



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Diabetesundervisning: Mestring og Metode

Diabeteseducation: Coping and Method

Anea Orset og Marita Myklebust

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 18.11.2011



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Diabetesundervisning: Mestring og metode

Tittel på engelsk: Diabeteseducation: Coping and Method

Forfattere: Anea Orset og Marita Myklebust

Studiepoeng: 15

Fagkode: SAE00

Årstall: 2011

Veileder: Bente D. Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja nei

Dato: 18.11.2011

Antall ord: 10 509

Forord

*Vi skal leve her og nå
Ikke gå å vente på.
Trekke pusten dypt
la alt gå sin gang.
Det er det som gjør livet langt!*

*Kjenn på øyeblikket
kjenne på det å være til
Da kan du til slutt gjøre
hva enn du vil!*

*La det komme til deg
aksepter, og slipp inn
Dette vil skape ro og mestring i ditt sinn..*

(Carina, 2010)

Sammendrag

Diabetesundervisning: Mestring og metode.

Bakgrunn: Diabetes omtales som den nye folkesykdommen og er et verdensomfattende problem. Det er per. 2011 ca. 220 millioner mennesker med diabetes i verden (WHO 2011), og tallene er stigende. Det er en omfattende sykdom som innebærer mange og alvorlige senkomplikasjoner. For at dette skal unngås er det viktig at pasienter mestrer sin sykdom. For å oppnå mestring er informasjon og kunnskap et viktig moment og måten informasjon formidles på kan ha innvirkning på forståelsen for sykdommen.

Hensikt: Hensikten med dette studiet var å undersøke om metodene som blir brukt for å informere pasienter med nyoppdaget diabetes type 2, er tilstrekkelig for at de skal kunne mestre sykdommen videre.

Metode: Litteraturstudie basert på tidligere forskning. Artikler til denne undersøkelsen er hentet fra ulike databaser. Det er innhentet totalt 17 artikler hvorav 12 er inkludert i studien. Ut fra disse artiklene er det trukket ut funn som belyser vår hensikt.

Resultat: Resultatet viser at pasienter med diabetes krever en tilrettelagt undervisning for å kunne oppnå mestring av sykdommen. Hvordan kunnskapen blir formidlet kan være avgjørende. Det kommer frem i flere av artiklene at gruppeundervisning gir dårligere resultater enn individuell undervisning med tanke på egen håndtering av sykdommen over tid. Gruppeundervisning er mer økonomisk gunstig, derfor ofte brukt som undervisningsmetode. Andre funn som kom tydelig frem er at tid spiller en vesentlig rolle for å øke mestring. Elementer som må ligge til grunn for å oppnå mestring er blant annet etnisk bakgrunn, kultur og tradisjon.

Konklusjon: Undervisningen må tilrettelegges til hver enkelt pasient for å kunne bidra til mestring. Det er helsepersonellet sin oppgave å kartlegge pasientene med tanke på ulike elementer, før undervisningen starter. Dette med tanke på alder, mestringsevne, etniske og kulturelle verdier og livssyn. En viktig faktor for at pasienten skal få godt utbytte av undervisningen er tid. Det må tilrettelegges for god tid til undervisning og tid til spørsmål i etterkant. Vi stiller oss spørsmål om kostnad er avgjørende for hvilken undervisningsmetode som blir brukt for å gjennomføre undervisningen til denne gruppen pasienter.

Nøkkelord: Diabetes, education, self-management, information og quality of life.

Abstract

Diabetes education: Coping and Method

Background: Diabetes is known as a worldwide problem and is spoken of as the new national disease. It is by 2011 approximately 220 million people with diabetes in the world (WHO), and the numbers are rising. It is a major disease that involves many serious complications. For this to be avoided, it is important that patients who already have the disease have the proper knowledge of how to manage it. To achieve mastery, information and knowledge is an important factor; the way information is disseminated can affect the understanding of the disease.

Aims: The purpose of this study was to investigate whether the methods used to inform patients with newly diagnosed diabetes is sufficient enough to enable them to cope with the disease further.

Methods: Literature study based on previous research. Articles of this study are taken from various databases. There was obtained a total of 17 articles of which 12 are included in this study. Findings from the articles illustrate the purpose of our study.

Results: The results show that patients with diabetes require a suitable education in order to achieve mastery of the disease. How this knowledge is communicated can be crucial. It appears in several of the articles that group lessons gives poorer results than individual lessons in terms of self-management of the disease over time. Group instruction is more economical, and therefore often more used as a teaching method. Other findings that were clearly seen is that time plays a significant role in increasing achievement. Items that should facilitate the patients so that he achieves mastery include ethnicity, culture, and tradition.

Conclusion: Education must be adapted for each patient to help cope with the disease. It is health care's task to identify the patients, considering the various items before classes start. This is in terms of age, coping ability, ethnic and cultural values and beliefs. An important factor for the patient to profit by the instruction is time. It must be arranged sufficient time for good time for teaching and time for questions afterwards. We ask ourselves the question if cost is critical to the teaching method that is used to implement the teaching of this group of patients.

Key words: Diabetes, education, self-management, information and quality of life.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling.....	1
1.4 Avgrensning.....	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Diabetes.....	3
2.1.1 Type 2 diabetes.....	3
2.2 Lovdata – Lov om pasientrettigheter.....	4
2.3 Mestring.....	5
2.4 Ulike undervisningsmetoder.....	5
2.5 Sykepleiers pedagogiske funksjon.....	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Datasamling.....	8
3.2 Inklusjonkriterier.....	9
3.3 Kvalitetsbedømming.....	10
3.4 Analyse.....	11
4.0 Resultat	13
4.1 Pasientene hadde ulike forutsetninger for mestring.....	13
4.1.1 Ulik emosjonell reaksjon på samme diagnose.....	13
4.1.2 Etnisk bakgrunn og økonomi påvirker utgangspunktet for mestring.....	15
4.1.3 Alder som individuelt aspekt.....	16
4.2 Undervisning krever tid.....	16
4.3 Forskning utfordrer gruppeundervisning som metode.....	18
4.3.1 Gruppeundervisning.....	18
4.3.2 Individuell undervisning.....	18
4.3.3 For mye av det gode.....	19
5.0 Metodediskusjon	20
6.0 Resultatdiskusjon	23
6.1 Diagnostisering av diabetes oppleves ulikt.....	23
6.1.1 Sykepleierne må tilrettelegge for mestring.....	23
6.2 Elementer som bør kartlegges for å oppnå gode undervisningsresultat.....	24
6.2.1 Etnisk bakgrunn og økonomi.....	24
6.3 Tid og alder bør vurderes.....	25
6.4 Individualisert undervisning bør vektlegges.....	26
6.4.1 Gruppeundervisning.....	27
6.4.2 Individualisert undervisning.....	27
6.4.3 Andre undervisningsmetoder.....	27
6.4.4 Kostnad.....	28
7.0 Konklusjon	29
8.0 Forslag til videre forskning	31
9.0 Litteraturliste	32

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til litteratursøk

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes kan forekomme i alle aldre og det er en stor økning i tallene på diabetikere både i Norge og på verdensbasis. Det antas at det i 2004 var 3,4 millioner mennesker som døde av sykdom relatert til høyt blodsukker over tid (WHO 2011). I januar 2011 var det i følge World Health Organization (WHO 2011) ca. 220 millioner mennesker med diabetes i verden. Innen år 2030 kan tallene ha fordoblet seg til nærmere 366 millioner mennesker (Folkehelseinstituttet).

Det regnes at rundt 6000 – 7000 nordmenn årlig får diagnosen diabetes. 600 av disse får type 1 og resten får type 2 (Joner 2010). I 2009 var det 15000 - 20000 personer med diabetes type 1 i Norge, og hele 200 000 personer har type 2 (Mosand og Stubberud 2010). I følge diabetesforbundet er det rundt 375.000 personer med diabetes i Norge i dag (Joner 2010).

I vår praksis hos endokrinologisk avdeling ved Molde sykehus, fikk vi erfaringer som medførte at vi ønsket å finne ut mer om hvordan informasjon blir gitt til pasienter med nyoppdaget diabetes. Vi erfarte pasienter som ble innlagt med hyperglykemi grunnet uvisshet om sin sykdomstilstand og hva sykdommen innebar. Vi erfarte viktigheten av god kommunikasjon og hvor enkelt en kommunikasjonssvikt kan oppstå.

1.2 Hensikt

Hensikten med studiet var å undersøke om metodene som ble brukt for å informere pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 er tilstrekkelig for at de skulle mestre sykdommen videre.

1.3 Problemstilling

Hva må ligge til rette for at pasientene skal være i stand til å mestre sin sykdom?

Hvilke undervisningsmetoder kan bidra til mestring for pasientene?

1.4 Avgrensning

Vår oppgave ble tidlig avgrenset til pasienter med nyoppdaget diabetes som går til behandling ved klinikk eller legekantor. Siden diabetes type 1 regnes som den mest alvorlige diabetestypen, ved at den har mer akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner, vil disse pasientene oftere bli innlagt på sykehus ved frembrudd av sykdommen (Mosand og Stubberud 2010). Dette medførte videre at vår oppgave ble avgrenset til pasienter med diabetes type 2. De fleste pasienter blir i dag behandlet utenfor sykehus, og i følge Knutstad (2008) klarer man best å regulere sykdommen om man befinner seg i vante omgivelser (Knutstad 2008). Svangerskapsdiabetes og spesielle typer diabetes vil ikke bli beskrevet i denne oppgaven.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Diabetes

Diabetes mellitus er en sykdom som skyldes kronisk forhøyet blodsukker, hyperglykemi. I tillegg til hyperglykemi har diabetikere også forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen. Dette er ofte forårsaket av manglende eller nedsatt insulinproduksjon, eventuelt kombinert med redusert insulinvirkning (Helsedirektoratet 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) setter blodglukoseverdiene for diabetes til å være over 6,1 mmol/l fastende (Helsedirektoratet 2009).

2.1.1 Type 2 diabetes

Per. 2009 var det minst 200 000 personer med diabetes type 2 i Norge og tallene er stigende. Type 2 er den diabetestypen som rammer flest, og pasientgruppene er ofte godt voksne og eldre mennesker, men det har i senere tid også oppstått hos ungdommer i 20-30 årene. Hos type 2 diabetikere er det varierende grad av insulinresistens og insulinmangel, men felles for alle er at de har redusert evne til å skille insulin ut til kroppen. Disponerende faktorer for å få type 2 diabetes er arv, spesielt om nær familie har diabetes, samt overvekt, høyt blodtrykk og ugunstig fordeling av blodfettstoffer (Helsedirektoratet 2009).

I kombinasjon med overvekt, høyt blodtrykk eller ugunstig fordeling av fettstoffer gir type 2 diabetes en økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Hos disse pasientene er vektreduksjon og behandling av høyt blodtrykk like viktig som god blodglukosekontroll (Mosand og Stubberud 2010).

Symptomer

Diabetes type 2 er en mer snikende variant av diabetes enn type 1 og den gir ingen tydelige symptomer i starten. Med tiden vil pasienten oppleve like symptomer som ved type 1 diabetes, som er økt urinutskillelse, tørste, munntørhet, samt svimmelhet, slapphet og tretthet. Urinveisinfeksjoner og gjentatte soppinfeksjoner kan også være en indikasjon på type 2 diabetes (Helsedirektoratet 2009).

Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner ved diabetes kan være mange og alvorlige, og forekommer ved at pasientene lever med dårlig regulert blodsukker over tid. De mest vanlige komplikasjonene hos type 2 diabetikere er som nevnt hjerte-karsykdom, samt infeksjoner og fotsår/fotskade. Andre senskader som kan forekomme er synsforandringer og blindhet (retinopati), nyresvikt og ødeleggelse av nyre (nefropati) eller nerveskader (nevropati). Andre komplikasjoner kan også være muskel og leddplager (Mosand og Stubberud 2010).

Behandling

Målet med behandlingen ved nyoppdaget diabetes, uansett type, er at pasienten skal klare å mestre sykdommen på egenhånd og å holde blodsukkeret stabilt over tid. Dette innebærer da undervisning til pasienten i form av informasjon om sykdommen, kosthold, trening og administrering av medikament. Behandlingen av diabetes kan innebære både fysisk aktivitet, kostregulering, røykeslutt, perorale antidiabetika og insulinbehandling. Røykeslutt vil være viktig siden dette synes å øke kroppens insulinresistens (Helsedirektoratet 2009). For mange type 2 diabetikere er det ofte nok med kostregulering og økt fysisk aktivitet for å regulere blodsukkeret, men over tid kan det være nødvendig med oppstart av medikamentell behandling i form av antidiabetika. Pasienter med diabetes type 2 kan også oppleve å gå fra tablettbehandling til insulinbehandling, dette grunnet økt nedsettelse i insulinproduksjonen (Mosand og Stubberud 2010).

2.2 Lovdata – Lov om pasientrettigheter.

For å sikre pasientene den hjelpen de har krav på, har dette blitt lovfestet. Det vil ofte være sykepleierens rolle å informere pasienter om hvilke rettigheter de har. Dette finner man i Norges lover kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon.

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon:

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 3-5. Informasjonens form:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal (Pasientrettighetsloven 2010).

2.3 Mestring

I følge Kaplun kommer det frem i stortingsmelding nr 16 (2002-3) at hovedstrategien for å øke helse hos folket er å lære å mestre stress, skade og sykdom. I Lazarus og Folkman sin definisjon av mestring fra 1984 kommer det frem at mestring er alt vi mennesker foretar oss, uavhengig av resultatet (Hanssen og Natvig 2007). Hvordan hver enkelt tenker og føler om sin sykdom har stor innvirkning på utfallet av mestring (Fjerstad 2010). Utviklingen av sykdommen er avhengig av pasientens mestringsevne. Dette avhenger av at pasienten klarer å lære å leve med sykdommen, samt hvilke ressurser pasienten har for mestring (Hanssen og Natvig 2007).

Ved diagnostisering av en kronisk sykdom vil pasienten normalt sett oppleve en krise. Pasienten vil gjennomgå ulike faser av krisen; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Knutstad 2008). Krise blir definert som en alvorlig og vanskelig livshendelse som krever ekstra støtte og medmenneskelig kontakt. En viktig faktor for at pasientene skal kunne bearbeide krisen er god kommunikasjon. Det er vesentlig at pasienten får god oppfølging og tilstrekkelig informasjon om sin sykdom for å komme seg gjennom krisen (Eide og Eide 2007).

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer i stor grad å ta del i den enkeltes utfordringer og tilrettelegge for at pasienten skal nå målet om diabetesomsorg. Om sykepleierne tilrettelegger for hver enkelt etter deres behov kan dette øke motivasjonen hos pasientene, noe som kan bidra til økt mestring (Karlsen 2011).

2.4 Ulike undervisningsmetoder

Å undervise eller å formidle kunnskap må tilrettelegges på grunnlag av pasientens forutsetninger. Hva skal formidles, pasientforutsetninger, ressurser, tid og hvor i prosessen

pasienten befinner seg, samt undervisningsmetoder må ofte tas hensyn til. Dette for å sikre best mulig utbytte av kunnskapen de får (Tveiten 2009).

Individuell undervisning er en undervisningsmetode hvor man tilrettelegger undervisningen til hver enkelt pasient ut ifra vurderinger som blir tatt. Dette med tanke på diagnosens alvorlighetsgrad, alder, kjønn, tilstanden pasienten er i, etnisk bakgrunn, språk, samt eksisterende kunnskap om sykdommen. Gruppeundervisning er brukt både ved helsestasjoner, polikliniske grupper og ved sykehus. Denne undervisningsformen har hovedvekt på samhandling, ved å dele erfaringer som kan ufarliggjøre sykdommen. Dette gir pasienten mulighet til å opprette et nettverk med andre pasienter, og bidrar til nytenkning (Tveiten 2009). Hvilke rammer man har for å kunne undervise hensiktsmessig kan ha betydning for valg av metode. Hjelpemidler som film, enkel anatomi, tegninger, brosjyrer og demonstrasjon av utstyr enkeltgjøre informasjon. I så tilfelle bør ikke informasjonen inneholde for mye og heller ikke vanskelig språk, men sette fokus på det mest aktuelle. Mer utfyllende informasjon og veiledning kan utdypes i oppfølgingssamtaler eller gis skriftlig slik at pasienten kan hente den frem ved behov (Tveiten 2009).

2.5 Sykepleiernes pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer mer enn ordet ”undervisning”. Det innebærer også å veilede, gi instruksjoner og evaluere de man arbeider med (Tveiten 2009).

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har i ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger (Tveiten 2009, 30).

Sykepleiernes oppgave i arbeid med pasienter, er å motivere til at de selv skal ta ansvar for behandlingen og kunne leve et godt liv med sykdommen. Helsepersonell skal kunne gi god veiledning og meddele kunnskap, det er da viktig å holde seg faglig oppdatert. Dette kan være en utfordring, siden det stadig kommer ny forskning (Karlsen 2011). Veiledningen bør inneholde målsetninger for pasienten, motivasjon fra veileder og struktur for undervisningen (Mosand og Stubberud 2010). I tillegg til å gi kunnskap og veiledning, skal

sykepleieren også lytte til pasienten, høre deres erfaringer og hvordan de opplever sin nye livssituasjon. Opparbeiding av tillitt mellom sykepleieren og pasient er en viktig nøkkel for å oppnå trygghet og støtte (Karlsen 2011). Her må sykepleieren også fokusere på pasientens livssituasjon. Dette krever at man arbeider ut i fra pasientenes ressurser, med tanke på kulturell historie, livssituasjon, tidligere diabeteserfaringer, utdanning og eventuelle livskriser (Helsedirektoratet 2009). Sykepleierne skal også observere og gjøre kliniske vurderinger av pasienten. Hos pasienter med diabetes type 2 vil dette innebære informasjon om kosthold og ernæring, tidspunkt for måltid, aktivitet og trening, administrering av medikament og viktigheten av hygiene med tanke på sår. (Mosand og Stubberud 2010).

3.0 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgaven for sykepleien ved Høgskolen i Molde er lagt opp som ett litteraturstudie.

En litteraturstudie innebærer altså å systematisk søke, kritisk granske og sammanstille litteraturen innen et valt emne eller problemområde (Forsberg og Wengström 2008, 34).

Det vil si at oppgaven er basert på forskning hentet fra ulike databaser ved skolens nettside.

3.1 Datasamling

Vårt første møte med artikkelsøk var vinteren 2010. Det tok en stund før vi forstod prosessen, og de første søkene vi gjennomførte ble ikke lagret og førte til frustrasjon. Vi fikk også påminnelse om at vi måtte bruke PICO skjema. For å få en systematisk oversikt over søkene og søkeord, ble ordene satt inn i PICO-skjema (Nordvedt 2007). Etter mye feiling, tap av gode artikler og søkehistorikk gikk søkingen tilslutt vår vei. Databaser som har gått igjen i våre søk er Journals Ovid Full Text, British Nursing Index and Archive, Ovid Medline og Ovid Nursing Database. De fleste søk er i kombinasjon med flere databaser. Dette for å øke mangfoldet av artiklene i hvert søk, da vår opplevelse var at det kom få treff på kun en database om gangen. Dette erfarte vi i starten av søkene og det kan være lite erfaring som førte til denne bestemmelsen. Vi har kun gjennomført avanserte søk, ikke manuelle eller fritekstsøk. Dette ble gjort for å kunne følge den røde tråden i søkeprosessen.

Søkeordene vi har brukt sorterte vi under P, I, C og O i PICO skjema.

P i PICO står for pasient eller problem. Vi har derfor valgt å sette inn søkeord som: diabetes, diabet*, diabetes educat*, newly diagnosed under P. Ved bruk av * bak søkeordet søker databasen etter alle ord som begynner med det søkeordet. Eks: diabet* vil da søke etter diabetes og diabetic og lignende.

I i PICO står for intervensjon/eksposisjon. Vi har her valgt å bruke søkeord som: guidance, information og education.

C i PICO står for sammenligning. Her valgte vi søkeordene Non hospital og Clinical.

O i PICO står for utfall. Søkeordene vi satt inn her var: Diabetes knowledge, self-care, self-management og quality of life.

Etter noen søk ble vi bevisste på at vi kun hadde brukt engelske søkeord. Vi drøftet dette og konkluderte med at vi ønsket å fortsette med det, fordi artiklene vi søkte etter var skrevet på engelsk. For å kunne videreutvikle vår forståelse for det engelske språket og de viktige nøkkelordene de bruker, hadde vi behov for å øve inn språket og kunne gjøre det til en vane å lese engelsk terminologi. Dette opplevde vi som svært tidkrevende og frustrerende i starten, men fikk det raskt inn som en rutine i vårt arbeid.

Vi fikk mange treff på de ulike søkene våre og valgte å lese abstraktene til de artiklene som hadde relevans for oppgaven. Mange av abstraktene vi leste, valgte vi å lese grunnet overskriftene, deretter bestilte vi de vi syntes virket relevante ut ifra abstraktene. Etter at vi fikk lest dem, var det mange av artiklene vi bestilte som ikke passet oppgaven. Av disse var noen fagartikler, noen hadde verken pasient eller sykepleier/lege-perspektiv og andre besto ikke kvalitetsvurderingen.

3.2 Inklusjonkriterier

Vi valgte søkeord som "non hospital" fordi vi ønsket å finne artikler som ikke var basert på sykehusopphold, men som møtte pasienten i en hjemmesituasjon, på poliklinikker eller i andre undervisningsopplegg.

I søkene avgrenset vi med språk til engelsk, norsk, dansk og svensk. Alle artiklene er skrevet på engelsk, men kommer fra ulike land. Vi har blant annet inkludert en artikkel fra Taiwan og en fra Korea. Funnene i disse artiklene var relevante og inneholdt informasjon i den grad at vi valgt å inkludere de. Et kriterium fra høgskolens side var at artiklene ikke skulle være eldre enn 5 år. Derfor ble dette også en avgrensning i søkene våre, men vi har valgt å søke mellom årene 2005-2011. Dette fordi vi ønsket å se om tidligere forskning står i samsvar med ny forskning innen dette tema. Vi fant og bestilte en artikkel som var eldre enn 2006, denne hadde ingen betydelige forskjeller sammenlignet med nyere forskning, og vi valgte dermed å ekskludere denne grunnet kriterier for årstall. Vi har ingen artikler eldre enn 2006.

3.3 Kvalitetsbedømming

Etter søk i ulike databaser bestilte vi totalt 17 artikler. Når alle artiklene var ankommet hadde vi et møte om hvordan videre fremdrift skulle foregå. Vi bestemte oss for å dele artiklene i to bunker. Vi leste og kvalitetssikret hver vår bunke for deretter å bytte bunke og gjentok samme prosess. Etter dette satt vi igjen med 13 som vi skulle analysere i henhold til vår hensikt og problemstilling. I den prosessen ble nok en artikkel luket ut, og vi endte med 12 artikler. Den siste ble eliminert da den ikke stod i henhold til hensikten med oppgaven.

Først mot slutten av analyseringen ble vi oppmerksomme på at artiklene skulle graderes i form av nivå og prosent, noe som førte til usikkerhet rundt våre artikler. I dette arbeidet brukte vi en nettside linket til universitetet i Bergen. De etterspurte ISSN nummer for å gradere publikatoren til de ulike artiklene til nivå 0, 1 og 2, hvor 2 er av svært god kvalitet. For å finne ISSN nummer måtte vi inn på Høgskolen i Molde sine nettsider, under bibsys. Av våre 12 inkluderte artikler fikk 6 artikler nivå 1 og 6 artikler nivå 2. I tillegg til denne graderingen skulle også resultatet av vår kvalitetssikring prosentgraderes. Dette ble gjennomført ved å regne ut antall "Ja" og "Nei" artikkelen hadde scoret. Hvor 16 "Ja" ga 100 %. Alle artiklene scoret over 70 % på kvalitetsbedømming. Da dette var overstått, kunne vi endelig jobbe videre med analysen.

Det kommer frem i fire av artiklene at de er godkjent av etiske komiteer, de andre artiklene er etisk forsvart ved at de har informert pasientene godt i forkant av studien, samt anonymisert deltakere. Det var også mulighet til å avslutte studien når de selv ønsket.

Vi brukte kvalitetsbedømmingsskjema av Willman (2006) for kvalitativ og kvantitativ metode, skjema er hentet fra boken til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Det er et skjema for kvalitative artikler, "Bilaga H" og for kvantitative artikler "Bilaga B". Kvaliteten ble vurdert ved avkryssing "ja" og "nei" eller "usikker". Artikler av god kvalitet landet på flest "ja". Resultatet ble regnet ut i prosent, hvor de over 80 % ble kvalifisert som god kvalitet, 70-79 % regnet til middels kvalitet og artikler under dette var av dårlig kvalitet. Alle våre inkluderte artikler hadde en kvalitet på 70 % eller mer. Vi opplevde at skjemaene var grei å følge, men vi hadde litt utfordring med å oversette de svenske ordene.

3.4 Analyse

Analyseprosessen vår startet ved at vi snakket løst om artiklene og notater vi hadde tatt underveis. Ut ifra disse kom vi frem til fem undertemaer som vi ønsket å plassere hovedfunnene våre i. Vi gikk så til innkjøp av markeringstusjer i fem ulike farger for å kartlegge funnene mer oversiktlig. Deretter gikk vi systematisk gjennom artiklene og markerte de ulike kategoriene etter fargekodene.

Fargekodene ble som følger;

Blå = sykepleieroppgaver

Gul = Pasienterfaringer

Lilla = Metoder som blir brukt (grupper/individuell osv.)

Grønn = Resultat

Rosa = Pasientgrupper og type diabetes.

Da alle artiklene hadde blitt fargekodet så vi at det var funn som gikk igjen i flere av artiklene. Vi hadde i starten litt utfordringer med å systematisere funnene. Vi laget derfor en oversiktstabell over inkluderte artikler, og satte informasjon om hver artikkel inn i skjema. Vi valgte tidlig å se vekk i fra fargen **rosa**, dette fordi det viste seg at alle pasientene i artiklene var diagnostisert med diabetes type 2. Det var heller ikke beskrevet noen markante pasientgrupper som gjorde utslag for oppgaven vår. Fargen **blå** som var funn på sykepleierens oppgaver ønsket vi å inkludere i diskusjonen, siden oppgaven er basert på pasientperspektiv. Resten av fargene hadde funn som vi først sorterte inn i et eget dokument. Vi fikk da en mer tydelig oversikt, og lagde tre hovedgrupper for funnene. Disse ble:

Gruppeundervisning opp mot individualisert undervisning

Pasientens perspektiv på sykdommen

Elementer som må ligge til grunne hos pasienten for å oppnå mestring.

Etter å ha bearbeidet funnene ytterligere bestemte vi oss for å gå vekk i fra de første overskriftene vi hadde laget, og endte opp med nye kategorier og underkategorier for funnene.

Overskriftene for resultatene ble som følger:

Pasientene hadde ulike forutsetninger for mestring

Etnisk bakgrunn og økonomi påvirker utgangspunktet for mestring

Alder som individuelt aspekt

Undervisning krever tid

Forskning utfordrer gruppeundervisning som metode

Gruppeundervisning

Individuell undervisning

For mye av det gode

Vi opplevde at funnene ble mer oversiktlige, utfyllende og lettere å jobbe videre med. Vi oppnådde dermed målet om å plassere funnene i over- og underkategorier, og trakk de deretter inn i diskusjonen.

4.0 Resultat

Vi har jobbet systematisk for å hente funn fra våre artikler som står i samsvar med hensikten vår. Hensikten var å undersøke om metodene som blir brukt for å informere pasienter med nyoppdaget diabetes er tilstrekkelig for at de skal mestre sykdommen videre. For å hjelpe oss å svare på hensikten har vi stilt spørsmål i problemstillingene våre om; 1) Hvilke undervisningsmetoder kan bidra til mestring for pasientene 2) Hva må ligge til rette for at pasientene skal være i stand til å mestre sin sykdom.

4.1 Pasientene hadde ulike forutsetninger for mestring

4.1.1 Ulik emosjonell reaksjon på samme diagnose

Alle pasienter reagerer forskjellig når de får diagnosen diabetes. Det kan virke overveldende med tanke på all ny informasjon som skal bearbeides, og det blir en helt ny hverdag å forholde seg til (Smide et al. 2009). I et sitat fra artikkelen til Ockleford et al. (2008) sier en pasient:

It's like yes, I know I should pack up smoking, but the situation I'm in at the moment.. I think I'd go mental (Ockleford et al. 2008, 31).

Det kommer frem at siden sykdommen ikke fysisk vises, føles eller gir synbare symptomer er det lett å ignorere sykdommen. En pasient i Smide et al.(2009) beskriver sin tilstand slik:

I don't really take it seriously, and further I'm not mulling over bad things I cannot influence (Smide et al. 2009, 257).

Det kom frem at pasientens oppfattning av diagnosen etter gitt undervisning var svært ulik. Det kom også frem i artiklene at pasientene automatisk blir indirekte gruppert etter hvilken holdning de har til sykdommen. Disse grupperingene ble ikke foretatt av helsepersonell, men utviklet ut i fra pasientenes egen resepsjonsevne, forsvarsmekanisme og virkelighetsoppfattning (Hörnsten et al. 2010, Ockleford et al. 2008). Vi velger å fremheve gruppene ved å dele de inn under positiv og negativ reaksjon på sykdom.

Pasienter som hadde en positiv emosjonell reaksjon på sykdommen var de som aksepterte situasjonen de var i og ønsket å gjøre det beste ut av det. Disse pasientene ønsket å finne igjen balansen i livene sine etter å ha fått diagnosen, noe som var knyttet opp mot kraftige emosjonelle reaksjoner og store krav til livet (Hörnsten et al. 2010, Ockleford et al. 2008). En pasient fra denne kategorien beskriver utfordringene ved å holde balansen i livet:

Perhaps reaching out when I shouldn't, at the wedding for instance. I had a piece of cake – not very big it is true- and I had a half glass of wine which I shouldn't have on [named drug], it's on the instructions inside, it tells you not to have alcohol, but I had a half glass of champagne to do my bit with (laughs) and a half glass of red wine to have with my roast beef and it made me feel festive, it did me good mentally and emotionally (Ockleford et al. 2008, 33).

En annen gruppe som reagerte positivt emosjonelt var de som hadde akseptert sykdommen. Disse ønsket kontroll over sykdommen, og hadde stor tillitt til helsepersonell og fulgte de anbefalingene de fikk (Hörnsten et al. 2010, Ockleford et al. 2008). En pasient deler sin erfaring om undervisningen han har mottatt:

That was quite helpful because they had a dietician there, a podiatrist and I learned more that afternoon y'know again so, that was interesting, and I'm now going on a seven-week course (Ockleford et al. 2008, 34).

Andre pasienter tok avstand fra sykdommen og hadde en mer negativ emosjonell reaksjon på sin nye tilstand. De distanserte seg fra sykdommen og avviste situasjonen. De var fokusert på livet her og nå, og bagatelliserte diagnosen. Dette ble assosiert med lav emosjonell tilknytning til sykdommen og lav selvtilitt (Hörnsten et al. 2010, Ockleford et al. 2008). Her er et utsagn som eksempel på dette;

I know that it's important to eat vegetables and fruits and reduce fat intake, etc. However, I don't like vegetables, have never done, and I'm not going to change now. I continue with my diet, mostly meat and potatoes and real butter, which is normal to me and that is more important than living a few years more (Hörnsten et al. 2010, 46).

Ifølge Hörnsten et al. (2010) er det en sammenheng mellom pasientens mestring og årsaken til at de har fått sykdommen. Om pasienter får beskjed om at sykdommen er forårsaket av dårlig kosthold, fedme og lite fysisk aktivitet kan dette påvirke pasientens mestringsevne og de vil klandre seg selv for at de er blitt syk.

I haven't taken enough care, not eaten well and gained weight. I see the result now, which is a demanding, shameful and a partly life-threatening disease. But it's my own fault and I have to bear the guilt and take the consequences (Hörnsten et al. 2010, 45).

4.1.2 Etnisk bakgrunn og økonomi påvirker utgangspunktet for mestring

Det kommer frem at god kunnskap om sykdom ikke er synonymt med god diabetesregulering. Med hensyn til et stadig økende flerkulturelt samfunn er det visse praktiske og organisatoriske utfordringer som er gjeldene. Kulturell og etnisk bakgrunn må vurderes, fordi pasienter med ulik etnisk bakgrunn vil kunne tolke sykdommen ulikt. Elementer som tro, religion, menneskesyn og kjønnsforskjeller viser seg å spille en viktig rolle i undervisning (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Melkus et al. 2010 og Stone et al. 2006). Det at pasienter har sterke bånd knyttet til familien og generasjoners tradisjoner, samt kosthold er viktig å ta hensyn til for å oppnå mestring (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Melkus et al. 2010 og Stone et al. 2006). Kosthold viser seg å utfordre pasientene på mange områder. En pasient forteller om vanskeligheten ved kostholdsendringer i sosiale sammenhenger:

When we visit somebody the first thing on the table is food and you feel awful and a ton of pressure- it's an insult not to eat (Stone et al. 2006, 624).

For noen diabetespasienter kan det være en utfordring å holde seg innenfor rammene som blir satt med tanke på livsstilsendringer. En av årsakene til dette er økonomi. Det viser seg et klart skille mellom ulike etniske grupper med tanke på utdanning og økonomi. I artikkelen av Melkus et al. (2010) kommer det frem at dette er viktige forutsetninger for mestring av sykdommen. Høy utdanning fører ofte til høyere inntekt, noe som gir gode forutsetninger til å kunne tilrettelegge kostholdet, da sunn mat oftere er dyrere enn usunn

mat (Melkus et al. 2010). Det kommer frem at pasienter med høyt utdanningsnivå og høy inntekt har økt mulighet til å oppsøke treningssenter, legge om kosthold og tilrettelegge livsstil etter sykdommen, enn pasienter med lav utdanning og derav lavere inntekt. Innstillingen til sykdommen kan være den samme, men de har ikke samme muligheten til å gjennomføre det i praksis (Melkus et al. 2010).

4.1.3 Alder som individuelt aspekt

I tillegg til elementer nevnt tidligere er også alder et viktig aspekt for undervisning. Pasienter i ulike aldersgrupper viser seg å ha forskjellige behov og forutsetninger for mestring. Nettbasert undervisning vil for en pasientgruppe fungere optimalt, mens for andre må personlige samtaler og gjentakelse av informasjon være tilstede for at pasienten skal få forståelse for undervisningen (Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011). En pasient forteller om bilder som hjelpemiddel for undervisning:

Pictures would help because if you can't remember. . . you know, you look at the picture" (Stone et al. 2006, 624).

Det kommer frem at dagens undervisningsmetoder ikke er optimale i forhold til dagens utvikling. Dette med tanke på tverrfaglig tilrettelegging, kultur, etniske forskjeller, teknologi og økt tilgang på informasjon via ulike media, samt verdens økonomi (Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Stone et al. 2006, Song et al. 2009 og Wu et al. 2011).

Sjansen for å oppnå mestring av sykdommen viste seg å være større hos pasienter som fikk en individuell undervisning hvor ulike aspekter ble vektlagt, i motsett til fellesundervisning hvor individuell kartlegging ikke ble gjennomført. (Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Stone et al. 2006, Song et al. 2009 og Wu et al. 2011).

4.2 Undervisning krever tid

Tid er et viktig element i undervisning og mestring. For mye informasjon på kort tid kan virke overveldende og pasienter bør få tid til å la informasjon fra fastlege synke inn før de starter på undervisningen som er tilbydd. Forskning viser at tid kan være nødvendig for å

få reflektert over sin sykdom. Dette kan igjen gi større muligheter for at pasientene er mer mottakelige for undervisning og informasjon. Det å gi pasientene tid i undervisningssamtalene, samt også i etterkant av undervisning med tanke på oppfølging, kan være avgjørende for god mestring av sykdommen (Longo et al. 2010, Melkus et al. 2010, Smide et al. 2009, Song et al. 2009 og Wu et al. 2011).

Det ble i en av artiklene sammenlignet undervisning gitt over 240 minutter opp mot undervisning gitt over 30 minutter. Resultatet viser at de som fikk lengst undervisning hadde færre reinnleggelses på sykehus og færre besøk hos legekantor (Wu et al. 2011). Ved kontroll tatt 6 måneder etter undervisningen var gitt, viste det seg at 15,1 % av deltakerne hos den korte undervisningen var blitt innlagt i sykehus, i motsetning til den lengste undervisningen hvor det kun var 1,4 % av pasientene som hadde blitt innlagt. Tallene er også tydelig ved sammenligning av turer til legevakt, der 17,8 % av pasienter som deltok på 30 minutters undervisning, og kun 6,9 % av pasienter som deltok på 240 minutters undervisningen, hadde vært innom legevakten innen 6 måneder etter undervisningen (Wu et al. 2011).

Undervisning som er tilrettelagt for at pasienten kan gjennomføre den når de selv har tid og motivasjon for det, viser seg også å ha god effekt på diabeteskontroll. Det å selv kunne velge hvor og når man skal delta i undervisningen medførte bedre blodsukkerkontroll ved målinger av HbA1c, samt økt kunnskap og mer bevist oppførsel i forhold til sykdommen. De hadde også høyere forventninger til seg selv og fulgte bedre opp egenomsorgsaktiviteter som fysisk aktivitet, røykeslutt og kosthold enn pasienter som deltok på en standard undervisning (Song et al. 2009)

Oppfølging i etterkant av undervisning viser seg også å ha en god effekt. Om pasientene får en oppfriskning av informasjon om sin sykdom i etterkant av undervisningen vil dette føre til bedre mestring av diabetes. Desto lengre oppfølging, desto bedre resultat (Longo et al. 2010 og Melkus et al. 2010). Mange pasienter synes all informasjonen om diabetes som ble publisert, både i blader, aviser, tv og reklame, var svært overveldende. En kontinuerlig oppfølging fra helsepersonell kan gi pasientene den tryggheten de behøver for å mestre sykdommen. Det kom frem at pasientene hadde forståelse for at alt de leste ikke var til å stole på, men at det var en ekstra trygghet i det å kunne snakke med profesjonell om diagnosen i etterkant (Longo et al. 2010 og Melkus et al. 2010).

4.3 Forskning utfordrer gruppeundervisning som metode

Både gruppeundervisning og individualiserte metoder er effektive metoder for læring. Det som er gjennomgående i artiklene er at gruppeundervisning er den undervisningsmetoden som blir kritisk vurdert opp mot nye alternative metoder. Her finner vi både nettbasert læring, en tverrfaglig individualisert gruppeundervisning, individualisert undervisning og en undervisningsmetode sammensatt av filmfremvisning, gruppesamtaler og telefonoppfølging (Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Stone et al. 2006, Song et al. 2009 og Wu et al. 2011).

4.3.1 Gruppeundervisning

Det viser seg at pasienter har ulik holdning til hvilken undervisning som blir gitt. En pasient forteller dette etter gjennomført gruppeundervisning:

I knew quite a lot of what they talking about but it was still good to go there, to you know to see other people, listen to what their experience is and see if I could connect any with mine...(Ockleford et al. 2008, 34).

En annen pasient uttrykker sin opplevelse av den samme undervisningen sånn:

I couldn't say I took it all in because sometimes the people asking questions they sort of disrupt the flow of things don't they you know in the middle of it (Ockleford et al. 2008, 35).

Selv om pasienter har ulike syn på undervisningen viser forskning av pasienter er mer rustet for å håndtere sin sykdom etter gjennomført tilrettelagt undervisning (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Stone et al. 2006, Song et al. 2009 og Wu et al. 2011).

4.3.2 Individuell undervisning

Studier viser at pasienter ofte får en mer positiv innstilling til å takle sykdommen sin etter å ha gjennomgått tilrettelagt undervisning. De får økt forståelse av sykdommen og hvordan de skal mestre den. Dette ble i ulike artikler vist ved måling av HbA1c (New 2009, Song et al. 2009 og Stone et al. 2006) I et eksempel fra Song et al. (2009) ble det påvist at

pasienter med gjennomført individuell undervisning hadde en HbA1c-senkning fra 7,6mmol/l før oppstart til 6,8mmol/l etter gjennomført individualisert undervisning, hvor motsatt gruppe hadde senkning fra 7,7mmol/l ved oppstart til 7,3mmol/l etter gjennomført undervisning (Song et al. 2009).

4.3.3 For mye av det gode

Forståelse, aksept og mestring er viktige elementer som må ligge til grunn for at pasienten skal forstå sykdommen (Davies et al. 2008 og Longo et al. 2010). Det viser seg at mye og ny informasjon er overveldende. En pasient forteller om sin læringsprosess:

And I know that sounds funny, you know, I am a well educated adult, but still it helps me to have that very basic level information. I can read over and over and over and it just doesn't seem to make any sense... It is a clue to me that there is some kind of information there, but it is beyond my comprehension at that point in time. Now maybe a week later I can read the same thing and it makes sense, but there are times that you can read something, and I have... read it and it didn't make sense, so I took it to my doctor or the nurse practitioner (Longo et al. 2010, 339).

Selv om det er mye å ta innover seg følte mange en økt forutsetning for mestring etter at deres spesifikke behov for undervisning ble møtt (Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011).

5.0 Metodediskusjon

Vi har arbeidet for å gjennomføre vår bacheloroppgave i samsvar med Høgskolen sine retningslinjer. Vi har gjennom studiet hatt god kommunikasjon med vår veileder, dette har vært en god ressurs for oss.

Vi begynte arbeidet med vår oppgave ved å starte datainnsamling for å finne utfyllende pensum knyttet opp mot vår hensikt. Vi fant ulike teorier for å innlede vårt litteraturstudium og belyse temaet diabetes. Det var mye informasjon om sykdommen. Enkelte ganger ble vi overveldet over pensumet vi fant, og inkluderte litt for mye litteratur, noe som resulterte i at vi mistet fokus på hensikten med oppgaven. En av lærepengene vi har fått etter dette er å systematisk følge den røde tråden gjennom vår arbeidsprosess. Vi måtte også utfylle teorikapittelet noe etter at funnene var innhentet, da vi innså at det var vesentlig teori som manglet for å underbygge vår hensikt og problemstilling.

Da tiden var inne for å starte søk i ulike databaser var temaet klart, og utfordringen lå i å finne gode og dekkende søkeord. Vi diskuterte oss i mellom om temaet, og om søkeordene var gode nok til å dekke vår hensikt og problemstilling. Etter veiledning kom vi frem til flere konkrete søkeord og en mer målrettet hensikt, og søkeprosessen var i gang. Vi oppdaget at det var mange elementer som måtte ligge til rette for at pasientene skulle få best mulig undervisning om sin sykdom, og bestemte oss for at det var dette vi ville se nærmere på i dette studiet. Problemstillingen ble endret etter hvert som resultatet av søkene ble tydeligere, dette medførte at de søkeordene vi først brukte ikke var like dekkende som først antatt. Vi endret derfor noen av søkeordene ved vårt andre søk.

Søkene ble gjort i Ovid database, Ovid Nursing database, British nursing index and archive og Journals@ovid fulltext. De fleste søkene ble gjort ved at vi søkte i alle databasene samtidig. Dette kan være en svakhet siden søkeordene resulterte i mange funn, og søk i én enkelt database kunne vært mer oversiktlig. Veien fra starten på søkene til avslutningen var lang og langt ifra feilfri. De første søkene mistet vi søkehistorikken på, noe som resulterte i at vi måtte gjøre søkene på nytt. Etter å ha tatt lærdom av dette ble vi bevisste på å lagre søkehistorikk og å notere ned søkeordene vi samlet.

Resultatet fra søkene ble totalt 17 artikler. Etter å ha lest og kvalitetssikret dem endte vi opp med 12 forskningsartikler. De 5 artiklene som ble ekskludert var enten av dårlig kvalitet, fagartikkel eller hadde et annet perspektiv enn det vi søkte. De inkluderte artiklene var fra USA (3), England (4), Taiwan (1), Sverige (2), Nederland (1) og Korea (1). Vi møtte på en utfordring med artiklene fra Taiwan og Korea med tanke på om resultatene kunne overføres til den vestlige verden eller ikke. Basert på funnene og sykdommen i seg selv, valgte vi å inkludere dem. De hadde gode funn med tanke på mestringselementer og undervisningsmetoder i forhold til å ha fått diagnosen diabetes type 2. Det at vi ikke fant noen artikler fra Norge, kan være en svakhet ved vår oppgave. Av våre inkluderte artikler var 5 av disse kvantitative og 7 kvalitative.

Når alle inkluderte artikler var funnet startet arbeidet med å fremheve resultatene i artiklene, og sammenligne disse opp mot hverandre. Denne jobben krevde mer tid og arbeid enn vi først antok. Det krevde at vi måtte gå tilbake i alle artiklene for å dra ut elementer vi ønsket å fokusere på. Vi laget oss derfor fargekoder for å lett kunne kategorisere funnene. Dette viste seg å fungere bra, med unntak av at to av fargene ikke ga noen særlig funn, samt at vi i etterkant savnet sitater. Når vi ser tilbake på arbeidet skulle vi ha markert sitater fra pasienten med en egen farge, for lett å kunne trekke disse inn i oppgaven.

Når resultatavsnittet av oppgaven var på plass var vi fornøyde med utfallet, men etter samtale med veileder viste det seg at vi hadde en stor opprydning i vente. I avsnitt 4.1.1 av resultatdelen var det kun var to av våre artikler som sa noe om grupperingen av pasientenes emosjonelle reaksjoner, har vi allikevel valgt å inkludere dette i funnene. Dette på grunn av måten de presenterer pasientenes reaksjoner på i en vanskelig situasjon. Det forteller oss noe om forarbeidet som må gjøres før man kan gjennomføre undervisning.

Etter litt mer systematisering av resultatene samt inkludering av flere funn, var vi klar for diskusjon. Vi var beviste på å inkludere alle de punktene vi hadde med i resultat, videre inn i diskusjonen. I tillegg valgte vi å skrive noe om sykepleierens rolle for å tilrettelegge for mestring, dette for å belyse sykepleierens pedagogiske funksjon i denne sammenheng.

I diskusjonsdelen måtte vi også innhente mer faglitteratur for å skape en faglig diskusjon mellom forskning og teori. Diskusjonen skulle være en faglig diskusjon i form av hvordan

våre funn hadde betydning for sykepleieryrket og om våre erfaringer fra praksis. Dette var noe vi ikke hadde vektlagt ved første utkast, og vi måtte derfor jobbe mye med dette i siste innspurt av oppgaveskrivingen.

Konklusjonen ble skrevet på grunnlag av resultatet i diskusjonen, og vi følte vi satt igjen med et ferdig produkt. Etter siste veiledning sto selvsagt mer retting for tur før innlevering av oppgaven. Vi har gjennom hele prosessen hatt et godt og nært samarbeid, der begge har gjort sin del og tatt ansvar. Det å være to om analysering, diskusjoner og motivasjon er noe vi stiller oss positive til.

6.0 Resultatdiskusjon

6.1 Diagnostisering av diabetes oppleves ulikt

Teori viser at opplevelsen av å få en diagnose vil gi ulike reaksjoner hos alle pasienter (Knutstad 2008). I følge forskning blir pasienter ofte kategorisert ut fra hvordan de oppfatter sitt sykdomsbilde (Davies et al. 2008, Ockleford et al. 2008 og Smide et al. 2009). Pasienter vil normalt sett oppleve en krise ved diagnostisering av en kronisk sykdom (Knutstad 2008). Krisene er av individuell karakter og vil oppleves i ulike grader. Vanligvis vil man gjennomgå ulike faser av krisen; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Knutstad 2008). I forskning kommer det frem at noen pasienter kan identifisere seg med sykdommen og virkelig ta ansvar for sin egen tilstand. Dette med tanke på å lære seg om kosthold, blodsuktermåling og hva som påvirker blodsukkeret. Andre pasienter kan ignorere sykdommen, begrunnet med at sykdommen ikke fysisk vises eller gir synlige symptomer for omverden. Noen tar avstand fra sykdommen grunnet et overveldende førsteinntrykk (Davies et al. 2008, Ockleford et al. 2008 og Smide et al. 2009).

Det er vesentlig at pasienten får god oppfølging og tilstrekkelig informasjon om sin sykdom for å komme seg gjennom krisen, og det er her sykepleierens rolle kommer inn (Eide og Eide 2007). Med utgangspunkt i disse funnene betyr det at helsepersonell har en viktig oppgave med tanke på å tilrettelegge for at pasienter møtes på det nivået de befinner seg på. Vår erfaring tilsier at det kan være en tidsklemme med tanke på å få gjennomført en grundig kartlegging av hvordan pasienten opplever tilstanden. Dette kan være en utfordring om pasienten selv ikke er flink til å dele sin emosjonelle opplevelse.

6.1.1 Sykepleierne må tilrettelegge for mestring

Teorien sier at i samarbeid med pasienter med diabetes er sykepleierens oppgave delt i to. Den ene delen er at man skal få til et godt samarbeid med pasienten, noe som krever tillitt og åpenhet. Her må sykepleieren bli kjent med pasienten for å kunne gi en god individuell undervisning. Den andre delen innebærer at sykepleieren har et faglig formål ved å formidle kunnskap, som pasienten trenger for å mestre sin sykdom (Karlsen 2011). Det kommer frem i forskning at for mye informasjon og nye retningslinjer for hvordan man skulle leve, kan medføre at noen velger å ta avstand fra sykdommen (Davies et al. 2008, Ockleford et al. 2008 og Smide et al. 2009). Om pasientene føler et lavt motivasjonsnivå,

kanskje i form av redsel eller mangel på interesse for sykdommen, kan dette resultere i dårlig læring og medføre redusert mestringsevne (Karlsen 2011). Dette sier oss noe om at vi som sykepleiere må klare å tilpasse informasjonen og undervisningen til hver enkelt. Vi må lese situasjonen, og kunne avslutte undervisning om pasienten ikke er motivert for mer informasjon.

Oppfattelsen av sykdommen sier også noe om hvordan pasienten aksepterer sin tilstand (Davies et al. 2008, Ockleford et al. 2008 og Smide et al. 2009). Ifølge Fjerstad (2010) behøver man ikke å akseptere sykdommen, men nøkkelen er å endre sin holdning om tilstanden. Dette kan medvirke til økt mestringsnivå (Fjerstad 2010). Undervisning gitt av helsepersonell kan medvirke til økt mestring, men samspillet mellom de ulike partene spiller en stor rolle for hvordan resultatet blir. Hvordan de ulike pasientene lærer er individuelt, og bør tas hensyn til i undervisningen (Tveiten 2009).

6.2 Elementer som bør kartlegges for å oppnå gode undervisningsresultat

Når man skal undervise pasienter, er det ulike elementer sykepleierne må ta hensyn til før man starter. Alle pasienter har ulike behov, og det er viktig å bli kjent med pasienten før man informerer (Eide og Eide 2007). I artikkelen til Hörnsten et al. (2010) blir pasientene presentert i ulike grupper alt etter hvordan de emosjonelt reagerer på sykdommen. Dette forteller oss noe om at vi må møte pasienten på det nivået de er i, for å hjelpe dem til å takle utfordringene (Hörnsted et al. 2010). Om man har kjennskap til pasienten vil dette kunne påvirke måten man informerer på (Eide og Eide 2007). Ifølge Erik Homburger Eriksons (1902-1994) må man ta hensyn til hvor personen befinner seg i livet for å hjelpe de til å oppnå mestring (Haugstvedt 2011). For vårt yrke som sykepleiere sier dette oss at vi må se pasientene for å kunne undervise og behandle de riktig.

6.2.1 Etnisk bakgrunn og økonomi

Diabetes er et utbredt problem over hele verden, og type 2 diabetes er årsaken til den store økningen (Rekdal 2011). Ulik etnisk bakgrunn viser seg å ha innvirkning på hvordan ulike pasientgrupper håndterer sykdommen. De kan sitte inne med den samme kunnskapen, men handle ulikt ut ifra retningslinjene for sykdomshåndtering (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Melkus et al. 2010 og Stone et al. 2006). Forskjellig religion kan blant annet ha innvirkning på mat og kostholdskultur, faste og andre ritualer, noe som kan få

konsekvenser for mestring av sykdom (Mosand 2011). Ulike mattradisjoner og tilknytning til disse kan være årsaken til at mange pasienter føler utfordringer ved å følge de undervisningsrådene som blir gitt (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Melkus et al. 2010 og Stone et al. 2006). Vi synes at sykepleierne som skal gi undervisning til disse pasienten må ha en faglig kunnskap ikke bare angående sykdommen, men også kunnskap om ulike kulturelle forskjeller for å kunne gi tilstrekkelig undervisning. Fra praksis sitter vi igjen med erfaringer om at språk også kan være et dilemma hos denne pasientgruppen. Dette er en stadig økende problemstilling som bør prioriteres innen helsevesenet, da det er stadig vekst i vårt flerkulturelle samfunn.

Økonomiske klasseskiller kan også være en av årsakene til at ulike etniske grupper håndterer sykdommen forskjellig. Det viser seg at personlig økonomi har en direkte sammenheng med diabeteshåndtering. Dette grunnet at sunne matvarer stiger mer i pris enn usunne matvarer (Rekdal 2011). I Melkus et al. (2010) kommer det fram at lav utdanning, og derav lav økonomisk status fører til innkjøp av mer usunn mat siden dette er mer tilgjengelig og man får mer for pengene (Melkus et al. 2010). Når helsepersonell skal undervise pasienter fra en annen kultur er det viktig at man har kunnskap om hvilke etnisk og kulturell bakgrunn pasientene har, og tilpasser undervisningen deretter (Mosand 2011). Undervisning om kosthold som behandling av diabetes type 2 er et stort fagfelt, og kosthold i seg selv kan hjelpe pasientene til å holde sykdommen under kontroll. Her må man tenke over at ikke alle har ressurser til å handle de matvarene som er nødvendig for å opprettholde et sunt kosthold. Sykepleierne må her være et hjelpemiddel for pasienten med tanke på råd og veiledning om et kosthold tilpasset diabetespasienter, som er økonomisk rimelig.

6.3 Tid og alder bør vurderes

Ifølge forskning kommer det frem at en av årsakene til at gruppeundervisning ofte blir prioritert fremfor individualisert undervisning kan være tid. Det vil kreve mer tid og ressurser enn en innarbeidet gruppeundervisning (Wu et al. 2011). Noen pasienter kan ha behov for tydelig forklaring og gjennomgang, mens andre har erfaring om tema grunnet familie og venner med samme sykdom, og dermed et annet utgangspunkt for å mestre sykdommen (Longo et al. 2010). Teorien sier at når det skal tilrettelegges for undervisning til pasienter, er det viktig at deres individuelle behov blir vurdert. Dette innebærer å ta seg

tid til å gi den undervisningen pasienten har behov for. Om det er behov for samtaler en til en må dette tilrettelegges (Tveiten 2009). Eldre pasienter kan ofte ha behov for mer tid til å bearbeide informasjon enn yngre pasienter. Dette vil innebære gjentakelser av enkelte oppgaver i undervisningen for å oppnå forståelse og følelsen av mestring, noe som videre vil kunne medvirke til diabeteskontroll. (Gorter et al. 2009, Smide et al. 2009 og Wu et al. 2011). Det som fungerer for en pasient, fungerer kanskje ikke for den neste. Dette må tas i betraktning før en læringsprosess starter, og kan være fundamentet for et godt resultat (Tveiten 2009)

Resultat fra forskning viser at pasienter med tettere oppfølging og lengre tid hos kvalifisert helsepersonell har et bedre utgangspunkt for å mestre sin sykdom videre (Melkus et al. 2010 og Wu et al. 2011). Om undervisningen er tilrettelagt for at pasienter i alle aldre, skal få tid og mulighet til å stille spørsmål underveis vil dette kunne være grunnleggende for mestring av sykdommen (Gorter et al. 2009, Smide et al. 2009 og Wu et al. 2011). Hvilke undervisningsmetode som blir gjennomført har også betydning for mestringsoppnåelse. Vi må derfor ta hensyn til at alle pasienter har ulike persepsjonsevne. Noen pasienter aksepterer sin situasjon lettere enn andre, og kan med det ha et mindre behov for undervisning før de mestrer sykdommen (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Smide et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011). Disse funnene har betydning for sykepleiernes rolle med tanke på å tilrettelegge for at man skal ha tid til å gjennomføre en undervisning på det nivået pasienten har behov for.

6.4 Individualisert undervisning bør vektlegges

Ifølge Tveiten (2009) er det kun pasienten selv som kan si noe om hvordan de lærer best (Tveiten 2009). Det er gjennomgående enighet i artiklene om at individualisering vil bidra til økt forståelse av sykdommen (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Smide et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011). Dette er et viktig funn med tanke på gjennomføring av undervisning. Vi ser her viktigheten med at sykepleieren som skal holde undervisningen ser hver enkelt, og tilrettelegger for deres behov. Vår erfaring fra praksis viser at undervisning uten særlig kartlegging av pasienten i forkant, kan medføre at utbyttet ikke blir optimalt. Dette fordi informasjonen ikke blir tilpasset pasienten på hans nivå.

6.4.1 Gruppeundervisning

Til tross for høy enighet om at individualisering er en bedre undervisningsmetode enn gruppeundervisning er det den sistnevnte metoden som oftest blir brukt (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Smide et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011). Tross for dette sier Mosand og Stubberud (2010) at gruppeundervisning kan være en nyttig metode siden pasientene her møter andre som har vært gjennom det samme som de selv, og det kan være letter å dele erfaringer (Mosand og Stubberud 2010). Ifølge forskning har gruppeundervisning svært ulikt utfall for hver enkelt pasient. Dette kan innebære både positive og negative elementer. Noen pasienter har positiv erfaring med å kunne dele sine opplevelser i plenum, mens andre kan ha vansker med å dele sin sykdom med andre og noen ønsker ikke å dele (Ockleford et al. 2008). Karlsen (2011) sier at det å kunne støtte og hjelpe andre i tilsvarende situasjoner kan føre til økt mestringsfølelse hos pasienten. Det viser seg i så tilfelle at gruppeundervisning kan være en god metode (Karlsen 2011). Om man skal gjennomføre en gruppeundervisning er det viktig at man gjør en kartlegging av de man skal holde undervisning for, før man starter. At man tilrettelegger gruppene etter hvilke pasienter man skal formidle kunnskap til.

6.4.2 Individualisert undervisning

Individualisering og tilrettelegging må skje for at hver enkelt skal ha best mulig utbytte av sin læringsprosess, dette er en viktig sykepleie oppgave (Tveiten 2009). Det å undervise en gruppe mennesker ut ifra en standard undervisningsmodell har dårligere målbar effekt enn en individualisert undervisning. Det kommer frem at om man tilrettelegger gruppeundervisningene mer til hver enkelt, vil utfallet av mestring være bedre (New 2009). Teori understreker at for mange diabetes pasienter kan en god individuell helsetjeneste med kvalifisert og kontinuerlig veiledning være avgjørende for hvordan de håndterer sykdommen (Karlsen 2011). Kartlegging av pasientens behov for undervisning og persepsjonsevne er viktig for å introdusere sykdommen for pasienten, samt skape en mest mulig positiv innstilling til omstillingen (Davies et al. 2008).

6.4.3 Andre undervisningsmetoder

Det viser seg at pasienter med webbasert undervisning fikk et bedre utfall av undervisningen enn pasienter fra gruppeundervisningen (Song et al. 2009). Når man skal

legge til rette et undervisningsprogram, er det viktig at man kartlegger pasientenes læringsforutsetninger og motivasjon for læring, dette for at pasienten skal få et best mulig utfall av undervisningen (Graue og Haugstvedt 2011). En webbasert løsning vil kunne gi pasienten frihet til og selv velge tid og sted for undervisningen, og kan sitte i fred og ro. På den andre siden kan en slik undervisning virke som en lett løsning for pasientgrupper som ikke bryr som om sykdommen sin. De vil ikke bli fulgt opp på samme måte og kan unngå å gjennomføre undervisningen, i motsetning til gruppeundervisning hvor man fysisk må være tilstede (Song et al. 2009). Dette belyser nok engang at sykepleieren spiller en viktig rolle ved å møte pasienten på hans nivå, og tilby den undervisningen pasienten selv ønsker, om dette er gjennomførbart.

6.4.4 Kostnad

Kostnad kan, som alt annet innen helsevesenet, spille en vesentlig rolle (Karlsen 2011). Investering i en bedre og mer tilpasset undervisning og oppfølging av pasienter vil kunne redusere kostnader i fremtiden. Hovedkostnadene vedrørende diabetespasienter går til profylaktisk arbeid rettet mot senkomplikasjoner. Økning av ressurser i startfasen av sykdomsforløpet vil bidra til økt egenkontroll, læring, motivering og kan være tiltak som vil kunne forhindre forverring av sykdommen og senkomplikasjoner. Dette er lønnsomt både for pasientene og samfunnet (Allgot 2011).

Noen artikler antyder at gruppeundervisningen er mer økonomisk gunstig og blir oftere gjennomført, tross bedre mestringsresultat ved bruk av andre metoder (Gorter et al. 2009 og Song et al. 2009). Det viser seg også i litteratur at gruppebasert undervisning kan være mer kostnadseffektive med tanke på organisering av helsetilbudene (Graue og Haugstvedt 2011). Til tross for at forskning viser at individuell og tilrettelagt undervisning gir bedre resultater, er fremdeles gruppeundervisning den mest fremtredende undervisningsmetoden (Abubakari et al. 2011, Davies et al. 2008, Gorter et al. 2009, Melkus et al. 2010, New 2009, Ockleford et al. 2008, Smide et al. 2009, Stone et al. 2006 og Wu et al. 2011). Vår erfaring tilsier at kostnad påvirker mye av hvordan helsevesenet styres, dette tror vi er en global problemstilling. Vi har erfart at økonomi på flere nivåer setter grenser for hvordan vi kan praktisere helsefremmende arbeid, dette tenke vi også gjelder for diabetesundervisning.

7.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å undersøke om metoder som blir brukt for å informere pasienter med nyopplaget diabetes er tilstrekkelig for at de skal mestre sykdommen videre. Våre resultater viser at tilrettelegging for pasienten, med tanke på kartlegging av pasienten i forkant av undervisningen, er grunnleggende for at pasienten skal oppnå mestring, uavhengig av hvilke metode som blir brukt.

Gruppeundervisning er den metoden som oftest blir brukt ved diabetes undervisning. Våre resultat fra forskning sier ikke direkte at gruppeundervisning ikke er en tilstrekkelig undervisningsmetode, men at individualisert undervisning kan gi et bedre mestringsresultat enn gruppeundervisning. Hvilken undervisningsmetode som ønskes og hvordan pasienter lærer er også individuelt, men gjevnt over er den undervisningen som blir tilrettelagt til hver enkelt bruker, den mest effektive.

For at individualisert undervisning skal kunne føre til økt mestring innebærer det en kartlegging av pasientene og deres ressurser før undervisningen starter. Elementer som må kartlegges for at en individualisert undervisning skal være optimal er verdier, etnisk bakgrunn og livssyn. Hvilken kunnskap pasienten sitter inne med før undervisning, hvor de befinner seg i livet, samt hvilke resepsjonsevne de har som utgangspunkt for å mestre sykdommen.

For sykepleierket har dette betydning med tanke på hvordan man tilrettelegger for undervisningen, før man starter undervisning. Man bør vurdere hvilken kunnskap den aktuelle sykepleieren som skal undervise sitter inne med. I tillegg til at undervisningspersonell skal ha kunnskap om det man underviser, bør vedkommende også klare å opprette et tillitsforhold til pasienten. Dette for å få en innsikt i hvordan pasienten best lærer og hvilke forutsetninger pasienten har.

Det kommer også frem at tid er et viktig element for mestring, uavhengig av hvilke metoder som blir brukt. Pasienter trenger tid til å fordøye ny informasjon, men en mer individualisert undervisning vil kunne gi pasientene bedre utgangspunkt for å tilegne seg ny og nødvendig kunnskap. Dette for å gi dem best mulig forutsetning for mestring av sin situasjon, samt at det vil kunne minske tiden som blir brukt på undervisning, noe som på

sikt kan sørge for lavere kostander. Kostnad er et tema som ikke er blitt forsket på i våre artikler, men det blir nevnt i to av artiklene, som årsak til at gruppeundervisning blir prioritert tross dårligere mestringsresultat enn individualisert undervisning.

Vår litteraturstudie viser at om pasienter med nyoppdaget diabetes skal oppnå best mulig mestring av sin sykdom bør undervisningen tilrettelegges for hver enkelt. Dette med hensyn til de elementene nevnt tidligere. Her spiller helsepersonellet en avgjørende rolle med tanke på at det er vi som møter pasienten i undervisningen. Det er vår jobb å tilrettelegge for en best mulig undervisning for hver enkelt pasient.

Forskningen som er innhentet til denne oppgaven sammenligner i stor grad gruppeundervisning opp mot individualisert undervisning, og belyser elementer som må tas hensyn til for å oppnå god mestring for pasienten. Vi kan ikke konkludere med at gruppeundervisning ikke er en tilstrekkelig undervisningsmetode, men vi kan belyse at individualisert undervisning gir tydelig bedre mestringssevne, dette fordi undervisningen da blir tilrettelagt til hver enkelt og deres persepsjonsevne.

8.0 Forslag til videre forskning

Det kommer frem at kostnad kan være en avgjørende faktor for hvilken undervisningsmetode som blir praktisert hos pasienter med ny oppdaget diabetes. Dette er et tema som i dagens helsedebatt kan være interessant og forske videre på. Dette fordi forskning og litteratur tilsier at gruppeundervisning er den metoden som oftest blir anvendt tross bedre mestringsresultat ved individualisert undervisning, dette innebærer også å individualisere gruppeundervisningene. Det kan virke kostnadseffektivt i den tid undervisningen skal gis, men på sikt kan en slik avgjørelse medføre økt tendens av senkomplikasjoner noe som igjen kan føre til økte kostnader, ved for eksempel reinnleggelser. Spørsmålet ligger i om pengene skal brukes profylaktisk ved god undervisning, eller for å rette opp skadene av dårlig diabetes kontroll i ettertid? Er det tid for viderutvikling og nytenkning innen undervisning for disse pasientene?

9.0 Litteraturliste

- Aas, Anne-Marie. 2011. Kosthold. I *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 19-67. Oslo: Akribe AS.
- Abubakari, Abdul-Razak, Martyn C Jones, William Lauder, Alison Kirk, John Anderson og Devasenan Devendra. 2011. "Associations between knowledge, illness perception, self-management and metabolic control of type 2 diabetes among African and European-origin patients". *Journal of nursing and healthcare of chronic illness* 3, 245-256.
- Allgot, Bjørnar. 2011. Diabetes I et brukerperspektiv. I *Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 205-215. Oslo: Akribe AS.
- Carina, 2010. Dikt: http://www.dikt.no/index.php?page=vis_tekst&TekstID=278235 (Lest 18/10-2011).
- Davies MJ, S Heller og TC Skinner. 2008. "Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial." *BMJ* 336(7642).Pp. 491-5.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjerstad, Elin. 2010. *Frisk og kronisk syk- et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. 2011. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,1212:1:0:0:::0:0 (Lest 22/2-2011).
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget: Natur och Kultur.
- Gorter, K.J, G.H Tuytel, J.R.J Leeuw, J.J. Van der Bijl, J.M Bensing og G.E.H.M. Rutten. 2009. "Education and Psychological Aspects Preferences and opinions of patients with type 2 diabetes on education and self-care: a cross-sectional survey". *Diabetic medicine*, 27, 85-91.
- Graue, Marit og Anne Haugstvedt. 2011. Opplæring, undervisning og veiledning. I *Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 237-253. Oslo: Akribe AS.
- Hanssen, Tove A. og Gerd Karin Natvig. 2007. Stress og mestring. I *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring*, ed. Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanestad, 40-59. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Haugstvedt, Anne. 2011. Diabetes i et livsløpsperspektiv. I *Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 269-315. Oslo: Akribe AS.
- Helsedirektoratet. 2009. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00113/Diabetes_Forebygging_113609a.PDF (Lest 28/2-2011).
- Høgskolen i Molde. 2011. <http://ask.bibsys.no/ask/action/stdsearch> (Lest 11/10-2011).
- Høgskolen i Molde. 2011. <http://www.himolde.no/biblioteket> (Lest 14/2-2011).
- Hörnsten, Åsa, Lena Jutterström, Åsa Audulv og Berit Lundman. 2010. "A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes". *Journal of nursing and healthcare of chronic illness* 3, 41-51.

- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise i samarbeid med Ingrid Os og Kåre I. Birkeland. 2009. Endokrine sykdommer. I *Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestesi*, ed. Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise, 291-298. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Joner, Geir. Norsk Diabetesregister. Ullevål Universitetssykehus
Hentet hos Diabetesforbundets. 2011. Tema: fakta om diabetes.
www.diabetes.no/no/Om_diabetes/ (Lest 15/2-2011).
- Karlsen, Bjørg. 2011. Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 216 – 233. Oslo: Akribe AS.
- Knutstad, Unni. 2008 *Sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie*. 1. utgave. Oslo: Akribe AS.
- Longo DR, SL Schubert, BA Wright, J. LeMaster, CD. Williams og JN Clore. 2010. "Health Information Seeking, Receipt, and Use in Diabetes Self-Management". *Annals of Family Medicine*. 8 (4):334-40. *Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't.*
- Melkus, Gail D'Eramo, Deborah Chyun, Allison Vorderstrasse, Kelley Newlin, Vanessa Jefferson og Susan Langerman. 2010. "The effect of a diabetes education, coping skills training, and care intervention on physiological and psychosocial outcomes in black women with type 2 diabetes". *Biological Research for nursing*.
- Mosand, Reidun. 2011. Diabetes i et kulturperspektiv- veiledning til personer med minoritetsbakgrunn. I *Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 327-336. Oslo: Akribe
- Mosand, Reidun Dammen og Dag-Gunnar Stubberud. 2010. Sykepleie ved diabetes mellitus. I *Klinisk sykepleie Bind 1*, ed. Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 506-535. 2010. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- New, Nelda 2010. "Teaching so they hear: using a co-created diabetes self-management education approach." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 22(6):316-25.
- Nordvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Ockelford, Elizabeth, Rachel L. Shaw, Janet Willars og Mary Dixon-Woods. 2007. "Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views". *SAGE Publications*.
- Pasientrettighetsloven. 2010. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 Pasientrettigheter kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon*. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> (Lest 22/2-2011) .
- Rekdal, Ole Bjørn. 2011. Type 2-diabetes i et globalt og kulturelt perspektiv. I *Diabetes-forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld, Anita og Marit Graue, 316-326. Oslo: Akribe.
- Sagen, Jørn V. 2011. Sykdomslære. I *Diabetes- forebygging, oppfølging og behandling*, ed. Skafjeld Anita og Marit Graue, 19-67. Oslo: Akribe.
- Smide, Bibbi og Åsa Hörnsten 2009. "People's reasoning about diagnosis in type 2 diabetes" *Department of medical sciences*.
- Song, Misoon, Myoung-Ae Choe, Keum Soon Kim, Myung Sun Yi, Insook Lee, Jeongeun Kim, Mira Lee, Young Min Cho og Young Suk Shim. 2009. "An evaluation of Web-based education as an alternative to group lectures for diabetes self-managment" *Nursing and health sciences* 11, 277-284.

- Stone, Margaret, Naina Patel, Linda Drake og Carol Gayle. 2006. "Making education in diabetes culturally appropriate for patients" *Practice Nursing 2006, Vol 17, No 12*.
- Tveiten, Sidsel. 2005. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Tveiten, Sidsel. 2009. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Universitetet i Bergen. 2011. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 11/10-2011).
- Willman, Ania, Peter Stolz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaseras omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. opplag. Lund: Studentlitteratur.
- World health organization. 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (Lest 22/2-2011).
- Wu, Shu-Fang Vivienne, Mei- Chen Lee, Shu-Yuan Liang, Yu-Ying Lu, Tsae-Jyy Wang og Heng-Hsin Tung 2011. "Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A random controlled trial" *Nursing & Health Sciences (2011) 13*, 335-343. Blackwell Publishing Asia Pty Ltd.

Vedlegg 1 **PICO-skjema**

P	I	C	O
Diabetes Diabet* Diabetes educat*	Information Education Guidance	Non hospital Clinical	Self-care Self-management Quality of life
Newly diagnosed			

Vedlegg 2. Oversiktstabell i forhold til litteratursøk

SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKT	LESTE ARTIKLER	INKLURDERTE ARTIKLER
Health information	10.02.1 1	Ovid Medline	9737	0	0	0
Diabetes	10.02.1 1	Ovid Medline	324610	0	0	0
Health information AND diabetes	10.02.1 1	Ovid Medline	246	0	0	0
Limit to humans	10.02.1 1	Ovid Medline	236	0	0	0
Limit to danish or English or norwegian	10.02.1 1	Ovid Medline	230	0	0	0
Limit to year=2005 to current	10.02.1 1	Ovid Medline	149	0	0	0
Self management	10.02.1 1	Ovid Medline	6683	0	0	0
Health informatison AND diabetes AND self management AND limits	10.02.1 1	Ovid Medline	11	2	2	1
Diabetes mellitus type 2	10.02.1 1	Ovid Nursing database	2525	0	0	0
Self care	10.02.1 1	Ovid Nursing database	9573	0	0	0
Diabetes mellitus type 2 AND self care	10.02.1 1	Ovid Nursing database	421	0	0	0
Limit to humans AND (Danish or English or Norwegian) AND yr= 2005-current AND last 5 years	10.02.1 1	Ovid Nursing database	195	0	0	0
Information	10.02.1	Ovid Nursing	40790	0	0	0

	1	database				
Diabetes mellitus type 2 AND self care AND information AND limits	10.02.1 1	Ovid Nursing database	24	5	3	1
Diabetes education	15.02.1 1	British Nursing Index and Archive	1591	0	0	0
Newly diagnosed	15.02.1 1	British Nursing Index and Archive	20073	0	0	0
Diabetes education AND newly diagnosed	15.02.1 1	British Nursing Index and Archive	53	0	0	0
Self management	15.02.1 1	British Nursing Index and Archive	7113	0	0	0
Diabetes education AND newly diagnosed AND self management	15.02.1 1	British Nursing Index and Archive	19	3	2	2
Diabetes knowledge	14.09.1 1	British Nursing Index and Archive	978	0	0	0
Self-management	14.09.1 1	British Nursing Index and Archive	58515	0	0	0
Diabetes knowledge AND self-management	14.09.1 1	British Nursing Index and Archive	371	0	0	0
Quality of life	14.09.1 1	British Nursing Index and Archive	35887	0	0	0
Diabetes knowledge AND self-management AND quality of life	14.09.1 1	British Nursing Index and Archive	97	6	2	2
Diabetes knowledge	07.09.1 1	Journals@Ovid Full Text	978	0	0	0
Self care	07.09.1 1	Journals@Ovid Full Text	58515	0	0	0
Diabetes knowledge AND Self	07.09.1	Journals@Ovid Full	371	0	0	0

care	1	Text				
Patient education	07.09.1 1	Journals@Ovid Full Text	124571	0	0	0
Diabetes knowledge AND self care AND patient education	07.09.1 1	Journals@Ovid Full Text	118	0	0	0
Quality of life	07.09.1 1	Journals@Ovid Full Text	358883	0	0	0
Diabetes knowledge AND self care AND patient education AND quality of life	07.09.1 1	Journals@ Ovid Full Text	56	11	8	6

Vedlegg 3. OVERSIKTSTABELL I FORHOLD TIL INNHOLD OG KVALITET I VURDERTE OG INKLUDERTE ARTIKLER

Forfatter, År, Land og Tidsskrift	Tittel	Hensik	Metode	Deltakere/ Frafall	Hovedfunn	Kvalitet/ Etisk vurdering	Nivå
Longo DR. Schubert SL. Wright BA LeMaster J. Williams CD. Clore JN. 2010 USA Annals of family medicine.	“Health information seeking, receipt, and use in diabetes self-management”	Belyse hvordan pasienter med diabetes finner og bruker helseinformasjon om sin sykdom	Kvalitativ studie. Fulgte en helse-Informasjonsmodell. Spørreskjema, samt rom for å skrive egen opplevelser. Det var også fokusgrupper med spørsmål fra fagfolk.	9 fokusgrupper, med 46 diabetikere som gjennomførte hele undersøkelsen. Deltakerne ble valgt ut ifra kjønn, rase og alder for å få et vidt spekter.	Det kom frem fem informasjonskilder som gikk igjen hos deltakerne. Dette var 1) Passiv mottakelse av informasjon via TV og aviser. 2) Diabetes nettsider 3)Slekt og venner. 4)Helsepersonell. Gjerne til å forstå informasjonen de selv hadde funne fra andre media. 5) Informasjon som var lett å forstå, lett og forståelig språk. Viktige funn med tanke på videre arbeid med informasjon til diabetespasienter	Litt lite antall deltakere. Men mange gode funn. 75 % score Etisk godt gjennomført med anonymisering av deltakerne. Det kommer også frem at de som har sponset denne forskningen ikke hadde noe medvirkning i spørsmålene eller prosessen.	Nivå 1
New, Nelda 2010 USA	“Teaching so they hear: using a co-created diabetes self-management	Beskrive utviklingen og resultatet av en co-laget diabetes selvledelses opplæring.	En kvasi eksperimentell metode hvor de delte en gruppe mennesker i to, og foretok ulik	33 deltakere. Pasientene måtte være under 40 år, og ha nyopplaget diabetes	Det ble påvist vesentlige forskjeller i utfallet fra de to ulike gruppene. De som fikk informasjon gjennom den nye undervisnings-	Liten gruppe mennesker. Men gode resultater. 70 % score	Nivå 2

American Academy of nurse practitioners	education approach”		undervisning, og sammenlignet funnene.	diagnose.	modellen hadde bedre forutsetning for å oppleve mestringsfølelse	Etisk riktig, anonymisert og god informasjon til deltakerne. Deltakerne meldte seg selv for å delta i undersøkelsen	
Davies.MJ. S Heller. TC Skinner. MJ Campbell. ME Carey. 2008 United Kingdom BMJ, British Medical Journal	“Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial”	Se effekten av en strukturert gruppeundervisning kontra en vanlig diabetes-undervisning, med tanke på ulike faktorer.	Kvantitativ studie. En randomisert kontrollert studie, med to ulike undervisningsmetoder for to ulike grupper. Hvor de tok ulike kroppslige og psykiske målinger.	Det var 207 allmenleger som deltok som undervisere fra 13 forskjellige legekontor i UK. 824 voksne diabetikere. Ekskluderte deltakere under 18 år, og deltakere med psykiske plager, samt om de deltok i en annen undersøkelse.	Det var ingen stor forskjell hos de ulike gruppene med tanke på blodprøvetaking, men stor forskjell på andel røykeslutt, vekttap, fysisk aktivitet, forståelse av egen sykdom og livskvalitet.	Et stort antall deltakere. Godt gjennomført. Tydelig grundig arbeid, godt dokumentert. 90 % score Etisk: Studien ble godkjent av the Huntingdon local research ethics committee.	Nivå 2
Wu, Shu-Fang	“Effectiveness of a self-	Hensikten med studiet var å se	Kvantitativ metode, med	Startet med 173	Stor forskjell på de to gruppene, men først	God artikkel. Godt forklart	Nivå 1

<p>Vivienne Lee, Mei-Chen Liang, Shu-Yuan Lu, Yu-Ying Wang, Tsae-Jyy Tung, Heng-Hsin</p> <p>2011</p> <p>Taiwan</p> <p>Nursing & Health Sciences</p>	<p>efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial”</p>	<p>virkingen av et selv effektivitets program kontra det vanlige undervisningsprogrammet det ble operert med.</p>	<p>kvalitative trekk. En kontrollert tilfeldig undersøkelse hvor de hadde to grupper. En kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe. Deltakerene mottok den sammen undervisning, men intervensjonsgruppen fikk en ekstra undervisningsbit som tok lengere tid. En DVD film, en broskjyre, gruppeundervisning og telefonoppfølging.</p>	<p>deltakere av disse var det 158 som ønsket å være med. Kun 145 gjennomførte hele undersøkelsen. De 13 frafallene falt ut tidlig i undersøkelsen. Deltakerene måtte ha diabetes type 2, snakke kinesisk eller taiwansk, ha telefon. Eksklusjon var pasienter som ikke klarte å ta vare på seg selv med tanke på diabetes. demens, dialyse pas og tilfeller med mange infarkt</p>	<p>etter andre og tredje runde av undersøkelsen. Dvs 3-6 mnd etter oppstart. Spesielt stor forskjell i antall innleggelses på sykehus og kontakt med legevakt. Samt forskjell i form av aktivitet og andre ”self-care” aktiviteter.</p>	<p>utvalg og fremgang av undersøkelsen. Også at programmet intervensjonsgruppen skulle gjennomføre være kvalitetssikret av profesjonelle på forhånd. De tar også selvkritikk i artikkelen på bla. Oppfølgingstiden til pasienten.</p> <p>80 % score</p> <p>Pasienterne er anonymisert og det komme ikke frem særlig mye om deltakerene.</p>	
Smide, Bibbi	“People’s	Finne ut hvilke	Kvalitativ metode	Pasienter med	Funnene ble delt i tre	Artikklen har	Nivå

<p>Hörnsten, Åsa</p> <p>2009</p> <p>Sverige, Uppsala</p> <p>Department of Medical Sciences</p> <p>Blackwell Publishing Ltd.</p>	<p>reasoning about diagnosis in type 2 diabetes”</p>	<p>erfaringer pasienter med nyoppdaget type 2 diabetes sitter igjen med etter gitt diagnose.</p>	<p>Informasjon innhentet fra EPJ og intervju i 2006. Intervjuene ble gjort ansikt til ansikt. Sammenligning fra to ulike landsdeler i Sverige.</p>	<p>nyoppdaget diabetes type 2. Fra midt og nord Sverige. De måtte være svensk språkelig og ha regelmessig konsultasjoner med fastlege.</p>	<p>kategoriet; diagnose i tidsperspektiv, emosjonelle reaksjoner og kognitiv oppfattelse av diagnosen. Veldig individuelt. Informasjonen pasienten får må tilrettelegges til hver enkelt for at de skal forstå og dekke deres behov.</p>	<p>mange gode funn og kvalitets sikres til god kvalitet.</p> <p>70 % score</p> <p>Etisk: University Human Research Committee godkjente studien.</p>	<p>2</p>
<p>Gorter, K.J.</p> <p>Tuytel, G.H.</p> <p>De Leeuw, J.R.J</p> <p>Van der Bijl, J. J.</p> <p>Bensing, J.M.</p> <p>Rutten, G.E.H.M</p> <p>2010</p> <p>Nederland</p> <p>Diabetic Medicine 27, 85-91.</p>	<p>“Education and Psychological Aspects Preferences and opinions of patients with type 2 diabetes on education and self-care: a cross-sectional survey”</p>	<p>Undersøke pasientene foretrening med tanke på diabetes undervisning og egen mestrings aktiviteter.</p>	<p>Kvantitativ undersøkelsen. Gjennomført med ulike grupper, noen fikk individuell undervisning mens andre gikk i gruppe-undervisning.</p>	<p>1000 deltakere. Ekskluderte pasienter med alvorlig tilleggs-Sykdommer.</p>	<p>Mange grupper helsepersonell kan gi undervisning, men det er oftes diabetes-sykepleier som tar jobben. Hovedelement for god mestringssevne er tid. Pasientens alder, kjønn, etnisk bakgrunn og utdanningsnivå må være kartlagt og tas hensyn til for å oppnå best mulig undervisnings-resultat.</p>	<p>Veldig godt gjennomført forskning. Kvalitets siktert til svært god.</p> <p>75 % score</p> <p>Etisk: Deltakerne er anonymisert og randomisert.</p>	<p>Nivå 1</p>

<p>Melkus, Gail D'Eramo. Chyun, Deborah. Vorderstrasse, Alison. Newlin, Kelley. Jefferson, Venessa. Langerman, Susan.</p> <p>2010</p> <p>USA</p> <p>Biological Research For Nursing</p>	<p>“The effect of a diabetes education, coping skills training, and care intervention on physiological and psychosocial outcomes in black women with type 2 diabetes”.</p>	<p>Sette fokus på tallene som belyser forskjellen på svarte og hvite kvinner med diabetes type 2, i USA.</p>	<p>Kvalitativ metode 2 kontrollgrupper følges i et undervisnings-opplegg over en periode på 12 uker, samt en oppfølgingsperiode på 12-24 uker.</p>	<p>mørkhudete og hvite kvinner med nyoppdaget diabetes type 2. Alder 40-59 år.</p>	<p>Utdanning og økonomi kommer frem som en sentral rolle i skille mellom hvite og svarte kvinner i denne undersøkelsen.</p>	<p>Kvalitetssikres til god kvalitet.</p> <p>90 % score</p> <p>Etisk fulgt med tanke på anonymisering. Deltakeren er informert om at det er en sammenlignings forskning mellom hvite og mørk. Frivillig deltakelse. Kan ha noen rasistiske trekk, men dette er igjen funnene i forskningen. Det kommer frem at forfatteren ikke noe skjulte hensikter med forskningen.</p>	<p>Nivå 1</p>
<p>Store, Margaret. Patel, Naina. Drake, Linda. Gayle, Carol.</p>	<p>“Making education in diabetes culturally appropriate</p>	<p>Identifisere kulturelle utfordringer som er relevante for å gi tilstrekkelig</p>	<p>Kvalitativ metode. Et opplærings arrangement som ble organisert</p>	<p>Nyoppdaget diabetes type 2 var hoved kriterie. Hentet fra et avgrenset</p>	<p>Spåk er hovedbarriere. Samt utfordringer i de ulike kulturene med tanke på kosthold og posjonsstørrelse.</p>	<p>Artikkelen vurderes som en god artikkel.</p> <p>85 % score</p>	<p>Nivå 2</p>

2006	for patients”	opplæring av nyoppdaget diabetes type 2. Belyse nytten av å få slik informasjon var også et fokus i studien.	sammen med diabeteslærere. Blandings grupper fikk lik undervisning, og deretter ble resultatet sammenlignet. Fokus på familie, mat, livsmønstre og kosthold.	område i England.		Etisk godt gjennomført med anonymisering.	
England							
Practice Nursing Vol 17							
Abubakari, Abdul-Razak Jones, Martyn Lauder, William Kirk, Alison Anderson, John Devendra, Devasenan	“Associations between knowledge, illness perceptions, self-management and metabolic control of type 2 diabetes among African and European-origin patients”	Se sammenhengen mellom sykdomstolkning, egenomsorg og metabolsk kontroll hos pasienter med europeisk og afrikansk opprinnelse.	Kvantitativ metode. Samlet data ved bruk av en modell som heter ”Leventhal’s Common-sense self-regulation model”. De samlet data om pasientenes blodsukkerverdier ved å bruke sist målte HbA1c. Samt sykdoms- Oppfatninger og holdning til	Inviterte 420 pasienter fra to ulike klinikker i London. Av disse var det 359 som gjennomførte undersøkelsen. Pasientene måtte være over 18 år, har type 2 diabetes, måtte være av europeisk eller afrikansk opprinnelse, og	Hovedfunn i denne artikkelen var at de ikke fant noe tydelig sammenheng mellom kunnskap om sykdommen og egenomsorg og metabolsk kontroll. Men at det er visse forskjeller mellom hvordan pasienter med ulik etnisk opprinnelse opplever sin sykdom.	Artikkelen er kvalitetsikret til en god artikkel med godt beskrevet inklusjon og eksklusjon-kriterier. Mange deltakere. 75 % score Etisk: Studien var godkjent av ”Bent and the East London Ethics	Nivå 2
2011							
England							
Journal of nursing and healthcare of chronic illness.							

			egenomsorg.	kunne engelsk. Ekskluderte pasienter som var psykisk syk, var dement eller veldig smerteplaget. 7stk på ekskludert		Committees”.	
Hörnsten, Åsa Jutterström, Lena Auduly, Åsa Lundman, Berit 2010 Sverige Journal of nursing and healthcare of chronic illness.	A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes	Beskrive prosessen av sykdoms-integrering og egenkontroll hos pasienter med type 2 diabetes.	Kvalitativ metode. Narrativ intervjustudie. Hvor de intervjuet pasientene med åpne spørsmål. Kvalitativ studie	44 deltakere i alderen 40-80 år med nyoppdaget type 2 diabetes (innen de to siste årene). De måtte også snakke svensk. Kunne ikke ha andre kroniske sykdommer.	Det kommer frem at det er et vendepunkt mellom diagnose-tidspunktet og tilvedningen av sykdommen. Ved dette vendepunktet tar pasientene sykdommen inntil seg på et mer følelsemessig og eksistensielt nivå. Dette får pasienten til å se på egenkontroll som både nødvendig og gjennomførbart.	Artikkelene er av god kvalitet. Og selv om den ikke treffe eksakt vår problemstilling kommer det frem gode funn som vi ønsker å bruke i oppgave. 70 % score Etisk: Godkjent av ”The Ethical Review Board”. Deltakerene var forbredt på å møte til intervju og snakke om	Nivå 2

						deres sykdom og følesemessige reaksjon til diabetes.	
<p>Song, Misoon Choe, Myoung-Ae Kim, Keum Soon Yi, Myung Sun Lee, Insook Kim, Jeongeun Lee, Mira Cho, Young Min Shim, Young Suk</p> <p>2009</p> <p>Korea</p> <p>Nursing and health sciences</p>	<p>“An evaluation of Web-based education as an alternative to group lecture for diabetes self-management”</p>	<p>Hensikten med studiet er å sammenligne en Web basert undervisning opp mot en gruppe undervisning, med fokus på kunnskap, oppførsel og fysiologiske resultat.</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien er en quasi eksperimentell undersøkelse hos en gruppe, som deretter sammenlignes med en kontroll gruppe. Det var en Web-gruppe, som fikk web basert undervisning, og en undervisnings-gruppe hvor de gjennomførte vanlig undervisning.</p>	<p>Kriterier var nyopptaget diabetes type 2. De kunne ikke ha deltatt i lignende undervisnings-opplegg tidligere. De måtte være voksen. Det startet med 31 pasienter i Web-gruppen og 29 pasienter i gruppe-undervisningen. Det var 15 pasienter i web gruppen og 16 i gruppe-undervisningen som gjennomførte studiet.</p>	<p>Ut i fra sammenligningene som ble gjort var det et bedre utfall med tanke på HbA1c hos deltakerne i den Web baserte gruppen. Andre funn var også at Web basert undervisning var mer tilgjengelig med tanke på tid og sted. Men at det kunne være lettere å slutte på et undervisnings-opplegg om man ikke trengte å møte opp.</p>	<p>Kvalitetsikres til God kvalitet. Tross få deltakere kom det frem gode funn. Forskerne har også vært kritisk til egne funn og gode på vinkle problemstillingen.</p> <p>80 % score</p> <p>Etisk forsvarlig. Pasientene var informert om de ulike gruppene og fikk selv velge hvilke de ville delta i.</p>	<p>Nivå 1</p>

Ockleford, Elizabeth Shaw, Rachel L. Willars, Janet Dixon-Woods, Mary. 2007 England SAGE Publications	“Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients’ views”	Finne ut erfaringer og opplevelser hos pasienter med nyoppdaget diabetes for å kunne utvikle en ny undervisningsmetode basert på pasient erfaringer.	Kvalitativ studie. Individuelt tverrfaglig intervju og sammenligning av resultat av dette.	36 voksne deltakere med nyoppdaget diabetes type 2. Pasienten kan ikke ha deltatt i opplæring av sykdommen tidligere. Ingen frafall.	Pasientene blir delt opp i grupper ut i fra sin egen aksept og tolkning av sykdommen. Dette ble funnene i studien. Opplæringen må tilrettelegges etter gruppene. Gruppene ble: -Motstandere -Tilhengere -Aksept av situasjonen -Identitets-motstandere -Avvisning av situasjonen.	Kvalitets sikret til god kvalitet. 80 % score God etisk oppbygging og etisk forsvarlig. Samarbeid med et etablert undervisnings-Program, DESMOND intervensjon.	Nivå 1
--	---	--	---	---	---	--	-----------