



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390

Predefinert informasjon

Startdato:	21-03-2023 12:00 CET	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	31-03-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	230
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7854
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen 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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleieren sin veiledende funksjon i omstillingsprosessen ved nyoppdaget diabetes type 2

The nurse's guiding function in the restructuring process of newly diagnosed type 2 diabetes

Kandidatnummer: 230

SYKS 390 Bachelor i sykepleie

Institutt for Helse- og Omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 31.3.2023

Antall ord: 7854

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

Tittel: Sykepleierens veiledende funksjon i omstillingsprosessen ved nyoppdaget diabetes type 2.

Bakgrunn: Diabetes type 2 er en livsstilssykdom som er i stadig økende trend i den vestlige delen av verden. Helsekompetansen og den sosioøkonomiske posisjonen påvirker i stor grad motivasjon til å oppnå god egenomsorg.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til økt motivasjon for å takle omstillingen og oppnå god egenomsorg hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2.

Hensikt: Undersøke metoder sykepleiere kan benytte for å øke den nyoppdagede diabetikerens motivasjon til å takle den nødvendige omstillingen, og til å oppnå god egenomsorg.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, som bygger på fem studier funnet i godkjente databaser.

Resultat: Studiens omfang har fokus på pasienter sin opplevelse av motivasjon, egenomsorg, og motiverende intervju. Samlet viste studiene at motivasjon var mangelfull og at pasienten trengte mer støtte til å oppnå god egenomsorg. Faktorer som påvirket kvaliteten på motivasjon var helsekompetanse, sosioøkonomisk posisjon, pårørende og sosialt nettverk. Sykepleier trenger mer kompetanse rundt motiverende intervju og personsentrert sykepleie, for å kunne tilpasse denne til hver enkeltes behov og ressurser.

Konklusjon: Veiledning og undervisning for å oppnå motivasjon til endring krever bred sykepleiefaglig kompetanse. Sykepleier må gjennomføre individtilpasset veiledning, samt nytte prinsipper i motiverende intervju aktivt for å støtte og undervise pasienten.

Nøkkelord: Egenomsorg, motivasjon, motiverende intervju, sykepleier sin undervisende og veiledende rolle.

Summary

Title: The nurse's guiding function in the restructuring process of newly diagnosed type 2 diabetes.

Background: Type 2 diabetes is a lifestyle disease that is on an ever-increasing trend in the western part of the world. Health literacy and socioeconomic position greatly influence motivation to achieve good self-care.

Issue: How can nurses contribute to increase motivation to cope with the change and achieve good self-care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes.

Purpose: Examine methods nurses can use to increase newly discovered diabetic's motivation to cope with the necessary change, and to achieve good self-care.

Method: The thesis is a systematic literature study, which is based on 5 studies found in approved databases.

Findings: The scope of the study focuses on patients' experiences with perceptions of motivation, self-care, and motivational interviewing. Overall, the studies showed that motivation was deficient and needed more support to achieve good self-care. Factors that influenced the quality of motivation were health competence, socioeconomic position, next of kin and social network. Nurses need more expertise around person-centered nursing to adapt it to each individual's needs and resources.

Conclusion: Supervision and teaching to achieve motivation for change require broad nursing expertise. Nurses must carry out individually adapted supervision, as well as use principles in motivational interviewing actively to support and teach the patient.

Keywords: Self-care, motivation, motivational interviewing, nurse's teaching and guiding role.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING.....	1
1.1	INTRODUKSJON AV TEMA.....	1
1.2	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.3	PROBLEMSTILLING.....	2
1.4	AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	2
2.0	TEORI	3
2.1	DOROTHEA OREM SIN SYKEPLEIEMODELL.....	3
2.1.1	<i>Egenomsorg</i>	3
2.1.2	<i>Egenomsorgssvikt</i>	3
2.1.3	<i>Sykepleiesystemet</i>	4
2.2	DIABETES MELLITUS TYPE 2	4
2.3	RELASJONSKOMPETANSE	5
2.4	MOTIVASJON	5
2.5	MOTIVERENDE INTJERVJU	6
2.6	FLOW-TEORIEN.....	7
2.7	LIVSSTILSEDRING.....	8
2.8	HELSEKOMPETANSE.....	8
2.9	SOSIOØKONOMISK POSISJON	9
2.10	SYKEPLEIERENS ROLLE	9
3.0	METODE.....	11
3.1	LITTERATUR STUDIE SOM METODE	11
3.2	SØKEHISTORIKK	11
3.3	SØKETABELL.....	12
3.4	VURDERING AV EGEN OPPGAVE.....	15
3.5	KRITISK VURDERING AV FORSKNINGSARTIKLER OG LITTERATUR.....	15
4.0	RESULTAT.....	17
4.1	ARTIKKEL 1	17
4.1	ARTIKKEL 2	18
4.2	ARTIKKEL 3	19
4.3	ARTIKKEL 4	20
4.4	ARTIKKEL 5	21
4.5	SAMLET ANALYSE	22
5	DRØFTING	23
5.1	PASIENTENS EVNE OG VILJE	23

5.1.1	<i>Helsekompetanse</i>	24
5.1.2	<i>Sosioøkonomisk posisjon</i>	25
5.1.3	<i>Pårørendes rolle</i>	26
5.2	SYKEPLEIERS STØTTENDE ROLLE TIL EGENOMSORG	26
5.3	SYKEPLEIERS HOLDNINGER VED BRUK AV MOTIVERENDE INTERVJU	28
5.4	KONKLUSJON	29
REFERANSE		31
VEDLEGG		35
	VEDLEGG 1: FLOWSONEN	35
	VEDLEGG 2: PICO-SKJEMA:	36
	VEDLEGG 3: INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	36
	VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISE AV ARTIKKEL 1:.....	36
	VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE AV ARTIKKEL 2:.....	38
	VEDLEGG 6: LITTERATURMATRISE AV ARTIKKEL 3:.....	39
	VEDLEGG 7: LITTERATURMATRISE AV ARTIKKEL 4:.....	40
	VEDLEGG 8: LITTERATURMATRISE AV ARTIKKEL 5:.....	41
	VEDLEGG 9: SJEKKLISTE ARTIKKEL 1: GABRE ET AL. (2018)	42
	VEDLEGG 10: SJEKKLISTE ARTIKKEL 2: ISAKSSON ET AL. (2014).....	48

1.0 Innledning

Innledningsvis i oppgaven presenteres introduksjon, bakgrunn for valg av tema, hensikten med oppgaven, problemstilling, og avgrensing og presisering av problemstilling.

1.1 Introduksjon av tema

Diabetes mellitus deles inn i type 1 og type 2. Diabetes mellitus type 1 er en autoimmun sykdom som kan utvikles hos disponerte individer hvor det er en absolutt insulinmangel (Joner, 2014, s. 39). Diabetes mellitus type 2 er en kronisk livsstilssykdom hvor pasientene har mangel på, eller dårlig virkning av hormonet insulin. Rundt 90% av alle som får påvist diabetes i Norge får påvist diabetes type 2, noe som tilsier ca. 14000 personer hvert år (Stene et al., 2020; Diabetesforbundet, 2023). Personer som rammes er vanligvis i 40-årsalderen og eldre (Jenssen, 2016, s. 393). Studier viser imidlertid at sykdommen rammer stadig yngre personer (Mayer-Davis et al., 2017). Ved nyoppdaget diabetes type 2 vil et sunt kosthold, fysisk aktivitet og vektkontroll kunne effektivt behandle blodglukose, lipider og blodtrykk (Jenssen, 2016, s. 395). Negative konsekvenser ved å utvikle type 2 diabetes i yngre alder er at man må leve med sykdommen i flere år enn tidligere. Dette kan medføre at risikoen for senkomplikasjoner øker. Prevelansen av diabetes type 2 er økende i den vestlige delen av verden, og har stor sammenheng med livsstil, manglende fysisk aktivitet, fedme og overvekt, sosioøkonomisk posisjon, etnisitet, og genetikk (Jenssen, 2016, s. 293). Sykepleiers kompetanse rundt kommunikasjon, motivasjon og veiledningsstrategier er essensielt for å lykkes i den motiverende samtalen. Studier viser imidlertid at manglende motivasjon hos pasienter er en helt avgjørende faktor for utilstrekkelig sykdomshåndtering (Karlsen, 2011, s. 216).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Formålet med oppgaven er å undersøke metoder sykepleiere kan bruke for å bidra til å økt motivasjon og egenomsorg for personer med nyoppdaget diabetes type 2. Den stigende diagnosetendensen øker behovet for kunnskap hos sykepleiere. Pasientgruppen strekker seg over et større aldersspenn enn tidligere, og har dermed ulikt behov for opplæring og veiledning i den nye hverdagen. Livsstilsendringer er komplekse og utfordrende å mestre.

Ved sykdomsstart vil gjerne følelsene være overveldende, og motivasjonen kan være fraværende. Dette særlig dersom personen har dårlige levevaner og lav helsekompetanse. Helsevesenet stiller stadig høyere krav til kunnskap og kompetanse hos sykepleiere i den motiverende og veiledende rollen. Sykepleier skal ha bred og god kompetanse rundt sin motiverende og veiledende funksjon i møte med pasienter med ulik bakgrunn, etnisitet og alder. Dette kan eksempelvis skje ved gruppebaserte kurs eller individuelle samtaler ved en diabetespoliklinikk.

Ved å etablere god egenomsorg vil pasienten oppleve å ha kontroll over sykdommen, og dermed kunne leve med sykdommen, og ikke i mot. Økt motivasjon, egenomsorg, og gjennomføring av nødvendige livsstilsendringer vil være essensielt for pasientens fremtid. Positive utkom av dette er bedre regulering av blodsukker og dermed forebygging av senkomplikasjoner.

Oppgaven vektlegger sykepleierens undervisende og veiledende rolle for å fremme motivasjon hos pasientene, samtalemetoden motiverende intervju og bruk av Orems sykepleieteori.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til økt motivasjon for å takle omstillingen og oppnå god egenomsorg hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2?»

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Oppgaven er avgrenset til voksne personer i 40 til 75 års alderen som nylig har blitt diagnostisert med diabetes type 2. Oppgaven fokuserer på motivasjon for å gjennomføre livsstilsendringer hos denne pasientgruppen. Avgrensingen utelukker mestring, pedagogisk materiell, senkomplikasjoner, medikamentell behandling og blodsuktermåling.

2.0 Teori

I påfølgende kapittel vil litteratur og pensum som er relevant for besvarelse av problemstilling bli presentert.

2.1 Dorothea Orem sin sykepleiemodell

Dorothea Orem, født i 1914, var en dyktig sykepleieteoretiker som har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i en rekke land, blant annet Norge (Kristoffersen, 2005, s. 38).

Egenomsorgsteorien presenterer tre spesifikke teorier: teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene (Kristoffersen, 2005, s. 38).

2.1.1 Egenomsorg

Orem definerer egenomsorg som hver enkeltes evne og vilje til å gjennomføre aktiviteter som er nødvendig for å leve og overleve (Cavanagh, 1999, s. 17). Sentralt i modellen står egenomsorgsbehov, som deles inn i universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte behov og helsesvikrelaterte behov (Cavanagh, 1999, s. 19). Universelle egenomsorgsbehov består av åtte punkt som er felles for alle mennesker for å oppnå god helse. Behovene står i spill med hverandre og kan ikke oppfylles alene (Cavanagh, 1999, s. 19-20).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov deles i to hovedkategorier: bestemte utviklingsstadier og forhold som påvirker menneskelig utvikling. Bestemte utviklingsstadier innebærer den bestemte utviklingen et menneske gjennomgår i løpet av livet. Forhold som påvirker menneskelig utvikling er faktorer som kan ha positiv eller negativ innvirkning på et menneske. Disse faktorene deles igjen inn i to kategorier: forebyggende omsorg og omsorg som demper aktuelle skadelige virkninger (Cavanagh, 1999, s. 21-22). Helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov blir nødvendig ved en oppstått sykdom, skade, funksjonstap og hos pasienter som benytter medisinsk behandling (Kirkevold, 1998, s. 131).

2.1.2 Egenomsorgssvikt

Egenomsorgssvikt beskrives som «forholdet mellom menneskets evne til egenomsorg og de samlede kravene til hva det å ivareta egenomsorg består av» (Kristoffersen, 2005, s. 38). Det innebærer at pasienten som har fått påvist diabetes type 2 må sette i gang nye tiltak som personen ikke trengte tidligere, og søke råd hos kompetent helsepersonell for å

oppretholde egenomsorgen (Cavanagh, 1999, s. 25). Mennesket er relativt tilpasningsdyktig for endringer, men dersom kravene overskrider kapasiteten vil pasienten trenge veiledning til å utføre egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999, s. 25).

2.1.3 Sykepleiesystemet

Teorien om sykepleiesystemet går ut på hvordan sykepleiere skal tilrettelegge for egenomsorgen pasienten selv evner å utføre, og den helsesvikten som ligger i bunn (Kristoffersen, 2005, s. 38). Orem skiller mellom tre ulike sykepleiesystemer: helt kompensierende sykepleiesystemer, delvis kompensierende sykepleiesystemer og støttende og undervisende sykepleiesystemer (Kirkevold, 1998, s. 134). Det støttende og undervisende sykepleiesystemet omhandler pasientens evne til lærdom, og til å utføre nødvendige tiltak for og oppfylle sine egenomsorgsbehov (Kirkevold, 1998, s. 135). Sykepleierens pedagogiske rolle vil gå ut på å støtte, betrygge og undervise pasienten i den nye situasjonen (Cavanagh, 1999, s. 43). Primært vil målet være å videreutvikle pasientens egenomsorgsevne ved at pasienten utfører tiltak i praksis (Cavanagh, 1999, s. 43). Kristoffersen (2021, s. 250) forklarer at sykepleieren skal undersøke hvilke ressurser pasienten har eller kan utvikle for å ivareta sin egenomsorg, og ut i fra dette supplere med undervisning og veiledning for å oppnå tilstrekkelig egenomsorg hos pasienten. Sett i sammenheng med omstillingsprosessen ved diabetes type 2, må pasienten tilegne seg nye kunnskaper og lære å dekke egenomsorgsbehovene på en annen måte enn tidligere (Kristoffersen, 2021, s. 250).

2.2 Diabetes mellitus type 2

Pasienter med diabetes type 2 utgjør den største pasientgruppen innen diabetessykdom (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53-54). Risikofaktorer som foreligger er genetikk, overvekt og fedme, alder, etnisitet, forhøyet blodtrykk, hjerte- eller nyresykdom, og påvist forhøyet blodsukker (Diabetesforbundet, 2023). Samfunns og medisinsk utvikling fører til at levealderen stiger (Allgot, 2011, s. 206). Bedre behandlingsmetoder er også en faktor som øker levealderen, som igjen gjør at prevelansen for diabetes type 2 er stigende (Allgot, 2011, s. 208). Diabetes mellitus type 2 er en kronisk livstilssykdom som utvikles langsomt, gjerne over flere måneder og år (Diabetesforbundet, 2023). Kronisk sykdom innebærer en vedvarende sykdomstilstand som påvirker menneskets hverdag i stor grad. Ved diabetes

type 2 ser man redusert utskillelse av hormonet insulin i pankreas og/eller resistens for insulin i perifert vev og i lever (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Dermed vil ikke kroppens behov for normal blodsukkerregulering bli dekket. Dersom hyperglykemi oppstår over lengre perioder er pasienten i større grad utsatt for senkomplikasjoner.

Hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 vil fokuset være på å veilede pasienten til å korrigere den fysiologiske tilstanden og å håndtere de psykiske reaksjonene (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Hovedfokuset i oppstartsfasen er å gi informasjon om sykdommen, kostholdet, praktisk opplæring i måling av blodsukker og administrering av insulininjeksjoner (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Oppnåelse av motivasjon er et viktig element i omstillingsprosessen, og for å oppnå egenomsorg av sykdommen. Individualisering av sykepleien til denne pasientgruppen vil være krevende, og det vil være behov for kunnskaper rundt kultur, livsstil, sosioøkonomisk posisjon, funksjonsnivå, og tidligere diabeteserfaring (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52).

2.3 Relasjonskompetanse

Kommunikasjon er selve nøkkelen til en god relasjon med pasienten. Gonzalez (2020, s. 57) kjennetegner en god terapeutisk relasjon som en interaksjon mellom to individer, hvor tilførselen til relasjonen er gjensidig. Relasjonskompetanse bygger på tillit og allianse, og er nøkkelen til fremdrift mot et ønsket mål (Gonzalez, 2020, s. 59). Grunnleggende relasjonskompetanse og kommunikasjonsferdigheter innebærer aktiv lytting, åpen og lyttende holdninger, respekt, og å stille klare spørsmål (Karlsen, 2011, s. 222). Eide & Eide (2017, s. 32) forklarer profesjonell kommunikasjon som samhandling mellom pasient og helsepersonell med helsefaglig formål. Som resultat av dette vil kommunikasjon alltid ha en hjelpende funksjon og bør baseres på faglig tyngde (Eide & Eide, 2017, s. 32).

2.4 Motivasjon

Motivasjon er individets sammensatte faktorer som driver mennesket til handling, og er drivkraften til å lære og mestre noe (Karlsen, 2011, s.219). Å sette seg realistiske mål og delmål vil på sikt påvirke oppnåelsen av motivasjon ved kontinuerlig mestring (Manger & Wormnes, 2015, s. 44). På den andre siden er ikke motivasjon bare handlinger, men også

tanker og følelser som påvirker atferden til personen (Karlsen, 2011, s. 220). Kristoffersen (2021, s. 275) beskriver to dimensjoner av motivasjon; motivasjonens energikomponent og motivasjonens retning. Motivasjonens energikomponent innebærer drivkraften, innsats og utholdenhet (Kristoffersen, 2021, s. 275). Mens motivasjonens retning omfatter målsetting og valg (Kristoffersen, 2021, s. 275). Motivasjonsopplevelser står sentralt i forbindelse med pasientens identitet, selvbestemmelse og selvoppfatning (Barth et al., 2013, s. 17).

Motivasjon kan deles inn i to hovedtyper, indre- og ytre motivasjon. Indre motivasjon er en iboende naturlig motivasjon (Renolen, 2015, s. 66). Dette innebærer tiltro til egne ressurser, tidligere erfaringer, forventninger, interesser og mål (Karlsen, 2011, s. 221). Ytre motivasjon omfatter påvirkningskrefter som kommer utenfra (Kristoffersen, 2021, s. 275). Denne typen motivasjon har pasienten liten kontroll over og kan være fra sykepleier, familie og sosialt nettverk som gir ros og belønning (Karlsen, 2011, s. 221). En viktig ferdighet sykepleier bør ha er å kunne endre ytre motivasjon til indre motivasjon. Dersom man lykkes med dette vil pasienten kunne oppleve en dypere støtte fra pårørende og personer rundt, som igjen vil føre til økt motivasjon og gjennomføringskraft.

2.5 Motiverende intervju

Barth et al. (2013, s. 75) definerer motiverende intervju som en metode i samtale for å skape et godt samarbeid, hvor man utforsker ulike synspunkt ved endring, styrke motivasjonen og bedre pasientens tro på egen mestringsevne. Dette kan resultere i at pasienten beslutter å endre levevanene sine (Barth et al., 2013, s. 75). Det går også ut på å undersøke hvilke drivkrefter og motivasjon pasienten har, og bruke dette aktivt i den individuelle samtalen for å oppnå endring (Barth et al., 2013, s. 13). Helsepersonell skal fremme pasientens ressurser ved å iverksette tankeprosesser (Ivarsson, 2017, s. 16). Motivasjon fra sykepleier og pasient er essensielt for å nå ønsket resultat. Pasientens ressurser skal settes i fokus, og helsepersonellens egne argument for endring skal være fraværende (Ivarsson, 2017, s. 17). Motiverende intervju har også som funksjon å vedlikeholde og friske opp motivasjonen over lengre tidsperspektiv (Barth et al., 2013, s. 17).

Helsedirektoratet (2017) peker på fire grunnverdier innenfor motiverende intervju: *Partnerskap*; grunnlaget for et godt samarbeid, undersøke og belyse hva som er et problem og hvilke mål som er realistiske for pasienten.

Aksept; pasienten skal bli akseptert og møtt med gjensidig respekt (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleier må realisere problemet for pasienten, og forstå synet pasienten har på problemet (Ivarsson, 2017, s. 16). Å gjennomføre livsstilsendringer vil være utfordrende dersom pasienten ikke føler seg akseptert. Sykepleier skal gi anbefalinger og støtte pasientene i sine valg.

Medfølelse; pasient og sykepleier arbeider sammen for å oppnå et bestemt mål.

Fremkallelse; helsepersonell lytter aktivt i samtalen og fremkaller personens argumenter for endring, hvor et viktig moment er kartlegging av indre motivasjon for endring (Helsedirektoratet, 2017).

Gjennomføring av motiverende intervju er et forløp hvor man går gjennom fire prosesser som bygger på hverandre; engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge (Miller & Rollnick, 2016, s. 54). I første fasen, engasjere, skal man innlede samtalen og skape en god relasjon med pasienten. I andre fase, fokusere, er hensikten å utforske emnet og drivkraften for endringen. I tredje fase, fremkalle, skal samtalen omhandle endringer og mestring (Ivarsson, 2017, s. 18). Pasienten blir realitetsorientert ovenfor situasjonen sin, og det blir stilt åpne spørsmål om ønsker, grunner, behov og evne til endring (Ivarsson, 2017, s. 38). Metoder for å styrke pasientens egentro er å gi uttrykk for tiltro til pasienten (Ivarsson, 2017, s. 40). Siste fase, planlegge, omhandler den avsluttende delen, og formålet er å fremme en videre forpliktelse. For at samtalen er å definere som et motiverende intervju må de fire prosessene være inkludert i samtalen (Ivarsson, 2017, s. 18-19).

2.6 Flow-teorien

Flow teorien er en motivasjonsteori og ble utarbeidet av professoren Mihaly Csikszentmihalyi (Andersen & Hanssen, 2012, s. 45). Teorien beskriver en perfekt balanse mellom utfordring og kompetanse, og hvordan motivasjon skapes når denne balansen er tilstede (Andersen & Hanssen, 2012, s. 45). Formålet er å optimalisere en mental tilstand hvor pasienten opplever å være tilfredsstilt med kunnskapen og utfordringene han/hun får

(Andersen & Hanssen, 2012, s. 44). Dersom følgende punkter blir ulikt vektlagt vil det kunne resultere i stress og angst dersom utfordringen er for stor, og kjedsomhet dersom utfordringen er for liten (Andersen & Hanssen, 2012, s. 44). I læresituasjoner er det sentralt at pasienten oppnår flowsonen for å oppnå best mulig resultater. Figur 1 beskriver flowsonen (vedlegg 1).

Flowteorien handler om å finne riktig balanse mellom kunnskap og vanskelighetsgrad for å opprettholde motivasjonen. Teorien trekker paralleller med Orems vekt angående egenomsorgskapasitet. Her er det forholdet mellom personens egenomsorgskapasitet og egenomsorgskravene som står sentralt (Kristoffersen, 2021, s. 244). Dersom sykdom opptrer og danner ubalanse mellom faktorene vil en sykepleier kunne bidra ved å kompensere for det sviktende elementet, og danne balanse igjen.

2.7 Livsstilsendring

Ved en nyoppstått diabetes type 2 vil personen oppleve endring i livsstil som er krevende for pasienten. Pasienten vil behøve å lære seg og leve med sykdommen, tilegne seg kunnskap om behandling som fremmer personlig utvikling (Kristoffersen, 2005, s. 44). Å være nydiagnostisert med diabetes type 2 krever både følelsesmessig og tankemessig bearbeiding av hverdagen. Pasienten må omstille hverdagen og lage nye handlingsmønstre (Kristoffersen, 2005, s. 44). Aas (2011, s. 139) fremhever at enhver sykdom vil påvirke pasientens hverdag til en viss grad, men at en livsstilsendring vil i de fleste tilfeller ha større påvirkning i det daglige.

2.8 Helsekompetanse

Heldirektoratet (2021) definerer helsekompetanse som individets evne til å ta gode beslutninger for helsen basert på personens evne til å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon. Det innebærer valg som angår livsstil, forebyggende tiltak, mestring av sykdom og tilknytning til helse- og omsorgstjenesten. Studier viser imidlertid at befolkningen har lav helsekompetanse, og at dette er en faktor for ugunstige helseutfall for mange pasienter (Jenum & Pettersen, 2014). Pasienter forstår ikke alvoret knyttet til risikofaktorer, og forsømmer dermed egen helse. Sosiale ulikheter i samfunnet er knyttet til

helsekompetanse, og er en faktor i utviklingen av sosial ulikhet (Jenum & Pettersen, 2014). Vi ser dermed en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk nivå og helsekompetanse.

2.9 Sosioøkonomisk posisjon

Samfunnsforhold og helsetilstand sees i sammenheng med levevilkår, risikofaktorer og problem, og blir påvirket av hverandre (Braut & Aarheim, 2020, s. 109). Dårlig sosioøkonomisk posisjon kan føre til at helsen blir negativt påvirket. Levevilkår er forhold i samfunnet som for eksempel miljøforhold, sosialt samspill, økonomiske faktorer, og utdanning og yrke (Braut & Aarheim, 2020, s. 109). Braut & Aarheim (2020, s. 109) forklarer forholdene som faktorer som påvirker hvilke risikofaktorer hvert individ er disponert for. Personer som har lavere sosioøkonomisk posisjon vil være i høyere risikogruppe for utvikling av diabetes type 2. Dette kommer blant annet av at billig mat ofte har et høyt fettinnhold, og et fettrikt kosthold er et risikoelement for å utvikle livsstilsdiabetes. Dersom den økte eksponeringen av risikofaktorene knyttet til helseproblemet er kontinuerlig vil prevelansen stige (Braut & Aarheim, 2020, s. 109).

2.10 Sykepleierens rolle

Sykepleierens rolle innebærer ulike funksjons- og ansvarsområder. I tråd med problemstillingen trekker vi paralleller med helsefremming, forebygging, behandling, lindring, undervisning og veiledning (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Under samtale om livsstilsendring gjennomfører sykepleier sin veiledende rolle. Forebyggende tiltak rettes mot pasienter som er i risiko for utvikling av sykdom eller komplikasjoner. Sentralt for oppgavens tilnærming er tertiærforebygging. Dette innebærer tiltak som tar sikte på å hindre komplikasjoner og nye helseutfordringer hos personer som allerede har en kronisk sykdom eller en funksjonssvikt (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Undervisning og veiledning tidlig i sykdomsbildet har stor innvirkning på personens empowerment og fremtidig prognose (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70). Sykepleierens mål med veiledning er at pasienten skal oppnå tilstrekkelig egenomsorg og oppleve å kunne håndtere sykdommen i hverdagen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70). Brukermedvirkning på individnivå står sentralt i den veiledende samtalen, og innebærer at behandlingstilbudet blir individuelt tilpasset (Helsedirektoratet, 2022). I samtalen har pasienten rett til medvirkning av helse- og

omsorgstjenesten, selv om sykepleiers rolle innebærer det faglige ansvaret (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

I 2017 ble det laget en nasjonal diabetesplan. Tiltakene er blant annet å bedre arbeidet rundt å endre levevaner for personer som har utviklet diabetes, og den gruppen av befolkningen som har disponerende faktorer for å utvikle diabetes. De ønsker også å forbedre kvaliteten på helsetjenestene og å minke ulikhet i helse og variasjonen i behandling. Det er også viktig å bidra til økt mestring av sykdommen og å oppnå bedre egenomsorg, samt øke fokuset på dårlig stilte sosioøkonomisk grupper i befolkningen med større risiko for å utvikle diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

3.0 Metode

I denne delen av oppgaven presenteres fremgangsmåte, søkehistorikk, søkeord, og valg av forskningslitteratur. Avslutningsvis presenteres en kritisk vurdering av oppgaven og den litteraturen som er brukt.

3.1 Litteratur studie som metode

Oppgaven bygger på litteraturstudie som metode. Thidemann (2019, s. 74) forstår metode som en systematisk fremgangsmåte hvor innsamling av informasjon og kunnskap benyttes for å besvare en problemstilling. Litteraturstudie innebærer å samle inn data og kunnskap ved å gjennomføre systematiske søk i ulike databaser for å finne vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 75). Kilder som blir brukt skal kritisk vurderes og analyseres, og det skal utarbeides en artikkelmatrise som inneholder metode, hensikt og funn i de ulike artiklene. Formålet med gjennomføring av litteraturstudie er å opplyse leseren om problemstilling, samt belyse og drøfte denne med oppdatert forskning og fagkunnskap (Thidemann, 2019, s. 77-78).

Kvalitativ metode innebærer å undersøke hvilke opplevelser eller meninger som bidrar til en bedre forståelse av samfunnet (Dalland, 2020, s. 54). Thidemann (2019, s. 75) beskriver kvantitativ metode som målbare enheter, som tall og objektive data. Metoden er hensiktsmessig når man vil undersøke hvor mye, hvor ofte eller effekten av noe, og kan brukes for å teste ut teorier og hypoteser.

3.2 Søkehistorikk

Ved gjennomføring av systematiske søk i ulike fagdatabaser er det benyttet CINAHL, Ovid MEDLINE og PUBMED. MeSH på norsk og engelsk er benyttet for å utarbeide søkestrategi (MeSH på norsk, u.å.). PICO skjema er tatt i bruk som hjelpemiddel (vedlegg 2), og har ulike funksjoner som blant annet å strukturere både norske og engelske nøkkel- og søkeord (Thidemann, 2019, s. 87). Ved søk i databaser har jeg utarbeidet en inklusjon- og eksklusjonstabell (vedlegg 3) for å sikre litteratur med kvalitet og relevans.

I søkeprosessen er det brukt ordene: Diabetes mellitus type 2, diabetes type 2, type 2 diabetes, motivational interviewing, life style changes, newly diagnosed, motivation, nursing, nurse, self-management, self care, og lifestyle.

3.3 Søketabell

Tabell 1: søk I CINAHL 25.01.2023

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Diabetes mellitus, type 2		70 672
S2	Motivational interviewing		4 139
S3	Life Style changes		14 594
S4	S1 AND S2 AND S3		19
S5	S1 AND S2 AND S3		12
Inkludert			1

Søk nummer 5 gav 12 treff i CINAHL. Ut i fra disse blir 1 inkludert: *“Understanding patient experiences in a motivational interviewing intervention to improve whole-person lifestyle among individuals with hypertension or type 2 diabetes: a qualitative focus group study”* (Sawyer & McManus, 2021). På bakgrunn av oppgavens problemstilling anser jeg denne som relevant da den omhandler effekten motiverende intervju har på pasienter med diabetes type 2.

Tabell 2: Søk I Ovid MEDLINE 14.02.2023

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
1	Diabetes mellitus, type 2		166 651
2	Motivation		191 705
3	Newly diagnosed (Keyword)		60 962
4	1 AND 2 AND 3		20

5	1 AND 2 AND 3	2013-2023	14
Inkludert			1

Søk nummer 4 gav 9 treff i Ovid MEDLINE. Ut i fra disse blir 1 inkludert: *“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 et al., 2018). Studien omhandler hvordan personer med nylig oppdaget diabetes type 2 opplever ulike typer motivasjon for å gjennomføre en livsstilsendring. Dette er relevant for å drøfte problemstillingen.

Tabell 3: søk I PUBMED 17.02.2023

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
1	Diabetes mellitus type 2		173 162
2	Self-management		98 555
3	Nursing		755 496
4	Motivation		312 290
5	Newly diagnosed		129 015
6	1 AND 2 AND 3 AND 4		137
7	5 AND 6		1
Inkludert			1

Søk nummer 6 gav 137 treff, ytterlige avgrensing til “newly diagnosed” gav søk nummer 7, 1 treff. Denne blir inkludert i litteraturstudien *“Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden”* (Isaksson et al., 2014), og er hentet fra PUBMED. Artikkelen er relevant på bakgrunn av at den undersøker behovet for støtte og veiledning under behandling og nylig diagnostiserte pasienter med diabetes type 2 for å oppnå bedre egenomsorg.

Tabell 4: søk i CINAHL 22.02.2023

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Diabetes type 2 (Keyword)		56 204
S2	Diabetes mellitus type 2		70 672
S3	S1 OR S2		70 816
S4	Nurse (Keyword)		311 868
S5	Nursing (Keyword)		759 963
S6	S4 OR S5		873 792
S7	Self Care		44 925
S8	S3 AND S6 AND S7		513
S9	Newly Diagnosed (Keyword)		17 760
S10	S8 AND S9		7
Inkludert			1

Søk nummer 10 gav 7 treff, ut i fra disse anser jeg 1 som aktuell: *"A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach"* (Gabre et al., 2018). Studien tar for seg opplevelsen av egenomsorg til pasienter som nylig har fått diabetes type 2, og diskuterer faktorer som er viktig for sykepleiere i deres veiledende og undervisende rolle.

Tabell 5: søk i CINAHL 23.02.2023

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Lifestyle (Keyword)		55 559
S2	Type 2 diabetes (Keyword)		78 042
S3	Motivational interviewing		4 139
S4	S1 AND S2 AND S3		24
S5	S1 AND S2 AND S3	2013-2023	18
Inkludert			1

Søk nummer 5 gav 18 resultat, og ut i fra disse ble artikkelen: *“Patients’ experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study”* valgt (Brobeck et al., 2014). Artikkelen er relevant fordi den tar opp pasientens erfaringer rundt livsstilsendringer ved bruk av motiverende intervju.

3.4 Vurdering av egen oppgave

I oppgaven er det benyttet relevant fag- og pensumlitteratur, og artikler publisert i godkjente databaser. Resultat og konklusjon hadde blitt annerledes dersom andre artikler ble benyttet. Artikkelen som ble brukt i litteraturstudien er publisert i Europa og Amerika, og jeg anser dermed at de er overflyttbare til norske system. I flere av studiene er det bare et fåtall av pasienter som blir intervjuet, så resultatene kan dermed være noe påvirket. Likevel vurderes det slik at deltakerne har individuelle opplevelser og meninger som er relevante for både forskning og problemstillingen.

3.5 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Det er benyttet fire kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel. Ved å inkludere en kvantitativ artikkel vil resultatet få økt bredde. Alle artikkelen følger IMRAD struktur. For å kritisk vurdere innhold i forskningsartikler er det brukt sjekklister (vedlegg 8 & 9) (Helsebiblioteket, 2021). Ved grundig gjennomgang av sjekklister har jeg fått dybdeforståelse i studiene, og det er gjengitt en oversikt for å vise hovedfunn. Alle artikkelen

følger etisk standard, og fremmer pasientperspektivet. Artikkene er ikke eldre enn 10 år for å sikre relevans. Personvern og anonymitet blir overholdt, og artikkene er fagfellevurdert. Forfattere av litteratur blir kreditert ved bruk av referansestilen APA 7th. På bakgrunn av dette gir forskningen en innsikt i kunnskap og motivasjon, pasienters opplevelser og sykepleietiltak som er svært aktuelt for mitt litteraturstudie.

4.0 Resultat

I dette kapittelet blir det presentert et sammendrag av alle forskningsartiklene, og det blir til slutt fremvist en samlet analyse av artiklenes hovedfunn.

4.1 Artikkel 1

“A little good with the bad’: Newly diagnosed type 2 diabetes patients’ perspectives on self-care: A phenomenological approach” (Gabre et al., 2018).

Denne kvalitative forskningsartikkelen benyttet en fenomenologisk tilnærming. Hensikten var å undersøke egenomsorgen til nydiagnostiserte pasienter med diabetes type 2 i den sørlige delen av Sverige. Deltakerne i studien var tre kvinner og fem menn. Til intervjuene skulle deltakerne ta med bilder av noe som gav en god følelse relatert til diabetes type 2, som skulle bidra til og utdype betydningen av egenomsorg.

Betydningen av egenomsorg ble definert som en eksistensiell kamp hvor deltakerne opplevde å være i en mellomtilstand. En blanding av det tidligere usunne liv, og det nye livet. Opplevelsen av forandring ble uttrykt som sorg, før de videre kunne fokusere på fremtiden. Gjennom egenomsorg oppnås det håp som fremmer tankegang rundt nye muligheter og følelsen av å få tilbake sin identitet. Deltakerne gav uttrykk for kompleksiteten rundt å finne nye meninger, og fremmet et skjerpet fokus på å innse hva sykdommen er i stand til. Samlet ble en ny identitet og mening med livet skapt. Sosioøkonomiske faktorer, familie og pårørende var avgjørende i endringsprosessen, og bidro til håp og mening. Noen deltakere opplevde å strebe med å oppnå respekt fra både pårørende og bekjente.

I denne mellomtilstanden spiller sykepleier en viktig rolle. Dette gjelder spesielt støtte og veiledning til å hjelpe pasienten og identifisere nye muligheter. Samtaler kan bidra til økt refleksjon over livet, hva som er viktig og hva en vil oppnå. Gjennom ulike konsultasjoner må sykepleieren være kreativ i sine metoder for å møte behovet og oppnå dypere refleksjon. Å finne ny identitet og skape balanse i hverdagen vil være preget av uvisshet for pasienten. Her er forståelse av pasientens situasjon essensielt for sykepleierrollen.

4.1 Artikkel 2

“Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden” (Isaksson et al., 2014).

Forskningsartikkelen er en kvantitativ prevalensstudie gjennomført i distriktet nord i Sverige. 220 deltakere fikk tilsendt informasjon om studien og et spørreskjema. Spørreskjemaet inkluderte «Diabetes Empowerment Scale». I tillegg til spørreskjemaet fikk de også tilsendt 12 ekstra spørsmål. Antallet deltakere som svarte på undersøkelsen var i alt 159, hvorav 49 var kvinner og 110 menn. Hensikten med studien var å kartlegge oppfatninger og assosiasjoner til styrkning av diabetes type 2, egenomsorg, og behovet for støtte.

Svarskjemaene ble analysert og delt inn etter kjønn, pensjonert eller ikke-pensjonert, aleneboer eller samboer, lengde av sykdomsforløp og behandlingsform. Funnene viste at kvinner hadde betydelig større behov for støtte til egenomsorg enn menn. Deltakerne som ikke var pensjonert hadde også et større behov for støtte til egenomsorg, men opplevde lavere støtte fra helsepersonell. Dette var overaskende i forhold til pensjonistene som ikke rapporterte mangler ved det. Samboere opplevde større støtte fra familie og pårørende sammenliknet med personer som bodde alene. Det ble også funnet at behovet for støtte til egenomsorg er uavhengig av hvor lenge man har levd med sykdommen. Deltakerne hadde et mer avslappet forhold til sykdommen etter å ha mottatt informasjon og veiledning ved påvisning av diabetes. Videre presiseres det at støttegrupper burde tilbys til en større gruppe pasienter. Sykepleiere burde utvide sin kompetanse rundt personsentrert omsorg, og ta dette mer i bruk i praksis.

4.2 Artikkel 3

“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 et al., 2018).

Den kvalitative forskningsartikkelen undersøker hvordan personer med nyoppdaget diabetes type 2 opplever motivasjon for livsstilsendring ved bruk av en selvbestemmelsesteori i England. Studien bygger på Early ACTIC-studien (Early ACTivation In Diabetes), hvor de undersøkte egenomsorg og hvordan pasientene opplever og håndterer sykdommen. 30 av personene som deltok på Early ACTIC-studien ble inkludert i denne studien, hvorav 18 kvinner og 12 menn. Semistrukturerte individuelle intervju ble benyttet for å samle inn data til forskningen.

Resultatene avdekket manglende motivasjon hos nylig diagnostiserte diabetes type 2 pasienter. Det ble funnet at indre motivasjon ble skapt over en lengre periode, og styres av ytre faktorer i startfasen. Ved å sette realistiske mål klarte man å holde motivasjonen ved like, og dermed fortsatte livsstilsendringen gradvis. Pårørende hadde en sentral rolle som ytre motivasjon, hvor deltakerne kunne søke bekreftelse og motivasjon for endring. Det ble også fremmet ønske om videre oppfølging fra prosjektet, og flere kommenterte at en slik tilstandskontroll motiverte dem til å holde seg til planen. Flere deltakere var bekymret for å miste motivasjonen og falle tilbake til gamle vaner etter at studiet ble avsluttet.

Studiens konklusjon legger vekt på at kvaliteten, ikke bare kvantiteten, av motivasjon er essensielt for å gjennomføre en vellykket livsstilsendring. Ulike motivasjoner kan kategoriseres etter livsstilsendringens forløp, og er ofte en kompleks sammensetning. Deltakere hadde ulike forutsetninger for motivasjon til endring, som omfatter faktorer som familie, sosioøkonomisk posisjon, kunnskap og vilje.

4.3 Artikkel 4

“Understanding patient experiences in a motivational interviewing intervention to improve whole-person lifestyle among individuals with hypertension or type 2 diabetes: a qualitative focus group study” (Sawyer & McManus, 2021).

Artikkelen er en kvalitativ forskningsartikkel utført i USA. Studien brukte gruppesamtaler for å undersøke personer med diabetes type 2 og/eller hypertensjon ved 18-års alder eller høyere. Det var 20 deltakere, like mange kvinner som menn, som deltok i prosjektet. Hensikten var å undersøke hvordan deltakerne responderte på motiverende intervju, og hvordan dette påvirket livsstilen deres videre.

Under flere gruppeintervju diskuterte deltakerne ulike tema som de hadde interesse for.

Fem temaer kom konsekvent igjen hos deltakerne:

- Viktigheten av å ha en veileder som kan bidra til motivasjon og måloppnåelse, som deltakerne ikke følte seg dømt av.
- Takknemlighet og verdien av en personsentrert omsorg. Det kom frem at personene fikk økt bevissthet rundt hvordan de ulike valgene de gjorde i løpet av hverdagen påvirket helsen deres.
- Kraften til å ta egne valg og gjøre endringer i egen helse.
- Effekten av realistiske mål som var gjennomførbare og meningsfulle.
- Ønsket om økt kontakt og oppfølging av den individuelle målsettingen.

Studien konkluderer at motiverende intervju var verdifullt og givende for deltakerne. Hver enkelt person fikk muligheten til å føle seg trygg i sine valg for å nå målet om livsstilsendring og en stabil helse. Det kom og frem at motiverende intervju var med på å forbedre deres emosjonelle-, sosiale- og åndelige omsorg, i tillegg til den psykiske og fysiske helsen.

4.4 Artikkel 5

“Patients’ experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study” (Brobeck et al., 2014).

Den kvalitative forskningsartikkelen ønsket å undersøke pasienters opplevelse av livsstilsendringer, og brukte motiverende intervju som samtalem metode. Pasientene som ble inkludert i studien hadde ulik bakgrunn med diabetes type 2 og/eller hypertensjon, og hadde ulik forhistorie med røyking, overvekt og alkoholproblemer. Totalt 16 deltakere ble intervjuet, 6 kvinner og 10 menn, som alle var bosatt i sør-vest Sverige. Sykepleierne hadde selv gjennomgått et kurs i motiverende intervju, og hadde 3-10 års erfaring med samtalem metoden.

Resultatene avdekket at deltakerne var bevisst over deres dårlige livsstil, og opplevde skam over dette. Deltakerne var innforstått med risikoen knyttet til røyking, alkohol og overvekt, men opplevde det vanskelig å finne motivasjon til livsstilsendring. Ros og skryt for små og store skritt på veien gav motivasjon. En god relasjon med sykepleieren bidro til økt selvtillit slik at man kunne snakke åpent og realistisk. Dette innebar å lytte til pasientens historie og anerkjenne den de er. Motiverende intervju bidro til økt selvbestemmelse hos pasienten, som gav følelsen av støtte og bekreftelse. Flere av deltakerne fremmet også at pårørendes rolle kunne føre til frustrasjon. De pekte til at man lett kunne føle seg overvåket og kontrollert av at de nære hadde et stort fokus på livsstilen deres. Sykepleierens tilstedeværelse bidro til at deltakerne ikke følte seg alene og forlatt med utfordringene.

Deltakerne rapporterte at sykepleierens rolle var viktig i omstillingsprosessen mot en bedre livsstil. Sykepleieren hadde en lyttende rolle i diskusjonene slik at deltakerne ikke følte seg krenket. Studien peker på motiverende intervju som en effektiv og givende metode for å bidra til endring. Et viktig element for å fremme motivasjon til endring var sykepleierens holdninger ovenfor å benytte seg av personsentrert sykepleie. Det ble også fremhevet at sykepleier må gjøre bevisste ordvalg for å unngå å stille for høye krav.

4.5 Samlet analyse

Tabellen under viser funn som er relevante for å drøfte problemstillingen i neste kapittel.

Funn	Motiverende intervju som metode.	Pasienten sin opplevelse av motivasjon, og motivasjon strategier.	Livsstilsendring	Pasienten sin opplevelse av egenomsorg, og behov for støtte.
Artikkel 1		x	x	x
Artikkel 2				x
Artikkel 3		x	x	x
Artikkel 4	x	x	x	
Artikkel 5	x	x	x	

Et gjengående tema i artiklene er motivasjon, og hvordan man kan skape et trygt, åpent og givende pasientforhold. Gabre et al. (2018) tar for seg nydiagnostiserte pasienters opplevelse og faktorer som påvirket oppnåelsen av egenomsorg. Her opplevde deltakerne en mellomtilstand hvor sykepleieren spilte en viktig rolle. Sykepleierne sin veiledende rolle innebar å bygge relasjon, akseptere pasienten, ikke dømme og bidra til dypere refleksjoner. Å sette realistiske mål fremmet tankegang rundt nye meninger i livet. I Sebire et al. (2018) opplevde deltakerne at oppnåelse av indre motivasjon bidro til livsstilsendring, og ønsket en mer kontinuerlig oppfølging. Sykepleier gjorde deltakerne bevisst på hvilke konsekvenser ulike valg i hverdagen hadde på sykdommens forløp. Isaksson et al. (2014) konkluderte med at aktivt bruk av pårørende i behandlingen økte motivasjon og egenomsorg hos pasienten. I artikkelen til Brobeck et al. (2014) fremmet de at motiverende intervju bidro til pasientens selvbestemmelse, og ga dem støtte og bekreftelse fra sykepleier. Sawyer & McManus (2021) tok for seg motiverende intervju og hvilke effekter denne hadde på livsstilen. Artiklene setter et samlet fokus mot ulike forutsetninger sykdommen er basert på, som faktorene sosioøkonomisk posisjon, familie og pårørendes funksjon, og helsekompetansen til pasienter og personer i nære relasjoner.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen «*hvordan kan sykepleiere bidra til økt motivasjon for å takle omstillingen og oppnå god egenomsorg hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2*» bli drøftet opp mot funn fra forskningsartikler, teori og egne erfaringer. Drøftingen fokuserer på sykepleiers motiverende funksjon, faktorer som påvirker motivasjon, egenomsorg, og sykepleierens holdninger i samtalemotoden motiverende intervju.

5.1 Pasientens evne og vilje

Manglende motivasjon anses å være en stor bakenforliggende årsak for å ikke lykkes med å gjennomføre livsstilsendringer. I og med at diabetes type 2 opptrer ved en kombinasjon av arv, miljø og dårlige levevaner, er det helt avgjørende for livskvaliteten om pasienten er motivert for å gjennomføre livsstilsendringer (Diabetesforbundet, 2023). Sykepleierens ansvarsområde innebærer tertiærforebyggende tiltak. Dette er tiltak i form av veiledning og undervisning for å unngå komplikasjoner når pasienten allerede er diagnostisert med en kronisk sykdom (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Det finnes ingen konkret oppskrift på hvilke behov som må oppfylles for å oppnå motivasjon til endring. Sykepleiere må derfor fokusere på en helhetlig og personsentrert sykepleie for å kartlegge og undersøke hvilke ressurser pasienten har. Orem fremmer at egenomsorg går ut på individets evne og vilje til å utføre livsnødvendige aktiviteter, som i denne sammenhengen innebærer å gjennomføre livsstilsendringer for å unngå senkomplikasjoner (Cavanagh, 1999, s. 17).

Sykepleier burde uten tvil bli mer inkludert i den undervisende og veiledende prosessen både i startfasen og videre oppfølging av pasienter med diabetes type 2. Tilstrekkelig og korrekt undervisning og veiledning tidlig i forløpet vil ha stor innvirkning på pasientens motivasjon og oppnåelse av egenomsorg (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70). Sebire et al. (2018) viser til at motivasjonen til pasientene gjerne er tilstedeværende, men at kvaliteten på motivasjonen gjerne ikke blir vurdert. Motivasjonen bør først og fremst komme innenfra, og pasienten må selv ønske å gjennomføre en endring. Individets evne og vilje blir regulert av kunnskap og forståelse, og her er sykepleiers rolle essensiell. Indre motivasjon innebærer personens egen vilje og tiltro til egne ressurser (Karlsen, 2011, s. 222). Dersom pasienten ikke klarer å se hvilke ressurser han/hun har, bør sykepleier benytte personsentrert

sykepleie for å rettlede pasienten. Sett i praksis blir dessverre egenomsorgen til pasienter med diabetes type 2 ofte overlatt til dem selv uten hyppige kontroller og veiledning. Dette kan være en hovedårsak til tilbakefall og en økende prevalens av senkomplikasjoner.

Sebire et al. (2018) fremmet at det å komme inn på hyppige kontroller gav dem motivasjon til å holde sykdommen i sjakk. Opplevelsen av at noen kontrollerte om du var pliktoppfyllende eller ikke var med på å gi motivasjon og styrke. Dermed vil det være hensiktsmessig med en gradvis nedtrapping etter opplæring og veiledning, og en mer regelmessig oppfølgingsplan. Dette resultatet styrkes av Sawyer & McManus (2021) hvor deltakerne opplevde det motiverende å delta i studien hvor de fikk hyppigere oppfølging. Dersom sykepleiere blir mer inkludert i opplæringsprogrammet vil sykepleiere benytte kunnskaper om relasjonskompetanse og pedagogiske verktøy for å iverksette tankeprosesser hos pasienten. Den sanne motivasjonen kommer til syne når pasienten iverksetter tiltak og reflekterer over fremgang. Dette innebærer at den subjektive opplevelsen ikke alltid samsvarer med det visuelle, noe sykepleiere bør ha i bakhodet.

Flow teorien er en metode for å opprettholde motivasjon (Andersen & Hanssen, 2012, s. 45). Teorien består av en balanse mellom utfordring og kompetanse. Å være motivert over lengre tid er utfordrende og vil kreve ny kunnskap og informasjon for å kunne oppnå nye mål. Sawyer & McManus (2021) understreker at realistiske mål som deltakeren selv føler er gjennomførbar og meningsfulle vil være givende for pasienten. Orens støttende og veiledende sykepleiesystem vil kompensere hvis egenomsorgskapasiteten svikter dersom sykdom opptrer (Kristoffersen, 2021, s. 249). I og med at en svikt av egenomsorg ligger i bunn, kompenserer sykepleiesystemet ved å tilføye ny kunnskap hos pasienten for å gjenopprette flow sonen.

5.1.1 Helsekompetanse

Kartlegging ovenfor pasientens helsekompetanse vil bidra til forståelse av pasientens posisjon. Ved en livsstilsendring står helsekompetanse sentralt for pasientens egen forståelse og evne til å ta gode beslutninger tilknyttet helse (Helsedirektoratet, 2021). I Brobeck et al. (2018) viser resultat at deltakerne er bevisst på risikofaktorer, men fremdeles velger å forsømme egen helse. Dårlig egenomsorg vil være resultatet av lav

helsekompetanse og forsømmelse av egen helse. Kunnskaper rundt konsekvenser og motivasjon for endring av dårlig livsstil har stor betydning for oppnåelsen av egenomsorg. Det er en klar sammenheng mellom helsekompetansen og sosiale ulikheter i samfunnet vi lever i. Som nevnt tidligere vil sosiale ulikheter gjenspeiles i helsekunnskap og tilgjengelighet av informasjon (Jenum & Pettersen, 2014). På denne måten vil pasienter med lavere helsekompetanse kreve en mer individuelt tilpasset veiledning for å kompensere for ulikheten.

Mine erfaringer fra praksis støtter funn hvor pasientene er klar over risikoen de utsetter seg for ved å ikke respektere sykdommen. På bakgrunn av manglende kunnskaper velger de å forsømme helsen, og risikoen for senkomplikasjoner øker. Sykepleier trer inn i den ytre motivasjonsrollen, og kan veilede og undervise pasienten for at han/hun skal forstå alvoret med diabetes. Her bør sykepleier være bevisst på egne holdninger, som innebærer å opptre ikke-dømmende, bidra til dype refleksjoner og sette realistiske mål. Videre er det viktig å ikke overkjøre pasienten med høye krav og forventninger. Dette kan fort ha motsatt effekt, og man kan ende opp med å ødelegge relasjonen med pasienten. I praksis har jeg opplevd at selv om diabetes type 2 er en folkekjent sykdom er behovet for oppdatert kompetanse stort, både hos sykepleiere og pasienter.

5.1.2 Sosioøkonomisk posisjon

Individer har ulike forutsetninger ved håndtering av sykdommen på grunn av ulik sosioøkonomisk posisjon (Braut & Aarheim, 2020, s. 109). Dette gjenspeiles i studien til Sebire et al. (2018), Sawyer & McManus (2021) og Gabre et al. (2018) som alle fremmer at sosioøkonomiske faktorer påvirker pasientens forutsetninger for motivasjon. Dermed er det viktig at sykepleier innehar kompetansen som trengs for å tilrettelegge for disse ulikhetene. Forventninger fra samfunnet legger press på hvordan ulike grupper skal håndtere en slik livsstilsendring. Utdanning og yrke er også faktorer som påvirker hvilke risikomoment hvert individ er utsatt for (Braut & Aarheim, 2020, s. 109).

5.1.3 Pårørendes rolle

Pårørendes rolle ved livsstilsendring vil kunne bidra til at pasienten holder seg motivert for å oppnå realistiske mål. I og med at diabetes type 2 ofte krever livsstilsendringer vil ikke dette bare påvirke pasienten, men også personer rundt i større eller mindre grad. Det blir trukket frem i studien til Isaksson et al. (2014) at pårørende var en del av støtteapparatet rundt deltakerne som kunne bidra til styrking av pasientens egenomsorg. Pasienter har et ulikt støtteapparat rundt seg, og det vil også variere i hvor stor grad man ønsker å involvere dem. Sykepleiere bør ikke gå inn og kontrollere slike situasjoner, men heller være bevisst på forholdet.

På en annen side kan pårørendes kontrollerende atferd fremme en barriere for selvkontroll og egenomsorg. Brobeck et al. (2014) får frem i motsetning til Isaksson et al. (2014) at pårørendes rolle ikke bare bidrar positivt i omstillingsprosessen. Derimot kan pårørendes rolle fremme frustrasjon hos deltakerne (Brobeck et al., 2014). Pårørende som fremtrer overbeskyttende vil sette høyere krav til endring, og det kan oppstå konflikt dersom pasienten ikke realiserer kravene. Gabre et al, (2018) viste også at pårørendes involvering kunne ha en negativ effekt ved at pasientene opplevde et streb for å oppnå respekt fra pårørende. Videre kan det hende pårørende dras ufrivillig inn i den daglige behandlingen av diabetes type 2. Dette kan innebære matlaging, handling, blodsuktermåling, og følge til lege, som fort kan være opphav til uenighet og konflikt. God kartlegging av pasientens støtteapparat bidrar til en mer helhetlig sykepleie, og kan gi økt brukermedvirkning.

5.2 Sykepleiers støttende rolle til egenomsorg

God egenomsorg innebærer å ivareta sine fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle behov. Nøkkelen til suksess i et terapeutisk samarbeid er kommunikasjon. Sykepleier må ha gode relasjonsskunnskaper, og kunne opptre profesjonelt og reflektert. I og med at pasientene som får diagnosen ofte har hatt en dårlig livsstil over en lengre periode, vil det være utfordrende å omstille livet sitt. Ved å gjennomgå en omstillingsprosess vil pasienten trenge støtte og omsorg fra sykepleier. Forholdet mellom sykepleier og pasient bør bygges på tillit og allianse for å nå målet (Gonzalez, 2020, s. 59). Artikkelen til Gabre et al. (2018) viser til at i mellomtilstanden mellom tidligere og ønsket livsstil er sykepleierens rolle viktig. Støtten og

veiledningen sykepleieren gir er essensielt i omstillingsprosessen til å identifisere nye muligheter. Sykepleierens holdninger til pasienten er med på å påvirke fremtidig prognose av sykdommen. Dersom forholdet avviker kan det resultere i at pasienten blir mer reservert, og progresjonen liten. Her kan sykepleier tilrettelegge for gruppebaserte møter som et godt tiltak. Pasienten får da mulighet til å snakke med andre i samme situasjon, som vil kunne bidra til å utveksle følelser, kunnskap og støtte.

I 2017 utarbeidet helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal diabetesplan som skulle bidra til bedret arbeid rundt endring av levevaner for personer som har utviklet diabetes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Planen fremmer tiltak som blant annet at sykepleiere skal bidra til økt mestring av sykdommen og bedre egenomsorg. For å oppnå dette skal vi sette større fokus på å redusere sosiale ulikheter i behandlingen, og sette større fokus på svake sosioøkonomiske grupper. For helse- og omsorgstjenesten, inkludert sykepleiere, er dette en god mulighet til å utvikle egne kunnskaper. Veiledningen og opplæringen pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 får i dag er veldig standardisert. Ved å sette større fokus på pasientsentrert veiledning vil brukermedvirkning styrkes. Målet med veiledningen er at pasientene skal gjenoppnå egenomsorg ved å mestre sykdommen i hverdagen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 70).

I sykepleierens veiledende og undervisende rolle bør det vektlegges bruk av åpne refleksjoner i samtaler om egenomsorg. Gjennom refleksjoner vil pasienten få nye tankeprosesser som fremmer brukermedvirkning. På denne måten bidrar pasientene selv til å reflektere over deres liv, og hva de ønsker å oppnå. Som nevnt tidligere har undervisning og veiledning tidlig i sykdomsbildet stor innvirkning på personens egenomsorg. Noen av deltakerne opplevde at nye tankemønstre gav følelsen av kontroll på eget liv og identitet (Gabre et al., 2018). Gode samtaler hvor pasientene kan reflektere over livet bidrar til en dypere forståelse over hva en verdsetter i livet og hva en vil oppnå med endringen.

Orem fremmer i sin teori om sykepleiesystemer at sykepleier har i sitt kompenserende system en veiledende og støttende funksjon i møte med pasienter (Cavanagh, 1999, s. 43). Isaksson et al. (2014) understreker at pasienter har ulikt behov for støtte til egenomsorg både i livet og i behandlingsforløpet. I og med at pasienter med diabetes oppsøker

poliklinikker for veiledning på ulike stadier i endringsprosessen, medfører dette et økt behov for kunnskap til å justere og tilpasse sykepleien etter pasientens ressurser. Alder vil i stor grad påvirke pasientens ressurser. Dermed vil en 80-åring kunne ha større behov for tilpassing, enn en pasient i 40-årene. Pasientens behov for egenomsorg endres dersom diabetes type 2 blir påvist, og de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene trer i kraft (Kirkevold, 1998, s. 131). Pasienten må oppsøke helsetjenester, tilegne seg nye kunnskaper, endre livsstil, og lære å leve med sykdommen.

Videre presiserer Gabre et al. (2018) at sykepleier skal bidra til å skape en balanse i hverdagen, og se situasjonen fra pasientens perspektiv. Slik Orem understreker vil det støttende og undervisende sykepleiesystemet bidra til å se pasienten, undersøke hvilke ressurser pasienten har eller kan utvikle, for så å kompensere med kunnskap for å bidra til god egenomsorg hos pasienten (Kristoffersen, 2021, s. 250).

5.3 Sykepleiers holdninger ved bruk av motiverende intervju

Sykepleierens holdninger har stor betydning på relasjonen mellom pasient og sykepleier. Gjennom motiverende intervju skapes et godt samarbeid som utforsker synspunkt for endring, motivasjon og mestringsevne (Barth et al., 2013, s. 75). Motiverende intervju er en samtalemetode som fremmer motiverende tankeprosesser mot en bestemt endring (Barth et al., 2013, s. 75). Samtalemetoden fremmer pasientens ressurser og drivkrefter for å finne indre motivasjon til endring. To av artiklene som er med i denne litteraturstudien legger vekt på motiverende intervju, som har betydelig verdi for deltakerne (Sawyer & McManus, 2021; Brobeck et al., 2014). Her fikk de mulighet til å føle seg trygg i sine valg og målsetninger i endringsprosessen. Slike faktorer er essensielt for å kjenne på mestring av motivasjon og fremgang. Dårlige holdninger fra sykepleieren kan skape en negativ relasjon og hindrer fremgang. Brobeck et al. (2014) understreker at motiverende intervju bidro til endring hos deltakerne, hvor sykepleier benyttet personsentrert sykepleie. Grunnverdiene innenfor motiverende intervju innebærer partnerskap, aksept, medfølelse og fremkallelse (Helsedirektoratet, 2017).

Ved at sykepleieren legger til rette for brukermedvirkning og selvbestemmelse resulterer det i at pasienten føler seg sett, hørt og anerkjent og ikke dømt. Viktige faktorer som fremmer motivasjon hos pasienter med diabetes type 2 er å gi ros for fremgang, bekreftelse, anerkjennelse, selvbestemmelse og støtte i samtaler. I motiverende samtaler skal sykepleier opptre profesjonelt, legge vekk forventinger og egne tanker for hva pasienten burde endre. Sykepleier skal lytte, anerkjenne, være bevisst i valg av ord, ikke overtale pasienten til et valg og ikke stille for høye krav.

5.4 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å undersøke måter sykepleier kan bidra til økt motivasjon for å takle omstillingsprosessen, og oppnå god egenomsorg hos pasienter med nyoppdaget diabetes type 2. Å bli diagnostisert med en slik omfattende sykdom påvirker pasienten, men ofte også pårørende. Ved gjennomføring av livsstilsendringer krever det at pasienten får korrekt støtte og veiledning av sykepleier. Motivasjon til livsstilsendring fremmer egenomsorg.

Gjennom litteratur, sykepleieteorien til Orem og forskning blir viktigheten av sykepleiers holdninger belyst. Det kommer tydelig frem at helsekompetanse, sosioøkonomisk posisjon og pårørende påvirker pasientens motivasjon. Studiene fremmer at samtalemotoden motiverende intervju skapte et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Metoden bygger på partnerskap, aksept, medfølelse og fremkallelse. Her skal sykepleier opptre med respekt og ha en empatisk holdning til pasienten.

Studiene vektlegger at personsentrert sykepleie fremmet motivasjon. Ved å innføre motiverende intervju aktivt i den polikliniske oppfølgingen vil pasienter i større grad oppnå egenomsorg i hverdagen. Å skape en god relasjon med pasienten vil medføre mer åpenhet, aksept, og bidra til å se pasienten innenfra og ut. Pasientene har gjerne kunnskapen og informasjonen rundt risikofaktorer knyttet til senkomplikasjoner, men mangler motivasjon for å gjennomføre endring. Det trengs mer kunnskap rundt å kartlegge pasientens ressurser basert på sosioøkonomiske faktorer og helsekompetanse, for å individuelt tilpasse

veiledningen og oppfølging. Sykepleiers motiverende rolle er gjerne ikke avvikende, men oppfølgingen i praksis kan være mangelfull.

Avslutningsvis vil jeg presisere at litteraturstudien min er et avgrenset arbeid, som nødvendigvis ikke inkluderer alle aktuelle spørsmål og faktorer hos en nydiagnostisert pasient med diabetes type 2. Jeg håper med dette å inspirere andre til å forske videre på blant annet sosioøkonomiske forskjeller, og hva virkningen av gode oppfølgingsrutiner har for pasienter med diabetes type 2.

Referanse

- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. Akribe.
- Allgot, B. (2011). Undervisning og læring, motivasjon og mestring: Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling*. Akribe.
- Andersen, F. Ø. & Hanssen, N. (2012). *Flow i hverdagen: navigasjon mellom stress, kaos og kjedsomhet*. Fagbokforlaget.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: samtaler om endring*. Gyldendal Akademisk.
- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet: Ei innføring i organisering, styring og politikk*. Samlaget.
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13). [10.1186/1472-6955-13-13](https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13)
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Diabetesforbundet. (2023, 10. februar). *Kjenn din risiko for diabetes type 2*. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/kjenn-din-risiko-for-diabetes-type-2/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fryer, W. (2006). *Graph og Flow* [Figur]. Openverse. <https://openverse.org/image/ea620d27-03f9-4775-bc2e-e2261985473c?q=Mihaly%20Csikszentmihalyi>
- Gabre, M., Sundström, B. W. & Olausson, S. (2018). 'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nordic journal of Nursing Research*, 39(1), 20-28. [10.1177/2057158518775319](https://doi.org/10.1177/2057158518775319)
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid- sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming- sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

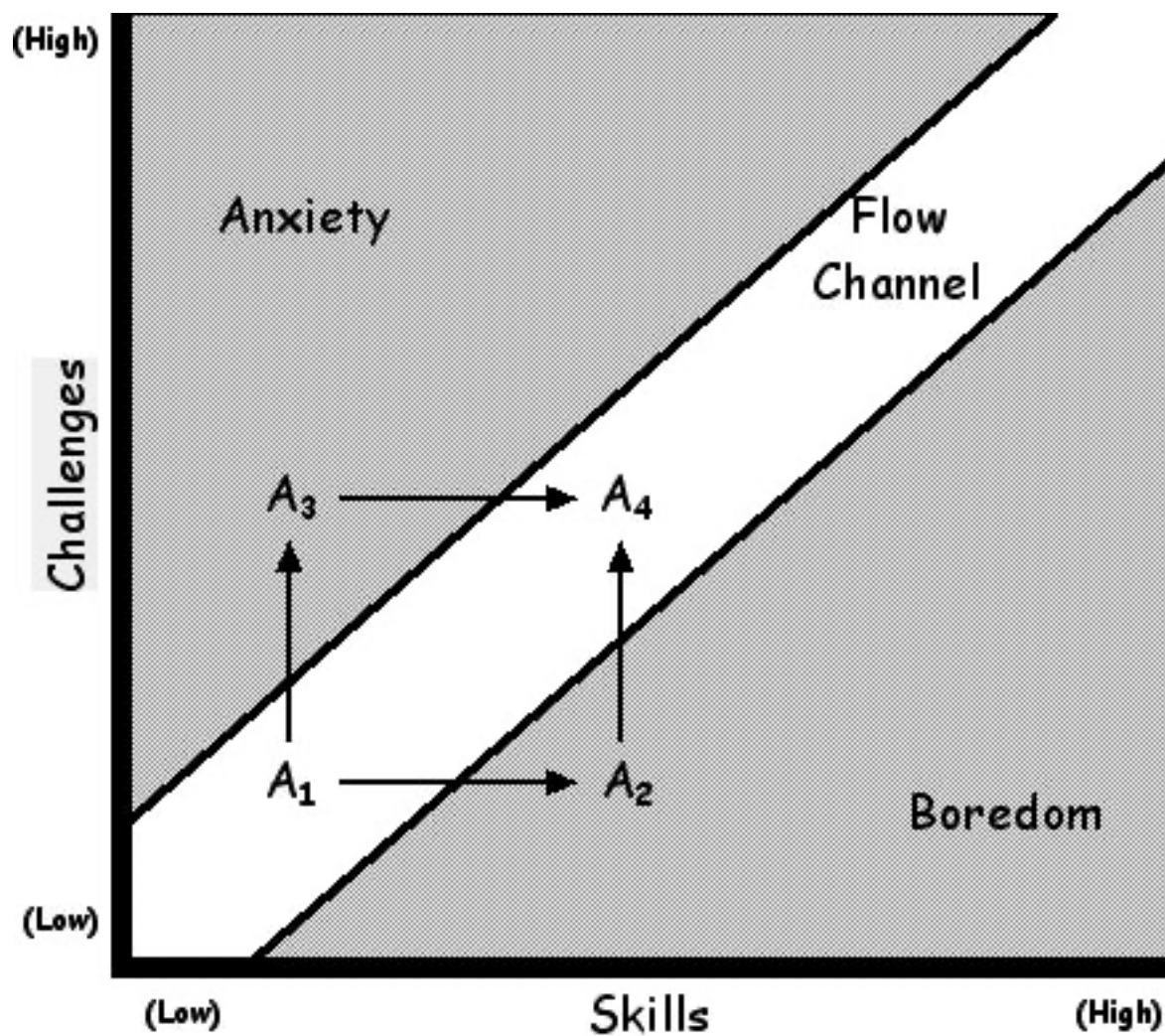
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: Kritisk vurdering*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). Motiverende intervju som metode.
https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode?fbclid=IwAR1ZlufXUbr_dVpLW2Rn3oFxD0qUErJcSaJSfPr167JIVt3_WbUhMUsl8TA#referere
- Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse- kunnskap og tiltak*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2022, 15. desember). *Brukermedvirkning*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 13. desember). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf
- Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J. & Hörnsten, Å. (2014). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 407-612. <https://doi.org/10.1111/scs.12185>
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI: Motiverende samtaler: en praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-399). Gyldendal Akademisk.
- Jenum A, Pettersen K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning*, 2014;9(3), 272-280.
[10.4220/sykepleienf.2014.0145](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145)
- Joner, G. (2014). Hvorfor får man type-1 diabetes? I. S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 39-43). Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkelen til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Akribe.

- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Ad Notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 4* (s. 13-99). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 225-287).
- Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser- sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 257-314). Gyldendal Akademisk.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Mayer-Davis, E. J., Lawrence, J. M., Dabelea, D., Divers, J., Isom, S., Dolan, L., Imperatore, G., Linder, B., Marcovina, S., Pettitt, D. J., Pihoker, C., Saydah, S. & Wagenknecht, L. (2017). Incidence Trends of Type 1 and Type 2 Diabetes among young Youths, 2002-2012. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 376(15), 1419-1429.
[10.1056/NEJMoa1610187](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1610187)
- MeSH på norks (u.å.). *MeSH på Norsk- Begreper innen medisin og helsefag*. Hentet 25. januar 2023 fra <https://mesh.uia.no/>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale: støtte til endring*. Fagbokforlaget
- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: bind 2* (5. utg., s. 51-82). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Sawyer, A. T. & McManus, K. (2021). Understanding patient experiences in a motivational interviewing intervention to improve whole-person lifestyle among individuals with hypertension or type 2 diabetes: a qualitative focus group study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1978373>
- 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*, 18, 204. <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>
- Stene, L. C., Ruiz, P. L-D., Åsvold, B. O., Bjarkø, V. V., Sørgerd, E. P., Njølstad, I., Hopstock, L. A., Birkeland, K. I. & Gulseth, H. L. (2020). Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 17. DOI:10.4045/tidsskr.20.0849
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Flowsonen



From Flow: The Psychology of Optimal Experience
by Mihaly Csikszentmihalyi (page 74)

Figur 1. "Graph of Flow", 2006, av Wesley Fryer. (<https://openverse.org/image/ea620d27-03f9-4775-bc2e-e2261985473c?q=Mihaly%20Csikszentmihalyi>). CC BY-SA 2.0.

Vedlegg 2: PICO-skjema:

P	I	C	O
Diabetes type 2 Diabetes mellitus type 2 Newly diagnosed Nylig diagnostisert Nyoppdaget	Sykepleier Nurse Nursing Nursing care	(Ikke aktuelt)	Livskvalitet Egenmestring Quality of life Life quality Lifestyle change Self-management Motivational interviewing Motivation Motivasjon Sosioøkonomisk posisjon Self-reliance Health literacy

Vedlegg 3: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Etter 2013	Før 2013
Nordisk eller engelsk språk	Et annet språk enn nordisk eller engelsk
Fagfelleverdert	Ikke fagfelleverdert
Europa, Amerika	Asia, Afrika, Oseania, Antarktis

Vedlegg 4: Litteratormatrise av artikkel 1:

Tittel	'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach.
Forfatter	Gabre, M., Sundström, B. W. & Olausson, S.
Tidsskrift	Nordic journal of Nursing Research
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> Pasientperspektiv på opplevelse av egenomsorg ved nylig diagnostisert diabetes type 2.
Metode og datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitativ forskningsartikkel. Fenomenologisk tilnærming. Fagfelleverdert.

	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakeren skulle ta med seg bilde av noe som gav glede i hverdagen og som hadde sammenheng med diabetes. • Blandet intervju bestående av det intervju på 30 til 45 minutter, og reflektering over bildet deltakeren hadde med seg. • Følger de etiske standardene til Helsinki Declaration, ikke etisk godkjent av forskningskomite.
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Tre kvinner og fem menn. • Alder: 50 til 69 år. • Nylig diagnostisert med diabetes type 2, fra 2 til 4 måneder. • Ulik bakgrunn basert på kjønn, alder, sosioøkonomisk posisjon og kulturell bakgrunn. • Studien foregår sør i Sverige.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Egenomsorg definert som eksistensiell kamp som førte til opplevelse av å være i en mellomtilstand. • Positive effekter av egenomsorg var nye muligheter og kontroll over eget liv og helse. • Livsstilsendring som nydiagnostisert var utfordrende og deltakerne opplevde sorg over «tapt liv». • Deltakerne opplevde kompleksiteten av å finne nye meninger med livet. • Etter skapelse av ny identitet skapte dette nye meninger med livet. • Sosioøkonomiske faktorer hadde positive og negative faktorer. • Sykepleier har en viktig og avgjørende rolle i omstillingsprosessen, støtten til egenomsorg, skapelsen av ny identitet og finne meninger med livet. • Sykepleier må se situasjonen fra pasientens perspektiv.

Vedlegg 5: Litteratormatrise av artikkel 2:

Tittel	Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden.
Forfatter	Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J. & Hörnsten, Å.
Tidsskrift	Scandinavian journal of caring sciences
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge oppfatninger og assosiasjoner til styrkning av diabetes type 2, egenomsorg, og behovet for støtte av egenomsorg i et distrikt.
Metode og datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativ metode. • Prevalensstudie. • Etisk godkjent. • Fagfellevurdert. • Spørreskjema som benyttet «Diabetes Empowerment Scale», og hadde 12 tillegg spørsmål.
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Inklusjonskriterier: diabetes type 2, knyttet til primærhelsesenter, og ikke har kognitiv svikt. • Distrikt i nord Sverige. • 159 deltakere, 49 kvinner og 110 menn. • Gjennomsnittsalder på 65,79.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Funn delt inn i ulike kategorier: kjønn, pensjonert eller ikke-pensjonert, samboer eller bo alene, lengde på sykdom og behandlingsform. • Ikke-pensjonerte pasienter opplevde større behov for støtte i grupper, og lav støtte fra helsepersonell. • Samboere opplevde god støtte fra familie, og et høyere behov for deres støtte ved kliniske sammenhenger. • Nydiagnostiserte deltakere hadde behov for støtte i grupper, samt deltakere som ble diagnostisert for 10 til 15 år siden. • Styrking av diabetes blir assosiert med egenomsorg, støtte fra pårørende og familie, og støtte fra helsepersonell.

Vedlegg 6: Litteratormatrise av artikkel 3:

Tittel	“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.
Forfatter	Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C.
Tidsskrift	BMC Public Health
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøke hvordan pasienter med nyoppdaget diabetes type 2 opplever motivasjon for gjennomføring av en livsstilsendring ved bruk av en selvbestemmelses teori i England.
Metode og datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ studie. • Semi-strukturert individuelle intervju. • Intervjuer både ansikt til ansikt og over telefonsamtale, og hadde ulik tidsramme. • Studien bygger videre på en sekundærkilde, Early ACTIC-studien (kvalitativ). • Resultat ble strukturert til seks undertema. • Fagfellevurdert. • Etisk godkjent.
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • 30 personer som hadde deltatt i early ACTIC studien. • Deltakerne hadde diabetes type 2. • Alder fra 40 år til 72 år. • Studien foregår i England.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kvalitet på motivasjon hos nylig diagnostiserte diabetes type 2 pasienter. • Det blir presentert seks ulike former for motivasjon. • Fravær av motivasjon (a-motivasjon), ytre motivasjon, introjisert motivasjon, identifisert motivasjon, integrert motivasjon, og indre motivasjon.

	<ul style="list-style-type: none"> • Forutsetninger for motivasjon til endring er faktorer som familie, sosioøkonomisk posisjon, kunnskap, og vilje. • Kvaliteten av motivasjon er essensielt for en livsstilsendring.
--	--

Vedlegg 7: Litteratormatrise av artikkel 4:

Tittel	Understanding patient experiences in a motivational interviewing intervention to improve whole-person lifestyle among individuals with hypertension or type 2 diabetes: a qualitative focus group study.
Forfatter	Sawyer, A. T. & McManus, K.
Tidsskrift	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøke hvordan motiverende intervju hadde effekt på pasienter med diabetes type 2 og/eller hypertensjon, og hvordan denne bidro til å påvirke livsstilen deres videre.
Metode og datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ metode. • Fokusgruppe intervju med flere ulike grupper. • Fagfellevurdert. • Etisk godkjent.
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • 20 personer med kjent diabetes type 2 og/eller hypertensjon. • Likt antall menn og kvinner, alder er ikke spesifisert i studien. • Studien foregår i USA.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende intervju hadde en positiv effekt på pasienter med diabetes type 2 og/ eller hypertensjon ved bruk av personsentrert omsorg. • Bidro til å forbedre deltakerens selvfølelse, egenomsorg, valg, og dannet et godt og trygt miljø, som bidro til at de ikke følte seg dømt. • Positivt resultat av dette kunne deltakerne svare åpent uten ubehag. • Samlet resultat av studien fremmer at deltakerne generelt scoret høyere på «Wellness Evaluation of Lifestyle» enn tidligere.

Vedlegg 8: Litteratormatrise av artikkel 5:

Tittel	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study
Forfatter	Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C.
Tidsskrift	BMC Nursing
Hensikt	<ul style="list-style-type: none"> • Beskrive pasienter med diabetes type 2 sin erfaring ved livsstilsdiskusjoner i primærhelsetjenesten basert på motiverende intervjuer.
Metode og datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ metode. • Individuelle intervju som varte 30-45 min. • Fagfellevurdert. • Følger etiske retningslinjer.
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med diabetes type 2 og/eller hypertensjon • Deltakerne hadde forhistorie med røyking, overvekt eller alkoholmisbruk. • Studien forgår i sør-vest Sverige. • 16 deltakere inkludert, 6 kvinner og 10 menn. • Alder 28-77 år.
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakerne var bevisst på dårlige helseutbytter ved livsstilen de hadde var, men at motivasjonen var mangelfull. • Forhold som fremmet motivasjon var motiverende intervju, ros, bekreftelse, anerkjennelse, selvbestemmelse, og støtte. • Pårørende som ressurs til motivering var ugunstig da de opplevdes som frustrerende faktorer. • Sykepleierens rolle i diskusjonen var å lytte, anerkjenne, personsentrert sykepleie, gode holdninger, bevissthet i valg av ord og setninger, ikke prøve å overbevise, og ikke stille for høye krav til deltakeren.

Vedlegg 9: Sjekkliste artikkel 1: Gabre et al. (2018)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisen 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 sjekklisen?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Gabre, M., Sundström, B. W. & Olausson, S. (2018). 'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nordic journal of Nursing Research*, 39(1), 20-28. [10.1177/2057158518775319](https://doi.org/10.1177/2057158518775319)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Gabre et al. (2018) fremhever viktigheten av å undersøke egenomsorg ved nylig diagnostiserte pasienter med diabetes type 2, og ønsker å gjøre dette fra pasientens perspektiv. Hensikten med studien er dermed å undersøke og beskrive hvordan denne pasientgruppen opplever egenomsorg i deres hverdag.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Kvalitativ metode inkluderer at studien benytter intervju for å samle inn data, de får inn detaljert informasjon om hvordan pasienten selv opplever egenomsorg (Gabre et al., 2018).

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

I denne studien er det benyttet «Reflective Lifeworld Research» tilnærming som fokuserer på individets opplevelse. Som en supplementær metode ble det brukt en kombinasjon av intervju og bilder i studien (Gabre et al., 2018).

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Gabre et al. (2018) inkluderer pasienter sør i Sverige, og som nylig har blitt diagnostisert med diabetes. Det innebærer at de måtte være diagnostisert i løpet av de siste seks månedene. Deltakerne var rekruttert fra ulike primærhelsetjenester med tillatelse fra ledere og deres diabetessykepleier. Dersom dette var et ønske, ble de kontaktet av en av forfatterne for mer utfyllende informasjon om studien. Inklusjonskriteriene blir presentert tydelig: nylig diagnostisert diabetes type 2 (innen seks måneder) og at de snakket svensk. Videre var det totalt 3 kvinner og 5 menn, fra 50 til 69 år, som ønsket å delta. For å få et bredt resultat ønsket de å inkludere begge kjønn, og varierende alder, sosioøkonomisk status og kulturell bakgrunn.

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

Ja – Nei – Uklart

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? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende

eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel 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 (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

For å samle inn data gjennomførte studien åpne intervju med deltakerne. Før intervjuet ble deltakerne bedt om å ta noen bilder. Bildene skulle representere noe som gav de følelsen av glede i hverdagen, og som var knyttet til sykdommen. I intervjuene som varte i 30-45 minutter skulle de, i tillegg til andre spørsmål, forklare eller beskrive bildene som de hadde tatt med. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som senere ble skrevet ned (Gabre et al., 2018).

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

Ja – Nei – Uklart

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?

Kommentar:

Det kommer frem at forfatterne ikke hadde kjennskap til noen av deltakerne. Inklusjonskriteriene er få, som gjør at eksempelvis deltakernes forhistorie med andre sykdommer kan ha påvirket utfallet av resultatet. Videre ble forfatternes personlige

meninger hindret ved å ha en reflekterende posisjon, og tolkningen av data ble overvåket for å unngå et subjektivt syn. Forfatterens ulike bakgrunn blir også omtalt (Gabre et al., 2018).

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar:

Gabre et al. (2018) fulgte Helsinki Declaration sin etiske standard. Deltakerne ble informert både skriftlig og muntlig om målet med studien, at den var frivillig og at man kunne trekke seg når man ville uten grunn. Det ble benyttet et skriftlig samtykke fra alle deltakerne før intervjuene startet. Det kommer tydelig frem at svenske lovkrav ikke krever en etisk godkjenning, men at dette er anvendt i praksis.

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

Ja – Nei – Uklart

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, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel 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?

Kommentar:

Forfatterne hørte igjennom intervjuene til de ble godt kjent med informasjonen, og diskuterte dette sammen. Til slutt kom de frem til fem tema: revurdering av livet, sliter med å finne en mening, forholdet mellom refleksjon og hvile, jakten på fremtidshåp, og kampen om selvbestemmelse og respekt. Bildene ble brukt som et reflekterende hjelpemiddel i å forstå resultatet (Gabre et al., 2018).

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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 (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene blir klart presentert ved å dele de ulike delene inn i fem under-overskrifter. Både bilder og direkte sitat fra deltakerne anonymt blir lagt frem. Resultatene fremmer sykepleierens rolle i å være åpen og klare å stille gode reflekterende spørsmål som bidrar til økt egenomsorg, og at sykepleien må være individuelt tilpasset. Dersom sykepleieren identifiserer og forstår hver enkelt sin situasjon vil dette hjelpe deltakeren til å skape denne nye identiteten (Gabre et al., 2018).

Del 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 for eksempel 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?

Kommentar:

Gabre et al. (2018) fremmer et behov for mer og bedre undervisning i veiledningen til pasienter med nyopplaget diabetes type 2. Studien fokuserer på deltakerens egenomsorg som nydiagnostisert og «det nye livet» med sykdommen. Deltakerens ytre ressurser som familie og pårørende blir fremhevet som positivt for tilhørighet, håp og mening, og nevner at ens sosioøkonomiske posisjon påvirker utfallet av egenomsorg.

[Vedlegg 10: Sjekkliste artikkel 2: Isaksson et al. \(2014\)](#)

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

Kritisk vurdering av:

Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J. & Hörnsten, Å.

(2014). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. Scandinavian journal of caring sciences, 29(3), 407-612. <https://doi.org/10.1111/scs.12185>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei Studien ønsker å beskrive perspektiver og assosiasjoner for å styrke pasientens egenomsorgsvilje, empowerment og behovet for egenomsorg.
---	---

<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Ved en prevalensstudie vil man kunne avdekke en større del av befolkningen, og vil i denne sammenhengen undersøke hvor mange i distriktet som opplever manglende støtte fra systemet i forhold til oppfølging av egenomsorg og empowerment (Isaksson et al., 2014).</p>
---	---

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Deltakerne som ble inkludert i studien måtte være diagnostisert med diabetes type 2, ha tilknytning til et lokalt primærhelsesenter, og ikke ha en kognitiv svikt.</p> <p>De besto av 49 kvinner og 110 menn, alderen hadde median på 65,79 år. I tabell 1. kommer det også frem nærmere informasjon om deltakerne.</p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Deltakerne ble valgt ut i fra elektroniske journaler, og alle som besto inklusjonskriteriene ble kontaktet med et brev, hvor de fikk muligheten til å delta i studien.</p> <p>Det ble sendt ut 220 brev.</p>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>28 prosent av de som ble utplukket for å delta, svarte aldri på brevet.</p> <p>Blant disse var det 43 menn og 18 kvinner.</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>159 svarte, som tilsier 72 prosent ut i fra opprinnelig utsending av brev.</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> - Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? - Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Spørreskjema som er benyttet Diabetes Empowerment Scale (SWE-DES-23) som inneholder 23 spørsmål som skal besvares fra 1 til 5, og hadde fire underpunkter: identifisering av problem og problemløsning, selvinnsikt, stressmestring, og endringsberedskap. Her indikerte 1 helt uenig, mens 5 indikerte helt enig.</p> <p>I tillegg til det opprinnelige spørreskjemaet ble det lagt til 12 tilleggsspørsmål for å få dypere forståelse av individets posisjon og vurdering av egenomsorg, behovet for gruppemøter og involvering av pårørende. Her ble det brukt en visuell analog skala fra 1 til 10, hvor 1 indikerte lite og 10 mye.</p>

	Den svenske versjonen av spørreskjemaet er vurdert som pålitelig og valid.
<p>8. Er datainnsamlingen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? - Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) <p>Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Det ble brukt et spørreskjema som deltakerne svarte på.</p>
<p>9. Er dataanalysen standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. - Se på hvordan ” åpne spørsmål” er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer? 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Datainnsamlingen ble analysert ved hjelp av SPSS, versjon 19. Undergrupper som ble laget baserte seg på kjønn, bo-status, pensjonist, lengde på sykdom og behandling (Isaksson et al., 2014).</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva er hovedkonklusjonen? - Kan du oppsummere resultatene i én setning? 	<p>Resultat etter studien omfatter at kvinnene hadde større behov for egenomsorg støtte fra familie og helsesystem. Andre resultat var at ikke bare de som var nydiagnostisert hadde et stort behov for gruppestøtten, men</p>
---	--

<p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p> <p>- <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimer?</i></p> <p>- <i>Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>også de som hadde hatt diabetes i 10 til 15 år hadde høyere behov for støtten, og bør fokusere på personsentrert omsorg for å styrke empowerment (Isaksson et al., 2014).</p>
---	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Funnene presenterer «familie-sykepleie» som innebærer at familien er mer inkludert i behandlingen. Dette fremmer studien som et viktig element til videre prøving.</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>- <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Uklart – <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Studien var en del av et større forskningsprosjekt som omhandler pasientsentrert diabetesomsorg, og var etisk godkjent av Ethics Reviw Board i Umeå.</p> <p>Samtykke til innhenting av informasjon til utsending av undersøkelsen var godkjent av ledelsen av helsesenteret (Isaksson et al., 2014).</p>