



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Meistring hos diabetespasientar.

Self-management among diabetic patients.

**Kandidatnr: 322**

SK152: Bachelor i sjukepleie

Innleveringsdato: 12.12.2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

## **Samandrag**

**Tittel:** Meistring hos diabetespasientar.

**Bakgrunn for val av tema:** Uavhengig av kor ein jobbar som sjukepleiar, vil ein mest truleg treffe på pasientar med diagnosen diabetes mellitus type 2 (DM2). Med dette som utgangspunkt, er hensikta med oppgåva å auke kunnskapsnivået, slik at eg som nyutdanna sjukepleiar kan tileigne meg kunnskap om korleis sjukepleiar kan fremje meistring hos pasientar med DM2.

**Problemstilling:** «Korleis bidra til å fremje meistring hos pasientar med diabetes mellitus?»

**Metode:** Det er brukt ein litteraturstudie for å belyse problemstillinga i oppgåva. Val av metode er gjort for å gje gode data og tilføre fagleg tyngde.

**Kort oppsummering og konklusjon:** Funna viser at sjukepleiar skaper god relasjon til pasienten gjennom å vise god veremåte, god kommunikasjon, anerkjenning, empati og gjennom å opptre respektfullt ovanfor pasienten. Tillit blir skapt, slik at pasienten føler seg trygg og kan stole på sjukepleiaren. Han kan opne seg og vise seg sårbar. Dette kan føre til at sjukepleiaren får nødvendig informasjon for å kunne kartlegge ernæringsstatus til pasienten. I tillegg sikrar sjukepleiar seg at pasienten har fått adekvat informasjon, noko som kan bidra til å auke kunnskapsnivået og fremje meistring hos pasienten. Viss sjukepleiar klarer å fremje meistringstru hos pasienten, vil han lettare få trua på seg sjølv. Då er han betre rusta til å meistre kvardagen sin som diabetikar.

**Nøkkelord:** Meistring, ernæring, diabetes mellitus type 2, polikli

## **Abstract**

**Title:** Self-management among diabetic patients.

**Background:** Independent of where you work as a nurse, you will most probably meet patients with the diagnosis Diabetes Melitus type 2 (DM2). With this as a starting point, the purpose of the assignment is to increase the level of knowledge, so that I as a newly qualified nurse can acquire the necessary knowledge of how I as a nurse can promote self-management among patients with DM2.

**Thesis question:** «How to contribute to promote self-management among patients with Diabetes Melitus?»

**Method:** To clarify the issue of the assignment a literature study has been used. The choice of method has been done to provide good data and add professional weight.

**Short summary and conclusion:** The findings show that the nurse creates good relation to the patient through good way of being, good communication, acknowledge, empathy and by acting respectfully towards the patient. In this way, trust is created so that the patient feels safe and can trust the nurse. He can open up and show vulnerability. This can in turn lead to the nurse receiving necessary information to be able to map the nutritional status of the patient. In addition, the nurse ensures that the patient has received adequate information, so that the nurse contributes to increasing the level of knowledge and promotes the patient's self-management. If the nurse can promote the patient's belief in self-efficacy, he will more easily believe in himself. Then he is better equipped to his everyday life as a diabetic.

**Keywords:** self-management, nutrition, diabetes mellitus type 2, outpatient clinic.

## Innholdsfortegnelse

1	Innleiing .....	6
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	7
1.2	Problemstilling.....	7
1.3	Avgrensing og presisering .....	7
1.4	Avklaring av omgrep og definisjonar .....	8
2	Metode .....	9
2.1	Søkjeprosess .....	9
2.2	Anna litteratur .....	9
2.3	Primærkjelde og sekundærkjelde.....	10
2.4	Kjeldekritikk.....	10
2.5	Etisk vurdering.....	11
3	Teori.....	12
3.1	Diabetes mellitus type 2.....	12
3.2	Meistring .....	13
3.3	Meistringstru .....	13
3.4	Stress og meistringsstrategi .....	14
3.5	2.9 Relasjonsbygging og kommunikasjon.....	15
3.6	Kosthaldskartlegging og ernæringskomponentar .....	16
3.7	Sjukepleie teori.....	17
4	Funn.....	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.....	21
5	Drøfting.....	22
5.1	Korleis ein sjukepleiar kan skape kontakt med pasienten. ....	22

5.2	Kartlegging av kosthaldsvanar.....	24
5.3	Kunnskap er viktig for å mestre.....	25
5.4	Å fremje trua på seg sjølv kan gjere kvardagen betre.....	27
6	Konklusjon.....	28
7	Kjeldeliste .....	30
8	Vedlegg.....	34
8.1	Vedlegg 1 – PICO-skjema.....	34
8.2	Vedlegg 2 - Oversikt over søk.....	34
8.3	Vedlegg 3 – Litteraturmatrise.....	35

## 1 Innleiing

Oppgåva mi handlar om korleis sjukepleiar kan fremje meistring hos pasientar som har livsstilssjukdomen diabetes mellitus type 2 (DM2). Ein reknar med at ca. 260 000 - 280 000 personar lever med kjent diabetes i Norge i 2020. I tillegg er det ytterlegare ca. 60 000 personar som ikkje er diagnostisert (Iversen et. al, 2022, s. 531). Den Nasjonale diabetesplanen (2017) har som overordna mål å forbetre helse- og omsorgstenestearbeidet ved å førebyggje, følgje opp og behandle personar med diabetes. Eit av tiltaka som kjem fram i planen, er å auka meistring og betre eigenbehandling. DM2 skuldast ofte både insulinmangel og at insulinet har dårleg verknad. Tilstanden behandlast med både justering av kosthald, mosjon, vektreduksjon og eventuelt blodsukkersenkande tablettar eller insulin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 1).

Sjukepleiarar møter pasientar med diabetes både i sjukehus, sjukeheim og i heimesjukepleien. Sjukepleie i møte med pasientar som har DM2, handlar om å styrke pasienten sin ressurs til eigen meistring. Dermed bør sjukepleiar sin informasjon og rettleiing omhandle blant anna kunnskap om sjukdommen og kosthald. Vidare vil det vere viktig at sjukepleiarar er støttande og kan gje god rettleiing for at pasientar best mogleg kan meistre kvardagen sin (Iversen et al., 2022, s. 547). På diabetesforbundet (u.å.) si nettside kan pasientane søkje etter lokallag i området der dei bur. Lokallaget kan gje råd og god støtte, samt at pasientane kan verte kjent med andre diabetikarar og delta på kurs, møte m.m.

I tråd med rammeplanen er det utarbeidd nasjonale retningslinjer for diabetes. I retningslinjene ligg det døme på opne spørsmål som kan nyttast i dialog med pasienten for å få fram mest mogleg informasjon. Ved bruk av dei kan ein som sjukepleiar leggje til rette for å fremje meistring best mogleg hos pasienten (Helsedirektoratet, 2016). Rammeplanen for sjukepleieutdanninga (2008) legg vekt på å utdanne sjukepleiarar til å fremje helse. Sjukepleiestudentane skal etter ferdig utdanning ha fagleg kunnskap om korleis skaffe seg innsikt i sjukdom sin innverknad på menneska og sjukdommen sin betydning for meistring. Kontinuitet i observasjon av pasienten er sentral i all sjukepleieutøvelse (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-6).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Uavhengig av kor ein skal jobbe som sjukepleiar, vil ein mest truleg treffe på pasientar med sjukdomen DM2. Eg skal ut i arbeidslivet som nyutdanna sjukepleiar frå januar neste år. I denne samanheng vil eg bruke bacheloroppgåve mi til å tileigne meg kunnskap om denne kroniske sjukdommen, og spesielt korleis ein som sjukepleiar kan fremje meistring til pasientar med DM2. Dette håper eg vil føre til at eg blir meir rusta til å stå i ein vanskeleg behandlingssituasjon med diabetespasientar. Eg opplevde at mange av pasientane som eg møtte på under praksisperiodane mine, synest det har vore utfordrande med endring i kosthaldet. Mange av pasientane var overvektige, og mange av dei hadde levd eit langt liv med eit kosthald som inneheld mykje feitt og karbohydrat. Dei fleste i denne pasientgruppa er godt vaksne når dei får påvist sjukdommen, i tillegg har fleire av pasientane eit samansett sjukdomsbilde. Det kan verte overveldane for mange av dei når dei i tillegg og må endre på eller avgrense kosthaldet for å oppnå eit stabilt blodsukker. Mange av pasientane har kanskje brukt kosthaldet som ein strategi for å takle andre utfordringar som har oppstått langs vegen, der dei har brukt mat til å kjenne på ein slags lykkerus. Difor trur eg at som sjukepleiar er det viktig å ha kunnskap om riktig kosthald. Samstundes trur eg at det blir lettare for sjukepleiaren å fremje meistring hos pasienten, dersom relasjon er basert på respekt og tillit. Vidare kan ein leggje føring for at pasienten tek eigne val, set seg mål og kan stå rusta i å ta ansvar for eigne val.

## 1.2 Problemstilling

**«Korleis bidra til å fremje meistring hos pasientar med diabetes mellitus?»**

## 1.3 Avgrensing og presisering

Oppgåva avgrensast til vaksne pasientar, som har DM2 og som vert behandla i spesialisthelsetenesta poliklinisk. Fokuset primært vil vere korleis ein som sjukepleiar kan bidra til at pasienten meistrar å ta i bruk informasjon og rettleiing rundt ernæring, som er

viktig for å oppnå stabilt blodsukker. Eg avgrensar til det helsefremjande perspektivet i sjukepleie. For å avgrense oppgåva sitt omfang kan eg ikkje gå inn på dei ulike diabetes typane. Difor har eg ikkje tatt med diabetes mellitus type 1, svangerskaps diabetes, LADA, MODY og nyfødt diabetes i oppgåva. Eg kan heller ikkje gå i djupna av fysiologien rundt DM2, i tillegg vil farmakologi vere utelukka frå oppgåva. Dei fleste pasientar har pårørande, og mange av dei pårørande kan synast det er utfordrande og ei påkjenning å vere tett på ein som har DM2. Men eg har valt å sjå bort frå pårørande i mi oppgåve sjølv om dei kan vere viktige bidragsytarar for at pasienten skal meistre sjukdomen.

#### 1.4 Avklaring av omgrep og definisjonar

**Ernæring:** Det handlar om effekten av inntak av mat- og drikkevarer. Ernæring omfattar behova for energi og andre næringsstoff og korleis næringa fordøyast og vert omsett gjennom fysiologiske og biokjemiske prosessar i celler og vev i kroppen (Ditlefsen, A. & Svihus, B., 2022).

**Poliklinikk:** Er definert som ein helseinstitusjon som behandlar pasientar utan at dei er innlagt på sengepost (Braut, 2022).

**Diabetes mellitus type 2 (DM2):** Definisjonen av diabetes er lik for alle former av diabetes. Når blodsukkeret er over eit gitt nivå har ein diabetes. Dersom glukoseverdien i blodet er 48 mmol/mol eller høgare, fastande glukose er over 7 mmol/L eller høgare enn 11,1 mmol/L to timar etter enn oral glukosebelastning blir ein diagnostisert med diabetes (Jensen, 2022, s. 387).

**Meistring:** Meistring som begrep er det ikkje ein eintydig definisjon på. Eit fellestrekk synast å vere at meistring inneber strategiar for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenningar og følgje av slike påkjenningar. Slike meistringsstrategiar er altså personlege og kan vere meir eller mindre hensiktsmessige med tanke på å ivareta si eiga helse (Eide & Eide, 2017, s. 48).



## 2 Metode

Eg har valt å gjere ein litteraturstudie for å belyse problemstillinga fordi denne metoden vil gje gode data og tilføre fagleg tyngde. Ein litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå fleire skriftlege kjelder, noko som inneber at ein samlar litteratur, gjennomgår den med eit kritisk blikk og til slutt samanfattar funna (Dalland, 2020, s. 51).

Hensikta med dette er å gje ein oppdatert og god forståing av kunnskapen denne problemstillinga spør om og vise korleis denne kunnskapen har komme fram (Thideman, 2020, s. 78)

### 2.1 Søkjeprosess

Det første trinnet i søkjeprosessen var å lage eit PICO-skjema (vedlegg nr. 1). Formålet med dette var å kunne dele opp problemstillinga og gjere den meir strukturert og presis. Då ville eg lettare finne ut kva eg leita etter og gjere søkjet meir presist, og resultatata meir relevante (Thidemann, 2020, s. 85).

I andre trinn i søkjeprosessen skreiv eg først opp ord som eg tenkte var relevante (vedlegg nr. 2), «ernæring», «diabetes mellitus type 2», «meistring» og «sjukepleiar». Eg tok i bruk «ordnett» og «svemed+» for å finne fleire synonym. Det er utført søk i «EBSCO» 18.10.22, 24.10.22 og 25.10.22 og avgrensa til søkjesbasane «Acedemic!», «Cinahl» og «Medline». Denne avgrensinga vart gjort grunna at desse søkjesbasane er kjent for å ha mykje sjukepleieforskning av god kvalitet. Det vart og utført søk i «Oria» med same avgrensing som i dei andre database søkja. Det var mange treff på søkja, og eg brukte mykje tid på å gå gjennom resultatata. Eg valde berre å lese abstrakta som hadde relevant tittel. På denne måten fann eg forskning som kunne vere med på å belyse problemstillinga mi.

### 2.2 Anna litteratur

Anbefalt litteratur frå Høgskulen på Vestlandet(HVL) er det som finst i læreplanen, og det er nærmast all litteratur i form av lærebøker og pensum. «Oria» er søkjesbasen eg har brukt for

å søkje fram denne litteraturen. Bøkene er føretrekte fordi dei er ein del av pensum eller anerkjent teori. Alle bøkene som er nytta, bortsett frå 2 stykke blir per i dag brukt i grunnutdanning for sjukepleie. Eg har valt å vektleggje den nyaste utgåva av alle bøkene. Eg har valt tre bøker som er sett frå eit sjukepleie perspektiv, fordi det vil vere med å styrke problemstillinga mi. Teorien som er brukt er henta frå «Klinisk sykepleie 1», «Sykdom og behandling», «Kommunikasjon i relasjon», «Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis», «Psykisk lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming» «Mellommenneskelige forhold i sykepleie», «Self-efficacy: The exercise of control».

### 2.3 Primærkjelde og sekundærkjelde

Primærkjelde er den opprinnelege utgåva av ein tekst eller seinare opptrykk av den same (Dalland, 2020, s. 156). Primærkjelder som er brukt i oppgåva er Travelbee og Bandura. Dette kan vere ein styrke for oppgåva, sidan eg tolkar den opprinnelege teksten. Teksten til Bandura er skriven på engelsk, og det kan vere ein svakheit for oppgåva, fordi omsetjinga kan ha blitt feil, og dermed kan teorien ha blitt feiltolka.

Sekundærkjelde kan vere ei omsett utgåve av den primære kjelda eller ein omtale av denne (Dalland, 2020, s. 156). Eg har brukt sekundærlitteratur i oppgåva. Det kan vere ein svakheit for oppgåva, men det er føretrekt fordi det har spart meg for tid. Sidan mange av sekundærkjeldene er på engelsk, kan det ha ført til feiltolking når eg har omsett teksten til norsk.

### 2.4 Kjeldekritikk

Når ein er kritisk til kjelder som blir brukt, oppnår ein best mogleg kvalitet og relevant kunnskap til å belyse problemstillinga med (Dalland, 2020, s. 152). Ved den litteraturen som er nytta er det både styrker og svakheiter. I oppgåva har eg nytta 3 kvalitative studiar, 1 kvantitative studiar, og 1 litteraturstudie beståande av både kvalitativ og kvantitativ design. Dei kvalitative studiane valde eg fordi dei gjev kjennskap til meiningar og erfaringar hos pasientar med DM2 (Dalland, 2020, s. 54). Styrken med intervju er at dei kan gje rike data og seie noko om korleis det faktisk er å mestre DM2. Djupneintervju med desse pasientane kan få fram relevante erfaringar for å belyse problemstillinga eg har valt. Svakheita med

intervjua kan vere at dei berre tek for seg bestemte spørsmål, og at det vil vere ein avgrensa del av pasientar med DM2 som blir intervjua. I dei kvalitative studiane som er med i oppgåva er det variasjon i deltakelsen. I 2 av studiane er det 11 og 13 deltakarar, i den tredje studien er det 27 stykke som deltek. Resultatet vil nødvendigvis ikkje vere representativt generelt for pasientar som lever med DM2. Den kvantitative studien valde eg fordi dei har fordel av å gje data i form av målbare einingar, og gjev ein samanheng mellom diettkvalitet og glykemisk kontroll (Dalland, 2020, s. 54). For å sikre kvaliteten på studiane vart det brukt sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative- og kvantitative studiar, henta frå Kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016).

Eg søkte berre etter forskning som var utført i perioden 2016 - 2022, fordi det vil styrke relevansen sidan dei er av nyare dato. Eg søkte etter forskning i Europa og England fordi det er land som ikkje skil seg for mykje frå Norge sin levemåte og kultur. Likevel valde eg å ta med 2 studiar utanom desse kriterier. Den eine er utført i Brasil og den andre er frå år 2015. Desse vart valde fordi eg tenkjer dei er relevante for å belyse problemstilling mi. Alle artiklane er skrivne på engelsk. Dette kan gjere at eg har tolka eller oppfatta innhaldet i artiklane heilt eller delvis feil. Alle artiklar eg har valt følgjer IMRAD-prinsippet, som er ein måte å strukturere artiklane på for raskt å kunne finne ut både hensikt, metode og funn. IMRAD står for «Introduction» «Methode», «Results» And «Discussion». Dette gjer at artiklane framstår pålitelege (Nortvedt et al., 2012, s. 69; Dalland, 2020, s. 157). I tillegg er artiklane fagfellesvurderte, og henta frå forskjellige tidsskrifter. Dette har eg gjort fordi at då er forskingsartiklane anerkjente, vurderte og godkjente av 2-3 anonyme ekspertar (Utdanningsforskning.no, 2016).

## 2.5 Etisk vurdering

Eg har brukt referansetil frå APA 7, som er anbefalt frå HVL. Dette har eg gjort for å få fram kven sine poeng eller meiningar som kjem fram i teksten slik at dei ikkje framstår som mine egne. Samstundes bør artiklar som er tatt med i oppgåva følgje etiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen og komitésystemet er eit døme på etiske retningslinjer. Dette er med på å beskytte menneske som deltar i forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene,

2014). Det kjem tydleg fram i 1 av artiklane at det er brukt Helsinkideklarasjonene. Resterande artikkelar blir det forklart korleis behandling og rekruttering av data har føregått.

## 3 Teori

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget skal bidra til å gje innblikk i dei aspekta som problemstillinga omfattar. I dette kapittelet presenterar eg fagkunnskap om diabetes og sjukepleiaren si rolle i møte med pasienten, samt korleis skape kontakt med pasienten og skape meistringstru. I tillegg omtalast relevante lovverk.

### 3.1 Diabetes mellitus type 2

DM2 førekjem oftast frå 40 åra og oppover. Sjukdommen er aukande og har ein samanheng med arv og livsstil. Amylin frigjerast i lag med insulin og blir produsert i langerhanskøyane i bukspyttkjertelen. Når det vert opphoping av amylin, slik ein ser ved DM2, resulterer det i celledød for betacellene. Det blir og laga for mykje glukagon i langerhanskøyane ved DM2. Dette vil føre til meir produksjon av glukose i levera, og dermed stig blodet sitt glukoseinnhold. Høgt blodsukker ved DM2 er underskot av insulin og overskot av glukagon (Jensen, 2022, s. 392).

Det som kjenneteiknar DM2 er varierende grad av insulinresistens og relativ insulinmangel. Dermed vil det føre til reduksjon av insulin i blodet og opptak av glukose i musklar og vev i kroppen, og det vil ikkje vert tilstrekkeleg med glukose tilførsel inn i cellene (Iversen et al. 2022, s. 532). Insulin verkar som ein nøkkel inn til cellene slik at glukose kan kome seg inn for å starte produksjon av energi (Sand et al., 2019, s. 241). Behandling for DM2 er både å holde blodsukker, blodtrykk og blodlipider under kontroll. Når tiltak som er lagt til rette for å opprettholde denne kontrollen ikkje har effekt åleine, må ein leggje til medikament (Jensen, 2022, s. 393). Det kan og oppstå komplikasjonar ved denne sjukdommen. Organa som kan bli ramma er auge, nyrer, nervetrådar, hjartet, hjernen og beina (Jensen, 2022, s. 394).

## 3.2 Meistring

Meistring handlar om korleis ein møter ulike utfordringar som er belastande i den aktuelle livssituasjonen. Det kan og oppfattast som summen av indre ressursar og den enkelte handling for å kontrollere ytre krav og konflikt (Tveiten, 2018, s. 238). I tillegg handlar det om tilgang på ressursar, kunnskap, ferdigheiter, sosiale ressursar, hjelparar, utstyr og evne til å utnytte dette (Tveiten, 2018, s. 238). Empowerment kan forståast som eit rammeverk for helsefremjing. Hovudprinsippa i denne strategien er å omfordele makt frå til dømes sjukepleiar til pasient. Hensikta med maktomfordelinga vil vere å styrke pasienten sine enkelte ressursar, ubundenskap og tru på seg sjølv. Det er tre sentrale prinsipp i empowermentttenkjinga - pasienten er ekspert på seg sjølv, medverking og maktomfordeling. Difor kan empowerment vere eit rammeverk for helsefremjing (Tveiten, 2018, s. 239). Så prinsippa anerkjenning av pasienten sin kompetanse på seg sjølv, medverking og maktomfordeling blir sentrale i empowermentttenkjinga og har ei stor betydning i møte med pasienten. Samstundes er det viktig å hugse på at i empowermentprosessen er det to ekspertar. Det er sjukepleiar som er ekspert på det faglege, medan pasienten er ekspert på seg sjølv. I tillegg skal desse to partane samarbeide. Difor er det viktig at pasienten medverkar til prosessen like mykje som sjukepleiaren. Og når pasienten blir spurt, blir lytta til og tatt på alvor oppnår ein brukarmedverking (Tveiten, 2018, s. 242).

Retten til å få ei autonom avgjerd respektert er både ein etisk og ein juridisk rettighet. Pasienten sin rett til å medverke og bli informert er også nedfelt i lovs form (Brinchmann, 2021, s. 89). Pasienten har rett til å medverke ved val mellom tilgjengelege og forsvarlege tenesteformer og undersøkjelse- og behandlingsmetodar. Medverkinga si form skal tilpassast kvart enkelt individ si evne til å gje og å ta i mot informasjon. Pasienten skal og ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og innhaldet i helsehjelpa (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-1 & 3-2).

## 3.3 Meistringstru

Meistringstru handlar ikkje berre om å ha kontroll på eigne handlingar og omgjevnadar, men og det å kunne kontrollere eigen tankeprosess, motivasjon og fysiologiske emosjonar (Bandura, 1997, s. 36). I følge Bandura (1997) er meistringstru ein svært viktig faktor for at menneska skal klare å oppnå mål som er sett.

Bandura (1997) trekkje fram nokre faktorar som aukar meistringstrua til eit menneske:

- **Ytelseserfaring** – Dette er den faktoren som påverkar meistringstrua i størst grad (Bandura, 1997, s. 80). Både dei suksessrike og dei mislukka meistringserfaringane blir lagra i hukommelsen, slik at dei seinare kan påverke meistringstrua (Bandura, 1997, 80-81).
- **Andre sine suksessar** – Å sjå andre som lukkast er og ein viktig faktor til å oppnå betre meistringstru (Bandura, 1997, s. 87). Personen som ser, vil då kunne overtale seg sjølv til å tru at ein er kapabel til å gjere det same eller få til ein betre prestasjon (Bandura, 1997, s. 399).
- **Tilbakemelding** – Å få positiv tilbakemelding eller oppmuntrande kommentarar påverkar menneska si meistringstru. Å få positiv tilbakemelding på jobben eller på oppgåva som er gjort, vil få menneska til å yte større innsats og bevare denne, dersom oppmuntringa er reell (Bandura, 1997, s. 101). Det bør samtidig vere rom for å komme med tilbakemelding som ikkje er positiv, men som har til hensikt å hjelpe personen med å utvikle seg (Bandura, 1997, s. 101).

### 3.4 Stress og meistringsstrategi

Gonzales (2020) trekkjer fram at ein ny livssituasjonen for eit menneske kan føre til stress. Stress oppstår når individet manglar evner til å tilpasse seg situasjonen, eller når vedkommande vurderer eigen moglegheit til å meistre situasjonen som utilstrekkeleg. Stress set i gong ein fysiologisk stressreaksjon i kroppen. Dette fører til utskilling av adrenalin, noradrenalin og kortison. Dermed må kroppen auke energinivået, og energien blir produsert av glukose (Samdal et al., 2017, s. 7). Individet kan då ta i bruk emosjonell strategi. Den

kjenneteiknast av at personen har eitt overordna mål: å redusere den ubehagelege følelsen, som har oppstått grunna den endra livssituasjonen. Individet vil kunne forsøke å unnvike, unngå eller flykte frå det som er vanskeleg. Det sentrale for sjukepleie då vil vere å hjelpe og støtte pasienten i den vanskeleg livssituasjon (Gonzales, 2020, s. 48-49).

### 3.5 2.9 Relasjonsbygging og kommunikasjon

Korleis kvaliteten på ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient er, vil vere avgjerande for korleis pasienten tolkar det som blir sagt av sjukepleiar. Har ein klart å skape ein trygg relasjon, kan til dømes kritiske kommentarar frå sjukepleiar oppfattast av pasienten som omtanke og hjelp (Røkenes & Hansen, 2012, s. 178). Pasientar som er i kontakt med sjukepleiarar er mest truleg i ein sårbar situasjon. Derfor kan sjukepleiar som fagperson ramme noko av det mest sentrale i ein annan sitt liv, nemleg sjølvfølelsen. Dette kan føre til at pasienten føler seg dum, skamfull m.m. (Røkenes & Hansen, 2012, s. 179).

Røkenes & Hansen trekkjer fram tre forhold, som har betydning for å skape ein god relasjon:

**Veremåte** - Pasientar vurderer helsepersonell og vurderer utfallet av relasjonen utifrå korleis helsepersonellet sin opptreden er. Og dei har ein del punkt som blir viktige for sjølve relasjonen. Til dømes om vi har passande klede og utsjånaden vår. Om handtrykket vårt er prega av likegyldigheit, uro eller tryggleik og venlegheit. Korleis kroppsspråket vårt er. Er ein fokusert på pasienten og lyttande. Er ein levande, spontan og ekte i mimikk, stemmebruk, blick og gestar. Korleis er kommunikasjonen osv. (Røkenes & Hansen, 2012, s. 180-181).

**Empatisk** - Når ein set seg inn i følelsen til den det gjeld, som det skulle vere sin eigen følelse er ein empatisk. Men det er samstundes viktig å ikkje verte bunden opp eller fanga i den. Empati kan og brukast som ein forskingsmetode, som skal gje oss tilgang til noko som ikkje er observerbart, nemleg den andre sine indre opplevingar og følelsar (Røkenes & Hansen, 2012, s. 181-182). Dette kan føre til at ein pasient opplever det heilt annleis når opplevinga hans blir forstått innanfrå empatisk av ein hjelpar, enn når den same opplevinga blir møtt utanfrå med ein forklaring (Røkenes & Hansen, 2012, s. 181-182).

**Anerkjent** - Pasienten kan oppleve seg empatisk forstått, men ikkje nødvendigvis akseptert, anerkjent, bekrefta, validert og respektert. Kanskje føler pasienten det motsatte, fordømt. Difor vert det viktig at sjukepleiaren bekreftar, validerar og anerkjenner sjølvopplevinga til pasienten. Då kan ein unngå at pasienten kjenner på skamfølelse, skuld og føler seg full av feil (Røkenes & Hansen, 2012, s. 190-191).

Tillit og mistillit vil vere sentralt for å avgjere kvaliteten på relasjonen. Det er og det grunnleggjande i ein mellommenneskeleg kommunikasjon. For at helsepersonell skal vise tillit til ein pasient vil sjukepleiar måtte gje frå seg makt, sleppe kontrollen og ta risiko. Det vil seie at helsepersonell nærmar seg noko ubestemt, noko ein enno ikkje veit korleis artar seg. Det å bli vist tillit til vil vere å verte invitert inn på eit området der ikkje alt på førehand er bestemt, der ein må ta ein viss risiko, og der ein ikkje har heilt den same kontrollen ein hadde før. Tillit kan føre til at pasienten viser meir sårbarheit, og då kan sjukepleiar få ut meir informasjon frå pasienten. Samstundes som det vil representere ei etisk fordring om å ikkje misbruke den makta som ligg i ein slik tillitsrelasjon (Eide & Eide, 2017, s. 26). Vidare vil det vere viktig at sjukepleiaren viser respekt for pasienten sin sjukdom, erfaringar, identitet og val. Grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for det enkelte menneskets liv og ibuande verdigheit. Og å respektere pasienten sin integritet og ikkje utnytte pasienten sin sårbarheit (Norsk Sykepleieforbund, u.å.).

### 3.6 Kosthaldskartlegging og ernæringskomponentar

For pasientar som har fått påvist DM2 vil det vere viktig å gjere ei kosthaldsendring. Det kan føre til at pasienten får kontroll på blodsukkeret sitt. Normalt kosthald er det som er ynskjer, men redusere sukker- og feittinnhald. Den langsiktige planen for kosthaldsendring er å førebyggje seinkomplikasjonar (Iversen et al., 2022, s. 547).

Det første ein sjukepleiar bør starte med i møte med ein pasient som har diabetes, er å kartleggje pasienten sine kostvanar. Sjukepleiaren bør bruke god tid på å lage ein kostanamnese. Det vil vere ynskjeleg å få fram kor mange måltid pasienten et dagleg, og kor tid på døgnet desse måltida blir etne. Vidare om det er forskjell på kvardagar, helge -og



heilagdagar. Det bør kartleggjast kva måltida inneheld, korleis dei er samansette med tanke på karbohydrat, feitt og protein og kor store mengder av ulike mat typar måltida består av. I tillegg få oversikt over størrelsen på måltida og eventuell snacks (Iversen et al., 2022, s. 547-548). Det er anbefalt å ete 3–4 små hovud måltid per dag - med opptil 3 mellommåltid. Det er viktig å velje lette produkt, som inneheld mindre karbohydrat og feitt. I tillegg bør største delen til dømes på middagstallerken bestå av grønnsaker, deretter potet, pasta eller ris og det bør bestå minst av kjøtt eller fisk. Dersom ein klarar å oppnå adekvat kosthaldsendring kan det føre til at kroppen sjølv klarar å handtere glukosen med eigen insulin produksjon (Iversen et al., 2022, s. 549).

Kosthaldet som er anbefalt hos pasientar med diabetes, er eit plantebasert kosthald med grønnsaker, frukt, belgvekstar, fullkornprodukt og eit avgrensa inntak av metta feitt, sukker, raudt kjøtt og salt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 10). Karbohydrat bør dekkje 45-50 % av det daglege energi behovet. Karbohydrata bør vere langsamt nedbrytande polysakkaridar som kjem frå grove kornprodukt med høgt fiber innhald. Vidare bør ikkje feittinntaket overstige 30-35 % av totalt energiinntak. Protein er anbefalt eit normalt inntak på 10-20%. (Iversen et al., 2020, s. 548).

### 3.7 Sjukepleie teori.

Eit av sjukepleien sitt mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet til å meistre sjukdom. Ein av sjukepleiaren sin måte å hjelpe sjuke menneske på er å bistå dei med å meistre sjukdom som erfaring. Sjukepleiar gjer det ved å etablere ein tilknytning til den sjuke. På den måten kan personen føle seg forstått og ikkje føle seg åleine. Sjukepleiar viser ved sine handlingar at ynskjet er å hjelpe den sjuke - ikkje fordi personen er sjuk og skal ha pleie, men fordi personen er seg sjølv og ingen andre (Travelbee, 2001, s. 35). Den sjuke har holdningar og følelsar overfor sjukdommen. Skal sjukepleiar kunne hjelpe den sjuke, er det absolutt nødvendig at sjukepleiaren set seg inn i korleis personen sjølv oppfattar sjukdomen sin (Travelbee, 2001, 36).

Kommunikasjon oppstår mellom sjukepleiar og den som skal ha omsorg, både når dei har samtalar og er stille (Travelbee, 2001, s. 135). Kommunikasjon kan sjåast på som ein prosess

for overføring eller deling av tankar og følelsar. Men ein delar ikkje noko meningsfullt med andre før ein er relativt sikker på at det er blitt mottatt av den andre, og ikkje ignorert, avvist, nedvurdert eller latterleggjort (Travelbee, 2001, s. 137). Når ein brukar opne utsegn eller spørsmål som til dømes «Og så...», «Du sa at...» «Og etterpå..» vil det fungere som «brubyggjarar». Det vil ikkje blokkere kommunikasjonen, men heller bidra til at den andre snakkar vidare (Travelbee, 2001, s. 154).

## 4 Funn

I dette kapitlet vil eg presentere hovudfunna og resultatata av dei fem forskningsartiklane eg har med i oppgåva.

### 4.1 Artikkel 1

**«Diet quality and glycemic control in patients with type 2 diabetes».**

**Forfattar:** Antonio P. J., Sarmiento, R. A., & de Almeida, J. C. (2019).

**Metode/hensikt/målgruppe:** Det er brukt ein kvantitativ design, hensikta er å evaluere samanhengen mellom diettkvalitet og glykemisk kontroll. Studien bestod av 229 deltakarar med DM2 og som deltok poliklinisk i Brasil. Deltakarane hadde 10 års erfaring med diabetes.

**Funn/resultat:** Eit av funna studien viser til, er at pasientar med god diettkvalitet hadde betre odds for positiv glykemisk kontroll. Pasientar med lågare kvalitet på dietten hadde nesten tredobla odds for dårlegare glykemisk kontroll enn pasientar med god diettkvalitet. Og det kjem fram i diskusjonen at individualisert ernæringsterapi gitt av ein kosthaldsekspert fører til reduksjon frå 0,5 % til 0,3 % i serumverdiar på HbA1c.

### 4.2 Artikkel 2

**«Salutogenic model of health to identify turning points and coping styles for eating».**

**Forfattar:** Polhuis, V. L., Soedamah-Muthu, S. S., & Koelen, M. A. (2020).

**Metode/hensikt/målgruppe:** Studien har brukt ein kvalitativ metode. Den tek sikte på å forstå kvifor og korleis kosthaldsvanar utviklast gjennom eit livsløp, ved å undersøkje innflytelsesrike livserfaringar og vendepunkt i forhold til kosthaldsvanar hos personar med diabetes type 2.

**Funn/resultat:** Studien viser at vendepunkt for å velje usunn ernæring, var opplevingar som forstyrra deltakaren sin emosjonelle stabilitet. Vendepunkt for sunnare kosthald var erfaringar som i betydeleg grad endra deltakaren sitt syn på livet. I tillegg førte endring av kosthald til at deltakaren reflekterte over effekten av dagens ete vanar og på sine helse- og livsmål i framtida.

#### 4.3 [Artikkel 3](#)

**«A nurse-led interdisciplinary approach to promote self-management of type 2 diabetes: a process evaluation of post-intervention experiences».**

**Forfattar:** Whitehead, L. C., Carter, M. T., Maskill, J. D., Carlyle, V.R., Bugge, C. & Framton, C. M. A. (2017).

**Metode/hensikt/målgruppe:** Det er brukt kvalitativ design. Det deltok 27 vaksne personar. Det var både kvinner og menn med ulike erfaringar av å leve med DM2. Formålet var å utforske bruken av kvalitativ design for å avdekke effekten av intervensjonar som kan forbetre sjølvstyring.

**Funn/resultat:** Funna i studien viser at pasientar som fekk individuell opplæring hadde ei betring i blodsuktermålinga etter 6 månadar. 2/3 av deltakarane beskreiv aukande kunnskap i forhold til spesifikke område av diabetesbehandlinga, som det mest verdifull aspektet av intervensjonen. Dette var kunnskap som var relatert til sjukdommen, konsekvensane av diabetes og handtering av diabetes. Det å få auka kunnskapsnivå var med på å auke

sjølvtiliten. Vidare opplevde 13 stykke endring i kosthaldet. Det sunne kosthaldet relaterte dei til dømes til reduksjon av karbohydrat. 3 av deltakarane opplevde vektneidgang ved å endre på kostholdet sitt. Vidare var det 2/3 som beskreib kor vanskeleg og frustrerande det var med kosthaldsendringa. Dei fleste var klar over kva dei burde ete, men rapporterte dårleg sjølvkontroll og problem med å unngå visse matvarer. Dette var spesielt vanskeleg i sosiale settingar der dei laga måltid og-/eller åt måltid ilag med andre.

#### 4.4 Artikkel 4

**«Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study».**

**Forfattar:** Garsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A. & Olsson, G. (2018).

**Metode/hensikt/målgruppe:** Kvalitativt design. Det var delt inn i to grupper, ei gruppe med ingen eller lite erfaring med diabetes og ei gruppe med erfarne vaksne. Studien ville identifisere utfordringa knytt til sjølvstyring blant desse to gruppene.

**Funn/resultat:** Funna viste at utfordringar til sjølvstyring var knytt til forståing, utvikling av ferdigheitar og evne og mobilisering av personleg styrke. Utfordringa med forståing av sjølvstyring var baserte på helsespørsmål om kva sunn livsstil medførte. Helseproblem var knytt til usikkerheit rund til dømes korleis mat påverkar blodsukkernivået, og å anerkjenne at diabetes er ein kronisk sjukdom. Problem var og knytta til å forstå korleis blodsukkernivået og dagleg rutinar påverkar kvarandre. Begge gruppene diskuterte utfordringa med å lære å vere kritiske og selektive i val av relevant informasjon om mat eller korleis ein balanserer blodsukkernivået. Å finne, velje og vurdere informasjon frå dei mange tilgjengelege kjeldene var utfordrande. Begge gruppene trengte å lære å vere kritiske når dei leste ingredienslista på matvarer både i daglegvarebutikk og på menyen på restaurant. Vidare var sunn livsstil utfordrande for begge gruppene. Utfordringane gjekk på å lære seg å planleggje måltid og utvikle regelmessige og sunnare matvane og å velje sunnare produkt i butikken. Dei ville heller ha informasjon frå diabetessjukepleiar om kva dei kunne ete, i staden for kva dei ikkje kunne ete. Sjølvtilitt var også nødvendig for å handtere diabetes.

Behovet for å mobilisere indre ressursar var spesielt knytt til å handtere andre forventningar. Dei opplevde utfordringar generelt i alle sosiale settingar der dei skulle dele eit måltid ilag med andre. Utfordringa gjekk på å velje sunne matretter, sjølv om der var tilgang på usunn mat som var meir freistande.

#### 4.5 Artikkel 5

##### «Effective Nurse Communication With Type 2 Diabetes Patients: A Review».

**Forfattar:** Mulder, B. C., Lokhorst, S. M., Rutter, G. E. H. M., & Van Woerkum, C. M. J. (2015).

**Metode/hensikt/målgruppe:** Det er ein strukturert litteraturgjennomgang, som inneheld både kvalitativ og kvantitativ design. 13 studiar beskriv kommunikasjon mellom sjukepleiar og DM2 pasientar. 17 studiar beskriv effekten av kommunikasjons metoden i ein sjukepleiekonsultasjon med DM2 pasientar. Målet var å kategorisere vanlege barrierar for sjukepleie-pasient kommunikasjon. Og å vurdere potensielt effektive kommunikasjonsmetodar.

**Funn/resultat:** I alle dei 13 studiane som er tatt med i denne studien, er det erkjent at rota til problemet med å ha DM2 gjev pasienten ei livslang utfordring med å oppretthalde glykemisk kontroll ved å følgje retningslinjer for helseåtferd. Det er vanskeleg for pasienten å endre inngrodde livsstils mønster, og dermed er det vanskeleg for sjukepleiar å rettleie desse pasientane til åtferdsending og handtere motstanden deira. Spesifikke barrierar for effektiv kommunikasjon under konsultasjonar er den fysiske undersøkinga, sjukepleiaren sin manglande kommunikasjonsevne eller mangel på tillit til desse ferdigheitene, sjukepleiar sitt tap av motivasjon og sjukepleier si oppleving av rollekonflikt.

Konsekvens av kommunikasjonsbarrierar for sjukepleiaren vil vere å ikkje få diskutere helseåtferd, eller det blir avgrensingar i kommunikasjonsferdigheiter. Og frå pasienten sitt perspektiv vil konsekvensane vere å ikkje bli overtalt, eller føle seg støtta til å endre åtferda

si. Det kan og føre til at sjølvtiliten ikkje aukar. Det vil heller ikkje bli avdekka bekymring, som kan føre til hindring av åtferdsending. Studien påpeikar at metodar for å auke meistringsfølelse hos pasienten blir lite bruk. Verbal overtalelse er oftast brukt. Medan sjølvevaluering, prestasjonar og pasienten sine erfaringar knapt blir tekne i bruk. Å dele opp åtferda i trinn og så sjølvovervake åtferda, var strategiar som oftast blei brukt for å oppnå endring i diettåtferd.

I ein pasient-sjukepleiar-relasjon vil autonomi fremjast ved støttande kommunikasjonsmønster, som er prega av empatisk interaksjon med pasient, og autentisk bekymring for pasienten sitt velvære og personlege situasjon. For det andre føler pasientane seg støtta når dei kan dele ansvaret for omsorga med medlemmer av helseteamet, og når ulike helsepersonell samarbeidar, til dømes gjennom koordinering av sjukepleie. For at pasienten skal oppnå å stå i sin diabetes kvardag, vil det vere viktig at dei jamleg får praktisk og emosjonell støtte frå ein sjukepleier som dei stoler på. Pasientane føler at dei kan stole på sjukepleiarar, når dei nærmar seg pasienten som eit unikt individ, ved å lytte og tru på pasienten. Då vil pasienten vere open med sjukepleiaren om problema og bekymringane sine. Dette kan føre til at pasientane vil ta ansvar for eigen helse. Regelmessig kontroll vil og sikre å oppretthalde og auke kunnskapen om diabetes og behandling. Dessutan kan sjukepleiar hjelpe og komme med tilbakemeldingar. Sjukepleiar sin støtte kan gje pasientar ressursar til å bli uavhengige eller autonom, slik at dei kan handtere sjukdommen sin.

## 5 Drøfting

Hensikta med dette kapitlet er å drøfte problemstillinga mi i lys av teori og forskning.

### 5.1 Korleis ein sjukepleiar kan skape kontakt med pasienten.

Korleis ein sjukepleiar går fram i kontaktetablering med pasientar kan på ulike måtar påverke korleis pasientane sjølv meistrar sjukdomen sin. Og i første konsultasjon på poliklinikken er det viktig at sjukepleiaren kjem raskt i gong med relasjonsbyggjing. Det er fordi pasienten skal kunne stole på sjukepleiaren. Dermed er det større sjanse for at sjukepleiaren hjelper

pasienten til å fremje meistring. I følgje Mulder et al. (2015) sin studie stolte pasienten på ein sjukepleiar som framsto lyttande og hadde tru på pasienten. Når sjukepleiar oppnår tillit er det lettare for pasienten å vise seg sårbar. I Travelbee (2001) sin sjukepleieteori er det viktig med tilknytning til pasienten. Dette kan sjukepleiaren oppnå gjennom sin veremåte. Pasienten vektlegg sjukepleiaren si tilnærming, verbale og non-verbale språk, framtoning og stemmebruk når han skal vurdere sjukepleiaren sin veremåte (Røkenes & Hansen, 2012, s. s. 181-182).

Under tilknytning til pasienten, kan det oppstå utfordringar. Manglande kontinuitet og sporadiske møter kan vere ein av dei. Eg erfarte sjølv når eg var i praksis i poliklinikk kor viktig kontinuitet var både for sjukepleiar og pasient. Og kor uheldig det var viss pasienten ikkje kom til same sjukepleiar, eller ikkje følte seg trygg med sjukepleiaren. I følgje Mulder et al. (2015) sin studie var regelmessige kontrollar med på å sikre og oppretthalde og auke kunnskap slik at pasienten lettare kunne meistre sjukdommen. Kunnskapsdepartementet (2008) skriver også at kontinuitet er viktig i all sjukepleieutøvelse.

Vidare bør sjukepleiar vise empati overfor pasienten for å skape god kontakt til pasient, slik at sjukepleiar kan hjelpe pasienten å meistre sin diabetes. I følgje Røkenes & Hansen (2012) sin teori oppstår empati når sjukepleiar sammen med pasient navigerer seg gjennom følelsane til pasienten. Då kan sjukepleiar få utforske indre opplevingar og følelsar, som ikkje kan observerast på utsida av pasienten. Sjukepleiar får tilgang på pasienten sine erfaringar, opplevingar, følelsar og måte å tenkje på. I tillegg vil pasienten oppleve å bli forstått innanfrå i staden for å bli møtt utanfrå med ei forklaring. Travelbee (2001) støtter teorien til Røkenes & Hansen om empati. Ho skriv at skal sjukepleiar vere støttande i meistringa, må sjukepleiar sette seg inn i pasienten sine følelsar overfor sin eigen sjukdom.

Pasienten kan føler seg empatisk forstått, men det er ikkje sikkert at han føler seg akseptert, anerkjent, bekrefta, validert og respektert (Røkenes & Hansen, 2012, s. 190-191).

Travelbee (2001) skriv at kommunikasjon kan sjåast på som ein prosess for overføring eller deling av tankar og følelsar. Dermed kan sjukepleiar bruke kommunikasjon som reiskap for å dekke resterande behov. I følgje Mulder et al. (2015) sin studie fremjar ein autonomi ved bruk av støttande kommunikasjonsmønster, som er prega av ein empatiske relasjon og

autentisk bekymring for pasienten sitt velvære og situasjon. Grunnlaget for mellommenneskeleg kommunikasjon vil vere at det er tillit mellom partane. Tillit blir skapt når sjukepleiar gjev frå seg makt, slepp kontroll og tek risiko (Eide & Eide, 2017, s. 26).

På den andre sida kan det å miste kontrollen opplevast ukomfortabelt for ein sjukepleiar, samt vere vanskeleg å stå i fordi pasienten kan ta andre vegar enn sjukepleiaren har kunnskap om. Og det kan oppstå bekymring hos sjukepleiar for at denne vegen ikkje vil vere helsebringande for pasienten. Dette kan føre til at sjukepleiar går over grensa, og autonomien til pasienten blir ramma. Dette på tross av at å respektere pasientens val er nedfelt i dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Å få ei autonom avgjerd respektert er både ein etisk og juridisk rettighet (Brinchmann, 2021, s. 89). Og mest truleg oppstår det mistillit i relasjonen. Dermed vert det vanskeleg å fremje meistring hos pasienten. I tillegg kan det oppstå kommunikasjonsbarrierar under konsultasjon. Det kan til dømes vere viss sjukepleiar overkøyrer pasienten, og har ingen interesse av å la pasienten vere delaktig i avgjersler som skal takast. I følgje Mulde (2015) kan kommunikasjonsbarrierar medføre konsekvensar der kommunikasjonsferdigheitene til sjukepleiar blir avgrensa. Samt at bekymring som pasienten ber på ikkje kjem fram, og dette vil vere eit hinder for å endre helseåtferda til pasienten. Konsekvensen for pasienten kan verte at han ikkje blir overtalt til å endre si helseåtferd, eller å ikkje føle seg støtta til å endre på tankegangen sin. Dermed bidreg ikkje sjukepleiar til å fremje meistring hos pasienten.

## 5.2 Kartlegging av kosthaldsvanar

Når pasienten med DM2 møter sjukepleiar i poliklinikk for konsultasjon, bør fokuset til sjukepleiaren vere å bidra til kosthaldsendring hos diabetikaren slik at pasienten kan få kontroll på blodsukkeret sitt. Det som vil vere ynskjeleg er å ha eit normalt kosthald, men å redusere sukker og feittinnhald. På grunn av endring i kosthaldet kan ein førebyggje seinkomplikasjonar (Iversen et al., 2022, s. 547).

Sjukepleiar bør komme rask i gang med å kartleggje pasienten sine kosthaldsvaner og å få lage ein grundig kosthaldsanamnese (Iversen et al., 2022, s. 547-548). Då kan sjukepleiar skaffe seg ein oversikt over kosthaldsvanane til pasienten. Vidare vil det gje sjukepleiaren ein



oversikt over kva informasjon og rettleiing pasienten treng for å meistre sin eigen ernærings situasjon. Samstundes må det sikrast adekvat kommunikasjonen for å få den nødvendige informasjon om pasienten sine kosthaldsvanar. Helsedirektorat (2016) anbefalar å bruke opne spørsmål i møte med pasienten for å innhente nødvendig informasjon, slik at sjukepleiar kan bidra til å fremje meistring. Travelbee (2001) er og einig i bruken av opne spørsmål og utsegn. I tillegg meiner ho at det kan føre til «brubygging». Dermed vil det ikkje blokkere kommunikasjonen.

På den andre sida kan det oppstå utfordringar under kartleggjinga. Det kan vere viss ikkje pasienten føler seg trygg på sjukepleiar. Pasienten kan føle på skam over sin eigen ernærings situasjon, eller føle redsel over å fortelje sanninga overfor sjukepleiar. Samstundes kan pasienten oppleve sjukepleiaren som ukonsentrert, ikkje føle seg sett eller lytta til (Røkenes & Hansen, 2012, s. 181-182). I følgje Mulder et al. (2015) var det viktig at sjukepleiar framsto som lyttande og hadde tru på pasienten for at pasienten skulle føle seg trygg. Røkenes & Hansen (2012) belyser i sin teori at viss sjukepleiar klarar å skape ein trygg relasjon vil det vere rom for å gje tilbakemeldingar til pasienten. I Bandura (1997) sin teori er positive tilbakemeldingar med på å påverke meistringstrua til pasienten. Det kan føre til at han får lyst til å gjere ein større innsats og bevare denne, dersom oppmuntringa er reell. Samstundes bør det vere rom for at kritiske tilbakemeldingar og kan føre til utvikling for pasienten (Bandura, s. 1997, s. 101).

### 5.3 Kunnskap er viktig for å meistre

I følgje den nasjonale diabetesplanen (2017) er ein del av behandlinga til diabetikarar å justere kosthaldet til pasientar. Deltakarane i studien til Garsten et al. (2018) synest det var utfordrande med å finne, velje og vurdere informasjon sjølv, utifrå dei ulike kjeldene som eksisterte. Trass i at lovverk og nasjonale planar slår fast at helsepersonell skal gje nødvendig informasjon og følgje opp personar med diabetes (Pasient- og brukerrrettighetslova, 1999, § 3-2). Støttande og god rettleiing frå sjukepleiar kan gje pasienten trua til å meistre sjukdomen (Iversen et al., 2022, s. 547). Difor vil oppgåva til sjukepleiar vere å styrke pasienten sin ressurs til eigen meistring, slik at gjennom informasjon og rettleiing bidreg det til aukiing av kunnskap om kosthaldet til pasienten. I følgje Whitehead et al. (2017) var

kunnskap som var relatert til sjukdommen, konsekvensar og handtering av diabetes mest verdifullt å bli informert om og det var med på å auka sjølvtiliten. Garsten et al. (2018) sine funn viser at sjølvtilitt vil vere sentralt for å meistre diabetes. Og utfordringa knytt til mobilisering av personleg styrke var og sett i samanheng med å utvikle sjølvtilitt til å handtere helseproblem og å leve eit sunt liv. For å kunne handtere forventningar var det eit behov for å mobilisere indre ressursar.

Meistring handlar om å finne indre ressursar. Empowerment kan vere ein prosess sjukepleiar kan ta i bruk for å hente fram pasienten sine indre ressursar. Men sjukepleiaren må gje frå seg makt, inkludere pasienten og vere bevisst på at pasienten er ekspert på seg sjølv. Det vil seie at sjukepleiaren, som er ekspert på det faglege, må lytte til pasienten om kva informasjon som trengst og samtidig sikre seg at pasienten har nok kunnskap. Deretter må sjukepleiar prøve å få til eit samarbeid med pasienten (Tveiten, 2018, s. 238-239). Retten til medverking er nedfelt i pasient- og brukerrettighetslova § 3-1 (1999). Det vil seie at pasienten har rett til å bli lytta til, bli spurt og tatt på alvor (Tveit, 2018, s. 242).

Innleiingsvis kan informasjonen som vert gitt av sjukepleiar omhandle korleis sjukdommen oppstår, og kva som kjenneteiknar DM2 (Iversen et al., 2022, s. 532). Eit av det viktigaste budskapet å få fram er at glukosenivået i blodet ikkje bør overstige ein gitt verdi (Sand et al., 2018, s. 241). Undervegs bør sjukepleiaren nemne at etterkvart kan det oppstå komplikasjonar der fleire organ kan bli ramma, viss ikkje blodsukkeret blir regulert og stabilisert (Jensen, 2022, s. 394). I tillegg til blodsukker bør blodtrykk og blodlipider regulerast gjennom eit tilstrekkeleg kosthald. Fokus bør vere på samansetning og hyppigheit av måltid. Dessutan kan dette redusere bruken av medikament (Jensen, 2022, s. 393).

Avslutningsvis kan sjukepleiar formidle kva kosthald som er anbefalt til denne pasientgruppa. I følgje Helse- og omsorgsdepartementet (2017) er det plantebasert mat. Hovudtyngda bør bestå av grønnsaker, frukt, belgvekstar, fullkornsprodukt og minimalt med metta feitt, sukker, raudt kjøtt og salt. Sjukepleiar bør få fram kor mange måltid og mellommåltid pasienten bør ha per dag. I følgje Iversen et. al bør det bestå av tre – fire hovudmåltid (tallerkenmodell), og tre mellommåltid per dag. Måltida bør bestå av karbohydrat som er langsam nedbrytande polysakkarid. Informasjon om riktig kosthald

viser seg å vere viktig for å meistre sjukdommen slik at pasienten sjølv kan få kontroll på blodsukkeret. I ein studie gjennomført av Anotonio et al. (2019) vert det belyst at pasientar som vel riktig diett har betre sjanse til å oppnå god kontroll på blodsukkeret. I motsetning hadde pasientar som valde feil diett nesten tredobla sjanse for dårleg glykemisk kontroll enn pasientar med god diettkvalitet. I følge Whitehead et al. (2017) var det 13 stykke som klarte å redusere inntak av karbohydrat ved å auke kunnskapen. Også Whitehead et al. (2017) og Anotonio et al. (2019) sine resultat viser at individuell opplæring har positiv innverknad på blodsukkeret.

På den andre sida er det utfordrande for pasientar å endre vanane sine. I følge Whitehead et al. (2017) var det 2/3 av deltakarane som syntest det var utfordrande og frustrerande med kosthaldsendring. For eksempel vart dette ekstremt problematisk i ein sosial setting, der mangel på sjølvkontroll gjorde det vanskeleg å klare å unngå visse matvarer. Garsten et al. (2018) kom fram til i sin studie at utfordringa til sjølvstyring var knytt til forståing, utvikling av ferdigheitar og evne og mobilisering av personleg styrke. Helseproblem var knytt til usikkerheit rundt til dømes korleis mat påverka blodsukkernivået. Elles kunne eit stressande liv vere ein bidragsytar til å velje usunn mat (Polhuis et al., 2020).

#### 5.4 Å fremje trua på seg sjølv kan gjere kvardagen betre

Eg har erfart at for mange menneskjer kan det verte krevjande å meistre ein kvardag med diabetes. Det kan verte ein kamp mot blant anna freistingar og eigne følelsar. Samstundes kan det vere vanskeleg å finne trua på seg sjølv og dermed problematisk å meistre sjukdomen sin. Når ein er ferdig utdanna som sjukepleiar, skal ein ha fagleg kunnskap til å skape meistring hos pasientar (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5-6). I følge Gonzales (2020) vil ein sentral sjukepleiestrategi vere å hjelpe og støtte pasienten i ein vanskeleg livssituasjon. I følge Travelbee (2001) er å hjelpe pasientar til å meistre sjukdomen som erfaring, ein av sjukepleien sin måte å ivareta pasienten på. I teorien til Bandura (1997) er meistringstru ein svært viktig faktor for at menneskja skal klare å oppnå mål som er sett. Det handlar om kontroll på eigne handlingar og omgjevnader, samt kontroll på eigne tankeprosessar og fysiologisk emosjonar (Bandura, 1997, s. 36).

På den andre sida beskriv Gonzales (2020) at det kan oppstå stress når pasienten ikkje handterer livssituasjonen sin. Stress kan føre til høgare glukose i blodet, noko som ikkje er gunstig for pasientar med DM2 (Samdal et al., 2017, s. 7). Pasienten kan ta i bruk emosjonell strategi for å redusere den ubehagelege følelsen, som kan føre til dårlege val (Gonzales, 2020, s. 48-49). I studien til Polhuis et al. (2020) viser det at val av usunn ernæring oppstår når ei oppleving forstyrrar personen sin emosjonelle stabilitet. I motsetjing kan eit stressfritt liv gjere det lettare å velje eit sunt kosthald.

Eg erfarte i praksisperiodane mine at å ta gode ernæringsval kunne variere frå pasient til pasient. Og at det kunne vere utfordrande for pasienten å ha tru på seg sjølv, slik at det vart tatt gode val på eiga hand. I følgje Bandura (1997) sin teori er ytelseserfaring, ein faktor som påverkar meistringstru i størst grad. Deltakarane i studien til Polhuis et al. (2020) valde sunt kosthald når erfaringane endra synet på livet. I tillegg kan det for nokre pasientar vere nødvendig å høyre og sjå andre sine suksesshistorier for å fremje meistringstru. I følgje Bandura (1997) kan ein viktig faktor vere når ein pasient ser andre pasientar lukkast med å meistre diabetes sjukdomen sin. Det vil få pasienten til å tru på seg sjølv slik at han føler seg kapabel til å gjere det same eller få til ein betre prestasjon (Bandura, 1997, s. 87 & s. 399). Difor bør sjukepleiar informere pasienten om kor han finn sitt fylkes- og lokallag for diabetikarar, fordi der kan han kome i kontakt med andre menneske som er i same situasjon (Diabetesforbundet, u.å.).

## 6 Konklusjon

Hensikta med oppgåva var å finne svar på problemstillinga: «Korleis bidra til å fremje meistring hos pasientar med diabetes?». Litteraturen som er brukt i oppgåva viser at god kommunikasjon der sjukepleiar er støttande og empatisk og skaper tillit overfor pasienten har stor betydning. Vidare bør sjukepleiar vere bevisst på veremåten sin i møte med pasienten, forstå pasienten sine følelsar, og anerkjenne pasienten. Det kan føre til at pasienten vil vise seg meir sårbar, og sjukepleiar kan få viktig informasjon frå pasienten.

Sjukepleiar bør rask få kartlagt kosthaldsvanane til pasienten og lage ei kosthaldsanamnese. I tillegg bør sjukepleiar gje god informasjon om sjukdommen der informasjonen omhandlar ernæring, seinkomplikasjonar og korleis sjukdommen oppstår. Å heve kunnskapen kan føre til at pasienten får auka sjølvtilitt, sjølvstyring og meistring.

For å oppnå endring i inngrodde vanar, bør sjukepleiar få fram pasienten sine indre ressursar og trua på seg sjølv. Empowerment er ein prosess som kan vere med på å bidra til at pasienten finn indre styrke. I empowermenttenkjinga er det tre prinsipp som står sterkt: Maktfordeling, medverknad og at pasienten er ekspert på seg sjølv. Dersom det fremjast meistringstru, kan pasienten verte meir rusta til å meistre kvardagen sin som diabetikar. Meistring kan også vere med på å redusere stress.

## 7 Kjeldeliste

- Antonio P. J., Sarmiento, R. A., & de Almeida, J. C. (2019). Diet Quality and Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(4), 652–658. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.11.006>
- Bandura, Albert. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Brinchmann, B. S (2021). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sjukepleie* (5. utg. 81-95). Gyldendal.
- Braut, G. S. (2022, 16. februar). *Poliklinikk*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/poliklinisk>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> .
- Diabetesforbundet (u.å.). Finn ditt lokallag. Henta 6. desember 2022 frå <https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/fylkes-og-lokallag/>
- Ditlefsen, A. & Svihus, B. (2022, 01. November). *Ernæring*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/ern%C3%A6ring>
- Eide, H. & Eide. T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal
- Garsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A. & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2

diabetes: A multistage focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (19-20), 3666– 3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>

Gonzales, M. T. (2020). Sykepleiefaglig perspektiver ved psykisk lidelse. I M. T. Gonzales (Red.). *Psykisk lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 44-54). Gyldendal.

Helsebiblioteket.no. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2016, 14. september). *Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/kommunikasjon-mestring-og-motivasjon-ved-diabetes#nyttige-sporsmal-nar-pasienten-far-diagnosen-diabetes-type-1-eller-2>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Nasjonal diabetesplan 2017-2012*. Regjeringa.no. [https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal\\_diabetesplan\\_171213.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf)

Iversen, M. M., Hernar, I., & Mosand, R. D. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar i diabetespoliklinikk. I D.- G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (6. utg., bind 1, s. 531-563). Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) .

Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017) *Stress og mestring* (IS-2655) Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og->

mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/\_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

- Jensen, T. (2022). Diabetes mellitus. I S. Øren & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 386-396). Gyldendal Akademisk
- Mulder, B. C., Lokhorst, S. M., Rutter, G. E. H. M., & Van Woerkum, C. M. J. (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>
- Norsk Sykepleieforbund. (u.å.). Sykepleieren og pårørende. Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. & Graverholt, B. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-199-07-92-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Polhuis, V. L., Soedamah-Muthu, S. S., & Koelen, M. A. (2020). Salutogenic model of health to identify turning points and coping styles for eating practices in type 2 diabetes mellitus. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–80. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01194-4>
- Røkenes, O. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjålie, J. G. & Torverud, K. (2019). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.



- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. Utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gylendal.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis* (2. utg, 237- 258). Fagbokforlaget.
- Utdanningsforskning.no. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel?*  
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>
- Whitehead, L. C., Carter, M. T., Maskill, J. D., Carlyle, V.R., Bugge, C. & Framton, C. M. A. (2017). A nurse-led interdisciplinary approach to promote self-management of type 2 diabetes: a process evaluation of post-intervention experiences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23 (2), 264–271. <https://doi.org/10.1111/jep.12594>

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 – PICO-skjema

Patient/problem	Intervention/tiltak	Comparios	Outcome/utfall
Diabetes mellitus	Self-efficacy		Quality of life
Diabetes mellitus type 2	Coping		Nutritional status
Diabetes type 2	Diet		Blood suger regulion
Nurs	Relationship building		Turst

### 8.2 Vedlegg 2 - Oversikt over søk

Søk	Database	Dato for søk	Årstall (publisering)	Søkeord	Treff	Valt artikkel
	MIDLINE, CINAHL, Academic Search Elite Avgrensning: Adult	25.10.22	2019	(Diets, Healthy OR Healthy Eating OR Healthy Diets OR Eating, Healthy ) AND (diabetes type 2 OR diabetes mellitus type 2 OR diabetes 2) AND (blood sugar control OR Sugar, Blood OR Glucose, Blood OR blood sugar regulation )	39	Diet quality and glycemic control in patients with type 2 diabetes.
	Oria	24.10	2020	Diabetes mellitus type 2 AND coping AND nutrition	21	Salutogenic model of health to identify turning points and coping styles for eating practices in type 2 diabetes mellitus
	MIDLINE, CINAHL, Academic Search Elite	24.10	2016	(nurse OR nurses OR nursing) AND (diabetes type 2 OR diabetes 2 OR diabetes mellitus type 2)	131	A nurse-led interdisciplinary approach to promote self-management of type 2 diabetes: a process

						evaluation of post-intervention experiences.
	Oria	24.10	2017	Coping AND Diabetes mellitus type 2	187	Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study
	Tilsendt		2015			Effective Nurse Communication With Type 2 Diabetes Patients: A Review

### 8.3 Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Tittel på artikkel. Forfatter. Årstall.	Studiedesign og deltagelse	Formål	Resultat/Funn
Diet quality and glycemic control in patients with type 2 diabetes. Forfatter: Antonio P. J., Sarmiento, R. A., & de Almeida, J. C. 2019.	Studien har brukt ein kvantitativ tverrsnittstudie. Studien bestod av 229 pasientar med diabetes type 2, også polikliniske og henta frå sjukehus i Brasil. Utifrå dei kriterier studien hadde sett, var deltakarar i studien pasientar med diabetesvarigheit på 10 år, gjennomsnittleg BMI 30,84 og HbA1c 8,1 %.	Hensikten med denne studien var å evaluere sammenheng mellom diettkvalitet og glykemisk kontroll.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientar med god diettkvalitet hadde betre odds for positiv glykemisk kontroll. Mens pasientar med lågare kvalitet på dietten hadde nesten tredobla odds for dårlegare glykemisk kontroll enn pasientane med god diettkvalitet.</li> <li>• Det kommer også fram i diskusjonen at individualisert ernæringsterapi gitt av ein kostholdseksperter fører til reduksjon frå 0,5 % til 0,3 % i serumverdiar på HbA1c</li> </ul>
Salutogenic model of health to identify turning points and coping styles for	Kvalitativt studie design Deltakelse bestod av 17 stykk, og desse vart intervjuet.	Denne forskinga tar sikte på å forstå kvifor og korleis kosthaldsvaner utviklast gjennom livsløpet ved å undersøke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vendepunkt for å velje usunn kosthald, var opplevingane som forstyrta deltakelsens emosjonelle stabilitet. Desse erfaringane inkluderte psykososiale traume, fysiske helse problem som førte til tap av jobb og røykeslutt.</li> <li>• Vendepunkt for sunnare kosthald var erfaringar som i betydeleg grad endra deltakelsens syn på livet. Og som gjorde</li> </ul>

<p>eating practices in type 2 diabetes mellitus Forfattar: Polhuis, V. L., Soedamah-Muthu, S. S., &amp; Koelen, M. A. 2020.</p>		<p>innflytelse rike livserfaringar-vendepunkt og meistringsstrategiar i forhold til kosthaldsvaner til person med DM2.</p>	<p>deltakaren reflektert over effekten av dagens ete vanar på sin helse- og livsmål i framtida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressfritt liv var relatert til å velje sunn kost.</li> </ul>
<p>A nurse-led interdisciplinary approach to promote self-management of <b>type 2 diabetes</b>: a process evaluation of post-intervention experiences Forfattar: Whitehead, L. C., Carter, M. T., Maskill, J. D., Carlyle, V.R., Bugge, C. &amp; Framton, C. M. A. 2017.</p>	<p>Det er brukt kvalitativ studie. Og så der deltakarane vart randomisert til ein intervensjon. 27 personar utførte eit semistrukturert intervju 3 og 6 månad etter intervensjonen. Studien hadde ein balanse etter kjønn (Kvinner n = 13, mann n=14), alder (43-65 år), og etter tida sida diagnosen var stilt (n= 8 &lt; 5 år, n= 8 6-9 år, n= 11 &gt; 10 år).</p>	<p>Formålet med studien var å utforske bruken av kvalitativ design for å avdekke effekten av intervensjonar som kan forbetre sjølvstyring.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien viser at pasientar som får individuell opplæring hadde ein betring i blodsuktermålinga etter 6 månadar.</li> <li>• 2/3 av deltakarane beskrev kunnskaps aukiing i forhold til spesifikke områder av diabetesbehandlinga, som det mest verdifull aspektet av intervensjonen. Kunnskap som var relatert til sjukdommen, konsekvensane av diabetes og handtering av diabetes.</li> <li>• 13 stykk beskriver endring i kosthald. Og relatere det til sunt kosthald til dømes reduksjon av karbohydrata.</li> <li>• Tre av deltakarane hadde gått ned i vekt ved å endre på kosthaldet sitt.</li> <li>• 2/3 beskrev kor vanskeleg og frustrasjon det var med kosthaldsendringa. Dei fleste var klar over kva dei burde ete, men rapporterte dårleg sjølvkontroll, problem med å unngå visse matvarer. Dette var spesielt vanskeleg i sosiale settingar der dei laga måltid og-/eller et måltid med andre.</li> <li>• Aukiing av kunnskap, auka også sjølvstilliten.</li> </ul>
<p>Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A</p>	<p>Kvalitativt design. Det var utført med ein fleirtrinns fokusgruppeintervju, der to grupper treffast fleire gangar for å utforske</p>	<p>Studien ville identifisere opplevde utfordringa knytt til sjølvstyring blant vaksne med nyoppstått og- meir erfarne med type 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funna viste at utfordringar til sjølvstyring var knytt til forståing, utvikling av ferdigheitar og evna og mobilisering av personlege styrke.</li> <li>• Utfordringa med forståing av sjølvstyring var baserte på helse spørsmål om kva sunn livsstil medførte.</li> <li>• Helseproblem var knytt til usikkerheit rund t.d. korleis mat påverka blodsukkernivået.</li> </ul>

<p>multistage focus group study. Forfattar: Garsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A. &amp; Olsson, G. 2018.</p>	<p>problemet med studien i djupna. Studien sine kriterier for å delta var enten diabetesvarigheit &lt; 3 år frå primærhelsesent er (Alder 42-74). Eller diabetes &gt; 5 år frå ein diabetesklinikk på eit sjukehus med ein alder mellom 46-73. Det deltok 11 stk. (5 menn og 6 kvinner) med diabetes type 2. Også vart studien utført i Sverige.</p>	<p>diabetes. Og så kan dette vere med å leggje grunnlaget for fremtidig utvikling av ein personsentrert informasjon og kommunikasjonsteknologisk teneste.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var også utfordrande å innsjå at diabetes er ein kronisk sjukdom og forstå korleis blodsukkernivået og dagleg rutinar påverka kvarandre.</li> <li>• Begge gruppene diskuterte utfordringa med å lære å vere kritisk og selektiv i val av relevante informasjon om mat eller korleis man balansere blodsukkernivået. Å finne, velje og vurdere informasjon frå dei mange tilgjengelege kjeldene var utfordrande. Begge gruppene trengte å lære å være kritisk når dei leste ingredienslista på matvarer både i daglegvarebutikk og meny på restaurant.</li> <li>• Sunn livsstil var utfordrande for begge gruppene. Det gjekk på å lære seg å planlegge måltid og utvikle regelmessige og sunnare matvare. Det å velje sunnare produkta i butikken var utfordrande. I forhold til jobb prøvde begge gruppene å redusere stress. Reise var også meir krevjande grunna dei måtte planlegge måltid og balansere søvn og stress.</li> <li>• Dei ville heller ha informasjon frå diabetessjukepleiar om kva dei kunne ete, i staden for kva dei ikkje kunne ete.</li> <li>• Sjølvtilitt er nødvendig for å handtere diabetes og andre haldninga. Utfordringa knytt til mobilisering av personleg styrke vart fokuset på å utvikle sjølvtilitt til å handtere helseproblema og å leve eit sunt liv. Behovet for å mobilisere indre ressursar var spesielt knytt til å handtere andre forventningar og haldingar.</li> <li>• Dei opplevde utfordringar generelt i alle sosiale settingar der dei skulle dele eit måltid ilag med andre. Og at dei måtte velje ein sunn matrett, når der var tilgang på usunn mat som var meir freistande.</li> </ul>
<p>Effective Nurse Communication With Type 2 Diabetes Patients: A Review. Forfattar: Mulder, B. C., Lokhorst, S. M., Rutter, G. E. H. M., &amp;</p>	<p>Strukturert litteraturgjennomgang for å hente empiriske artiklar. Det er både kvalitativ og kvantitativ studiar med i forskingsartikkelen. Og så har den med 30 studiar.</p>	<p>Målet med denne studien var å katorisere vanlege barrierer for sjukepleierpasientkommunikasjon. Og å vurdere potensielt effektive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I alle 13 studiene, er det erkjent at rota til problemet med å ha type 2- diabetes gir pasienten ein livslang utfordring med å oppretthalde glykemisk kontroll ved å følge retningslinjer for helseatferd. Det er vanskeleg for pasienten å endre inngrrodde livsstils mønster, og dermed er det vanskeleg for sjukepleier å rettleie desse pasientane mot adferdsending og handtere dykkast motstand. Spesifikke barrierer for effektiv kommunikasjon under konsultasjonar er den fysiske</li> </ul>

<p>Van Woerkum, C. M. J. 2015.</p>	<p>13 av dei beskriver kommunikasjon mellom sjukepleie og DM2-pasientar, og 17 stk. beskriver effektiviteten av kommunikasjons metoder i sjukepleiekonsultasjon.</p>	<p>kommunikasjon smetodar.</p>	<p>undersøkelsen, sjukepleiarar sin manglande kommunikasjonsevne eller mangel på tillit til desse ferdigheitane, sjukepleiar sitt tap av motivasjon, og dykkast oppleving av rollekonflikt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsekvens av kommunikasjonsbarrierer</li> <li>• Når det oppstår barrierar vil det føre til kommunikasjonsproblem. Sjukepleiarar vil få utfordringa til å kunne diskutere helseåtfærd, eller avgrensa kommunikasjons ferdigheit og stille spørsmål vis dei diskutere helseåtfærd i dialog med pasient.</li> <li>• Pasientens konsekvens vil vere å ikkje bli overtyde eller føle seg støtta til å endre åtfærd si, og pasientens sjølvtilitt vil ikkje bli auka.</li> <li>• Det vil ikkje bli avdekke pasientens eventuelle bekymring. Også dette kan fører til hindring av endring i åtfærd.</li> <li>• Metodar for å auke meistringsfølelse for pasienten blir underbruk. Verbal overtyding blir oftast brukt, mens sjølvevaluering, prestasjonar og pasientens egne erfaringar er knapt brukt.</li> <li>• Å dele opp åtfærd i trinn og så sjølvovervake åtfærd, var strategiane som oftast vart brukt for å lukkast i utførelse av diettåtfærd endring.</li> <li>• I ein pasient-sjukepleiar-relasjon vil autonomi fremmast av støttande kommunikasjonsmønster, preget av empatisk integrasjon med pasient, og autentisk bekymring for pasientens velvære og personleg situasjon. For det andre føler pasienten seg støtta når dei kan dele ansvaret for omsorga med medlemmer av helseteamet, og når ulike helsepersonell samarbeida, t.d. gjennom koordinering av sjukepleiarar.</li> <li>• For at pasienten skal oppnå å stå i sin diabetes i kvardagen, er det viktig at dei jevnleg får praksis og emosjonell støtte frå ein sjukepleier som dei stoler på. Pasienten føler at dei kan stole på sjukepleier når desse nærmar seg pasienten som eit unikt individ, ved å lytte og tru på pasienten. Då vil pasienten vere open med sjukepleiaren om</li> </ul>
------------------------------------	--	--------------------------------	--

			<p>problema og bekymringar, slik at dei kan ta ansvar for eigen helse.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Regelmessig kontroll vil også sikre å oppretthalde og auke kunnskapen om diabetes og behandlinga av den, ved hjelp av tilbakemelding frå sjukepleiar. Sjukepleiarens støtte gjev pasientar med resussa til uavhengig (eller autonomt) å handtere sjukdommen.</li></ul>
--	--	--	---



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	12-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	322
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7964
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	40
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei



Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei