nr. 23, s.179-188

Olsson, H. og Sørensen, S. (2003): **Forskningsprosessen**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Ose, L. (2004): Diabetesnevropati, s.276-283. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S., Møinichen, T. & Grendstad, I.. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Polonsky, W. (1999): **Diabetes hela livet**. Lund, Studentlitteratur.

Reitan, (2005): Mestring I: **Sykepleieboken 2**. red. Knutstad, U og Nielsen, B. K.

Ringdal, K. (2001): **Enhet og mangfold – samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode**. Bergen, Fagbokforlaget.

Rustøen, T. (2005): Livskvalitet og velvære, s.129-154. I: **Sykepleieboken 2**, red. Knutstad, U. & Kamp Nielsen, B. Oslo, Akribe Forlag.

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

Selnes, T. (2002): Læring og mestring av praktiske ferdigheter, s.109-123. I: **Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell**. Red. Skafjeld, A. Akribe Forlag.

Snellman, I. & Wikblad, K. (2006): **Health in patients with Type 2 diabetes: an interview study baset om the Welfare Theori of Health**. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://micr.kib.ki.se/bin/gate.exe?f=doc&state=671qgh.4.24> [lest 20.02.08]

Stang, I. (2003): Bemyndigelse - En innføring i begrepet og ”empowermenttenkningen” relevans for ansatte i velferdsstaten, s.141-161. I: **Helsefremmende arbeid i en brytningstid - fra monolog til dialog?** Red. Mittelmark, M. B.. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sørensen, M., Graff- Iversen, S. (2001):Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? **Tidsskrift for den norske lægeforening**. Nr 121. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=279435 [lest 04.03.08]

Thagaard, T. (2003): **Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode**. Bergen, Fagbokforlaget.

Thorbjørnsrud, B. (2002): Kultur, helse og sykdom, s. 123-151 I: **Mellom mennesker og samfunn**. Red. Rugåsa, M.. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Travelbee, J. (1999): **Mellommenneskelige forhold i sykepleie**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tonstad, S. (2004): Overvekt som sykdomsdisponerende faktor, s.55-62. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S., Møinichen, T. og Grenstad, I.. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2001): **Pedagogikk i sykepleiepraksis**. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ullevål Universitetssykehus UUS (2007): **Norsk diabetesregister**. Tilgjengelig fra:
http://www.ullevaal.no/modules/module_123/news_template_avdeling.asp?iCategoryId=880&mids [lest 08.01.08]

Undlien, D.E. & Følling, I. (2004): Arv, miljø og mekanismer ved utvikling av type 1 diabetes, s.26-35. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Vaaler, S. (2004): Diagnostikk og praktiske prosedyrer knyttet til rutineoppfølging, s.66-68. I: **Diabeteshåndboken**, red. Vaaler, S., Møinichen, T. & Grendstad, I.. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Vaaler, S. (2002): Sykdomslære, s.26-42. I: **Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell**, red. Skafjeld, A. Oslo, Akribe Forlag.

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007): Livskvalitet, helse, stress og mestring – Livskvalitet, s.29-39. I: **Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring**, red. Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. Oslo, Cappelen Akademiske forlag.

Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004): Salutogenese og empowerment i allmenntillegsmessig perspektiv. I: **Tidsskrift for den norske lægeförening**, nr.1. [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.tidsskriftet.no/Its-pdf/pdf2004/65-6.pdf> [lest 29.02.08]

World Health Organization (2008): **A rising global burden**. [Internett]. Tilgjengelig fra:
http://www.who.int/diabetes/BOOKLET_HTML/en/index5.html [lest 13.02.08]

Wändell, P.E. (2005): **Quality of life of patients with diabetes mellitus**. [Internett].
Tilgjengelig fra:
<http://www.informaworld.com/smpp/section?content=a713949117&fulltext=713240928>
[lest 25.02.08]

Åndsverkloven (1961), Kapitel 1, paragraf 3: **Opphavsrettens gjenstand og innhold**.
[Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19610512-002-001.html#3> [lest 31.01.08]

Forsidebildet

<http://www.cs17100.dk/body.jpg>