



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 66

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Egenmestring av diabetes type 1

Antall ord *: 8925

Engelsk tittel *: self-managment of diabetes type 1

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

Egenmestring av diabetes type 1

Self-managment of diabetes type 1

Kandidatnummer 66

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes mellitus er en sykdom som flere mennesker blir rammet av. Denne sykdommen kan være kronisk eller miljøpåvirket. Diabetes type 1 er en kronisk sykdom. Gjennom praksis har jeg erfart mangelfull kunnskap blant helsepersonell. Nære venner med denne diagnosen opplever kommunikasjonssvikt og mangelfull informasjon.

Hensikt: Hensikten er å få forståelse om hvordan sykepleieren kan fremme egenmestring hos pasienter som har diabetes type 1 gjennom undervisning og veiledning. Og videre om hvordan egenmestring kan redusere og forebygger sen-komplikasjoner. I følge forskning vises det at et ukontrollert blodsukker ikke bare øker faren for fysiske sen-komplikasjoner men påvirker også pasientens psykiske. Et ukontrollert blodsukker kan ha en negativ innvirkning på livskvaliteten. Dette viser nødvendigheten av undervisning og veiledning. Videre kan dette bety at undervisning må bli bedre tilrettelagt, for å kunne oppnå egenmestring med et resultat av et stabilt blodsukker.

Metode: Denne oppgaven er blitt bygd opp som en litteraturstudie.

Resultat: Funnene viser at pasienter selv synes det er utfordrende å opprettholde et stabilt blodsukker, på grunn av store livsendringer. Sykepleieren er den som har ansvar for undervisningen og må bygge en relasjon for å kunne nå pasienten. Det sykepleieren synes er utfordrende er når de møter pasienter som er i benektelse og da selektivt tar imot informasjon. Videre vises det at sykepleiere har mangelfull selvsikkerhet, kommunikasjonsferdigheter og kunnskap som fører til at de føler seg usikre i møte med pasienten. Sykepleierne må ha mer kunnskap, og videre bruke sine kommunikasjonsferdigheter til å danne en relasjon med pasienten. Denne relasjonen vil kunne bidra med å kunne forstå hvordan pasienten opplever situasjonen. Videre kan sykepleieren da danne en undervisning som er individualisert. Dette vil kunne bidra til at pasienten skaper tillitt, kunnskap, håp og motivasjon som vil bidra til å oppnå egenmestring.

Konklusjon: På grunn av at det er en kronisk sykdom er det nødvendig med livslang behandling. Undervisningen må være individualisert og pasient-sentrert for å oppnå et stabilt blodsukker. Det vil kunne redusere faren for psykiske plager og fysiske sen-komplikasjoner. Det ønskes at pasienten skal oppnå egenmestring, og kunne ha nok informasjon og kunnskap til å håndtere sykdommen i størst mulig grad. Sykepleieren må ha nok kunnskap om hvordan en skal gjennomføre undervisningen, og betydningen relasjonen har for å kunne nå inn til pasienten. Sykepleieren må ha forutsetningene for å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjonen pasienten befinner seg i.

abstract

Background: Diabetes mellitus is a disease that many people are affected by. This disease can be chronic or environmental affected. Diabetes type 1 is a chronic disease. Through practice, I have experienced insufficient knowledge among health personnel. Close friends with this diagnosis experience communication failure and inadequate information.

Purpose: The purpose is to gain an understanding of how the nurse can promote self-management in patients who have type 1 diabetes through teaching and guidance. And on how self-management can reduce and prevent late complications. According to research, uncontrolled blood sugar shows not only the danger of physical late complications but also affects the patient's mental health. An uncontrolled blood sugar can have a negative impact on the quality of life. This shows the necessity of teaching and guidance. Furthermore, this may mean that teaching needs to be better organized, in order to achieve self-mastery with the result of a stable blood sugar.

Method: This task has been built up as a literature study.

Result: The findings show that patients themselves find it difficult to maintain a stable blood sugar due to major changes in life. The nurse is the one who is responsible for the teaching and must build a relationship in order to reach the patient. What the nurse thinks is challenging is when they meet patients who are in denial and then selectively receive information. Furthermore, it is shown that nurses have inadequate self-assurance, communication skills and knowledge that cause them to feel insecure in the face of the patient. Nurses must have more knowledge, and further use their communication skills to form a relationship with the patient. This relationship will help to understand how the patient experiences the situation. Furthermore, the nurse can then form a teaching that is individualized. This will help the patient to create trust, knowledge, hope and motivation that will help achieve self-mastery.

Conclusion: Because it is a chronic disease, lifelong treatment is needed. The teaching must be individualized and patient-centered to achieve a stable blood sugar. It may reduce the risk of mental illness and physical late complications. It is desired that the patient achieve self-management, and be able to have enough information and knowledge to handle the disease to the greatest possible extent. The nurse must have enough knowledge about how to carry out the teaching, and the importance of the relationship to be able to reach the patient. The nurse must have the prerequisites to help the patient master the situation in which the patient is located.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema	5
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Presisering og avgrensinger av problemstilling.....	5
2.0 Teori	6
2.1 Diabetes mellitus	6
2.2 Health literacy.....	7
2.3 Mestring.....	8
2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen	10
2.5 Sykepleieteoretisk tilnærming	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Metodekritikk	14
3.3 Etske aspekter.....	15
3.4 Kildekritikk.....	15
3.5 Litteratursøk og valg av litteratur	16
4.0 Resultat.....	18
4.1 Artikkel 1	18
4.2 Artikkel 2.....	18
4.3 Artikkel 3.....	19
4.4 Artikkel 4.....	20
4.5 Artikkel 5.....	20
4.6 Oppsummering av de utvalgte artiklene	21
5.0 Drøfting	22
5.1 Sykepleierrollen.....	22
5.2 Kommunikasjonens betydning	23
5.3 Undervisning bidrar til mestring.....	26
5.4 Forebygging av sen-komplikasjoner	28
6.0 Konklusjon	30
7.0 Referanseliste	31
Vedlegg 1.....	34

1.0 Innledning

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Erfaring fra praksis gir et inntrykk av at helsepersonell har lite kompetanse angående sykdommen diabetes mellitus. Nære venner diagnostert med diabetes type 1 har erfart mangelfull kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell. I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleien har sykepleieren et ansvar om å utføre en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis, samt fremme og forebygge sykdom (Stidahl, u.å). Dette er bakgrunnen for at jeg ønsker å utdype dette temaet. Temaet er relevant for fremtidige sykepleiere som skal undervise mennesker med diabetes type 1. Motivasjonen og formålet med oppgaven er å få bedre forståelse for viktigheten av undervisning og veiledning, og hvordan dette bidrar til å fremme god helse og forebygge skader/komplikasjoner.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier rollen bidra til egenmestring for å forebygge og redusere senkomplikasjoner ved diabetes type 1 hos voksne?»

1.4 Presisering og avgrensinger av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen til aldersgruppen over 18 år. Grunnen til at denne aldersgruppen skal være i fokus er, fordi pasienter som blir diagnostert med diabetes type 1 er barn og sykepleieren må i første omgang forholde seg til foreldrene (Jenssen, 2016, s.389). Pasienten vil i voksen alder være den personen som har kontakt med sykepleieren. Det blir da naturlig å velge denne aldersgruppen for å se hvilken betydning sykepleier rollen har. På grunn av oppgavens omfang ønsker jeg å sette hovedfokus på hvordan sykepleier rollen kan øke livskvalitet og mestring gjennom informasjon og undervisning.

2.0 Teori

2.1 Diabetes mellitus

Diabetes type 1 er en autoimmunsykdom. Det betyr at kroppen selv angriper pasientens egne insulinproduserende betaceller i pankreas (Jenssen, 2016, s.389). Dette er en prosess som skjer gradvis over måneder og år. Pasienter opplever ikke å få diabetes sykdom før 80-90% av betacellene er ødelagt (Jenssen, 2016, s.389). Dersom en har diabetes type 1 i over 5 år opplever de fleste at glukagonproduksjonen svikter. Om en pasient får føling vil det da bli vanskeligere å få blodsukkeret stabilt. (Jenssen, 2016, s.389).

Årsaken til at denne sykdommen oppstår er i hovedsak på grunn av arv. Sykdommen arves gjennom polygen som vil si at det er flere gener som disponerer for sykdommen.

Sannsynligheten for at flere søsken får diabetes type 1 er 6%, men for eneggede tvillinger øker risikoen til 40-70%. I Norge er forekomsten av diabetes type 1 ca. 0,35% før fylte 15 år, det vil si ca. 35 tilfeller per 10 000 mennesker. Det som er spesielt for denne diabetes sykdommen er at den oppstår oftest hos barn og ungdommer, voksne kan utvikle denne sykdommen men det er sjeldne tilfeller. Miljøfaktorer spiller også inn på utviklingen av denne sykdommen. Dette er faktorer slik som gjennomgått enterovirusinfeksjon, D-vitaminsvik i barnealder og manglende amming i spedbarnsalderen (Jenssen, 2016, s.389-390).

Symptomer og funn ved diabetes type 1 vises ved insulinmangel og ved insulin overskudd. Manglende insulin vil føre til økt urinlating, sukker i urinen og en følelse av å være tørst. Karbohydrater og energi blir ikke absorbert og kommer ut i urinen. Pasienter opplever ofte da å bli avmagret og få vekttap, dette også på grunn av væsketapet. I situasjoner hvor kroppen opplever akutt stress kan det oppstå en ketoacidose tilstand. Dette skjer dersom kroppen ikke får insulin og innholdet av glukose i blodet blir høyt. Denne tilstanden er veldig alvorlig og krever en behandling hvor pasientene blir overvåket på intensivavdeling, kontrollert insulintilførsel, behandling av elektrolytter og volumerstatning med intravenøst saltvann (Jenssen, 2016, s.390-391).

Symptomene ved insulin overskudd er uro, svette, sultfølelse, hjertebank og andre symptomer som de adrenerge varslingssymptomene. Denne tilstanden kalles hypoglykemi men kalles føling i dagligtale. Om pasienten sitt blodsukker kommer under 2,5 vil hjernefunksjonen påvirkes, og symptomene som tåkesyn, tunnelsyn, uklar, svimmel og bevisstløshet kan forekomme. Ved hypoglykemi er det ulike metoder for behandling. Dersom pasienten er bevisstløs kan en bruke glukagon som intramuskulær injeksjon, ellers kan en bruke sukker gel i munnhulen eller gi drikke som inneholder glukose eller mat som er rik på raske og langsomme karbohydrater (Jenssen, 2016, s.390-391).

Behandling ved diabetes type 1 er en utfordring. I første møte med sykdommen må behandleren og pasienten sammen finne ut hvilken behandlingsmetode som vil gi best resultat. Videre vil det være pasienten som er sin egen behandler. Det er viktig at behandlingen individualiseres til pasientens livssituasjon. Dersom pasienten er et barn vil foreldrene få en sentral rolle under behandlingen, men behandleren må uansett formidle kunnskap som både pasienten og familien kan bruke. Pasienten må ha insulintilførsel gjennom insulinpenn eller insulinpumpe. Pasienten gis måleapparat slik at blodsukkeret kan observeres. Denne behandlingen krever mye informasjon og undervisning om hvordan pasienten skal opprettholde et stabilt blodsukker (Jenssen, 2016, s.392-393).

2.2 Health literacy

Health literacy er evnen og muligheten enkeltindividet har til å få tilgang, forstå og bruke helseinformasjon som kan bidra til å opprettholde og få en god helse. Health literacy'en til den enkelte vil variere. Graden av health literacy vil være en faktor i tre ulike livssituasjoner. Det kan være når en blir pasient i helsevesenet, når det blir en økt risiko for å utvikle sykdom eller om en må forholde seg til helsefremmende tiltak og kunnskapsbasert helseinformasjon. Disse situasjonene vil erfares i perioder. For å kunne mestre disse situasjonene krever det 4 områder med kompetanse som er knyttet til health literacy. Områdene en trenger kompetanse i er «å finne», «å forstå», «å vurdere» og «å bruke». Når en skal finne, er det et område som sier noe om hvilke muligheter en har for å skaffe seg den informasjonen en trenger angående sitt helseproblem (Kristoffersen, 2016, s.311-312).

Når en skal forstå, må en kunne kjenne til den kunnskapen som er funnet og dette påvirkes av lese- og tallforståelsen. Å bruke innebærer at en har kunnskaper til å anvende den helseinformasjonen en har tilegnet seg, på en måte som bidrar til helsefremming av egen helse. I tillegg til lese- og tallforståelse, må personen ha kunnskaper om kropp og helse. Personen sin kultur og språklige ferdighet er også faktorer som spiller inn (Kristoffersen, 2016, s.311-312). Dersom en person befinner seg i et annet land med andre kulturer, andre behandlingsmåter og et annet språk, vil dette påvirke personens health literacy negativt. Den vil da umiddelbart bli lavere dersom noen av disse ulike ferdighetene mangler.

Kommunikasjon og samhandling inngår under health literacy, forskning viser at helsepersonell har lett for å overvurdere pasientens nivå av helse informasjonsforståelse og sin egen evne til å kommunisere sammen med pasienter (Kristoffersen, 2016, s.312). Dersom pasienter ikke forstår den informasjonen som de blir gitt av helsepersonell vil de ikke ha utbytte av innholdet, og det vil ikke kunne bidra til helsefremming. Helsefremmende arbeid må ha fokus på og øke menneskers Health literacy. Sykepleieren vil daglig møte pasienter med ulik HL og må derfor bevisst tilpasse kommunikasjonen under dialog, veiledning og undervisning (Kristoffersen, 2016, s.313).

2.3 Mestring

For å bidra til mestring hos pasienter vil en utøve sykepleie med utgangspunkt i mestringsteori. Denne teorien bygger på at sykepleieren må korrigere feilaktige fantasier og forestillinger som pasienten har. Sykepleieren må ny orientere og klargjøre pasientens verdier. (Kristoffersen, 2016, s.264-265).

I en mestringsprosess er handlinger, tanker og følelser avhengig av hverandre, samt som de påvirker hverandre. Det finnes tre ulike mestringsstiler. En er problemfokuset, en er emosjonsfokuset og den tredje er meningsfokuset. Problemfokuset mestring kjennetegnes ved at tiltakene er fokusert på problemløsning. Det vil være tiltak som reduserer ytre årsaker til stress eller endrer livsstilen til personen (Renolen, 2015, s. 170). Det kan for eksempel være å endre rutiner eller å øke ressurser gjennom et støtteapparat. En problemløsende strategi kan også være rettet mot seg selv, ved at en må lære nye ferdigheter, senke ambisjoner, søke kunnskap og informasjon. Denne mestringsstrategien kan være hensiktsmessig fordi en får informasjonen som trengs angående sykdom og behandling. På en annen side kan det føre til mer forvirring, usikkerhet og stress i situasjonen en står ovenfor (Renolen, 2015, s.170).

Emosjonsfokuset mestring kjennetegnes ved at en prøver å endre følelsesreaksjonene. En vil dempe det følelsesmessige ubehaget, ved å unngå informasjon eller situasjoner. Selektivt velge ut hva som skal fange oppmerksomheten eller distanserer seg fra problemet. Bruk av medikamenter eller alkohol og fysisk aktivitet kan også være en emosjonsfokuset mestringsstrategi. På denne måten vil denne strategien fungere som et pusterom, før det blir en overgang til en problemløsende strategi. I en situasjon hvor en opplever en traumatisk krise vil denne strategien være nyttig og nødvendig (Renolen, 2015, s.170-171).

Den tredje mestringsmetoden kalles meningsfokuset mestring og denne strategien er forbundet med de positive følelsene som oppstår med kriser og stress. Denne strategien kan vises gjennom fire ulike måter. En måte er ved og revurderer mål en har i livet, mennesker vil i kriser trenge å ha mål som skaper håp og optimisme. Det å skape positive øyeblikk er en annen måte denne strategien vises gjennom. I krise situasjoner vil det være nødvendig med et «pusterom», og det er derfor viktig med positive hendelser i hverdagen. En tredje måte er å finne fordeler, det å fokusere på fordelen i en situasjon vil forsterke synet på livet. Den siste måten meningsstrategi kan brukes er ved å fokusere på det som har betydning. En må bli bevisst på hva som er viktig for en selv i livet og prioritere det ovenfor annet (Renolen, 2015, s.171-172).

Stressmestrings modell er relevant for helsearbeidere, fordi den bidrar til å skape en teoretisk ramme for de mekanismene som er aktive i pasientens mestring av stressorer. Innflytelsen helsearbeiderne har i denne prosessen vil kunne korrigere eventuelle feilforestillinger som pasienten kan ha om sykdommen sin. Videre kan helsearbeidere i en sekundærvurdering drøfte de ulike strategiene og konsekvensene som oppstår. Dette ved å kartlegge hvilke følelser og tanker pasienten har til situasjonen. Helsearbeiderne kan komme med innspill som gir pasienten andre tanker og følelser som bidra til å lettere mestre (Renolen, 2015, s.172).

Livskvalitet er et synonym som står nært mestring. Dette synonymet er opplevelsen av å ha det godt i livet. Det blir da sett på fra et innenfra-perspektiv, hvor en ser på i hvilken grad mennesker føler og tenker positivt om sine egne liv (Barstad, 2015). Studier viser at det er en sammenheng mellom livskvalitet og bruken av mestringsstrategier. Funnene viser blant annet at unnvikende mestringsstrategier har en negativ innvirkning, men at aktive strategier har en positiv innvirkning på livskvaliteten (Kristoffersen, 2016, s.276).

2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen ble utviklet av Bjørndal og Lieberg (Kristoffersen, 2016, s.378). Denne relasjonsmodellen skal bli brukt i denne oppgaven for å vise at en sykepleier kan forestille seg den konkrete undervisningssituasjonen ved å fylle ut de ulike komponentene i modellen. Ved hjelp av denne modellen vil sykepleieren da kunne fange opp ulike faktorer som inngår i en undervisningssituasjon. Undervisningen vil da være individualisert. Pasienten vil da ha større utbytte av undervisningen.

Komponentene i denne modellen består av deltakerforutsetninger, mål, arbeidsmåter, rammefaktorer, innhold og vurderinger. Deltakerforutsetninger knytter seg både til sykepleieren og pasienten. Forutsetningene sier noe om hvordan deltakeren vil lære best, hva deltakeren vil forstå og hvordan deltakeren sin forståelse er. Kunnskap om fysiologi og sykdom er en selvfølge i sykepleieren sin yrkeskompetanse. Helsepersonell benytter ofte latinske ord og fagterminologi seg imellom når de kommuniserer, da er det viktig å huske at dette ofte er uforståelig for utenforstående. Innholdet må derfor individualiseres når det er ny kunnskap som skal inngå i undervisningen og veiledningen. I en akutt fase hvor pasienten for eks. har fått diabetes type 1 må undervisningen begrense seg til livsviktige forhold. Etter hvert når tilstanden til pasienten har stabilisert seg, kan sykepleieren undervise mer detaljert om behov for endring i livsstil og forhold som virker inn på sykdommen. Sykepleieren må også ha kunnskap om temaet som skal undervises, samt ferdigheter i kommunikasjon og samhandling (Kristoffersen, 2016, s.378-379).

Rammefaktorer som er knyttet til gjennomføringen av undervisningen er lokaler og tid (Kristoffersen, 2016, s.379). Dersom undervisningen skal foregå på sykehus må en passe på at det er et rom som kan brukes uten forstyrrelser. Om pasienten skulle være utrygg må undervisning være i hjemmet til pasienten, dette for at pasienten skal kunne ha all konsentrasjon på undervisningen. Tidspunkt for når undervisningen skal gjennomføres må passe for pasienten og sykepleieren (Kristoffersen, 2016, s.379). Om pasienten skal lære å måle blodsukkeret sitt men opplever å bli kvalm av blod, kan for eksempel sykepleieren tilrettelegge slik at det ikke ødelegger et måltid.

Sykepleieren må alltid tenke over hvilke mål som er aktuelle for undervisningen, men det er i samtale med pasienten at det avklares hvilke mål som skal være for undervisningen. Det som er viktig er at pasienten opplever at det er hans mål. Målet vil bli dannet ut ifra hva pasienten opplever å ha behov for å lære. Undervisningen skal få pasienten til å tilegne seg nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger i forbindelse med den nye livssituasjonen og sykdommen. Målene som blir dannet er av ulike nivåer og kan være delt opp i delmål og hovedmål. Det viktigste er at målene er realistiske, oppnåelige og beskriver noe pasienten ønsker selv (Kristoffersen, 2016, s.379-381).

Målene er grunnlaget for undervisningsinnholdet. Innholdet som skal undervises må individualiseres til pasienten eller pasientgruppen, og deres mål. Om målet til en pasient med ny oppdaget diabetes type 1 skal være å tilegne seg ferdigheter til å planlegge sitt eget kosthold og hvordan han/hun skal regulere blodsukkeret, er det ikke tilstrekkelig nok å ha en undervisning om kosthold. Det er innholdet i undervisningen som skal gjøre det mulig for pasienten å nå målene sine (Kristoffersen, 2016, s. 380-381.)

Arbeidsmåter må også være i samsvar med undervisningens mål. Det må være mulig å nå målet ved hjelp av undervisningen, dersom målet er å sette subkutan sprøyte må øving av å sette sprøyten være en komponent i undervisningen. Pasientundervisningen kan inneholde flere ulike metoder. Et prinsipp innenfor pedagogikk er at i en undervisning bør en bruke ulike arbeidsmetoder slik at alle sansene til pasienten blir brukt i undervisningen. Som sykepleier må en tenke over hva pasienten eller pasientene vil ha mest utbytte av i valg om individuell undervisning eller gruppeundervisning. Skal pasienten ha med seg pårørende til undervisningen eller ikke, noen kan oppleve det som en trygghet mens andre ønsker ikke dette. Etter undervisningen er det ofte nødvending med skriftlig materiale, slik at pasienten kan lese samme informasjon på nytt, og deretter danne seg spørsmål til neste møte. Pasienten kan også få skriftlig dokumenter med informasjon før undervisningen slik at de kan være forberedt til undervisningen. Studier viser at pasienter selv ønsker både skriftlig materiale og samtale med sykepleier (Kristoffersen, 2016, s. 381-382).

Vurderingen som er den siste komponenten i den didaktiske relasjonsmodellen, vil fortelle noe om effekten og gir et resultat av undervisningen. Dette kan skje for eksempel ved besvarelse av et skjema. Videre vil dette kunne bidra til at sykepleieren får informasjon om det er nødvendig med mer undervisning eller øvelse (Kristoffersen, 2016, s. 382).

2.5 Sykepleieteoretisk tilnærming

I denne oppgaven skal Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi bli brukt for å belyse hvor viktig samhandling mellom sykepleier og pasienten er for å oppnå god informasjon og for å opprettholde og fremme god helse. I denne oppgaven vil teorien bli brukt til å underbygge viktigheten av informasjon og veiledning til pasienter med diabetes, slik at de kan opprettholde et stabilt blodsukker og unngå skader/sen-komplikasjoner.

Travelbee's legger hovedvekten i sin sykepleierteori på at det er sykepleieren sitt ansvar for å danne en relasjon til pasienten og på denne måten bruke seg selv terapeutisk (Kristoffersen, 2016, s.28). Sykepleieren må da klare å danne en relasjon til pasienten den møter. Travelbee legger vekt på at alle mennesker vil oppleve lidelse gjennom livet, men at den enkeltes opplevelse av lidelsen er personlig (Kristoffersen, 2016, s.29). Det er derfor viktig å se mennesket. Travelbee likte ikke begrepene pasient og sykepleier, og ønsket å ta avstand fra begrepene. Dette fordi hun mente at dette utsletter og dekker over enkelt mennesket sine kjennetegn, spesielle og personlige trekk (Kristoffersen, 2016, s.32). Det skal i stedet bli dannet et menneske til menneske forhold. Ifølge Travelbee vil dette skje gjennom en interaksjonsprosess som har 5 faser, det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2016, s.32).

En pasient er ikke en pasient før en søker hjelp fordi en opplever en krise eller et problem (Kristoffersen, 2016, s.30). Et menneske som opplever sykdom vil ønske hjelp. Et menneske vil oppleve sykdom og lidelse gjennom livet. Travelbee klassifiserte de to vanligste reaksjonene som oppstår hos mennesker som lider (Kristoffersen, 2016, s.31). Disse reaksjonene er «hvorfør ikke meg?» og «hvorfør meg?» reaksjon, og hvordan et menneske reagerer kan ha påvirkning for hvordan personen vil mestre situasjonen (Kristoffersen, 2016, s.31).

Kommunikasjon er en prosess hvor mennesker formidler sine følelser og tanker til hverandre. Dette skjer gjennom verbal eller ikke-verbal kommunikasjon. Det å kommunisere med pasienter er en nødvendighet for å kunne formidle informasjon og holde undervisning.

Travelbee mener at dette er et viktig verktøy for å kunne danne et menneske til menneske forhold til pasienten (Kristoffersen, 2016, s.34). Hvordan kommunikasjonen foregår mellom sykepleier og pasient er en faktor som spiller inn for de tiltakene sykepleieren skal iverksette og om det er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s.35). Gjennom kommunikasjon kan en ifølge Travelbee bruke seg selv terapeutisk med hensikt til å fremme

en ønsket forandring hos pasienten. Det for å redusere eller lindre plagene hans. Da må sykepleieren bruke seg selv på en bevisst måte, og bruke selvinnsikt og forståelse. For at pasienten skal kunne mestre sin situasjon beskriver Travelbee en målrettet intellektuell tilnærming. Dette er en prosess som innebærer at sykepleieren benytter sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne pasientens behov for sykepleie. Sykepleieren må være i stand til å følge en systematisk og logisk prosess og å ha de kunnskapene som trengs i den gitte situasjon (Kristoffersen, 2016, s.35).

3.0 Metode

Metode er en framgangsmåte en bruker for å tilegne seg nye kunnskaper. I sykepleierforskning anvendes metoder for hvordan en skal finne relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten vi undersøker. Hvordan skal informasjonen analyseres og hva som er resultatene og konsekvensene av å bruke den metoden en velger (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s.18). Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode.

Det som kjennetegner kvantitativ metode er at datainnsamlingen er lite fleksibel fordi dataanalysen tar utgangspunkt i tall. Fordelen ved bruken av denne metoden er at du får informasjon av et større område, dette kan for eksempel være hvor mange som har fått senkomplikasjoner av diabetes sykdom. Ved kvalitativ metode er dataanalysen basert på lyd, tekst eller bilder, og har stor grad av fleksibilitet. Kvalitative metoder åpner for spontanitet og tilpasning i interaksjonen mellom deltakeren og forskeren (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s.18).

For å samle inn data har jeg brukt ulike databaser og søkt opp forskningsartikler som omhandler temaet som oppgaven skal belyse. Søkeordene som har blitt brukt for å finne forskningsartiklene er diabetes mellitus, management, self-management, information, nurse role, communication, nursing, late-complication og flere. Videre har referanselistene på de ulike forskningsartiklene blitt brukt til å finne mer forskning.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie blir bygd opp av å gjøre systematisk litteratursøk. En starter ofte med en litteraturgjennomgang. Der en finner frem til den forskningen som allerede finnes på området som er utforsket, samtidig som en finner ut hvilke metoder som har blitt benyttet i forskningen. Denne «gjennomgangen» vil i en litteraturstudie være målet med oppgaven. En kan også kalle gjennomgangen en vurdering (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.62-63). Litteraturstudie er derfor en studie som blir dannet på grunnlag av teori og forskning som allerede har blitt forsket på.

Innenfor helsefeltet har kravet om kunnskapsbasert praksis økt, som gjør behovet for oversikt over egnede artikler på de ulike områdene og derfor også bruken av litteraturstudier (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s.62-63).

En litteraturstudie kan gjøres på forskjellige måter, det finnes ingen metodemal. Det er allikevel noen krav som må være oppfylt som formål, problemstilling, gjennomgang, søk, diskusjon og analyse av data som er samlet samt en rapport (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s.62-63).

3.2 Metodekritikk

De sterke sidene med en litteraturstudie er at den analyserer og beskriver valgte studier på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2015, s.25). En litteraturstudie vil derfor gi en god oversikt over forskningen.

Svakheter med en litteraturstudie er at det blir bare brukt et begrenset antall relevant forskning i oppgaven. Videre har utvalget av det som blir brukt i en litteraturstudie blitt valgt ut for å kunne belyse sin egen påstand av problemstillingen. Forskningen en velger har i tillegg fått ulike beslutninger av samme område, dette fordi flere forskere er innom samme området. Generelle litteraturstudier kan ha manglende kvalitetsbedømming som kan føre til mangelfull og feil konklusjon (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.3 Etiske aspekter

Det finnes retningslinjer for medisinsk forskning, som er oppmerksom på at juks og uredelighet ikke forekommer i forskningen. Vitenskapsrådet som har dannet retningslinjene definerer juks og uredelighet ved forskning som inneholder data, hypoteser eller metoder som er fabrikkert, plagiert eller stjålet. I en litteraturstudie bør en se over de etiske betraktningene (Forsberg & Wengström, 2015, s.59).

I denne oppgaven er ikke teksten i forskningen bli omgjort eller endret på. Teksten i oppgaven vil være slik som forfatteren i forskningen har skrevet det. Forskningen vil bli brukt slik som den er til å belyse oppgaven sin problemstilling. Derimot vil det bli skrevet i form av mitt språk. Jeg vil bruke forfatterens navn og årstall når artiklene skal refereres til i teksten og i litteraturlisten. Henvisningene som blir brukt skal vise til hva forfatteren sier om det denne oppgaven omhandler, og ikke hva jeg mener forfatteren sier om dette temaer. For å referere bruker jeg HVL sine retningslinjer til kildeføring, og deres retningslinjer tilsier APA-standeren.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er ifølge Dalland (2018) å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet, samtidig som en må redegjøre for hvilke kriterier som har blitt benyttet under utvelgelsen av litteraturen. Kildekritikkens hensikt med oppgaven er at leseren skal ta del i refleksjonen forfatteren gjør. Refleksjonen inneholder hvilken gyldighet og relevans litteraturen har for å belyse problemstillingen. Kildekritikk skal brukes for å vurdere i hvilken grad litteraturen som er blitt funnet, kan brukes til å belyse og beskrive problemstillingen (Dalland, 2018, s. 158-159).

Det finnes ulike aspekter en må forholde seg til, dette gjelder blant annet om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert. Videre kan en se på utfordringer ved pensum og fagstoff, da dette ofte er sekundærlitteratur. Dette betyr at teksten er bearbeidet med oversettelser og fortolkninger samt at teksten er blitt presentert av en tidligere forfatter. Dette kan endre det opprinnelige perspektivet til litteraturen (Dalland, 2018, s. 158-159).

Artikkel nr.1 har blitt valgt fordi det er en randomisert kontroll studie som sier noe om effekten av health literacy og gitt ut av diabetes care. Artikkel nr.2 er blitt valgt fordi den gir god informasjon om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, som er relevant selv om studien er hovedsakelig knyttet opp mot diabetes type 2. Videre er den skrevet av blant annet Bob C. Mulder som har en utdanning innen strategi kommunikasjon. Artikkel nr.3 er blitt brukt fordi deltaker gruppen er voksne pasienter og resultatene i studien viser at dårlig regulert blodsukker påvirker ikke bare det fysiske men også det psykiske. Artikkel nr.4 viser til et nytt undervisningsprogram og er derfor relevant for oppgaven for å få innspill til forbedring. Artikkel nr.5 er valgt fordi resultatet viser at et ukontrollert blodsukker kan gi dårligere livskvalitet.

I denne oppgaven har jeg brukt både litteratur som er utenfor pensum og annen relevant litteratur. Litteraturen som har blitt brukt i oppgaven er en variasjon blant primær og sekundærlitteratur. Forskningsartiklene i denne oppgaven er sekundærlitteratur, da det hovedsakelig er blitt brukt «littary reviews».

3.5 Litteratursøk og valg av litteratur

Målet med litteratursøking er å få et større bilde av hvilken kunnskap og informasjon som allerede finnes av det temaet du ønsker å belyse (Dalland, 2018, s.153). En vil da få informasjon om bredt nivået av informasjon og kunnskap som er. I søkeprosessen vil det være relevant og plassere problemområdet som er valgt innenfor et hovedemnet. Problemstillingen er den som vil bidra til å avgrense og gi retning til hva du bør søke etter (Dalland, 2018, s.153). Dette vil være nødvendig da en vil bruke internettet til å finne forskningsartikler. Det finnes ubegrenset antall forskning på de ulike databasene en ønsker å bruke, det er derfor krevende og søke etter litteratur. De avgrensningene er derfor nødvendige, slik at en får de artiklene som er best egnet for din problemstilling. Eksempler på kriterier og avgrensninger kan være tidsspenn, språklig avgrensning, geografisk avgrensning og faglig nivå (Dalland, 2018, s.156).

I denne oppgaven er det blitt presentert fem ulike forskningsartikler som har blitt funnet gjennom individuelle søk. For å finne disse artiklene har jeg brukt 2 ulike databaser som er tilknyttet høyskolen sitt bibliotek. Databasene som er brukt er PubMed og Cinahl.

På Cinahl har jeg funnet 1 av artiklene som er presentert i oppgaven. Søkeordene som er brukt til disse artiklene er diabetes mellitus, complications, self management, europe. Disse søkeordene har blitt brukt med AND og OR for å utvide søket eller avgrensere søket. Videre har jeg brukt tidsrom, full tekst og abstrakt samt avgrensning ved academic journals. Ved hjelp av disse avgrensningene hadde jeg 92 artikler igjen ved det ene søket og 5 artikler ved det andre. Da har jeg lest gjennom titlene og abstraktene på de ulike artiklene som var igjen og plukket ut etter hva som var mest relevant for min problemstilling. Dette eksemplis ved at den ene artikkelen presenterer hvordan diabetes undervisning for egenmestring blir praktisert i europeiske land. Samtidig som den forteller om hvilken effekt de ulike undervisningene har og hvordan de påvirker samfunnet økonomisk.

På PubMed har jeg funnet 3 av artiklene som er blitt presentert i oppgaven. For å finne disse artiklene er det blitt brukt søkeordene nurse, diabetes, type 1 diabetes, self management, education, education program, review og quality of life. På PubMed har jeg bare brukt bindeordet AND for å gjøre søkene. Jeg har brukt de samme avgrensningene som i søket ved cinahl, bare i tillegg begrenset det til review's. Til slutt var det 22, 144 og 41 artikler og det ble lest gjennom titlene og abstraktene til å finne den som var mest relevant for oppgaven.

Disse artiklene vil en få mer søke informasjon om i vedlegget.

Det er en artikkel som ikke har blitt funnet gjennom databasene. Den ene artikkelen er funnet i referansen til en artikkel som er publisert på sykepleien.no. Denne artikkelen ble valgt da den var relevant for besvarelsen av denne oppgaven og inneholdt informasjon om health literacy som vil være nødvendig å ha med for å kunne besvare problemstillingen, på lik linje med de andre artiklene som er plukket ut.

4.0 Resultat

4.1 Artikkel 1

«Addressing literacy and numeracy to improve diabetes care»

Denne forskningsartikkelen er skrevet av Cauanaugh, Wallstone, Gebretsadik, Shintani, Huizinga, Davis, Gregory, Pharmd, Pignoe, Dewalt, Elasy & Rothman (2009). Hensikten med denne forskningen er hvordan mennesker med diabetes sin literacy og tall forståelse påvirker sykdomsbildet.

Det er en randomisert kontroll studie, hvor de har brukt to grupper. Begge gruppene har gjennomgått et diabetes-program. Kontroll gruppen fikk et program som allerede var i bruk, hovedgruppen fikk samme programmet men med ekstra undervisning. Ekstra undervisningen inneholdt forståelse for helsekommunikasjon. De fikk hjelpemidler til forståelse for literacy og tall. I studien observerte de gjennomsnitts blodsukker til deltakerne og deres egen mestringsevne. Disse observasjonene ble gjort etter 3 og 6 måneder for å se etter forandring. Resultatene i studien viser at 3 måneder med undervisning som inneholder literacy-sensitivt innhold gav en bemerket forbedring av blodsukkeret, men de neste 3 måneder uten undervisning og egenhåndtering var resultatet ingen signifikant endring.

Studien konkluderer med at diabetes-program som inneholder mer undervisning med literacy og tallforståelse gir et bedre resultat, men forteller at forskjellene i resultatene var større etter 3 måneder enn mot slutten av studien.

4.2 Artikkel 2

«Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: A review»

Forskningsartikkelen er skrevet av Mulder, Lokhorst, Rutten & Woerkum (2015) hvor målet og hensikten med studien var å kategorisere vanlige barrierer som oppstår i kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren, og observerer effekten av ulike kommunikasjons metoder.

Studien ble gjennomført på bakgrunn av at kommunikasjonsformen kan skape barrierer som fører til et resultat av mindre egen mestring og håndtering av sykdommen fordi sykepleiere som bruker et faglig språk. Metoden som er blitt brukt i denne artikkelen er litterary review hvor 30 studier har blitt brukt til å besvare problemstillingen.

Funnene i denne studien er at hovedutfordringen er å overholde et stabilt blodsukker over lengre tid, hvor en må gjøre livsendringer og følge de retningslinjene som er dannet for å gjøre det mulig. Det er utfordrende for pasientene og skape endringer i livsstilen.

Sykepleierne opplever at det er utfordrende og oppfordre å veilede pasienter mot en endret holdning og håndtering av sykdom. Samtidig som de møter pasienter som benekter den informasjonen, veiledningen og undervisningen som blir gitt av sykepleieren. Videre viser resultatene i studien at barrierene oppstår når den fysiske undersøkelsen skal gjennomføres. Manglende kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren eller at sykepleieren har lite tillitt til sine egne ferdigheter, manglende oppfordrende motivasjon og rolle konflikter. Rolle konflikten oppstår når sykepleieren skal være en autoritet gjennom undervisning, men samtidig bruke en kommunikasjonsform som fremmer pasienten ved at han/hun er i sentrum og kan bruke sin selvbestemmelse.

4.3 Artikkel 3

«Diabetes self-management arrangements in europe: a realist review to failitate a project implemented in six countries»

Denne forskningsartikkelen er skrevet av Kousoulis, Patelarou, Shea, Foss, Knutsen, Todorova, Roukova, Portillo, Pumar-Mendez, Mujika, Rogers, Vassilev, Serrano-Gil & Lionis (2014). Hensikten og målet med denne studien er og finne ut hvordan undervisningen for egen mestring av diabetes sykdom fungerer i europeiske land, og hvordan de integreres inn i helse og velferdssystemet. Dette på bakgrunn av at egen mestring av kroniske sykdommer kan øke livskvalitet og begrense utgiftene til helse systemet. Metoden som er brukt for å besvare problemstillingen er en litterary review.

Resultatet i denne studien ble funnet gjennom 56 artikler og viser at det finnes 21 intervensjonsprogrammer for mennesker med diabetes og kroniske sykdommer. De fleste programmene var dannet til å passe primæromsorg, med hovedmål å endre holdninger. Det var også noen få programmer som tok i bruk internettbaserte hjelpemidler.

4.4 Artikkel 4

«Follow-up support for effective type 1 diabetes self-management (the FUSED model): A systematic review and meta-ethnography of the barriers, facilitators and recommendations for sustaining self-management skills after attending a structure education programme»

Denne studien er skrevet av Campbell, Lawton, Clowes, Coates, Heller, Zoysa, Elliott & Breckenridge (2018). Hensikten med denne forskningsartikkelen var å vise behovet for mer oppfølgingsstøtte, ved å identifisere ulike faktorer som påvirker og informerer pasientens selvstyrende adferd. Dette etter å ha gjennomgått en «strukturert utdanningstrening» i egen mestring og håndtering av diabetes sykdom. Metoden som er brukt er en litterary review med hovedvekt på kvalitative studier.

Det ble brukt 18 artikler fra 6 ulike studier til å finne funnene i denne studien. Funnene i denne forskningsartikkelen forteller at i fremtiden bør veiledning og undervisningen til diabetes syke, være et program som er pågående gjennom livet. Samtidig som det skal være oppfølgingsstøtte som er individualisert og skreddersydd til den enkelte pasient. Videre viser funnene at bruken av teknologi vil kunne bidra til bedre kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell, og bidra til at pasienten opplever egen mestring til å kunne opprettholde egen håndtering av sykdommen.

4.5 Artikkel 5

«Patient perspectives on quality of life with uncontrolled type 1 diabetes mellitus: A systematic review and qualitative Meta-synthesis»

Denne studien er skrevet av Vanstone, Rewegan, Brundisini, Dejean & Giacomini (2015). Hensikten med denne studien var å se hvordan mennesker opplever å ha en ukontrollert diabetes type 1 og hvordan dette påvirker deres opplevelse av sykdommen og livskvaliteten. Metoden som er brukt er litterary review.

Funnene i denne studien ble funnet ved hjelp av 31 kvalitative studier. Deltakerne i studiene som ble brukt var voksne med diabetes type 1 og/eller partner og familien. Resultatene viser at de negative konsekvensene uavhengig av om de er lang- eller kortsiktige påvirker alle aspektene i pasienten sitt liv, dette gjelder de psykiske, praktiske, sosiale og det følelsesmessige. Ukontrollert blodsukker fører til psykisk stress, mangelfull hukommelse, negativt humør, som videre kan føre til at personen blir aggressiv og irritabel. Disse faktorene påvirker forhold, selvtillit og selvbildet. Pasienter lever med frykt og bekymring. Denne bekymringen oppstår på grunn av de langsiktige komplikasjonene som kan oppstå. Samtidig

bekymrer flere seg over sosiale situasjoner som om de skulle oppleve en episode med hypoglykemi. Dette gjelder også for andre aktiviteter, slik som å kjøre bil. Funnene i studien viser også at pårørende til en pasient med ukontrollert diabetes type 1 blir negativt påvirket.

Studien konkludere med at ukontrollert diabetes type 1 har en stor negativ påvirkning på livskvaliteten både til den diabetes syke og familien.

4.6 Oppsummering av de utvalgte artiklene

Oppsummerende omhandler alle forskningsartiklene om diabetes sykdom. To av artiklene sier noe om hvordan diabetes undervisningen er og hvordan de kan forbedres, slik at pasientene kan oppleve egen mestring av sykdom samtidig som de forteller om hvordan de kan forebygge sen-komplikasjoner. Alle artiklene ønsker at diabetes oppfølgingen og undervisningen bør være en livsslangprosess. De på peker at det er pasienten selv som vil kunne utgjøre en forskjell med sykdommen, og har et ansvar for håndtering av sin diabetes. Men at helsepersonell og diabetes team som gir undervisningen har en stor rolle for hvordan pasienten opplever sykdommen sin.

En artikkel sier noe om kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten, denne artikkelen har diabetes type 2 i hovedfokus men er relevant for denne oppgaven da de trekker frem generelle barrierer som kan oppstå når sykepleieren er i samtale med pasienten. Barrierene som artikkelen trekker fram brukes videre til å kunne kartlegge hvordan en kan bruke ulike kommunikasjons metoder til å forbedre samhandlingen med pasienten.

En artikkel forteller om hvordan kunnskap om health literacyen til pasientene kan forbedre diabetes omsorgen. Denne artikkelen har tatt utgangspunkt i at lav health literacy vil kunne gi et dårligere utgangspunkt for den diabetessyke som igjen vil kunne øke faren for et alvorlig utfall. Artikkelen setter fokus på at helsepersonell må ha fokus på pasienten health literacy ved undervisning for å forbedre pasientens egen mestring og håndtering av blodsukker.

Den ene artikkelen omhandler pasienter som går med forhøyet glukose nivå i blodet over lengre tid opplever ulike symptomer, disse symptomene kan gi en negativ innvirkning å skape en følelse av dårlig livskvalitet.

5.0 Drøfting

«Hvordan kan sykepleier rollen bidra til egenmestring for å forebygge og redusere sen-komplikasjoner ved diabetes type 1 hos voksne?»

For å kunne besvare problemstillingen vil det bli brukt ulike forskningsartikler som tidligere har blitt presentert, videre vil det bli brukt fagartikler og annen litteratur. For å besvare problemstillingen ønsker jeg å dele drøftingen i to deler. Den første delen vil fokusere på betydningen sykepleier rollen har for en pasient. Den siste delen vil ha hovedfokus på hvordan undervisning kan bidra til egenmestring og forebygging av sen-komplikasjoner.

5.1 Sykepleierrollen.

En sykepleier har flere ulike funksjoner, hvis en tar utgangspunkt i rammeplanen kan de ulike funksjonsområdene identifiseres som følgende: helsefremming, forebygging, lindring, behandling, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrering og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Sykepleieren sin rolle er stor. Rollen som sykepleier strekker ikke bare utover et stort funksjonsområde men også ansvarsområde. Grunnlaget for å utøve sykepleie skal være respekten for enkelt menneskets iboende verdighet og liv, det skal bygges på omsorg, respekt for menneskerettigheten og barmhjertighet i utøvelsen (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.17). På en annen side skal en sykepleier utøve kunnskapsbasert sykepleie og ta avgjørelser som baserer seg på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap samtidig som pasientens behov og ønsker blir ivaretatt i den gitte situasjon (NSF, u.å).

Pasientens behov og ønsker bør alltid være sykepleierens hovedfokus. I følge Travelbee er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe personer til å mestre og å finne mening i erfaringene som personen opplever ved sykdom og lidelse, dette også ved å forebygge sykdom eller å fremme god helse (Kristoffersen, 2016, s.30). Diabetes type 1 er en kronisk autoimmunsykdom. Mennesker som opplever å få denne lidelsen, trenger undervisning, veiledning, støtte og helsehjelp. Dette er en kronisk sykdom og vil derfor bety at hjelpen bør være livslang. Dersom pasienter ikke mestrer å opprettholde et stabilt blodsukker, viser forskning at resultatet blir en følelse av tap og håpløshet (Campbell et al., 2018). Dette vil igjen kunne føre til mangel på motivasjon og mestringsfølelse. Selvhåndtering og mestring er viktig for at pasienten skal ha en god livskvalitet. Resultatene i studien til Vanstone, Rewegan, Brundisin, Dejean & Giacomini (2015) forteller at dersom en har et ukontrollert blodsukker vil det ikke bare gi følelse av tap og håpløshet, men også skape psykologisk stress, kognitive utfordringer,

negativt humør som igjen resulterer i irritabel og aggressiv adferd. For at sykepleieren skal kunne bidra til å fremme mestring må data som innvirker på pasientens kognitive vurdering samles inn (Kristoffersen, 2016, s.265). De negative symptomene som kommer av et ukontrollert blodsukker må kartlegges, og videre endres gjennom undervisning. Når pasienten opplever å få et stabilt blodsukker, kan en anta at symptomene avtar og da må sykepleieren iverksette konkrete tiltak for å påvirke pasienten. Disse tiltakene vil påvirke pasientens opplevelse av trussel og frykt for å videre styrke pasientens muligheter for å mestre den gitte situasjonen (Kristoffersen, 2016, s.64). Korrigering av feilaktige fantasier og forestillinger vil være det første sykepleieren gjør, dette for å avdekke mangelfull informasjon og kunnskap, som videre kan skape en dramatisk og skremmende virkelighet. Ved funksjonstap og sykdom må det være en aktiv følelsesmessig bearbeiding fra pasienten slik at det skal være mulig og oppleve mestring. I denne prosessen vil det være nødvendig å klar gjøre verdier pasienten ønsker å bygge livet videre på, og hvordan en kan ny orienteres gjennom kunnskap, ferdigheter og medbestemme (Kristoffersen, 2016, s.265).

5.2 Kommunikasjonens betydning

For å kunne gjennomføre en slik prosess, er det nødvendig med god kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten. Kommunikasjon er i følge Travelbee et av de viktigste redskapene sykepleieren har, dette for å kunne skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Kristoffersen, 2016, s.34). Sykepleieren må danne en relasjon med pasienten, dette for å få bedre forståelse for hvilken situasjon en befinner seg i. Pasienten er i en situasjon hvor det trengs helsehjelp. Maktforhold og roller kan medføre at det blir en distanse mellom pleier og pasient. Sykepleieren må overvinne dette stadiet, og skape et stadium hvor de ser hverandre som enkelt mennesker. Travelbee sin teori bygger på dette som et mål for sykepleieren. Sykepleieren skal kunne etablere en relasjon som er menneskelig og ikke distansert på grunn av ulike roller som mennesket befinner seg i (Kristoffersen, 2016, s.32).

Utfordringen til sykepleieren er å se pasienten. Pasienten skal være unik som person, og ikke en av de flere med eksempelvis diabetes. I studien av Mulder, Lokhorst, Rutten & Woerkum (2015) viser resultatene at en av utfordringen til sykepleieren er å gå ut av den autoritære rollen. Dette nettopp fordi de føler et ansvar for det kliniske utfallet. Dersom sykepleieren gir fra seg ekspert rollen, opplever sykepleiere at de mister kontrollen. I en slik situasjon har ikke sykepleieren nok tillitt til at pasienten skal kunne bidra til å skape det beste resultatet. På grunn av dette funnet, kan en anta at relasjonen mellom pleier og pasient er viktig for å kunne danne den tillitten, som skal gjøre det mulig for både pasient og sykepleier å arbeide mot

samme mål. Samarbeid er en viktig faktor for å kunne oppnå best mulig behandling. Ved diabetes sykdom må sykepleieren stole på pasienten. Diabetes type 1 er en kronisk sykdom som vil vare livet ut, sykepleieren må derfor styrke pasienten til å kunne håndtere egen sykdom. Samtidig gir pasient- og brukermedvirkningsloven (2001) pasienten rett til å medvirke valg av ulike tjenester og tjenesteformer og undersøkelse- og behandlingsmetoder i helsevesenet. Retten pasienten har til å medvirke de valgene som skal bli tatt, gir pasienten muligheten til å fortelle hvilke behov og ønsker en har for behandling og resultat.

Sykepleieren må da kartlegge slik at det kan bli avkreftet eller bekreftet antakelsene av behovene, og en får mulighet til å kunne møte behovene og videre bygge en plan i samarbeid. Sykepleieren kan deretter i etterkant evaluere om behovene blir tilfredsstillt.

Om sykepleieren ikke hadde hatt den informasjonen og samarbeidet med pasienten ville målene vært ulike og derfor igjen resultere til utilfredse resultater. Dette eksempelvis hvis pasienten ønsker å opprettholde et gjennomsnittlig blodsukker på 7 fordi pasienten opplever frykt ved å få føling. Da vil pasienten heller være litt over enn under. Sykepleieren ønsker at pasienten skal ha et blodsukker på 5. Om målene er ulike vil en ikke kunne oppnå ønsket resultat fra begge parter. På en annen side kan utfallet også være annerledes selv om det arbeides mot samme mål. Mertig (2007) forteller at sykepleiere ofte går ut ifra at pasienten har mer kunnskap på grunn av antall år sykdommen har vært tilstede. Pasienter med diabetes føler skyldfølelse når de er i møte med sykepleieren og blodsukkeret er høyere enn forventet (Vanstone, Rewegan, Brundisini, Dejean & Giacomini, 2015). Mertig (2007) mener at dette er fordi de opplever at sykepleieren sin første tanke er at pasienten har «slurvet», når dette ikke er tilfellet. Blodsukkeret blir kontrollert av hva sykepleieren og legen administrerer til pasienten.

Informasjonen som sykepleieren gir er det som har størst innvirkning på utfallet, sykepleieren må ta ansvar å se hvordan de livsviktige medikamentene responderer på pasienten (Mertig, 2007, s. 80). Samtidig finnes det ulike redskaper som kan brukes for å få insulin tilført til kroppen. Resultatene til studien av Stewart, Emslie, Klein, Haus & White (2005) viser at diabetes pasienter som har insulin-pumpe som administreringsmetode har et mer regulert og stabilt blodsukker, samtidig som det gir pasienten mer fleksibilitet til regulering av insulin inntak. Denne typen informasjon bør pasienten få av sykepleieren. På en annen side er mennesker ulike og derfor kan en ikke si at det er den beste metoden for alle mennesker med diabetes. Etter egen erfaring har jeg møtt unge og voksne som ikke ønsker å ha insulin-pumpe da den oppleves å være et hinder i det daglige. På arbeidsplassen kan en risikere at den henger

seg i objekter i omgivelsene, og blir dratt ut. Det kan være utfordrende å finne klær som en kan henge pumpen i. Under samleie opplever noen skam som kommer av frykten for at insulin-pumpen fører til at den andre parten blir mindre tiltrukket. Likevel finnes det andre mennesker som opplever det å ha pumpe som frigjørende, ved at de slipper å ta med insulinpenn, og de oppnår bedre blodsukker da insulin-pumpen kontinuerlig gir insulin og må kun tilføre mer ved væske- eller næringsinntak. Dette er eksempler som viser viktigheten av at sykepleieren tilpasser behandlingsmetoden til pasienten, og hvordan de ulike metodene kan bidra til lavere selvfølelse og dårligere livskvalitet.

Sykepleieren må danne en individuell plan som videre vil kunne bidra til mestring for pasienten. Om pasienten skal oppnå mestring er det viktig at de har løsninger som kan brukes dersom en utfordring skulle oppstå. Det finnes ulike mestringsstrategier. Problemfokuset og emosjonsfokuset mestring, disse strategiene brukes ofte om hverandre (Renolen, 2015, s.170). Om en pasient med diabetes skal bruke problemfokuset mestringsstrategi vil en bruke løsninger på det pasienten opplever som et problem. Om insulin-pumpen skaper utfordringer i hverdagen vil en da bytte over til insulinpenn, dette tiltaket kan være løsningen. Det er den mestringsstrategien en kan anta vil være den beste for en pasient med diabetes sykdom. På grunn av at diabetes er en sykdom som kommer med livsendringer kan en oppleve sykdommen som en stor påkjenning.

Emosjonsfokuset mestringsstrategi kan da oppstå, den vil da komme i uttrykk av at pasienten for eksempel distanserer seg fra situasjonen, selektivt tar imot informasjon og bruker andre kognitive strategier for å dempe det følelsesmessige ubehaget som en kan føle (Renolen, 2015, s.170). Dersom en oppdager at pasienten tar i bruk denne mestringsmetoden, bør sykepleieren bidra til at det endres. Dette nettopp fordi den kan resultere i et negativt utfall, da pasienten distanserer seg fra informasjonen og benekter situasjonen en befinner seg i. Gjennom informasjon, kunnskap og undervisning vil sykepleieren kunne påvirke pasienten til å endre innstilling. I tillegg vil pasienten ha større utbytte av å bruke problemfokuset strategi da denne vil bidra til forandring over lengre tid og kan igjen føre til oppnåelse av egenmestring.

5.3 Undervisning bidrar til mestring

En mestringsstrategi er ikke det eneste som trengs for at person med diabetes skal klare å håndtere å mestre egen sykdom. I følge Kousoulis et al. (2014) er det tre nivåer som påvirker suksessen til å oppnå egenmestring ved diabetes. Disse nivåene er delt opp i micro, meso og makro. Mikro-nivået er individets selvbestemmelse og kapasitet, meso-nivå er forholdene og rollene en har til familie, skole, arbeid, makro-nivå er de kulturelle normene og forventingene, de økonomiske forholdene og hvordan helsesystemet er bygget opp. Dette viser at for å kunne oppnå egenmestring er det flere faktorer som spiller inn. På mikro-nivået er det individet, personen som er den ansvarlige. Samtidig kan dette fortelle at det er nødvendig med undervisning som er tilrettelagt enkelt personen. For å underbygge dette konkluderer Kent et al. (2013) sin studie med at forebygging av sen-komplikasjoner vil bli gjort mer effektivt om underviseren forstår den individuelle pasienten. Underviseren må ha forståelse for pasientens behov og den aktuelle situasjonen, og videre utarbeide en plan som er individualisert og pasient-sentrert. Ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen vil sykepleieren kunne danne en undervisning som er tilrettelagt til pasienten.

Det finnes flere komponenter som sykepleieren må ta stilling til for å kunne tilpasse undervisningen, dette gjelder deltakerforutsetninger, rammefaktorer, læringsmål, undervisnings innhold, arbeidsmåter, og vurdering. Når en skal ta stilling til deltakerens forutsetninger er det et begrep som er viktig å belyse og det er Health literacy. Health literacy'en til en person omfatter evnen en har til å skaffe seg, kritisk vurdere og diskutere helsekunnskap og helseråd, for å kunne forbedre sin egen helse (Kristoffersen, 2016, s.312). Innenfor helsevesenet bruker helsepersonell fagterminologi. Fagterminologi er ord og uttrykk som mennesker utenfor helsevesenet ikke bruker i dagligtalen. Helsepersonell bruker disse ordene for å lette kommunikasjon, og på den måten gjøre det mulig å kommunisere internasjonalt. På en annen side kan dette være hovedgrunnen for at informasjonen pasienten tildelt ikke blir forstått. Cavanaugh et al. (2009) belyser at lav literacy er normalt blant mennesker med diabetes og blir assosiert med mindre kunnskap om diabetes som videre fører til dårlig glukosekontroll. Dersom helsepersonell i tillegg bruker helse terminologiske ord og uttrykk kan det antas at situasjonen kan forverres. Videre viser studien av Cavanaugh et al. (2009) at dersom en implementerer bruken av sensitiv-literacy i undervisningen så vil dette gi en markant effekt ved glukosekontroll. Sykepleieren må derfor individualisere innhold og nivå av den nye kunnskapen som pasienten skal tilegne seg.

Travelbee mener at opplevelsen pasienten har av sykdommen er viktigere enn et diagnosesystem, og at helsepersonell på forhånd ikke kan vite hvordan den enkelte opplever sykdommen sin (Kristoffersen, 2016, s. 30). Sykepleieren skal derfor ikke over eller undervurdere pasientens kunnskap til å forstå, tilegne eller anvende kunnskap om sykdommen. Det er undervisningen som skal gi pasienten de kunnskapene, ferdighetene og holdningene som skal føre til mestring av den nye livssituasjonen. Undervisningens læringsmål må bli dannet etter pasientens behov og ønsker, dette blir kartlagt i samtale med sykepleieren (Kristoffersen, 2016, s.379). De målene som blir dannet for undervisningen blir grunnlaget for hva som blir undervisningsinnholdet, og det er oppnåelsene av målene som skal bidra til mestring hos pasienten.

Utfordringen ved denne undervisningen er at målene skal være pasientens mål, og sykepleieren må ha en passiv rolle. Det er tidligere nevnt at forskning viser at sykepleiere har vansker med å gi fra seg den autoritære rollen, fordi de ønsker det beste kliniske resultatet (Mulder et al., 2015). På en annen side er det viktig at sykepleieren har en innstilling som viser at om pasienten skal oppnå mestring, må pasienten få tilegnet kunnskap. Den kunnskapen kan bidra til en følelse av håp. Travelbee mener at et menneske som håper, retter oppmerksomheten mot en fremtidig forandring som resulterer til det bedre (Kristoffersen, 2016, s.30). Håpet vil bidra til motivasjon for å oppnå målene som er satt, og videre føre til mestring for oppnåelsen av målene. En av sykepleierens oppgaver er å hjelpe pasienten til og holde fast ved håpet, og å være tilstede for å kunne være et vikarierende håp dersom pasienten har stor motgang. Videre er det viktig at sykepleieren ikke fratrukker pasienten håpet men viser respekt og er ydmyk for håpets betydning. Dette nettopp fordi sykepleieren og pasientens virkelighetsforståelse er ulik (Kristoffersen & Breievne, s.213, 2016). Informasjon om hvor pasienten befinner seg følelsesmessig må kartlegges. Pasienten kan oppleves å være i benektelse og ikke aksepterer situasjonen en befinner seg i. Dersom dette er det følelsesmessige stadiet pasienten befinner seg i vil veiledning og undervisning ikke være hensiktsmessig. Sykepleieren må da være en støtte for pasienten. Det krever da at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter og er varsom for at pasienten skal ønske å fortelle om det som en synes er vanskelig. Dette er en av flere forutsetninger som sykepleieren må ta for seg for å kunne gjennomføre undervisning og veiledning som vil kunne føre til egenmestring.

Undervisning kan inneholde ulike arbeidsmåter for å oppnå målene. Målene i denne situasjonen vil være egenmestring og håndtering av diabetes type 1. Kent et al. (2013) sin studie viser til at det er flere arbeidsmetoder som fører til egenmestring og redusering av risikoen for senkomplikasjoner, blant annet adferdsterapi. Det er viktig at pasienten får aktivt delta i undervisningen. Ved diabetes er det ulike redskaper en bruker for å kontrollere blodsukkeret. Dette gjelder blant annet insulin-pumpe, insulin-penn og ulike glukosemålere. For å kunne oppnå ferdighetsmål må det være en veiledende situasjon, deretter må pasienten utføre prosedyren på egenhånd (Kristoffersen, 2016, s.380). Sluttresultatet vil gi pasienten mestring. Videre understreker flere artikler at undervisningen må utvides til langvarig oppfølging og undervisning (Kent et al., 2013. & Campbell et al., 2018). Samfunnet er i stadig endring, som innebærer ny forskning og kunnskap. Videre kan en argumentere for at det nettopp derfor er nødvendig med livslang undervisning. Resultatet av studien til Cavanaugh et al. (2009) gjenspeiler at det er nødvendig med varig oppfølging. Etter tre måneder med undervisning og oppfølging viste pasientene en signifikant forbedring, men 3 måneder uten et tilstedeværende støtteapparat ble det ikke bemerket forskjell eller forbedring.

5.4 Forebygging av sen-komplikasjoner

Personer med diabetes mellitus er utsatt for sen-komplikasjoner. Dårlig regulert blodglukose over flere år disponerer for høyere sannsynlighet for å anskaffe nefropati, retinopati, nevropati, aterosklerose og hjerte-og karsykdommer (Mosand & Stubberud, 2016, s.56). På en side vil et regulert blodsukker kunne nedsette risikoen for at komplikasjoner oppstår. For at pasientene skal mestre sykdommen må de kunne omsette kunnskap til praktisk handling. Det må gjøres til riktig tid og riktig situasjon gjennom hele livet. Videre vil dette kunne ha en stor betydning for det gjennomsnittlige blodsukkeret (Mosand & Stubberud, 2016, s.70). På en annen side vil risikoen for komplikasjoner alltid være tilstede. Dette kan utfordre pasientens motivasjon til å ønske å mestre situasjonen.

Ifølge Travelbee reagerer mennesker som lider på to ulike måter, den ene befinner seg hos mennesker som ikke aksepterer den situasjonen som skaper lidelse. Denne reaksjonen kan skape en «jeg gir blaffen»-holdning. Dersom en pasient med diabetes opplever å ha denne holdningen kan en anta at det vil ha en negativ effekt på sykdomsforløpet og faren for senkomplikasjoner vil være større. Likevel vil mangelen på akseptasjon variere i intensitet, varighet og omfang (Kristoffersen, 2016, s.31). Holdningen vil tilsynelatende avta, men skaden kan allerede da ha oppstått. En studie gjort av Wisting, Skrivvarhaug og Rø (2019) forteller funnene at personlig kontroll er den sterkeste predikatoren for å opprettholde et

stabilt blodsukker. I tillegg vil det styrke pasienten til å kunne ivareta sin egenomsorg være viktig for å tilfredsstille det psykososiale behovet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70).

Mestring vil derfor kunne bidra til et bedre sykdomsforløp og forebygging av senkomplikasjoner samtidig som det bidrar til å dekke det psykososiale behovet pasienten har.

Dette nettopp fordi pasienten bruker den kunnskapen som har blitt gitt av helsepersonell gjennom undervisning og veiledning til å håndtere sykdommen sin. Det vil skape en økt kontroll for pasienten.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven ha det blitt brukt ulike artikler og litteratur for å belyse problemstillingen. Sykepleieren sin rolle har stor betydning for pasienter med diabetes type 1. Sykepleieren er den som har mest kontakt med pasienten og står til ansvar for undervisning og veiledning. Det er relasjonen og kommunikasjon som gjør det mulig for sykepleieren til å komme i posisjon til å holde undervisning. Sykepleieren må vite hvor pasienten er følelsesmessig. Dette for å kunne gi kunnskap som pasienten kan tilegne seg. Kunnskapen er ikke bare livsnødvendig men er også en stor faktor for mestring, livskvalitet og forebygging av komplikasjoner som videre kan oppstå. Undervisningens betydning kommer frem gjennom de ferdighetene og kunnskapene en får, videre har det gjennom denne oppgaven blitt vist hvilke påvirkningsfaktorer en må ta hensyn til for å kunne oppnå best mulig undervisning og veiledning for pasienten. Undervisningen og veiledningen bør være individualisert og pasient-sentrert for å oppnå egenmestring i størst mulig grad. Den skal være rettet mot pasienten og pasienten skal selv kunne delta aktivt i behandlingen. Til slutt har det blitt belyst hvordan mestring påvirker forebygging av sen-komplikasjoner, og på denne måten kan en tenke seg at mestring vil kunne forebygge sen-komplikasjoner ved at pasienten utøver kunnskap som har blitt gitt ved å opprettholde et stabilt blodsukker. Pasienten vil ha økt kontroll som vil bidra til mestring. Likevel er det en kronisk sykdom som betyr at pasienten skal kontinuerlig få undervisning for å opprettholde egenkontroll og egenmestring.

7.0 Referanseliste

- Barstad, Anders. (2015, 28. april). *livskvalitet*. I Store norske leksikon. Hentet 16. april 2019 fra <https://snl.no/livskvalitet>
- Cavanaugh K, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Huizinga MM, Davis D, et al. Addressing Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Care. Two randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2009;32:2149–55.
- Campbell, F., Lawton, J., Rankin, D., Clowes, M., Coates, E., Heller, S., . . . Breckenridge, J. (2018). Follow-Up Support for Effective type 1 Diabetes self-management (The FUSED Model): A systematic review and meta-ethnography of the barriers, facilitators and recommendations for sustaining self-management skills after attending a structured education programme. *BMC Health Services Research* 2018 18:898. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3655-z>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P., A., & Utne I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S., Ørn & E., B., Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.387-401). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jenum, K., A. & Pettersen, S., K. (2018). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleierens helsekommunikasjon. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0145
- Kent, D., D'Eramo Melkus, G., Stuart, P. "Mickey" W., McKoy, J. M., Urbanski, P., Boren, S. A., . . . Lipman, R. (2013). Reducing the Risks of Diabetes Complications Through Diabetes Self-Management Education and Support. *Population Health Management*, 16(2), 74–81. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1089/pop.2012.0020>

- Kousoulis, A., A., Patelarou, E., Shea, E., Foss, C., Knutsen, I., Todorova, E., Roukova, P., . . .
. Lionis, C. (2014). Diabetes self-management arrangements in Europe: a realist review to facilitate a project implemented in six countries. doi: 10.1186/1472-6963-14-453
- Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E., A., & Grimsbø, G., H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3.utg., s. 16-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 188-214). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s.297-331). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Stress og mestring. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 238-288). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 15-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N., J., Kristoffersen, F., Nortvedt, E., A., Skaug & G., H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3.utg., s. 349-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mertig, R., G. (2007). The nurse's guide to teaching diabetes self-management. New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Mosand, R., D., & Stubberud, D., G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D., G., Stubberud, R., Grønseth & H., Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5 utg., s.51-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mulder, B. C., Lokhorst, A. M., H., G. E., & J., C. M. (2015). Effective Nurse Communication With Type 2 Diabetes Patients: A Review. *Western Journal of Nursing Research*, 37(8), 1100–1131. <https://doi.org/10.1177/0193945914531077>
- NSF. (u.å). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 1.mars fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001). *lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stewart SM, Emslie GJ, Klein D, Haus S, & White P. (2005). Self-care and glycemic control in adolescents with type I diabetes. *Children's Health Care*, 34(3), 235–244. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.galanga.hvl.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106368164&site=ehost-live>
- Stidahl, T., B. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Wisting, L., Rø, A., Skrivarhaug, T., Dahl-Jørgensen, K., & Rø, Ø. (2019). Disturbed eating, illness perceptions, and coping among adults with type 1 diabetes on intensified insulin treatment, and their associations with metabolic control. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105319840688>
- Åsvold, Bjørn Olav. (2018, 11. november). *Diabetes*. I Store medisinske leksikon. Hentet 4. mars 2019 fra <https://sml.snl.no/diabetes>.

Vedlegg 1

Database og søkeord	Resultat	Avgrensning	Resultat	Abstrakt	Fulltekst	Valgt
PubMed: Nurse AND diabetes	6593	- Tidsrom: 2009- 2019. - Review.	358		329	1 studie
CINAHL: Diabetes AND Self- management AND Eurpoe	43	- Academic journals. - Tidsrom: 2010-2018	22		5	1 Studie
PubMed: Diabetes type 1 AND Education program AND Review	130	- Tidsrom: 2014- 2019.	41	41	41	1 Studie
PubMed: Quality of life AND Type 1 diabetes	2213	- Tidsrom: 2014- 2019. - Review.	151	149	144	1 Studie