



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 305

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Diabetes type 2- endring av levevaner

Antall ord *: 8995

Engelsk tittel *: Type 2 diabetes- change of living habits

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

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Diabetes type 2

- Endring av levevaner

Type 2 diabetes

- Change of living habits

Kandidatnummer 305

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Campus Haugesund

Innleveringsdato: 06.05.2020 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Antall personer som får diagnosen type 2 diabetes stiger. Dette fører til økt sannsynlighet for å møte pasientene ute i arbeidslivet. Som sykepleier arbeider en sammen med pasientene for å finne best mulige behandlingsalternativer. Ved type 2 diabetes er livsstilsendring nødvendig. I denne oppgaven vil fokuset rettes mot hva sykepleieren kan gjøre for å støtte pasienten til livsstilsendring. Da vil det også være relevant å se på pasientenes følelser, behov og ønsker.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier støtte personer med type 2 diabetes til livsstilsendring?

Hensikt: Oppgavens hensikt er å se nærmere på hvordan sykepleiere kan gi best mulig støtte til livsstilsendring, for at pasientene etter hvert skal føle at de selv har kontroll. Jeg ønsker mer kunnskap om hva jeg som sykepleier kan gjøre for at pasientene skal oppleve mestring med livsstilsendringene.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Jeg har brukt forskning og faglitteratur om hvordan pasientene opplever situasjonen med å endre livsstil. Hvordan de føler seg ivaretatt av helsepersonell og hvilke behov de har.

Funn: Endring av livsstil kan gjøre at pasientene føler seg utrygge. De har gjerne levd et langt liv og har spesielle vaner og rutiner, men må nå gi slipp på gamle vaner for å etablere nye. Informasjon, motivasjon, omsorg som retter seg mot den individuelle pasient og gode relasjoner er viktige elementer for at de skal føle egenmestring. Dette er faktorer som sykepleieren må ha i bakhodet når han/hun utøver sykepleie til pasienter med type 2 diabetes.

Oppsummering: Pasienter har behov for oppdatert informasjon og kunnskap, personsentrert omsorg, kontinuitet i omsorgen og pågående støtte. De frykter å bli forlatt på egenhånd. For å kunne støtte pasienten til livsstilsendring må sykepleieren ta behovene til pasienten i betraktning.

Abstract

Background for choice of theme: Number of persons getting type 2 diabetic diagnose is increasing. This will increase the probability to meet patients during work. As a nurse we work together with the patients to find the best alternative of treatment. Lifestyle change is necessary when you are diagnosed with type 2 diabetes. In this assignment the focus will be on what nurses can do to support patients lifestyle changes. It will be relevant to look at patients feelings, needs and wishes

Research question: How can nurses support persons with type 2 diabetes to change their lifestyle?

Purpose: The purpose of the assignment is to look more closely at how nurses can provide the best possible support for lifestyle change, so that patients eventually can feel self-management and control. I want to get more knowledge about what me as a nurse can do to make the patients experience coping with the lifestyle changes.

Methods: Literature study has been applied as method. I have used research and literature about how the patients experience the lifestyle change situation. How they feel cared by health professionals and what needs they have.

Findings: Lifestyle changes can make the patients feel unsafe. Often, they have lived a long life and have special habits and routines, but now they must let go of old habits to establish new ones. Information, motivation, individual care and good relationships are important to make them feel self-management. These are factors that the nurse must keep in mind when working with type 2 diabetes patients.

Summary: Patients have needs such as updated information and knowledge, person-centered care, continuity of care and ongoing support. They fear being left alone. The nurse must consider the needs of the patients to support them to lifestyle changes.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Introduksjon	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema	6
1.3 Hensikt	6
1.4 Presentasjon av problemstilling	7
«Hvordan kan sykepleier støtte personer med type 2 diabetes til livsstilsendring?»	7
1.5 Presisering og avgrensing	7
2. Teori	7
2.1 Diabetes mellitus	7
2.2 Diabetes type 2	7
2.3 Livsstilsendringer ved diabetes type 2	8
2.4 Fysisk aktivitet	8
2.5 Kosthold	8
2.6 Støtte	9
2.7 Helsefremming og sykdomsforebygging	9
2.8 Empowerment og egenmestring	10
2.9 Mestring	11
2.10 Lazarus og Folkmans mestringsteori	12
3. Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	13
3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk	14
3.4 Kildekritikk	15
3.5 Metodekritikk	16
3.6 Forskningsetikk	16
4. Presentasjon av inkluderte artikler	17
4.1 Artikkel 1	17
4.2 Artikkel 2	18
4.3 Artikkel 3	19
4.4 Artikkel 4	20
4.5 Artikkel 5	20
4.6 Artikkel 6	21
4.7 Oppsummering av artikkelfunn	22

5. Drøfting	23
5.1 <i>Behovet for pågående støtte</i>	23
5.2 <i>Vurderingsstøtte og sosial støtte</i>	24
5.3 <i>Informasjon og opplæring</i>	25
5.4 <i>Personsentrert omsorg og brukermedvirkning- nøkkelen for vellykket egenomsorg</i>	27
5.5 <i>Emosjonell bagasje- ulike reaksjoner og bekymringer</i>	27
6. Konklusjon	29
7. Referanseliste	30
8. Vedlegg	34
8.1 <i>Vedlegg I: PICO-skjema</i>	34
8.2 <i>Vedlegg II: Tabeller for litteratursøk</i>	34
8.3 <i>Vedlegg III: Sjekkliste</i>	37

1. Introduksjon

1.1 Presentasjon av tema

I Norge er det rundt 200 000 mennesker som har diabetes type 2. Dette er den vanligste formen for diabetes, og de siste årene er det observert en eksplosiv utvikling i antall tilfeller. Sykdommen oppstår som oftest hos voksne. Det er også et stort antall som ikke vet de har diabetes type 2. Ifølge undersøkelser tyder det på at for hver 100. pasient med kjent diabetes, kan det være mellom 50-100 med uoppdaget diabetes i den norske befolkningen. Dermed kan det totale tallet for diabetes type 2 være mellom 300 000 og 400 000 inkludert de udiagnostiserte tilfellene (Diabetesforbundet, 2019). Det er ikke uvanlig å få en reaksjon når en får en slik diagnose. Tanker og følelser vil naturligvis relatere seg til hva som motiverer oss og om vi opplever mestring. Hvordan det enkelte individ kommuniserer med andre, kan virke inn på ens motivasjon og mestring (Langeland, 2016). Helsepersonell kan ikke pålegge hva diabetikerne skal gjøre, men de kan blant annet komme med gode råd og anbefalinger samt å fungere som en støttende rolle.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

På grunn av den økende forekomsten av diabetes type 2 ønsket jeg å fordype meg i dette. Den økte forekomsten øker også sannsynligheten for å møte flere av disse pasientene når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Når jeg har vært ute i praksis har jeg allerede møtt flere pasienter med diabetes type 2. Her har jeg erfart at mange er svært usikre rundt sykdommen og de ulike endringene den fører med seg. Derfor er dette et viktig tema og ta tak i, og som også er av stor sykepleiefaglig betydning. Da jeg hadde praksis i hjemmetjenesten hadde vi tilsyn hos flere pasienter med diabetes type 2 som blant annet hadde behov for veiledning og støtte med for eksempel kostholdsendring. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap rundt denne kroniske sykdommen, og hvordan jeg som sykepleier kan bidra til at diabetikere skal føle mestring.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få mer innsikt i pasientenes behov for å oppleve mestring med sykdommen. Jeg vil bruke mest kvalitativ forskning som får frem pasientperspektiv. Kvalitativ forskning er nødvendig for å få frem hvilke opplevelser og behov pasientene har. Gjennom oppgaven ønsker jeg å bruke funnene til å forbedre sykepleien som blir gitt til pasienter med diabetes type 2, slik at de skal kunne mestre livssituasjonen. Jeg vil fokusere på hva som må til for å mestre hverdagen med sykdommen. Med ordet mestring vil jeg

konsentrere meg om mestring av livsstilsendringer, da med tanke på kosthold og fysisk aktivitet. Ut ifra dette vil jeg utforske betydningen av veiledning og støtte fra sykepleiere, men også annen sosial støtte som støttegrupper og andre som pasientene omgås med i hverdagen.

1.4 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier støtte personer med type 2 diabetes til livsstilsendring?»

1.5 Presisering og avgrensing

Diabetes type 2 forekommer sjelden hos barn, av den grunn skal jeg ikke konsentrere meg om denne aldersgruppen i oppgaven. Personer med nyopptaget diabetes vil trenge god veiledning og undervisning med sykdommen for å kunne oppnå egenmestring. Likevel er dette også en faktor hos de som har hatt diabetes type 2 i lengre tid. Derfor vil jeg ikke presisere om jeg fokuserer på nyopptaget diabetikere eller de som er langt i forløpet. Jeg ønsker å se på hvordan pasientene skal mestre å leve med diabetes type 2, hvordan de selv kan få bedre kontroll over sykdommen og det den fører med seg. Fokusområdet mitt har vært på hvordan oppnå kontroll og egenmestring over sykdommen, inkludert hva sykepleierne og andre sosiale grupper kan bidra med.

2. Teori

2.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en hormonell og kronisk sykdom. Videre blir den inndelt i to typer: type 1 og type 2. Sykdommen fører med seg relativ eller absolutt insulinmangel som resulterer i forhøyet blodsukker. Den vanligste formen er type 2-diabetes. Forekomsten er som nevnt tidligere økende, spesielt for type 2-diabetes. Dette har blant annet sammenheng med stigende levealder, samt en utvikling av overvekt og fedme som medvirker til økning av insulinresistens (Sagen, 2011, s. 19).

2.2 Diabetes type 2

Ved type 2-diabetes virker ikke insulinet i kroppen godt nok. Det produseres enten for lite insulin- da blir virkningen mangelfull- eller så virker ikke insulinet som lages godt nok på grunn av at kroppens reaksjon på insulin er svekket. Dette kalles insulinresistens, og fører til

at kroppen må produsere mer insulin for å regulere det høye blodsukkeret. Genetiske disposisjoner i kombinasjon med overvekt, ugunstig kosthold og inaktivitet er bakgrunn for utviklingen av sykdommen. I tillegg øker risikoen for å få diabetes type 2 med alderen (Haug, 2017, s. 24-25). Typisk forløp for diabetes type 2 er at blodglukosen stiger langsomt. Dette skjer gjerne over 10-12 år før diagnosen endelig stilles. Tidligere i oppgaven nevnte jeg at det finnes mange med uoppdaget diabetes type 2, nettopp på grunn av at den tidlige fasen av diabetessykdommen ofte er svært symptomfattig. Først når sykdommen har vært pågående en stund, gjerne når blodglukosen også blir høy om morgenen, føler pasienten enten slapphet og tretthet, og eventuelt hyppig urinlating (Berg, 2016, s. 384). Undersøkelser tyder på at ca. 10% av den voksne befolkningen i Norge i løpet av de neste ti årene kan ha en risiko på nærmere 30% for å utvikle type 2 diabetes (Haug, 2017, s. 25).

2.3 Livsstilsendringer ved diabetes type 2

2.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen av dem som har diabetes type 2. Det er tydelig at den glykemiske kontrollen forbedres jo høyere volum av trening (aerob eller kombinert aerob trening og styrketrening). I tillegg kan trening redusere risikoen for senkomplikasjoner både gjennom forbedring av den glykemiske kontrollen og gjennom flere andre mekanismer, som for eksempel reduksjon av inflammasjon og forbedring av vaskulær- og hjertefunksjon. Anbefalinger påpeker at pasienter med type 2 diabetes bør gjennomføre minimum 150 minutter fysisk aktivitet med moderat til hard intensitet per uke. Trolig er kombinasjon av styrketrening og utholdenhetstrening best. Hvor effektivt det er å bare gi råd om fysisk aktivitet er usikkert. Det oppstår gjerne utfordringer for å få pasientene til å trene om de ikke får den støtten de trenger. På grunn av den stigende forekomsten av diabetes type 2 er det urealistisk å ha mulighet til å gi alle et organisert treningstilbud. Imidlertid kreves det en dypere forståelse av både pasientenes og behandlerens evne til å forstå atferdsendring og motivasjon, for å sikre oppfølging av treningsanbefalinger (Larsen & Anderssen, 2018, s. 168-185).

2.5 Kosthold

Selvsagt vil medisinsk behandling påvirke hverdagen til pasienten, men det er få behandlingsformer som får større innvirkning på pasientens daglige liv enn nettopp endring av levevaner. Flere ganger om dagen må diabetespasientene vurdere hvor mye som er

passende mengde å spise, og om sammensetningen er gunstig med tanke på blodsukkernivå, blodlipider, vekt og blodtrykk. Mat og fysisk aktivitet virker inn på mange faktorer samtidig. For eksempel vil ikke nødvendigvis det som er bra for å senke kolesterolnivået være like bra for å senke blodsukkernivået. For å lykkes med å legge om kost- og aktivitetsvaner og etablere nye, sunnere vaner er det helt avgjørende at den det gjelder ser at resultatet er verdt anstrengelsene som endringene ofte krever. Det er viktig å finne fram til motivasjonsnivået i kostholdsveiledning. Diabetespasienten vet selv best hva som er mulig å gjennomføre av endringer av levevaner på kort og lang sikt. Først og fremst skal behandlingen hindre at den som har diabetes får symptomer som reduserer livskvaliteten (Aas, 2011, s. 139-143).

2.6 Støtte

Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ordet støtte er nært knyttet til å hjelpe. Ifølge Travelbee (2001, s. 30) hjelper sykepleieren alltid andre. Sykepleieren står alltid i en hjelpende prosess, også når hun utfører selvstendige sykepleiefunksjoner. Når hun observerer, registrerer, eller gir undervisning vil hensikten uansett være å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, men også til å opprettholde best mulig helsetilstand (Travelbee, 2001, s. 30-31).

2.7 Helsefremming og sykdomsforebygging

Travelbee (2001, s. 34-35) påpeker at det er mange sykepleiere som tenker på helsefremmende undervisning som det å lære en person med diabetes å administrere insulin. Derimot er begrepet helsefremmende undervisning langt mer. Fremfor alt dreier det seg om å hjelpe enkeltindivider og familier til å forebygge sykdom eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. All helsefremmende undervisning vil bygge på å hjelpe syke mennesker (om nødvendig) til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må iverksettes for å bevare helsen og kontrollere symptomer. Som sykepleier ønsker en å bistå mennesker til å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Det gjøres ved å etablere en tilknytning til den syke (Travelbee, 2001, s. 34-35).

Verdens helseorganisasjon (WHO) forklarer at helsefremmende arbeid er en prosess som fører til at den enkelte og samfunnet skal kunne bedre å bevare sin helse (WHO, referert i Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2018, s. 17). I sykepleie handler

helsefremming om alle tiltak som rettes mot at mennesket oppnår mestring i forhold til egen helse slik at sykdom unngås eller at helseproblemer reduseres, eller slik at mennesket hjelpes til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvensene av disse på en best mulig måte (Tveiten, 2018, s. 237).

Det er vanlig å ta i bruk forebygging som et fellesbegrep for å både fremme helse og forebygge sykdom (Gammersvik, 2018, s. 113). Mæland referert i Gammersvik (2018, s. 113) definerer begrepene som gjensidige fordi sykdom og helse henger sammen og påvirker hverandre. Imidlertid er helsefremming og sykdomsforebygging forskjellige på flere områder. Forebygging har sitt utgangspunkt i problem og sykdom, der målet er å forhindre, utsette eller minske følgetilstander av sykdom (Mæland, referert i Gammersvik, 2018, s. 114). I forhold til diabetes kan dette være å forhindre, utsette eller å minske senkomplikasjoner som kan oppstå som følge av sykdommen. Det er jo nettopp dette jeg ønsker gjennom problemstillingen min, å gi støtte til livsstilsendring kan nemlig ha en sykdomsforebyggende effekt. Derimot har helsefremming helse, velvære og livskvalitet som mål, og leter etter faktorer som kan styrke helsen. For at pasienten skal oppnå kontroll over forhold som virker inn på helsen i den situasjonen han er i, handler det også om å få mulighet til å være deltakende i egen prosess. Sykepleiere har både pasientens sykdom og helse som målområder (Gammersvik, 2018, s. 114). Ifølge Antonovsky handler helsefremmende sykepleie om å hjelpe pasienten til å forstå, håndtere og finne mening i en ny situasjon. Sammen med pasienten skal en arbeide for å finne løsninger, sørge for gode erfaringer og ta inn det som er viktig for pasienten i hjelpen som gis. Ved en slik tilnærming er pasientrollen mer aktiv. Når sykepleier legger til rette for mestring, gis pasienten myndighet (Antonovsky, referert i Gammersvik, 2018, s. 119). Myndighet er også en sentral tilnærming og et nødvendig vilkår for å legge til rette for og påvirke forhold ved helse på en helsefremmende måte (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2018, s. 33) Dette kalles empowerment, og det blir derfor viktig hvordan empowermentbegrepet kan forstås i sykepleiekontekst (Gammersvik, 2018, s. 119).

2.8 Empowerment og egenmestring

I tilnærmingen til det helsefremmende arbeidet står empowerment sentralt, og kan være både en prosess og et utfall (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2018, s. 32) Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som angår helse (WHO, referert i

Tveiten, 2018, s. 242). Ut ifra dette omhandler empowerment om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. I empowermentprosessen skal sykepleieren være pasientens samarbeidspartner. Det er viktig å være bevisst på at det er to eksperter i samhandlingen i empowermentprosessen. På det faglige området er det sykepleieren som er ekspert, mens det er pasienten selv som er ekspert på sitt liv. Sykepleieren kan vite hva som er rent faglig best, men pasienten vet best hva det betyr for ham. Gjennom empowermentprosessen skal disse to ekspertene samarbeide (Tveiten, 2018, s. 242). Det er også viktig å påpeke at empowermentprosessen og resultatet er individuelt (Anderson og Funnell, referert i Tveiten, 2018, s. 242).

Empowermentbegrepet understreker viktigheten og betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon (Tveiten, 2018, s 239-240). Askheim og Starrin referert i Tveiten (2018, s. 239) fremhever betydningen av å betrakte mennesker som aktører i eget liv, som selv «vet best hvor skoen trykker». Videre påpeker Askheim og Starrin at empowermentbegrepet fremmes i situasjoner som preges av felleskap, tillitt, trygghet og gode relasjoner. Bjørnvell hevder at alle kan utvikle empowerment dersom de har evner og vilje til å ta kontroll over de faktorer som påvirker helse, engasjement og evnen til å se problemer som utfordringer (Bjørnvell, referert i Tveiten, 2018, s. 242). Empowerment er både et begrep, en prosess og et resultat. At pasienten blir «empowered» vil bety at han/hun blir i stand til å ta mer kontroll over det som påvirker egen helse og eget liv. Man kan gjerne si at et resultat av selve empowermentprosessen kan være mestring (Tveiten, 2018, s. 241).

Self-management er et ord som går mye igjen i forskningene jeg har med i oppgaven. Begrepet er vanskelig å oversette til norsk, men jeg har valgt å bruke ordet egenmestring i min oppgave. Det defineres som en kontinuerlig prosess med valg og avgjørelser for å øke eller endre kunnskap, ferdigheter eller handlinger. Begrepet blir ofte brukt om prosessen en person gjennomgår og de strategiene personen bruker for å mestre hverdagen med en kronisk sykdom (Oslo universitetssykehus, 2009).

2.9 Mestring

Mestring er knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overskrider de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2015, s. 166). Mestring er en sum av indre energi/ressurser og handlingsevne. Det dreier seg om hvordan mennesker møter

belastende livssituasjoner for å finne igjen meningen med livet, samt å kontrollere og tolerere de belastningene en utsettes for. Lazarus og Folkman definerer mestring som kognitive og atferdsmessige anstrengelser som retter seg mot å håndtere indre og/eller ytre krav som oppleves som krevende for pasienten. Noen ganger kan det bli for krevende (Lazarus & Folkman, referert i Haugan & Rannestad, 2018, s. 142).

2.10 Lazarus og Folkmans mestringsteori

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i mestring, da det er det som er målet for pasientene- å selv mestre livsstilsendringene med diabetes type 2.

I Lazarus og Folkmans mestringsteori skilles det i hovedsak mellom to typer av strategier for å mestre situasjoner som oppleves som stressende. De to hovedtypene er: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring sier noe om ulike typer strategier for å løse et problem eller hvordan en skal takle en vanskelig situasjon. Når personen selv mener å ha nokså gode sjanser til å mestre situasjonen brukes gjerne denne typen strategi. Problemorientert mestring omfatter også bearbeiding av følelser knyttet til problematiske situasjoner som ikke kan forandres. Eksempelvis i en situasjon med kronisk sykdom (Lazarus & Folkman, referert i Kristoffersen, 2016, s. 249).

Imidlertid er det flere faktorer som virker inn på valg av strategi. Opplevelse av usikkerhet og hjelpeløshet kan øke stressnivået, og når stressvurderingen øker, reduseres også muligheten for at personen velger en aktiv strategi (problemorientert mestring). Menneskets personlighet vil også være nært knyttet til valget av strategien. Noen mennesker er opptatt av å ha kontroll over det som skjer i den vanskelige situasjonen, dermed blir valget av en aktiv strategi naturlig. For andre vil det være mer selvfølgelig å velge emosjonelt orienterte strategier, da noen mennesker for eksempel er direkte og konfronterende i sitt møte med problemer. Om de tidligere har opplevd å lykkes med slike strategier, er det også sannsynlig at de vil velge en problemorientert strategi neste gang (Lazarus & Folkman, referert i Kristoffersen, 2016, s. 250-251).

Emosjonelt orientert mestring er en nødvendig strategi når situasjonen ikke er mulig å endre, og er livsnødvendig for å holde ut. Bruk av emosjonsorientert mestring bygger på å endre

opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen (Lazarus & Folkman, referert i Kristoffersen, 2016, s. 251).

3. Metode

Metoden sier noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

Vilhelm Aubert definerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap som kan belyse en problemstilling (Aubert, referert i Dalland, 2012, s. 111). Metoden vil være et hjelpemiddel for oss til å samle data, den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 Litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Dette kan forklares som en metode der man tar utgangspunkt i forskningslitteratur som allerede eksisterer for å belyse en problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Med andre ord er det en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Ved å systematisere samles det inn litteratur og går kritisk igjennom den, for å til slutt sammenfatte det hele. I alle trinn i prosessen brukes en systematisk tilnærming. I en systematisk litteraturoversikt utføres en vurdering og oppsummering av relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde. Formålet er å gi den som leser en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. En kvantitativ metode gir data som er målbare. Tallene vil gi oss muligheter til å foreta regneoperasjoner. De kvalitative metodene baseres på meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. På hver sin måte vil både kvalitative og kvantitative metoder bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi er en del av, og av hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler (Dalland, 2012, s. 112). En kvantitativ metode kjennetegnes ved at metoden gir breddekunnskap, som vil si at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Denne metoden er ofte hensiktsmessig når en vil ha svar på spørsmål som hvor mye og hvor ofte. I en kvalitativ metode er det dybdekunnskap som gir oss mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter.

Det vil være nyttig med denne metoden når man ønsker svar på spørsmål som Hva betyr...? Hvordan foregår...? eller Hvordan oppleves? (Thidemann, 2019, s. 76).

3.3 Praktisk fremgangsmåte ved litteratursøk

Gjennom biblioteket til Høgskolen på Vestlandet (HVL) har vi tilgang til flere databaser. Jeg har brukt følgende databaser for å finne artiklene som er inkludert i oppgaven: CINAHL og PubMed. Da jeg startet søket forsto jeg raskt at jeg måtte avgrense for å finne relevante og gode artikler. Det fantes utrolig mye forskjellig om diabetes type 2. For å finne relevante artikler ble det brukt flere søkeord som: type 2 diabetes, behavioral changes, lifestyle changes, motivation, aged, adults og qualitative study. Jeg begrenset søkene, slik at jeg fikk opp artikler som var publisert etter 2015. I tillegg begrenset jeg til engelsk språk slik at jeg kunne forstå innholdet. Peer Reviewed ble også avgrenset for å finne artikler som er vurdert og godkjent. Antall treff jeg fikk vurderte etter hvilken database jeg søkte i. Jeg fikk også opp noen av artiklene i flere ulike databaser. I søkeprosessen endte jeg til slutt opp med å bruke tre artikler fra databasen CINAHL og to artikler fra PubMed.

Jeg brukte rammeverket PICO som hjelp for å få et systematisk søk som rettet seg mot problemstillingen min (se vedlegg I). Ifølge Helsebiblioteket (2016) hjelper PICO med å tydeliggjøre og presisere problemstillingen. Verktøyet MeSH ble også brukt, og hjalp meg med å finne relevante søkeord.

I søkestrategien brukte jeg AND mellom ordene for å avgrense søket, og OR ble brukt for å utvide. Hoved søkeord som ble brukt var diabetes mellitus type 2, motivation, behavioral change, lifestyle change og self-management. Jeg ønsket å finne artikler som så på hvordan pasientene opplevde å leve med diabetes type 2 og de livsstilsendringene sykdommen fører meg seg. Hvordan oppleves deres motivasjon og føler de at behovene for støtte, informasjon og veiledning blir dekket? Hvordan er forholdet mellom pasientene og helsepersonellet? Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å støtte diabetikerne til livsstilsendring? Jeg ønsket også å se på hvordan sykepleierne opplever pasienters motivasjon. Tidlig i prosessen visste jeg at jeg ville fokusere på voksne og ikke barn, derfor ble barn ekskludert i oppgaven.

Ved hjelp av et systematisk litteratursøk i CINAHL og to enkeltsøk i PubMed kom jeg frem til 5 artikler som jeg ønsket å bruke i oppgaven (se vedlegg II). I tillegg fikk jeg anbefalt av

veileder å søke på Bjørg Oftedal på PubMed. Jeg fikk 17 treff og valgte å lese fire artikler som kunne være relevante for å belyse min problemstilling. For min oppgave fant jeg en av artiklene som relevante og valgte «Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes». Selv om studien ble publisert i 2010 anser jeg fortsatt denne som aktuell og relevant for min problemstilling. Dette på bakgrunn av at behandling for diabetes type 2 er lite i endring i motsetning til for eksempel kreftbehandlinger, og at studien tok sikte på hvordan voksne med diabetes type 2 oppfattet støtten gitt av helsepersonell. Erfaringer er som regel alltid nyttige for å kunne påpeke ulike behov som pasientene har. Ut ifra dette kan sykepleieren tilegne seg nyttige kunnskaper om hva som eventuelt kan bli gjort bedre eller annerledes i hjelpen som gis.

3.4 Kildekritikk

Metodene som brukes for å fastslå om en kilde er troverdig kalles kildekritikk. Dette vil si å vurdere og karakterisere de kildene som brukes. Kildekritikken skal vise at du kan forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. For å utøve kildekritikk er kunnskap grunnlaget (Dalland & Tygstad, 2012, s. 72-73). På utvalgte artikler skal jeg bruke sjekklister for å vurdere kvaliteten. I vedlegg III er det lagt ved et eksempel på kvalitativ sjekklister. I forhold til sjekklister er forskningen brukt i denne oppgaven av tilfredsstillende kvalitet. Målbevisst har jeg også tatt i bruk artikler som er fagfellevurdert, peer reviewed.

Jeg har lest flere studier for å finne ut om hva som ble undersøkt, og om dette var relevant for min problemstilling. Tilgangen på litteratur som omhandlet problemstillingen var stor. For at kilden skal være relevant for meg må den ta for seg voksne med diabetes type 2 og deres opplevelser rundt endring av livsstil og behov for støtte fra helsepersonell. Det var også av relevans og finne ut om sykepleierne erfarte at pasientene var motiverte, og hvilke behov de tenkte var viktige. Dette for å kunne sammenligne om sykepleierne og pasientenes opplevelser stemte overens, og eventuelt da finne forbedringsområder. Dalland (2012, s. 120) påpeker at det ikke er nok at kildene er relevante, men at de data man henter fra kildene må også være relevante. Godt valgte intervjupersoner hjelper lite dersom spørsmålene og svarene ikke bidrar til å belyse problemstillingen. Gjennom søkeprosessen var jeg oppmerksom på dette, og hadde problemstillingen i bakhodet når jeg leste studiene.

3.5 Metodekritikk

Når man vurderer hvordan metoden har fungert sett opp mot mulige alternative metoder er man kritisk til metoden. Dette kalles metodekritikk (Dalland, 2017, s. 225). Det må finnes nok forskning med god kvalitet for å kunne utføre gode systematiske litteraturstudier.

Forskningene kan gjøre et grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26). Det finnes både sterke og svake sider med litteraturstudier. Eksempel på en svakhet i en litteraturstudie kan være at forfatteren kun har hatt tilgang til et begrenset antall studier, eller at forfatteren har hatt et ønske om å finne forskning som støtter opp hans egne meninger, og har dermed valgt selektivt (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

For å få et bredere perspektiv rundt temaet ble seks forskningsartikler valgt. Artikkene er skrevet på engelsk. En fordel med dette er at litteraturen kan nå ut til mange. Negativt er at det kan forekomme feiltolkning fra min side i prosessen med å oversette innholdet.

For å svare på problemstillingen er det brukt flest kvalitative studier, og en kvantitativ studie. Selv om innsamlet data er av relevans for problemstillingen, må de også være samlet inn på en pålitelig måte. Tar vi utgangspunkt i en kvalitativ studie som ofte benytter intervju, kan det ligge en mulig feilkilde i selve kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2012, s. 120). Oppfatter deltakerne spørsmålet på riktig måte? Forstår intervjueren svaret riktig? Blir alt notert riktig? Det vil alltid være vanskelig å få med alt. Kort sagt kan flere slike misforståelser føre til redusert pålitelighet (Dalland, 2012, s. 120). Selve intervjuprosessen vil også kunne preges av forskerens personlighet (Dalland, 2017, s. 54). Når det foretas et godt forarbeid og oppmerksomhet i gjennomføringen kan flere av disse vanlige feilene reduseres (Dalland, 2012, s. 121).

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Når vi utfører etiske vurderinger i planleggingsfasen ved valg av tema og problemstilling, bør vi stille spørsmålet: hvem vil ha nytte av de nye kunnskapene vi prøver å fremskaffe, og er det noe vi kan bidra med overfor de menneskene som er involvert i prosjektet? (Dalland, 2012, s. 96-97).

Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra de regionale

komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det er syv komiteer, der det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av dem (Dalland, 2012, s. 98). Det er også viktig å påpeke at forskningsstudier også kan godkjennes av NSD og datatilsynet som også vurderer studiene og forholdene rundt personvern. NSD er Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Som nevnt er en av oppgavene deres å vurdere om undersøkelsesopplegg oppfyller kravene til å ivareta personvernet til mennesker som deltar i en undersøkelse (Dalland, 2012, s. 101). Dermed blir det viktig for meg å undersøke om artiklene er godkjent av etisk komite og om de har utført etiske overveielser. Jeg har gjort etiske overveielser gjennom mitt litteratursøk, der alle mine studier er godkjent av etisk komite. Etter min vurdering er personvernet i artiklene ivaretatt og deltakerne blir blant annet godt anonymisert.

4. Presentasjon av inkluderte artikler

4.1 Artikkel 1

How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals

(Linmans, Knottnerus & Spigt, 2015)

Mål: Studien hadde som mål å vurdere motivasjonsnivået for å endre livsstil hos pasienter med diabetes mellitus type 2. Det ble undersøkt hva pasientene tenkte om seg selv, men også hva helsepersonell mente om de enkelte pasientene og deres motivasjon.

Metode: 150 pasienter med type 2 diabetes fylte ut et spørreskjema for å vurdere motivasjonsnivået for å endre livsstil, ved å bruke et enkelt spørsmål med tre svaralternativer. I tillegg undersøkte og sammenlignet studien nivået av fysisk aktivitet indikert av pasientene og helsepersonell (12 fagpersoner).

Resultat: En stor del av pasientene rapporterte å ha et mangelfullt fysisk aktivitetsnivå og var ikke motiverte til å endre livsstil. Pasientene hadde en tendens til å overvurdere sin fysiske aktivitet og motivasjon til å endre seg i forhold til helsepersonell. Pasientene og sykepleierne var kun enige om motivasjonsnivået i 41% av tilfellene. Når helsepersonell ikke kjenner

pasientens motivasjonsnivå eller er enige med pasientene, kan dette føre til vanskeligheter med å tilpasse seg pasientens behov og å gi personsentrert omsorg.

Relevans: Studien er relevant for min problemstilling da man får et innblikk i hvor motiverte pasienter med diabetes type 2 pasienter er til å endre livsstil. I og med at den også sammenlignet hva både pasientene og helsepersonellet mente om motivasjonsnivået hos pasientene blir den viktig. Jeg kan ta i bruk resultatene, og videre tenke på muligheter for å kunne samarbeide på samme nivå som pasienten. Dette er ikke bare nødvendig for pasientens faktiske atferd, men også for motivasjonen til endring.

4.2 Artikkel 2

“I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus

(Sebire, Toumpakari, Turner, Cooper, Page, Malpass & Andrews, 2018)

Mål: Studien hadde som mål å utforske hvordan pasientgruppen gir uttrykk for og opplever forskjellige typer motivasjon når de prøver å endre livsstil.

Metode: Semistrukturerte intervjuer ble brukt. De samlet inn data fra 30 voksne som nylig hadde fått diagnosen type 2 diabetes.

Resultat: Teorien om selvbestemmelse ble brukt, ut ifra denne ble det identifisert at mange deltakere rapporterte «relativt dominerende kontrollert» motivasjon for å oppnå livsstilsanbefalinger. De ønsket å unngå at deres manglende overholdelse ble «funnet ut» og undertrykte skyld etter bortfall i atferdsendingsforsøk. Slike fortellinger fra pasientene oppsto hos dem som opplevde frustrerende sakte atferdsendring. Autonom motivasjon ble uttrykt som noe som ofte ble oppnådd over tid, og reflekterte mål for å forbedre helse, livskvalitet eller familietid. Noen deltakere hadde integrert atferdsendringen sin til en ny livsstil. Flere rapporterte også en motivasjon basert på viktigheten av å unngå skadelige helsemessige konsekvenser som for eksempel senkomplikasjoner av diabetes. Uavhengig av deres motivasjon, formulerte stort sett deltakerne et behov for struktur i deres omsorg, ofte gjennom eksperthjelp og støtte.

Relevans: Funnene i studien kan være med meg som sykepleier utforske hvordan en kan finne motivasjon til endring og forstå pasientens motivasjon. Studien belyser også mange ulike motivasjonsnivå, der noen av deltakerne var svært positive, mens andre var mer demotiverte. Som sykepleier er det viktig å forstå hvorfor pasientene kjenner på disse følelsene og hva de trenger for å kunne mestre endringene på sikt. Det er nesten umulig å kunne hjelpe dem når man ikke forstår hvilke behov de har.

4.3 Artikkel 3

"I have got diabetes!" - interviews of patients newly diagnosed with type 2 diabetes

(Pikkemaat, Boström & Strandberg, 2019)

Mål: Målet med denne studien var å utforske tankene, opplevelsene og reaksjonene til nylig diagnostiserte pasienter med diabetes type 2.

Metode: Ti voksne diagnostisert med type 2 diabetes mellitus i løpet av de siste 12 månedene ble intervjuet. En intervjuguide ble brukt i de semistrukturerte intervjuene.

Resultat: Studien kom frem til tre hovedtemaer: reaksjon på diagnose, livsendringer og bekymringer for fremtiden. Å få diagnosen endret livet til deltakerne. For flere av pasientene var det viktig å avskille seg fra eldre mennesker som hadde lidd av diabetes lenge og trengte insulinbehandling. Dette var viktig fordi de ikke følte seg som dem, og ikke ønsket å bli slik. En irriterende faktor var at personer rundt blandet seg inn og hadde kommentarer og meninger om hvordan deltakerne skulle leve livet. Det ble også rapportert vanskeligheter med å fortelle venner om diagnosen. Angående kostholdsendringer var det mange opplevelser. For noen var det vanskelig, men med stort engasjement. Utfordringer med å endre tidligere vaner og lage nye ble sett hos flere. Deltakerne uttrykte viktigheten av forholdet til helsehjelp og kunnskapen de bar på. Ulike bekymringer om fremtiden var også en faktor.

Relevans: Studien kan hjelpe å bidra til bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten basert på problemer som er trukket frem av pasientene. Artikkelen får frem gode pasientperspektiver som beskriver deltakernes behov og ønsker.

4.4 Artikkel 4

Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes

(Ofstedal, Karlsen & Bru, 2010)

Mål: Hensikten er å finne ut hvordan voksne med diabetes type 2 oppfatter forskjellige kjennetegn på støtte gitt av helsepersonell, og hvordan ulike faktorer for støtte kan påvirke menneskers motivasjon til å selv ta kontroll over sykdommen sin.

Metode: Fokusgrupper ble brukt til å samle inn data. Utvalget besto av 19 voksne med type 2 diabetes. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Fem temaer ble identifisert som viktige faktorer til støtte fra helsepersonell: en empatisk tilnærming, praktiske råd og informasjon, involvering i beslutningsprosesser, nøyaktig og individualisert informasjon og pågående gruppebasert støtte. Deltakerne uttalte at empati var integrert i støtten gitt av helsepersonell. Det ble oppfattet at helsepersonell ikke spurte om pasientenes individuelle behov. Mange følte også at behovet for praktisk støtte ble ignorert og oversett. Program for mestrings- og læringscenter ble positivt omtalt, og de som hadde deltatt indikerte at innholdet var gunstig. Imidlertid nevnte de også at informasjonen de fikk ville motivert dem enda mer i deres egenomsorg om det hadde vært mer relatert til deres hverdag. Etter de første møtene med helsepersonell følte mange seg etterlatt alene.

Relevans: Artikkelen utdyper fem temaer som viktige faktorer til støtte fra helsepersonell. Deltakerne i studien kommer med sine erfaringer og hva de forventer av helsepersonellene. Dette gir flere gode punkter for å kunne drøfte opp mot problemstillingen.

4.5 Artikkel 5

Self-management Experience of Middle-aged and Older Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study

(Wu, Tai & Sun, 2019)

Mål: Målet er å utforske erfaringer med egenmestring hos middelaldrende og eldre voksne med diabetes type 2.

Metode: Det ble gjennomført fokusgrupper med gruppesamtaler. To fokusgrupper bestående av 23 deltakere var inkludert for å samle data. Gruppesamtaler ble gjennomført totalt fire ganger.

Resultat: Ved hjelp av innsamlet data kom tre områder i fokus: 1: lytte til kroppens stemme og observere fysiske forandringer, 2: gjenkjenne diabetes og utfordringer rundt sykdommen, 3: dilemmaer for å iverksette selvledelse. For å forstå egne fysiske endringer delte pasienter i ulike aldre forskjellige fysiske følelser, som for eksempel hyppig tretthet og hyppig toalettbruk. Merkbare tegn er viktig å ta tak i for å oppnå kontroll. Både med maktesløshet og hyppig toalettbruk forklarte flere av deltakerne at de da visste blodsukkeret var lavt. Kostholdsutfordringer under sosiale arrangementer var et faktum, der pasientene vanligvis opplevde en skyldfølelse hvis de ikke begrenser seg og da mister kontrollen. Alle fysiske tilpasninger til blodsukkernivået er forskjellig.

Relevans: Studien oppfordrer til refleksjon av hvordan man kan forbedre pasientens selvobservasjon fra ledetrådene til symptomene før utbruddet. Dette for å redusere hyppigheten av akutte utbrudd med for eksempel lave eller høye målinger. For pasientene er det nyttig med god selvobservasjon og å kjenne til normale fysiske endringer for å oppnå egenmestring med sykdommen.

4.6 Artikkel 6

Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes in general practice: a qualitative study

(Dao, Spooner, Lo & Harris, 2019)

Mål: Studien hadde som mål å undersøke faktorene som påvirket egenmestring av type 2 diabetes i allmennpraksis.

Metode: Semistrukturerte kvalitative intervjuer ble gjennomført med ti pasienter med type 2 diabetes, og deres fire fastleger og tre praktiserende sykepleiere.

Resultat: Fire overordnede temaer: individuelle, mellommenneskelige, organisatoriske og felleskap, hvor flere faktorer som påvirker egenmestring ble identifisert. Hver pasient

rapporterte å være påvirket av flere faktorer. Pasientenes og helsepersonellens svar var vanligvis i samsvar med hverandre, men synspunkter avvirket noen ganger; for eksempel angående hindringer for motivasjons- og opplæringsprogrammer for egenmestring. Flere virket generelt motiverte til egenmestring og rapporterte ikke motivasjonshindringer. Helsepersonell sa at pasientene ofte i utgangspunktet var motivert men mistet motivasjonen over tid. Både pasienter og helsepersonell mente at det å kjenne andre som hadde utviklet diabetiske senkomplikasjoner, var en kilde til motivasjon for å selv oppnå god egenmestring. Familie og venner ble oftere beskrevet som tilretteleggere enn barrierer.

Relevans: I og med at deltakerne ble påvirket av minst tre faktorer, antydes det at for å forbedre pasientenes egenmestring er det utilstrekkelig å kun fokusere på en faktor for å oppnå en betydelig og langvarig effekt på mestring og kontroll. Dette er viktig å vite når en skal hjelpe pasientene til livsstilsendring. Man må ta sikte på flere faktorer for at pasientene selv skal kunne føle egenmestring.

4.7 Oppsummering av artikkelfunn

Oppsummeringen av funnene i artiklene danner et grunnlag for hva som skal fokuseres på i drøftingsdelen.

- Nøkkelen til vellykket egenomsorg er motivasjon. Kvaliteten og ikke bare mengden av pasientens motivasjon bør vurderes hos hver enkelt. I flere tilfeller var pasientene mer positive til deres motivasjon om å endre livsstil enn sykepleierne. Det er vanlig at helsepersonell og pasienter ikke har samme synspunkt om hvordan optimal behandling av diabetes ser ut, noe som kan gjøre kommunikasjonen vanskeligere.
- Pasientene var ofte bekymret for å miste den profesjonelle støtten etter hvert. De gav uttrykk for behovet om kontinuerlig støtte, og ønsket ikke å bli forlatt på egenhånd. Flere sa at den profesjonelle støtten gav dem motivasjonen de trengte for å opprettholde livsstilsendring.
- Deltakerne hadde en forventning om oppdatert informasjon og kunnskap til helsehjelpen. Noen var fornøyde og fikk nødvendig informasjon fra helsepersonellet. Flertallet trengte å skaffe tilleggsinformasjon om diabetes på forskjellige måter.
- Empati ble definert som forståelse, lytting og en helhetlig tilnærming. Når empati var integrert i støtten som ble gitt av helsepersonell uttalte deltakere det som en motiverende faktor til å selv kunne ta hånd om sykdommen.

- Fagpersoner har kunnskap om ekspertise om diabetes og behandlingen, mens deltakerne er eksperter på deres daglige liv med diabetes. Personsentrert omsorg er en viktig del av støtten.
- Pågående gruppebasert støtte som fokusgrupper vil gi dem en mulighet til å dele sine erfaringer, frykt og frustrasjoner med andre i en lignende situasjon. Dette kan være nyttig for å finne motivasjonen til å håndtere sykdommen.
- Inkludering av pasientens familie og venner kan både være positivt og negativt.

5. Drøfting

En drøfting skal diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen, og hvordan resultatene forholdet seg til aktuell teori og forskning som er inkludert i oppgaven (Thideman, 2017, s. 108). De ulike funnene skal drøftes opp mot valgt teori om helsefremming og sykdomsforebygging, empowerment og mestring. For å kunne si noe om hvordan sykepleiere kan støtte til livsstilsendring hos personer med diabetes type 2 må vi vite noe om utfordringer knyttet pasientenes behov og sykepleierens rolle. For å kunne gi en helhetlig forståelse og for å kunne svare på problemstillingen vil oppgaven bli drøftet videre i fem overskrifter: behovet for pågående støtte, vurderingsstøtte og sosial støtte, informasjon og opplæring, personsentrert omsorg og brukermedvirkning- nøkkelen for vellykket egenomsorg og emosjonell bagasje- ulike reaksjoner og bekymringer.

5.1 Behovet for pågående støtte

Pågående støtte fra helsepersonell er nødvendig for å opprettholde livsstilsendringer. I studien til Oftedal et al. (2010) understreket mange av deltakerne at de ofte følte seg tomme og etterlatt på egenhånd etter de første møtene med helsepersonell. Videre indikerer funnene at flere opplevde vanskeligheter med å endre og opprettholde livsstilsendringer over tid. Sebire et al. (2018) skriver også at deltakerne ofte var bekymret for å miste den profesjonelle støtten da intervensjonen som gav dem motivasjonen de trengte for å opprettholde endring tok slutt. I tillegg formulerte deltakerne uavhengig av deres motivasjon et behov for struktur i deres omsorg, ofte gjennom eksperthjelp og støtte (Sebire et al., 2018). Selv om diabetikeren skal bli mest mulig selvstendig er det viktig med støtte fra andre. Derimot er det ikke alle som har behov eller ønsker like mye støtte. Ifølge Linmans et al. (2015) bør motivasjonsnivået vurderes, da suksess i å oppnå atferdsendring avhenger av hvor motivert pasienten er. Det var

uenighet mellom pasienter og sykepleiere om motivasjonen til pasientene for livsstilsendring. Generelt var pasientene mer positive om aktivitetsnivå og graden av motivasjon, sammenlignet med sykepleierne. I studien kom det frem at pasientene hadde en tendens til å overvurdere seg selv. Når man som sykepleier ikke kjenner til pasientens motivasjonsnivå, eller er enige med pasientene, vil det bli vanskelig å tilpasse seg pasientens behov og gi personsentrert omsorg (Linmans et al., 2015).

Det finnes flere typer motivasjon. Ut ifra et helsefremmende perspektiv ønsker vi at pasientene oppnår en type ytre motivasjon, som er regulering gjennom identifisering eller integrering (Renolen, 2015, s. 67). Ved regulering gjennom identifisering oppleves handlingen i større grad som selvbestemt, der du for eksempel trener fordi det er viktig for helsen. Regulering gjennom integrering oppleves som selvbestemt fordi den er i tråd med våre verdier og behov. Eksempelvis at jeg trener fordi jeg får bedre helse og greier å yte mer i jobben (Renolen, 2015, s. 67). Empowerment vil være naturlig å trekke inn. Om pasienten oppnår en av de to typene for ytre motivasjon nevnt ovenfor, vil pasienten selv ha kontroll over forhold som virker inn på helsen i den situasjonen han er i, og er deltakende i egen prosess (Gammersvik, 2018, s. 114).

5.2 Vurderingsstøtte og sosial støtte

Oftedal et al. (2010) påpeker i sin studie at pasientene har et behov for kontinuerlig gruppebasert støtte i tillegg til de vanlige timene tilbudt av helsepersonell. Selv foreslo deltakerne at regelmessige gruppemøter med andre i lignende situasjon ville øke motivasjonen for å kunne ta hånd om sykdommen (Oftedal et al., 2010). Ifølge Lode (2016, s. 48) vil personer som har eller opplever å ha sosial støtte, ha større mulighet for å tilpasse seg sykdom. Wu et al. (2019) nevner også at støttegrupper kan oppmuntre pasienter til å dele sine erfaringer med egenmestring. Utveksling av erfaringer kan nemlig hjelpe pasienter med å uttrykke følelser, gi effektiv støtte og lære pasienten mer. Helsepersonell kan være viktige tilretteleggere for slike grupper. Når en får vite at en har diabetes type 2 kan dette være en stressende faktor. En kronisk sykdom som ikke forsvinner. Lode (2016, s. 47-48) forklarer at i stressituasjonen kan opplevelsen av å ha sosial støtte være en viktig faktor. I tillegg kan sosial støtte ha betydning for valget av mestringsstrategier. I mestringsteorien anses å søke sosial støtte som en problemløsende strategi (Lode, 2016, s. 48). Lazarus og Folkman referert i Kristoffersen (2016, s. 249-250) viser til at problemorienterte mestringsstrategi omfatter ulike

typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller ta hånd om en vanskelig situasjon. Når personen selv mener å ha nokså gode sjanser til å mestre situasjonen velges fortrinnsvis denne type strategi. Imidlertid er det mange faktorer som virker inn på valget av strategi. Om en person opplever usikkerhet, konflikt eller hjelpeløshet, er det lite sannsynlig at personen velger en aktiv og direkte strategi. Sett i fra en annen side vil det også være nødvendig med en viss grad av stressvurdering for å finne det bryet verdt å anstrenge seg for å gjøre noe aktivt med situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249-250).

Støtte fra familie og venner kan være gunstig for å håndtere type 2 diabetes. Dao et al. (2019) viser til at pasientens familie oftere ble beskrevet som tilretteleggere enn barrierer, av både pasienter og helsepersonell. Derimot kan de også være en barriere for selvkontroll. Noen deltakere i studien nevnte at partnerne deres tilbød dem usunn mat og spiste usunne måltider foran dem. Videre forklarte helsepersonell at familien og venner av og til hadde negativ innflytelse i form av å gi råd som ikke stemte overens med evidensbaserte retningslinjer (Dao et al., 2019). Ifølge Wu et al. (2019) oppsto det et dilemma blant deltakerne om å overvinne kostholdsutfordringer under sosiale arrangementer. Lode (2016, s. 48) viser også til at sosial støtte og nettverk kan oppleves negativt, i den forbindelse at pasienten selv kan oppleve at familie og venner blir altfor støttende og utfordrer deres selvstendighet og autonomi. Ifølge Pikkemaat et al. (2019) var det nemlig en irriterende faktor blant deltakerne at personer rundt blandet seg inn, og hadde kommentarer og meninger om hvordan de skulle leve livet sitt.

5.3 Informasjon og opplæring

Helsepersonell har en plikt om å informere pasienten om fordelene med livsstilsendring for å nå forskjellige mål av behandlingen (Pikkemaat et al., 2019). Pikkemaat et al. (2019) forteller videre i sin studie at deltakerne mente at oppdatert kunnskap var en av de viktigste forventningene til helsehjelpen. Imidlertid var noen deltakere fornøyde og fikk nødvendig informasjon fra helsepersonellet, mens flertallet hadde behov for å skaffe tilleggsinformasjon om diabetes på forskjellige måter. På en annen side nevnte en deltaker i Oftedal et al. (2010) sin studie at overskudd av informasjon kunne redusere troen på evnen til å selv kunne regulere diabetesen og på sin side redusere motivasjonen for å mestre tilstrekkelig. I tillegg påpekes det at noen personer ønsket å motta detaljert informasjon, mens andre uttrykte preferanse for mer generell informasjon (Oftedal et al., 2010). Dette kan henge sammen med at det ikke finnes noen oppskrift på hva hver enkelt person har behov for når de skal oppnå

mestring av livsstilsendringer. Ifølge Lazarus og Folkman vil tanker, følelser og handlinger være avhengige av og påvirke hverandre i mestringsprosessen (Lazarus og Folkman, referert i Renolen, 2015, s. 169). Dette fører til at man som sykepleier må kjenne til de forskjellige tankene og handlingene hos menneskene, for å forstå hvilke behov de har for å mestre den aktuelle situasjonen. For eksempel var det svært forskjellige meninger om innhenting av informasjon fra internett. Av noen ble dette sett på som veldig positivt, mens andre aldri ville brukt internett til informasjon om sykdommer (Pikkemaat et al., 2019).

Oftedal et al. (2010) viser til at mange deltakere rapporterte at den eneste praktiske støtten de fikk var relatert til informasjon og råd om kosthold og planlegging av måltider. En sentral hensikt med veiledning er å styrke mestringskompetanse gjennom læring (Karlsen, 2011, s. 225) Ifølge Lazarus og Folkmann kan også mestring ses som et resultat av læring (Tveiten, 2018, s. 238). En viktig oppgave som sykepleier er å gi praktisk og informativ opplæring i bruk av ulike hjelpemidler til den enkelte. Diabetikeren trenger veiledning og motivasjon for å mestre sin egenbehandling i dagliglivet (Måløy, 2011, s. 101). Graue & Haugstvedt (2011, s. 237) påpeker også at opplæring er en forutsetning for at den enkelte kan mestre livet som kronisk syk. Dette kan hindre forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner. Videre i Oftedal et al. (2010) sin studie sa flertallet at de sjelden fikk praktisk støtte i konsultasjoner med helsepersonell. De følte at behovet for dette ble ignorert og oversett av personellet. Mangel på praktiske råd svekket deltakernes evne til å bruke informasjon som ble gitt som et verktøy for adekvat selvhåndtering (Oftedal et al., 2010). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å ivareta pasientenes behov trenger vi som sykepleiere kunnskaper om hvilke behov pasienter har. Eide & Eide (2013, s. 332) forklarer at å være en veileder i endringsprosesser innebærer å måtte forlate en læringsmodell som sier at vi har noe å lære bort, og gå inn i en læringsmodell som sier at vi har alt å lære. Som sykepleier kan vi systemet, faget og profesjonell kommunikasjon. Dette kan komme godt med, men vi vet i utgangspunktet ikke noe om det viktigste. For det handler om pasienten selv. Pasientens følelser, prioriteringer og valg. Det omhandler pasientens liv, erfaring og forestillinger om fremtiden. Ved å være åpen, utforskende og interessert når det gjelder dette, vil pasienten kunne lede an. Det er pasienten som skal finne veien, mens vi bidrar med det vi kan- på pasientens premisser (Eide & Eide, 2013, s. 332).

5.4 Personsentrert omsorg og brukermedvirkning- nøkkelen for vellykket egenomsorg

Flertallet av de intervjuede i studien til Pikkemaat et al. (2019) viste tillitt til helsepersonellet og følte seg aktivt involvert i behandlingen, og påpekte viktigheten av dette. Derimot skriver Oftedal et al. (2010) at deltakerne oppfattet at helsepersonellene tok i bruk en «læreboktilnærming» for behandling av type 2 diabetes og spurte ikke om deres behov. Dermed mente mange at helsepersonell ikke hørte på eller ba om deres meninger om viktige problemer forbundet med å leve med diabetes type 2. De forklarte viktigheten av at informasjonens nøyaktighet ikke bare ble reflektert til riktig informasjon, men også til hvordan informasjonen ble individualisert til deres personlige behov (Oftedal et al., 2010). En klar forutsetning for en god mestringsprosess er pasient- eller brukermedvirkning (Lode, 2016, s. 49). «På den nye måten» handler helsefremming om en utviklings- eller læringsprosess. Pasienten skal selv utvikle kompetanse til å greie seg best mulig selv i de utfordringene de står i (Gammersvik, 2018, s. 122). Da er det viktig å se på personer med diabetes som en erfarings- og kunnskapsbasertressurs. Hverdagskompetansen de har om sin egen sykdom er noe som ikke helsepersonell har, derfor må de selv stå for det meste av behandlingen (Karlsen, 2011, s. 223). Læringsprosessen skal ha som mål at pasienten skal få et eierforhold til det som læres, slik at han utvikler personlig kompetanse til å mestre den situasjonen han er i. Et typisk trekk ved «den nye måten» å fremme helse på er empowermentprosessen. Her vil både kompetansen hos pasientene og sykepleieren være nødvendig for å finne de beste løsningene (Gammersvik, 2018, s. 122-123). Ifølge Gibson vil denne prosessen bestå av flere faser og være preget av et likeverdig forhold mellom partene (Gibson, referert i Gammersvik, 2018, s. 123). I empowermenttekningen er prinsippene: pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling helt grunnleggende. Dette er også sentrale begreper i helsefremming, og kan dermed ses på som et rammeverk for helsefremming (Tveiten, 2018, s. 239).

5.5 Emosjonell bagasje- ulike reaksjoner og bekymringer

Reaksjoner på diagnosen og det som følger med vil variere fra person til person. Uansett er det viktig at sykepleiere setter seg inn pasientens situasjon der og da, og viser forståelse. Å få diagnosen type 2 diabetes kan fremkalle en rekke emosjonelle responser, undersøkelser av pasienters livsstil, og et behov for å endre (Sebire et al., 2018). Pikkemaat et al. (2019) påpeker at å bli diagnostisert med diabetes endret livet til deltakerne. På en side ser vi at noen

deltakere assosierte diagnosen med skyld og skam. Studien til Wu et al. (2019) fremhevet også en form for skyldfølelse blant deltakerne dersom de ikke klarte å begrense seg og deretter mistet kontrollen. Det er slett ikke uvanlig blant de med diabetes type 2 å føle på negative følelser som skam og skyldfølelse (Tunstrøm, 2018). Siden diabetes type 2 ofte er knyttet til begrepet livsstil og levestil, stilles ofte pasienten til ansvar for sykdommen. Dette er nok en faktor som kan forsterke følelsen av skam og skyld (Tunstrøm, 2018). På en annen side reagerte andre deltakere med å akseptere diagnosen (Pikkemaat et al., 2019). Mangel på å forstå alvoret av sykdommen blant pasientene, var noe de fleste helsepersonell uttrykte i studien til Dao et al. (2019). Som sykepleier er det viktig at en er klar over at man må være arvelig disponert for å kunne utvikle diabetes type 2, selv om overvekt og mangel på fysisk aktivitet er viktige triggerfaktorer (Diabetesforbundet, 2019). Det vil være viktig å ikke se på personen som årsaken til sykdommen, men å rette fokuset fremover mot å fremme helse og dermed forebygge senkomplikasjoner. Sykepleierens oppmerksomhet er rettet mot mange forhold hos pasienten når en fremmer helse. Det krever evne til lyttende nærvær, tilpasning og kreativitet (Gammersvik, 2018, s. 120).

Både når det gjelder endringer i kosthold og fysisk aktivitet var det en rekke opplevelser blant deltakere (Pikkemaat et al., 2019). Noen deltakere fant det lett å gjøre endringer i kostholdet, mens majoriteten beskrev hindringer og spesielt risikoen for å komme tilbake til tidligere livsstil. Deltakerne følte seg begrenset i hva de «fikk lov» å spise eller øvelsen de «måtte gjøre», og så visse kostholdsendringer som straff (Sebire et al., 2018). Wu et al. (2019) påpeker at de fleste deltakerne var klar over at trening var en viktig del av behandlingen, men at det var vanskelig å opprettholde treningsvanen. Endring av tidligere levevaner kan være utfordrende, og krever motivasjon og tilpasning. Likevel rapporterte mange deltakere en motivasjon basert på viktigheten av å unngå skadelige helsemessige konsekvenser av diabetes. De ble dermed motiverte av å kunne forhindre en forverring. Flere gav også uttrykk for å glede seg over sin nye måte å spise på eller av avslapning og tilfredshet som ble gitt ved trening (Sebire et al., 2018). For helsepersonell er det viktig å formidle at å ha diabetes betyr ikke at du ikke kan spise god mat, men du må kontrollere hva du spiser. I tillegg spiller trening en viktig rolle i kontrollen av blodsukkeret. Utfordringene for sykepleiere når det gjelder trening er imidlertid ikke å oppfordre til at pasienter skal utføre samme treningsmengde hver dag, men å integrere trening i pasientens daglige liv og miljø for ytterligere å styrke forholdet mellom trening og sykdom (Wu et al., 2019).

Ifølge Wu et al. (2019) er kvaliteten på forholdet mellom helsepersonell og pasient, betydelig relatert til hvordan en pasient tilpasser seg sykdommen. Videre anbefales det at helsepersonell lytter til pasienter når de uttrykker sine vansker med egenmestring og hjelper dem med å utvikle strategier for å ta sunne livsstilsvalg (Wu et al., 2019). Som vi har sett i Oftedal et al. (2010) sin studie ble en empatisk tilnærming sett på som en viktig faktor for støtte fra sykepleiere. I støtten som ble gitt av helsepersonell var empati integrert. Deltakerne uttalte at dette var med på å motivere dem til å selv kunne ta hånd om sykdommen sin. De definerte empati som forståelse, lytting og en helhetlig tilnærming. Deltakerne gav også en illustrasjon over hva som skjedde da de oppfattet mangel på empati. Eksempler var når de ble beskyldt av helsepersonell for sykdommen sin, eller når helsepersonell begrenset sin støttende rolle, og heller prioriterte å snakke om objektive data som laboratorieresultater (Oftedal et al., 2010). Ifølge Travelbee (2001, s. 193) er empati evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Bekreftende ferdigheter er det kommunikative grunnlaget for empowerment. Bekreftende kommunikasjon tar sikte på å formidle at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler. Når noen lytter til oss og lever seg inn i følelsene og tankene vi har opplevd dette som godt, styrker selvfølelsen og fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker (Eide & Eide, 2013, s. 220).

6. Konklusjon

Det passer aldri å ha diabetes, men evnen til å håndtere utfordringer styrkes med erfaring og kunnskap. Sykepleieren har en viktig oppgave i å gi informasjon og kunnskap etter pasientenes individuelle behov. Når vi retter oss mot pasientens egne behov blir det lettere for pasienten å selv kunne mestre utfordringene etter hvert. Tiltak som kun rettes mot et bedre kosthold og økt fysisk aktivitet vil ikke fungere over tid. Det er selve støtten som ligger bak som er betydningsfull. For å lykkes trenger de pågående støtte gjennom informasjon og veiledning tilpasset deres individuelle behov. Det er også viktig å vise forståelse og ta del i deres tilstand. Sosial støtte gjennom familie kan både bli sett på som positivt og negativt. I flere av studiene ble støttegrupper i de aller fleste tilfeller snakket varmt om. Basert på dette bør gjerne støttegrupper for diabetes dannes for å oppmuntre pasienter til å dele sine erfaringer med egenmestring, da utveksling av erfaringer vil kunne hjelpe pasienter med å uttrykke følelser, gi effektiv støtte og øke læring hos pasientene. Sykepleier kan bidra med tilrettelegging for slike grupper.

7. Referanseliste

- Aas, A.M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes-forebygging, oppfølging, behandling* (s. 123-144). Oslo: Akribe AS.
- Berg, J.P. (2016). Sykdommer i endokrine organer. I S. Ørn & E.B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 371-384). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 63-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dao, J., Spooner, C., Lo, W. & Harris, M.F. (2019). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes in general practice: a qualitative study. *Australian Journal of Primary Health*, 25, 176-184. <https://doi.org/10.1071/PY18095>
- Diabetesforbundet. (2019, 5 november). Diabetes type 2. Hentet fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gammersvik, Å. (2018) Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 112-134). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Graue, M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes-forebygging, oppfølging, behandling* (s. 237-250). Oslo: Akribe AS.

- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie- praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Haug, J. (2017). *Diabetes-psykologi- samspillet mellom kropp og sinn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 135-156). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & Graue, M (Red.), *Diabetes- forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-233). Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Stress og mestring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s. 237-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, A.W. (2016, 14. oktober). Kommunikasjon, mestring og motivasjon. Hentet fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/behandling/diabetes-og-psykisk-helse/den-psykologiske-siden/kommunikasjon-mestring-og-motivasjon/>
- Larsen, M.R. & Anderssen, S.A. (2018). Fysisk aktivitet og diabetes type 2. I M.K. Torstveit, H.L. Seiler, S. Berntsen & S.A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse- fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 168-186). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Linmans, J.J., Knottnerus, J.A. & Spigt, M. (2015). «How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals». *Primary Care Diabetes*, 9, 439-445.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.02.001>

- Lode, K. (2016). Mestring. I A.K.T Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 40-54). Oslo: Akribe AS.
- Mittelmark, M.B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid- ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 14-36). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Måløy, A.K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes-forebygging, oppfølging, behandling* (s. 101- 119). Oslo: Akribe AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing*, 66, 1500-1590
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x>
- Oslo universitetssykehus. (2009, januar). Ordbok med forkortelser og begreper som brukes i revmatologi og forskning. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsreumatologi/Documents/Ordbok%20innen%20reumatologi%20og%20forskning.pdf>
- Pikkemaat, M., Boström, K.B. & Strandberg, E.L. (2019). "I have got diabetes!" - interviews of patients newly diagnosed with type 2 diabetes". *BMC Endocrine Disorders*. DOI: 10.1186/s12902-019-0380-5
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes-forebygging, oppfølging, behandling* (s. 19-67). Oslo: Akribe AS.

Sebire, S.J., Toumpakari, Z., Turner, K.M., Cooper, A.R., Page, A.S., Malpass, A. & Andrews, R.C. (2018). «I've made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus». *BMC Public Health*.
<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1186/s12889-018-5114-5>

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk skrivning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tunstrøm, S.H. (2018). Mange føler skam over å ha diabetes type 2. Hentet fra
<https://levmeddiabetes.no/2018/05/foles-skam-a-diabetes-type-2/>

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 237-258). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Wu, F.L., Tai, H.C. & Sun, J.C. (2019). Self-management Experience of Middle-aged and Older Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Asian Nursing Research*, 13, 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.06.002>

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg I: PICO-skjema

P: Pasient/Problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Voksne/eldre med diabetes type 2 som har behov for motivasjon til livsstilsendring.	Informasjon om viktigheten rundt livsstilsendring, veiledning fra sykepleiere og råd til pasientene om det å endre livsstil. Tiltak som bør fokuseres på rundt dette.	Ikke relevant	Ønsker å vurdere opplevelsen av mestring og trygghet, følelser de kan ha knyttet til sykdommen.
Søkeord	Søkeord		Søkeord
Type 2 diabetes Aged, adults Motivation	Lifestyle changes Behavioral changes		Qualitative study Self-management

8.2 Vedlegg II: Tabeller for litteratursøk

Søk i CINAHL 01.03.2020

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Lest	Valgt
S1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR «diabetes type 2»		55,768	0	
S2	(MH «Diabetes Mellitus»)		58,570	0	
S3	S1 OR S2		110,726	0	
S4	(MH «Motivation»)		46,375	0	

	OR «motivation»				
S5	(MH «Behavioral Changes») OR (MH “Attitude to Change”)		13,401	0	
S6	S3 AND S4 AND S5		50	0	
S7	S4 OR S5		58,274	0	
S8	S3 AND S7		1,097	0	
S9	(MH “Adult”) OR “adults”		1,149,040	0	
S10	(MH “Aged”) OR “aged”		881,336	0	
S11	S9 OR S10		1,593,411	0	
S12	S8 AND S11	Date: 2015- 2020 Peer Reviewed	174	48	3: I’ve made this my lifestyle... How motivated are patients... Factors influencing self- management...

Søk i PubMed 25.02.2020

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Valgt
S1	Diabetes type 2		20 988	
S2	Aged		416 006	
S3	Self management		15 332	
S4	S1 AND S2 AND S3	Publication dates: 5 years Free full text Language: English	473	1: «Self- management Experience of Middle-aged and Older Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study”

Søk i PubMed 05.03.2020

Søk-nummer	Søkeord/term	Avgrensinger	Resultat	Lest	Valgt
S1	Type 2 diabetes		176 913		
S2	Qualitative study		207 593		
S3	Lifestyle changes		25602		
S4	S1 AND S2 AND S3	Publication Dates: 5 years Language: English	44	14	1: "I have got diabetes!" - interviews of patients newly diagnosed

					with type 2 diabetes"
--	--	--	--	--	-----------------------

8.3 Vedlegg III: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

"I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

kunnskapsbasertpraksis.no

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskerne ville finne ut hvordan pasientgruppen med diabetes type 2 gir uttrykk for og opplever forskjellige typer motivasjon når de prøver å endre livsstil. De ønsket å finne svar på dette fordi motivasjonsopplevelsene til personer som har fått diabetes type 2 ikke har blitt studert godt nok.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som mål å utforske erfaringer og opplevelser av forskjellige typer motivasjon når man prøver å endre livsstil. Det er nødvendig med en detaljert forståelse av hvordan pasienter opplever å regulere atferden når de forsøker å opprettholde endring i helseatferden (på bakgrunn av at de i økende grad oppfordres, med støtte fra fagpersoner, til å styre egen helse.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

-Først og fremst prøvde analysen og identifisere pasientopplevelser og fortellinger
 -Intervjudata samlet med enkeltpersoner
 -Hver deltaker fikk informasjon om den kvalitative studien og ble bedt om samtykke for å delta i et intervju.
 -Analysen kombinerte et nytt teoretisk spørsmål og en mer grundig undersøkelse av motivasjonstemaer.
 -Alle tilgjengelige data ble analysert ved hjelp av rettet innholdsanalyse som er passende der en eksisterende teori kan veilede forskningsspørsmål og innledende teori-baserte temaer kan støtte, utfordre eller utvide.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

-Deltakerne ble valgt ut fordi de nylig var diagnostisert med diabetes type 2
 -I tillegg ble de valgt fordi de hadde vært deltakere i en livsstils-randomisert kontrollert undersøkelse som foregikk på tre steder i Sør-England (for personer som de siste seks mnd hadde fått diagnosen)
 -30 stk (18 kvinner, 12 menn)
 -Ulik alder (mellom 40-72 år)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

-Sekundær analyse av intervjudata
 -Ble ikke opprettet noe forhold til deltakerne før intervjuet
 -Semistrukturerte intervjuer etter 6 og 9 mnd
 -Utvalgstørrelsen var relativt stor, og de innledende intervjuene var omfattende
 -De gjentatte intervjuene hjalp til med å høre personlige opplevelser til atferdsendring og motivasjon

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Forskerne var enige om at sitatene som ble presentert (av deltakerne) var representative for temaene.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

-Deltakerne ble informert om den kvalitative forskningen.
 -De ble også bedt om å samtykke til intervju
 -Etisk godkjenning ble gitt av Bath Research Ethics Committee

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Første analyse: indikerte at det var tilstrekkelig med antall til å utforske kvaliteten på deltakernes motivasjon. Videre ble tilgjengelige data analysert ved hjelp av rettet innholdsanalyse. Deretter en analyse angående deltakernes synspunkter for internalisering mellom 6 og 9 mnd. Ved siden av den deduktive analysen var kodingen fleksibel slik at deltakernes fortellinger og personlige kontekst kunne lede kompleksiteten til nye temaer.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Det ble brukt forskertriangulering for å enes om deres tolkninger.

Funnene er diskutert opp mot problemstillingen og understreker viktigheten av å forstå kvaliteten på motivasjon og nøye vurdere hvilke typer motivasjon som er målrettet i livsstilsintervensjoner for personer med type 2 diabetes.

Funnene er igjen klart presentert ved hjelp av opplevelser og erfaringer blant deltakerne.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

I og med at dette er et tema som ikke har blitt studert godt nok før, vil det alltid være behov for ytterligere forskning rundt dette. Denne studien var nemlig den første kvalitative undersøkelsen av hvilke typer motivasjon for livsstilsendring som er gitt uttrykk for blant personer som nylig har fått diagnosen type 2 diabetes. Med tanke på praksis får forskningen frem at for å oppnå gode ambisjoner om pasientens empowerment må vi vurdere kvaliteten og ikke bare mengden av pasientens motivasjon. Dette anses også som sentralt for vellykket egenomsorg.