

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Utfordringer og mestring hos diabetespasienter



**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

[Stavanger, 03.01.2023]



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Diabetes er en kjent livsstilssykdom, og stadig er det flere som får sykdommen. Det krever mye fra pasienten, som deres tid og vilje til å se alvorret i sykdommen. Med det kan det være viktig for et menneske å kjenne på mestring. Basert på deres erfaringer ved sykdommen kan en se hva som kan bidra med for at pasienten får en god mestringsfølelse.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan pasienter med diabetes håndterer sykdommen samt mestrer sine utfordringer.

Metode

Metoden som blir brukt i oppgaven er litteraturstudie. Vi har valgt ut fire forskningsartikler med kvalitativ metode. Fribergs analysemodell blir brukt for å innhente data fra de ulike artiklene. Travelbees teori om sykepleie vil bli trukket inn i oppgaven da den diskuterer hvordan en kan mestre erfaringer ved sykdom.

Resultat

Det vises at kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet, og opplevelsen av sosial støtte har en stor betydning for mestring av sykdommen. Med riktig kunnskap bidrar det til bedre håndtering av livsstilsendringene som følge av sykdommen. Resultatene viser også at sykdommen byr på mange utfordringer. Psykisk stress, mangel på aksept og det å konstant måtte håndtere sykdommen er utfordringer som går igjen i de ulike artiklene.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt	6
2 Teoretisk perspektiv	7
2.1 Diabetes Mellitus	7
2.2 Diabetes type 1	7
2.3 Diabetes type 2	8
2.4 Mestring	9
2.5 Livskvalitet	10
2.6 Travelbee's sykepleieteori	10
3 Metode	12
3.1 Litteratursøk	12
3.2 Søkestrategier og valg av artikler	13
3.3 Analyse	14
4 Resultat	16
4.1 Pasientens erfaringer	16
4.1.1 Livsstil og livsstilsendringer	16
4.2.1 Praktiske utfordringer	17
4.2.2 Psykiske utfordringer	17
4.3 Bidrar til mestring	19
4.3.1 Tilstrekkelig kunnskap	19
4.3.2 Sosial støtte	20
5 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Kunnskap	23
5.2.2 Sosial støtte	25
5.2.3 Utfordringer med diabetes - skam	27
5.2.4 Utfordringer med diabetes - stress	27
6 Resultatenes implikasjoner for praksis	29
7 Referanser	30
8 Vedlegg	32
Vedlegg 1, litteratormatrise	32

<i>Vedlegg 2, søkelogg</i>	34
<i>Vedlegg 3, oversiktstabell</i>	35

1 Innledning

Ca. 1 av 10 pasienter som blir innlagt i sykehus i Norge har diabetes (Berg, 2022). Med tanke på at diabetespasienter er en stor pasientgruppe, burde sykepleiere som jobber i sykehus, blant annet, ha god kunnskap om hvordan det er å leve med denne sykdommen. Dette for å kunne gi denne pasientgruppen motivasjon og en følelse av mestring. Ser man bort ifra de pasientene som blir innlagt på sykehuset, ser en at ifølge FHI lever flere hundre tusen mennesker med diabetes i Norge. Forekomsten har doblet seg de siste 20 årene (Folkehelseinstituttet, 2020). Det er kjent at det å leve med en kronisk sykdom fører med seg ulike utfordringer (Kristoffersen, 2016, s. 237). Utfordringer som diabetes pasienter kan kjenne på er for eksempel det å håndtere en kronisk sykdom i det daglige. Samtidig som en opplever utfordringer er det også viktig at en kjenner på mestringsfølelse. Det beskrives at mestring er et kjent mål å kunne overholde i omsorgssektoren (Kristoffersen, 2016, s 237).

Ifølge diabetesforbundet er det selve reguleringen av blodsukkeret som kan være en stor utfordring med å leve med diabetes. Denne reguleringen er det pasienten selv som skal mestre, og dette kan by på utfordringer i forhold til å tilegne seg nok kunnskap og holde motivasjonen oppe (Diabetesforbundet, 2021). Med kunnskap kan det bidra til innsikt. For diabetespasienter handler det ikke bare om behandling av sykdommen, men også det faktum at de skal leve med sykdommen resten av livet. Ved sykepleie til diabetespasienter kan en derfor jobbe for å forebygge senkomplikasjoner, men også bidra til at pasientene håndterer sykdommen selv på en god måte. Dermed minske presset på helsevesenet. Ved å se på forskning om hvordan det er å leve med diabetes, samtidig undersøke mestring, kan dette bidra til å fortelle hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestringsfølelse hos diabetespasienter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På bakgrunn av erfaringer fra praksis ønsker vi i denne oppgaven å øke kunnskapen om pasienters opplevelser med å leve med diabetes. Da diabetes er en utbredt sykdom som sykepleiere med stor sannsynlighet kommer til å møte på i helsesektoren. Sykdommen er kronisk og en har dermed fokus på egenbehandling der pasienten selv blir gitt et stort ansvar. Det er sykepleierens oppgave å lære opp pasienten i håndteringen av sykdommens ulike aspekter, og det vil dermed være viktig med tilstrekkelig kunnskap både for sykepleier og

pasienten for at pasienten selv skal unngå senkomplikasjoner (Pleym & Westberg, 2022). Kunnskaper om diabetes kan bidra til økt forståelse av pasientens situasjon og kan bidra til å kartlegge pasientens behov. Praksiserfaringene førte oss også inn på temaet mestring, da pasientobservasjoner har lært oss at dette innebærer viktige aspekter både for pasient og sykepleier, spesielt innenfor kroniske sykdommer som diabetes. Ifølge Kristoffersen kan sykepleiere bidra til å redusere opplevelsen av stress og fremme effektiv mestring, noe som er knyttet til sykepleierens funksjon (Kristoffersen, 2016, s 237).

1.2 Problemformulering

Å leve med en kronisk sykdom kan bidra til utfordringer i livet, med utfordringer er det viktig å kjenne på mestringer slik at livskvaliteten blir bevart. Når pasienter må leve med diabetes, krever det mye innsikt fra pasienten. Det vil si at pasienten må motiveres til å forstå sin sykdom. Denne innsikten vil ha en betydning for hvordan en lever med, og hvordan en mestrer sykdommen. Oppgaven vil ta utgangspunkt i pasientens erfaringer med mestring av sykdommen, og samtidig kan dette fortelle oss hva sykepleiere kan bidra med for å øke mestringsfølelse hos pasienter med diabetes. Vårt perspektiv kan ikke dekke alle sider ved mestring. I henhold til oppgavens satte rammer var det nødvendig å velge en definisjon av mestring som blir utgangspunktet for denne oppgaven. Andres perspektiv på mestring kan ha en annen tolkning av tema, og dermed belyse problemet fra en annen side.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan det er å leve med diabetes og finne kunnskap om hva som kan bidra til mestring basert på pasienters erfaringer. Med utgangspunkt i dette kan en lære mer om hvordan sykepleiere best mulig kan bidra til mestring hos pasienten.

2 Teoretisk perspektiv

2.1 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus er delt inn i to deler, type 1 og type 2. Ved diabetes type 1 er all insulinproduksjon borte, mens ved type 2 er insulinproduksjonen delvis borte. Ved begge typene vil glukosen i blodet være høyt og en vil etter hvert få hyperglykemi dersom en ikke får behandling. Felles for type 1 og type 2 er at kriteriet for diagnosen er lik. Dersom glukosen i blodet overstiger et visst nivå, har pasienten diabetes (Jenssen, 2016, s. 388-389). Felles symptomer for begge typene er hyppig vannlating, slapphet, tretthet og tørste (Jenssen, 2016, s. 390, 394).

Sykepleierens rolle er å koordinere, gjennomføre selvstendige konsultasjoner og eventuelt henvise til eller diskutere spesielle problemer med andre tverrfaglige yrkesgrupper (Jenssen, 2016, s. 389). Ifølge helsepersonelloven skal helsepersonell gi den informasjonen pasienten har rett på (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Forenelig med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleieren har også en viktig rolle i behandling og oppfølging av pasienten, der en instruerer i insulinsetting, blodsuktermåling og veileder til å finne riktig insulindose (Jenssen, 2016, s. 389).

2.2 Diabetes type 1

Diabetes type 1 rammer oftest barn og ungdom, og kan være arvelig. De trenger alltid behandling med insulininjeksjoner for at blodsukkeret ikke skal bli så høyt at livet står i fare. Voksne kan også utvikle type 1, men det skjer sjeldnere (Jenssen, 2016, s. 389).

Ved diabetes type 1 kan en tilstand som kalles ketoacidose oppstå. Tilstanden kan være forårsaket av et en glemmer å sette insulin. Dette vil resultere i en manglende eller svært nedsatt insulinbehandling i forhold til behovet. Hyperglykemi og ketoacidose kan bli så alvorlig at pasientens bevissthet reduseres, pasienten blir dehydrert og kroppen hyperventilerer for å prøve å kvitte seg med syreoverskuddet (Jenssen, 2016, s. 390-391).

Et felles mål for all behandling av diabetes er å oppnå en så normal som mulig blodglukose, slik at komplikasjoner ikke utvikler seg over tid. Når diagnosen først oppdages, står en ovenfor en utfordring når det gjelder forståelsen av sykdommen og valg av behandling. Først er det sykehuset som behandler sykdommen, men etter hvert skal pasienten klare å mestre sin egen behandling. Ved behandlingsstart er det nødvendig å diskutere de tilpasningene som blir nødvendige i dagliglivet, for eksempel i arbeidssituasjoner. Å se på kostholdsmønster er sentralt, men også fysisk aktivitet. Med tanke på vekt, er det ikke ønskelig med vektøkning over normalen. Det kan bidra til at insulinet ikke virker som den skal (Jenssen, 2016, s. 392-393).

2.3 Diabetes type 2

Diabetes type 2 er noe en kan få i løpet av livet, og rammer oftest de eldre, dermed er sjansen for å få det økende med alderen. Ved denne typen diabetes finnes det en sammenheng mellom arv og livsstil (Jenssen, 2016, s 393).

Årsaken til at en får diabetes type 2, er nedsatt insulinproduksjon og kan senere utvikle insulinresistens, som resulterer i stigende blodglukose. En kan se ulike kjennetegn slik som overvekt og høyt blodtrykk, også kjent som det metabolske syndromet i sykdommen (Jenssen, 2016, s 394). Andre faktorer som kan ha et innspill på årsaken til utvikling av insulinresistens er disponerende gener, livsstil med inaktivitet og overvekt (Jenssen, 2016, s. 394).

Kjent komplikasjon som kan oppstå hos type 2 er hyperglykemi, det kan også oppstå senkomplikasjoner som nyreskade, øyeskade, nerveskade, hjerte og karsykdommer grunnet symptomfattig forløp (Jenssen, 2016, s. 394).

Behandling av sykdommen består i hovedsak av å holde blodglukosen lav (Jenssen, 2016, s 395). Dersom det utspiller vansker med å tilrettelegge blodglukosen blir legemiddel en form for behandling. Regulert kosthold og fysisk aktivitet, generelt endring av levevaner, anses også som en sentral start av behandlingen (Jenssen, 2016, s. 395).

Mange har en misoppfatning om at diabetes type 2 bare er selvforskyldt, og ignorerer det faktum at genetiske forhold også har en betydning (Kvam, 2020). Det å stå som ansvarlig for

å ha pådratt seg en livsstilssykdom kan bidra til en skamfølelse. Ifølge NHI nevnes det misoppfatninger fra familie og venner og hvordan deres holdning har bidratt til skamfølelse (Kvam, 2020). Denne skamfølelsen kan bidra til å utfordre selvbilde og styrke følelsen av at en selv er ansvarlig for å ha pådratt seg sykdommen.

2.4 Mestring

Ifølge Lazarus og Folkmann (1984, s. 21) blir begrepet mestring definert som ulike typer atferd og psykiske prosesser som blir benyttet for å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser blir satt på prøve (Kristoffersen, 2016, s. 247). Et eksempel kan være mestring av utfordringer diabetes kan møte på. De skiller mellom to typer mestringsstrategier for å mestre situasjoner; problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Kristoffersen, 2016, s. 249).

Problemorientert mestring handler om å håndtere eller løse en stressende situasjon, og oppnå handlingsmuligheter. Det finnes mange ulike strategier, blant annet å analysere årsaken til problemet og avgrense og identifisere problemet. Noe som kan hjelpe for å løse problemet er å samle informasjon og kunnskap rundt problemet for å kunne foreta en objektiv vurdering av situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249). Et eksempel på hvor en kan bruke problemorientert mestring er ved bearbeiding av et tap og tilpasning til den nye situasjonen. Som ved nyoppdaget diabetes der pasienten opplever tap av helse og må i gang med store endringer i eget liv.

Emosjonelt orientert mestring handler om strategier som skal prøve å endre opplevelsen av en situasjon, i stedet for å endre selve situasjonen. Strategien kan bidra med å redusere ubehag og stress i en situasjon, eller å endre meningen til personen som befinner seg i en slik situasjon. En kan for eksempel bruke denne strategien for å bagatellisere alvoret i en situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 251). Dette kan være farlig i visse situasjoner, hvis en diabetiker bagatelliserer symptomene på sykdommen og unngår behandling kan dette føre til alvorlige komplikasjoner for eksempel hyper- hypoglykemi eller i verste fall ketoacidose.

2.5 Livskvalitet

Mestring er tett knyttet til begrepet livskvalitet. Ved å mestre egen situasjon kan en oppnå bedre livskvalitet (Kristoffersen, 2016, s. 276). I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i WHO's definisjon av livskvalitet i og med at denne definisjonen retter oppmerksomhet mot viktige aspekter ved en persons oppfatning av egen livssituasjon. Noe som er relevant i forhold til vårt formål om å få et innblikk i hvordan pasienter med diabetes opplever sin situasjon. WHO's definisjon lyder slik: "Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser" (Kristoffersen, 2016, s. 55, sitat fra World Health Organization Quality Of Life, 1995).

2.6 Travelbee's sykepleieteori

Joyce Travelbee er en kjent sykepleieteoretiker. Hennes sykepleietenkning har en stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning (Kristoffersen, 2016, s. 28). Travelbee's velkjente sykepleiedefinisjon lyder som dette: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene" (Kristoffersen, 2016, s. 29, sitert fra *Interpersonal aspects of nursing*, 1971, s. 7).

Det forklares at lidelse og smerte er en del av livet, og sykepleie handler om å hjelpe mennesket med å finne mening i det mennesket gjennomlever. Samtidig som en hjelper, så dannes det også et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s 29). Ifølge Travelbee er menneske-til-menneske-forhold en interaksjonsprosess, som består av flere faser. Første fase er det innledende møte, mellom sykepleier og pasient. I dette møte har førsteinntrykket mye å si, og hvordan væremåten og holdningen blir oppfattet. Det nevnes og at utfordringen i denne fasen er å se pasienten som et menneske (Kristoffersen, 2016, s. 33). Ettersom interaksjonen mellom pasient og sykepleier utvikler seg, blir identiteten fra begge tydeligere, og dette er kjent som andre fase. Som sykepleier er det i denne fasen en blir kjent med pasienten som et menneske. Forståelsen vokser ovenfor pasienten sin situasjon (Kristoffersen, 2019, s. 33).

Tredje fase omhandler empati. Travelbee beskriver det som en evne til å forstå og ta del i den psykiske tilstanden til en annen person (Kristoffersen, 2016, s. 33). Det sies og at ved opplevelse av empati så skaper det nærhet og kontakt, noe som er aktuelt i sykepleien. Det nevnes og at empati kan gi en form for informasjon. Informasjon om at en forstår personens indre opplevelse og ytre atferd (Kristoffersen, 2016, s. 33).

Sympati er fjerde fase. Sympati beskrives som et resultat av empati, og er knyttet til en handling eller et ønske. Travelbee mente at med sympati så føler en med den andres ubehag (Kristoffersen, 2016, s. 34). Som sykepleier er det gjennom væremåten og holdningen en kan vise sympati. Dette vil skape mer forståelse og pasienten kan se at en bryr seg. Sympati kan bidra med å støtte og skape mestring ovenfor situasjonen. Siste fase er etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det beskrives at denne fasen er et resultat av hele interaksjonen gjennom de andre fasene (Kristoffersen, 2016, s. 34).

3 Metode

En kjent sosiolog kalt Vilhelm Aubert, definerer ordet metode slik: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder (1985, s. 196)” (Dalland, 2017, s. 51).

Metode kan også defineres som et redskap for å undersøke og innhente data (Dalland, 2017, s. 52). Metoden som skal brukes bestemmes etter hva en ønsker å undersøke og det skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode baserer seg på data i tallform, og målbare enheter, mens kvalitativ metode baserer seg på data som omhandler mening og opplevelse. Begge metodene kan bidra til bedre forståelse av samfunnet, menneskets handlinger og samhandling (Dalland, 2017, s. 52). Denne oppgaven fokuserer på kvalitative metode, da denne metoden innhenter data som arbeider etter følsomhet, dybde, fleksibilitet og helhet (Dalland, 2017, s. 53).

Denne oppgaven ble gjennomført som en litteraturstudie, nærmere bestemt en integrativ oversikt (Friberg, 2017, s. 150). Ifølge Dalland er det problemstillingen som bestemmer metoden i og med at metoden skal være det verktøyet som hjelper til med å svare på problemstillingen og komme fram til nye resultater (Dalland, 2017, s.199). I denne oppgaven måtte en derimot tilpasse problemstillingen til metoden på grunn av oppgavens rammer (problemstillingen skulle besvares gjennom en litteraturstudie). En integrativ oversikt skal skape oversikt over tema og bidra til å skape en ny helhet. Friberg beskriver metoden som et verktøy til å: “... skapa översikt och verifiera, eftersom fokus är riktat mot att syntetisera resultaten från de olika studierna till det som kan benämnas “en ny helhet” (Friberg, 2017, s. 150).

3.1 Litteratursøk

I oppgaven er det brukt Oria for innledende søk. Hovedsøk ble gjort i databasen CINAHL. Vi startet å bruke Oria, da vi ønsket å kartlegge forskningsfeltet før vi satte i gang med hovedsøkene. Vi valgte å bruke CINAHL, da databasen er kjent for sitt brede innhold av ulike

forskningsresultat og internasjonal forskning. Forskningsartikler fra CINAHL kan bidra til et mer internasjonalt artikkelutvalg, og dette kan styrke oppgaven og bidra til et bredere perspektiv.

3.2 Søkestrategier og valg av artikler

Vi brukte ulike søkestrategier for å finne forskning som kunne bidra med å besvare problemstillingen. Inklusjons- og eksklusjonskriterier var bestemt ut ifra problemstillingen. Som tidligere nevnt, vil oppgaven ta sikte på å inkludere kvalitativ forskning da temaet i oppgaven handler om mestring av kronisk sykdom. Dermed blir forskningen innen dette temaet basert i hovedsak på intervjuer med pasienter med diabetes der det vektlegges følelser og erfaringer, noe som gjør en kvalitativ metode mest hensiktsmessig. Videre inklusjonskriterier som ble valgt var artikler med IMRAD-struktur. Dalland skriver at: "... denne standardiseringen kan gjøre det enklere å orientere seg i ukjente tidsskrifter, og lesingen går raskere." (Dalland, 2017, s. 163). Vi har valgt å bruke denne strategien når vi leser artikler nettopp av denne grunn. Et annet var å begrense vitenskapelige artikler til 10 år tilbake i tid, for å kun inkludere nyere forskning, i og med at forskning stadig er under utvikling. Andre inklusjonskriterier var- diabetes som pasientgruppe, at artiklene skulle være fagfelleurdert/ peer reviewed, at de skulle handle om voksne pasienter med diabetes, og være basert på pasientens perspektiv. Eksklusjonskriterier var: barn og ungdom med diabetes, kvantitativ forskning og behandling av diabetes. Temaene ble ikke inkludert fordi de gikk utenfor vår problemstilling.

I henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene brukte vi aktuelle søkeord knyttet til problemstillingen. Som Friberg (2017) beskriver, anvendte vi boolsk søkelogikk. Dette innebar at vi satte sammen de ulike søkeordene ved hjelp av AND eller OR. AND brukes ved søk av forskjellige ord, mens OR brukes ved synonymer (Friberg, 2017, s. 72).

I de innledende søkene i Oria brukte vi søkeord som "kronisk sykdom" AND "diabetes" for å finne forskning som kunne hjelpe oss med å danne oss et bilde av hvordan det er å leve med diabetes som en kronisk sykdom. Dette ga oss noen få treff. I og med at vi hadde fått så få treff, bestemte vi oss for å benytte andre søkeord når vi skulle søke en andre gang. Vi tenkte på problemstillingen og hva vi ønsket svar på og skrev dermed i Oria "Liv med diabetes".

Dette var et enkelt søk som muligens ikke ville gi veldig mange treff, men det ga hele 26 treff. Derav leste vi relevante overskrifter og sammendrag. Ved å gjennomføre de innledende søkene fant vi fram til to artikler som virket relevant til problemstillingen.

I databasen CINAHL startet vi å søke på aktuelle ord i samsvar med problemstillingen, slik som “Diabetes AND Quality of Life”. Dette resulterte i for mange treff (5063). For å få mindre treff, ble det gjort et nytt søk på “challenges” med synonymer som barriers og difficulties . Deretter slo vi første søk og søkeordet “challenges” sammen med synonymene. Søket ble da: “Diabetes AND Quality of Life AND (Challenges OR Barriers OR Difficulties)”. Med denne søkestrategien resulterte dette i et mer overkommelig treff (62), hvor vi leste ulike sammendrag helt til vi fant en aktuell artikkel som vi anså som relevant til å bruke i oppgaven.

For å finne flere relevante artikler gjorde vi nye søk med nye ord i CINAHL. Vi søkte først på Life, Diabetes og Experiences alene, men for å få mer treff på aktuelle artikler som erfart ved tidligere søk, hjalp det å finne aktuelle synonymer. Det ble søkt på synonymer på “Diabetes” og “Experience” og det endelige søk ble satt sammen til: “Life AND (diabetes OR Diabetes Type 1 OR Diabetes Type 2) AND Life Experience”. Det resulterte i flere treff (230), men for å få færre artikler, avgrenset vi også til “English language”, “Full text” og “Abstract available”. Med denne måten ble det færre treff (51), og enklere å sortere ulike forskningsartikler som er aktuelt å ha med i oppgaven. Andre avgrensninger i databasen og gjennomgang av artiklene ble gjort i samråd med inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er nevnt over.

3.3 Analyse

Analysen av de valgte artiklene ble gjort i henhold til Fribergs beskrivelse av analyseprosessen (Friberg, 2017, s.148). Første steg i prosessen er å lese gjennom de valgte studiene flere ganger slik at en forstår innholdet og sammenhenger. Vi begynte å lese de ulike artiklene flere ganger og noterte oss hva som var viktig i hver av artiklene. Neste steg i Fribergs beskrivelse er å dokumentere i en oversiktstabell. Vi har derfor laget en tabell for å få bedre oversikt over artiklene (se vedlegg 3). Det er ifølge Friberg (2017) lettere å se artiklene

i sammenheng med problemstillingen ved å bruke denne tabellen, i tillegg til å strukturere materialet som skal analyseres (Friberg, 2017, s. 148).

Tredje steg i analyseprosessen er å se etter likheter og ulikheter i de forskjellige studiene. Dette kan ifølge Friberg hjelpe med å få tak på hva som karakteriserer de aktuelle studiene (Friberg, 2017, s.149). I samråd med tredje steg kan en også se på Fribergs analysebeskrivelse av integrativ oversikt. Dette handler om å sammenligne resultatene og finne gjentatte mønstre som kan bidra til resultatene i oppgaven (Friberg, 2017, s.150). Friberg (2017) beskriver også hvordan resultatene i forskjellige forskningsartikler kan henge sammen. Det forteller oss at vi skal være observante på tolkningene som er gjort i forskningsartiklene, slik at artiklene blir hensiktsmessig brukt i oppgaven og det hele henger sammen i en rød tråd som har sammenheng med problemstillingen (Friberg 2017, s.150).

I henhold til den fjerde og siste delen av analyseprosessen sorterte vi materiale (Friberg 2017, s. 149). Friberg (2017) skriver om å sortere innholdet i de ulike aspektene, og lage overskrifter som passer til hver av undertemaene. Dette hjelper leseren til å forstå de ulike resultatene en har kommet fram til, ved hjelp av analyseprosessen (Friberg 2017, s. 150). Analysen resulterte i tre hovedkategorier og fem underkategorier (se tabell 1).

Tabell 1

Hovedkategori	Underkategori
Pasientens erfaringer	Livsstil og livsstilsendringer
Utfordringer	Praktiske utfordringer Psykiske utfordringer
Bidrar til mestring	Tilstrekkelig kunnskap Sosial støtte

4 Resultat

Ved å bruke analyseprosessen som beskrevet over, har tre hovedkategorier utspilt seg. Resultatet vil bli presentert i henhold til disse: *pasientens erfaringer med diabetes, utfordringer og bidrar til mestring* (se tabell 1).

4.1 Pasientens erfaringer

4.1.1 Livsstil og livsstilsendringer

Flere av de valgte artiklene nevnte viktigheten av å ta vare på livsstilen i samråd med anbefalingene til sykdommen, samt livsstils endringene som forekommer etter diagnosen. Den ene studien nevnte viktigheten med kunnskaper om kosthold og fysisk aktivitet og hvordan det påvirker livet. Det ble det nevnt at det var stor enighet i gruppene om at kunnskap om ernæring og kosthold er viktige faktorer for å mestre og leve godt (Tjelta & Holsen, 2013, s. 196). Med gode kunnskaper om kosthold er det mye lettere å se sammenhengen på hvordan hverdagskost og sykdommen samspiller.

Informantene i Knutsen & Foss (2017) sin studie, fremsto som ansvarlige, bevisste og pliktoppfyllende når det kom til anbefalinger til diabetes sykdommen. Flere av informantene hadde tett oppfølging av blodsukkeret slik at de fikk se kroppens reaksjon på ulike matvarer (Knutsen & Foss, 2017, s. 285).

Studien til Yilmaz, Gun & Yaman (2019) beskrev livsstilsendringer hos pasienter med diabetes. Mer enn halvparten av informantene nevnte ulike omjusteringer i livet. Det å ha økt fokus på trening, gåturer, å være mer oppmerksom på kosthold, kontroll hos legen og det å kontinuerlig sjekke blodsukkeret tar stor del i ulike livsstilsendringer diabetes pasienter opplever (Yilmaz et al, 2019, s. 1811).

4.2 utfordringer

4.2.1 Praktiske utfordringer

Det ble beskrevet at egeninnsatsen på å være konstant bevisst og oppmerksom på å leve etter anbefalingene om å leve sunnere skaper utfordringer. Utfordringer som å holde seg unna fristelser og godta konsekvensene dersom de oppsto (Knutsen & Foss, 2017, s. 286).

Det å se hvordan sykdommen påvirket det praktiske i livet er noe en ser til felles i de tre studiene (Tjelta & Holsen; 2013; Knutsen & Foss 2017; Yilmaz et al. 2019). Studien pekte på praktiske utfordringer opplevd av diabetespasienter. Informanten til Knutsen & Foss (2017), nevnte hvordan hverdagslivet formes av praktiske krav:

Det er masse løping her med å levere barna, hente barna, levere barna på trening, jobb, møter, konferanser, alt det der. Det teller ikke som trening, men du blir jo -altså, jeg føler at jeg taper min energi. Og så når jeg kommer hjem, så har jeg null interesse for å gå og trene, ikke sant? Jeg tror det er der årsaken til min sykdom ligger: dårlig aktivitet, mye stress og dårlige spisevaner. Pluss det med litt sånn genetisk fra familien da. (Knutsen & Foss, 2017, s. 286)

Ulike faktorer som arbeid, aktiviteter og familieliv kan sette rammer for det praktiske i livet. Utfordringen med å posisjonere seg som ansvarlig og disiplinert og utfordringer om å skape regelmessighet var det mange som kjente seg igjen i (Knutsen og Foss, 2017, s 287).

Studiene Tjelta & Holsen (2013) og Yilmaz et al. (2019) nevnte det å akseptere og gjøre det beste ut av situasjonen, samtidig unngå passivitet og resignasjon. Mange av informantene var også enige om at gode rutiner bidro til en enklere hverdag (Tjelta & Holsen, 2013, s. 198).

4.2.2 Psykiske utfordringer

Alle fire artiklene beskrev at det er en påkjenning å leve et liv med diabetes (Knutsen & Foss 2017; Holsen & Tjelta 2013; Orben, K., Ritholz, M. D., McCalla, M. & Beverly, E. A. 2022; Yilmaz et al. 2019). Det ble beskrevet forskjellig i artiklene, men de har til felles pasienter med diabetes som fortalte at de følte på stress og skam i forbindelse med sykdommen og ble påvirket psykisk.

Knutsen & Foss (2017) pekte på deltakerne i studien som fortalte om dårlig samvittighet og en følelse av å ha mislykkes grunnet sykdommen. Dette mente de var fordi diabetes type 2 ble framstilt som selvforskyldt og er knyttet til livsstil. Deltakerne følte dermed at det var vanskelig å være åpen om sykdommen og følte den ble skambelagt, samtidig som de fikk lite forståelse fra andre. (Knutsen & Foss, 2017, s. 289)

Jeg synes mange ganger det ikke er så artig å fortelle at jeg har diabetes, og hva er det nå egentlig folk tror om meg, holdt jeg på å si. At jeg har levd et dårlig liv og ikke brydd meg om meg selv. Dårlig karakter, eller jeg vet ikke helt. (Knutsen & Foss, 2017 s. 289)

I den ene studien fortalte deltakerne også at de ble påvirket psykisk av sykdommen (Holsen & Tjelta, 2013). Informantene mente at de burde fått mer informasjon og at det har vært for lite fokus på dette området. Deltakerne mente det var viktig å ha kunnskap om reaksjoner de kunne få av sykdommen, slik at det ikke kom overraskende på dem som kunne gjøre det vanskelig å forholde seg til. Det kurset som studien omhandlet, hjalp deltakerne å forstå sykdommen, og kunne gjøre dem i stand til å håndtere ulike symptomer som kan oppstå (Holsen & Tjelta, 2013, s. 198). En av deltakerne fortalte om sin erfaring:

... jeg lærte veldig mye mer enn jeg visste på forhånd om hvordan diabetes egentlig arter seg. Hva som skjer og hvorfor det skjer, hvorfor får jeg de reaksjonene, hvorfor blir jeg hissig, osv. Jeg gikk og uroet meg, nå vet jeg hvorfor og kan på en måte forholde meg til det så langt det er mulig da ... (Holsen & Tjelta, 2013, s. 198)

Orben et al. (2022) beskrev et stigma rundt diabetessykdommen. Her hadde de spesielt fokus på fordommer fra andre, mangel på kontroll når blodsukkeret er vanskelig å kontrollere og stress rundt å konstant måtte ha fokus på sykdommen. Deltakerne i samme studie fortalte videre om stigma knyttet til hva en kan spise. Skammen de følte på når venner og familie fortalte dem hva de kunne og ikke kunne spise fordi de trodde de hjalp til, gjorde at deltakerne fikk dårlig samvittighet for det de spiste. Flere av deltakerne beskrev at de følte de ble dømt av sine nærmeste, og ønsket ikke å spise rundt dem på grunn av frykten for å bli dømt (Orben et al., 2022, s. 7). Et annet stigma som også ble tatt opp i denne artikkelen er stigmaet om at diabetes type 2 er selvforskyldt. Generaliserende faktorer som vises til at sykdommen kan være selvforskyldt er ved en typisk alder, vekt og livsstil (Orben et al., 2022, s. 7).

Studien til Orben et al. (2022) beskrev mangel på kontroll av følelser ved hyper- og hypoglykemi. Kandidatene fortalte at de ble sure, irritable og spydige uten å kunne kontrollere

det. Noen fikk også humørsvingninger når blodsukkeret var høyt eller lavt. Deltakerne følte på en mangel på kontroll også her på grunn av følelser som kom som en reaksjon på sykdommen som de ikke klarer å kontrollere (Orben et al., 2022, s. 8). De aller fleste deltakerne i studien til Yilmaz et al. (2019) fortalte også at de følte seg nedstemt og opplevde humørsvingninger relatert til sykdommen (Yilmaz et al., 2019, s. 1810).

En annen erfaring kandidatene fra studien til Orben et al. (2022) var stress relatert til å konstant måtte kontrollere sykdommen. En av deltakerne fortalte om det psykiske stresset en følte på når en måtte kontrollere sykdommen 24 timer i døgnet for å unngå en kritisk situasjon. En annen fortalte om erfaringer med å alltid måtte tenke på sykdommen, planlegge etter sykdommen, og at det hele var en stor plage som aldri gikk bort (Orben et al., 2022, s. 9).

4.3 Bidrar til mestring

4.3.1 Tilstrekkelig kunnskap

Som nevnt tidligere viste Tjelta & Holsen (2013) sin studie til at kunnskap om ulike områder av sykdommen bidrar til mestring. De presiserte at gode kunnskaper om kosthold og ernæring bidrar til mestring av diabetes. Nok kunnskaper om riktig kosthold gjorde deltakerne mer oppmerksom på hvordan maten kunne påvirke blodsukkeret (Tjelta & Holsen, 2013, s. 196). Kunnskaper om fysisk aktivitet er også noe som anses som viktig for mestring av diabetes (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197).

Det å ha kunnskap om konsekvenser av sykdommen er noe deltakerne i studie til Tjelta & Holsen (2013) så på som ga kontroll og gjorde det enklere å handle i ulike situasjoner. Noen av deltakerne erfarte sykdomslæren for sent, og nevnte at det burde innføres så snart en får diagnosen, samtidig tilbud om ulike kurs burde vært tilbudt tidligere i sykdomsforløpet. Det var en deltaker som ikke fikk tilstrekkelig oppfølging av helsetjenesten ved starten av forløpet og det gikk lang tid fra han fikk diagnosen til han ble tilbudt kursdeltakelse (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197).

...hvorfor har vi ikke fått greie på dette før, med en gang, hva diabetes er, og hvordan diabetes arter seg og hvilke virkninger en må være observant på...det sa ikke fastlegen så mye om. Det tok mange måneder før jeg kom på kurset og fikk lære om dette, men da hadde jeg gått lenge og fundert på hvorfor jeg reagerer som jeg gjør...(Tjelta & Holsen, 2013, s. 197)

Tjelta & Holsen (2013) fortalte videre at tilstrekkelig kunnskap om diabetes gjør det enklere å se sammenhengen mellom mat og medisiner, og forholdet til hverandre. Studien viste også til at kunnskap om regulering av sykdommen i hverdagen er viktig for mestring (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197).

4.3.2 Sosial støtte

Sosial støtte er noe som gikk igjen i de tre studiene Tjelta & Holsen (2013), Knutsen & Foss (2017) og Orben et al. (2022). Deltakerne i Tjelta & Holsen sin studie diskuterte betydning av sosial støtte for mestring av sykdommen. Det å treffe andre i samme situasjon og den støtten det ga var noe deltakerne snakket om. Det nevnes og at det å treffe andre og dele erfaringer er en kilde til motivasjon (Tjelta & Holsen, 2013, s. 199). En deltaker kommenterte det å dele erfaringer:

...sammen med andre kan en få tips som en verken kan lese til eller høre i en forelesning, tips fra folk som har funnet ut ting selv,...en får kunnskap på den måten,..det er kjekt å få vite og snakke litt om hvordan en har gjort det... (Tjelta & Holsen, 2013, s. 199)

I Knutsen & Foss (2017) sin studie ble det omtalt det sosiale livet hos mennesker med diabetes. En del av resultatet tydet på at familiens tilnærming kan ha en positiv innvirkning hos pasienter med diabetes (Knutsen & Foss, 2017, s. 288). En informant beskrev konen sin posisjon ovenfor situasjonen: "Hun (kona) er veldig bevisst på spise sunt også, så hun er nok en pådriver, hun! Hun setter opp menyen, og jeg setter på potetene" (Knutsen & Foss, 2017, 288).

Knutsen & Foss (2017) viste også til at det ikke var alle som opplevde familiens ansvarlige og støttende posisjon til sykdommen. Noen opplevde det som utfordrende når de ikke fikk den støtten de trengte. Det resulterer også i at noen valgte å holde sykdommen hemmelig da noen opplevde nedlatende holdninger av andre relatert til deres diabetes sykdom (Knutsen & Foss, 2017, s. 288).

Orben et al. (2022) beskrev verdien av sosial støtte hos diabetespasienter med psykisk stress. Deltakerne var enige om at familie, venner og helsepersonell bidro til mestring av

sykdommen (Orben et al., 2022, s. 9). Det var ulikheter mellom deltakerne når det kom til opplevelse av sosial støtte. Diabetes type 1 deltakerne opplevde at de ble hørt og følte på støtte når helsepersonell eller andre var ærlige og fortalte at det ville bli vanskelig å leve med diabetes. Mens diabetes type 2 deltakerne beskrev et ønske om mer støtte gjennom andre som var i samme situasjon eller støttegrupper for mennesker med diabetes (Orben et al., 2022, s. 10).

I motsetning til de tre andre studiene, beskrev studien til Yilmaz et al. (2019) at det var ni deltakere som rapporterte sosial isolasjon, hvor de ikke ønsket å besøke andre eller få besøk av venner og familie. De ønsket å være alene, noe som påvirket det sosiale livet (Yilmaz et al., 2019, s. 1811).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Det har vært begrenset med tid på grunn av oppgavens satte rammer, og vi har derfor kommet frem til fire valgte artikler. Det har vært tidkrevende å sette seg inn i metoden og analysere artikler basert på at vi har lite erfaring på dette området fra før. Vi ble mer kjent med metoden etter hvert, og samtidig har det hjulpet å få veiledning. Dette gjorde at vi klarte å gjennomføre analysen på en hensiktsmessig måte.

Artiklene har blitt gjort i Norge, USA og Tyrkia. Vi valgte å se på artikler fra forskjellige deler av verden for å få ulike perspektiv. Studiene kan bidra med økt kunnskap om kultur og normer fra pasienter med diabetes med ulik bakgrunn. En erfaring vi har fått på dette området er at en optimalt sett kunne inkludert flere artikler fra flere ulike land for å oppnå sikrere resultater med flere sammenligninger for å oppnå bredere kunnskap om hvordan det er å leve med diabetes. Ettersom vi har valgt to studier som er skrevet på engelsk, har vi måttet oversette for å forstå innholdet. Noe av essensen kan ha blitt misforstått eller forsvunnet i oversettelsen. For å sikre at materialet ble oversatt mest mulig riktig brukte vi oversetter fra engelsk til norsk på de ordene vi var usikre på. Basert på oppgavens omfang og tidsbegrensninger har vi ikke kunnet inkludere flere artikler fra ulike land i denne oppgaven.

De inkluderte studiene hadde mellom 16 og 48 informanter. Mye av spørsmålene som ble stilt informantene la vekt på hvordan det var å leve med og håndtere sykdommen. Informantene var i forskjellige stadier i livet og det var forskjell i alder, yrkesliv, nasjonalitet og livserfaringer. Oppgaven har ikke inkludert alle grupper mennesker, men kan bidra med et utvalg av perspektiv på hvordan ulike mennesker lever med- og håndterer diabetes.

Vi inkluderte tre artikler som omhandler diabetes type 2, og den fjerde omhandler både type 1 og type 2. Svakheten med dette er at vi får mindre innblikk fra pasienter med diabetes type 1 om hvordan de håndterer å leve med sykdommen. Da vi gjorde hovedsøkene oppdaget vi at flertallet av forskningen om mestring var basert på diabetes type 2. Samtidig er det mange utfordringer som er like ved diabetes type 1 og type 2. Resultater omhandlende begge typer kan gi et innblikk i hvordan utfordringene oppleves.

I henhold til studienes etiske overveielser, var informantene i alle studiene informert om deltakelsen og ga samtykke til å delta. Intervjuene ble holdt konfidensielt, og deltakerne ble anonymiserte. Studiene ble også godkjent av riktig instans før de fikk gå videre med forskningen.

Ved å bruke integrativ litteraturoversikt som metode har dette bidratt til å hjelpe oss å få oversikt over artiklene og syntetisere resultatene (Friberg, 2017, s. 150). En svakhet med denne metoden er at den som analyserer sorterer og «velger ut» de ulike resultatene. Vi har i henhold til dette, tatt ut de resultatene vi anså som relevant til problemstillingen. Hvis andre skulle gjort det samme, kunne det være at de anså andre artikkelresultater som mer relevante, enn de vi har tatt ut, og kunne dermed fått andre resultater eller funn. En fordel ved å bruke integrativ litteraturoversikt derimot, er at en kan plukke ut det som er relevant ovenfor problemstillingen fra artiklene for å skape en “ny helhet” (Friberg, 2017, s. 150). En styrke med denne metoden kan være at vi er to som har forskjellige perspektiver.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kunnskap

Det ble i studien til Tjelta & Holsen (2013) funnet at god kunnskap om sykdommen er nødvendig for å kunne mestre diabetes. Dette fordi kunnskap kan bidra til å forstå sammenhenger bedre, for eksempel hvordan matinntaket spiller inn på blodsukkeret. Kunnskap henger sammen med informasjon. Ved tilstrekkelig informasjon, vil også kunnskapen økes. Etter helsepersonelloven §10 har sykepleier plikt til å gi den informasjonen som anses som nødvendig for pasientens helsetilstand (Helsepersonelloven, 1999, § 10). En skal informere og gi tilstrekkelig kunnskap om hvordan pasienten selv kan håndtere sykdommen. Ut ifra Tjelta & Holsen (2013) og Knutsen & Foss (2017) sine studier kunne en se hvordan informasjon om anbefalinger til sykdommen og kunnskap har bidratt til bedring i livsstilen og hvordan det påvirket valg og handlinger. Kunnskapen bidro til et enklere valg av sunnere livsstil.

En ulempe som noen av informantene i studien til Tjelta & Holsen (2013) la frem, var at de fikk kunnskap om sykdommen for sent og at de gjerne skulle ønsket at de fikk informasjon tidligere i sykdomsforløpet. En konsekvens som kan ses i samme studie er at en over lang tid grubler over egne reaksjoner av sykdommen, spesielt hvordan mat og medisiner står i forhold til hverandre (Tjelta & Holsen, 2013, s. 197). Dette viser viktigheten med å innføre sykdomslæren tidligere da dette kan trygge pasientene og lede de på riktig vei for å håndtere og mestre sykdommen.

En annen ulempe som informantene la frem i denne studien var det at det var lite fokus på det psykiske aspektet med sykdommen, nærmere bestemt informasjon om reaksjoner på sykdommen. Informantene mente at med fokus på hvilke reaksjoner en kan oppleve, kan være lettere å håndtere situasjonen når de vet hva som kommer og hvordan de kan forholde seg til det (Holsen & Tjelta, 2013, s. 198). Å ha et større fokus på det psykiske aspektet kan bidra til mestring hos pasienter som sliter med ulike følelser som de ikke helt forstår hvorfor oppstår. En konsekvens av å utelukke kunnskap om det psykososiale aspektet er at pasienter med diabetes får mindre forståelse for egen reaksjon på sykdommen. Dette kan skape psykiske utfordringer som bidrar til mindre kontroll. For eksempel, i studien til Orben et al. (2022) fortalte informantene om følelser de ikke klarte å kontrollere som sinne og irritasjon som kommer ved høyt eller lavt blodsukker (Orben et al., 2022, s. 8). Dermed kan en se at følelser en ikke klarer å kontrollere byr på utfordringer, og kan se sammenhengen på hvordan det utfordrer mestring som igjen kan ha en negativ påvirkning på livskvaliteten. Det demonstreres i både Orben et al. (2022) og Holsen & Tjelta (2013) sine studier som viste at økt kunnskap rundt reaksjoner kunne skape mer forståelse. Det å få økt kunnskap om psykososiale aspekter ved sykdommen kan bidra med forståelse for egne reaksjoner og se sammenhengen med hvordan sykdommen kan spille inn på det psykiske. Sammen kan dette ha betydning for hvordan en kan mestre disse reaksjonene. Resultatene i de inkluderte studiene kan bidra med å gi sykepleiere informasjon om hva som er nødvendig å ha fokus på ved informasjon til pasienten. Det er mye informasjon som skal gis til pasienten og dermed er det viktig at det som gis er relevant og nødvendig informasjon slik at det skaper bedre forståelse og ikke forvirring.

Ut ifra studiene kan en se hvordan kunnskap og sosial støtte henger sammen med hvordan informantene velger å leve med sykdommen. Kunnskap om sykdommen kan hjelpe pasienten

og pårørende til å håndtere sykdommen. Ved å se på den sosiale støtten pårørende kan bidra med kan det hjelpe pasienten med å mestre sin sykdom.

5.2.2 Sosial støtte

Tre av de inkluderte studiene nevnte sosial støtte som viktige aspekt i mestring av diabetessykdom (Tjelta & Holsen 2013; Knutsen & Foss 2017; Orben et al., 2022). Sosial støtte kan ses i sammenheng med det Travelbee beskriver som menneske-til-menneske-forhold. Sammenhengen mellom sosial støtte og menneske-til-menneske-forholdet kan ses sammen fordi det er en interaksjonsprosess (Kristoffersen, 2016, s. 32). Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og menneske-til-menneske-forhold er selve prosessen for å nå sykepleierens mål og hensikt. Det er her møtet skjer hvor en blir kjent med pasienten, viser empati og viser at en bryr seg, med andre ord er det her en kan vise støtte (Kristoffersen, 2016, s. 32). Dette er gjerne spesielt viktig for pasienter som mangler annen sosial støtte som for eksempel nær familie eller venner, og at sykepleier har fokus på interaksjonsprosessen.

I motsetning til de andre studiene beskriver Yilmaz et al. (2019) at noen av informantene valgte å sosialt isolere seg etter å ha fått sykdommen (Yilmaz et al., 2019, s 1811). Ved å sosialt isolere seg kan en bli utelukket fra samfunnet. Konsekvensen for å isolere seg kan ha en negativ innvirkning da det kan skape hindring for å håndtere sykdommen på best mulig måte. Også i disse tilfellene vil menneske-til-menneske forholdet mellom sykepleier og pasienten være essensielt, slik at man kan opparbeide et forhold og formidle viktigheten av sosial støtte til pasientene.

Knutsen og Foss (2017) sin studie viste at ikke alle posisjonerte seg likt når det kom til sosial støtte og håndtering av sykdommen. Noen opplevde positiv effekt av at pårørende hadde en ansvarlig og støttende posisjon ovenfor kosthold og livsstil. Informantene i samme studie nevnte familie og venner som hadde en annen posisjon ovenfor sykdommen, og hadde nedlatende holdninger og fordommer til sykdommen. Noe som resulterte til at flere holdt sykdommen hemmelig og regulerte på hvor åpne de var (Knutsen & Foss, 2017, s. 288).

En kan se at i Orben et al. (2022) sin studie hadde type 2 et ønske om nærmere sosial støtte og opplevde å bli ekskludert av familie. En kan se at Orben et al. (2022) har til felles med Knutsen & Foss (2017) informanter som velger å ikke vær åpen om sykdommen som igjen bidrar til mangel på sosial støtte. Konsekvenser for mangel på støtte kan skape utfordring for mestring av diabetes. Hvis en tar utgangspunkt i andre fase som går ut på å vise frem identitet og å bli kjent for å oppnå menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s 33). Så kan forholdet bli vanskeligere å oppnå, da pasienten velger å ikke være åpen om situasjonen. Dette kan være med på å hindre den sosiale støtten som anses å være viktig for mestring. Dersom pasienten ikke opplever sosial støtte fra familie og venner, har sykepleieren en sentral rolle. Sykepleieren kan bidra med å fremheve sosial støtte og kan råde å inkludere pårørende. Med pårørende inkludert i pasientens håndtering av sykdommen kan det bidra med avlastning og støtte. Inkludering av pårørende kan også skape forståelse av sin rolle i situasjonen. Med dette kan en se viktigheten med å inkludere pårørende sammen med pasienten, og se at pårørende kan ha en rolle når det kommer til mestring av sykdommen.

Vi la merke til at verdien av sosial støtte av andre som er i samme situasjon er noe som fremheves i både Orben et al. (2022) og Tjelta & Holsen (2013) sine studier. Det å dele erfaringer kan skape en trygghet og kan gi en form for støtte. Ved å se nyttigheten med å møte andre som er i samme situasjon kan det skape en form for sosial støtte. Informantene i studiene deler at ulike kurs og støttegrupper kan være aktuelt og er en plass hvor sosial støtte kan komme naturlig. Ifølge informantene kan slike tilbud ha en positiv innvirkning på mestring da det kan skape motivasjon og deltakerne kan dele erfaringer med andre som er i samme situasjon (Orben et al., 2022, s. 10).

Anbefalinger om sykdommen kan en få gjennom riktig kunnskap, og opplevelse av støtte kan bidra til en enklere hverdag. Sammen kan en se at kunnskap og sosial støtte kan bidra til mestringsfølelse og kan gjøre en mer oppmerksom på livsstilen.

5.2.3 utfordringer med diabetes - skam

Noe av det som gikk igjen i flere av resultatene var skamfølelse og dårlig samvittighet i forhold til selvforskyldt sykdom hos pasienter med diabetes type 2 og hva de kunne og ikke kunne spise (Knutsen & Foss 2017; Orben et al., 2022). Faktorer som påvirker utviklingen av diabetes type 2 kan være forbundet med livsstil, inaktivitet og overvekt, men også disponerende gener (Jenssen, 2016, s. 394). Allikevel viste resultatene at pasientene ble dømt av sine nærmeste når det kom til hva de spiste (Orben et al., 2022, s. 7). Dette skapte skam hos deltakerne og kan ha en sammenheng med fordommer om at diabetes type 2 er selvforskyldt.

En av informantene fra studien til Knutsen & Foss (2017) fortalte om en følelse av å ha mislyktes grunnet sykdommen, dette fordi sykdommen har blitt fremstilt som selvforskyldt av livsstil. Dette bidro til at informanten følte at det var vanskelig å være åpen om sykdommen i og med at en ikke får noe forståelse fra andre (Knutsen & Foss, 2017, s. 289). Større åpenhet og mer kunnskap rundt sykdommen kan bidra til mindre fordommer og større forståelse i forhold til hvordan sykdommen opptrer. Samtidig kan det å lære seg hvordan å akseptere sykdommen være en måte pasientene kan mestre denne følelsen på. Sykepleier kan bidra til denne prosessen ved å, for eksempel, lære pasienter hvordan å bruke ulike typer mestringsstrategier. Problemorientert mestring kan, for eksempel, hjelpe diabetespasienter med å endre opplevelsen av skam, og heller flytte fokuset over på dem som skaper skammen (Kristoffersen, 2016, s. 251). Problemet da kan heller være at samfunnet ikke har god nok kunnskap om sykdommen. Problemorientert mestring som strategi kan videre hjelpe diabetespasienter med å akseptere situasjonen de befinner seg i ved å bearbeide situasjonen følelsmessig og definere og avgrense hva problemet dreier seg om (Kristoffersen, 2016, s. 250). Dette kan bidra til at pasientene lettere klarer å finne ut hvordan å akseptere situasjonen og det kan dermed være lettere å leve med sykdommen.

5.2.4 utfordringer med diabetes - stress

Resultatene i flere av de inkluderte studiene, viste at sykdommen medførte et konstant stress for pasientene som hele tiden måtte tenke på hvordan å håndtere sykdommen (Orben et al.

2022; Knutsen & Foss 2017; Tjelta & Holsen 2013). Studien til Orben et al., (2022) pekte på det psykiske stresset det innebar å alltid måtte håndtere sykdommen, i tillegg til stress for å glemme å sette insulin og bli syk (Orben et al., 2022, s. 9). Stresset som beskrives kan ses i sammenheng med hvordan det er å tilpasse hverdagen etter sykdommen som beskrevet i studien til Knutsen & Foss (2017). Der informantene fortalte om hektiske hverdager med manglende krefter til å tenke på seg selv i forhold til aktivitet og spisevaner i tillegg til mye stress (Knutsen & Foss, 2017, s. 286). Stresset diabetikerne opplever med å konstant måtte håndtere sykdommen kan føre til at de mister kontroll over sykdommen. Her kan sykepleier spille en viktig rolle. Sykepleiers oppgave er å lære pasientene til selv å håndtere sykdommen, for det er pasienten selv som skal leve med sykdommen hele livet. Det kan se ut til at mangel på rutiner og regelmessighet i hverdagen utfordrer pasienters mestring og håndtering av sykdommen (Knutsen & Foss, 2017, s. 287). Samtidig peker studien til Tjelta & Holsen (2013) på viktigheten i å finne fram til rutiner i hverdagen som kan fungere (Tjelta & Holsen, 2013, s. 198). Sykepleier kan derfor bidra til å lære, men også informere pasientene om gode vaner i hverdagen for å prøve å opprettholde kontroll.

Det kan se ut til at stresset med å både konstant måtte håndtere sykdommen, men også håndtere sykdommen i en travel hverdag kan være med på å utfordre mestringsfølelsen til diabetespasienter. Dersom oppfatningen av situasjonen til diabetespasienter truer mestringsfølelsen, vil også livskvaliteten bli truet, i og med at de henger tett sammen (Kristoffersen, 2016, s. 276). Livskvalitet som utgangspunkt i denne oppgaven handler om pasientens oppfatning av sin livssituasjon (Kristoffersen, 2016, s. 55). Dersom sykepleier hjelper pasienter med å skape rutiner og regelmessighet i hverdagen kan pasientens oppfatning av deres situasjon bedres og bidra til økt mestringsfølelse, men også livskvalitet.

6 Resultatenes implikasjoner for praksis

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi kommet fram til tre faktorer som utfordrer mestring. Utfordringer vi har sett på er skam over sykdommen, mangel på aksept og til slutt, stress rundt håndtering av sykdommen i det daglige i sammenheng med livskvalitet. Basert på pasientens erfaringer har dette vist oss at økt kunnskap om sykdommen og opplevelsen av sosial støtte bidrar til mestringsfølelse. Dersom sykepleier tilegner seg mer kunnskap om disse faktorene kan det bidra til at sykepleier kan gi mer fokusert informasjon og veiledning i forhold til mestring. Ved bruk av mestringsstrategier kan sykepleier dermed bidra til bedre livskvalitet på tross av sykdommen (Kristoffersen, 2016, s 29).

Det kan være et behov for mer forskning, da det kan fremkomme flere aktuelle utfordringer. Ved dypere undersøkning kan et bredere perspektiv belyses, noe som kan være aktuelt grunnet den økende forekomsten av diabetespasienter. Det kan dermed gjøres mer forskning på området for å sikre at sykepleier kan veilede pasienter enda bedre for å mestre utfordringer.

7 Referanser

Berg, T. J. (2022). Diabetes som bidiagnose- en utfordring for sykepleiere. *Sykepleien*.
[10.4220/Sykepleiens.2022.87794](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87794)(link is external)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Diabetesforbundet. (2021, 11. Mars). *Hverdagsmestring*.
<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/livet-med-diabetes-type-1/hverdagsmestring/#section5>

Folkehelseinstituttet. (2020, 13. November). *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=gi%20informasjon>

Jenssen, T. (2016). Diabetes Mellitus. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utgave, s. 387-398). Gyldendal.

Knutsen, I.R. & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan du ikke spise, blir jeg arg! -Å leve på den "rette" måten med diabetes type 2. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(4), 280-293. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-02>

Kristoffersen, N.J. (2016). Helse og sykdom: utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-87). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., bind 3, s. 237-295). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal.

Kvam, M. (2020, 8. september). *Stigmatisering og diabetes: Undervurdert i Norge*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/forskning-og-intervju/stigmatisering-og-diabetes-undervurdert-i-norge/?page=6>

Orben, K., Ritholz, M. D., McCalla, M. & Beverly, E. A. (2022). Differences and similarities in the experience of living with diabetes distress: A qualitative study of adults with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 39(10), 1-13. <https://doi.org/10.1111/dme.14919>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pleym, K. & Westberg, M. (2022). God sykepleie gir færre komplikasjoner ved diabetes type 2. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2022.87875](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87875)(link is external)

Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). "Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her" Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 3(3), 193-204. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1892-2686-2013-03-05>

Yilmaz, M., Gun, M. & Yaman, Z. (2019). Emotions, Thoughts and Experiences of Diabetes Patients: A Qualitative Study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(31), 1806-1813.

8 Vedlegg

Vedlegg 1, litteraturmatrise

Forfatter Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikt	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Resultater
Knutsen, I. R. & Foss, C. 2017 Idunn, Sykepleie- forskning Norge	Når de sier: dette kan du ikke spise, blir jeg arg! -Å leve på den "rette" måten med diabetes type 2	Undersøke hvordan pasienter med diabetes type 2 strever med egenmestring med sykdommen og hvordan det influerer hverdagslivet når det kommer til det moralske, praktiske og sosiale	Pasient	Kvalitativ metode intervju Intervjuet beskrives som en del av analyseprosessen. Hvor det ble introdusert tema og variasjon og senere ble dette tatt opp i diskusjon og refleksjon	Voksne over 18 år, diabetes type 2, språkkunnskaper for å kunne uttrykke seg, pasienter rundt om i landet tilknyttet diabetespoliklinikk	Pasientene posisjonerte seg som selvdisiplinerte i det moralske, praktiske og sosiale livet. Hadde en forståelse rundt at livsstil sykdommen er selv-forskyldt. En utfordring rundt det å leve på riktig måte og er ansvarlig for sykdom og komplikasjoner
Yilmaz, M., Gun, M. & Yaman, Z. 2019 International Journal of Caring Sciences Tyrkia	Emotions, Thoughts and Experiences of Diabetes Patients: A Qualitative Study	Undersøke hvordan det er for pasienter å leve med diabetes mellitus, hvordan de føler seg, tenker og hva de ønsker. Sammenligne pasientenes perspektiv og mestringsstrategier tilknyttet sykdommen.	Pasient	Kvalitativ forskningsintervju Colaizzi ble brukt som analysemetode.	37 pasienter over 18 år tilknyttet Department of Endocrinology of Mersin University Faculty of Medicine Hospital, har hatt diagnosen minst 6 måneder før studien ble startet, pasientene brukte insulin, diabetes type 2	Diabetes påvirker livet til pasientene negativt. Sykdommen påvirker psykologisk, fysiologisk og sosialt. Pasientene viste på tross av sykdommen en god evne til tilpasning og var overbevist om at alt kom fra Gud, og de følte seg takknemlige for at de klarte å mestre sin situasjon.

Kandidatnummer: 1610 og 1674

<p>Holsen, I. & Tjelta, M. 2013 Idunn, Nordisk sykepleieforskning Norge</p>	<p>Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her” Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie</p>	<p>Undersøke betydningen av et poliklinisk gruppebasert pasientopplærings kurs for mestring ved diabetes type 2. Få innsikt i faktorer som har betydning for mestring av diabetes type 2.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativ fokusgruppeintervju. Data ble fortolket og sammenfattet gjennom systematisk kondensering</p>	<p>Voksne personer med diabetes type 2, minimum 3 måneder siden deltakelse på kurset, 16 deltakere derav 12 menn og 4 kvinner, krever henvisning for lege for å delta på kurset</p>	<p>Resultatene viste at kunnskap og sosial støtte hadde betydning for mestring. Deltakerne mente at kurset hadde gitt dem en bedre forståelse av sykdommen.</p>
<p>Orben, K., Ritholz, M. D., McCalla, M. & Beverly, E. A. 2022 Diabetic Medicine USA</p>	<p>“Differences and similarities in the experience of living with diabetes distress: A qualitative study of adults with type 1 and type 2 diabetes”</p>	<p>Undersøke hvordan mennesker med type 1 og type 2 diabetes opplever psykisk stress rundt sykdommen, og hva forskjeller og likheter som kommer frem</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativ metode, forskningsintervju. Gjennomført tematisk analyse hvor de analyserte en score på psykisk stress hos diabetes pasienter.</p>	<p>Voksne fra Ohio, Diabetes type 1 og 2, god i engelsk muntlig og skriftlig, diabetikere med både høy, middels og lav score på psykisk stress</p>	<p>Likheter: lite kontroll av glukosenivå, stress rundt behandling av diabetes, erkjenner viktigheten med andres forståelse av sykdommen forskjeller: De fleste type 1, kjente på mangel på kontroll rundt hyper og hypoglykemi Type 2 deltakere nevner at egenomsorgen er sentral, type 2 deltakere hadde et ønske om mer støtte</p>

Vedlegg 2, søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
19.10.22	Oria	Kronisk sykdom AND diabetes	År: 2012-2020 Fagfellevurder t tidsskrift	6	2	1	1
19.10.22	Oria	Liv med diabetes	År: 2012-2022 Fagfellevurder t tidsskrift	26	1	1	1
26.10.22	Cinahl	(Life OR Lifestyle OR Quality Of Life) AND)diabetes OR Diabetes Type 1 OR Diabetes Type 2) AND (Experiences OR Life Experience)	År: 2012-2022 Peer reviewed Qualitative- best balance Abstract available English Language	51	3	1	1
26.10.22	Cinahl	Diabetes AND Quality of life AND (Challenges OR Barrieres OR Difficulties)	År: 2012-2022 Peer reviewed Qualitative- best balance English language	62	5	1	1

Vedlegg 3, oversiktstabell

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Knutsen, R. I. & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan du ikke spise, blir jeg arg!. <i>Idunn Nordisk sykeplejeforskning</i> , (Vol.3), 280-293. https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-02	Kostholdregulert, diabetes type 2, leve med diabetes	Undersøke egenmestring hos mennesker med diabetes type 2, og hvordan det er å leve med sykdommen og samtidig undersøke hvordan det influerer på hverdagslivet	Pasient	Kvalitativ metode -Intervju -25 deltakere
Artikkel 2 Holsen, I. & Tjelta, M. (2013). "Det går ann å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her" -Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie. <i>Idunn, Nordisk sykeplejeforskning</i> , (Vol.3. Utg. 3), 194-205. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-03-05	Kurs, mestring, leve med diabetes type 2	Undersøke betydning av gruppebasert kurs for egenmestring av sykdommen	Pasient	Kvalitativ metode -intervju -16 deltakere
Artikkel 3 Orben, K., Ritholz, M. D., Mccalla, M., & Beverly, E. A. (2022). Differences and similarities in the experience of living with diabetes distress: a qualitative study of adults with type 1 and type 2 diabetes. <i>Diabetes medicine</i> , 39 (10), 1-13. https://doi.org/10.1111/dme.14919	psykisk stress relatert til diabetes sykdom	Undersøke likheter og ulikheter av opplevelse med psykisk stress	Pasient	Kvalitativ metode -Intervju

<p>Artikkel 4</p> <p>Yilmas,M., Gun, M. & Yaman, Z. (2019). Emotions, Thoughts and Experiences of Diabetes Patiens: A Qualitativ Study. <i>International Journal of Caring Sciences</i>,12(3), 1806-1814. https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=02b2cefb-09f0-4146-aecf-3048351cec4d%40redis</p>	<p>Følelser, tanker og opplevelser av diabetes</p>	<p>Undersøke hvordan det er for pasienter å leve med diabetes mellitus, hvordan de føler seg, tenker og hva de ønsker.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>-Intervju -37 deltakere</p>
--	--	--	----------------	---