

Erfaringer fra deltakere på gruppebasert lærings- og mestringskurs om diabetes
2.

En kvalitativ metasyntese.

Ingeborg Landén

Hovedveileder

Kristin Haraldstad

Bi-veileder

Ellen D. Gundersen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, år 2015

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for Folkehelsevitenskap

Takk!

All verdens takk til min fantastiske ektemann Jonatan, uten deg hadde jeg aldri klart å skrive en masteroppgave. Kjære jentene mine, Alva og Milla, nå skal pc-en bort for en stund, og jeg skal være fullt tilgjengelig for dere. Det samme for deg lille Henrik, nå er det bare leking fremover! Familie er det viktigste. Takk til venner, studievenner og kollegaer som har tatt seg tid til å lese, inspirere, oppmuntre og gi råd. Takk til Kristiansand kommune for støtte, tid og mulighet til å ta master! Og stor takk til veiledere Kristin og Ellen for veiledning, oppmuntring og støtte. Nå skal jeg nyte resten av våren sammen med min skjønne familie!

«Ein sjuk mann veit mangt som den sunne ikkje anar»

Arne Garborg

Innhold

Sammendrag	5
Abstract	6
1.0 Introduksjon	7
1.1 Hensikten med studien	9
1.2 Problemstilling	10
1.3 Avgrensing	10
2.0 Teoretisk referanseramme	11
2.1 Læring	11
2.2 Andragogikk	11
2.3 Pasientopplæring	12
2.4 Utvikling i læring og mestrings-arbeid	13
2.5 Tidligere forskning på pasient-opplæring	14
2.6 Diabetes	17
2.7 Forebygging av diabetes 2	18
2.8 Teoretisk forankring av læring og mestringskurs	19
2.9 Empowerment	21
2.10 Pasientaktivering	21
2.11 Brukermedvirkning	22
2.12 Mestringstro	23
2.13 Mestring	23
2.14 Livskvalitet	24
3.0 Metode	26
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	26
3.2 Metode for gjennomføring av systematisk kvalitativ litteraturstudie, metasyntese	26
3.3 Gjennomføring av den aktuelle systematiske litteraturstudien	27
3.3.1 Planlegging av masteroppgaven	27
3.3.2 Problemstilling	28
3.3.3 Utvikling av søkeord og søk	28
3.4 Seleksjonskriterier	28
3.4.1 Inklusjonskriterier	28
3.4.2 Eksklusjonskriterier	29
3.5 Søkestrategi	29
3.6 Forskningsetiske overveielser	34
3.7 Min egen forforståelse	34
3.8 Kritisk vurdering av utvalgte studier	35
3.9 Data-analyse	39
3.9.1 Steg 1, oppsummere innholdet i studiene	39

3.9.2 Steg 2, identifisere temaer/analyse	39
3.9.3 Steg 3, presentere resultater	39
4.0 Resultater	40
4.1 Presentasjon av de inkluderte studiene	40
4.2 Syntese	46
4.2.1 Betydningen av kunnskap for å mestre	47
4.2.2 Empowerment og delaktighet	49
4.2.3 Erfaringsutveksling mellom deltakerne	51
4.2.4 Motivasjon for god diabetes-egenomsorg	52
4.2.5 Barrierer for god diabetes-egenomsorg	53
4.2.6 Aksept av egen sykdom	56
4.2.7 Tidspunkt for gjennomføring av lærings og mestringskurs	57
5.0 Diskusjon	58
5.1 Betydningen av kunnskap for å mestre	58
5.3 Erfaringsutveksling mellom deltakerne	62
5.4 Motivasjon for god diabetes-egenomsorg	64
5.5 Barrierer for god diabetes-egenomsorg	65
5.6 Aksept av egen sykdom	66
5.7 Når læring og mestring bør tilbys	67
6.0 Avslutning	70
Litteraturliste	72
Vedlegg	82

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: Lærings- og mestringstilbud i kommunene blir trukket fram som gode tilbud for å sikre tidligere intervensjon mot sykdomsutvikling, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte. En av de vanligste kroniske sykdommene er diabetes 2, og den er i sterk vekst.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke, kritisk vurdere og syntetisere kvalitative forskningsartikler som belyser deltakererfaringer for personer med diabetes 2 som har deltatt i gruppebasert pasientopplæring.

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har brukere med diabetes 2 etter å ha deltatt på gruppebasert lærings og mestringskurs?*

Metode: Den kvalitative metasyntesen omfattet systematiske litteratursøk i databasene Medline, Cinahl og Scopus. Relevante studier ble identifisert ved hjelp av spesifikke kriterier. Etter en kritisk vurdering av de kvalitative forskningsartikler etter sjekklister for kvalitetsvurdering, ble 12 studier inkludert i syntesen. Analysen ble gjennomført etter Aveyards tematiske analyse.

Resultater: Kunnskap om sykdom og hvordan den kan håndteres, følelse av empowerment, erfaringsutveksling med andre, og motivasjon er viktig. Aksept av egen sykdom var også viktig for mestringsopplevelse. Flere barrierer for god diabetes egenomsorg ble trukket fram. Når det gjaldt tidspunkt for kursdeltakelse var det uenighet mellom studiene om hva som er mest hensiktsmessig.

Konklusjon: Metasyntesen indikerte at deltakere på lærings og mestringskurs knyttet til personer med diabetes 2, opplevde kursdeltakelse som et bidrag til økt mestringsevne over sykdom og øke kontroll over eget liv.

Nøkkelord: læring og mestring, diabetes 2, gruppeopplæring, kvalitativ

Abstract

Background: Patient education in the communities is often highlighted as a good way to secure early intervention against disease development, provide a better way to deal with disease and disability, and to ensure that patients are given the correct tools to ensure a good quality of life. One of the most common chronic diseases is type 2 diabetes, and it's growing.

Aim: The purpose of this study is to investigate, critically assess and synthesize qualitative research-articles related to type 2 diabetes patient experiences with group-based education.

Research-question: *What are the experiences of participants with type 2 diabetes 2 after having participated in group-based patient education?*

Methods: The qualitative metasynthesis include systematic search for literature in the databases Medline, Cinahl and Scopus. Relevant articles were identified by specific criterias. 12 studies were included. The analyze was done according to guidelines by Aveyards thematic analyze.

Results: The participants emphasized that knowledge about the disease, and how to handle the disease, is important. Feeling empowered, exchanging experiences with other people with the same challenges are valued. Acceptance of the disease and motivation are also important aspects. These factors contribute to increase coping of type 2 diabetes.

Conclusion: The metasynthesis indicated that patient education for people with type 2 diabetes is considered a contributing factor in better coping with the disease, and to empower the patients to take action in their lives.

Keywords: patient education, diabetes 2, group-based, qualitative

1.0 Introduksjon

Denne masteroppgaven i folkehelsevitenskap har fokus på erfaringer fra deltakere på gruppebasert lærings og mestringskurs om diabetes 2. Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand, og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Folkehelseloven, 2011).

Folkehelsearbeid har som mål å legge omgivelser til rette for best mulig helseutvikling og styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold. Folkehelsearbeid har også som mål å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig og øke folks evne til mestring og kontroll av eget liv (Mæland, 2010).

Førende dokumenter for folkehelsearbeid er Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-09), som trådte i kraft 1. januar 2012.

Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven har fem grunnleggende prinsipper, utjevning av sosial ulikhet, «helse i alt vi gjør», jobbe for en bærekraftig utvikling, føre var-prinsippet og medvirkning. Disse dokumentene vektlegger økt kommunalt ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsevitenskap får stadig mer plass og legitimitet på grunn av helseutfordringer, og i april 2015 ble det publisert en ny folkehelsemelding, Mestring og muligheter (Meld. St. 19, 2014-15). Denne folkehelsemeldingen vil styrke det forebyggende arbeidet, og utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og forutsetninger for at hver enkelt av oss kan mestre eget liv.

Mestring gir livsglede, mening og overskudd, også når vi rammes av sykdom. Det er derfor viktig at vi legger til rette for at folk kan leve et godt liv også med sykdom og funksjonstap (ibid). I Stortingsmelding 26 (2014-2015), om fremtiden primærhelsetjeneste som ble lagt frem 7 mai 2015, står det følgende om pasient og pårørende opplæring:

«Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Opplæringstilbudet for alle vanlige tilstander bør kunne gis i kommunene. For sjeldnere og mer spesialiserte tilstander må både opplæringen og erfaringskompetansen/likemannsarbeidet forankres i spesialisthelsetjenesten, i tråd med vanlige prinsipper for arbeidsdeling mellom nivåene.» (s.109).

Folkehelsearbeid innebærer helsefremming. Helsefremmende arbeid er definert som ” *den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse* ” (NOU 1998:18,s. 67).

Helsefremmende arbeid kan defineres som tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for, samt å redusere

sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom. Forebyggende virksomhet blir gjerne karakterisert som primærforebygging, sekundærforebygging eller tertiærforebygging (NOU 1998:18,s. 67). Pasientundervisning i tidlig fase av sykdom kan defineres som sekundærforebygging, mens innsats senere i sykdomsforløpet kan defineres som tertiærforebygging (NOU 1998:18. 1998 s. 67).

For å sikre en fremtidsrettet og pasientorientert tjeneste må samfunnsoppdraget i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Fra å ha et perspektiv der tjenesten bare responderer på individuell etterspørsel, må tjenestene forutsettes også å ha et aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for. Målet er å nå personer som i for liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelse kan forhindres gjennom forebygging, tettere, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering (Meld. St. 26 (2014-2015) s 26).

Helsetilstanden i den norske befolkningen er svært god. Levealderen er høy og vil øke framover. De sosiale ulikhetene i helse er imidlertid betydelige. Levealderen har økt mest i grupper med høy utdanning og inntekt og ført til større sosiale ulikheter i levealder. Mye tyder på at ulikhetene nå er i ferd med å flate noe ut. Norge rangeres fremst i internasjonale sammenlikninger av trivsel og velferd, og likevel er psykiske plager og lidelser en stor folkehelseutfordring. Nesten en firedel av den voksne norske befolkningen har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Meld. St. 19, 2014-15, s.13). En annen stor folkehelseutfordring i Norge er ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, kroniske lungesykdommer og kreft. Økt forekomst av ikke-smittsomme sykdommer har sammenheng med at vi lever lenger og med samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner (ibid, s, 154).

En av de vanligste kroniske sykdommene er diabetes 2, og den er i sterk vekst. Rundt 350 000 nordmenn antas har diabetes type 2. Antall nordmenn med diabetes type 2 er firedoblet de siste 50 år, og hvert år får anslagsvis 6000–7000 nordmenn diagnosen (Diabetesforbundet, 2014). Verdens helseorganisasjon har anslått at 90 % av type 2-diabetes kan forebygges og i

noen tilfeller reverseres med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (WHO, 2003). Behandlingen av diabetes 2 baserer seg først og fremst på opplæring til god egenomsorg. For å holde blodsukkeret på et normalt nivå brukes forskjellige tiltak som justering av kosthold, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon der det anses som nødvendig. Ca. 70 % av personer med diabetes type 2 trenger i tillegg blodsukkersenkende tabletter eller insulin (Diabetesforbundet, 2014). Tradisjonelt sett har pasientopplæring vært tilbudt i spesialisthelsetjenesten. Med innføringen av samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), og den nye folkehelseloven (2011), styrkes kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid. Kommunene skal overta noen av oppgavene fra spesialisthelsetjenesten, og det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt. Satsning på forebygging og frisklivstjenester er sentralt, og det skal bli flere tilbud om levevane-enderinger. Tilbud knyttet til pasientopplæring i kommunene skal bli bredere, og oppfølging av personer med kroniske lidelser skal bli enda bedre.

1.1 Hensikten med studien

Kommunalt læring og mestringsarbeid er relativt nytt, og det er ønskelig å jobbe kunnskapsbasert (Kunnskapscenteret, 2012). Læring og mestring innen helse er et område der det trengs mer forskning. Hensikten med denne studien er å oppsummere forskning av kvalitativ litteratur vedrørende deltakererfaringer for personer med diabetes 2 som har deltatt i gruppebasert pasientopplæring. Kunnskap om dette er viktig for utformingen og planleggingen av læring og mestrings tiltak. Det er også mulig at elementer fra denne studien kan ha overføringsverdi også til utvikling av andre diagnoserelaterte kommunale lærings- og mestrings tilbud. I aktuelle litteraturstudie vil det inkluderes litteratur fra år 2000 til oktober 2014.

Det er tidligere utarbeidet metasynteser vedrørende kvantitative aspekter av pasientopplæringskurs (Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise & Fretheim, 2012), på gruppeopplæring, (Austvoll-Dahlgren A., Nøstberg AM., Steinsbekk A. & Vist GE, 2011), og på livskvalitet etter pasientopplæringskurs for personer med diabetes 1&2 (Cochran og Conn, 2008). Jeg har ikke funnet at det har vært gjort kvalitative metasynteser vedrørende deltakeres erfaringer fra pasientopplæringskurs for denne pasientgruppen.

Tidligere studier viser til at pasientopplæringskurs til personer med diabetes 2 fører til positive helsegevinster og økt livskvalitet (Steinsbekk et al., 2012 og Cochran og Conn, 2008). Med bakgrunn i tidligere forskning ønsker jeg i denne studien å undersøke kvalitativ litteratur for å se på deltakeres erfaringer.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen for denne masteroppgaven i folkehelsevitenskap er som følger:

Hvilke erfaringer har brukere med diabetes 2 etter å ha deltatt på gruppebasert lærings og mestringskurs?

1.3 Avgrensning

Jeg har i denne oppgaven valgt å se på deltakernes erfaringer fra pasientopplæringskurs, og utelatt pårørende og helsepersonell. Sosial ulikhet er en viktig folkehelseutfordring, og interessant tema i forhold til utviklingen av diabetes 2. I denne studien har jeg på grunn av oppgavens omfang likevel valgt å utelate det, men dette er også et område som krever mer forskning.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Læring

Ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), er læring en sosial prosess der deltakerne lærer av hverandre, og det gruppebaserte læringstilbudet er det foretrukne pedagogiske grepet (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse, 2014). Læring er både en individuell personlig kunnskapsutvikling, og en sosial kollektiv prosess der deltakerne lærer av og med hverandre som en del av et større sosialt og kulturelt fellesskap (ibid).

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse, støtter seg til definisjon av Ivar Bråten (2002), for å beskrive ulike perspektiver på læring. Bråten (2012) skiller mellom den kognitive og den sosiale læringen. Et mellomstandpunkt, sier han, er

«Å betrakte læring som noe som skjer inne i hodet, men også utenfor, i samhandling og fellesskap med andre mennesker. Læring kan dermed defineres som at mennesker utvikler eller konstruerer forståelse på ulike områder og øker sin kompetanse til å gjøre ting som de ønsker eller trenger å gjøre.» (Bråten, 2002).

Læring defineres ofte av endring i atferd, og som den prosessen der individet tilegner seg kunnskaper, egenskaper og holdninger, enten i et tradisjonelt atferdsperspektiv, eller i et kognitivt perspektiv. En atferdsorientert definisjon er at læring er relativt varige endringer i atferd, mens kognitivt perspektiv menes at læring en indre prosess som fører til endring av individets personlighet (Bråten, 2002).

2.2 Andragogikk

Andragogikk handler om læring hos voksne og hvilke pedagogiske virkemidler det her er viktig å ta hensyn til. Når voksne skal lære, er det viktig å legge vekt på deres selvforståelse, erfaring, motivasjon og tidsperspektiv, samt bygge på tidligere erfaringer (Roger og Illeris, 2003). Voksne selvstendige personer lærer best når informasjon presenteres gjennom dialog, refleksjon og egeninnsats (Vygotsky 1978, her i Imsen 2005). Dialog bygger på en gjensidig anerkjennelse av hverandres kompetanse, hvor begge parter er villige til å ta den andres synspunkt, til å bytte posisjoner og se den andre som aktør. Det innebærer lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse (ibid).

2.3 Pasientopplæring

Pasientopplæring kan defineres som strukturert undervisning til pasienter og eventuelt pårørende, oftest gruppebasert, i et planlagt pasientforløp, og oftest i umiddelbar tilknytting til at diagnosen er stilt. Pasientskoler er et treffpunkt for erfaringsutveksling, strategier og problemløsning relatert til spesifikk sykdom (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005, s.7). Det er ønskelig at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og redusere antall sykehusinnleggelser. Lærings- og mestringstilbud i kommunene blir trukket fram som gode tilbud for å sikre tidligere intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte. Læring og mestring bør foregå gjennom hele pasientforløpet (ibid).

Typiske elementer knyttet til pasientopplæringskurs knyttet til diabetes 2 er kunnskap om sykdom, behandling og forebyggelse av mulige komplikasjoner (Willaing et al., 2005, s.15). Når det gjelder diabetes 2 har to av tre pasienter minst én senkomplikasjon. Vanlige komplikasjoner ved diabetes er nedsatt syn, nyreskade, nedsatt infeksjonsforsvar, fotsår og skader på nervesystemet (Diabetesforbundet, 2014). Det er også fokus på å øke kunnskap om fysisk aktivitet og gode kostholdsvaner. Pasientopplæringskurs tilbyr også ofte praktisk trening i selvmonitorering, som for eksempel blodsuktermåling. Noen kurs har fokus på utarbeidelse av individuelle handlingsplaner. Erfaringsutveksling blant deltakerne er en viktig del av pasientopplæringskurs (Willaing et al., 2005, s.7). Bedre kontroll av blodsukker ved hjelp av riktig ernæring eller medisiner, økt fysisk aktivitet og selv en liten vektreduksjon kan hindre utvikling av sekundærkomplikasjoner (Diabetesforbundet, 2014).

Willaing et al., (2005), beskriver to hovedretninger innenfor området pasientundervisning:

En mediosentrisk retning, som tilstreber bedre compliance, det vil si at pasienten følger den anbefalte medisinske behandling, samt råd og veiledning fra helsepersonell. Den vesentligste delen av undervisningen utgjøres av formidling av kunnskap om sykdom og behandling, konkret problemløsning samt tilegnelse av teoretiske og praktiske ferdigheter.

En psykososialt orientert retning, som tilstreber at pasienten oppnår bedre kontroll over sin situasjon og sin hverdag som kronisk syk. Her er pasientens autonomi i fokus, og en vesentlig

del av undervisningen har fokus på problemidentifisering, styrke pasientens evne til problemløsning, samt styrke selvtillit, kompetanse og tro på egne ressurser som middel til økt helse og trivsel (Willaing et al., 2005, s.7).

2.4 Utvikling i læring og mestrings-arbeid

Historisk har utgangspunktet for pasientskolene vært den mediosentriske undervisningsmetodikken, men gjennom årene er det implementert flere psykososiale elementer i undervisningen. Pasientutdanning betraktes ikke lengre kun som tillegg til medisinsk behandling, men som en selvstendig og nødvendig intervensjon (Willaing et al., 2005, s.7). Det har vært prøvd ut en rekke konsepter for pasient-utdanning, blant annet «self-management education». Målet er at pasientene ikke bare er godt informerte, men også aktive og kompetente brukere (Department of Health, 2001). I noen av undervisningsprogrammene er det kun pasienter med kronisk sykdom som underviser andre pasienter. Et konsept som er utviklet ved Stanford university i USA, brukes av National Health Service i England under betegnelsen The Expert Patient. Programmet henvender seg til pasienter med kronisk sykdom (Department of Health, 2001). De undervisende pasientene er utdannet til å gjennomføre undervisningen, som foregår etter strukturerte manualer (Willaing et al., 2005, s.8).

Læring og mestringskurs i spesialisthelsetjenesten har også i stor grad vært knyttet til likemannsarbeid. Likemannsarbeid er brukernes egen omsorgsarena. Likemannsarbeid er hjelp til selvhjelp til mennesker som er i samme situasjon som en selv. Dette kan gjelde både de som har en helseutfordring, og pårørende. Likemannsarbeid skal gi et annet tilbud og dekke et annet behov enn det, for eksempel fagpersonell kan bidra med. Det har også vært tradisjon for å likemannsarbeid i læring og mestringsaktivitet i helseforetakene (Helse sør-øst, 2009). Et viktig argument for å bruke erfarne pasienter i undervisning, er at de deler helseutfordringer med de som de underviser for, og har personlige erfaringer i å leve med en kronisk sykdom (Thorne, Nyhlin& Paterson, 2000). Hensikten er at en erfaren pasient kan bidra med mer enn hva helsepersonell kan på lengre sikt. Det er meningen at pasienter som underviser skal fungere som gode rollemodeller, og ha god kontroll over sin sykdom (ibid).

I 1999 ble pasientopplæring nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ifølge nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større

grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Planen peker på hvordan lærings- og mestringstilbud vil gi brukerne kunnskap om forebygging, sykdom og behandling, og bidra til mestring. I strategiplan 2014-16 for Nasjonal kompetansetjeneste innen læring og mestring, er kommunale lærings og mestringstjenester et av fire satsingsområder.

2.5 Tidligere forskning på pasient-opplæring

I Danmark introduserte helsemyndighetene pasientopplæringsprogrammet «Lær at leve med kronisk sykdom» i 2005. Programmet bygger på kognitiv innlæringsteori og praktiske erfaringer fra flere års sykdomsspesifikke pasientopplæringer som har vist at pasientene på tvers av deres sykdommer har en rekke felles utfordringer forbundet med å skulle håndtere livet som kronisk syk. Det er utviklet fra en amerikansk versjon som heter «Chronic Disease self-management programme» (CDSMP). Dette ble evaluert i 2010, med spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer. Evalueringen viser at flertallet av deltakerne er positive over kurset, og at det anbefales til andre med kronisk sykdom. Evalueringen viser en positiv selvvardert effekt på helsestatus (smerte, energi, trøtthetsnivå, mental helse, aktivitetsbegrensninger i hverdagen, livskvalitet, samt allmenn helsetilstand) og mestringsevne 3-4 måneder etter kursdeltakelse. Anbefalingene i rapporten var at kursene bør benyttes av enda flere. For nydiagnostiserte var det i tillegg viktig med diagnose-spesifikk kunnskap i tillegg til generell mestringskunnskap som dette kurset bidro til (Brogaard Marthedal, Schepelen Johansen, Nielsen, Rytter Hansen & Bastholm Jensen, 2011 s. 7-8).

Kunnskapssenteret konkluderte i 2011 med at for personer med diabetes type 2, har gruppeundervisning bedre effekt på regulering av blodsukker. Det ble imidlertid ikke påvist forskjeller vedrørende livskvalitet og helseatferd (Austvoll-Dahlgren et al., 2011, s.2).

Steinsbekk og medarbeidere publiserte i 2012 en metaanalyse av litteratur frem til januar 2008 over randomiserte kontrollerte studier som evaluerte gruppebaserte læring- og mestringstiltak for voksne med diabetes 2. Totalt 21 studier ble inkludert, 2833 deltakere. I 13 av studiene var HbA1c (langtidsblodsukker, brukes som mål på klinisk forbedring av diabetes-sykdommen) signifikant redusert etter 6 måneder. Tre studier viste til signifikant reduksjon to år etter intervensjon. Det samme gjaldt fastende blodsukker. Diabeteskunnskap var signifikant økt i

studier både ved målinger ved 6, 12 og 24 måneder. Studien viste også signifikante forbedring av mestring og empowerment etter 6 måneder (Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise & Fretheim, 2012). Metaanalysen indikerte at studier med flere undervisningstimer (19 til 52), spredd over 6 til 10 måneder, og med 6 til 10 gruppetreff, hadde best resultater. Studien konkluderte med at gruppe-basert læring og mestringstiltak til personer med diabetes 2 fører til forbedring av kliniske, livsstils- og psykososiale mål (Steinsbekk et al., 2012).

Cochran og Conn, publiserte i 2008 en metaanalyse av litteratur vedrørende diabetes-opplæring og livskvalitet. Dette gjaldt studier vedrørende pasienter med både type 1 og 2 diabetes. 20 studier med 1892 deltakere ble inkludert. Metaanalysen konkluderte at intervensjon som var designet for å forbedre egenomsorg av diabetes 2 også førte til forbedret livskvalitet etter endt kurs. Årsaken til hvorfor livskvaliteten økte framkom ikke, da intervensjonene ikke var designet for å påvirke livskvalitet. Forfatterne diskuterte mulige forklaringer for dette, som at deltakerne følte seg bedre på grunn av metabolsk kontroll etter deltakelse på pasientopplæringskurs. En annen årsak som ble diskutert var økt mestringsevne og self-efficacy hos deltakerne. En tredje forklaring kan være at kurset førte til at deltakerne fikk bedre livskvalitet når de opplevde økt empowerment. Det kunne også være at deltakerne opplevde forbedret livskvalitet som resultat av at de hadde lyktes med å gjøre livsstilsendringer (Cohran & Conn, 2008).

Lozano og medarbeidere (Lozano, Armale & Sanchez, 1999) fulgte et pasientopplæringskurs som gikk over hele fem år. De undersøkte ulike effekter av pasientopplæring, og konkluderte blant annet med at voksne med type 2 diabetes kan tilegne seg spesifikk kunnskap og bevisst atferd rettet mot sin sykdom, hvis de får undervisning tilpasset deres behov. God kunnskap hadde sammenheng med problemløsningsevne og livskvalitet (ibid). Forskerne fant også at opplæringen bør være systematisk og pasientsentrert for å oppnå nødvendige evner og kunnskap for å leve så tilfredsstillende som mulig med sykdom. Pasienter med kronisk sykdom er ofte voksne som behøver spesifikk voksenpedagogisk tilnærming. Spesifikke læremodeller er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende helseatferd. Voksne skiller seg fra skolebarn fordi de har egen livserfaring, uavhengighet, og behov for å bidra. De trenger å vite hvorfor de lærer, og vil lære raskere om de kan relatere kunnskapen til hverdagslivet (ibid). Dessverre så er ikke alltid læremetoder og opplæringsprogram skreddersydde, og kan noen

ganger være i konflikt med pasientenes behov og læreevner. Dessverre er ikke læreteknikker og læreprosesser som brukes i diabetes-opplæring så ofte beskrevet i litteraturen (Hunt, Arar & Larne, 1998).

Deakin og medarbeidere, (Deakin, Cade & Williams, 2006) undersøkte langtidseffekter av gruppebasert pasientopplæring for diabetes 2. De utviklet et program kalt «the x-pert programme». Intervensjonen hadde som mål å utvikle evner og bygge selvtillit hos deltakerne for å ruste de til å ta informerte avgjørelser i henhold til deres diabetes-sykdom. Denne studien av Deakin et al., (2006), inneholdt de fem komponentene som inngår i empowerment-teori: deltakere med diabetes ble ansett som verdifulle og akseptert som eksperter på sin sykdom. Deltakerne ble oppmuntret til å delta aktivt i læreprosessen og diskutere følelser omkring å leve med sykdommen, og påvirkningen det har på hverdagslivet. De ble oppmuntret til å ha autonomi til å jobbe i allianse med profesjonelle helsearbeidere for å finne suksessstrategi for god diabetes-egenomsorg. Deltakerne hadde etter 14 måneder signifikant forbedring på empowerment-score (empowerment-scale) etter å ha deltatt på opplæringen (ibid).

En Cochrane-studie fra 2014 samlet forskning om og vurderte effekt av kulturelt tilpasset pasientopplæring sammenliknet med standard pasientopplæring eller oppfølging av etniske minoriteter med diabetes type 2. Studien konkluderte med at personer med etnisk minoritetsbakgrunn kan oppleve kommunikasjonsproblemer i møte med helsepersonell. Dette kan delvis skyldes kulturelle preferanser og/eller språklige barrierer. God kommunikasjon er avgjørende for å kunne forstå hva slags utfordringer man står overfor, både fysiologisk, mentalt og sosialt, for å kunne mestre hverdagen med diabetes type 2 på en best mulig måte. God kommunikasjon er også viktig for å ta velinformerte beslutninger om forebyggings- og behandlingsalternativer, og navigere seg gjennom tilbudene i helse- og omsorgstjenesten (Attridge, Creamer, Ramsden, Cannings-John & Hawthorne, 2014). Studien viser at kulturelt tilpasset pasientopplæring gir bedre blodsukkerkontroll hos etniske minoriteter som har diabetes type 2. Slik opplæring øker trolig kunnskap om diabetes og ernæring, samt mestringstro og empowerment hos de som deltar. De fant at de som får kulturelt tilpasset pasientopplæring har bedre blodsukkerkontroll seks måneder etter at opplæringen er gitt, har noe bedre blodsukkerkontroll på lengre sikt, og trolig har mer kunnskap om diabetes og

ernæring, større mestringstro og empowerment (Attridge et al., 2014). De fleste som deltok i studiene var personer med lav sosioøkonomisk bakgrunn. Det var en del variasjon i hva den kulturelt tilpassede pasientopplæringen besto i. I et flertall av studiene baserte pasientopplæringen seg på tidligere erfaringer eller forskning om hva som passet til målgruppa. I noen tilfeller innebar dette språklig tilpassing. I mange av studiene ble læringsverktøy og kommunikasjonsmetoder som tok hensyn til kulturelle preferanser (for eksempel matvaner), religiøse aspekter og leseferdigheter brukt (Attridge et al., 2014).

2.6 Diabetes

En av de største sykdomsgruppene er diabetes. Det finnes to hovedtyper diabetes, type 1 og 2. Diabetes type 1 debuterer som oftest i ung alder og er ikke forbundet med livsstil/overvekt, men skyldes at kroppen selv ødelegger de insulinproduserende cellene i kroppen. Rundt 28 000 personer i Norge har diabetes type 1. Sykdommen kan ikke forebygges, men senkomplikasjoner og for tidlig død kan utsettes og eventuelt forhindres gjennom god behandling, god oppfølging og egeninnsats (Helse og omsorgsdepartementet (2013, s.16). Diabetes type 2 er en sykdom hvor sukkerinnholdet i blodet er høyere enn normalt. Sykdommen debuterer gjerne hos voksne over 40 år, og forekomsten øker sterkt med alderen. Men også stadig yngre mennesker får diabetes type 2, årsakene er mange og komplekse (Diabetesforbundet, 2014). Personer med diabetes type 2 har fremdeles insulinproduksjon, men insulinet virker for dårlig (insulinresistens) og/eller det produseres for lite insulin i forhold til behovet. Insulin er et hormon som hjelper til med å transportere karbohydratene, som omdannes til sukker i kroppen, inn i cellene hvor det lagres til vi trenger det (ibid). Diabetes type 2 er en alvorlig sykdom. Hvis man oppdager sykdommen og får behandling tidlig, vil sykdommen få et gunstigere forløp, og det er lettere å unngå komplikasjonene. Utviklingen av diabetes type 2 kan være langsom med diffuse symptomer, og det kan derfor ofte gå lang tid før diagnosen stilles (ibid).

Behandlingen av diabetes 2 baserer seg først og fremst på opplæring til egenomsorg. For å holde blodsukkeret på et normalt nivå brukes forskjellige tiltak: Justering av kostholdet, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon hvis det er nødvendig. Mange (ca. 70 %) personer med diabetes type 2 trenger blodsukkersenkende tabletter eller insulin i tillegg (Diabetesforbundet 2014). Behandlingen skal hindre eller utsette senkomplikasjoner som synsskade, nyreskade,

nedsatt infeksjonsforsvar, fotsår og skader på nervesystemet. Bedre kontroll av blodsukker ved hjelp av riktig ernæring eller medisiner, økt fysisk aktivitet og selv en liten vektreduksjon kan hindre utvikling av disse. To av tre pasienter med diabetes har minst én senkomplikasjon. Når det gjelder årsakssammenhenger er dette fortsatt noe uklart. Forskning på årsaksmekanismer til diabetes 2 kan tyde på at arv kan være en viktig årsak til type 2-diabetes, i tillegg til en usunn livsstil (Thorsby et al., 2009). Type 2-diabetes har i stor grad vært sett på som en sykdom du kun er skyld i selv, grunnet fysisk inaktivitet og et usunt kosthold. I en norsk undersøkelse av Thorsby og medarbeidere (2009), ble det fastslått at arv er en vel så viktig årsaksfaktor som livsstil. Normalvarianter i enkelte gener ser ut til å ha stor betydning for utvikling av type 2-diabetes. Rundt halvparten av oss har disse genene, og dermed i risikozonen for type 2-diabetes. Er vi i tillegg overvektige og ikke særlig fysisk aktive, vil vi få sykdommen tidligere enn dem med samme livsstil som ikke har de aktuelle genvariantene. Har man en førstegradsslektning (forelder, søsken) med type 2-diabetes, har man selv tre til fire ganger så høy risiko for å få sykdommen (Thorsby et al., 2009). Det kan oppleves svært stigmatiserende å få diagnosen diabetes, da det er en generell oppfatning i befolkningen i at den er selvpåført (Nam, Hee-Jung Song, Park, Song, 2013, s. 216).

Ifølge nasjonalfaglige retningslinjer vedrørende diabetes (5.2), er det av stor viktighet at personer med nedsatt glukosetoleranse får råd om endring av levevaner (moderat vektreduksjon, regelmessig fysisk aktivitet og kostendringer), samt oppfølging og hjelp til å gjennomføre dette.

2.7 Forebygging av diabetes 2

Verdens helseorganisasjon har anslått at ca. 90 % av type 2-diabetes kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (WHO, 2003). Sigarett røyking er en uavhengig risikofaktor for utvikling av type 2-diabetes (Willi, Bodenmann & Ghali, 2008). De fleste som får type 2-diabetes vil i flere år gjennomgå et stadium med nedsatt glukosetoleranse før de utvikler diabetes. Det foreligger god dokumentasjon på at endring av levevaner kan forebygge eller forsinke utviklingen av diabetes betydelig hos personer med nedsatt glukosetoleranse, også hos personer med ikke-europeisk opprinnelse. Flere studier blant personer med overvekt og nedsatt glukosetoleranse har vist at endring av kost- og mosjonsvaner i tråd med gjeldende anbefalinger kan forebygge eller utsette risikoen for å

utvikle type 2-diabetes med 40-60 % over en periode på nærmere ti år (Tuomilehto, Lindström & Eriksson, 2001).

2.8 Teoretisk forankring av læring og mestringskurs

En relevant teoretisk referanse for mestringsforståelse og helsefremmende perspektiv, er Aron Antonovskys teori om hvordan helse blir til, salutogenese (Antonovsky, 2012). Det helsefremmende perspektivet kom på banen i 1970-årene som en reaksjon på den ensidige naturvitenskapelige definisjon av helse, som fravær av sykdom og fokus på risikofaktorer (Lustig, Rothenthal, Strauser & Haynes, 2000). En sentral bidragsyter i denne vendingen var den medisinske sosiologen Aron Antonovsky. Antonovsky presenterte i 1979 den salutogene modell som har fått stadig økende betydning i forståelse av helse. Begrepet salutogenese, helsens opprinnelse, er læren om hva som gir god helse og representerer en positiv modell som leter etter muligheter og helsefremmende faktorer (Antonovsky, 2012). Selv om det salutogene perspektivet kom som en reaksjon på det patogene, mente ikke Antonovsky at oppmerksomhet knyttet til helsefremmende faktorer eller beskyttelsesfaktorer skulle erstatte søken etter årsaker til sykdom og symptomer, men snarere utfylle hverandre. Det var den ensidige opptattheten av risikofaktorer og sykdom Antonovsky kritiserte. Antonovsky fremhevet at et salutogent perspektiv innebærer å se salutogene og patogene faktorer som komplementære. Antonovsky begrunnet med bakgrunn i sin forskning at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet.

Antonovsky hevdet at sykdom og stress er en uunngåelig og naturlig del av livet som vi må forholde oss til. Han mente at det er individuelle forskjeller i stresstoleranse og hvordan mennesket håndterer stressbelastninger. De ressurser vi tar i bruk for å opprettholde helse og forhindre stress kaller Antonovsky generelle motstandsressurser. En persons generelle motstandsressurser og samlede livsbetingelser gir erfaringer gjennom livet som danner grunnlag for en global orientering eller holdning i møte med hendelser i livet. Denne grunnholdningen kaller Antonovsky Sense of Coherence (SoC), opplevelse av sammenheng, og er Antonovsky's svar på «helsens mysterium».

Opplevelse av sammenheng:

Antonovsky mente at fellesnevneren for de helsefremmende faktorene er at de på ett eller annet vis gir oss en opplevelse av sammenheng i livet. Denne opplevelsen er tredelt, og er satt sammen av komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det handler altså om i hvilken grad vi opplever at tilværelsen er begripelig, håndterbar og meningsfull for oss.

Begripelighet er den kognitive komponenten i SoC; og refererer til om de stimuli (indre eller ytre) vi utsettes for er forståelig, konsekvent og oversiktlig, eller uforutsigbar, tilfeldig og kaotisk. Begripelighet kan sees som en kapasitet til å bedømme virkeligheten.

Håndterbarhet er handlingskomponenten i SoC; og refererer til om individet opplever å ha tilgang på ressurser (indre og ytre) som er nødvendig for å møte krav og utfordringer. Ved opplevelse av belastningsbalanse som igjen fører til mestringserfaring, vil individet ha tro på fremtidig mestring. Over-/ underbelastning fører til opplevelse av hjelpeløshet, passivitet.

Meningsfullhet er emosjons- og motivasjonskomponenten i SoC og drivkraften i hvordan vi håndterer våre liv. Ved en sterk opplevelse av meningsfullhet vil individet søke mening i vanskelige situasjoner, hvor hendelser som har betydning i livet er verdt å engasjere seg i. Selv om SoC i sin helhet er nødvendig for suksessfull mestring, mente Antonovsky at meningsfullhet er den viktigste fordi den fasiliterer begripelighet og håndterbarhet. De tre komponentene er uløselig knytte til hverandre, men kan teoretisk inndeles som sterk eller svak. En god SoC er kjennetegnet av at personen forstår livssituasjonen (forståelighet), har tro på at hun/han har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringer som motiverende (mening) (Antonovsky, 2012).

Forskning viser at det er sammenheng mellom grad av opplevelse av sammenheng og mestring av kronisk sykdom. En studie fra med 250 pasienter med kroniske smerter viste at en sterk SoC hadde signifikant sammenheng med bedre helsereelatert livskvalitet og self-efficacy, og mindre katastrofetenkning hos pasienter. Studien konkluderer med at SoC kan være en viktig mestringsstrategi for mennesker med kronisk smerte (Chumbler et al., 2013).

2.9 Empowerment

Begrepet empowerment ble lansert i Ottawa-chartret i 1986 (WHO, 1986), og ble der definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Empowerment betyr å gi makt eller autoritet til, gjøre i stand til, og å tillate (NOU 1998:18, 1998, s.230). Empowerment betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det finnes ingen norske ord som dekker dette betydningsinnholdet, «myndiggjøring» er det som kommer nærmest (ibid). Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre. I NOU 1998:18 (1998, s.230) beskrives empowerment slik:

"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring" (NOU 1998: 18 s.230).

Empowerment kan defineres som en prosess i motsetning til et prosjekt, noe som innebærer at arbeidet ikke har en tidsbegrenset levetid slik som prosjekter har. Prosessbegrepet viser til at det skjer viktige endringer med deltagerne underveis med større sannsynlighet for å etablere varige endringer (ibid).

2.10 Pasientaktivering

Sammen med et sterkt fokus på en informert og aktiv pasient, har mange teorier og konsepter vært prøvd ut for å beskrive aktivering av pasientene, som mestring, egenomsorg, og self-efficacy. Et av disse konseptene er pasientaktivering. Hibbard Stockard & Mahoney (2004), har argumentert for at pasientaktivering omhandler kompleksiteten av den aktive pasient og inkluderer forskjellige atferder relatert til self-efficacy, egenomsorg og atferdsendring.

Aktivering involverer fire stadier:

1. tro på at pasientens rolle er viktig,
2. ha selvtillit og kunnskap nødvendig for å ta handling,
3. ta handling for å forbedre og opprettholde egen helse, og

4. opprettholde gode helsevaner, også under stress.

Hibbard et al. (2004), har operasjonalisert dette i et spørreskjema for å måle pasientens aktivering. Spørreskjemaet er generisk, og kan dermed benyttes på tvers av diagnoser. Spørreskjemaet dekker flere elementer viktig for aktivering, som kunnskap, evner, tro på egne evner og atferd. Lav pasientaktivering beskriver pasienten som passiv mottaker av helsetjenester, mens en høy pasientaktivering beskriver en proaktiv og engasjert pasient som handler etter helsemessige anbefalinger. Graden av aktivering beskriver hvor bra pasientene mestrer sine helseproblemer. Dette spørreskjemaet, Patient Activation questionnaire (PAM), er prøvd ut i flere studier, og viser at høy pasientaktivering har samsvar med mange positive helseparametre. PAM kan være et nyttig redskap for å evaluere effekt av deltakelse på pasientopplæring (Hibbard et al., 2004).

2.11 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en betegnelse for beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud hvor brukeren i en eller annen grad har innflytelse (Kunnskapssenteret, 2012). Begrepet brukes særlig i forhold hvor brukeren er klient, pasient eller på annen måte gjør seg nytte av offentlige tjenester, spesielt innen helse, sosial, arbeid og trygd. Dette innebærer at mottakere av tjenester og ytelser (brukere) selv aktivt skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem (ibid). Brukermedvirkning bidrar til å sikre legitimiteten til den offentlige tjenesteytelsen og til å styrke kvaliteten (Meld.St. 26 (2014-15 s. 47). I henhold til stortingsmelding 26, (2014-2015) bør pasient- og brukerinvolvering skje på minst tre nivå:

- Individuelt når det gjelder valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud.
- På gruppenivå når det gjelder å møte, bistå og stå sammen med andre pasienter/brukere i samme situasjon.
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom brukerrepresentasjon.

Den individuelle tilnærmingen handler om tiltak som øker valgfrihet og brukerinnflytelse, bedrer tilgjengelighet og styrker informasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler. Tiltakene skal gi mulighet til å gjøre egne valg og påvirke behandlingsforløpet, ta medansvar og være involvert i å gjennomføre rehabilitering og behandling (ibid). Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør av flere grunner ha tilbud hvor en bringer pasienter og brukere sammen og ta i bruk gruppearbeid og gruppemethodikk i forebyggende arbeid, rehabilitering og behandling. Ved å opptre sammen styrkes brukernes stemme i møte med profesjonene og inviterer til likemannsarbeid, selvhjelpsgrupper og mer likeverdige

kunnskapsdeling. Kommunene har i dag en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Brukeren er den som vet best om sin egen livssituasjon. Fagkompetansen og brukerkompetansen utfyller hverandre. Brukeren kan utvikle en individuell plan sammen med fagpersonell, eller på annen måte ta del i egen situasjon. Når det gjelder systemnivå er brukerorganisasjonene representert på ulike nivåer for å ivareta brukernes erfaringer. Med bakgrunn i brukerkompetansen bidrar brukerorganisasjonene til å utvikle gode tjenester. Dette kan skje gjennom møter, høringer og prosjekter (Kunnskapssenteret 2012). Empowerment og brukermedvirkning er fundamentale elementer i læring og mestringskurs.

2.12 Mestringstro

Mestringstro (på engelsk, self-efficacy) er et begrep innen psykologi for troen på at man kan kontrollere ens egen utføring av en bestemt oppgave. Mestringstro er senere blitt fanget opp i forskjellige psykologiske teorier, men er i utgangspunktet et nøkkelbegrep i Albert Banduras sosial-kognitive teori (Bandura, 1997). Dette betyr for eksempel at den enkelte person må vite at han/hun virkelig klarer å gjennomføre den endringen i livsstil som må til for å leve et sunt liv. Overbevisningen om at vi skal få det til er helt avgjørende for resultatet. Forventningen om mestring er en bedre indikator på hvordan våre fremtidige prestasjoner skal bli, enn våre prestasjoner var ved en tidligere anledning. Denne forventningen vil selvsagt også inneholde resultatet av tidligere innsats, men mestringsforventning bygger på flere faktorer enn kunnskaper og prestasjoner alene. Bandura argumenterer for at tankeprosesser på denne måten kan brukes til å utøve kontroll over egne handlinger (Bandura, 1997). Bandura sa at det er fire faktorer til å oppnå en bedre subjektiv mestringstro hos mennesket; ytelseserfaring, andres suksess, positiv tilbakemelding og fysiologiske og mentale tilstander. Mestringstro dreier seg ikke bare om å kontrollere egne handlinger og omgivelsene, men også det å kunne kontrollere egen tankeprosess, motivasjon og fysiologiske emosjoner (Bandura, 1997). Bandura skriver at mestringstro er en svært viktig faktor for at mennesker skal prestere.

2.13 Mestring

Noe av hensikten med lærings og mestringstiltak er å få det bedre, og leve så godt som mulig med sin sykdom. Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte

utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper med å tilpasse seg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre (Vifladt og Hopen, 2004, s.61).

Når mennesker utsettes for påkjenninger og stress, som for eksempel ved å få en kronisk sykdom som diabetes, oppstår et behov for å håndtere eller mestre den nye situasjonen (Næss & Eriksen, 2006). Livet endres, og mye som tidligere har blitt tatt for gitt, kan ikke lenger fortsette. Stress kan være en følge av smerte, tap og utfordringer. Hvordan man håndterer dette stresset kalles mestring (Musaeus, 2001). Benner og Wrubel (1989) forklarer stress og mestring som følgende:

“Stress is the experience of disruption of meanings, understanding, and smooth functioning. Coping is what one does about that disruption” (Benner og Wrubel, 1989, s. 62).

Videre skriver de at man ikke kan stille opp objektive kriterier som mål for god eller dårlig mestring, men at enkeltmenneskets mestring skal bedømmes ut ifra egen forståelse, vurdering og mulighet. Mestring er videre begrenset av de meninger og problemstillinger som eksisterer i det som en person opplever som stressende.

2.14 Livskvalitet

Selv om det finnes ulike definisjoner av begrepet livskvalitet, synes det likevel å være enighet i litteraturen om at livskvalitet er en subjektiv opplevelse, livskvalitet er et multinasjonalt begrep, dvs. handler om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet, og livskvalitet handler om verdier og mening for den enkelte (Klopstad Wahl og Rokne Hanestad 2004). Psykolog Siri Næss (2001) definerer livskvalitet som følgende:

«En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv (har interesser og engasjement), har samhørighet (har gode interpersonlige forhold), har selvfølelse (føler seg vel som menneske) og har en grunnstemning av glede (er åpen og mottakelig).

Innen helseforskning brukes begrepene global livskvalitet, helselatert livskvalitet og sykdomsspesifikk livskvalitet (Klopstad Wahl og Rokne Hanestad, 2004, s 31). Innenfor området global livskvalitet er man opptatt av livskvalitet som fenomen som inkluderer for eksempel personens tilfredshet, lykke, mening eller realisering av mål knyttet til livet som helhet. Innenfor området knyttet til helselatert livskvalitet er det personens opplevelse av

generelle helseforhold det fokuseres på. Begrepet helsestatus og helserelatert livskvalitet står her sentralt. Videre vil det spesifikke området omfatte personens opplevelse av forhold knyttet til spesifikke plager eller sykdommer (Klopstad Wahl og Rokne Hanestad, 2004, s 31).

Helserelatert livskvalitet inneholder aspekter ved livskvalitet som omfavner helse og helsetjenesten. Helserelatert livskvalitet belyser ulike områder som funksjon, behov, mål og verdier (Klopstad Wahl og Rokne Hanestad, 2004, s. 26).

3.0 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Aktuelle studie er gjennomført som en metasyntese (Schreiber et al., 1997, s. 314) av kvalitativ forskning. Studien skal vurdere artikler som er forankret i fenomenologisk livsverden tradisjon. Målet er å belyse deltakernes egne erfaringer fra gruppebasert læring og mestringskurs for diabetes 2. Fenomenologi handler om å undersøke verden slik den oppleves av aktørene (Pope, Ziebland & Mays, 2000). Fenomenologien tar sitt utgangspunkt i den verden som personen daglig lever i, erfarer, snakker om og tar for gitt. Den vitenskapsteoretiske kunnskap retning har vært viktig for utvikling innen helse og sosialfagene i forhold til hvordan enkeltindividet opplever sitt liv, og hvilket syn de har på ulike tilbud fra hjelpeapparatet. Økt fokus på brukermedvirkning kan skyldes økt fokus på bruk av kvalitative metoder i helsefagene (ibid). Kvalitative forskningsmetoder brukes for å undersøke og beskrive sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer – slik de oppfattes og uttrykkes av individer (Malterud, 2001, s.483.) Datainnsamlingen skjer som regel gjennom intervjuer, fokusgrupper eller observasjoner. Vanligvis har man et relativt lite utvalg deltakere og ønsker å oppnå et rikt, beskrivende datamateriale (Pope et al., s.114).

3.2 Metode for gjennomføring av systematisk kvalitativ litteraturstudie, metasyntese

Schreiber et al., (1997), definerer kvalitativ metasyntese som

«the aggregating of a group of studies for the purpose of discovering essential elements and translating the results into an end product that transforms the original results into a new conceptualization» (Schreiber et al., 1997, s 314).

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en spesifikk problemstilling, kritisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder, og en sammenfatning av dem med diskusjon (Polit & Beck,2014, s.355). Innen helseforskning er systematiske litteraturstudier viktig for å holde seg faglig oppdatert (Aveyard, 2014). Målet er å finne en ny mening fra summen av de inkluderte studiene i forhold til det som kan oppnås ved å lese studiene individuelt, og skal ikke bare være en oppsummering av resultater, men en fortolkning (ibid). Systematiske oversikter av kvantitative metoder gir innsikt i hvorvidt et

tiltak virker; systematiske oversikter med kvalitativ forskning gir innsikt i hvordan og hvorfor eventuelle virkninger oppstår. Målet med en metasyntese er å produsere en ny og integrert forståelse av funnene som går ut over den forståelsen som fremgår i de individuelle studiene (Tuntland, 2009). Nyttene av denne type oversikter erkjennes nå bl.a. av internasjonale organisasjoner som Cochrane og Campbell-samarbeidene (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s 133).

I Cochrane-håndboka vises det til at kvalitativ forskning kan bidra med nyttig informasjon på flere måter: Kvalitative datasett kan informere, styrke, utvide og supplere systematiske oversikter om effekt av tiltak. Metodene for gjennomføring av oversikter med kvalitativ forskning er i rask utvikling, og det fins for øyeblikket ingen standard tilnærming. Når det gjelder søk etter kvalitative studier må disse ofte være bredere, men forøvrig gjelder mange av de samme prinsippene som for litteratursøk innen systematiske oversikter om effekt av tiltak. Det forskes på og debatteres om hva slags kriterier som bør benyttes i utvelgelsen av kvalitative studier og hvorvidt man skal ekskludere studier basert på metodologisk kvalitet (Berg & Munthe-Kaas, 2013, s.133).

3.3 Gjennomføring av den aktuelle systematiske litteraturstudien

3.3.1 Planlegging av masteroppgaven

Masteroppgavens tema var læring og mestring til personer med kronisk sykdom. KOLS og diabetes 2 er de største sykdomsgruppene som kommunen ut fra offentlige føringer skal lage pasientopplæringskurs til, så i starten så jeg på begge gruppene. Det er gjort en del forskning på læring og mestring til personer med KOLS, noe mindre på diabetes 2, derfor valgte jeg denne pasientgruppen. Problemstillingen ble utviklet etter nysgjerrighet om å finne ut mer om hva deltakerne opplever er viktig vedrørende pasientopplæring. Det ble gjort forskjellige søk i flere databaser, og lest mye forskning. Kvantitativ forskning er klart dominerende på dette feltet. De fleste studier vedrørende læring og mestring for diabetes 2 er randomiserte kontrollerte studier med klinisk effektfokus, som blant annet blodverdier, vektnedgang, livskvalitet og mestring. Jeg ønsket å finne ut mer om brukerperspektivet, og studier med et kvalitativt design anses som best egnet til å besvare valgt problemstilling.

3.3.2 Problemstilling

Problemstilling for denne studien er som følgende: *Hvilke erfaringer har brukere med diabetes 2 etter å ha deltatt på gruppebasert lærings og mestringskurs?*

Da en metasyntese kan produsere en ny og integrert forståelse av funnene som går ut over forståelsen som fremgår av individuelle studier, ble det vurdert ut fra studiens problemstilling at en kvalitativ metasyntese kan avdekke viktige og relevante funn vedrørende emnet.

3.3.3 Utvikling av søkeord og søk

Utvikling av søkeord og selve litteratursøkene var en lang og omfattende prosess. Bibliotekar ved Universitetet bisto med kyndig hjelp med søk og utvikling av søkeord. Når det gjaldt målgruppe er det vanligst å få diagnosen diabetes 2 i voksen alder, derfor valgte jeg å begrense søk til voksne over 18 år. Fenomenet som skulle undersøkes var gruppebasert opplæring. Når det gjaldt forskningsdesign ble det søkeord for ulike kvalitative forskningsmetoder brukt. Når det gjaldt søkeord for evaluering av studiene var målet å gå bredt ut for å forsøke å favne så mye som mulig, for deretter å innsnevre etter seleksjonskriteriene. Det ble derfor brukt termer fra forskningen vedrørende diabetes-egenomsorg, som er viktige elementer i pasientopplæringskurs. Det ble brukt MeSH-termer fra forskning vedrørende pasientopplæring. En MeSH-term er et ord/begrep innen fagområdet helse og medisin. Hver MeSH har et unikt ID-nummer som kobler sammen alle synonymer og nærliggende begreper (Aasen og Nylund, 2012).

3.4 Seleksjonskriterier

I det følgende avsnitt presenteres de valgte inklusjon -og eksklusjonskriterier for studien.

3.4.1 Inklusjonskriterier

- Litteratur vedrørende pasientopplæring / læring og mestringstiltak for voksne over 18 år med diabetes 2
- Litteratur vedrørende kun diabetes 2
- Deltakeres erfaring om pasientopplæring
- Litteratur rettet mot brukere av tjenesten pasientopplæring
- Tiltak som er hovedsakelig gruppebasert
- Studier med beskrevet opplæringstiltak
- Litteratur på engelsk, norsk, svensk eller dansk
- Litteratur skrevet etter år 2000

- Kvalitative studier
- Mixed Methods- studier
- Primærstudier

3.4.2 Eksklusjonskriterier

- Litteratur skrevet på annet språk enn engelsk, norsk, dansk eller svensk
- Litteratur skrevet før år 2000
- Pasientopplæring med utelukkende individuelle tiltak
- Litteratur omfattende barn og unge under 18 år
- Litteratur vedrørende flere sykdommer enn diabetes 2
- Litteratur vedrørende helsepersonell eller pårørendes erfaringer
- Kvantitative studier
- Studier som ikke er primærstudier
- Studier med kun fokus på endring av helseatferd
- Tiltak med bruk av e-læring eller telefon

3.5 Søkestrategi

For å komme frem til en klar og presis problemstilling, ble SPIDER benyttet (Cooke, Smith og Booth, 2012). SPIDER ble utviklet fordi PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) ikke fungerte optimalt for systematiske søk for kvalitative litteraturstudier (ibid). SPIDER er en standardisert systematisk søkestrategi og kvalitativt motsvar til PICO som brukes i kvantitativ forskning. SPIDER står for Sample, Phenomen of Interest, Design, Evaluation og Research Design (ibid). Utvalgsstørrelse er ofte mindre i kvalitativ forskning, og data som blir samlet er ofte mer detaljert enn hva kvantitativ data er. Utvalg ble ansett som mer passende enn populasjon/problem som brukes i PICO (P → S). En intervensjon som ofte brukes i kvantitativ forskning er ikke alltid tilfelle i kvalitativ forskning, hvor målet er å undersøke mer om en viss atferd, avgjørelse og individuelle opplevelser og fenomener (I → PI). På grunn av den utforskende naturen i kvalitativ forskning og mindre utvalgsstørrelse, er det sjelden kontrollgrupper (C → D). Cooke et al. (2012), tror at ved å ta med design er det trolig at det kan øke funn av kvalitative studier i databaser. Resultat fra kvalitativ forskning er ofte subjektivt konstruert, så termen evaluering, ble sett som mer passende enn resultat som blir brukt i PICO (O → E). SPIDER som verktøy har også fordelen at den kan brukes for

mixed-methods og kvantitative forskningssøk, ved å bruke tillegget forskningstype (R) (Cooke et al., 2012, s. 1437). Studien konkluderte med at ved å bruke SPIDER har man mulighet til å søke litteraturen mer sensitivt og presist siden det er tilpasset kvalitativ og mixed-methods forskning (Cooke et al., 2012, s 1441).

Det er foretatt systematiske søk i tre ulike databaser, Medline, Cinahl og Scopus, da disse ble ansett som mest hensiktsmessige for problemstillingen. Cinahl er en stor database med fulltekstartikler for helsepersonell og dekker de fleste felt innen helseforskning. Databasen inneholder artikler fra mer enn 760 tidsskrift (Cinahl pluss with full text, 2015). Fra Cinahl ble 229 artikler inkludert. Medline regnes som en av de mest anerkjente medisinske databaser. Databasen inneholder artikler fra mer enn 5600 ulike medisinske tidsskrift og inneholder medisinsk informasjon innen flere helsefag (Medline, 2015). Fra Medline ble 275 artikler inkludert. Scopus er en stor tverrfaglig database med mer enn 5000 ulike tidsskrift (Scopus, 2015). Fra Scopus ble 116 artikler inkludert. Totalt ble 620 artikler inkludert.

Studiene som passet inklusjonskriteriene ble importert til End Note, og der ble dubletter fjernet. Det var 179 duplikater, og etter dette gjensto 441 studier. Det ble lest gjennom sammendrag til disse 441 artiklene, og de som fortsatt passet inklusjonskriteriene ble lest i fulltekst, og deretter inkludert eller ekskludert. 329 sammendrag passet ikke kriteriene av ulike årsaker. 74 artikler ble ekskludert på grunn av design, 15 på grunn av intervensjon, og 12 på grunn av populasjon. Den vanligste ekskluderingsårsaken på grunn av design, var at det viste seg å være kvantitativ studier. Når det gjaldt ekskludering på grunn av intervensjon, var det ofte fordi det ikke handlet pasientopplæring, men ofte andre mål som vektnedgang og økt fysisk aktivitet for personer med diabetes 2. Vedrørende populasjon, så var ekskluderingsårsak at det var andre enn personene med diabetes 2 som ble undersøkt, oftest helsepersonell eller pårørende. Det ble søkt med samme søkestreng i alle databasene.

Referanselistene til alle inkluderte studier ble gjennomgått for å fange opp eventuelle andre artikler. En artikkel ble funnet og inkludert på den måten. Alle inkluderte artikler ble også sjekket for siteringer i Ovid via Medline, Scopus, Google Scholar og Cinahl via Ebsco. Det ble ikke funnet noen nye artikler etter dette.

Gangen i datainnsamlingen presenteres i flytskjema under. Det ble valgt å bruke PRISMA's anbefalte flow-chart (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis).

Tabell 3.1: Søkestreng i aktuell litteraturstudie:

S	<i>"Type 2 Diabetes" OR "Diabetes Mellitus, Type 2"</i>
PI	<i>«education*» OR «group-based»</i>
D	<i>"qualitative research*" OR "qualitative stud*" OR «interview*» OR «phenomenolog*» OR «hermeneutic*» OR «experience*»</i>
E	<i>«Self-management» OR «empowerment» OR self-efficacy OR "quality of life" OR "self care" OR "Self Efficacy" OR "Self management" OR "coping"</i>
R	<i>«qualitative»</i>

Tabell 3.2: eksempel på søk.

Eksempel på søk, medline, 26.10.14.

Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English, norwegian, swedish, danish
Language; Age Related: All Adult: 19+ years, Search modes - Boolean/Phrase.

S7: S5 AND S6: **275.**

S6: Self-management OR empowerment OR self-efficacy OR "quality of life" OR "self care"
OR "Self Efficacy" OR "Self management" OR "coping: **106,657.**

S5: S3 AND S4: **603.**

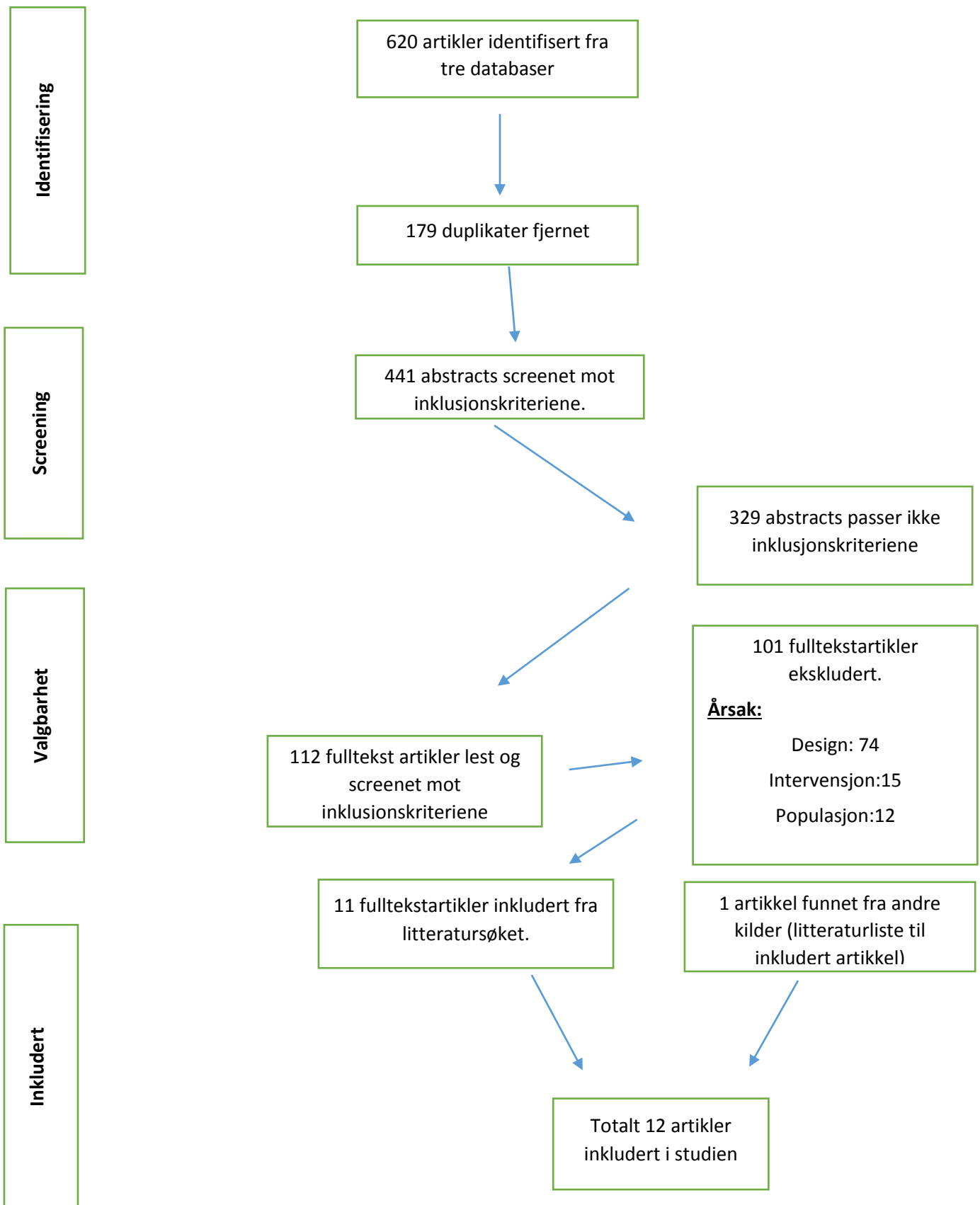
S4: "qualitative research*" OR "qualitative stud*" OR interview* OR phenomenolog* OR
hermeneutic* OR experience*. **271,221.**

S3: S1 AND S2. **3,209.**

S2: education* OR group-based. **148,732.**

S1: "Type 2 Diabetes" OR "Diabetes Mellitus, Type 2. **38,526.**

Tabell 3.3: FLYTSKJEMA: PRISMA. (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse)



3.6 Forskningsetiske overveielser

Da dette er en systematisk litteraturstudie har det ikke vært nødvendig med godkjenning fra regional etisk komité (REK). Studien er systematisk og grundig gjennomført. Det er foretatt grundige søk og en transparent prosess er tilstrebet. Transparenskriteriet betyr at de metodiske fremgangsmåter skal være eksplisitt lagt frem, slik at man kan se hva som har foregått. Kun når fremgangsmåtene er eksplisitt beskrevet gir det mening og mulighet til å gjenta den, vurdere dens pålitelighet og drøfte blant fagfeller (Polit & Beck, 2014).

Polit & Beck (2014) beskriver etiske aspekter relatert til systematiske litteraturstudier. Resultatene som fremkommer av forskning skal fremlegges helt uten hensyn til forfatterens egne meninger og hypoteser. Det som er sentralt er å ha et kritisk blikk på artikler og litteratur som innlemmes. I kvalitative studier ser man blant annet på om det er samsvar mellom forskningsmetode og presentasjon og tolkning av data, om deltakernes syn presenteres på en adekvat måte, og om det er samsvar mellom filosofisk perspektiv og forskningsmetode. I denne studien ble dette kvalitetssjekket ved å bruke Joanna Briggs manual. Det er i tillegg også viktig å ha fokus på om artikler som innlemmes er formålstjenlige til litteraturstudien, og at alt som gjengis er korrekt. Ved litteraturstudie skal det sammenfattes hva som fins av forskning på området. Da det ikke skal gjennomføres noen intervjuer i denne studien, kan jeg ikke se at det skal medføre etiske konsekvenser for enkeltpersoner. Data som fremkommer er allerede anonymisert pga. sekundærdata.

3.7 Min egen forforståelse

Malterud (2001) vektlegger betydningen av om forskeren mestrer å ha en bevisst holdning til egen bakgrunn og forforståelse i forskningsprosessen, da disse står i samspill med den kunnskapen som utvikles. Malterud nevner også ofte evne til refleksjon i en slik sammenheng. Hun erkjenner at helt å sette til side egen forforståelse ikke lar seg gjøre, men at bevisst bruk av refleksjon kan begrense innflytelsen. Det vil likevel alltid være en risiko for å nettopp lese egen bakgrunn og egne verdier inn i materialet og i analyse- og fortolkningsarbeidet. Jeg velger derfor å synliggjøre min egen forforståelse i forhold til studiens problemstilling: Mitt erfaringsgrunnlag er klinisk. Jeg har erfaring som fysioterapeut, først i spesialisthelsetjenesten, deretter kommunalt. De siste fire årene har jeg jobbet i ulike

utviklingsprosjekter i kommunen. Jeg har videreutdanning i idrett og psykologi. Jeg har ikke egen erfaring med kronisk sykdom, men har jobbet med feltet de siste årene. Jeg har nylig tiltrådt i en prosjektlederstilling for å koordinere og utvikle lærings og mestringsarbeid i Knutepunkt Sørlandet-kommunene. Med dette som bakgrunnsteppe har jeg gjennom hele forskningsprosessen har jeg tilstrebet å ha et kritisk blikk til min forforståelse og tolkning, og samtidig etterstrebet å være tro mot forfatterne og resultatene i materialet. Det har vært viktig og nødvendig med diskusjoner og utvekslinger med kollegaer, veiledere og andre fagfolk, for å speile egne tanker og synliggjøre egen forforståelse. Å forske i eget fagfelt krever å åpne for andre måter å forstå eget fagfelt på, en villighet til å stille seg ydmyk overfor ervervet kunnskap, og samtidig legge til side tolknings- og forståelsesrammer som er etablert innenfor feltet (Malterud, 2001).

3.8 Kritisk vurdering av utvalgte studier

Etter at utvalget av studier var endelig leste jeg artiklene flere ganger, så jeg hadde god innsikt i studienes metode og resultat. I henhold til Aveyard (2014, s.101), er det viktig å ha detaljert kunnskap om de utvalgte artiklene. Hver enkelt artikkel ble sjekket opp mot seleksjonskriteriene som var satt for denne studien. For å få oversikt over studiene lagde jeg tabeller der jeg strukturerte artiklene. I følge Aveyard (2014, s. 103) vil man ved å stille spørsmål om styrker og svakheter ved studiene vil kvaliteten av den enkelte studie avdekkes. Denne prosessen kalles for kritisk vurdering. Det er viktig å gjøre en kritisk vurdering av de artikler som inkluderes i studien for å vurdere pålitelighet og metodisk kvalitet (ibid). Kritisk vurdering av artikler er imidlertid ingen eksakt vitenskap, og ifølge Aveyard vil det være behov og rom for noe personlig skjønn(Ibid).

Det finnes ulike måter å gjøre en kritisk vurdering av studier, og i denne studien er det valgt å benytte sjekklisten JBI-QARI fra Joanna Briggs Institute (JBI) (The Joanna Briggs Institute, 2008). JBI er anerkjent for metodikk vedrørende kvalitative systematiske studier. Denne sjekklisten er standardisert verktøy for å systematisk gjennomgå viktige faktorer i artiklene, og guider strukturert gjennom studiene. Resultatene er presentert i tabell 1:

Sjekklisten krever at man går grundig gjennom alle inkluderte studier, og undersøker spesifikke detaljer om fenomenet som undersøkes, deltakerne og studiemetoder.

To personer har gjennomgått studiene etter sjekklisten. Der det var usikkerhet har vi diskutert, og også invitert en tredje person i diskusjonen. Vi fant at studiene presenterte funn basert på datainnsamling i studiene, og ingen artikler ble ekskludert på grunn av kvalitet.

Ikke alle studiene har redegjort eksplisitt for filosofisk perspektiv, men alle studiene er kvalitative og bruker kvalitativ metode, og at man derfor ser det slik at det er samsvar mellom filosofisk perspektiv og metode. Alle tolv studiene hadde samsvar mellom forskningsmetode og forskningsspørsmål, mellom forskningsmetode og metode for samle inn data, samsvar mellom forskningsmetode og analyse av data, og samsvar mellom forskningsmetode og tolkning av data. Når det gjaldt teoretisk modell, var syv av studiene utarbeidet etter en spesifikk modell presentert i studien. Når det gjaldt punktet vedrørende om forsker har påvirket studien, ble den tolket til at dette skulle vært eksplisitt beskrevet i studien. Ingen av studiene gjorde det. Deltakerne ble adekvat presentert i samtlige studier. Åtte av de tolv studiene har beskrevet etisk godkjenning i studien. Konklusjonene i samtlige studier ble dratt fra tolkninger og resultater fra studiene. Alle tolv studiene ble inkludert.

Tabell 3.4 critical appraisal etter Joanna Briggs-kriterier

CRITICAL APPRAISAL	Adolfsson	Cooper	McEwen	Misoon	Nam	Ockleford	Rise	Rygg	Struthers	Sukwatjane	Visram	Howard
1. Congruity between philosophical perspective and research methodology?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Congruity between research methodology and research question or objectives?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Congruity between the research methodology and the interpretation of results	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Researcher located culturally or theoretically.	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja

3.9 Data-analyse

Analysen i denne studien er gjennomført etter Aveyards tematiske analyse (2014, s. 143).

Første steg er å oppsummere innholdet i studiene. I steg 2 skal man identifisere temaer, og i steg 3 presenteres resultater.

3.9.1 Steg 1, oppsummere innholdet i studiene

Studiene presenteres i to tabeller. Den første tabellen tar for seg førsteforfatter, opphavsland, utvalg, metode, teori og hensikt med studien. Den andre tabellen presenterer studienes pasientopplæringstiltak og hovedfunn. Tabellene presenteres i resultatkapittelet.

3.9.2 Steg 2, identifisere temaer/analyse

I henhold til Aveyard (2014) er det neste steget i analysen å identifisere temaer fra resultatene i studiene som er inkludert (s.144). Resultatene fra de 12 inkluderte studiene ble importert i NVivo. NVivo er et analyseverktøy/dataprogram som brukes innen kvalitativ forskning til å organisere og analysere data. Resultatene ble delt opp i meningsenheter, som igjen ble fordelt på ulike temaer. Selve meningskategorisering ble gjort med støtte fra Kvale. Kategorisering med hovedkategorier og underkategorier strukturerer teksten, og gir grunnlag for å se hvilke temaer som vektlegges mest (Kvale (2008) s.131). Kategoriseringen fører også til at man kan enklere kan kontrollere tekst og intervjuer, og dermed øker reliabiliteten. Med støtte fra Aveyard ble kategoriene endret på underveis som meningskategoriseringen ble gjort, etter hvert som mer tekst som ble overført førte til at kategoriene endret innhold (Aveyard, 2014, s. 144). Meningskategoriene kan ses i vedlegg 2.

3.9.3 Steg 3, presentere resultater

Resultatene presenteres i eget resultatkapittel.

4.0 Resultater

Resultatene presenteres i det følgende kapittel.

4.1 Presentasjon av de inkluderte studiene

Tabell 4.1.

Tabellen presenterer de inkluderte studiene med førsteforfatter, årstall studien er publisert, opphavsland, utvalg, metode, eventuell teori benyttet i studien og hva som er hensikt med studien.

	Førsteforfatter, år publisert	Land	Utvalg	Metode	Teori benyttet i studien:	Hensikten med studien:
1	Adolfsson, 2008	Sverige	28	Individuelle semistrukturerte intervjuer.	Ikke beskrevet.	Sammenlikne gruppetilbud med empowerment-fokus med individuell oppfølging.
2	Cooper, 2003	England	48	Fokusgruppe-Intervjuer (10).	Sammenlikning av teorier assosiert med «adult experiential learning» og «health protective behavior».	Pasienters opplevelse av diabetes-opplæring.
3	McEwen, 2007	USA	15	Mixed Methods. Fokusgruppe-intervju (1).	Transition-theory	Se på erfaringer og opplevelser av intervensjon i tidlig fase av sykdom.
4	Misoon, 2010	Korea	24	Fokusgruppe-intervjuer (3).	Ikke beskrevet.	Identifisere barrierer og hva som motiverer for egenomsorg for diabetes 2.

5	Nam, 2013	USA	23	Fokusgruppe-intervjuer (5).	Ikke beskrevet.	Å undersøke utfordringer for diabetes-egenomsorg.
6	Ockleford, 2008	England	36	Individuelle semi-strukturerte intervjuer.	Ikke beskrevet.	Utforske syn på diabetes-opplæring og opplevelse av diabetes-opplæring.
7	Rise, 2013	Norge	23	Individuelle semistrukturerte intervjuer (16) og fokusgrupper (2).	Stages of change	Undersøke hvordan deltakere endret og opprettholdt livsstilsendringer etter deltakelser på gruppebasert pasient-opplæring.
8	Rygg, 2010	Norge	22	Individuelle semistrukturerte intervjuer (15) og fokusgrupper (2).	Ikke beskrevet.	Undersøke årsaker for deltakelse på gruppebasert pasientopplæring for personer med type 2 diabetes.
9	Struthers, 2003	USA	8	Individuelle semistrukturerte intervjuer.	Ikke beskrevet.	Erfaringer fra deltakere på et kulturelt tilpasset diabetes-opplæringsprogram .
10	Sukwatjanee, 2011	Thailand	20	Kvalitative data samlet gjennom gruppediskusjoner og observasjoner.	Critical social theory	Hvordan påvirker et diabetes-opplæringskurs eldres egenomsorg og livskvalitet.
11	Visram, 2008	England	12+11	Individuelle intervjuer med personer som ikke ønsket å delta på kurs (10). Fokusgrupper med kursdeltakere(2)	Ikke beskrevet.	Undersøke faktorer for å delta på pasient-opplæringskurs.

12	Howard, 2012	Canada	3	Individuelle semistrukturerte intervjuer.	Ikke beskrevet.	Undersøke opplevelser av diabetes-spesifikk helse-coaching.
-----------	--------------	--------	---	---	-----------------	---

Tabell 4.2.

Tabellen presenterer innhold i pasientopplæringen og hovedresultatene fra studiene.

Førsteforfatter, årstall	Pasientopplæringen besto av:	Resultat av studien:
1.Adolfsson, 2008	12,5 timer i løpet av fem uker. Kursinnhold: diabeteslære, forebygge komplikasjoner, selvmonitorering blodsukker, diett, FA, fotpleie.	Gruppeopplæring med empowerment-fokus hadde et mer likeverdig forhold mellom brukere og helsepersonell enn de som hadde individuell oppfølging. Gruppedeltakerne hadde bedre mestringsfølelse og forståelse av sykdom. Erfaringsutveksling førte til læring.
2.Cooper, 2003	16 timer i løpet av åtte uker. Kursinnhold: diabeteslære, fysisk aktivitet, avspenning. Empowerment-perspektiv. Basert på The Diabetes Look After Yourself-konseptet. (DLAY)	Gode læringsevner hos kursholder, integritet og empati av fagpersonene er viktig. Deltakerne ønsker medbestemmelse av kursinnholdet. Gruppe og erfaringsutveksling nøkkel for suksess. Ønsker delta på kurs så tidlig som mulig i pasientforløpet.
3.McEwen, 2007	10 timer i løpet av seks måneder. I tillegg fire individuelle hjemmebesøk i løpet av perioden. Kursinnhold: Sunt kosthold, fysisk aktivitet, problemløsning, redusere risiko for komplikasjoner, sunn mestring, egenomsorg.	Sykdom er komplisert for innvandrere på grunn av lav sosioøkonomisk status. Språk og kulturbarrierer kan hindre tilgang til nødvendige ressurser i helsevesenet. Deltakerne hadde lite kunnskaper om diabetes. Kosthold var det vanskeligste for deltakerne å endre på. Det kan ta opptil ett år å tilpasse seg til at man har diabetes 2, det kan dermed være hensiktsmessig at man venter med opplæringen til man har akseptert sykdommen.
4.Misoon, 2010	12 timer i løpet av 6 uker. Kursinnhold: diabeteslære, fysisk aktivitet, kosthold.	Barrierer for diabetes-egenomsorg: aldersrelaterte fysiske og kognitive begrensinger, manglende selvdisciplin, restriksjoner relatert til spesifikke kulturelle faktorer, og svak forståelse av sykdommen. Kunnskap om fordeler, system for å forsterke egenomsorg, gjenskape tidligere gode vaner og støtte fra familien kan motivere til god diabetes-egenomsorg.
5.Nam, 2013	12 timer i løpet av 6 uker.	Diabetes 2 førte til sosial stigmatisering.

	<p>Kursinnhold: diabetes-lære, fysisk aktivitet, kosthold, problemløsning og kommunikasjon.</p>	<p>Innvandrerne opplevde utfordringer med språk, hadde det utfordrende økonomisk, jobbet mye, og hadde problemer med å få tid til fokus aktivitet og bra kosthold. De fleste deltakerne ønsket at familien deres hadde mer kunnskap om diabetes for å øke deres forståelse.</p>
<p>6.Ockleford, 2008</p>	<p>6 timer, fordelt på en eller to dager.</p> <p>Kursinnhold: tanker og følelser rundt diabetes, diabeteskunnskap, kosthold, fysisk aktivitet, veien videre.</p>	<p>Fire ulike reaksjoner på sykdommen ble identifisert: «Accepters», «Identity accepters», «consequence resisters», «Identity resisters», «consequence accepters», og «Resisters». Erfaringsutveksling opplevdes svært nyttig, det var også viktig å godta diabetes-diagnosen for å kunne mestre.</p>
<p>7.Rise, 2013</p>	<p>15 timer i løpet av tre uker.</p> <p>Kursinnhold: Informasjon om diabetes, fysisk aktivitet, ernæring, metabolsk kontroll.</p>	<p>Kunnskap var viktig for å gjøre livsstilsendringer, det var blant annet lettere å spise sunnere når man forsto sammenhengene. Deltakerne tok mer ansvar for egen helse etter gjennomført kurs. For å opprettholde livsstilsendringer var det fire viktige faktorer: støtte fra andre, kjenne effekt av det å gjøre endringer, frykt for komplikasjoner, få gode vaner.</p>
<p>8. Rygg, 2010</p>	<p>15 timer i løpet av tre uker.</p> <p>Kursinnhold: Informasjon om diabetes, fysisk aktivitet, ernæring, metabolsk kontroll.</p>	<p>Årsaker for deltakelse på pasient-opplæringskurs var blant annet at deltakerne følte de hadde utilstrekkelig informasjon om sykdommen og følte seg usikre, opplevde praktiske problemer i hverdagen. Det ble avdekket noe forskjeller i informasjonsbehov: nydiagnostiserte trengte kunnskap om det meste, de som hadde hatt diabetes en stund trengte bekreftelse og oppdatering. Informasjon de fant var motsetningsfull. Deltakerne hadde behov for å prate med andre i samme situasjon, det var ønskelig å dele mestringsstrategier, erfaringer. Å trygge pasientene var viktig, samt å informere om gode og vitenskapelige informasjonskilder.</p>
<p>9.Struthers, 2003</p>	<p>12 timer i løpet av 12 uker.</p> <p>Kursinnhold: ulike aspekter ved diabetes, ernæring, fysisk aktivitet,</p>	<p>Alle deltakerne opplevde at diabetes var med dem overalt og påvirket mye i livet. Diabetes 2 var relativt nytt for deltakerne. Mye følelser og fornektelse rundt sykdommen. Diabetes-kurset var positiv for deltakerne, nyttig å dele erfaringer, og ga energi. Kurset ga deltakerne god og nyttig informasjon, og var tilpasset deres kultur. Den nye informasjonen ble brukt daglig, og de undret hvorfor de ikke hadde fått denne informasjonen tidligere. Endringer av daglige vaner ble sett på som nødvendig.</p>
<p>10.Sukwatjane, 2011</p>	<p>26 timer, totalt 12 treff, annenhver uke i 6 mnd.</p>	<p>Alle deltakerne var tilfredse med å delta i gruppen. Sosial støtte fra deltakerne i gruppen økte selvillit og viljestyrke for å gjøre livsstilsendringer.</p>

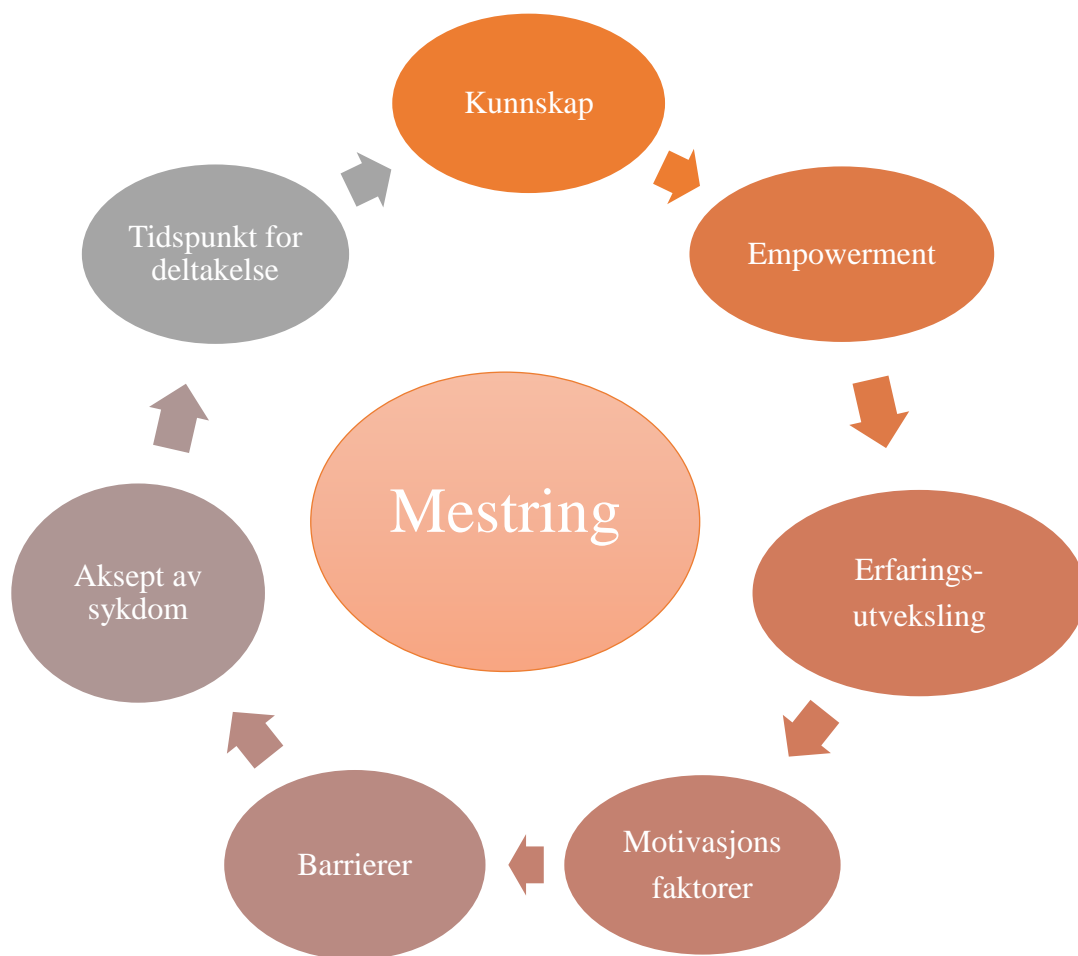
	<p>Kursinnhold: problemløsning av utfordringer med diabetes-sykdommen, medisiner, fotpleie, kosthold, fysisk aktivitet.</p>	<p>Deltakelse førte også til økt mestring, som igjen bidro til økt livskvalitet. Kurset bidro til økt kunnskap om sykdommen. Anbefalinger og informasjon blant deltakerne førte til økt kontroll og empowerment.</p>
<p>11. Visram, 2008</p>	<p>16 timer i løpet av åtte uker.</p> <p>Kursinnhold: diabeteslære, fysisk aktivitet, kosthold.</p>	<p>Barrierer for deltakelse på opplæringskurs: De som ikke valgte å delta: hadde fått beskjed om at diagnosen deres var «borderline», så derfor var de usikre på om det hadde noe hensikt å delta, hadde andre sykdommer som de hadde mer plager av, kurset varte for lenge. De som valgte å delta: satt pris på det, og syntes kurset hadde nyttig innhold. Viktigste faktor for å delta var frykt for komplikasjoner av sykdommen, noe som de som ikke ønsket å delta ikke virket å ha fått beskjed om. Flere merket stor forskjell i egen helse etter å ha tatt til seg rådene fra kurset, og som motiverte til å fortsette. Det opplevdes stigmatiserende å ha diabetes, mye skyldfølelser. Deltakerne opplevde økt empowerment.</p>
<p>12. Howard, 2012</p>	<p>Først to treff i gruppe, deretter individuell mål-oppfølgning så lenge det var behov, fra 3-12 mnd.</p> <p>Kursinnhold: temaer vedrørende diabetes-egenomsorg.</p>	<p>Helse-coachingen motiverte deltakerne til å gjøre positive livsstilsendringer. Deltakerne hadde tydelig behov for autonomi og empowerment. Deltakerne fikk økt kunnskap etter intervensjonen.</p>

4.2 Syntese

I henhold til Aveyard (2014 s. 152), presenteres resultatene etter hovedtemaer som ble identifisert ved kategorisering av data, og tydeligste funn presenteres først. Resultatene presenteres som en syntese ut fra problemstillingen:

Hvilke erfaringer har brukere med diabetes 2 etter å ha deltatt på gruppebasert lærings og mestringskurs?

Syntesen sammenfattes i følgende figur:



Figur 4.1: Figuren illustrerer de mest fremtredende funn fra denne litteraturstudien, og viser at for deltakerne var det viktig med kunnskap som var opparbeidet gjennom deltakende læring, følelse av empowerment, erfaringsutveksling med andre med samme utfordringer, aksept av sykdommen, identifisering av barrierer og motivasjonsfaktorer, og tilgang til opplæringstiltak.

4.2.1 Betydningen av kunnskap for å mestre

Samtlige artikler vektla at kunnskap var viktig for mestring av sykdommen. Kunnskap om hva diabetes er, mulige komplikasjoner sykdommen kan ha, hva som er god ernæring, viktigheten av fysisk aktivitet, god egenkontroll av insulin og kunnskap om medisiner, opplevdes av deltakerne som de viktigste temaene på pasient-opplæringskursene. Studien til Adolfsson, Starrin, Smide, and Wikblad (2008), framhever at grunnleggende kunnskap var manglende hos deltakerne, noe som bidro til opplevde ambivalens i forhold til å gjøre livsstilsendringer. Deltakerne så ikke sammenhengen mellom livsstil og symptomer, og begrenset forståelse av sykdommen gjorde det vanskelig å gjøre endringer. De manglet kunnskap om hva som skjedde i kroppen, langtidskomplikasjoner og refleksjon over sammenhengen mellom diett, fysisk aktivitet og blodsukkerverdier. Tora, som er 54 år og har hatt diabetes i fire år forklarer innsikten slik:

«I didn't really realize how serious it was, and thanks to this education I understood that this was actually more serious than I had thought. The most important was that I realized that it actually is serious, that I had to change.» (s. 992).

I studien til Cooper, Booth & Gill (2003), opplevde deltakerne at kurset ga informasjon de manglet, og dermed en forbedret forståelsen av sykdommen. Økt forståelse førte også til bedre evne til å håndtere sykdommen. En deltaker beskrev kurset som en «*eye-opener*», mens en annen sa «*I've learnt more in the first hour here than I've learnt in nearly 5 years*» (s. 199). En annen deltaker fra studien til Cooper et al. (2003), uttalte at kurset hadde ført til en mye bedre forståelse enn det man får ved kun å lese informasjon i en brosjyre. Kurset ga en bedre forståelse for kunnskapen, som gjorde at informasjonen satte seg bedre. Deltakerne snakket om at selv-monitorering ga de muligheten til å «se», og deretter lære hvordan deres metabolisme reagerte på variasjon i kosthold og aktiviteter. Dette førte igjen til økt evne til å til å modifisere behandling, for eksempel ved medisinerings.

Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk (2013), fant i sin studie at kunnskap ble sett på som essensielt for å gjøre livsstilsendringer etter kurset. Deltakerne uttalte at det var enklere å spise sunn mat etter å ha fått kunnskap om mat og ingredienser.

«When I'm out grocery shopping I read the food labels. I have learned that. That makes it easier for me to choose food that is healthier in relation to the illness». (Mann, 60–69 år, diagnostisert for fire år siden). (s.4).

Informasjon om hvordan ulik mat påvirket glukosenivåene, og hvordan fysisk aktivitet kunne regulere dette ble brukt til å kompensere for planlagte eller uplanlagte utskeielser i matveien.

Rygg, Rise, Lomundal, Solberg og Steinsbekk (2010), viser til at det å ha tilstrekkelig informasjon hjalp deltakerne med å løse praktiske problemer, minske forvirring, gi selvtillit, og dermed øke muligheten til å håndtere sykdommen. Ny-diagnostiserte deltakere manglet generell sykdomslære, og kunnskap om hva slags mat de burde spise. De som hadde hatt sykdommen i noen år manglet oppdatert informasjon som kunne bekrefte om de levde etter en hensiktsmessig livsstil. Som en kvinnelig deltaker i studien på 54 år som har hatt diagnosen i fire måneder uttalte:

«I want to learn about diet, what I can eat and not, so that I can live with it [the diabetes] and be a little more relaxed than I am now. It is all so new to me and I am so afraid of many things and what it [the diabetes] can cause». (s. 790).

De fleste deltakerne hadde lest om diabetes i bøker, i brosjyrer eller på internett, men sa at informasjonen var selvmotsigende.

«It's those magazines one of my friends brings over, where this doctor says one thing and the other says something else. You feel kind of stupid.» (Mann, 60 år, diagnostisert for to måneder siden) (Rygg et.al, 2010, s.791).

Visram, Bremner, Harrington& Hawthorne (2008), skrev i sin studie om betydningen av å få mer kunnskap om sykdommen og hvilke komplikasjoner som kan oppstå:

« A lot of people aren't aware of the enormity of the problem in later life if you disregard it. I'm saying amputations, I'm saying blindness, I don't think people are aware that this could happen to them» (Deltaker) (s. 20).

Mange hadde ikke vært klar over at diabetes 2 var en alvorlig sykdom, og deltakerne antok at manglende kunnskap om problemene assosiert med ukontrollert diabetes, var en årsak til lav deltakelse på kurset (Visram et.al., 2008, s. 20).

Rise et al. (2013), fant i sin studie at kunnskap ikke nødvendigvis ledet til god diabetes-egenomsorg hos alle informantene. Noen av deltakerne sa at det å gjøre endringer ikke var en

prioritet. Disse informantene husket og kunne de vanlige anbefalinger og råd som ble gitt på kurset, men gjorde ikke noen endringer av den grunn. En av deltakerne syns informasjon om matvareingredienser var interessant, men sa at det ikke ville påvirke hans handlevaner fordi han mente det var for tidkrevende.

«I buy the same food products as before. But if I want to, I now have the opportunity to follow up better» (Mann mellom 50–59 år) (s.4).

Enkelte deltakere hadde fått oppfatning om at diabetes ikke var så farlig, og dermed utelot å gjøre noen endringer. I studien til Struthers, Hodge, Geishirt-Cantrell & De Cora (2003), fant de at mange eldre ikke klarte å gjøre gode valg fordi de opplevde håpløshet over situasjonen.

4.2.2 Empowerment og delaktighet

11 av de 12 inkluderte artiklene fokuserte på empowerment, Adolfsson et al., (2008), Cooper et al., (2003), Howard & Hagen (2012), McEwen, Baird & Pasvogel (2007), Misoon, Lee & Shim (2010), Ockleford, Shaw, Willars & Dixon-Woods (2008), Rise et al., (2013) Rygg et al., (2010), Struthers et al., (2003), Sukwatjaneet et al., (2011) og Visram et al., (2008). En middelaldrende kvinne, som deltok i Howard et al., (2012) sin studie, beskrev hvordan denne tilnærmingen ga henne autonomi og kontroll:

«She (the nurse) would provide several options. ‘You know, well if this (blood sugar) is high, then maybe try this way, but you could also try it this other way’, and also explained why I could manage my diabetes in different ways, instead of saying ‘well this is how you have to do it’.... If I can juggle it, work it myself, then that gives me the control and that’s really what I was striving for...because I don’t want to need a nurse or a doctor every time my sugars go up or down. » (s.68).

En annen deltaker i samme studie, tilføyde at når han fikk valgmuligheter istedenfor ordre, oppmuntret det han til å ta ansvar for egen helse:

«...I used to go and ask the nurses what I should do...and they can tell me how much to eat, how big the portions should be... all that stuff -- that’s kind of what the other nurses used to do before. But now it has no teeth unless I decide I’m gonna make it have some teeth.... and there’s nothing that she could really do to change that. » (Howard et al., 2012, s.68).

I Sukwatjaneet et al.,s`studie (2011), uttalte deltakerne at følelsen av empowerment påvirket livskvaliteten til deltakerne. Dette ble reflektert i at de følte de fikk bedre tilgang til

helsetjenester, deltok i fritidsaktiviteter, og mestret oppgaver i hjemmet bedre (Sukwatjaneet al.,s.228).

En deltaker i Rise et.al.,studie (2013) forklarte:

«What has changed is that before the course I thought my doctor had the responsibility for all this. But now I understand that it's me. I have to make the decisions myself, and I feel that I have taken control. If the doctor was the one who had the responsibility, I would have eaten the wrong things because it wasn't my responsibility, right. But now the responsibility is mine and I have to deal with the consequences». (Kvinne mellom 50–59 år, diagnostisert for fire måneder siden.) (s.4).

Både deltakende læring og læring ved etterlevelse (compliance) ble diskutert som læringsmodeller i studiene. Adolfsson et al., (2008), Cooper et al., (2003), Howard et al., (2012) og Ockleford et al., (2008), vektla viktigheten av deltakende læring. Cooper et al., (2003), skrev at deltakerne fikk diskutere innholdet på kurset med helsepersonell som aktiv lyttet og integrerte det de ønsket av kursinnhold. Dette førte til at gruppen fikk eierskap til kurset. Det førte også til at en følelse av individualisme ble integrert til tross for gruppekonseptet.

«We could just butt in if we wanted to and ask questions and they'd stop were they were and explain it all to you and not say 'oh we'll have to cover that another day', sort of thing. There and then everything that they spoke about they went into it in real detail» (deltaker på kurset) (Cooper et al., 2003, s. 200).

Kurset ønsket å integrere deltakernes personlige erfaringer i undervisningen slik at læring var basert på erfaringsutveksling (Cooper et al.,2003, s.200).

Sitat fra Ockleford et.al, (2008):

«The good thing about them was that they were letting us ask questions rather than giving all the information first. They wanted us to ask the question, I think the good thing was that they have very small groups, yeah. » (s.34).

I Adolfsson et al., (2008) sin studie, ble det sammenliknet gruppeopplæring og individuell opplæring. I gruppen som hadde individuell oppfølging var det forventet at pasientene skulle

følge råd og anbefalinger gitt dem. Læring ved etterlevelse av råd var tydelig i pasientens forklaring i hvordan de opplevde de årlige treffene med deres kontaktperson. Pasientene hadde fått råd om gode matvaner og fysisk aktivitet, og ble bedt om å gå ned i vekt, men følte de satt igjen med lite kunnskap om sykdommen. Sitat fra mannlig deltaker på 39 år, som har hatt diabetes i tre år:

«I've received very little instruction, just remarks that I shouldn't eat this and that. Don't know if I've got any real instruction in that either. You need to sit down and talk about it to get a proper understanding.» (s. 990).

4.2.3 Erfaringsutveksling mellom deltakerne

Adolfsson et al., (2008), Cooper et al., (2003), Misoon et al., (2010), Ockleford et al., (2008), Sukwatjaneet al., (2011), Rygg et al., (2010), Struthers et al., (2003) og Visram et al., (2008) beskrev erfaringsutveksling som en viktig faktor på gruppetilbudene. Fra Adolfssons studie (2008) opplevde deltakerne at diskusjonene fikk frem verdifull erfaringsutveksling mellom deltakerne som hadde samme utfordringer. Lisa, som er 64 år og har levd med diabetes i seks år uttalte:

«Being able to hear how they experience their disease, the tricks and solutions they have for food and exercise, is so important. The value of being many, being able to discuss, is that you get tips and ideas of how they solve various difficulties and that has great value. You learn a rather great deal.» (Adolfsson et al., 2008, s.991).

Cooper et al.,(2003), skrev at nøkkelen til suksess i gruppene var følelsen av gruppe-empati, da opplevelser og følelser om det å ha diabetes ble delt. En deltaker beskrev kurset som å være mellom likesinnede, og at diabetesen hadde knyttet de sammen. Dette oppmuntret de til å snakke mer, og som en av deltakerne sa: *«It's nice to be with people who do understand what you are talking about».* (s.202).

Å tilhøre en gruppe mennesker som ble opplevd som forståelsesfulle og aksepterende, skapte en følelse av sammenheng, som igjen førte til læring. På denne måten ble gruppen i seg selv et viktig verktøy for endring;

«I've learnt about other people's ideas, other people's problems and you find that you are not on your own. You can learn how they are overcoming the problems.» (Cooper et al., 2002, s.202).

I Misoon et al. (2010) sin studie kommenterte flere deltakere at ved å bli påminnet hvor viktig, og hvilke fordeler god egenomsorg har, fikk de til å forstå hva de eventuelt gjorde feil. Oppmuntring fra andre i gruppen førte til økt empowerment. Å lytte til andres erfaringer gjorde at de så nærmere på egen adferd, og motiverte til endring. «*I become refreshed when I am about to be lazy for taking care of myself*», uttalte en av deltakerne i denne studien (s.215).

I Sukwatjaneet et al., (2011) sin studie mente deltakerne at de lyktes med å kontrollere blodsukkernivåene ved å følge gruppemedlemmenes råd. For eksempel tips vedrørende fysisk aktivitet ble delt blant deltakerne, og ga tips og oppmuntring til videre fysisk aktivitet blant de andre deltakerne (Sukwatjaneet et al., 2011, s.228).

4.2.4 Motivasjon for god diabetes-egenomsorg

Det å møte andre med diabetes var verdifullt for personer som likte gruppe-opplæring, og det å se andre mennesker som hadde en mer alvorlig grad av sykdommen, eller hadde dårlig regulert diabetes, motiverte andre til å forsøke å oppnå kontroll over sin egen sykdom (Ockleford et al., 2008).

«I mean on DESMOND (kurset) there was a young lady there who was diabetic, on insulin, didn't care about herself, put weight on, was losing feeling in her feet and everything else and that sort of... I don't want to be like that thank you, you know. I don't want grandkids to see me like that, put it that way you know. Looking after yourself now could avoid this in later life, so you know. It's been a real eye-opener for me, you know in my life. My life is changing, it's continuing to change, it's becoming more relaxed and I'm making decisions now which I've been putting off for years» (deltaker) (Ockleford et al., 2008. s 35).

Howard et al., (2012), Misoon et al., (2010), Ockleford et al., (2008), Sukwatjaneet et al., (2011), Struthers et al., (2003), Visram et al., (2008), og Rise et al., (2013), beskrev motivasjonsfaktorer for å gjøre endringer som fører til bedre diabetes-egenomsorg. Misoon et al., (2010) beskrev tre hovedfaktorer for motivasjon: å vite fordelene, og ha et system for forsterking av egen-omsorgen, finne tilbake til gamle levevaner, og støtte av familien.

«...for me, knowing how to prevent complications by self-management motivated my self-management». (s. 215).

Støtte fra familien ble nevnt som en viktig motivasjonsfaktor i et par av studiene (Misoon et al., (2010), Rise et al., (2013). Støtte fra familie var viktig både for menn og kvinner, spesielt ved påminnelse om fysisk aktivitet og kosthold. Misoon et al., (2010), beskrev en forskjell mellom kjønnene; kvinner uttalte at støtten fra mennene mest gikk ut på å påminne dem om hva de skulle gjøre, mens menn beskrev spesifikke gjøremål når de beskrev støtten fra ektefellene: matlaging og hjelp med diett ble satt pris på av mannlige deltakere:

«My wife watches over me like a hawk. She does hula-hooping while I do my daily dozen exercises. She won't let me sleep until I'm done». (Misoon et al., 2010, s 215).

«My husband reminds me if I forgot to take pills, it helps...» (ibid, s 215).

Rise et al., (2013), skrev at det å oppleve effekt av livsstilsendringer motiverte deltakerne. Noen av effektene som ble nevnt var vektnedgang, å få mer energi, saktere progresjon av eventuelle diabetes-komplikasjoner, og økt velvære. Noen uttalte at det å få diagnosen hadde forandret livene på en god måte, siden de nå følte seg sunnere enn de hadde gjort før diagnosen:

«Yes, I have lost weight. About 20 kg... I actually feel in much better shape now than before I became sick. I exercise and I have a healthy diet. [...] I work as much as before, but I have a different diet and more energy.» (Mann, 40–49 år, diagnostisert for en måned siden). (Rise et al., 2013, s 5).

Frykt for komplikasjoner var også en motivasjonsfaktor (Rise et al., 2013). Noen opprettholdt sunnere livsstil på grunn av frykt for komplikasjoner fra sykdommen, konsekvenser av en usunn livsstil, og av frykt for å bli avhengig av medisiner.

«To try to delay it [the complications] as long as possible. That is my goal». (Kvinne, 50–59 år, diagnostisert for fire måneder siden). (Rise et al., 2013, s 5).

4.2.5 Barrierer for god diabetes-egenomsorg

Cooper et al., (2003), Misoon et al., (2010), Nam et al., (2013), Sukwatjaneet al., (2011), Rygg et al., (2010), Struthers et al., (2003) og Visram et al., (2008), diskuterer barrierer for god diabetes-egenomsorg. I studien til Misoon et al., (2010), ble fire viktige barrierer nevnt:

aldersrelaterte fysiske og kognitive begrensinger, manglende selvdisiplin, restriksjoner relatert til spesifikke kulturelle faktorer, og dårlig forståelse av diabetes-egenomsorg. En annen stor faktor var leddsmerter og kognitiv svikt. Medisiner ble ofte ikke tatt fordi de eldre hadde glemt å ta de, eller ikke klarte å holde oversikt over om de hadde tatt de eller ikke (Misoon et al., 2010, s 214).

For trening var ledd med artrose en begrensende faktor for deltakerne:

«I used to exercise rigorously, but now my knee hurts too much...»

«I can't exercise now, but as soon as my knee gets better I'm gonna go back to hiking» (ibid, s 214).

Rygg et al., (2010), beskrev det å føle seg usikker og oppleve praktiske problemer. Dette påvirket mange viktige områder innen egenomsorgen: kost, medisiner, sosial setting og livsstilsendringer. Ifølge deltakerne stammer det å føle usikkerhet og oppleve praktiske problemer, fra å ha utilstrekkelig informasjon. Informasjonen de tidligere hadde fått ble beskrevet som mangelfull, og ofte motsetningsfull, samt at de manglet kontakt med andre med diabetes (Rygg et al., 2010, s 790). Visram et al., (2008), intervjuet personer som ikke ønsket å delta på kurset i tillegg til deltakere. En av hovedårsakene til at de ikke ønsket å være med var at de hadde andre sykdommer som opplevdes mer alvorlige enn diabetes-sykdommen. Som en av personene som ikke ønsket å delta uttalte:

«To me the diabetes is a minor thing and I wasn't prepared to make the extra effort to go there... if it was going to make the angina worse» (Visram et al.,2008, s.19).

Å gjøre livsstilsendringer ble av flere deltakere sett på som positivt: En av deltakerne fra Ockleford et al., (2008), sin studie uttalte:

«It's had a phenomenal impact on our lives actually I mean it's, how can you describe it? I'm eating more healthily, I'm more active and just generally I mean I feel a lot better. It, I think it's woken me up to sort of living life more fully and same with my wife. I've never realized there's so much nice food around .» (s. 31).

I studien til Rise et al., (2013), var det tre faktorer som påvirket om livsstilsendringer ble implementert: få ny kunnskap, ta ansvar for diabetes-egenomsorg, og få bekreftelse på en

allerede god livsstil. Deltakerne hadde oppnådd ny kunnskap, som var en av de viktigste faktorene for å gjøre livsstilsendringer. (Rise et al., 2013, s. 4).

I studien til Rise var det noen av deltakerne som sa at det var noen andre enn dem selv som var ansvarlige for å håndtere og kontrollere diabetes-sykdommen, som for eksempel fastlege eller ektefelle. Disse deltakerne gjorde heller ikke noen livsstilsendringer.

En mann uttalte at han ikke kunne gjøre endringer i kostholdet fordi kona hadde ansvar for all matlaging:

«It's my wife who keeps track of what I eat. Cause she had diabetics in her family. Yes, I reckon that I eat what I'm permitted to eat». (Mann mellom 60–69 år, diagnostisert for ti år siden). (Rise et al., 2013, s. 4).

Deltakere i studien til Adolfsson et al., (2008) som ikke hadde deltatt i gruppebehandling følte seg avhengig av helsepersonell, og anså at det var helsepersonell som var ansvarlige for å kontrollere sykdommen.

Det ble identifisert noen barrierer som i større grad berører innvandrere. Sukwatjane et al., (2011), beskrev følgende barrierer: ha begrenset utdanning, lite inntekt, nedsatt livskvalitet, tilgang til effektive og tilgjengelige helsetjenester, manglende støtte fra voksne barn, og å føle seg ensom (Sukwatjane et al., 2011, s. 227).

I Nam et al., (2013) sin studie, som studerte innvandrere til USA med diabetes 2, fant andre barrierer: koreanere som emigrerte til USA måtte jobbe natt og dag for å få det til å gå rundt, da det for de fleste deltakerne var økonomisk stabilitet som var en stor utfordring som første-generasjons innvandrere. De jobbet overtid, kom sent hjem, og var utslitte. De beskrev at de måtte spise slik at de klarte å jobbe i mange timer.

“I gained a lot of pounds because I was too tired to do exercise but I still needed to eat to get more energy” (kvinne, 63 år). (Nam et al., 2013, s 217).

Språk kan også være en barriere, spesielt for innvandrere. I Nam et al., (2013), sin studie uttalte en kvinne:

“I have many questions to ask doctors but I wouldn't, because I may not understand their English. . . . When I feel that I am not treated adequately, I would like to go to the emergency room and have my whole body checked” (kvinne, 52 år). (s. 217).

McEwen et al., (2007), intervjuet innvandrerkvinner, og de ble spurt om hva som var det vanskeligste med å kontrollere diabetes-sykdommen, og alle kvinnene var enig i at det å legge om på kostholdet var klart det vanskeligste (McEwen et al.,2007, s. 209).

4.2.6 Aksept av egen sykdom

Fire av artiklene, Nam et al., (2013), Ockleford et al., (2008), Struthers et al., (2003) og Visram et al., (2008), diskuterte sosial stigmatisering på grunn av diabetes-sykdommen. I Nam et al. (2013), fortalte de fleste deltakerne at de prøvde å skjule diabetes-sykdommen fra andre. De ønsket ikke unødvendig oppmerksomhet i sosiale sammenhenger, spesielt ikke når mat og drikke ble tilbudt.

“You become uncomfortable in refusing even in a polite way whenever other people ask you to try this and that . . . you are conscious that you change the party mood by refusing every dish people recommend” (male, age 59). (Nam et al., 2013, s. 216).

Andre fortalte at de av og til gikk på sosiale sammenhenger og lot være å ta hensyn til sykdommen, og bare spiste det de fikk servert (ibid s. 216).

Andre årsaker til å holde det skjult var på grunn av fordommer fra samfunnet angående diabetes.

“Before I got diabetes, I used to think diabetes was just for someone who can't control him/herself. I mean someone who has excessive desires of eating and food. I don't want people to see me as such a person who can't control their life and is lazy” (female, age 52). (Nam et al. 2013, s. 216).

Noen uttalte at det å få diabetes ble sett på som personlig mislykkethet i å mestre eget liv.

“I never say this to anyone, but I thought in my mind like—‘What on earth, had the person eaten so much of that they got a disease?’ [chuckle] Now I am the one” (male, age 60). (Nam et al. 2013, s. 216).

4.2.7 Tidspunkt for gjennomføring av lærings og mestringskurs

Når i sykdomsforløpet opplæring bør tilbys ble diskutert i noen av studiene, og det var noe sprik i forhold til hva som var mest hensiktsmessig. Deltakerne i studien til Cooper et al., (2003) ønsket å delta på kurs så tidlig som mulig i pasientforløpet. Der uttalte noen av deltakerne skuffelse over hvorfor de ikke hadde fått tilbud om opplæring så tidlig som mulig i pasientforløpet. I studien til McEwen et al., (2007) uttalte derimot deltakerne at de ikke var mottakelig for opplæring før de hadde akseptert sykdommen, noe som kunne ta opptil ett år. Rygg et al., (2010) vektla viktigheten av repetisjon, at det var viktig med tilbud om opplæring flere ganger, fordi det øker motivasjon, man glemmer, og kunnskapen endres.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke erfaringer fra brukere med diabetes 2 som har deltatt på gruppebasert lærings og mestringskurs. De inkluderte studiene har variert noe i forhold til problemstilling og fokus, men alle har som fellesnevner at de har undersøkt deltakererfaringer. Jeg vil her diskutere studiens resultater på bakgrunn av teori og tidligere forskning. Resultatene diskuteres i samme rekkefølge som de ble presentert i forrige kapittel.

5.1 Betydningen av kunnskap for å mestre

Et sentralt funn fra metasyntesen er at kunnskap oppleves som svært vesentlig for mestring av egen sykdom. Alle de tolv inkluderte studiene vektla dette. Manglende innsikt og kunnskap om å leve med diabetes, gjorde at deltakerne ikke visste om komplikasjoner som sykdommen kan føre med seg, eller visste hvordan de kunne løse praktiske problemer. Kunnskap som de fikk på pasientopplæringskurs minsket forvirring, ga selvtillit, og dermed økte muligheten til å håndtere sykdommen i hverdagen. Rise et al., (2013), konkluderte med at kunnskap var nødvendig for å gjøre livsstilsendringer. Også i studien til Ockleford et al., (2008), vektla deltakerne muligheten til å få mer kunnskap. Andre studier støtter også dette funnet. Blant annet studien til Lozano et al., (1999) som fulgte et pasientopplæringskurs som gikk over hele fem år. Funnene fra denne studien understøtter betydningen av økt kunnskap vedrørende diabetes-sykdommen. Økt sykdomskunnskap skaper muligheter til å gjøre gode livsstilsendringer, noe som er viktig for mestring av sykdommen.

Det er flest voksne som har diabetes 2, og disse personene har behov for spesifikk voksenpedagogisk tilnærming. Spesifikke læremodeller er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende endring i helseatferd. Ifølge Vygotsky (1978) lærer voksne selvstendige personer best når informasjon presenteres gjennom dialog, refleksjon og egeninnsats (Vygotsky 1978, her i Imsen 2005). Voksne skiller seg fra barn fordi de har egen livserfaring, uavhengighet, og behov for å bidra. De trenger å vite hvorfor de lærer, og vil lære raskere om de kan relatere kunnskapen til hverdagslivet (ibid). Dessverre så er ikke alltid læremetoder og opplæringsprogram skreddersydde til målgruppen, og kan noen ganger være i konflikt med pasientenes behov og læreevner. Hvilke læreteknikker og pedagogisk opplegg som benyttes i diabetes-opplæring beskrives sjelden i litteraturen. Dette er synd, da det er viktig å vite hva som fungerer og ikke vedrørende emnet (Hunt, Arar & Larme, 1998).

Det er interessant å diskutere disse funnene opp mot Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng. Ifølge Antonovsky er fellesnevneren for de helsefremmende faktorene at de på ett eller annet vis gir oss en opplevelse av sammenheng i livet. En viss grad av begripelighet er en grunnleggende forutsetning for den neste komponenten i opplevelsen av sammenheng – håndterbarhet. Tilstrekkelig kunnskap om sykdom kan føre til at begripeligheten øker. Økt begripelighet anses nødvendig for god håndtering av egen sykdom. Håndterbarhet handler om den evnen og muligheten vi har til å påvirke situasjonen vår og omgivelsene våre. Ifølge Antonovsky (2012) er vår kompetanse og våre ferdigheter, i tillegg til fysiske og psykiske kapasitet, viktig for hvordan vi håndterer utfordringer. I denne sammenheng kan det anses som svært vesentlig med kunnskap for personer med diabetes 2.

Rise et al. (2013), fant i sin studie at kunnskap ikke nødvendigvis ledet til god diabetes-egenomsorg hos alle deltakerne. Noen av informantene sa at det å gjøre endringer ikke var en prioritet. For enkelte deltakere hadde den nye informasjonen og kunnskapen gjort at de hadde fått en oppfatning om at diabetes ikke var så farlig, og dermed utelot å gjøre noen endringer. Fornektelse av sykdom og symptomer er kjent som en barriere mot god diabetes-egenomsorg (Gazmararian, Ziemer & Barnes, 2009). I studien til Gazmararian et al., (2009), ble fornektelse sett på som en nøkkelfaktor som hindret en sunn livsstil hos personer med diabetes 2.. Deltakerne i denne studien hadde en fornuftig forståelse av risikofaktorer som progredierte diabetes-sykdommen, men de fleste kunne ikke forklare hva diabetes var. I studien til Struthers et al., (2003), fant de at mange eldre ikke klarte å gjøre gode valg fordi de opplevde håpløshet over situasjonen. Å forstå årsaker, symptomer, komplikasjoner og behandling av diabetes kan virke overveldende og perplekst for pasienter (Gazmararian et al., 2009).

Jeg tenker at det er viktig å fange opp forståelsen deltakerne har for sykdommen. Det er viktig at de forstår at de har fått en alvorlig sykdom, og at det er viktig at de tar ansvar for egen helse. Det er samtidig nødvendig å bidra til å hjelpe personene med å tilegne seg nødvendig kompetanse for å oppnå en god sykdomsforståelse. I et folkehelseperspektiv, der målet er å tilrettelegge omgivelser for best mulig helseutvikling og styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold, kan det være svært hensiktsmessig å tilrettelegge for gode muligheter for å øke egen kunnskap vedrørende kronisk sykdom.

5.2 Empowerment og delaktighet

I hele 11 av de 12 inkluderte studiene ble empowerment vektlagt som vesentlig for opplæringsprogrammene. Empowerment ble ansett som veldig viktig, og økt empowerment-følelse førte til bedre håndtering og mestring av deltakernes sykdom. Studien til Adolfsson et al., (2008), sammenliknet empowermentbasert gruppetilbud med individuell oppfølging hos en kontaktperson. Deltakerne som hadde fått opplæringstilbudet i gruppe, opplevde en mye sterkere empowerment-kraft enn de som hadde fått individuell oppfølging. Disse følte seg i større grad avhengig av helsepersonell, og la ansvaret for sykdommen over på dem.

Empowermentgruppen hadde en mye sterkere ansvarsfølelse for egen sykdom. Dette viser at empowerment er viktig for å ta kontroll og ansvar for egen helse. Livet med kronisk sykdom gjør at kontakt pasienter seg imellom, og mellom pasienter og helsepersonell, kan ha stor betydning for å oppnå god livskvalitet (Cooper et al., 2003). Cooper et al., (2003) påpeker at resultatene fra studien understøtter betydningen av gruppeopplæring basert på prinsipper om voksenopplæring, og setter søkelys på behovet for at helsepersonell er bevisst på hvordan de kommuniserer med pasientene. Utfordringer knyttet til identitet og kommunikasjon er sentralt når man ser på hvordan de opplever å leve med kronisk sykdom, og hvordan de mestrer.

Cooper et al., (2003) belyser også at helsepersonell kan ha problemer med å godta empowerment-modellen, og at det kan virke som helsepersonell kan ha utfordringer med å forstå betydningen av hva empowerment omfatter. Cooper et al., (2003) konkluderer med at selv om empowerment-tilnærming kan få pasienter til å ta mer ansvar for egen helse, kan de ikke oppnå langvarig suksess uten samarbeid med helsepersonell som kan understøtte pasientens mål. Dette tenker jeg krever at helsepersonell har en sterk forståelse av underliggende teorier av pasientopplæring og kommunikasjonsevner nødvendig for å promotere autonomi. Konklusjonen fra denne studien forsterker argumentet for å integrere en psykososial modell i pasientopplæring. Disse funnene støttes også av andre studier, blant annet annet av Deakin et al., (2006). I deres studie ble deltakerne oppmuntret til å delta aktivt i læreprosessen og diskutere følelser omkring å leve med sykdommen, og påvirkningen det har på hverdagslivet. De ble oppmuntret til å ha autonomi til å jobbe i allianse med profesjonelle helsearbeidere for å finne suksessstrategi for god diabetes-egenomsorg.

Begrepet empowerment er vesentlig i Antonovskys salutogenese. Empowerment betegner den makten og de ressursene vi alle trenger i hverdagen for å håndtere våre liv på en helsefremmende måte (Antonovsky, 2012). Det kan virke ut fra de inkluderte studiene at akkurat disse prosessene er svært vesentlige og viktige å ha fokus på ved utforming av pasientopplæringskurs. Det anses at deltakende læring henger sterkt sammen med empowerment. Læring ved compliance gir svært lite rom for delaktighet og medbestemmelse. Det var et tydelig funn fra metasyntesen at deltakerne har sterkt behov for å være delaktige, og lærer best gjennom deltakende læring. Empowerment er ifølge Walker (1998) ikke noe som kan bli gitt eller lært, det er en prosess mennesker må gjøre for seg selv. Roten til empowerment er erkjennelsen av at hver person er autonom. Helsepersonells rolle er å hjelpe personen til å få kunnskap og selvtillit slik at personen kan ta informerte valg om deres handlinger og aktiviteter (ibid). Deltakerne i de inkluderte studiene ønsket å være med på å bestemme innhold i kursene og satt pris på fleksibilitet for endringer. Delaktighet ble også diskutert i metastudien gjort av Steinsbekk og medarbeidere (2012). Av de 21 inkluderte studiene var det fem av studiene som rapporterte at de hadde brukt en teoretisk modell i utviklingen av opplæringsprogrammet. Disse fem kunne vise til mindre effekt av intervensjonen enn de som ikke hadde en spesiell modell. Dette mente Steinsbekk og medarbeidere kunne indikere at det ikke nødvendigvis er behov for en spesifikk modell for å oppnå resultater og klinisk erfaring med påvirkning fra deltakerne kan produsere intervensjoner med bedre effekt, og at dette styrket brukermedvirkningstanken.

Etter min oppfatning er det viktig at helsepersonell som jobber med pasientopplæring har god kjennskap til disse funnene, da det oppfattes som nødvendig at det pedagogiske opplegget i læring og mestringstilbud er utformet med sterkt fokus på empowerment. Det virker hensiktsmessig at kompetansehevingstiltak innen helsepedagogikk er tilgjengelig for ansatte som skal jobbe med læring og mestring, og at intervensjonene har fokus på kunnskapsbasert praksis. Det er viktig å ta med brukere i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringsprogrammene. Det er også viktig at helsepersonell er fleksible og kan gjøre endringer underveis når man jobber med disse kursene. Tidligere var målet med pasientopplæring primært å øke compliance hos deltakerne, men nå har fokuset blitt endret til at målet med lærings- og mestringstilbudene er å styrke brukerens mulighet for å mestre livet med kronisk sykdom. Det har altså skjedd en endringskurs fra mediosentrisk til et

psykososialt perspektiv med kunnskap knyttet til mestring som har fått hovedfokus i pasientopplæringen.

5.3 Erfaringsutveksling mellom deltakerne

Funnene fra metasyntesen viste at gruppeopplevelsen spilte en stor rolle i suksessen av kursene i de inkluderte primærstudiene og ble stadig nevnt i diskusjonene i artiklene. Det å jobbe i gruppe ga deltakerne et miljø som stimulerte til sosial læring og genererte følelsesmessige opplevelser. Antonovsky (2012) fremhever sosial støtte som en viktig mestringsfaktor. Personer som har nære bånd til andre og opplever at en eller flere bryr seg om dem, løser ofte spenning lettere enn de som mangler slike kvaliteter i relasjonene sine. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og nære emosjonelle bånd er definert som spesielt viktig, ifølge Antonovsky (2012).

En studie fra 2013 av Nossum, Rise og Steinsbekk, ønsket å undersøke hvilke deler av pasientopplæringskurs som ga best mestringsevne. De gjorde en prospektiv studie der de undersøkte innholdet av 35 undervisningsprogrammer for totalt 24 forskjellige diagnoser. Konklusjonen i studien var at gruppeprosessene under pasientopplæringskurs kan være viktigere for å øke mestringsevne enn selve innholdet i kursene. Derfor mente forskerne at det er viktig å ha fokus på gruppeprosesser og øke deltakernes aktivitet. Studien brukte PAM (patient activation questionnaire) som måleinstrument (Nossum et al., 2013).

Å tilhøre en gruppe mennesker som ble opplevd som forståelsesfulle og aksepterende, skapte en følelse av sammenheng. Det å møte andre med diabetes var verdifullt, og de hjalp å motivere hverandre.

Det anses som at motivasjon og mestringstro er viktig i denne sammenhengen. Personen må vite at han/hun virkelig klarer å gjennomføre den endringen i livsstil som må til for å leve et sunt liv. Overbevisningen om at vi skal få det til er helt avgjørende for resultatet. Forventningen om mestring er ifølge Bandura (1997) en bedre indikator på hvordan våre

fremtidige prestasjoner skal bli, enn våre prestasjoner var ved en tidligere anledning. Denne forventningen vil selvsagt også inneholde resultatet av tidligere innsats, men mestringsforventning bygger på flere faktorer enn kunnskaper og prestasjoner alene. Bandura argumenterer for at tankeprosesser på denne måten kan brukes til å utøve kontroll over egne handlinger (ibid). Rollemodeller og sosial støtte er en viktig del av Banduras modell for mestringsstro, og her er meddeltakere på pasientopplæringskurs en viktig komponent. Self-efficacy-teorien bygger blant annet på at rollemodellene skal ha omtrent de samme forutsetningene for at de kan motivere hverandre. Det at deltakere med samme forutsetninger lykkes, motiverte også de andre deltakerne til å gjøre livsstilsendringer (Ockleford et al., 2008).

Gruppe som opplæringsmodell ble diskutert i studien til Ockleford et al., (2008), som intervjuet både de som deltok på gruppeopplæring, men også de som ikke ønsket å delta. Ockleford et al.,(2008), mente at de som ikke hadde akseptert sykdommen hadde mindre sannsynlighet for å ønske å delta på et gruppeopplæringsprogram. Forskerne diskuterte at det muligens må andre strategier til for å komme i kontakt med disse pasientene for å overbevise dem om nødvendigheten av god diabetes-egenomsorg. De som hadde akseptert diagnosen fulgte i større grad anbefalingene som ble gitt personer med diabetes enn de som ikke hadde akseptert diagnosen. Ockleford et al., (2008) konkluderte i sin studie at én opplæringsmetode ikke passer for alle, men at det bør tilbys flere ulike modeller.

De fleste studier vedrørende pasientopplæring tyder på at opplæring i gruppe er mest hensiktsmessig med tanke på hvor viktig det er for personene med kronisk sykdom med erfaringsutveksling og å treffe andre med samme utfordringer. Men det foreligger også noen studier som indikerer bedre resultater for individuell opplæring enn for gruppeopplæring for personer med diabetes 2. En randomisert kontrollert studie med 623 deltakere gjort av forskere i USA, Sperl-Hillen og medarbeidere, (2011), sammenliknet individuell oppfølging med gruppebehandling. Begge gruppene hadde samme opplæringspensum. Begge gruppene hadde forbedring av HbA1c, men den individuelle gruppen hadde en større forbedring enn de som var i gruppe. Flere andre psykososiale og livsstils mål viste også noe bedre fremgang for den individuelle gruppen

Jeg tenker at noen personer lykkes kanskje bedre med oppfølging en til en, mens andre har mer behov for gruppekomponentene. Det kan se ut som det kan være hensiktsmessig å tilby både individuell og gruppebehandling for personer med diabetes 2. Fremtidige analyser må se på langtidseffekter av de ulike modellene, og også kost-nytte-beregninger.

Folkehelsearbeid har blant annet som mål å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig og øke folks evne til mestring og kontroll av eget liv. Dette stemmer godt overens med Antonovskys teori, og samsvarer også med deltakernes egne kommentarer fra metasyntesen. Sosial støtte er å bli tatt vare på, både opplevd og i realiteten, av andre tilgjengelige mennesker og at man inngår som del av et større sosialt nettverk (Antonovsky, 2012).

5.4 Motivasjon for god diabetes-egenomsorg

Resultatene av litteraturgjennomgangen viste at det var flere faktorer som motiverte deltakerne til god diabetes-egenomsorg. Kunnskap om fordelene ved å bedrive god diabetes-egenomsorg, ha et system for forsterking av egen-omsorgen, finne tilbake til gamle levevaner og støtte av familien var noen. Det å oppleve effekt av livsstilsendringer, som blant annet vekt nedgang, få mer energi, saktere progresjon av eventuelle diabetes-komplikasjoner, og økt velvære økte også motivasjonen. Frykt for å få komplikasjoner var også en motivasjonsfaktor hos noen deltakere. Det å se at man klarer å gjøre endringer var også positivt for motivasjon. Det sosiale aspektet ble nevnt av flere, både det å ha støtte av likemenn i gruppene, men også det å ha støtte og forståelse fra venner og familie motiverer personene med diabetes 2. Sukwatjane et al., (2011) viser til at sosial støtte fra gruppedeltakerne økte deltakernes livskvalitet ved at det styrket personens nettverk og meningsfulle komponenter i livet.

Meningsfullhet er motivasjonskomponenten i opplevelsen av sammenheng, og Antonovsky mener dette er den viktigste komponenten. Opplever vi ikke at det vi gjør har noen mening, blir vi mindre interesserte i å begripe og lære, og dermed blir vi også mindre motiverte til å håndtere utfordringer (Antonovsky, 2012). Det er derfor svært vesentlig at deltakerne har tilstrekkelig motivasjon for å gjøre valg for sin helse, og ifølge Antonovsky henger disse komponentene sterkt sammen med begripelighet og håndterbarhet.

Støtte som deltakere fikk var viktig for endring av livsstil (Rise et al., 2013), (Misoon et al., 2010). Tidligere studier har vist at kontinuerlig støtte fra familie og helsepersonell er vesentlig for å opprettholde god diabetes- egenomsorg (Norris, Lau, Smith, Schmid & Engelgau, 2002 og Polonsky, Earles, Smith, Pease & Macmillan, 2003). Det å ha en hund eller noen å gå sammen med kan hjelpe å vedlikeholde fysisk aktivitet. Generelt, det å etablere og bruke støttende relasjoner er beskrevet som en viktig prosess når man skal gjøre endringer i livet. Å gjøre livsstilsendringer til å bli en vane, var også en viktig faktor for deltakerne i studien til Rise et al. (2013). Dette støttes av en studie gjort av Peel, Douglas, Parry & Lawton (2010), som fant at det å etablere rutiner var viktig for personer med diabetes for å lykkes med å vedlikeholde gode vaner for fysisk aktivitet.

I studien til Misoon et al., (2010) fra Korea, kom det frem at leddsmerter og kognitive problemer var en stor utfordring for deltakerne i studien. Leddsmerter gjorde at trening var smertefullt, og dermed nedprioritert. Artrose er svært utbredt i Korea, og kunnskap om dette er viktig for å tilrettelegge fysisk aktivitet på en slik måte at leddsmerter ikke blir en hindring. Deltakerne i studien foreslo å bruke hjelpemidler og medvirke på gode løsninger for å huske å ta medisiner der glemskhet var en utfordring.

5.5 Barrierer for god diabetes-egenomsorg

Det kan være interessant å se barrierer i forhold til motivasjonsfaktorer. Studiene til Nam et al., (2013), McEwen et al., (2007) og Sukvatjaneet et al., (2011) undersøkte pasientopplæringstiltak i forhold til innvandrere. Det er særlig blant personer med innvandrerbakgrunn fra Sørøst-Asia at man ser en økt risiko for å få diabetes type 2. Hos etniske minoriteter med høy risiko for diabetes, opptrer ofte diabetes type 2 10-15 år tidligere og ved lavere grad av overvekt enn for befolkningen for øvrig (Folkehelse rapporten 2014). I følge Helse i innvandrerbefolkningen - Folkehelse rapporten 2014 viser tall fra MoRo (Mosjon på Romsås) og HUBRO i 2000-2002 at personer med innvandrerbakgrunn fra Sri Lanka og Pakistan hadde høy forekomst av diabetes sammenliknet med etnisk norske og andre innvandrergrupper. Informasjon innhentet fra allmennpraktiserende leger tyder også på at personer med innvandrerbakgrunn fra Sør-Asia har dårligere blodsukkerkontroll og får diabetes i yngre alder enn både andre innvandrergrupper og etnisk norske.

Nam et al., (2013), fokuserer på at språk er en av de største barrierene for diabetes-behandling. Dette støttes i andre studier som indikerer at språkbarrierer ikke bare resulterer i ineffektiv kommunikasjon med helsepersonell, men også kan hindre tilgang til ressurser som for eksempel pasientopplæring (Nam, Chesla, Stotts, Kroon & Janson, 2011) og Lasater, Davidson, Steiner & Mehler, 2001). Nam et al., (2013), skriver at det bør tilstrebes økt språk-service i helsevesenet for å nå store befolkningsgrupper.

En nylig publisert Cochrane-studie samlet forskning om og vurderte effekt av kulturelt tilpasset pasientopplæring for etniske minoriteter med diabetes type 2. Studien støtter viktigheten av å skreddersy tilbudene til mottakerne (Attridge et al., 2014). I mange av studiene ble læringsverktøy og kommunikasjonsmetoder som tok hensyn til kulturelle preferanser (for eksempel matvaner), religiøse aspekter og leseferdigheter brukt. Studien viste at kulturelt tilpasset pasientopplæring ga bedre blodsukkerkontroll, øker trolig kunnskap om diabetes og ernæring, øker mestringstro og empowerment. De fleste som deltok i studiene var personer med lav sosioøkonomisk bakgrunn.

For deltakere i studiene som undersøkte innvandrere, var det tydelig at forhold som det å ha begrenset utdanning, lite inntekt, nedsatt livskvalitet, lite tilgang til effektive og tilgjengelige helsetjenester og språkproblemer, ga store utfordringer i forhold til å ta vare på seg selv og egen sykdom. Dette er igjen forhold som svakere grupper i samfunnet er mer utsatt for. Hos disse sårbare gruppene er det ekstra viktig å tenke tidlig innsats og tilstrebe skreddersyde tiltak som passer for mottakerne.

5.6 Aksept av egen sykdom

Resultatet fra metasyntesen viste at flere deltakere opplevde at det å ha diabetes 2 ble sett på som sosialt stigmatiserende. Fire av artiklene fokuserte på dette (Nam et al., 2013, Ockleford et al., 2008, Struthers et al., 2003 og Visram et al., 2008). Diabetes 2 ble assosiert med skam og mislykkehet over eget liv. Type 2-diabetes har i stor grad vært sett på som en sykdom du kun er skyld i selv, grunnet fysisk inaktivitet og et usunt kosthold. Forskning på årsaks mekanismer til diabetes 2 kan tyde på at arv kan være en viktig årsak til type 2-diabetes, i tillegg til en usunn livsstil (Thorsby et al., 2009). Det er mulig at hvis årsakssammenhenger

blir mer allment kjent i befolkningen kan det minske stigmatiseringen for de som har fått diabetes 2. Det fremkommer også av metasyntesen at det er viktig å akseptere sykdommen for å være mottakelig for læring, og i en av studiene ble det anslått at det kunne ta opptil ett år før man hadde akseptert sykdommen og var mottakelig for opplæring (McEwen et al., 2007). Jeg tenker at det er viktig å informere om årsakssammenhenger på pasientopplæringskurs, og gjerne utveksle erfaringer vedrørende opplevelse av stigmatisering og aksept av egen sykdom.

5.7 Når læring og mestring bør tilbys

Når det gjelder tidspunkt for når læring og mestring bør tilbys, viste litteraturgjennomgangen at det noe uenighet mellom studiene. Noen av studiene, som Cooper et al., (2003), mente at det var best med opplæring med en gang diagnosen var stilt. Derimot i studien til McEwen et al., (2007) var det ønskelig å vente til diagnosen var akseptert av enkeltindividene, noe som kunne ta opptil et år. Studien til Rise et al., (2013) diskuterte viktigheten av reopplæring. Det var ønskelig med repetisjon og oppdatering av kunnskap også for deltakere som hadde hatt diabetes noen år. Det kan se ut som at det er individuelle forskjeller vedrørende dette punktet. Noen ønsker å lære mest mulig så fort diagnosen er stilt, mens andre trenger å prosessere at de har fått en relativt alvorlig kronisk sykdom. Vi har ulike forutsetninger for å takle vanskelige ting i livet, og hvor stor belastning man har ellers i livet kan spille inn. Deltakerne i studien til McEwen et al., (2007) var meksikanske innvandrerkvinner med lav sosioøkonomisk status. Det kan tenkes at disse kvinnene har mye annet som krever deres fokus, og at deres egne behov kanskje blir stilt i andre rekke. Det er viktig å sette inn forebyggende tiltak til risikogrupper, og med tanke på at helse følger sosioøkonomisk status er det viktig å ha ekstra fokus på sårbare grupper som blant annet innvandrere. Dette er et område der det trengs det trengs mer forskning vedrørende når og hvordan og på hvilke måte tiltak bør iverksettes.

De mest fremtredende funn fra denne litteraturstudien er at for å mestre sykdom er kunnskap, empowerment, erfaringsutveksling og motivasjon viktig. Det er også viktig å akseptere egen sykdom for å kunne ta grep for å håndtere den. Det anses hensiktsmessig å skreddersy tiltakene etter mottakerne. Kurs bør tilbys flere ganger i pasientforløpet, da det er viktig med reopplæring, med tanke på at kunnskap forandrer seg, man glemmer, og man kan ha behov for

å friske opp kunnskapen. Erfaringsutveksling mellom likemenn er også svært verdifullt ifølge informantene fra metasyntesen.

5.8 Metodediskusjon av egen studie

På bakgrunn av valgt problemstilling ble en kvalitativ metasyntese vurdert til å være mest hensiktsmessig metode å bruke når det gjelder å få frem deltakernes egne erfaringer. Det hadde også vært mulig å undersøkt problemstillingen ved å selv gå ut og intervju deltakere fra pasientopplæringskurs. Det ble ansett som verdifullt å gjøre en litteraturstudie, og samle flere studier, da målet med en metasyntese er å produsere en ny og integrert forståelse av funnene som går ut over den forståelsen som fremgår av enkeltstudier. Funnene fra denne metasyntesen kan eventuelt benyttes i utarbeidelse av intervjuguide ved følgeforskning på området.

Søkeprosessen med ulike søkestrenger og søkemotorer har vært veldig tidkrevende. De inkluderte studiene var de som på søketidspunktet var mulig å finne.

Det fins flere ulike måter å analysere resultater fra litteraturstudie. Jeg valgte å bruke modellen til Aveyard (2014) da jeg opplevde den som oversiktlig og håndterbar.

Kurstilbudene i studiene som er inkludert, har hatt ulikt innhold og mengde. Noen kurs går over 1-2 dager, mens noen har gått over seks måneder. Kursene har hatt mellom seks og 26 timers varighet. Intervensjonene har hatt noe ulikt innhold, men fellestrekkene er at de har hatt innhold som skal styrke diabetes-kompetansen hos deltakerne, som sykdomslære, fysisk aktivitet og bra kosthold ved sykdommen, mestringsstrategier, erfaringsutveksling og mestringsstrategier. Studien har også hatt noe ulike forskningsspørsmål, men samtlige har hatt som mål å undersøke deltakererfaringer. Noen av studiene er teoretisk forankret, og noen er ikke det. En av studiene sammenliknet gruppe med individuell oppfølging. Studien er utført i forskjellige land, både i USA, Canada, Asia og Europa, og i forskjellige kulturer. Alle de inkluderte studiene viser til at de har hatt flere forskere som har gått igjennom forskningsmateriale i studiene, og dette øker påliteligheten av studiene.

Til tross for inkluderte studiers ulikheter, er denne studien tilstrebet utført systematisk og transparent slik at det skal være mulig å etterprøve forskningsprosessen. En systematisk litteraturstudie kan være utfordrende som eneforfatter, da det kan være en styrke at minst to leser og arbeider sammen. Dette har vært forsøkt løst ved at det har vært gode faglige diskusjoner med veiledere. En tilleggsperson har også gjennomført kritisk gransking etter Joanna Briggs manual.

Det er fortsatt behov for mer forskning på dette fagfeltet, blant annet har tilbudene som har vært inkludert i denne syntesen vært svært ulike vedrørende varighet og innhold, og det hadde vært interessant med studier som kunne si noe om hvor lang varighet og hvilke innhold kursene bør ha. Også når det gjelder *når* i pasientforløpet pasientopplæring optimalt sett bør tilbys. Det hadde også vært interessant med longitudinelle studier som sier noe om hvor lenge effekten vedvarer. De pedagogiske elementene i kursene er også interessant å undersøke nærmere. Det kunne vært interessant å prøve ut opplæringskurs med pedagogisk opplegg med elementer fra voksenpedagogikk. Og hvordan hadde et læring og mestringskurs sett ut om det hadde vært helt og holdent utformet av erfarne brukere? Om opplæring bør foregå individuelt eller i gruppe er stadig en debatt. Studier som går over tid, og som systematisk sammenlikner gruppe og individuell oppfølging hadde vært interessant å sett på.

Når det gjelder sosial ulikhet i helse generelt, og livsstilssykdommer spesielt, hadde det vært interessant med studier som kunne undersøkes mer om dette, og om hvordan det bør angripes. Hvordan kan man best forebygge for å minimere sykdomsbølgen som ser ut til å komme? Rekruttering av deltakere har også vært en utfordring i noen av studiene, noe vi også ser i praksis. Handler dette om manglende kunnskap om alvorlighetsgraden av sykdommen, når ikke informasjon om kursene frem, eller skyldes det at man ikke ser hensikt med pasientopplæring?

6.0 Avslutning

I denne metasyntesen har det fremkommet at viktige elementer i gruppebaserte lærings og mestringskurs er kunnskap, empowerment, erfaringsutveksling, aksept og motivasjon. Disse faktorene sammenfaller i stor grad med helsefremmende tilnærming i folkehelsearbeid, der målet er å legge omgivelser til rette for best mulig helseutvikling og styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold. Folkehelsearbeid har også som mål å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig og øke folks evne til mestring og kontroll av eget liv, og læring og mestring til personer med kronisk sykdom kan bidra til dette. Tiltakene har best effekt dersom de skreddersys for mottakerne. Kurs bør tilbys flere ganger i pasientforløpet, da kunnskapsbehovet endrer seg etter hvert som man blir mer erfaren med sykdommen, og kunnskap forandrer seg ettersom mer forskning blir gjort.

Denne kvalitative metasyntesen har fremhevet et helsefremmende perspektiv i læring og mestringstilbud. Opplevelse av sammenheng i livet (SoC) er ifølge Antonovsky (2012) en viktig mestringsressurs i møte med stressorer som for eksempel en kronisk sykdom.

Salutogenese er ressursorientert og fokuserer på helsefremmende faktorer. Når mennesker blir rammet av kronisk sykdom kan denne opplevelsen forstyrres ved at tidligere forklaringer og måter å møte utfordringer på ikke lenger strekker til. Det å delta på et læring og mestringskurs kan bidra til at man kan mestre disse utfordringene på en bedre måte. Hensikten med denne studien var å beskrive deltakernes egne erfaringer ved å delta på et slikt kurs. Oppsummert viste litteraturgjennomgangen at viktige faktorer for å oppnå god mestring av egen diabetes-sykdom er at man får tilstrekkelig med kunnskap, økt følelse av empowerment, at man har tilstrekkelig med motivasjonsfaktorer som blant annet støtte av familien. At man merker på kroppen at livsstilsendringer gir effekt bidrar til å motivere for å opprettholde gode vaner. Aksept av egen sykdom er viktig for å komme videre med å håndtere sykdommen.

Erfaringsutveksling med andre mennesker med samme utfordringer ble av deltakerne ansett som svært verdifullt.

Metasyntesen oppfattes å kunne bidra med kunnskap om hvilke elementer som deltakere har behov for i et læring og mestringstilbud. Kunnskap om dette er viktig for hvordan vi skal utvikle tilbudene fremover. Kompetanse i helsepedagogikk fremkommer blant annet som svært vesentlig for å lykkes med empowerment-tilnærming og deltakende læring. Denne

metasyntesen, og flere andre studier med den, tyder på at lærings og mestringskurs kan hjelpe personer med diabetes 2 til å mestre sykdom, og dermed øke livskvaliteten. Imidlertid er det fortsatt behov for mer forskning, da det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål vedrørende læring og mestringsfeltet. Det er viktig at læring og mestringsområdet fortsetter å utforskes slik at det kan jobbes mest mulig kunnskapsbasert, slik at pasientene kan få best mulig, og et mest mulig hensiktsmessig tilbud.

Litteraturliste

Aasen SE. & Nylund MF. (2012). *Opprydning i begrepsjungelen*. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:2653 – 4, [doi: 10.4045/tidsskr.12.0968](https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0968).

Adolfsson ET., Starrinc B., Smidea B. & Wikblad K. (2008). *Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches—A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 986–994.

Antonovsky A. (2012). *«Helsens mysterium, den salutogene modellen.»*. Jossey-Bass, San Francisco.

Attridge M., Creamer J., Ramsden M., Cannings-John R. & Hawthorne K. (2014). *Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD006424.

Austvoll-Dahlgren A., Nøstberg AM., Steinsbekk A. & Vist GE. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr. 09 - 2011. ISBN 978-82-8121-405-7 ISSN 1890-1298.

Aveyard H. (2014). *Doing a literature review in health and social care*. A practical guide, 3rd edition. New York. Open University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy, The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Comp.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Berg RC, Munthe-Kaas H. (2013). *Systematic reviews in qualitative research*. Nor J Epidemiol 2013; 23 (2), 131-139.

Brogaard Marthedal A., Schepelen Johansen K., Nielsen A., Rytter Hansen A., Bastholm Jensen M. (2011). «*Lær at leve med kronisk sygdom. Evaluering av udbytte, selvvardert effekt og rekruttering*». Rapport 2011.01. Dansk sundhedsinstitut.

Bråten I. (2002). *Læring i sosialt, kognitivt og sosial-kognitivt perspektiv*. Cappelen akademisk forlag.

Chumbler NR., Kroenke K., Outcalt S. , Bair M.J, Krebs E., Wu J., og Yu Z. (2013). *Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain*. . Health and Quality of Life Outcomes 2013, 11:216, 1-8.

Cinahl (2015). Hentet 5.5.15 fra <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>

Cohran J. & Conn V.S. (2008). “*Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training*.” doi: 10.1177/0145721708323640 .The Diabetes Educator 34 (5), 815-823.

Cooke A., Smith D. & Booth A. (2012). “*Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis*”. Qual Health Res 2012 22: 1435.

Cooper HC., Booth K. & Gill G. (2003). *Patients’ perspectives on diabetes health care education*. Health Education Research. Theory & Practice,18 (2) 2003,191–206.

Deakin, TA., Cade, JE., Williams, R., & Greenwood, DC. (2006). *Structured patient education: the diabetes X-PERT Programme makes a difference. Diabetic Medicine*, 23(9), 944-954. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01906.x

Department of Health (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century*.

Diabetesforbundet, diabetes 2 (2014). Hentet 5.4.15:<http://diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Folkhelseloven (2011). Hentet 20.5.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Gazmararian J., Ziemer D.& Barnes C. (2009). *Perception of barriers to self-care management among diabetic patients*. *The Diabetes educator* [0145-7217] 2009 Volum:35(5), 778 -788.

Howard LM. & Hagen BF. (2012). *Experiences of Persons with Type II Diabetes Receiving Health Coaching: An Exploratory Qualitative Study*. *Education for Health*, 25(1) (July 2012) s 66-69.

Hibbard JH., Stockard J., Mahoney ER. (2004). *Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers*. *Health Serv Res* 2004; 39 (4 pt 1): 1005-26.

Hunt LM., Arar NH. &Larme AC. (1998). *Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management*. West J Nurs Res 20:656-676.

Imsen, G. (2005). *Elevenes verden- innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Klopstad Wahl A. og Rokne Hanestad B. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kunnskapssenteret (2012). *Retningslinjer for kunnskapsbasert praksis*. Hentet 25.4.15 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>

Kunnskapssenteret (2012). *Veileder i brukermedvirkning*. Hentet 4.5.15 fra : <https://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktoykasse/brukermedvirkning/veileder-i-brukermedvirkning/id561250/>

Kvale S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 11.opplag.

Lasater LM, Davidson AJ, Steiner JF, Mehler PS. (2001). *Glycemic control in English vs Spanish-speaking Hispanic patients with type 2 diabetes mellitus*. Arch Intern Med. 2001;161:77-82.

Lozano ML., Armale MJ., Tena DI. & Sanchez NC. (1999). *The education of type-2 diabetics: why not in groups?* Aten Primaria 1999, 23:485–492. Diabetes Care 27:670-675, 2004.

Lustig D., Rothenthal, D., Strauser, D. & Haynes K. (2000). *The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities.* Rehabilitation Counseling Bulletin, Spring 2000, Vol.43(3), 134-141.

Malterud K. (2001). *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines.* Lancet 2001; 358: 483-488.

McEwen MM., Baird M. & Pasvogel A. (2007). *Health-Illness Transition Experiences Among Mexican Immigrant Women With Diabetes.* Fam Community Health. 30(3), 201-212.

Medline (2015). Hentet 5.5.15 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Meld. St.19 (2014-15). (2015). *Mestring og muligheter.* Hentet 10.5.15 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St.26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet.* Hentet 9.5.15 fra: <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/en-helhetlig-helse--og-omsorgstjeneste/id2410471/>

Meld. St.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling til rett tid.* Hentet 20.5.14 fra: <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

Meld. St. 34 (2012-2013) (2013). *Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar*. Hentet 5.4.15 fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?docId=STM201220130034000DDDEPIS&ch=1&q=>

Misoon S., Lee M. & Shim B. (2010). *Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes*. *International Journal of Older People Nursing* 5(3), 211-218.

Musæus, L. (2001). *Sygeplejerskens rolle i diabetesomsorgen*. I: Borrild, L. K. & Musæus, L. (Red.). *Sygepleje til mennesker med diabetes* (s. 40-54). København: Munksgaard Danmark .

Mæland J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3 utgave.

Nam S., Chesla C., Stotts NA., Kroon L., Janson SL. (2011). *Barriers to diabetes management: patient and provider factors*. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;93:1-9.

Nam S., Song HJ., Park SY. & Song Y. (2013), *Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans*. *Diabetes Educator.* 39(2), 213-221.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2014). Hentet 6.4.15: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/>

Helse og omsorgsdepartementet (2013). *NCD-strategi 2013 – 2017 For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft*.

Norris SL., Lau J., Smith SJ., Schmid CH. & Engelgau MM. (2002). *Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glyceimic control*. Diabetes Care 25: 1159–1171.

Nossum R., Rise MB. & Steinsbekk A. (2003). *Patient education- Which parts of the content predict impact on coping skills?* Scand J Public Health 2013 41: 429.

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo, Sosial og helsedepartementet. Hentet 20.5.24 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18/4/4.html?id=350029>

Næss S. & Eriksen J. (2006). *Diabetes og livskvalitet*. (NOVA Rapport 7/06). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring .

Ockleford E., Shaw RL., Willars J. & Dixon-Woods M. (2008). *Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views*. Chronic Illn, 4 (1) s. 28-37.

Peel E., Douglas M., Parry O., Lawton J. (2010). *Type 2 diabetes and dog walking: patients' longitudinal perspectives about implementing and sustaining physical activity*. Br J Gen Pract 60: 570–577. 10.3399/bjgp10X515061 [doi].

Polit DF. & Beck CT. (2014): *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams&Wilkins.

Polonsky WH., Earles J., Smith S., Pease DJ., Macmillan M. (2003). *Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment program*. Diabetes Care 26: 3048–3053.

Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320(7227), 114-116.

Rise MB., Pellerud A., Rygg LØ., Steinsbekk A. (2013). *Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study*. Plos One, 8(5) s. e64009-e64009.

Rygg LØ., Rise MB., Lomundal B., Solberg HS. & Steinsbekk A. (2010). *Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study*. Scandinavian Journal Of Public Health, 38(8), s.788-793.

Schreiber, R., Crooks, D., & Stern, PN. (1997). *Qualitative meta-analysis*. In J. M. Morse (Ed.), *Completing a qualitative project: Details and dialogue* (pp. 311–326). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Scopus (2015). hentet 5.5.15 fra <http://www.scopus.com/>

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Hentet: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Struthers R., Hodge FS., Geishirt-Cantrell B. & De Cora L. (2003). *Participant experiences of talking circles on type 2 diabetes in two Northern Plains American Indian tribes*, Qualitative Health Research, 13(8),1094-1115.

Steinsbekk A., Rygg L., Lisulo M., Rise M.B. & Fretheim A. (2012). *Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis* BMC Health Services Research 2012, 12 (213).side

Sukwatjane A., Pongthavornkamol K., Low G., Suwonnarop N., Pinyopasakul W. & Chokkhanchitchai S. (2011). *Benefits of a self-help group for rural Thai elders with type-2 diabetes*. Pacific Rim International Journal of Nursing Research,15(3), 220-232.

The Joanna Briggs Reviewers Manual (2014). Hentet 3.5.15 fra:
<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Thorsby PM., Midthjell K., Gjerlaugsen N., Holmen J., Hanssen KF., Birkeland KI. & Berg JP. (2009). *Comparison of genetic risk in three candidate genes (TCF7L2, PPARG, KCNJ11) with traditional risk factors for type 2 diabetes in a population-based study--the HUNT study*. Scand J Clin Lab Invest. 2009;69(2):282-7.

Thorne SE., Nyhlin KT., Paterson BL. (2000). *Attitudes toward patient expertise in chronic illness*. Int J Nursing Studies 2000; 37:303-311.

Tuntand, H. (2009). *Systematisk vurdering av forskningsfunn– hva er en systematisk oversikt og en metasyntese*. Ergoterapeuten 01.09, s 1-5.

Tuomilehto J., Lindström J. & Eriksson JG. (2001). *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance*. N Engl J Med 2001;344:1343-50.

Vifladt E.H.& Hopen L.(2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Visram S., Bremner AS., Harrington BE. & Hawthorne G. (2008). *Factors affecting uptake of an education and physical activity programme for newly diagnosed type 2 diabetes*. European Diabetes Nursing, 5(1), 17-22.

Walker, R. (1998). *Diabetes: reflecting on empowerment*. Nursing Standard, 12(23), 49-56.

Willaing I., Folmann N., Gisselbæk AB. (2005). «*Patient-skoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter*» Sundhedsstyrelsen.

Willi C., Bodenmann P. & Ghali WA. (2007). *Active smoking and the risk of type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis*. JAMA 2007;(298), 2654-64.

World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva: WHO Technical Report Series 916.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Søkestreng i Medline, Cinahl og Scopus.

MEDLINE:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Antall treff MEDLINE
S7	S5 AND S6	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	275
		Search modes - Boolean/Phrase	
S6	Self-management OR empowerment OR self-efficacy OR "quality of life" OR "self care" OR "Self Efficacy" OR "Self management" OR "coping"	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	106,657
		Search modes - Boolean/Phrase	
S5	S3 AND S4	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	603
		Search modes - Boolean/Phrase	
S4	"qualitative research*" OR "qualitative stud*" OR interview* OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR experience*	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	271,221
		Search modes - Boolean/Phrase	
S3	S1 AND S2	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	3,209
		Search modes - Boolean/Phrase	
	education* OR group-based	Limiters - Published Date: 20000101- 20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	148,732

		Search modes - Boolean/Phrase	
S1	"Type 2 Diabetes" OR "Diabetes Mellitus, Type 2"	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Related: All Adult: 19+ years	38,526

CINAHL:

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results CINAHL
S7	S5 AND S6	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	229
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S6	Self-management OR empowerment OR self-efficacy OR "quality of life" OR "self care" OR "Self Efficacy" OR "Self management" OR "coping"	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	59,932
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S5	S3 AND S4	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	439
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S4	"qualitative research*" OR "qualitative stud*" OR interview*	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	128,245

	OR phenomenolog* OR hermeneutic* OR experience*			
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S3	S1 AND S2	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	1,985
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S2	education* OR group-based	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	82,815
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S1	"Type 2 Diabetes" OR "Diabetes Mellitus, Type 2"	Limiters - Published Date: 20000101-20141031; English Language; Age Groups: All Adult	Interface - EBSCOhost Research Databases	16,023
		Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search	
			Database - CINAHL Plus with Full Text	

SCOPUS:

- History Search Identifier 5

History Search Terms (TITLE-ABS-KEY ("Type 2 diabetes" OR "diabetes mellitus,type 2") AND TITLE-ABS-KEY ("education*" OR "group-based") AND TITLE-ABS-KEY ("qualitative reserarch*" OR "qualitative stud*" OR "interview" "phenomenolog*" OR "experience*") AND TITLE-ABS-KEY ("self-management" OR "empowerment" OR "quality of life" OR "self-care" OR "self-efficacy" OR "self-management" OR "coping")) AND PUBYEAR > 1999 AND PUBYEAR < 2015

116 document results