

**Motivasjon til livsstilsendring hos pasienter med
diabetes type 2-
en kvalitativ studie om gruppeundervisning**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Marte-Kristine Frantzen

Veileder: Førstemanuensis Adriana Rosenberg

30. mai 2018

Forord

Dette er avslutningen på mitt to-årige masterstudie i helsevitenskap. Gjennom disse to årene har jeg fått økt min kunnskap som helsepersonell, og studiet har vært både spennende og lærerikt.

Jeg vil få rette en stor takk til alle pasientene som deltok i masterprosjektets intervjuundersøkelse. Uten deres deltakelse ville det ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet.

En stor takk rettes også til leder ved det aktuelle lærings- og mestringscenteret som har vært med og veiledet meg fra masterprosjektets start til slutt. Takk for gode innspill og for at du har formidlet informasjonen som fremgår om det gruppebaserte opplæringskurset. Ikke minst for koordinering i forbindelse med intervjulokaler og for å gi meg mulighet for å være observatør på det gruppebaserte opplæringskurset og rekruttere pasienter.

Jeg vil takke veilederen min, Adriana Rosenberg, for at du har veiledet meg gjennom hele prosjektet. Du har vært en stor støttespiller og vist både fleksibilitet og tilgjengelighet denne perioden. Gjennom dette har du gitt meg det pågangsmotet jeg trengte.

Til sist vil jeg takke familien min for all hjelp, støtte og oppmuntring gjennom dette prosjektet.

Stavanger, mai 2018

Marte-Kristine Frantzen

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
<u>1 INNLEDNING</u>	<u>5</u>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.1.1 DIABETES TYPE 2	6
1.1.2 RISIKOFAKTORER	6
1.1.3 BEHANDLING OG EGENHÅNDBTERING	7
1.1.4 PASIENTOPPLÆRING	8
1.1.5 TIDLIGERE FORSKNING	11
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	14
1.3 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	14
1.4 MASTEROPPGAVENS OPPBYGGING	15
<u>2 TEORETISK RAMMEVERK</u>	<u>16</u>
2.1 SELF-DETERMINATION THEORY	16
2.1.1 INDRE MOTIVASJON	17
2.1.2 YTRE MOTIVASJON	17
2.2. EMPOWERMENT	19
<u>3 METODE</u>	<u>22</u>
3.1 SØKEMETODE FOR TIDLIGERE FORSKNING	22
3.2 FORSKNINGSDESIGN	23
3.2.1 KVALITATIVT FORSKNINGSDESIGN	23
3.2.2 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	24
3.3 UTVALG	24
3.3.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	24
3.3.2 REKRUTTERING	25
3.4 DATAINNSAMLING	26
3.4.1 INDIVIDUELLE OG SEMI-STRUKTURERTE KVALITATIVE INTERVJUER	26
3.4.2 INTERVJUKONTEKST	27
3.4.3 INTERVJUGUIDE	28
3.4.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUER	28
3.5 TRANSKRIBERING	29
3.6 ANALYSE	30
3.7 TROVERDIGHET	32
3.7.1 GYLDIGHET	33
3.7.2 PÅLITELIGHET	34
3.7.3 OVERFØRBARHET	34
3.8 FORFORSTÅELSE	35
3.9 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	36
3.9.1 REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK	36

3.9.2 FRITT INFORMERT SAMTYKKE	36
3.9.3 BESKYTTELSE AV INFORMANTENES INTEGRITET	37
3.9.4 ANONYMITET OG TAUSHETSPLIKT	37
3.9.5 OPPBEVARING AV DATA	37
4 RESULTATER	39
4.1 KUNNSKAP	39
4.1.1 FORFORSTÅELSE	40
4.1.2 ASPEKTER AV LÆRING	40
4.1.3 SYKDOMSALVOR	41
4.1.4 ERFARINGS- OG KUNNSKAPSDELING	42
4.2 KROPPSLIGE ASPEKTER	43
4.2.1 MÅLING AV BLODSUKKER SOM FERDIGHET	43
4.2.2 KROPPS- VEKT OG STØRRELSE	44
4.2.3 TRENING OG KOSTHOLD	44
4.2.4 MEDISINER	45
4.3 PERSONLIG NETTVERK	46
4.4 TA ANSVAR OG EGNE HOLDNINGER TIL Å VÆRE AKTIV	47
4.5 FØLELSER	48
4.5.1 STRESS	50
5 DISKUSJON	51
5.1 MÅL ETTER DELTAKELSE PÅ OPPLÆRINGSKURS OG BETYDNINGEN AV DISSE	51
5.2 ERFARINGER MED OPPLÆRINGSKURS KNYTTET TIL EGENKOMPETANSE	54
5.3 PASIENTENES ERFARINGER MED OPPLÆRINGSKURSETS	
UNDERVISNINGSMETODE	58
5.4 KRITISK TILBAKEBLIKK	61
6 AVSLUTNING	65
6.1 OPPSUMMERING	65
6.2 KONKLUSJON	66
6.3 IMPLIKASJONER FOR VIDERE PRAKSIS	69
REFERANSER	71
Vedlegg 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for strategiske søk	80
Vedlegg 2. Flowchart for strategisk søk i Cinahl	81
Vedlegg 3. Flowchart for strategisk søk i PubMed	82
Vedlegg 4. Intervjuguide	83
Vedlegg 5. Illustrasjon av informasjonsskriv til pasienter	85
Vedlegg 6. Illustrasjon av samtykkeerklæring for prosjektdeltakelse	87
Vedlegg 7. Prosjektgodkjennelse av REK	88
Vedlegg 8. Forkortelser	90

Sammendrag

Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som stiger i omfang. Behandlingen foregår i stor grad gjennom egenhåndtering, som ofte innebærer livsstilsendring. Pasientopplæring er et viktig tiltak for egenhåndtering, samtidig som motivasjon er sentralt for atferdsendring. Formålet med masterprosjektet var å bidra med økt kunnskap om diabetes type 2 pasienters opplevelser og erfaringer med gruppebasert opplæringskurs ved et lærings- og mestringssenter samt motivasjon til å endre livsstil etter deltakelse på opplæringskurs. Utvalget bestod av syv pasienter som ble intervjuet. Intervjuene var individuelle og semi-strukturerte. Datanalysen var inspirert av kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene viste at læring om kosthold var fremtredende, og flere hadde fått større fokus på matinntak og matinnhold. Familien som støtte eller motivasjon stod sentralt, og sykdomsalvor var noe som hadde innvirkning på målsettinger, motivasjon og levevaner. Flere var opptatt av å ta ansvar for egen helse. Konklusjonen indikerte at pasientene i stor grad var ytre motivert til livsstilsendring og drevet av verdier. Behovene for motivasjon, kompetanse og tilhørighet, var på noen områder tilfredsstilt på opplæringskurset. Kompetanse om kosthold hadde medført egenhåndtering gjennom livsstilsendring. Det siste behovet for motivasjon, autonomi, stod sterkt hos pasientene gjennom ansvarsfølelse, men det var usikkert om dette var et resultat av kursdeltakelse.

Abstract

Diabetes type 2 is a chronic disease which is increasing in number of cases. The treatment is largely through self-management, which in some cases means a change of lifestyle. Patient education is an important initiative for self-management, at the same time as motivation is crucial for behavior change. The objective of the master thesis was to contribute to increased knowledge of experiences that diabetes type 2 patients had with group based education course at a learning and mastering center, together with motivation to change lifestyle after participation in education course. A selection of seven participants were interviewed. The interviews were individual and semi-structured. The data analysis was inspired by qualitative content analysis. The results showed that learning about diet was prominent, and several had achieved increased focus on food consumption and food content. The family as support or motivation was central, and seriousness of the disease influenced the objective, motivation and living habits. Several were concerned with taking responsibility of own health. The conclusion indicated that the patients to a large degree were extrinsic motivated for lifestyle change and value driven. The requirements for motivation, competence and relatedness, were in some areas satisfied through the education course. Competence about diet had led to self-management through lifestyle change. The last requirement for motivation, autonomy, was strong in the patients through sense of responsibility, but it is uncertain if this was a result of taking part in the education course.

1 Innledning

I dette masterprosjektet har jeg valgt å fokusere på livsstilsendring for pasienter med diabetes type 2. Personlig har jeg stor interesse for prosjektets tematikk, både når det gjelder pasientgruppen, men også livsstilsendring generelt som forebygging og behandling. I løpet av bachelor-utdannelsen min har de såkalte livsstilssykdommer vært en del av pensum. Dette var noe som hurtig fanget interesse hos meg, da min faggruppes kompetanse om fysisk aktivitet er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet for forebygging og behandling av livsstilsrelaterte sykdommer. Som fysioterapeut har jeg faglig kunnskap om fysisk aktivitet som et viktig element i livsstilsendring. Jeg har derimot ikke dybdegående kunnskap om andre aspekter av livsstilsendring for den aktuelle pasientgruppen. Dette var med på å vekke min interesse for å få mer kunnskap om den helhetlige livsstils-intervensjonen.

Da jeg startet på master i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger opplevde jeg å få mer dybdegående forståelse for helse og sykdom, men også for de såkalte livsstilssykdommer. Det fremgikk enda tydeligere enn tidligere hvor komplekse slike sykdommer er, og jeg har fått enda mer kunnskap om ulike faktorer som har betydning for menneskers helse. I denne forbindelse fant jeg det spennende å fordype meg i hva som motiverer diabetes type 2 pasienter til å endre livsstil.

Gjennom denne kvalitative studien har jeg mulighet for, gjennom møtet med pasienter med diabetes type 2, å få kunnskap om livsstilsendring fra et brukerperspektiv, herunder hva pasientene selv vektlegger som sentralt i deres livsstil. Dette utgangspunktet mener jeg er et viktig og nødvendig fokus i helsepersonellets møte med pasienter og noe jeg selv ønsker å få enda mer forståelse for.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Diabetes type 2

Diabetes er en kronisk sykdom som regnes som en av de store folkesykdommene (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 114; Skafjeld & Graue, 2011, s. 14). De mest alminnelige formene for diabetes er type 1 og type 2, hvor sistnevnte er den mest utbredte (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 113). Dette masterprosjektet fokuserer utelukkende på diabetes type 2 (DM2).

DM2 anses som et internasjonalt helseproblem som stiger i omfang (Oftedal, Bru & Karlsen, 2011, s. 735). Prevalensen er noe usikker, grunnet vage symptomer og sakte utvikling har mange sykdommen uten å være klar over det (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 114; Östenson, Birkeland & Henriksson, 2008, s. 296; World Health Organization, 2017). Det beregnes dog at ca. 218 000 personer har DM2 i Norge, noe som utgjør 4,3 prosent av landets befolkning (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 113-114).

Ved DM2 er det for lite produksjon, sammensatt med utilstrekkelig funksjon, av kroppens insulin (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 113). Insulin er et hormon som produseres i bukspyttkjertelen. Hormonets oppgave er å transportere glukose (sukker) fra blodbanen og inn i kroppens celler. Glukose er en nødvendig kilde til energi som kroppen får gjennom kosten. Ved DM2 nedsettes glukoseopptakelse i cellene, noe som resulterer i metabolske forstyrrelser som forhøyet blodsukker, også kalt hyperglykemi. Et normalt blodsukkernivå ligger mellom 4 og 10 mmol/L. Diagnosen diabetes stilles hvis glukosenivået i blodet er på 7,0 mmol/L eller høyere ved fasting, alternativt 11,1 mmol/L eller høyere uten fasting (Helsebiblioteket, 2014; Östenson et. al., 2008, s. 294). DM2 kan medføre senkomplikasjoner relatert til ”hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne og nerver” (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 113), herunder kan sykdommen resultere i slag, blindhet, nyresvikt og amputasjon (Oftedal et. al., 2011, s. 735).

1.1.2 Risikofaktorer

Det finnes flere risikofaktorer for utvikling av DM2. Sykdommen er arvelig og stiger i omfang med økende alder (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 115-116). Livsstilsrelaterte faktorer har også betydning for utvikling av DM2 (Prescott &

Børtveit, 2011, s. 18). Livsstil handler om menneskers levevaner og handlinger knyttet til søvn, kosthold, stress, fysisk aktivitet, alkohol og røyking (Svenson & Hallberg, 2010, s. 40; Prescott & Børtveit, 2011, s. 18; Andersson, 2008, s. 168). Mange omtaler DM2 som en livsstilssykdom, og fysisk inaktivitet, overvekt og røyking forhøyer sjansen for utvikling av sykdommen (Östenson et. al., 2008, s. 296; Allgot, 2011, s. 206). Ved bruk av tittelen livsstilssykdom kan individet gjøres ansvarlig for sin egen sykdom. Dette er uheldig, både fordi utviklingen påvirkes av arv og miljø, men også fordi mange livsstilsrelaterte valg ikke er aktive (Allgot, 2011, s. 206). Både etnisitet, økonomi, kultur, utdanning og arbeid har betydning for vår livsstil (Andersson, 2008, s. 168).

1.1.3 Behandling og egenhåndtering

Behandlingen av DM2 foregår i stor grad ved egenhåndtering gjennom pasientenes valg knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, måling av blodsukker og medisiner (Graue & Haugstvedt, 2011, s. 238; Allgot, 2011, s. 208; Karlsen, 2011, s. 218). Blodsuktermåling er et viktig verktøy for pasientenes egenkontroll (Måløy, 2011, s. 102).

Fysisk aktivitet er et betydningsfullt element i behandlingen av DM2 fordi det øker kroppens insulinfølsomhet (Helsedirektoratet, 2017a, s. 54; Östenson et. al., 2008, s. 298). DM2 pasienter anbefales å være i fysisk aktivitet daglig med minimum 30 minutters varighet. I tillegg anbefales to til tre treningsøkter om uken (Östenson et. al., 2008, s. 299). Treningen skal bestå av styrke- og utholdenhetstrening (Helsedirektoratet, 2017a, s. 53).

I forbindelse med kosthold anbefales mat som inneholder langsomme karbohydrater så som fiber, da det forsinker blodsukkerstigning (Helsedirektoratet, 2014). Det oppfordres til at kosten blant annet skal bestå av grønnsaker, fullkorns-brød, belgvekster og sunt fett gjennom eksempelvis fisk og nøtter. Mengden av sukker, desserter og hvit brødmat bør begrenses (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2016, s. 170).

Både fysisk aktivitet og kosthold påvirker blodsukkeret, og en kombinasjon av begge tiltakene er viktig (Helsedirektoratet, 2014). Hvis fysisk aktivitet, kroppsvektreduksjon ved behov og eventuell røykestopp ikke er effektivt nok,

kan medisiner og insulin være aktuelle tiltak i behandlingen (Östenson et. al., 2008, s. 294).

Da det er en sykdom pasientene skal leve med resten av livet, er det viktig at de selv blir i stand til å mestre diabetes gjennom egenbehandling (Allgot, 2011, s. 208). Målet med egenbehandling er å oppnå god metabolsk kontroll og å unngå senkomplikasjoner (Ofteidal et. al., 2011, s. 735). For mange innebærer egenhåndtering å forandre sine levevaner, noe som kan være utfordrende da det handler om vaner tilegnet over lang tid (Allgot, 2011, s. 208; Karlsen, 2011, s. 218). I denne forbindelse er motivasjon en viktig forutsetning for livsstilsendring, og det ses sammenheng mellom motivasjon og pasienters evne til egenhåndtering av diabetes (Karlsen, 2011, s. 218; Ofteidal et. al., 2011, s. 735). Motivasjon resulterer ikke nødvendigvis i praktiske handlinger, men påvirker den enkeltes mentalitet som igjen har betydning for vår atferd (Karlsen, 2011, s. 220). Livsstilen som DM2 pasienter anbefales å ha er ikke nødvendigvis noe de selv ser verdien av. I denne forbindelse er selvbestemt motivasjon betydningsfullt for at anbefalt atferd skal vedvare, ved at pasientene selv ser verdien i atferden og viktigheten av en sunn livsstil (Koponen, Simonsen & Suominen, 2017b, s. 1; Koponen, Simonsen & Suominen, 2016, s. 333).

1.1.4 Pasientopplæring

I *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* trekkes opplæring om sykdom og behandling frem som et relevant tiltak i forbindelse med egenhåndtering (Helsedirektoratet, 2017a, s. 40). Formålet med opplæring er å gi pasienter kunnskap for å fremme deres evne til atferdsendring (Brataas, 2017b, s. 43). Kunnskapsnivå har betydning for hvorvidt pasienter oppnår deres behandlingsmål, og det er også viktig for pasientmedvirkning (Helsedirektoratet, 2017a, s. 42; Brataas, 2017c, s. 89). Litteraturen viser samtidig at kunnskap i seg selv ikke alltid er nok til at pasienter etterlever behandlingsanbefalinger, og at motivasjon er en viktig forutsetning for atferdsendring (Askheim, 2017, s. 73; Karlsen, 2011, s. 218). Dette viser at både læring og motivasjon har betydning for mestring av egen sykdom (Karlsen, 2011, s. 231). For å styrke pasienters motivasjon til mestring, er det nødvendig at lærings situasjonen tar hensyn til individets ressurser, og at de

som lærer blir utfordret, samtidig som de opplever støtte (Karlsen, 2011, s. 225).

Læring er en kognitiv prosess, hvor forståelse av informasjon danner grunnlaget både for læring, men også for aktivisering. Videre er det en sosial prosess, og kommunikasjon i et sosialt fellesskap kan fremme både forståelse og individets bevissthet (Karlsen, 2011, s. 224). Individets behov for læring dreier seg om kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner. Herunder handler kunnskap om forståelse for informasjon. Ferdigheter dreier seg om hvordan kunnskap blir tatt i bruk, deriblant kan det blant annet handle om praktiske og kognitive evner (Eikill, 2017, s. 12). Holdninger dreier seg om ”meninger, innstillinger og verdier” (Eikill, 2017, s. 12) og evner om individets psykologiske utgangspunkt (Eikill, 2017, s. 12). Behov for læring er ikke konstante- de forandres og varierer i ulike situasjoner (Brataas, 2017c, s. 89).

Mennesker har ulike læringsforutsetninger, og dette er knyttet til at individer har forskjellige utgangspunkt når det angår ”psykiske, fysiske, sosiale og faglige” faktorer (Karlsen, 2011, s. 225). Hertil har for eksempel alder og fysisk eller psykisk helse betydning for individets forutsetninger for læring (Karlsen, 2011, s. 225). Det varierer dessuten hvilken læringsstil som foretrekkes. Noen går inn for individuell læring, mens andre gjerne ønsker å lære sammen med andre, så som i en gruppe (Brataas, 2017a, s. 66-67). Ved gruppeundervisning er det ønskelig at deltakerne har tilsvarende læringsforutsetninger for det som skal oppnås. Dette kan for eksempel bli imøset ved at gruppen består av personer i tilsvarende alder (Evensen & Brataas, 2017, s. 177).

1.1.4.1 Undervisning

Undervisning er en del av pasientopplæringen og handler om å gi kunnskap, med den hensikt å fremme individets evne til mestring, forståelse, ferdigheter eller påvirke holdninger i forbindelse med egen sykdom (Graue & Haugstvedt, 2011, s. 237; Tveiten, 2016, s. 145).

Dialog, utlevering av skriftlig materiale som blir forklart, forelesning og illustrering er eksempler på ulike undervisningsmetoder. Metodevalg avhenger av pasientenes forutsetninger for læring, samt formålet med undervisning og

hva den omhandler. Eksempelvis kan illustrasjon som undervisningsmetode være nyttig for å fremme sykdoms- eller behandlings-ferdigheter (Tveiten, 2016, s. 147-148, 156).

Undervisning kan avholdes både individuelt og i grupper. Undervisning som avholdes individuelt, eller med få personer, gir gode forutsetninger for kommunikasjon. Å være med i en gruppe har også sine fordeler. Pasienter får mulighet for å møte andre med samme sykdom og utveksle erfaringer. Videre kan deltakerne få mulighet for å tenke over sine egne eller andres erfaringer samt få ideer til mestringsstrategier. Å være en del av et felleskap kan understøtte både selvfølelse og tro på sine evner, og gruppe-deltakelse kan også bidra til at deltakerne kan skape nye relasjoner (Tveiten, 2016, s. 143, 166, 169).

1.1.4.2 Gruppebasert opplæringskurs ved et lærings- og mestringscenter

I følge Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) defineres sykehusenes oppgaver, og jf. første ledd nr. 4 står det at de skal drive med pasientopplæring. Lærings- og mestringscentrene (LMS) går inn for at pasienter og pårørende ”skal få utvidet innsikt om egen situasjon og bli styrket i sin mestring av hverdagen” (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, 2011, s. 1).

Masterprosjektet tar utgangspunkt i et gruppebasert opplæringskurs for pasienter med DM2 ved et LMS. Fra 2003 har opplæringskurset vært et tre-dagers kurs over tre uker med åtte til ti deltakere, og etter hvert maksimalt 15 deltakere. Høsten 2016 ble tilbudet endret til å være et to-dagers kurs over to uker á 5 ½ times varighet per kursdag, med plass til 20, maksimalt 22 deltakere. Plassene på kurset prioriteres til pasienter og ikke pårørende, da det tidligere har vært svært få pårørende som har deltatt. Hovedbegrunnelsen for endring i antall deltakere er å ha et mindre individuelt fokus og mer gruppebasert undervisningspreg, samtidig som ventelisten kortes ned. Videre vurderes det å være mer ressursnyttig og effektivt å ha to undervisningsdager. Frisklivssentralene har fått en viktig rolle i undervisningen. Representanter fra to frisklivssentraler forteller om det kommunale tilbudet, og oppfordrer pasienter til å ta kontakt. Pasientene får utdelt kontaktinformasjon for alle frisklivssentralene i sykehusets nedslagsfelt.

Opplæringskurset, som startet i 2016, består av gruppeundervisning. Kurset starter alltid med en runde hvor pasientene forteller om deres forventninger til kurset. Spesialister innenfor DM2 står for undervisningen. Hovedtemaer for undervisningen er: DM2 årsaker og behandling, fysisk aktivitet og kosthold. I tillegg deltar en erfaren bruker fra diabetesforbundet som forteller om egne erfaringer, og en foterapeut underviser om føtter og sårstell. Alle pasientene får utlevert skriftlig materiell for undervisningen. Målet med kurset er at pasienter skal få mer kunnskap om sykdommen og hvordan de best kan leve med den sykdommen de har. I tillegg dette får pasientene under kostholdsundervisningen en oppgave om å finne det sunneste matalternativet av utvalgte matvarer ved å lese på ingredienslisten. De får snakke med diabetessykepleier om blodsukkermålingsresultater fra sykehuset. Innlagte pauser i undervisningen gir mulighet for at pasientene kan snakke sammen og dele erfaringer.

1.1.5 Tidligere forskning

Forskning viser flere fordeler ved gruppeundervisning for personer med DM2 (Austvoll-Dahlgren, Nøstberg, Steinsbekk & Vist, 2011, s. 2; Odgers-Jewell et. al., 2017a, s. 1027). I Austvoll-Dahlgren et. al. sin systematiske oversikt fremgikk det at undervisning i gruppe hadde god virkning for blodsukkerregulering og gjerne for mestringssevne hos personer med DM2 (Austvoll-Dahlgren et. al., 2011, s. 2). Den systematiske oversikten av Odgers-Jewell et. al. sammenliknet gruppeundervisning med individuell undervisning, venteliste og vanlig behandling. Gruppeundervisning viste seg å være den intervensjonen som hadde de beste kliniske-, livsstils-, og psykososiale resultater, herunder forbedringer knyttet til blant annet blodsukker, kroppsvekt, midjemål og kunnskap om diabetes (Odgers-Jewell et. al., 2017a, s. 1027).

I en randomisert kontrollert studie ble gruppediskusjon som undervisningsmetode undersøkt. Studien konkluderte med at gruppediskusjon, ved at pasienter delte erfaringer og fikk tilbakemeldinger, var fordelaktig for DM2 pasienters egenhåndtering (Habibzadeh, Sofiani, Alilu & Gillespie, 2017, s. 499, 505).

Flere forskningsartikler har undersøkt gruppebasert ”diabetes self-management education (DSME)” (Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk, 2010, s. 788) for DM2 pasienter (Rygg, Rise, Grønning & Steinsbekk, 2012, s. 98; Molsted, Tribler, Poulsen & Snorgaard, 2012, s. 804; Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise & Fretheim, 2012, s. 1; Fløde, Iversen, Aarflot & Haltbakk, 2017, s. 1; Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013, s. 1).

Årsaken til deltakelse i DSME viste seg i studien av Rygg et. al. å være DM2 pasienters opplevelse av å ha mangelfull informasjon om sykdommen, og dette var noe som førte til både praktiske og emosjonelle utfordringer hos pasientene (Rygg et. al., 2010, s. 788). DSME viste forbedringer knyttet til blodsukkerregulering, kroppsvekt, fysisk aktivitet, livskvalitet og DM2 pasienters evne til egenhåndtering (Molsted et. al., 2012, s. 804; Rygg et. al., 2012, s. 104). Videre viste studien av Steinsbekk et. al. at undervisningen styrket DM2 pasienters empowerment (Steinsbekk et. al., 2012, s. 15).

DSME førte i flere studier til økt kunnskap om diabetes (Fløde et. al., 2017, s. 1; Molsted et. al., 2012, s. 804; Rygg et. al., 2012, s. 98; Steinsbekk et. al., 2012, s. 15). Kunnskap fra undervisning viste seg å være avgjørende for livsstilsendring i studien av Rise et. al., men ikke dersom DM2 pasientene ikke opplevde sykdommen som skremmende, heller ikke dersom endringer tok mye tid. Tilegnelse av ny kunnskap, å ta ansvar og få bekreftelse på en i forveien sunn livsstil hadde betydning for endringstiltak. Støtte fra sosiale omgivelser, opplevelse av virkning, frykt for komplikasjoner og utvikling av nye vaner motiverte deltakerne til å opprettholde livsstilsendringer (Rise et. al., 2013, s. 1, 4).

1.1.5.1 Motivasjon til egenhåndtering

Oftedal et. al. undersøkte håndtering av kosthold og trening hos personer med DM2 samt hvilken sammenheng det var mellom håndteringen og indre motivasjon. Det ble påpekt liten sammenheng mellom indre motivasjon og håndtering av kosthold, og til tross for høy indre motivasjon i forbindelse med trening hadde deltakerne lavere treningsnivå enn det som var anbefalt. Forfatterne understrekte at ytre faktorer kunne ha betydning for pasientenes atferd knyttet til kosthold (Oftedal et. al., 2011, s. 735).

Flere studier har undersøkt motivasjon og egenhåndtering (Newton, Asimakopoulou & Scambler, 2015, s. 1; Koponen et. al., 2016, s. 332; Koponen, Simonsen & Suominen, 2017a, s. 1; Koponen et. al., 2017b, s. 1). Newton et. al. understrekte at personlige ressurser hos personer med DM2 hadde betydning for deres forventninger til hva de kunne oppnå, og at sosiale kontekstuelle faktorer påvirket egenhåndtering (Newton et. al., 2015, s. 7-8).

Forskning har vist at selvbestemt motivasjon hadde betydning for en fysisk aktiv livsstil hos DM2 pasienter (Koponen et. al., 2016, s. 333, 341). I forbindelse med diabeteshåndtering handler denne motivasjonsformen om helseatferd som er selvregulert (Koponen et. al., 2016, s. 333; Koponen et. al., 2017b, s. 2). Gjennom å understøtte DM2 pasienters selvbestemte motivasjon kunne helsepersonell fremme fysisk aktivitet hos pasientgruppen (Koponen et. al., 2016, s. 333, 341). Videre viste denne motivasjonsformen, samt kompetanse om egenhåndtering, seg å være viktig i forbindelse med håndtering av kroppsvekt (Koponen et. al., 2017a, s. 7; Koponen et. al., 2016, s. 333). Støtte fra omgivelser, herunder venner, familie, medpasienter og helsepersonell, kunne muligvis ha betydning for DM2 pasienters selvbestemte motivasjon til håndtering av egen sykdom (Koponen et. al., 2017b, s. 1, 8; Koponen et. al., 2016, s. 333).

Som en oppsummering viser tidligere forskning at gruppebasert undervisning er fordelaktig for pasienter med DM2 blant annet når det gjelder egenhåndtering, kunnskap, livskvalitet og livsstil (Habibzadeh et. al., 2017, s. 499, 505; Fløde et. al., 2017, s. 1; Molsted et. al., 2012, s. 804; Odgers-Jewell et. al., 2017a, s. 1027). Sosiokontekstuelle faktorer hadde betydning for egenhåndtering, og selvbestemt motivasjon var viktig for fysisk aktivitet og håndtering av kroppsvekt (Newton et. al., 2015, s. 7; Koponen et. al., 2016, s. 333, 341; Koponen et. al., 2017a, s. 7).

Flere av studiene undersøkte gruppeundervisning i Norge (Fløde et. al., 2017, s. 1; Rise et. al., 2013, s. 1; Rygg et. al., 2010, s. 788; Rygg et. al., 2012, s. 98). Det er behov for mer forskning omkring gruppeundervisning i sykehusregi i Norge etter at nye tiltak trådte i kraft i 2016. Forskningen funnet ved systematisk søk omhandler gruppebasert undervisning før tiltakene (Fløde et.

al., 2017, s. 1-2; Rise et. al., 2013, s. 1-2; Rygg et. al., 2010, s. 788-789; Rygg et. al., 2012, s. 98). Prosjektet kan dermed bidra med ny innsikt i forbindelse med opplæring av pasienter med DM2.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med prosjektet er å bidra med økt kunnskap om diabetes type 2 pasienters opplevelser og erfaringer med

- gruppebasert opplæringskurs ved et lærings- og mestringssenter
- motivasjon til å endre livsstil etter deltakelse på opplæringskurs

Prosjektets problemstilling er:

Hvordan beskriver pasienter med diabetes type 2 motivasjon til livsstilsendring etter deltakelse på gruppebasert opplæringskurs?

Problemstillingens forskningsspørsmål er:

- *Hvordan beskriver pasientene sine mål etter deltakelse på opplæringskurs og hvilken betydning har disse for pasientene?*
- *Hvordan beskriver pasientene erfaringer med opplæringskurs knyttet til egenkompetanse?*
- *Hvordan beskriver pasientene sine erfaringer med opplæringskursets undervisningsmetode?*

Problemstillingen, med tilhørende forskningsspørsmål, er relevant for å bidra med økt kunnskap på området. Dessuten er kunnskapen viktig for det aktuelle LMS, som forhåpentligvis kan anvende empiriske funn til eventuelle forbedringer for fremtidige gruppebaserte opplæringskurs for DM2 pasienter. Dette er relevant for å legge best mulig til rette for pasienter som skal delta på gruppeundervisning i sykehusregi.

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

En pasient er ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3a). I dette prosjektet går deltakere på DM2 gruppebasert opplæringskurs inn

under denne betegnelsen, og vil igjennom oppgaven bli referert til som pasienter eller informanter. Prosjektet omhandler kun pasienter som deltar på opplæringskurs ved det aktuelle LMS.

Livsstil handler om individers levevaner, og livsstilsendring dreier seg om at levevaner så som fysisk aktivitet, røyking og kosthold forandres (Hem, 2015; Braut, 2009).

I dette prosjektet defineres motivasjon som det som driver individet til å handle (Ryan & Deci, 2017, s. 13).

1.4 Masteroppgavens oppbygging

Masteroppgaven er bygget opp i ulike hovedkapitler med tilhørende underkapitler. I introduksjonskapittelet ble bakgrunn for valg av tema, herunder tidligere forskning på området, samt formål og problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål presentert. I kapittel 2 vil prosjektets teoretiske rammeverk, herunder motivasjonsteori og empowerment, presenteres. Oppgavens metode gjøres rede for i kapittel 3, deriblant søkemetode for tidligere forskning, forskningsdesign, utvalg av informanter, datainnsamling, transkribering, analyse, troverdighet, forforståelse og forskningsetiske vurderinger. I kapittel 4 belyses oppgavens resultater, som først består av en kort introduksjon med fremtredende funn, for deretter å gi en grundigere innføring i de empiriske funn ved bruk av sitater fra informantenes fortellinger. Kapittel 5 består av diskusjon, hvor funn presentert i resultatkapittelet holdes opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Kapittelet slutter med et kritisk tilbakeblikk på prosjektet. Til sist fremstilles avslutningen på oppgaven i kapittel 6, med en oppsummering av oppgaven, en konklusjon og deretter implikasjoner for videre praksis.

2 Teoretisk rammeverk

Flere pasienter med DM2 har utfordringer med å overholde behandlingsanbefalinger (Helsedirektoratet, 2017a, s. 42). Pasientene må til en hver tid være bevisst om sine valg knyttet til blodsukkerreguleringen, og mange er preget av psykisk belastning i forbindelse med sykdommen (Allgot, 2011, s. 208). Noen merker tegn på angst og depresjon, muligens relatert til frykt for senkomplikasjoner og restriksjoner i hverdagen. Karlsen understreker at stress kan svekke pasienters egenomsorg og således få konsekvenser for metabolsk kontroll (Karlsen 2011, s. 218).

Som innledningsvis nevnt handler egenbehandling for mange om livsstilsendring (Allgot, 2011, s. 208). For å fremme atferdsendring er det essensielt at pasientene er motivert og at endringene er basert på pasientenes premisser (Askheim, 2017, s. 73). Med dette tar prosjektets teoretiske rammeverk utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien (SDT) av Ryan & Deci samt empowerment. SDT er en psykologisk motivasjonsteori (Ryan & Deci, 2017, s. 3) og er relevant for prosjektets problemstilling da teorien tar for seg ulike former for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 14). Empowerment handler om å fremme atferdsendring som styres av det enkelte individ (Anderson & Funnell, 2010, s. 277). Tilnærmingen er relevant ved at egeninnsats er sentralt i diabetesbehandlingen (Allgot, 2011, s. 208).

2.1 Self-determination theory

SDT hevder at det er tre psykologiske behov som er avgjørende for motivasjon; autonomi, kompetanse og tilhørighet. Autonomi refererer til atferd som er i samsvar med individets egne interesser og verdier, kompetanse om vårt behov for effektivitet og mestring, og tilhørighet om å føle seg sosialt forbundet med andre mennesker (Ryan & Deci, 2017, s. 3, 10-11). For å imøtese behovet for autonomi må individets handlinger være selvregulerte. I forbindelse med kompetanse er det avgjørende at individet får mulighet til å utvikle ferdigheter, forståelse og mestring. Behovet for tilhørighet stimuleres både ved å motta og gi omsorg (Ryan & Deci, 2017, s. 86).

Teorien skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler om atferd som er motivert av handlingen alene, og ytre motivasjon om atferd

motivert av noe utenfor handlingen, så som belønninger eller sosial anerkjennelse (Ryan & Deci, 2017, s. 14, 99).

2.1.1 Indre motivasjon

Ryan & Deci antyder at indre motivasjon har stor betydning for både prestasjon og utvikling. Det påpekes at opplevelse av autonomi og kompetanse er avgjørende for indre motivasjon. Når individet opplever frivillighet og kompetanse i forbindelse med en handling fastholdes indre motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 99, 153, 157, 173).

Indre motivasjon påvirkes av både ytre og indre faktorer. Det som er avgjørende for hvordan ytre hendelser påvirker indre motivasjon, er hvordan individet opplever disse ut fra behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Trusler, tidsfrister og evalueringer er eksempler på måter å motivere på som kan hemme indre motivasjon da disse kan oppleves som kontrollerende. Andre ytre påvirkninger kan derimot forsterke indre motivasjon, så som positive tilbakemeldinger (Ryan & Deci, 2017, s. 150, 153, 159, 178). På samme måte som ytre hendelser kan virke kontrollerende, kan også indre hendelser oppleves likedan. Individet kan føle seg indre kontrollert hvis en forsøker å oppnå noe fordi det er verdsatt av omgivelsene, eller når en har behov for å fremtre på en særlig måte, enten for seg selv eller for de rundt seg (Ryan & Deci, 2017, s. 157, 170).

Indre motivasjon er den motivasjonsformen med høyest grad av selvbestemmelse eller autonomi, og forbindes med interesse, glede og selvtilfredshet (Ryan & Deci, 2017, s. 192-193).

2.1.2 Ytre motivasjon

I tidlig barndom drives handlinger i stor grad av indre motivasjon. Indre motivasjon er avgjørende for individets utvikling, men ettersom man blir eldre vil atferden vår gradvis bli mer ytre motivert som følge av samfunnets normer og regler (Ryan & Deci, 2017, s. 99, 179, 214).

Internalisering er en prosess hvor individet tilegner seg verdier, tro eller atferd fra deres sosiale omgivelser og omgjør disse til selvstendige og frivillige. En slik internalisering gir mulighet for tilknytning til samfunnet. Eksempler her

kan være å etterleve kulturelle ritualer, arbeidsrelaterte oppgaver og lovgivning (Ryan & Deci, 2017, s. 99, 100, 182-183). Internalisering er viktig for menneskets utvikling og for å imøtese individets behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Jo mer internalisert en ytre regulering er, desto mer vil den bli indre motivert (Ryan & Deci, 2017, s. 180,183). Integrering skjer når ytre verdier, holdninger eller atferd er blitt en del av ens egne og oppleves som autonome (Ryan & Deci, 2017, s. 182).

SDT deler ytre motivasjon inn i fire forskjellige former, herunder ekstern regulering, introjeksjonsregulering, identifisert regulering og integrert regulering (Ryan & Deci, 2017, s. 191-193). *Ekstern regulering* handler om at atferd motiveres av ytre faktorer, så som belønning eller straff. Denne form for regulering er en vanlig anvendt og sterk motivasjonsform med hurtig virkning. Motivasjonsformen forbindes dog med lav grad av opprettholdelse av atferd fordi reguleringen ikke er internalisert (Ryan & Deci, 2017, s. 184-185).

Introjeksjonsregulering er en indre prosess hvor individet tilegner seg en verdi. Reguleringen er kun delvis internalisert, og motivasjon styres av indre kontroll hvor individet føler seg presset til handling. Introjeksjonsregulering kan gi sosial aksept samtidig som individet kan oppleve både fremmedgjøring og lite selvbestemmelse (Ryan & Deci, 2017, s. 185, 187, 191, 215). Ved *identifisert regulering* er det en bevisst aksept av reguleringer og verdier fordi individet selv anser det som verdifullt og viktig. Identifisering er ikke ensbetydende med fullstendig integrering av atferd, da identifisert atferd ikke nødvendigvis er i samsvar med andre personlige verdier (Ryan & Deci, 2017, s.187-188, 192).

Integrert regulering handler om at en regulering er i overensstemmelse med individets psykologiske behov og identifiseringer. Ved integrering omgjøres en ytre verdsatt handling til frivillig atferd, og med dette er reguleringen den ytre motivasjonsformen som er mest autonom (Ryan & Deci, 2017, s.188-189).

Kort oppsummert varierer disse fire ytre motivasjonsformene i grad av selvbestemmelse. Jo mer internalisert en ytre regulering er, desto mer indre motivert og selvbestemt vil den bli. Det ses flere fordeler ved motivasjon som har høy grad av internalisering. Individet blir mer engasjert og effektiv i sine handlinger, samtidig som det fremmer psykisk helse og velvære (Ryan & Deci, 2017, s. 183, 192-193, 214-215).

2.2. Empowerment

Innenfor diabetesoppfølgingen svarer empowerment til en endring fra et paternalistisk ståsted til å legge vekt på brukermedvirkning (Graue & Haugstvedt, 2011, s. 238; Tveiten, 2016, s. 27-28). Brukermedvirkning er et av kjennetegnene på faglig forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2017b, s. 13-14). Medvirkning er en pasient-rett, og i pasient- og brukerrettighetsloven står det at helsetjenester så vidt som mulig skal tilrettelegges sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I denne forbindelse står pasienters rett til å få tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand sentralt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsedirektoratet, 2017b, s. 18).

Empowerment kan defineres som *”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse, og som prosessen som bidrar til å øke folks kapasitet til å ta valg, og til at valgene transformeres til ønskede handlinger og resultat”* (Tveiten, 2016, s. 27).

Overordnet kan empowerment ses på fra to ulike vinklinger, herunder motmakts- og individorientert innfallsvinkel. Prosjektets teoretiske rammeverk tar utgangspunkt i det individorienterte, som blant annet vektlegger den enkeltes ressurser og mestring. Fokuset innen empowerment er å fremme menneskers kontroll over sine liv, noe som kan fremme motivasjon til å foreta endringer (Askheim, 2017, s. 74-75; Helsedirektoratet, 2017b, s. 18). Det er først og fremst viktig at individet får forståelse for hvorfor det som skal endres på er viktig. Det er dessuten av betydning at en handling er selvvalgt, at en har mestringstro og at den enkelte har den nødvendige kompetanse til handling (Tveiten, 2016, s. 31, 40).

Ved å vektlegge pasienters ressurser, kan pasientopplæring understøtte deres evne til å oppå en gunstig livsstil som fremmer helse og livskvalitet. Pasientenes kunnskaper og ferdigheter må fremmes slik at deres trygghet og bevissthet styrkes. For derigjennom gi pasientene styrke til å foreta nødvendige endringer i eget liv (Askheim, 2017, s. 74, 77). I forbindelse med opplæring innen empowerment står pasienters diabetes- eller livsstilsrelaterte målsettinger sentralt, fordi medvirkning i egne målsettinger øker sjansen for å oppnå disse.

Pasientene må få tilstrekkelig informasjon for å bli i stand til å identifisere et eventuelt problem og opplevelser som støtter eller hindrer måloppnåelse, for deretter å kunne gjøre atferdsendringer nødvendige for å oppnå deres mål (Funnell & Anderson, 2004, s. 124).

Pasienten som ekspert i eget liv er i fokus, og i denne forbindelse står subjektive opplevelser og tanker om egne behov sentralt. Dette er ikke ensbetydende med at pasienten råder over det faglige ansvaret, og det er stadig behov for den faglige ekspertisen. I denne anledning er det nødvendig med et godt samarbeid for å få utbytte av begge parters kompetanse (Tveiten, 2016, s. 28, 34-35).

Det finnes både fordeler og ulemper ved vektlegging av empowerment (Askheim, 2017, s. 82). Først og fremst er det ikke nødvendigvis alle pasienter som ønsker å medvirke (Tveiten, 2016, s. 45). Både sosiale og kulturelle forhold har innvirkning på helse, da menneskers vilkår, livsstil og verdier varierer innenfor ulike grupper. Videre påvirker kroniske tilstander menneskers forutsetninger for deltakelse dersom fysiske og sosiale utfordringer ikke blir imøtesett. Empowerment, gjennom at pasienter tar ansvar for egen helse, kan ha uheldige konsekvenser, da ansvaret for negative forhold også legges over på den enkelte. Fordelene ved empowerment er også mange. For eksempel vil behandlingsresultater bli mer vedvarende og effektive når individet råder over sine egne valg. Ved å styrke individets tro på seg selv, understøttes forutsetninger for endring (Askheim, 2017, s. 72-73, 78-82).

Som en oppsummering har kapittelet om prosjektets teoretiske rammeverk belyst SDT. Det er en motivasjonsteori som omhandler ulike former for motivasjon, deriblant skilles det mellom indre og ytre motivasjon. Teorien fremhever tre grunnleggende behov for motivasjon, herunder kompetanse, tilhørighet og autonomi (Ryan & Deci, 2017, s. 3, 11, 14). Videre ble empowerment fremstilt, som representerer en endring i oppfølgingen av pasienter med diabetes (Graue & Haugstvedt, 2011, s. 238). Denne delen av det teoretiske rammeverket handlet om brukermedvirkning og individets styring over egen helse (Tveiten, 2016, s. 27-28; Allgot, 2011, s. 210). I det

neste kapitlet vil metodikken for innhenting av prosjektets empiriske datamateriale belyses.

3 Metode

I dette kapittelet gjøres det rede for prosjektets metode. Først fremstilles søkemetodikken for tidligere forskning som var med på å danne grunnlaget for prosjektets problemstilling. Deretter belyses prosjektets design, utvelgelse av informanter, metode for innsamling av data, transkribering og analysemetode. Til sist fremgår en oversikt over prosjektets troverdighet, forforståelse og forskningsetiske overveielser.

3.1 Søkemetode for tidligere forskning

Det ble foretatt litteratursøk i Cinahl og PubMed i perioden 09.2017-03.2018 for å finne tidligere forskning omkring prosjektets tematikk. Disse databasene ble valgt fordi de dekker helsefaglig litteratur (Universitetet i Stavanger, 2018). Før det strategiske søket ble det foretatt åpne søk i PubMed. Hensikten var å optimere det strategiske søket ved å få et overblikk over litteraturen og få inspirasjon til relevante søkeord. Følgende søkestrenger ble tatt i bruk:

1. Cinahl: diabetes mellitus type 2 or type 2 diabetes AND education or patient education AND group AND self management or self care
PubMed: (diabetes mellitus, type 2 OR type 2 diabetes) AND (education OR patient education) AND (group) AND (self-management OR self care)
2. Cinahl: diabetes mellitus type 2 or type 2 diabetes AND group AND self management or self care
PubMed: (diabetes mellitus, type 2 OR type 2 diabetes) AND (group) AND (self-management OR self-care)
3. Cinahl: diabetes mellitus type 2 or type 2 diabetes AND motivation AND self management or management or self care
PubMed: (diabetes mellitus, type 2 OR type 2 diabetes) AND (motivation) AND (self-management OR management OR self-care)

Søkestrengene ble først anvendt i Cinahl, deretter i PubMed. Det ble satt opp følgende avgrensninger i søket: seneste 10 år for å få med oppdatert litteratur, journal articles/academic journals og at søket ble rettet mot tittel.

13 artikler ble inkludert gjennom strategiske søk. Én artikkel ble anbefalt av prosjektveileder og leder ved LMS. Artikkelen ble inkludert via snøballmetode

(Thagaard, 2013, s. 61). Til sammen ble 14 artikler inkludert. I mai 2018 ble det gjennomført ytterligere litteratursøk for å finne frem til eventuell ny forskning på området. Samme søkestrenger og databaser ble tatt i bruk. Alle søketreff samsvarte med allerede ekskluderte eller inkluderte studier. Derfor utdypes kun søkedetaljene for søkeperioden 09.2017-03.2018 i vedlegg 1-3, da det var her forskningsartikler ble inkludert.

3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign handler om fremgangsmåten, herunder metodene som skal anvendes, for å kunne besvare forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2016, s. 56; Busch, 2016, s. 52). Problemstillingen er avgjørende for valg av forskningsdesign (Busch, 2016, s. 52).

Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. I kvantitativ forskning undersøkes fenomener som kan måles og tallfestes (Polit & Beck, 2016, s. 11, 741). Designet er gunstig for innsamling og håndtering av omfattende datamaterialer gjennom eksempelvis spørreskjemaer (Busch, 2016, s. 52-53; Polit & Beck, 2016, s. 243). Ved kvalitative forskningsmetoder, som intervju og observasjon, skjer innsamling av data via menneskelig kontakt. Dette gir anledning til fordypning i og forståelse for det som undersøkes (Thagaard, 2013, s. 11-12).

3.2.1 Kvalitativt forskningsdesign

Masterprosjektet hadde et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative metoder er godt egnet til å belyse individers opplevelser og for å komme i dybden omkring det som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 151; Thagaard, 2013, s. 11). Siden prosjektets formål var å få økt kunnskap om DM2 pasienters opplevelser og erfaringer med opplæringskurs ble dette forskningsdesignet vurdert som hensiktsmessig. Et datamateriale basert på subjektive opplevelser kan samtidig være en av ulempene ved kvalitativ forskning, fordi disse ikke nødvendigvis er kvalifiserte. En annen svakhet er at det kan være problematisk å generalisere funnene fordi data fra kvalitativ forskning ofte stammer fra et fåtall deltakere (Polit & Beck, 2016, s. 12, 164; Busch, 2016, s. 53).

Ved å komme i dybden kan et kvalitativt forskningsdesign avdekke forskjellige aspekter av fenomenet som undersøkes (Polit & Beck, 2016, s. 12). Dette ble

vurdert som fordelaktig for å få økt kunnskap om DM2 pasienters motivasjon til livsstilsendring, i og med at kilder til –og effekter av ulike former for motivasjon varierer (Ryan & Deci, 2017, s. 14).

3.2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Prosjektets vitenskapsteoretiske ståsted var fenomenologisk-hermeneutisk inspirert. Fenomenologien handler om å ”forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver” (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45). Det handler om å beskrive menneskers opplevelser og erfaringer så tett på deres virkelighet som mulig (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45, 75; Birkler, 2011, s. 108). Fenomenologien var et relevant fokus fordi problemstillingen sikter på å belyse DM2 pasienters beskrivelser av motivasjon til livsstilsendring. På bakgrunn av dette var det viktig at fremstilling av datamaterialet var tilnærmet informantenes beskrivelser.

Hermeneutikk er en kvalitativ vitenskapstradisjon som legger vekt på meningen med menneskelig erfaring (Polit & Beck, 2016, s. 466, 730). Hensikten er å skape forståelse gjennom fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 73-74). Et hermeneutisk ståsted ga mulighet for fortolkning av informantenes fortellinger i diskusjonskapittelet. På denne måten kunne de empiriske funn bli sammenliknet med prosjektets teoretiske rammeverk.

3.3 Utvalg

Utvalget bestod av pasienter som hadde deltatt på DM2 opplæringskurs ved et LMS. En strategisk utvelgelsesmetode ble tatt i bruk, da metoden innebærer å velge ut informanter som er godt egnet til å belyse problemstillingen (Thagaard, 2013, s. 60).

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for utvalget var pasienter av begge kjønn over 18 år som selv kunne avgi informert samtykke. Pasientene skulle ha DM2 og ha deltatt på de aktuelle opplæringskursene ved LMS. Det var krav om at informantene skulle være norsktalende i og med at intervjuene ble avholdt på norsk. Dette var for å unngå eventuelle språklige barrierer under selve avholdelsen av intervjuene, men også for å unngå misforståelser i forbindelse med analyse av

og fremstilling av empiriske funn.

Eksklusjonskriterier var personer som ikke deltok på opplæringskurs og som ikke hadde DM2.

Alle deltakerne som oppfylte inklusjonskriteriene ble tilbudt deltakelse i prosjektet, og det var ingen krav i forhold til hvor lenge pasientene hadde hatt DM2. Hensikten med dette var å kunne hente inn empiriske data om hvordan det gruppebaserte opplæringskurset imøtekom alle deltakerne og ulike personer, både menn og kvinner i varierende aldersgrupper og eventuelt personer med annen etnisk bakgrunn.

3.3.2 Rekruttering

Rekruttering av informanter fant sted på to forskjellige opplæringskurs ved et LMS i 2017/2018 over en periode på syv uker. Det var omtrent 20 deltakere på hvert kurs, og det var ønskelig å rekruttere mellom seks og åtte pasienter til intervju. Masterprosjektet ble presentert muntlig av studenten på begge de aktuelle opplæringskursene. Studenten var tilstede hele kursdagene når presentasjonen av prosjektet fant sted, blant annet for å få et innblikk i opplæringskursets innhold samt for å kunne ta i mot spørsmål fra kursdeltakere. I tillegg til dette fikk studenten, gjennom å være tilstede på opplæringskursene under rekrutteringen, mulighet for å foreta observasjoner.

Det ble delt ut informasjonsskriv til alle deltakerne på kursene. De som ønsket å delta fylte ut samtykkeskjemaet på siste side i skrivet og rekrutterte seg selv ved å levere skjemaet til studenten. De ble deretter kontaktet på telefonnummeret de oppga for å avtale tid for intervju. Studentens e-postadresse ble oppgitt i informasjonsskrivet dersom noen ønsket å ta kontakt i ettertid.

Til sammen ble åtte pasienter rekruttert til intervju med ett frafall. Dermed bestod utvalget av syv pasienter, fire menn og tre kvinner. Utvalget vil fremover bli omtalt som pasienter eller informanter.

3.4 Datainnsamling

Kvalitative intervjuer ble tatt i bruk som datainnsamlingsmetode. Det er en samtale mellom forsker og informant som er i kontakt med hverandre, hvor formålet er å skape kunnskap og få forståelse for informantens erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 20-21, 204).

3.4.1 Individuelle og semi-strukturerte kvalitative intervjuer

De kvalitative intervjuene var individuelle og semi-strukturerte. En intervjuguide bestående av ulike temaer og spørsmål (Polit & Beck, 2016, s. 510) ble tatt i bruk under intervjuene. Anvendelse av intervjuguide sikret at nødvendig informasjon ble innhentet (Polit & Beck, 2016, s. 510) for å belyse prosjektets tematikk. Ytterligere informasjon om denne intervjuguiden presenteres senere i metodekapittelet.

I semi-strukturerte intervjuer er ikke rekkefølgen av temaer og tilhørende spørsmål fastlåst. Dermed kunne intervjuene følge informantenes fortellinger (Thagaard, 2013, s. 98). Kvalitative intervjuer ga mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål og oppfordre informantene til å gi mer fyldige svar, og dermed komme enda mer i dybden (Thagaard, 2013, s. 100-101) i deres fortellinger. Å følge informantenes fortellinger samt å komme i dybden (Thagaard, 2013, s. 98, 101) var nyttig for å forstå motivasjon til livsstilsendring samt opplevelser og erfaringer med gruppebasert opplæringskurs, ut fra informantenes egne synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46).

Individuelle intervjuer ble vurdert som mest hensiktsmessig da livsstilsendring kan være et sensitivt tema, og dermed potensielt ubehagelig å snakke om foran andre så som i fokusgrupper (Polit & Beck, 2016, s. 511). Dersom intervjuene ble avholdt i en gruppe og informantene ikke var bekvem i denne situasjonen, kan det tenkes at innsamling av data kunne vært påvirket av bias. Bias er faktorer som kan medføre feil i en studie og som kan svekke studiens kvalitet (Polit & Beck, 2016, s. 161, 720). Dersom noen informanter hadde hatt utfordringer med å uttrykke sine opplevelser foran andre og dermed holdt tilbake deler av sine beskrivelser, kunne dette ha preget datamaterialets mangfoldighet. Det ble derfor lagt vekt på å skape fortrolige rammer gjennom

individuelle intervjuer for å sikre at all den informasjonen som var relevant for å belyse prosjektets problemstilling kom frem. Videre var studentens manglende erfaring, både som forsker og som intervjuer, avgjørende for valget av individuelle intervjuer. Det ble vurdert som mer overskuelig å forholde seg til en informant ad gangen fremfor å forholde seg til flere på samme tid.

I kvalitative intervjuer er det ulik maktfordeling mellom intervjuer og informant. Det at det er intervjueren som styrer samtalen og hvilke beskrivelser det stilles oppfølgingsspørsmål gjør at dialogen ikke bærer preg av en alminnelig samtale (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 51-52) mellom likestilte parter. Selv om det er i samspillet mellom intervjuer og informant at kunnskap skapes, kan den direkte kontakten påvirke informantenes beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 83; Thagaard, 2013, s. 113, 115). Besvarelsene kan for eksempel være preget av hvordan de ønsker at intervjuer skal oppfatte dem (Thagaard, 2013, s. 115). Videre kan også intervjuerens kroppsspråk ha innflytelse på intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 126).

Ulempen ved å velge bort fokusgruppeintervjuer var at dersom informantene hadde følt seg bekvem i situasjonen, kunne gruppedynamikken fremmet dybde i samtalen ved at deltakerne responderte på hverandres fortellinger (Polit & Beck, 2016, s. 511). Å intervju flere informanter på samme tid i en fokusgruppe er dessuten tidsbesparende (Polit & Beck, 2016, s. 511) sammenliknet med å avholde intervjuer individuelt.

3.4.2 Intervjukontekst

Seks av syv intervjuer fant sted på det aktuelle LMS for å være på et nøytralt-, men samtidig kjent sted da informantene tidligere hadde vært der i forbindelse med opplæringskurs. De to anvendte lokaler var usjenert for støy, og det var kun informant og intervjuer til stede i lokalet under intervjuene. For intervjuene på LMS satt intervjuer og informant ved enden av et bord. En diktafon ble plassert på bordet mellom intervjuer og informant, litt ut til siden slik at den ikke skulle være en forstyrrende faktor.

Tidspunkt for intervjuene ble avtalt mellom intervjuer og informanter. Det skulle gå minst to uker fra deltakelse på opplæringskurs til intervjuene fant

sted, slik at pasientene hadde hatt mulighet for å anvende kunnskapen fra opplæringskurset i deres hverdag.

Et intervju ble gjennomført over telefon pga. stor geografisk avstand i intervjuperioden.

3.4.3 Intervjuguide

Intervjuguiden var inndelt i fire forskjellige temaer: diabetes i hverdagslivet, mål, motivasjon til livsstilsendring og erfaringer med opplæringskurs.

Diabetes i hverdagslivet handlet om hvordan pasientene levde med sykdommen sin, deres levevaner i forbindelse med sykdommen før deltakelse på kurs og hvilken betydning levevanene hadde for deres liv med diabetes. Temaet *mål* tok for seg spørsmål om hva slags mål pasientene hadde og om disse var annerledes enn eventuelle mål før kurset, tanker om- og betydning av måloppnåelse samt støtte og hindringer. I forbindelse med *motivasjon til livsstilsendring* ble det spurt hva som var motiverende og demotiverende for endring og spørsmål om hvilken støtte fra helsepersonell og/eller familie som var viktig for å endre levevaner. Under temaet *erfaringer med opplæringskurs* ble det stilt spørsmål om hvordan pasientene hadde brukt kunnskapen fra kurset i deres hverdag, forståelse for egen sykdom og håndtering av denne på egenhånd, spesielle inntrykk eller fremhevelser fra kurset, savn på kurset samt om det var andre måter å lære på som ville passet bedre i tillegg til undervisningen. Se vedlegg 4 for fullstendig intervjuguide.

3.4.4 Gjennomføring av intervjuer

Det ble gjennomført syv individuelle intervjuer over en periode på syv uker. Intervjuenes varighet varierte fra ca. 25 minutter til én time. Alle intervjuene startet med en innføring hvor intervjuer takket for deltakelse og forklarte om både prosjektet og intervjuguiden.

En diktafon ble tatt i bruk som et verktøy for å ta opp intervjuene. Verktøyet ga mulighet for at intervjuene kunne bli skrevet ned så nøyaktig som mulig i ettertid, slik at transkribering av intervjuer ikke var avhengig av intervjuers hukommelse (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 205-206). Studenten forklarte informantene hva en diktafon var og hvorfor den ble anvendt. Diktafonen ble

først skrudd på når informantene samtykket til dette. Informantene ble spurt om de hadde noen spørsmål før intervjuene startet.

Alle intervjuene startet med spørsmålet: ”Kan du fortelle om hvordan du lever med sykdommen i ditt daglige liv?”. Hensikten var å begynne med et spørsmål som var forholdsvis enkelt å besvare for å skape en trygg atmosfære (Thagaard, 2013, s. 111). Deretter fulgte intervjuene, etter intervjuerens beste evne, informantenes egne fortellinger.

Ved behov ble det tatt korte notater på papir underveis i intervjuene. Prober som ”Mhm” og ”Ja” ble tatt i bruk fortløpende for å vise interesse for informantenes fortellinger (Thagaard, 2013, s. 102). Videre ble det anvendt ulike oppfølgingsspørsmål under intervjuene. For å få mer utfyllende svar (Thagaard, 2013, s. 101) ble det stilt spørsmål som: ”Kan du si noe mer om det?”. For å tydeliggjøre informantenes fortellinger (Thagaard, 2013, s. 102), ble det stilt spørsmål så som: ”Er det sånn å forstå at...?”. Hvis det var behov for å tydeliggjøre spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 202) i intervjuguiden, ble dette gjort enten ved omformuleringer eller ved å referere til informantenes tidligere utsagn, som for eksempel ”Du nevnte litt om...”.

Avslutningsvis ble informantene spurt om de hadde spørsmål eller tilføyelser til det som var blitt snakket om, eller om de ønsket å ta opp noe annet som det ikke var spurt om. Hensikten var å avrunde intervjuene og samtidig sikre at informantene hadde fått snakke om det de fant betydningsfullt (Thagaard, 2013, s. 111).

3.5 Transkribering

Transkribering ”er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst” (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 210). Intervjuene ble transkribert av studenten på en datamaskin i separate Word dokumenter. I alt var det 125 transkriberte sider.

For å markere hvem som snakket ble termene ”intervjuer” og ”informant” tatt i bruk. Samtalene ble skrevet ned på bokmål så ordrett som mulig, inkludert lyder som ”Eh” og ”Mhm” (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 207-208).

Dialektpregete ord ble erstattet med bokmålsord, slik at materialet ikke var stedgjenkjennende. Pauser, emosjonelle faktorer og lignende ble ikke registrert, da transkriberingen utelukkende skulle brukes til å få oversikt over informantenes fortellinger (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 208, 211).

I de tilfeller hvor utsagn var utydelige, ble dette markert med tegnet (...). Dersom det under transkriberingen, eller i gjennomlesingen av de transkriberte dokumentene, var persongjenkjennende (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213) eller sensitive utsagn, ble dette erstattet med (-). Eventuelle forstyrrelser i intervjuene ble erstattet med samme symbol.

3.6 Analyse

Analyse av datamaterialet var inspirert av Lundman & Graneheims kvalitative innholdsanalyse. Forfatterne opererer med ulike begreper for å gjøre rede for analysen trinn for trinn (Lundman & Graneheim, 2017, s. 219, 224).

Prosjektets innholdsanalyse fulgte beskrivelse og rekkefølge av følgende analysetrinn; domene, meningsenhet, kondensering, koder og kategorier (Lundman & Graneheim, 2017, s. 224).

Innholdsanalysen hadde et fenomenologisk utgangspunkt med analyse av manifest innhold, jf. to-dimensjons modellen (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, s. 30). I denne forbindelse ble forfatternes siste analysetrinn, *tema*, valgt bort fordi teksten på dette nivået fortolkes (Lundman & Graneheim, 2017, s. 224, 226). Dette var ikke ønskelig, da fokuset i analysen var å fremstille funnene så tekstnært som mulig (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, s. 30).

I det første trinnet av analysen ble det opprettet *domener*. Domener ble i prosjektets innholdsanalyse definert etter hovedtemaene fra intervjuguiden (Lundman & Graneheim, 2017, s. 224), herunder diabetes i hverdagslivet, mål, motivasjon til livsstilsendring og erfaringer med opplæringskurs. Deretter ble transkribert materiell gjennomgått og strukturert inn under de valgte domenene. Etter dette begynte arbeidet med å få definert *meningsenheter* (Lundman & Graneheim, 2017, s. 224). Dette ble gjort ved at de ulike tekstutdragene som var blitt sortert inn under de ulike domenene ble delt inn i mindre enheter for å identifisere fellesnevnerne, meningsenheter (Lundman &

Graneheim, 2017, s. 224). De transkriberte dokumentene ble brukt parallelt i prosessen. De tekstdelene som ikke ble tatt med i meningsenhetene ble markert med en strek over. Symbolet ... ble brukt for å markere når tekstdeler, eller deler av en setning, ikke ble tatt med fra transkriberingen til meningsenheten. Hvis informantene hadde bedt om at utsagn ikke måtte tas med i analysen, ble dette markert med rødt og ikke gjort om til meningsenhet.

Den videre prosessen var å kondensere meningsenhetene, og dette ble gjort ved å forkorte teksten i meningsenheten, samtidig som meningen ble beholdt (Lundman & Graneheim, 2017, s. 225). De kondenserte meningsenhetene ble deretter gitt en *kode* for å gi meningsenhetene en kort betydning (Lundman & Graneheim, 2017, s. 225). I nedenstående tabell vises eksempler på første prosessen i innholdsanalysen:

Meningsenhet	Kondensering	Kode
For vi, vi lærer ikke, vi blir for eksempel ikke tømmermann ved å sitte å høre på foredrag. ... Du er nødt til å spikre.	Vi lærer ikke, vi blir ikke tømmermann ved å høre på foredrag. Du er nødt til å spikre.	Lære gjennom det praktiske
Vi har jo ikke hatt noe verken på noen av sidene har det vært noe diabetes. Så det kom jo som et sjokk at jeg var den første da.	Verken på noen av sidene har det vært diabetes. Det kom som et sjokk at jeg var den første.	Sjokk å få diabetes

Tabell 1. Utdrag fra første analyseprosess

I det neste og siste trinnet i innholdsanalysen ble det opprettet *kategorier*. I denne forbindelse ble koder med tilsvarende innhold sortert inn under ulike kategorier (Lundman & Graneheim, 2017, s. 225). Datamaterialet ble delt inn i fem kategorier: *kunnskap*, *kroppslige aspekter*, *personlig nettverk*, *ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv* samt *følelser*. Kategoriene *kunnskap*, *kroppslige aspekter* og *følelser* ble delt inn i underkategorier (Lundman & Graneheim, 2017, s. 225). Underkategoriene til *kunnskap* var; forforståelse, aspekter av læring, sykdomsalvor og erfarings- og kunnskapsdeling. Under *kroppslige aspekter* var underkategoriene; måling av blodsukker som ferdighet,

kropps- vekt og størrelse, trening og kosthold samt medisiner. Kategorien *følelser* hadde én tilhørende underkategori, som var stress.

I nedenstående tabell vises eksempler på siste prosessen i innholdsanalysen:

Koder	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> • Spiser sunt for å unngå senskader • Komplisert og omfattende sykdom • Kurset gjør at alt synker inn 	Kunnskap
<ul style="list-style-type: none"> • Mål om bedre fysisk form • Måler blodsukkeret • Trener og spiser riktig 	Kroppslige aspekter
<ul style="list-style-type: none"> • Støtte fra familien • Motivasjon gjennom familie og barna • Fått aksept for situasjonen på jobb 	Personlig nettverk
<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for egen helse • Være aktiv pasient • Stille opp selv 	Ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv
<ul style="list-style-type: none"> • Alvoret var skremmende • Sorg • Livskvalitet 	Følelser

Tabell 2. Utdrag fra siste analyseprosess

3.7 Troverdighet

Innen kvalitativ forskning refererer troverdighet til kvaliteten av en studie (Polit & Beck, 2016, s. 161). I følge Graneheim & Lundman vurderes troverdighet ut fra tre kriterier: gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109).

3.7.1 Gyldighet

Gyldighet handler om hvorvidt man kan stole på forskningsdata og fortolkning. Både triangulering, forskerens kvalifikasjoner og involvering av deltakere har betydning for en studies gyldighet (Polit & Beck, 2016, s. 559, 564, 566, 569).

Forsker-triangulering ble tatt i bruk, som vil si at det er flere forskere involvert i analyseprosessen (Polit & Beck, 2016, s. 566). Analyse materialet ble diskutert med-, gjennomlest og korrigert av prosjektveileder fortløpende. Det ble likevel ikke tatt i bruk triangulering (Polit & Beck, 2016, s. 566) på andre områder enn ovenstående, noe som kan ha svekket studiens gyldighet. Videre kan en annen begrensning være at det kun var studenten som transkriberte intervjuene. Dermed kunne ikke andre forskere kontrollere om studentens transkribering var i overensstemmelse med informantenes fortellinger. Gyldigheten av de transkriberte dokumentene ble kontrollert av studenten ved at alle intervjuer etter transkriberingen ble hørt igjennom på lydbånd minimum en ekstra gang. Dette var for å sikre at informasjonen i dokumentene var korrekt. Videre ble lydbåndet tatt i bruk parallelt med de transkriberte dokumentene i analyseprosessen, særlig ved uklarheter i setninger.

En annen måte å sikre gyldighet på er å involvere deltakerne i datainnsamlingsprosessen og i forbindelse med analysen (Polit & Beck, 2016, s. 564). I datainnsamlingsprosessen ble det stilt oppklarende spørsmål til informantene under intervjuene for å unngå misforståelser. Etter gjennomføring av første intervju fikk studenten tips fra leder ved det aktuelle LMS om å oppsummere samtalene etter hvert intervju som en kvalitetssjekk. Samtalene ble deretter oppsummert for å gi informantene mulighet for tilføyelser eller korrigerende av eventuelle feil og mangler.

Polit & Beck understreker at den kvalitative forskerens kvalifikasjoner og erfaringer er av betydning, i og med at forskeren fungerer som et redskap for datainnsamling (Polit & Beck, 2016, s. 569). Siden studenten ikke hadde erfaring med å foreta intervjuer, ble dette imøtesett med flere tiltak. Før formulering av intervjuguiden og innsamling av data satte studenten seg grundig inn i prosjektets tematikk, noe som ga en solid teoretisk kunnskap. Videre ble intervjuene transkribert fortløpende i prosessen. Formålet var å lære

av egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 207) slik at det var mulighet for korrigerende underveis i prosessen. Intervjuguiden ble også pilottestet med det formål å finne ut hvor relevante spørsmålene var (Polit & Beck, 2016, s. 739), og dermed få mulighet for å foreta eventuelle endringer. Utover dette ble studentens manglende erfaring som forsker imøtesett ved at veileder og leder ved LMS i stor grad var involvert i forskningsprosessen. Herunder fikk studenten råd i forbindelse med intervjuguiden, datainnsamlingen og analyseforslag med mer.

3.7.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler om datamaterialets stabilitet, og hvorvidt disse kan gjenskapes (Polit & Beck, 2016, s. 559; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 357). I denne forbindelse er undersøkelsesprosessen forsøkt beskrevet så nøyaktig som mulig, herunder beskrivelse av intervjuguide, transkriberingsprosessen og de ulike trinnene i analysen med tilhørende eksempler.

For å styrke pålitelighet er det i forbindelse med datainnsamling av betydning at informantene blir spurt inn til de samme temaer (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Bruk av semi-strukturerte intervjuer, fremfor fullstendig åpne, sikret at alle intervjuer omhandlet de samme temaer (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46), noe som dermed har vært med på å styrke påliteligheten. Det kan likevel være utfordrende å gjenskape funnene selv om disse beskrivelsene blir fulgt, fordi ny kunnskap skapes underveis i løpet av et intervju (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Dette kan påvirke hvilke spørsmål som stilles (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110), og i denne forbindelse ble det stilt ulike oppfølgingsspørsmål til de forskjellige informantene.

3.7.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt en studies funn kan føres videre til andre situasjoner eller grupper. I denne forbindelse er det viktig at kontekst blir beskrevet, slik at leseren selv kan ta stilling til overførbarheten. Herunder skal blant annet antall deltakere og deres karakteristika fremstilles (Polit & Beck, 2016, s. 164, 500-501, 560).

For å imøtese dette ble detaljert informasjon om det gruppebaserte opplæringskurset ved LMS fremstilt, herunder informasjon om tidsaspekt og

innhold i undervisningen. Kontekst for intervjuer ble også beskrevet, både når det angikk tid, sted og lokaler. Informasjon om utvalget fremgikk ved fremstilling av antall deltakere, kjønnsfordeling og inklusjonskriterier, herunder diagnose og at deltakerne var over 18 år. I forbindelse med utvalget er også rekrutteringsprosessen viktig for å kunne vurdere en studies overførbarhet (Polit & Beck, 2017, s. 500). Dette ble imøtesett ved å beskrive tidsrommet for rekruttering av informanter, hvordan det foregikk samt hvor det fant sted.

3.8 Forforståelse

Forforståelse handler om tidligere kunnskap, erfaringer og meninger som forskeren tar med seg inn i et forskningsprosjekt (Lundman & Graneheim, 2017, s. 230). Kunnskap gjennom tidligere forskning på området og prosjektets teoretiske rammeverk dannet grunnlaget for studentens forforståelse. Videre hadde studenten kunnskap om temaet gjennom sin utdanning.

Lundman & Graneheim fremhever at forforståelse kan tas i bruk for å få enda mer forståelse for det som undersøkes (Lundman & Graneheim, 2017, s. 230). Studentens forforståelse ble bevisst tatt i bruk både ved valg av temaer og formulering av flere spørsmål i intervjuguiden. Fordelen med dette var at det ga mulighet for å kunne gå i dybden omkring tematikken.

I tråd med fenomenologien ble forforståelsen forsøkt satt til sides (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 75) ved kontakt med informantene og etterfølgende analysering av datamaterialet. I forbindelse med intervjuene var studenten oppmerksom på sin forforståelse ved ikke å definere begreper så som motivasjon og livsstil før eller underveis i intervjuene, men heller la informantene fortelle ut i fra deres egen forståelse. I analyseprosessen ble også forforståelsen etter beste evne satt til side. Dette ble gjort ved å opprette koder og kategorier så tekstnært som mulig (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, s. 30). Dette var for å sikre at analysen tok utgangspunkt i informantenes egne beskrivelser.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

3.9.1 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Da prosjektet skulle innhente helseopplysninger gjennom en intervjuundersøkelse (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015) ble det søkt om godkjenning hos regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet ble godkjent av REK i september 2017. Se vedlegg 7 for ytterligere informasjon om prosjektgodkjenningen av REK.

3.9.2 Fritt informert samtykke

Informantenes deltakelse i prosjektet var basert på fritt informert samtykke. Med dette menes at forskningsobjekter ikke på noe tidspunkt skal føle seg presset, og at deltakelse baseres på tilstrekkelig informasjon om prosjektet (Fossheim, 2015b). Samtykket ble innhentet skriftlig og alle informantene som deltok i prosjektet signerte et samtykkeskjema før intervjuene ble avholdt (Fossheim, 2015b).

For å tilfredsstille kravet om tilstrekkelig informasjon (Fossheim, 2015b) fikk informantene både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Det ble utlevert informasjonsskriv med opplysninger om bakgrunn og hensikt med prosjektet, håndtering av informasjon og frivillighet. Videre ble det informert om hvem som hadde tilgang til lydbåndet og anonymisering (Fossheim, 2015a). Ettersom intervjuene ble tatt opp på lydbånd ble informantene opplyst om at de hadde rett til å få lydbåndet stanset under intervjuene og få slettet opplysninger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010b).

For å ivareta prinsippet om fritt samtykke var det pasientene selv som rekrutterte seg dersom de ønsket å delta i prosjektet. Det ble opplyst om at informantene til enhver tid, uten å oppgi grunn, kunne trekke sitt samtykke (Fossheim, 2015b) og at dette ikke ville få konsekvenser for deres behandling ved LMS.

3.9.3 Beskyttelse av informantenes integritet

I intervjusituasjonene var studenten oppmerksom på ikke å stille utdypende spørsmål dersom informantene kom inn på sensitive emner. Dette var blant annet for å unngå å frembringe sterke følelser under intervjuene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010c).

For å ivareta informantenes integritet var det fokus på å fremstille resultatene på en slik måte at det gjenspeilte informantenes opprinnelige mening (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010c). Det ble i fremstilling av funn lagt vekt på å tydeliggjøre hva som var studentens og informantenes synspunkt. Dette var for å ivareta informantenes integritet og samtidig gi plass til fortolkning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010c).

3.9.4 Anonymitet og taushetsplikt

I transkriberingsprosessen ble informantenes anonymitet sikret ved å erstatte deres navn (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010b) med en kode.

Ved fremstilling av funn ble det vektlagt at ingen informanter som enkeltperson kunne gjenkjennes (Alver, 2015). Dette ble blant annet ivaretatt ved å transkribere intervjuene på bokmål og unngå dialektpregede ord (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 207; De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010a) og samtidig ikke henviser til kjønn. Dersom informantene under intervjuene oppga sensitiv informasjon ble dette tatt vekk (Fossheim & Ingierd, 2015) i transkriberings- eller analyseprosessen.

For å ivareta informantenes konfidensialitet ble det sikret at ingen uvedkommende fikk tilgang til datamaterialet (Fossheim, 2015a). Det var kun studenten og veileder som hadde tilgang til de transkriberte dokumentene og lydbåndet. Dersom informantene ba om at enkelte utsagn ikke måtte tas med ble dette imøtesett (Alver, 2015).

3.9.5 Oppbevaring av data

Dokumentene med transkriberte intervjuer ble oppbevart på en passord-beskyttet datamaskin. Samtlige filer ble kryptert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010b). De transkriberte filene ble overført til prosjektveileder for gjennomlesing på en sikker måte ved bruk av minnepenn. Kobling mellom

kode og informantenes navn ble oppbevart skriftlig nedlåst på UIS, separat fra lydbånd og transkriberte dokumenter. Etter hvert som de enkelte intervjuene var gjennomført ble samtykkeskjemaer låst ned fortløpende, og ved prosjektslutt ble også diktafonen med lydopptakene levert til veileder for å bli nedlåst på UIS.

Som en oppsummering har dette kapittelet belyst prosjektets metodikk. Prosjektet hadde et kvalitativt forskningsdesign, hvor individuelle semi-strukturerte intervjuer ble tatt i bruk for å samle inn data (Polit & Beck, 2016, s. 463, 510-511). I denne forbindelse ble en intervjuguide med fire temaer anvendt, deriblant diabetes i hverdagslivet, mål, motivasjon til livsstilsendring og erfaringer med opplæringskurs. Rekruttering av informanter fant sted på de aktuelle gruppebaserte opplæringskursene ved LMS, ved at studenten hadde en muntlig presentasjon av prosjektet og delte ut informasjonsskriv og samtykkeskjemaer. Analysemetoden som ble tatt i bruk var inspirert av Lundman & Graneheims kvalitative innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2017, s. 219) og resulterte i fem hovedkategorier, herunder *kunnskap, personlig nettverk, ta ansvar og være aktiv, kroppslige aspekter samt følelser*. I neste kapittel vil disse fem hovedkategoriene bli presentert sammen med tilhørende underkategorier.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres prosjektets resultater. Et fremtredende funn i informantenes fortellinger var opplevelse av støtte fra familien, eller at familien hadde betydning for motivasjon og endring. Å ta ansvar for egen helse, være aktiv og håndtere sykdommen selv var noe flere av informantene var opptatt av. Mål eller motivasjon var for flertallet knyttet til det å unngå medisiner, eller blodsukker og måling. Samtlige informanter fortalte om kosthold, herunder sa flere at de var bevisst på kosten, at de holdt på å finne ut hva de kunne spise, eller at de var oppmerksom på å sjekke matvareinnhold. Informantenes fortellinger om alvoret av sykdommen var et annet vesentlig funn. For flere var senskader og konsekvenser av sykdommen noe som hadde betydning for enten mål, motivasjon eller levevaner.

Resultatkapittelet deles inn etter fem kategorier funnet i analyseprosessen, herunder *kunnskap, kroppslige aspekter, personlig nettverk, ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv samt følelser*. Kategoriene med tilhørende underkategorier belyses hver for seg. Som en del av presentasjonen av funnene vil sitater fra informantenes fortellinger tas i bruk. I denne forbindelse ble det gjort små språklige justeringer i fremstillingene for å gjøre sitatene leservennlige. I informantenes sitater vil tegnet < > tas i bruk for ord som blir lagt til av studenten for å tydeliggjøre informantenes beskrivelser. Tegnet ... brukes for å markere når deler av informantenes sitater ikke er tatt med i fremstillingen. Siden utvalget kun bestod av syv informanter vil deres anonymitet bli opprettholdt ved ikke å hen vise til kjønn. Derfor brukes enten termen informant eller han.

I tillegg til å belyse informantenes beskrivelser vil noen av studentens observasjoner i forbindelse med opplæringskursene også fremstilles.

4.1 Kunnskap

Informantenes fortellinger omhandlet i stor grad beskrivelser relatert til kunnskap. Dette angikk alt fra kunnskap de hadde før deltakelse på opplæringskurs, hva de hadde lært på kurs og hvordan de hadde anvendt denne kunnskapen, deres opplevelser av alvoret og konsekvenser av diabetes samt deling av erfaring med andre kursdeltakere. Kategorien kunnskap ble inndelt i

fire underkategorier, herunder forforståelse, læring, sykdomsalvor og erfarings- og kunnskapsdeling.

4.1.1 Forforståelse

Informantenes forforståelse var varierende. Noen visste lite på forhånd.

Eksempelvis fortalte en informant at: ”...*jeg hadde jo ikke så mye erfaring med det fra før av...*”. Omvendt fortalte andre at de visste mye fra før, blant annet ved å ha lest seg opp på nettet eller ved å ha fått informasjon fra diabeteslege.

En informant beskrev sin forforståelse slik:

...jeg hadde lest meg en god del opp på forhånd. For jeg gikk jo selvfølgelig inn på nettet og der var det side opp og side ned...jeg visste veldig mye. Så mye av det som jeg fikk høre på kurset var for så vidt en bekreftelse på det jeg allerede hadde funnet ut.

4.1.2 Aspekter av læring

Læring og informasjon ble av flere ansett som viktig, oppmuntrende og nyttig. Flertallet fortalte enten at opplæringskurset hadde vært lærerikt, at de hadde fått mye informasjon, eller at ”...*kurset gjør at alt sammen synker inn*”. En informant fortalte i forbindelse med informasjon at han hadde abonnert på- og lest blad fra diabetesforbundet.

Et fremtredende funn var læring om mat og kosthold. Dette omfattet fortellinger om å ha lært om sammensetting av mat på opplæringskurset, at det var grei informasjon om kosthold og at flere hadde fått større fokus på hva de spiste og matvareinnhold. En informant fortalte:

Ble mer opptatt av det at en faktisk må sjekke matvarene altså. Det gjorde jeg ikke så mye før. Trodde at surkål var ok, sant. Så ser jeg at det er over 10 prosent sukker i norske surkål du finner i butikkene...det er bare et eksempel, men sånne ting da. Og ja, sant ok nøtter er bra og så ja, tar peanøttsmør da. Det er masse sukker i det og. Så det er ting som jeg har blitt mye mer obs på etter kurset....

I forbindelse med mat og kosthold fortalte flere om læring om brød på opplæringskurs. Herunder leste noen mer på brødposer, og noen hadde begynt å spise brød vist av brukerrepresentant fra diabetesforbundet. En av

informantene hadde selv funnet frem til et av de fremviste brødene før deltakelse på kurs og omtalte fremvisningen på følgende måte: ”...*da så jeg jo at hun hadde funnet frem det samme brødet som jeg hadde funnet...noe av det beste jeg satt igjen med fra kurset var at jeg så den brødposen*”. På et av opplæringskursene var ikke ernæringsfysiologen til stede. I denne forbindelse uttrykte en av informantene at han ville hatt mer fokus på ernæring.

Flere informanter fortalte om læring om blodsukker og måling. Det var delte meninger om dette emnet. Noen informanter sa at de hadde lært om blodsuktermåling på opplæringskurset: ”...*jeg synes jeg lærte veldig mye på kurset allikevel. Om å prøve å måle før og etter for da ser du jo virkningen...*”, mens andre syntes det kunne vært mer informasjon: ”*Det var noe av det som jeg savnet her nede, at det var mer fokus på måling, altså hvordan...*”. En informant fortalte i forbindelse med blodsukker at: ”...*jeg er enda litt usikker på hvor det er riktig for meg å ligge*”.

Når det angikk undervisningsformen for kurset var det delte meninger. En informant fortalte at det var herlig å ”...*sitte og ta imot*” kunnskap. En annen informant ønsket at kurset var mest mulig praktisk og fortalte at: ”...*vi lærer ikke, vi blir for eksempel ikke tømmermann ved å sitte og høre på foredrag. Du er nødt til å spikre*”. Utover det fortalte han at det ble tatt i bruk mange faguttrykk som kunne være vanskelige å forstå og huske, og at ”*Forenkling er faktisk talt et nøkkelord*”.

4.1.3 Sykdomsalvor

Et fremtredende funn var fortellinger om sykdomsalvor, herunder senskader. Det ble av en informant fortalt at det hadde gjort inntrykk å høre om skader og bivirkninger på opplæringskurs: ”...*han som fortalte om skader og bivirkninger. Det var jo ganske interessant. Han sa han tok jo de groveste tilfellene, for å skremme oss litt sa han. Det gir jo et inntrykk å høre om det...for det kan jo skje*”.

Noen informanter påpekte at de etter opplæringskurset så alvor av sykdommen, og at dette var nyttig og viktig. En informant fortalte:

...når jeg hadde vært på kurset så får jeg se mer alvorlig den sykdommen egentlig er. Jeg har liksom ikke tenkt på den slik, og så at den påvirker mange ting i kroppen. Det og var jo nytt for meg da...hun har jo undersøkt føttene mine for de sier du kan få sår, men her fikk du mer greie på at du kan bli helt følelseløs....

Informanten sa at han hadde begynt å undersøke føttene sine hver dag. Motsatt var en annen informant overrasket over seg selv for at han ikke tok sykdommen mer alvorlig på grunn av muligheter for senskader. Det ble sagt at informanten så mer alvor av sykdommen etter kurset.

Senskader hadde innvirkning på noen av informantenes mål og motivasjon. Å vite mer om konsekvensene av sykdommen ble av en informant beskrevet som ”...en motivasjonsfaktor”, og en annen fortalte at: ”Målet er rett og slett å ta det <sykdommen> mer på alvor på grunn av langtidsvirkninger”. Utover dette hadde senskader betydning for en av informantenes kosthold. Informanten fortalte at: ”I forhold til å spise sunt nå for min del så er det for å unngå eller utsette de senskadene så mye som mulig”.

4.1.4 Erfarings- og kunnskapsdeling

På de gruppebaserte opplæringskursene ved LMS observerte studenten at deling av erfaring og kunnskap mellom pasientene var fremtredende. Dette var studentens inntrykk både i forbindelse med undervisningen, men også de innlagte pausene og felles lunsj.

Flere snakket om deres opplevelser i møte med andre kursdeltakere. En informant uttrykte at andre kursdeltakeres opplevelser hadde gitt ham kunnskap: ”...jeg fikk kunnskap om mennesker på en måte og hvordan deres opplevelser er i forhold til sykdom. Det åpnet øynene mine og ga meg litt mer forståelse for sykdommen”.

Det ble påpekt at det var kjekt å møte andre, at det å snakke med likesinnede hadde gitt erfaring og at andre deltakeres fortellinger hadde vist forskjeller i hva en kunne spise.

En informant ga uttrykk for at det kunne vært enda mer utveksling av erfaring med de andre kursdeltakerne. En annen foreslo å organisere kurset i grupper,

og at hver gruppe fikk tid til å lage spørsmål, for ”...da begynner vi å høre med folk. Og da begynner det å utveksles erfaringer med en gang”.

4.2 Kroppslige aspekter

Flere informanter uttrykte et ønske om å få bedre helse, leve sunnere eller fortsette å leve sunt og være i god form. Stress og tretthet ble av en informant ansett som hindringer. Det ble av noen påpekt at de ikke hadde ubehag med, eller ikke merket mye til, diabetes. En informant fortalte i denne forbindelse at: ”Det er ikke helt den letteste sykdom å behandle fordi du ikke kjenner så mye ... jeg kjenner bare når blodsukkeret blir litt lavt...”.

Informantenes tanker om, og utgangspunkt i forbindelse med, livsstilsendring var varierende. En informant fortalte om å allerede ha endret sin livsstil, en annen sa at: ”Jeg er liksom inni det nå, så jeg har jo motivasjonen oppe til å fortsette...”. En tredje informant hadde utfordringer med å opprettholde livsstilsendring: ”Jeg har prøvd en del ganger med livsstilsendring. Men av ulike årsaker så har det på en måte aldri fungert i lengden”.

Underkategoriene relatert til kroppslige aspekter var måling av blodsukker som ferdighet, kropps- vekt og størrelse, trening og kosthold samt medisiner.

4.2.1 Måling av blodsukker som ferdighet

Flertallet av informantene hadde målsetting relatert til blodsukker og måling. Det ble for eksempel fortalt at målet enten var å kontrollere-, få ned-, eller holde blodsukkeret under 6,5. Andre ønsket å ”...minke litt på målingene etter hvert som du kjenner til hvordan du reagerer”, og en annen hadde som mål å ”...være flink å måle blodsukkeret oftere”. En informant fortalte at han ble oppmuntret til å fortsette når blodsukkeret hadde vært lavt lenge. Omvendt sa en annen informant at: ”Hvis blodsukkeret ditt er høyt, da er det en motivasjon i seg selv...”.

Flertallet fortalte at de målte blodsukkeret sitt. Noen påpekte at de sjekket langtidsblodsukkeret hos legen. Flere sa at de målte blodsukkeret selv, og noen at de målte i forbindelse med måltider. Noen informanter fortalte at det var ubehagelig å måle blodsukkeret, eller at det var arbeid med å måle.

4.2.2 Kropps- vekt og størrelse

Noen av informantene hadde som mål å gå ned i vekt eller redusere kroppsstørrelse. Motsatt understrekte en av informantene at han ikke var overvektig. Det ble av noen påpekt at de hadde redusert kroppsvekten sin eller gått ned i klesstørrelse. En av disse informantene fortalte også at han hadde lagt på seg noen kilo i juletider. Prosessen ble av en informant for eksempel beskrevet slik:

...gikk jo opp for meg at javel, nå har jeg valget til å ha enda bedre kosthold, selv om jeg synes jeg har hatt et rimelig sunt kosthold i alle år...Så nå fikk jeg sjansen til det og har gått ned en buksstørrelse....

En annen fortalte at: ”...nå gikk det jo så langt at jeg må bruke de pennene. Så da snudde jeg om på kostholdet, så jeg har tatt av 15 kilo siden da”.

En informant sa at vektnedgang var en motivasjon til endring og at det i denne forbindelse var lettere å gå til fjells. Informanten fortalte også at: ”Jeg merket det at en del klær blir litt slakkere. Det er veldig motivasjon”.

4.2.3 Trening og kosthold

Samtlige informanter fortalte om trening eller kosthold. Noen understrekte at de før opplæringskurset hadde trent, vært fysisk aktive og hatt et godt kosthold.

Noen hadde en målsetting om å ”...takle dette <sykdommen> bare med kost og trening” eller ”...å komme i bedre fysisk form...”. I forbindelse med å komme i bedre fysisk form understrekte en informant at betydningen lå i at han en dag kanskje skulle bli besteforelder og at det da var kjekkere å være i god form. Målene hadde for noen blitt annerledes, og en informant sa at: ”...du har gjerne noen målsettinger før du kommer inn, eller før du får den diagnosen. Så blir jo da målsettingene litt annerledes”. Informanten fortalte videre om å ha trent og spist riktig, men at han var enda mer nøye med dette etter å ha fått diabetes.

En av informantene påpekte følgende om motivasjon til endring:

...det er ikke noe sånn som ikke motiverer meg. Da måtte det jo være sånn at du bare gikk på en sånn smell av et eller annet slag...Jeg tenker

da må du liksom tippe helt over da. Eller så vil jeg se på det som ganske unaturlig at man ikke klarer å hente motivasjonen til så enkle grep...Med kosthold og litt mosjon....

I forbindelse med kosthold fortalte flere at de hadde endret kostholdet sitt eller holdt på å finne ut av hva de kunne spise. For noen skjedde kostholdsending før deltakelse på opplæringskurs, og for andre etterpå. En informant fortalte at han hadde vært på frisklivskurs før opplæringskurset, og at dette hadde hjulpet ham med kostholdsending og til å øke aktivitetsnivået. Flere sa at de spiste mye ren mat, grønnsaker, grovt brød og fullkornsprodukter, fisk og tok tran. Videre fortalte flere at de prøvde å unngå eller begrense bruk av ris, hvitt mel, pasta, potetmos, frukt, sukker, kaker, sjokolade og snop. Noen drakk rødvin med lavt sukkerinnhold, og prøvde å begrense inntak av øl og brus.

En informant beskrev sin livsstilsending på følgende måte:

Jeg går tur hver dag. Jeg spiser mye mer ren mat, eller jeg spiser nesten bare ren mat. Grønnsaker og salater og råe grønnsaker, og mindre frukt. Jeg spiste mye mer frukt før...jeg spiser ikke peanøtter lenger, det var jeg nesten avhengig av...Og jeg spiser ikke noe chips og sånn, det har jeg ikke gjort før heller. Men når det er helg og sånn så tar jeg gjerne en bit sjokolade eller noe sånn til kaffen, og har gjerne stekt egg og bacon til frokost altså. Men ikke til daglig, da er det havregryn og sånne ting, yoghurt ...Slik har jeg forandret min livsstil.

Flertallet fortalte om fysisk aktivitet eller trening. Flere informanter sa enten at de gikk tur, noen ”rask gange”, at de prøvde å gå mer eller forsøkte å gå åtte til ti tusen skritt daglig. I forbindelse med trening sa noen informanter at de trente styrke og kondisjon, herunder gikk en til spinning. En av informantene understrekte hvor viktig trening var: ”...jeg må trene...Får ikke til å leve uten. For det har jeg gjort siden jeg var bitteliten”.

4.2.4 Medisiner

Flere fortalte at de tok medisiner daglig, eksempelvis: ”...jeg tar en tablett morgen og kveld...”. En av informantene understrekte at ”Jeg har veldig

rutiner på ting. Tar medisinene åtte om morgenen og åtte på kvelden...vertfall ikke mer enn én time i forskjell”.

Flesteparten av informantene hadde et ønske eller en målsetting om å unngå, utsette eller kutte ut medisiner. En informant fortalte: ”...*jeg håper jo at jeg skal slippe å ta medisiner en gang. Derfor prøver jeg å leve såpass strengt ...”.*

Å unngå eller kutte ut medisiner ble av flere beskrevet som en motivasjon, eksempelvis: ”...*en av motivasjonene er at jeg helst vil slippe å gå på tablett...*” eller ”...*motivasjonen i seg selv er jo å slippe å ta medisiner på lang sikt”.*

Noen av informantene fortalte at det var irriterende å måtte ta medisiner, eller at de aldri hadde likt å ta tablett. Noen snakket også om at de kunne få, eller hadde fått, bivirkninger av medisiner. En av informantene fortalte at: ”*Det er første budet nesten sagt å få vekk de tablettgreiene...det er jo bivirkninger med det og til slutt*”. En annen fortalte at betydningen av å oppnå målet om å unngå medisiner var knyttet til det å slippe bivirkninger.

4.3 Personlig nettverk

Flere informanter fortalte om sitt personlige nettverk i forbindelse med sykdommen.

For flesteparten var familien et fremtredende fokus når det angikk opplevelse av støtte, men også som en viktig prioritet i deres liv. Flertallet opplevde støtte fra familien og ”*de hjemme*”, særlig i forbindelse med matlaging og aktiviteter. Støtte kunne eksempelvis være gjennom forståelse eller hensyn. En informant sa følgende om opplevelse av støtte i forbindelse med mat: ”...*når vi skal lage mat og velge ut mat og sånn så er det vertfall aldri noe problem. Sant, hvis jeg sier nei jeg vil ikke ha pasta, koker noen poteter...så aldri noe problem. Full støtte...*”

En av informantene som opplevde familiær støtte påpekte også at motivasjon var noe som måtte komme innenfra: ”*Det som ikke motiverer meg er når ungene sier; ...ikke spis det...Det er noe som må komme innenfra, ikke utenfra*”.

Flere understrekte at familien var en viktig prioritet i forbindelse med deres måte å leve på. En informant fortalte at:

...omstillingen i hodet mitt går mer på det at en har jo familie, en har barn. Og da ønsker en på en måte å ha helsen der du på en måte kan sørge for å fortsette å ha det livet en har i dag.

En annen informant beskrev det litt annerledes: ”...jeg henter min motivasjon gjennom familien og barna mine. Og det å kunne være der og hjelpe de og sånn, det er liksom det som betyr noe”.

Utover familien ble også arbeid, fastlege og diabetessykepleier trukket frem i informantenes fortellinger. Noen sa at sykdommen ikke hadde påvirket jobben, noen uttrykte et ønske om å ”...holde ut i jobben så lenge det går...”, mens en informant fortalte om å ha fått aksept for situasjonen sin på jobb. Det ble av en informant fortalt at det var viktig å ikke bli behandlet annerledes av sine omgivelser.

Noen fortalte at de opplevde støtte fra- eller ble fulgt opp av- fastlegen sin. En av disse påpekte at ”...det synes jeg er viktig, at fastlegen eller helsepersonell snakker med deg og følger deg opp...”. Videre fortalte noen at diabetessykepleieren hos legen motiverte, og at det var oppmuntrende å gå der og bli ”...tatt vare på”.

Noen av informantene som enten fortalte om støtte fra ektefelle eller helsepersonell påpekte også enten å ikke ha behov for støtte, eller at ”...jeg står på selv”.

4.4 Ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv

Flertallet av informantene var opptatt av at en selv måtte ta ansvar for egen situasjon. Det å ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv ble uttrykt på flere måter, for eksempel ”...det er mitt liv. Derfor vil jeg gjerne ha styringen med det selv” eller ”...det handler om å være aktiv pasient...”. En informant fortalte om at en kunne anvende råd for å ta gode beslutninger: ”...vi selv er jo ansvarlige for hva en gjør for sin egen helse. Det er faktisk ingen andre. Og du kan ta til deg de rådene og gjøre gode slutninger ut i fra de”.

Informantenes tanker om livsstil og håndtering var varierende. En informant sa at livsstilen måtte være en prioritering, og at vedkommende måtte lære å takle det. Andre fortalte om å være i stand til å ta utfordringer:

...hele tiden har jeg vært i stand til å takle og ta nye utfordringer. Og det betyr jo at jeg er nokså systematisk og har vært nødt til å tilpasse meg nye ting, og akseptere at sånn er de. Og det betyr jo at jeg føler meg nokså sterk på akkurat den der mentale siden.

En informant fortalte at det var en drivkraft ikke å la sykdommen vinne, men i stedet bruke det til noe positivt. Informanten påpekte at: ”...i det hele så er det egentlig deg selv dette går på. For alle er det deg selv det går på. Hvordan en velger de valgene en tar. Hva du gjør med den kunnskapen”. Informanten sa at en eventuell dialogpartner ved en frisklivssentral kunne hjelpe med både motivasjon og til reflektere over egen situasjon.

Noen fortalte om fravær av ansvar samt behov for aktivisering av deltakere på opplæringskurs. Det ble eksempelvis uttrykt at:

...det var litt sånn øyeåpner, at folk var så uviss om sin egen helse. Jeg kommer ikke på at folk var så, bare la alt ansvar over til legen, uten å ta noe initiativ selv da. Og det var litt det samme med kurset....

Angående opplæringskurset poengterte en av informantene at deltakerne måtte bli aktive i læringen. Vedkommende kom i denne forbindelse med flere forslag, herunder diskusjon med andre deltakere og forberedelser i forkant av kurset ved å sette opp problemstillinger.

4.5 Følelser

Informantene fortalte om ulike følelser knyttet til sykdommen sin, alt fra glede til nervøsitet og sorg. En informant fortalte at: ”Både jeg og han legen som jeg går til var litt overrasket hvorfor jeg fikk det <diabetes>, for det at jeg ble jo testet på sykkel en gang i året”.

Flere fortalte om følelser knyttet til mat. For noen ble mat fremstilt som viktig, og forbundet med både ”glede” og ”livskvalitet”. En informant fortalte: ”...akseptere at av og til så skeier vi ut, og det er helt greit...Må ikke bli helt

sånn fanatisk. For det har med livskvalitet å gjøre". Informanten fortalte om følelse av "sorg" i juletider, da vedkommende ikke hadde unnet seg noe "søtt".

En annen uttrykte et ønske om å opprettholde glede ved mat, og at det hadde vært et litt negativt matfokus på opplæringskurset. Informanten sa at:

...jeg ønsker på en måte å opprettholde en viss glede av å ha mat...jeg følte det var litt sånn negativt fokus. Altså en skal kose seg med mat...Og så sier de at den kan påvirke deg og ta på alvor. Men å nekte deg ting det...Jeg kommer alltid til å knytte det <mat> opp mot livskvalitet eller glede ved mat....

Andre informanter snakket om følelser omkring mat noe annerledes: "...jeg føler ikke jeg er noe sånn offer...aldri vært noe glad i søtsaker egentlig", mens en annen sa det ikke var en hindring å ikke kunne spise alt når en hadde middagsbesøk, og at vedkommende ikke ble "fristet".

Én informant snakket om følelser knyttet til trening, og fortalte at han trente fordi "...det er kjekt, jeg liker det". Videre understrekte informanten at en stor målsetting var den årlige rypejakten og påpekte at: "Den skal jeg ha med meg hvert år, og det er en kjempe motivasjon...det er julaften, 17 mai og alle de andre dagene sett på en gang".

Det var ulike følelser knyttet til forventninger til seg selv og måloppnåelse. I forbindelse med måloppnåelse fortalte en informant at: "...jeg hadde blitt veldig skuffet...Da hadde jeg blitt litt sånn sur på meg selv hvis at jeg bare jaja, jeg kan bare ta mer tabletter. Det er ikke jeg interessert i". Mestring ble av noen forbundet med å ha det bedre med seg selv, og en informant sa at det å få skryt var oppmuntrende. En annen fortalte at: "Jeg gjør så godt jeg kan" og at "...jeg har ikke sånn at jeg går i kjelleren hvis jeg ikke når noen mål eller noe sånt...".

En av studentens observasjoner var at noen av deltakerne hadde behov for å forklare sin deltakelse på DM2 opplæringskurs ut over hva som var forventet. Dette ga studenten et inntrykk av at sykdommen muligens var tabubelagt for noen.

4.5.1 Stress

Flere av informantenes følelser omkring sykdommen kan relateres til stress. Det å få diabetes ble av noen omtalt som sjokkerende. I denne forbindelse påpekte en informant at ingen i familien hadde hatt sykdommen. Videre fortalte noen at det å få sykdommen, og mulighetene for senskader, hadde satt en ”støkker”, og at alvoret av sykdommen var ”skremmende”. En informant sa at han ble nervøs etter å ha fått diabetes, og ikke visste hva sykdommen var.

Motsatt hadde andre en annen oppfatning av diabetes, og sa at det verken var skremmende eller sjokkerende.

Som en oppsummering har dette resultatkapittelet belyst prosjektets empiriske funn, som er blitt fremstilt ved bruk av sitater fra informantenes beskrivelser. Hovedkategoriene *kunnskap, kroppslige aspekter, personlig nettverk, ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv* samt *følelser* vil i neste kapittel bli diskutert og holdt opp mot prosjektets teoretiske rammeverk, tidligere forskning og annen litteratur.

5 Diskusjon

Formålet med prosjektet var å bidra med økt kunnskap om DM2 pasienters opplevelser og erfaringer med gruppebasert opplæringskurs ved et LMS og motivasjon til å endre livsstil etter deltakelse på opplæringskurs.

Diskusjonskapittelet tar sikte på å diskutere de empiriske funn i relasjon til tidligere forskning og teoretisk rammeverk. I motsetning til tidligere kapitler vil dette kapittelet, i tillegg til et fenomenologisk ståsted (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 75) også ta utgangspunkt i hermeneutikken gjennom fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 73) av de empiriske funn i forhold til teoretisk rammeverk og annen litteratur.

For å belyse prosjektets problemstilling tar diskusjonskapittelet utgangspunkt i problemstillingens tilhørende forskningsspørsmål:

- *Hvordan beskriver pasientene sine mål etter deltakelse på opplæringskurs og hvilken betydning har disse for pasientene?*
- *Hvordan beskriver pasientene erfaringer med opplæringskurs knyttet til egenkompetanse?*
- *Hvordan beskriver pasientene sine erfaringer med opplæringskursets undervisningsmetode?*

Kapittelet avsluttes med et kritisk tilbakeblikk på prosjektet. Slik som i resultatkapittelet vil det heller ikke i diskusjonskapittelet henvises til kjønn. Dette er for å opprettholde anonymiteten til informantene, og derfor anvendes termene informant, pasient eller han.

5.1 Mål etter deltakelse på opplæringskurs og betydningen av disse

Samtlige informanter hadde målsettinger knyttet til diabetes eller livsstil etter deltakelse på opplæringskurs. Noen av de informantene som hadde avklart sine mål før kursdeltakelse hadde søkt informasjon gjennom internett eller helsepersonell og dermed oppnådd en for forståelse. Disse funnene indikerer at kunnskap gjennom å få informasjon i forbindelse med målsetting kan være betydningsfullt. Funnene samsvarer med empowerment-tenkningen, hvor Funnell & Anderson påpeker at informasjon er viktig for at pasienter kan sette mål for sitt diabetesforløp og deretter å foreta nødvendige endringer i deres

atferd (Funnell & Anderson, 2004, s. 124). Samtidig viser de empiriske funn at informasjon i seg selv ikke i alle tilfeller var tilstrekkelig. En av informantene hadde dybdegående fakta-relatert kunnskap om sykdommen på forhånd, mens målsettingene oppstod etter kursdeltakelse. Dette kan indikere at ulike aspekter i undervisning, herunder å fremme mestringsevne, sykdomsforståelse, ferdigheter eller påvirke holdninger (Tveiten, 2016, s. 145), kan være viktig for diabetesmålsetting.

Slik det fremgikk i resultatkapittelet var senskader noe som hadde innvirkning på noen av informantenes mål og motivasjon. Videre var det å unngå medisiner en fremtredende målsetting, enten å utsette medisinbruk eller å kunne stoppe med det. Å unngå medisiner ble av noen beskrevet som en motivasjon, og noen fortalte at målet om å unngå medisiner var knyttet til å forhindre bivirkninger. I denne sammenheng tyder funnene på at målsetting og motivasjon for noen var knyttet til mulige konsekvenser av sykdommen eller å ta medisiner. Dette indikerer en målsetting som har vært ytre motivert fordi den har tatt utgangspunkt i en ekstern konsekvens (Ryan & Deci, 2017, s. 14) utenfor det som ønskes oppnådd.

Noen målsettinger var drevet av verdier. En informant fortalte at målsettingen var å være i best mulig form, å kunne delta på den årlige rypejakten og at motivasjon til trening var fordi det var kjekt. Målsettingen om å delta på rypejakt samt livsstilen gjennom trening ser i denne forbindelse ut til å ha vært indre motivert, da indre motivasjon forbindes med glede ved selve aktiviteten (Ryan & Deci, 2017, s. 99). En annen informant ønsket å være i god form og være en sprek besteforelder, og at det å bli besteforelder var noe han gledet seg til. Det at målet om å være i god form var motivert av noe han gledet seg til viser at målsettingen, som i utgangspunktet var ytre motivert av noe eksternt fra det å være i god form, var blitt identifisert gjennom verdsetting av målet (Ryan & Deci, 2017, s. 14, 187, 192). Ovenstående funn, som indikerer at målsettinger for noen var motivert av verdier, kan tenkes å ha vært betydningsfullt for pasientenes egenhåndtering av sykdommen. Det å leve med en kronisk sykdom, så som DM2, kan være utfordrende fordi individet selv står for store deler av behandlingen (Skafjeld & Graue, 2011, s. 14; Karlsen, 2011, s. 218). Atferd som er identifisert, og særlig atferd som er indre motivert, er

motivasjonsformer preget av autonomi, som er et avgjørende behov for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11, 192-193). Det å fortsette med en atferd som er motivert av noe som verdsettes, fremfor å implementere ny atferd i forbindelse med håndtering av egen sykdom, kan dermed tenkes å være en ressurs til å mestring av egenhåndtering.

Det fremgikk også i de empiriske funn at betydningen av livsstilen for noen var knyttet til familien og barna deres, og det ble også sagt at motivasjonen for endring var å kunne være der for familien. Disse funnene understøtter SDT, som hevder at tilhørighet, som er et av de avgjørende behovene for motivasjon, stimuleres både ved å gi omsorg til- og motta omsorg fra- andre (Ryan & Deci, 2017, s. 11, 86). Motivasjon for livsstilsendring er i denne sammenheng ytre motivert, men ser likevel ut til å være integrert fordi atferden er i overensstemmelse med andre personlige verdier (Ryan & Deci, 2017, s. 14, 188). Da livsstilsendring på denne måten er ut til å være verdi-dreven kan dette, på samme måte som verdsetting av målene gjennom rypejakt og å være en sprek besteforelder, også være en ressurs i forbindelse med egenhåndtering.

I forbindelse med måloppnåelse eller livsstilsendring opplevde flere at de fikk støtte fra familien, herunder ektefelle og barn, og fra helsepersonell.

Informanter som opplevde støtte fra sine omgivelser hadde endret livsstil, deler av den eller satt i gang livsstilsendring før eller etter kurset. Dette indikerer at støtte fra omgivelser kan ha hatt betydning for pasientenes livsstilsendring.

Disse funnene er i tråd med liknende funn i studien av Newton et. al., som viste at sosiale kontekstuelle faktorer hadde betydning for egenhåndtering hos personer med DM2 (Newton et. al., 2015, s. 7) og studien av Koponen et. al., som viste at støtte fra omgivelser kunne ha innvirkning for selvbestemt motivasjon til egenhåndtering (Koponen et. al., 2017b, s. 8; Koponen et. al., 2016, s. 333).

Samlet sett tyder ovenstående refleksjoner på at pasientenes mål og motivasjon i stor grad var ytre motivert (Ryan & Deci, 2017, s. 14). Siden atferd som er ytre motivert grunnet en ekstern konsekvens kan være hurtig virkende (Ryan & Deci, 2017, s. 184-185) kan dette ha vært fordelaktig for pasientenes målsettinger og igangsettelse av egenhåndtering. Det at flere informanters

motivasjon og målsettinger så ut til å være drevet av verdier kan være fordelaktig for pasientenes egenhåndtering av sykdommen på lang sikt. Dette fordi at noe som er drevet av verdier har høy grad av selvbestemmelse eller autonomi (Ryan & Deci, 2017, s. 191-193), og at motivasjon preget av autonomi forsterker sannsynligheten for opprettholdelse av atferd (Koponen et. al., 2017b, s. 1).

5.2 Erfaringer med opplæringskurs knyttet til egenkompetanse

I forbindelse med erfaringer med opplæringskurs var et fremtredende funn at flere opplevde opplæringskurset som lærerikt. Prosjektets datamateriale viste at flertallet av informantene hadde fått kunnskap ved å ha deltatt på gruppebasert opplæringskurs ved LMS. Dette understøtter funn fra tidligere forskning, som også viste at gruppeundervisning førte til økt kunnskap om diabetes (Fløde et. al., 2017, s. 1; Molsted et. al., 2012, s. 804; Rygg et. al., 2012, s. 98; Odgers-Jewell et. al., 2017a, s. 1027). Funnene tyder i denne forbindelse på at opplæringskurset har styrket pasientenes kompetanse. Kompetanse er et grunnleggende behov for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11), og kan derfor tenkes å ha hatt betydning for pasientenes motivasjon til egenbehandling av diabetes, eventuelt gjennom livsstilsendring (Allgot, 2011, s. 208).

Det var stort fokus på læring om kosthold i informantenes fortellinger. Flere uttrykte at de hadde anvendt kunnskapen fra det gruppebaserte opplæringskurset ved å sjekke matvareinnhold. Videre hadde noen begynt å bruke brød fremvist på kurs. Dette tyder på at behovet for kompetanse, som er et grunnleggende behov for motivasjon, er blitt imøtesett gjennom forståelse (Ryan & Deci, 2017, s. 11, 86) for kosthold i forbindelse med diabetes. Funnene indikerer også at pasientene gjennom opplæringskurs har fått kompetanse gjennom ferdigheter (Ryan & Deci, 2017, s. 86). Dette fordi pasientene fikk øve på disse ferdighetene ved å kontrollere innhold på matemballasjer på opplæringskurset, og at denne kunnskapen var blitt praktisk anvendt i deres hverdag. Det at pasientene hadde tatt i bruk tilegnet kunnskap fra opplæringskurs og dermed igangsatt livsstilsendring, støtter opp om studien av Rise et. al., som hevder at kunnskap fra undervisning hadde betydning for livsstilsendring (Rise et. al., 2013, s. 1).

Samlet sett kan anvendelse av kunnskap om kosthold fra undervisningen indikere at pasientene hadde oppnådd større kontroll over egen situasjon (Askheim, 2017, s. 74). Dette kan tyde på at pasientene hadde fått tilstrekkelig informasjon for å kunne medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsedirektoratet, 2017b, s. 18) og til å håndtere sykdommen selv gjennom kosthold. Dette er i tråd med faglig forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2017b, s. 13-14). Tilstrekkelig informasjon til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsedirektoratet, 2017b, s. 18) kan tenkes å være betydningsfullt for pasientene, da flere var opptatt av at de selv var ansvarlig for egen situasjon eller sine handlinger. Denne form for følelse av ansvarlighet er en viktig forutsetning for empowerment gjennom egenkontroll (Allgot, 2011, s. 210; Askheim, 2017, s. 74). Dette kan igjen være betydningsfullt for motivasjon til å foreta endringer, på grunn av opplevelse av autonomi gjennom selvregulert atferd (Helsedirektoratet, 2017b, s. 18; Ryan & Deci, 2017, s. 10-11). Dette indikerer at pasientenes egenhåndtering av sykdommen, ved å ta i bruk kunnskap om kosthold, kan forsterkes av pasientenes ansvarlighetsfølelse. Omvendt kan det tenkes at ansvarlighetsfølelsen kan ha blitt forsterket hvis pasientene gjennom kostholds-håndtering har opplevd mestring, og at de gjennom dette har stolt på sin egen kompetanse til å foreta endringer og til å ta selvstendige valg. Utover dette kan det være betydningsfullt at flere pasienter målte eget blodsukker for å kunne håndtere sykdommen på egenhånd. Ved å være i stand til å håndtere blodsukkerverdiene gjennom kost og trening kan det tenkes at pasientenes kompetanse økes og dermed også deres kontroll over egen sykdom.

Noe annet som understøtter formidling av tilstrekkelig informasjon for medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsedirektoratet, 2017b, s. 18) på gruppebasert opplæringskurs er at tilegnet kunnskap om sykdomsalvor og senskader var et fremtredende funn i datamaterialet. Flesteparten omtalte sykdommen som alvorlig, og potensielle senskader forbundet med DM2 var en motivasjonsfaktor hos flere av pasientene. Siden flere som viste aksept for sykdomsalvoret eller senskader hadde anvendt kunnskap fra opplæringskurset, kan dette tyde på at forståelse for alvorret ga pasientene ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 14) til livsstilsendring.

Dette samsvarer med fokuset innen empowerment, som viser til at bevisstgjøring er viktig for at den enkelte kan foreta endringer (Askheim, 2017, s. 74). Det ble av en informant påpekt at han spiste sunt for å unngå senskader. Da levevaner i denne forbindelse er ytre motivert gjennom en ekstern konsekvens (Ryan & Deci, 2017, s. 14) er funnet i tråd med studien av Oftedal et. al., som viste at ytre faktorer hadde betydning for kostholds-atferd (Oftedal et. al., 2011, s. 735).

Selv om flere viste forståelse for sykdomsalvoret var det også noen som påpekte at sykdommen ikke var så alvorlig, heller ikke skremmende. Slike uttalelser kan indikere en form for fornektelse av sykdommen, eller muligens mangel på kompetanse. Manglende erkjennelse av sykdommen kan ytterligere være i tråd med studentens inntrykk av at sykdommen muligens var tabubelagt, og at noen i denne forbindelse ikke ønsket å se Alvoret av sykdommen. Konsekvenser i form av senskader kan tenkes å motivere pasientene til egenhåndtering, muligens fordi de føler seg presset (Ryan & Deci, 2017, s. 185). Selv om individet kan oppleve motivasjonen som lite autonom kan den likevel føre til handling (Ryan & Deci, 2017, s. 185, 215). Manglende forståelse for sykdomsalvoret kan dermed tenkes å hemme motivasjon til egenhåndtering. Dette kan ha medført konsekvenser for igangsettelse av livsstilsendring, da egenbehandling ofte innebærer slike endringer (Allgot, 2011, s. 208).

Utover tilegnet kunnskap om kosthold og sykdomsalvor, var det ikke stort fokus på frisklivssentralens undervisning på opplæringskurset, heller ikke undervisning om fysisk aktivitet, trening eller røyking. I forbindelse med frisklivssentralens undervisning, som er et av de nye tiltakene på opplæringskurset, var det kun én som nevnte noe om presentasjonen av det kommunale tilbudet, og én hadde benyttet seg av tilbudet før kursdeltakelse. Pasienten som snakket om frisklivssentralens undervisning hadde ikke oppsøkt det kommunale tilbudet, men fortalte at det var noe som kunne hjelpe med motivasjon. I og med at intervjuene ble avholdt kort tid etter deltakelse på kurs, er det mulig at pasienten på sikt vil benytte seg av tilbudet. Likevel var ikke dette et samtaleemne for flesteparten av pasientene, noe som kan indikere at undervisningen ikke hadde hatt innvirkning på flesteparten av pasientenes

levevaner enda. Årsaken er usikker. Det kan kanskje ha sammenheng med at flere pasienter allerede hadde endret deler av sin livsstil før kursdeltakelse og var inni prosessen. Videre kan det være at denne delen av undervisningen ikke hadde motivert deltakerne til å oppsøke tilbudet. Det kan i denne forbindelse tenkes at andre undervisningsmetoder muligens kunne ha vært effektive for å motivere deltakerne til egenhåndtering gjennom frisklivssentralen.

I tillegg til lite fokus på frisklivssentralens undervisning var det heller ikke mye fokus på tilegnet kunnskap om fysisk aktivitet, trening eller røyking, til tross for at dette var en del av undervisningen på det gruppebaserte opplæringskurset. Røyking og fysisk aktivitet har, så som kosthold, betydning for menneskers livsstil (Prescott & Børtveit, 2011, s. 18). Noen pasienter fortalte at de ikke røykte, mens flesteparten ikke snakket om det. Det kan tenkes at det ikke var et aktuelt samtaleemne av ulike årsaker; fordi røyking ikke var en del av pasientenes livsstil, fordi det kan være tabu å snakke om, eller at de som eventuelt røykte ikke ønsket å endre på denne delen av sin livsstil. Videre var det usikkert hvorfor det var lite fokus på fysioterapeutens undervisning på opplæringskurset om trening og fysisk aktivitet. Det kan tenkes at informantene allerede hadde motivasjon til fysisk aktivitet og trening før deltakelse på opplæringskurs, da flere fortalte at de i forveien var fysisk aktive eller trente. Dette kan tyde på at flere pasienter før kursdeltakelse opplevde å mestre håndtering av sykdommen gjennom fysisk aktivitet eller trening. Det manglende fokuset på fysioterapeutens undervisning kan også ha å gjøre med at pasientene gjennom egenhåndtering allerede opplevde å ha kompetanse gjennom forståelse og/eller ferdigheter (Ryan & Deci, 2017, s. 86), og dermed mindre behov for å tilegne seg ytterligere egenkompetanse om dette og endre livsstil.

Manglende fokus på undervisning om fysisk aktivitet kan ha å gjøre med at denne delen av pasientenes livsstil muligens ikke ble ansett som like viktig å fokusere eller endre på, slik som kosthold. Det kan antas at et større fokus på egenkompetanse om mat fremfor fysisk aktivitet og trening kan være sosialt betinget. Fysisk aktivitet og trening er noe man rent praktisk kan velge tidspunkt for og om man ønsker å gjøre dette alene eller sammen med andre. Mat derimot er først og fremst et viktig livsnødvendig behov, samtidig som det

muligens for mange er en stor del av det sosiale fellesskapet mellom familie, venner, kollegaer osv. Det kan kanskje være ubehagelig for personer med en kronisk sykdom som DM2 (Skafjeld & Graue, 2011, s. 14) å skille seg ut ved å spise annerledes enn andre, og at læring om kosthold derfor kan ha hatt større betydning for pasientene enn læring om fysisk aktivitet og trening. De empiriske funn viste dessuten at mat for noen var forbundet med livskvalitet og glede, noe som understreker at kompetanse om kosthold muligens var viktig for pasientene. Videre fremgikk det i de empiriske funn fortellinger om at det var kjekt å møte andre i samme situasjon. I forbindelse med mat i en sosial sammenheng kan det tenkes at det å delta på gruppeundervisning kanskje har vært betydningsfullt gjennom å ha vært en del av et fellesskap hvor alle har samme utgangspunkt for matinntak. Dette fellesskapet gjennom tilhørighet er en viktig forutsetning for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11).

5.3 Pasientenes erfaringer med opplæringskursets

undervisningsmetode

De empiriske funn viste at pasientene hadde ulike erfaringer med undervisningsmetodene på gruppebasert opplæringskurs. Flere påpekte at de var tilfreds med undervisningen eller måten kurset ble gjennomført på. Andre fortalte at det ble tatt i bruk mange faguttrykk på opplæringskurset som kunne være vanskelige å forstå og huske, og at forenkling var et nøkkelord.

De empiriske funn viste fortellinger om andre måter å lære på som kunne passet bedre i tillegg til den undervisningen pasientene fikk på opplæringskurset. Herunder ble det blant annet nevnt at kurset skulle vært mer praktisk rettet. Noe av det praktiske på opplæringskurset var fremvisning av brødposer og matvare-emballasjer som skulle leses på, og et fremtredende funn var at flere hadde blitt mer bevisst på å sjekke matvareinnhold etter kursdeltakelse. Dette kan tyde på at stimulering av ferdigheter som læringsbehov (Eikill, 2017, s. 12) medførte kompetanse nødvendig for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11) til egenhåndtering. I forbindelse med blodsuktermåling som ferdighet var det ulike meninger om hvorvidt dette var imøtesett på opplæringskurset. Det ble av noen påpekt at det kunne vært enda mer fokus på blodsuktermåling, blant annet når det angikk type blodsukkerapparater samt hvordan måle blodsukkeret. Dette kan indikere

behov for enda mer fokus på blodsuktermåling på opplæringskurset, eventuelt gjennom andre undervisningsmetoder for å stimulere til optimal læring. Dette er i så fall viktig å imøtese, i og med at blodsuktermåling er en avgjørende ferdighet for pasientenes egenkontroll (Måløy, 2011, s. 101-102).

Noen informanter uttrykte mangel på initiativ fra deltakere på opplæringskurset, og at det var behov for at de som skulle lære selv måtte bli aktive i læringen. Disse utsagnene kan tyde på at det er behov for å styrke deltakernes medvirkning i gruppeundervisningen, noe som står sentralt i faglig forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2017b, s. 13-14). Ved å imøtese dette kan også pasientenes følelse av ansvarlighet bli ivaretatt, noe pasientene selv fremhevet som viktig i forbindelse med deres helse. Ved å fremme brukermedvirkning kan empowerment av pasienten understøttes (Tveiten, 2016, s. 27-28), og motivasjon vil trolig også fremmes ved at pasientenes opplevelse av eierskap kan forsterke autonomi (Ryan & Deci, 2017, s. 11, 86). Blant annet gjennom forventningsrunde, spørsmål i undervisningen og å lese på matvarepakker ble informantene aktivisert på opplæringskurset, men ovenstående uttalelse tyder på at dette for noen ikke var tilstrekkelig. Det ble påpekt at folk var forskjellige, og at noen snakket mye mens andre snakket lite. Siden opplæringskurset er gruppebasert og med omtrent 20 deltakere kan det tenkes at det er begrenset hvor mye individuell brukermedvirkning et slikt pasienttilbud kan tilby. I denne forbindelse kunne for eksempel aktivisering av kursdeltakere som en gruppe vært imøtesett gjennom en av pasientenes forslag, nemlig å dele inn i grupper og lage spørsmål.

Informantenes faglighet (Karlsen, 2011, s. 225) var varierende, ved at noen hadde mye forforståelse, mens andre hadde lite. En informant fortalte for eksempel om ikke å ha kunnet bruke mye av kunnskapen fått på opplæringskurs, fordi han i forkant av kurset hadde tilegnet seg informasjon på internett. Slike uttalelser kan indikere at andre læringsbehov, så som ferdigheter (Eikill, 2017, s. 12), i høyere grad hadde vært aktuelle for å tilfredsstille behovet til pasienter med mye forforståelse. Dette kunne igjen vært med på å styrke informantenes behov for kompetanse, og dermed motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11, 86) til egenhåndtering eller

livsstilsendring. Det så ut til at flertallet av pasientene hadde tilsvarende læringsstil når det angikk individuell læring eller læring i gruppe (Brataas, 2017a, s. 66-67), da erfaringsdeling var noe som ble trukket frem som positive opplevelser fra opplæringskurset. Pasientene fortalte om å ha delt erfaringer med andre kursdeltakere og at andre deltakeres opplevelser hadde gitt mer forståelse for sykdommen. Det var også studentens inntrykk etter observasjoner på opplæringskurset at deling av erfaring og kunnskap mellom pasientene var fremtredende. Disse beskrivelser indikerer at møte med andre diabetespasienter kan ha resultert i økt kompetanse gjennom forståelse (Ryan & Deci, 2017, s. 86). Funnene understøtter annen litteratur, som påpeker at læring er en sosial prosess (Karlsen, 2011, s. 224). Et slikt fellesskap mellom pasienter med diabetes kan gi opplevelse av tilhørighet gjennom å føle sosial tilknytning til andre (Ryan & Deci, 2017, s. 11). Da både kompetanse og tilhørighet er viktig for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11), ser det ut til at det å være en del av en gruppe kan være fordelaktig for motivasjon til egenhåndtering av sykdommen. Dette er i tråd med tidligere forskning av Koponen et. al., som viste at støtte fra medpasienter kunne ha betydning for motivasjon til håndtering av DM2 (Koponen et. al., 2017b, s. 8).

Ovenstående fremstillinger tyder på at opplæringskurset har stimulert læringsbehov gjennom kunnskap og ferdigheter (Eikill, 2017, s. 12) på enkelte områder, men at pasientene også hadde ulike tanker om hvordan kurset kunne gi optimal læring. Det at pasientenes faglighet (Karlsen, 2011, s. 225) var varierende, samtidig som at det både ble påpekt tilfredshet med undervisningen og forslag til andre måter å lære på, tyder på at pasientene hadde ulike forutsetninger og behov for læring (Karlsen, 2011, s. 225; Eikill, 2017, s. 12). Dette indikerer viktigheten av å opprettholde ulike undervisningsmetoder på gruppebasert opplæringskurs for å imøtese de ulike behovene. Det kan eventuelt foretas endringer i forbindelse med hvilke undervisningsmetoder som bør prioriteres mer og hvilke som kan prioriteres mindre. Å legge best mulig til rette for læring ved bruk av ulike undervisningsmetoder kan være betydningsfullt for pasientenes egenhåndtering, fordi læring relateres til endringer knyttet til både ”kunnskaper, ferdigheter og holdninger” (Karlsen, 2011, s. 224). Dessuten har pasientenes kompetanse, som tidligere nevnt,

betydning for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11) til å handle. Videre kommer holdninger til en viss grad til syne (Eikill, 2017, s. 12), blant annet ved at informantene var innstilt på at de måtte ta ansvar for egen sykdom og verdier knyttet til familien. Flere hadde også en positiv holdning til læring, og sa at det var oppmuntrende å lære. Informantenes evner derimot, som også inngår i den enkeltes læringsbehov (Eikill, 2017, s. 12), fremgår ikke tydelig.

Kort oppsummert viste diskusjonskapittelet som handlet om erfaringer med opplæringskurs knyttet til egenkompetanse og erfaringer med opplæringskursets undervisningsmetoder, at pasientene hadde fått kunnskap ved å ha deltatt på gruppebasert opplæringskurs. Dette var i tråd med tidligere forskning på området (Fløde et. al., 2017, s. 1; Mølsted et. al., 2012, s. 804; Rygg et. al., 2012, s. 98; Odgers-Jewell et. al., 2017a, s. 1027). Pasientenes anvendelse av kunnskap om kosthold indikerte at opplæringskurset hadde gitt pasientene kompetanse (Ryan & Deci, 2017, s. 86) for egenbehandling av DM2 gjennom livsstilsendring (Allgot, 2011, s. 208). Det at noen pasienter var tilfreds med undervisningsmetoden på opplæringskurset mens andre påpekte andre måter de kunne ha lært på, samtidig som pasientenes for forståelse varierte, indikerte at pasientene hadde ulike behov og forutsetninger for læring (Karlsen, 2011, s. 225; Eikill, 2017, s. 12). Dette understrekte viktigheten av å opprettholde, og eventuelt endre på, ulike undervisningsmetoder for å imøtekomme forskjellige læringsforutsetninger. Det å avholde opplæring for pasienter med DM2 i gruppe så ut til å være fordelaktig både for kompetanse og tilhørighet, noe som er avgjørende behov for motivasjon (Ryan & Deci, 2017, s. 11).

5.4 Kritisk tilbakeblikk

Som en avslutning av diskusjonskapittelet belyses et kritisk tilbakeblikk på masterprosjektet samt overveielser knyttet til utvalget, rekruttering, troverdighet og intervjuer.

I og med at forskerens forutsetninger er viktig i forbindelse med kvalitative studiers gyldighet (Polit & Beck, 2016, s. 569), kan studentens manglende erfaring med både pasientgruppen og å gjennomføre intervjuer, ha ført til begrensninger. Herunder kan det ha hatt innvirkning på flyten i samtalen med

pasientene under intervjuene, samt evne til å løsrive seg fra intervjuguiden og følge informantenes fortellinger (Thagaard, 2013, s. 98). Dersom studenten ikke har vært nok mottakelig for informantenes perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45, 75) kan det ha medført begrensninger i forhold til hvor godt deres opplevelser og erfaringer er blitt belyst og fremstilt. Studenten opplevde likevel å ha utviklet seg og ha lært av sin egen rolle som forsker underveis. I løpet av forskningsprosessen fikk studenten for eksempel erfare at intervjuer eller beskrivelser som ikke umiddelbart virket brukbare, faktisk var noen som belyste prosjektets tematikk aller mest. I tillegg var også disse i stor grad med på å løsrive studenten fra sin forforståelse (Lundman & Graneheim, 2017, s. 230) under analyseprosessen ved å åpne opp for nye aspekter av tematikken.

Studenten hadde ikke erfaring med å analysere kvalitative data, noe som kan ha hatt betydning for håndtering av datamaterialet. Det vurderes likevel ikke å ha hatt vesentlig innvirkning på analyseprosessen, da analysen, som tidligere nevnt, ble kontrollert av veileder underveis. Studenten hadde dessuten stort fokus på å fremstille de empiriske funn med utgangspunkt i informantenes egne beskrivelser og ikke fortolke disse (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45, 73) i resultatkapittelet. På denne måten har studentens manglende erfaring med fortolkning av kvalitative data blitt imøtesett, slik at dette i minst mulig grad har påvirket fremstilling av resultatene. Likevel kan den manglende erfaringen ha hatt innvirkning på diskusjonskapittelet, ved at de empiriske funn her ble fortolket (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 73) i forbindelse med prosjektets teoretiske rammeverk.

Rekrutteringsprosessen, gjennom at deltakerne rekrutterte seg selv til intervjuundersøkelse, kan tenkes å ha ført til utvalgsbias, hvor utvalget ikke er representativt for den gruppen som undersøkes (Polit & Beck, 2016, s. 743). Dette kan være tilfellet dersom de som meldte seg var de som opplevde å ha kontroll på sin livssituasjon, og motsatt at de som ikke opplevde å håndtere sykdommen selv lot være å melde seg. Hvis dette har vært tilfellet kan det tenkes at utvalget var mer motivert (Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger, 2017b, s. 13) for endring, og at dette kan ha gitt et litt annet bilde av motivasjon til livsstilsendring enn hva angår resten av deltakerne på

opplæringskurs ved LMS. Andre begrensninger ved rekrutteringen kan være at stor geografisk avstand fra bosted til LMS, hvor intervjuene ble gjennomført, kan være årsak til at andre kursdeltakere ikke ønsket å delta i intervjuundersøkelsen. Større fleksibilitet med hensyn til lokasjon for intervjuer kunne muligens ha ført til at flere kursdeltakere ønsket å delta i undersøkelsen. I denne forbindelse kan det antas at større fleksibilitet kunne gitt et mer variert utvalg, og gjerne også mer representativt (Polit & Beck, 2016, s. 743). Det kan også tenkes at ved å avholde intervjuer hjemme hos aktuelle informanter, kunne tryggheten ved mer kjente omgivelser stimulert til enda flere beskrivelser av erfaringer og opplevelser.

Noe som kan ha styrket prosjektets overførbarhet (Polit & Beck, 2016, s. 500-501) er at det var en tilnærmet lik fordeling mellom menn og kvinner, som har gjort at funnene er like relevante for begge kjønn. Informantenes karakteristika, så som varighet av sykdommen, alder (Polit & Beck, 2016, s. 501), etnisitet osv. var ikke en del av intervjuguiden. Ved å ha lagt inn spørsmål om dette kunne utvalget blitt mer nøyaktig beskrevet, og dermed styrket prosjektets overførbarhet (Polit & Beck, 2016, s. 500-501). Videre kan varighet av diabetes og alder ha hatt betydning for læringsforutsetninger (Karlsen, 2011, s. 225; Evensen & Brataas, 2017, s. 177). I denne forbindelse kan det antas at dette kan ha hatt betydning for motivasjon til livsstilsendring gjennom hvordan behovet for kompetanse (Ryan & Deci, 2017, s. 11) ble imøtesett. Dermed hadde fremstilling av slike personopplysninger også vært relevante for besvarelse av prosjektets problemstilling.

Antallet informanter ble vurdert som fordelaktig for å komme i dybden (Thagaard, 2013, s. 11) i hver av deres fortellinger, fremfor å ha et større utvalg og eventuelt en kortere intervjuguide. Informantene hadde mange erfaringer og opplevelser å fortelle om, noe som medførte en vurdering av at datamaterialets størrelse var tilfredsstillende (Polit & Beck, 2016, s. 497) i forhold til masterprosjektets omfang.

I forbindelse med tidspunktet for intervjuene ble disse, med noen informanter, gjennomført omtrent to uker etter deltakelse på opplæringskurs. Dette kan ha satt begrensninger i forhold til hvor mye av kunnskapen fra opplæringskurset

informantene hadde tatt i bruk. Hadde intervjuene blitt avholdt på et senere tidspunkt, eller eventuelt avholdt intervjuer både kort og lang tid etter opplæringskurs, kunne anvendelse av kunnskap sett noe annerledes ut. Dette både i forhold til ytterligere endringer, opprettholdelse av endringer eller mangel på opprettholdelse. Som tidligere nevnt var det kun en av informantene som fortalte om å ha oppsøkt frisklivssentralen før opplæringskurset, og ingen av informantene fortalte om å ha oppsøkt det kommunale tilbudet etter kurset. Det kan i denne forbindelse tenkes at også disse funnene muligens kunne ha sett annerledes ut dersom intervjuene var blitt avholdt på et senere tidspunkt. Da ville informantene hatt mer tid til å anvende kunnskapen fra kurset.

Som en oppsummering har dette kapitlet diskutert empiriske funn, holdt disse opp mot teoretisk rammeverk og tidligere forskning samt fremstilt et kritisk tilbakeblikk på masterprosjektet. Neste kapittel vil belyse avslutningen på masterprosjektet.

6 Avslutning

I dette kapittelet presenteres først en oppsummering av prosjektet. Deretter fremstilles en konklusjon og avslutningsvis implikasjoner for videre praksis.

6.1 Oppsummering

Formålet med prosjektet var å bidra med økt kunnskap om DM2 pasienters opplevelser og erfaringer med gruppebasert opplæringskurs ved et LMS samt deres motivasjon til å endre livsstil etter deltakelse på opplæringskurs.

Prosjektets problemstilling var: *Hvordan beskriver pasienter med diabetes type 2 motivasjon til livsstilsendring etter deltakelse på gruppebasert opplæringskurs?*

Tidligere forskning som ble funnet ved systematiske søk omhandlet gruppeundervisning i Norge (Fløde et. al., 2017, s. 1; Rise et. al., 2013, s. 1; Rygg et. al., 2010, s. 788; Rygg et. al., 2012, s. 98). I og med at nye tiltak for gruppeundervisningen ved LMS tiltrådte i 2016 var det behov for mer forskning om gruppeundervisning i sykehusregi, da tidligere forskning omhandlet undervisning før tiltakene (Fløde et. al., 2017, s. 1-2; Rise et. al., 2013, s. 1-2; Rygg et. al., 2010, s. 788-789; Rygg et. al., 2012, s. 98).

Det teoretiske rammeverket bestod av SDT og empowerment (Ryan & Deci, 2017, s. 3; Anderson & Funnell, 2010, s. 277). Motivasjonsteori var relevant da motivasjon er viktig for DM2 pasienters mestring av atferdsendring, og SDT var betydningsfull for prosjektets formål fordi den omhandler ulike former for motivasjon (Karlsen, 2011, s. 218; Ryan & Deci, 2017 s. 3, 14).

Empowerment, som handler om selvstyrt atferdsendring, var relevant fordi egeninnsats er viktig i diabetesbehandlingen (Anderson & Funnell, 2010, s. 277; Allgot, 2011, s. 208).

Prosjektet hadde et kvalitativt forskningsdesign, da kvalitativ metode var fordelaktig for å komme i dybden (Thagaard, 2013, s. 11) omkring prosjektets tematikk. For at utvalget skulle være egnet til å belyse problemstillingen (Thagaard, 2013, s. 60) var det kun pasienter med DM2 som hadde deltatt på

de aktuelle opplæringskursene ved LMS som kunne delta i intervjuundersøkelsen. Utvalget bestod til sammen av syv informanter, fire menn og tre kvinner, og semi-strukturerte individuelle intervjuer ble tatt i bruk (Polit & Beck, 2016, s. 510-511) for å samle inn data. Analysen av datamaterialet var inspirert av Lundman & Graneheims kvalitative innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2017, s. 219), og resulterte i fem hovedkategorier, herunder *kunnskap, kroppslige aspekter, personlig nettverk, ta ansvar og egne holdninger til å være aktiv samt følelser*.

Et fenomenologisk ståsted var utgangspunktet for fremstilling av datamaterialet, ved at det ble lagt vekt på å presentere funnene så tett på informantenes fortellinger som mulig (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45, 75). I diskusjonskapittelet stod også hermeneutikken sentralt, da funnene ble fortolket (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 73) i tråd med det teoretiske rammeverket.

6.2 Konklusjon

Masterprosjektet tok sikte på å besvare problemstillingen: *Hvordan beskriver pasienter med diabetes type 2 motivasjon til livsstilsendring etter deltakelse på gruppebasert opplæringskurs?*

Målsettinger etter deltakelse på opplæringskurset var i stor grad knyttet til å unngå medisiner. Andre målsettinger som ble beskrevet var relatert til senkomplikasjoner, blodsukker og målingshyppighet, vektreduksjon, å kunne delta på rypejakt, god fysisk form, leve sunt og takle sykdommen med kost og trening. Å unngå medisiner, senkomplikasjoner, blodsukkernivå, vektreduksjon og rypejakt ble også beskrevet som motivasjon for å endre livsstil eller for den livsstilen pasientene allerede hadde. I tillegg var det å kunne være der for familien sin beskrevet som en motivasjon, og noen ble motivert av helsepersonell. Funnene indikerte at pasientenes motivasjon og målsettinger i stor grad var ytre motivert, samtidig som det i flere tilfeller viste seg å være drevet av verdier. Det at målsettinger og motivasjon for noen var drevet av verdier ble ansett som fordelaktig for pasientenes diabeteshåndtering over lengre tid sammenliknet med implementering av ny atferd.

Gruppebasert opplæringskurs ved LMS hadde for flertallet ført til økt kunnskap om DM2, særlig når det angikk kosthold og sykdomsalvor. Motivasjon var for flere knyttet til senkomplikasjoner og å unngå disse, og noen innrettet livsstilen sin deretter. Sykdomsalvoret ble av noen omtalt som skremmende. Dette viste at forståelse for alvorret hadde gitt ytre motivasjon til livsstilsendring. Videre fortalte pasientene om å ha anvendt kunnskapen om kosthold, herunder å ha sjekket matvareinnhold og noen hadde begynt å bruke brød vist av brukerrepresentant fra diabetesforbundet. Noen snakket om læring om føtter og nevropati, og fortalte om å ha begynt å sjekke benene oftere etter kurset. Funnene indikerte at læringsbehov gjennom kunnskap og praktiske ferdigheter på disse områdene for flere hadde blitt imøtesett på gruppebasert opplæringskurs. Dette tydet på at pasientenes egenkompetanse var blitt forsterket og anvendelse av denne kompetansen gjennom livsstilsendring indikerte større egenkontroll hos pasientene. Det at flere målte blodsukkeret sitt kunne også være fordelaktig for pasientenes egenkontroll gjennom håndtering av blodsukkerverdier. Flere pasienter var opptatt av å ta ansvar for egen helse, noe som er i tråd med empowerment av pasienter. Det å bli i stand til egenkontroll kunne muligens forsterke ansvarlighetsfølelsen og dermed indre motivasjon gjennom følelse av autonomi.

Egenkompetanse i forbindelse med fysisk aktivitet, trening og røyking var ikke fremtredende, heller ikke frisklivssentralens del av undervisningen. Årsakene til dette var usikre. Muligens kunne det manglende fokuset på fysisk aktivitet og trening ha å gjøre med at flere i forveien var fysisk aktive eller trente. I denne forbindelse kunne det være at pasientene allerede opplevde å ha kompetanse gjennom egenhåndtering, og at dette ikke var et sentralt fokus for livsstilsendring. Videre kunne en annen årsak være at pasientene kanskje anså egenhåndtering omkring kosthold som mer betydningsfullt fordi dette kan være sosialt betinget.

Pasientene viste ulike behov og forutsetninger for læring gjennom forskjellige utgangspunkt i forbindelse med forforståelse samt delte meninger om opplæringskurset. Herunder var noen tilfreds med undervisningen mens andre påpekte andre måter å lære på, så som aktivisering av de som skulle lære og mer praktisk rettet. Det var viktig å belyse deres erfaringer med

opplæringskursets undervisningsmetode, slik at LMS kunne få mulighet for å vurdere hvorvidt endringer på opplæringskurset var nødvendig. Dette for å legge best mulig til rette for optimal læring for fremtidige pasienter som skal på gruppeundervisning i sykehusregi. Funnene understrekte viktigheten av å opprettholde bruk av ulike undervisningsmetoder på opplæringskurset, og eventuelt gjøre endringer i forhold til hvilke metoder som bør veie tyngst. Dette ble vurdert som essensielt for å stimulere til optimal læring samt øke pasientenes kompetanse og dermed understøtte motivasjon.

Møtet med andre diabetespasienter ble fremhevet som positive opplevelser med gruppebasert opplæringskurs ved LMS og som kilde til erfarings- og kunnskapsdeling. Dette, sammen med at pasientenes opplevelser av å få støtte fra sosiale omgivelser gjennom familie og helsepersonell, så ut til å ha stimulert pasientenes behov for tilhørighet, som er viktig for motivasjon til å foreta endringer.

Samlet sett ser det ut til at to av de grunnleggende behovene for motivasjon, herunder kompetanse og tilhørighet, på noen områder ble imøtesett på gruppebasert opplæringskurs. Beskrivelser av at møtet med andre pasienter med diabetes var nyttig og kjekt, indikerte at behovet for tilhørighet hos noen ble stimulert. Behovet for kompetanse så ut til å være oppfylt blant annet når det angikk kosthold og sykdomsalvor, og så også ut til å ha styrket motivasjon til egenhåndtering gjennom livsstilsendring. Undervisning om fysisk aktivitet og trening, røyking og frisklivssentralens undervisning var ikke et fremtredende fokus i de empiriske funn. Muligens kunne andre undervisningsmetoder vært relevante for å fremme egenkompetanse i forbindelse med dette og dermed motivasjon til livsstilsendring.

Ved følelse av ansvarlighet for egen situasjon så det ut til at behovet for autonomi, som er avgjørende for indre motiverte handlinger, stod sentralt hos flere pasienter. Det er likevel uklart om dette var et resultat av opplæringskurset eller en i forveien grunnleggende holdning hos pasientene. Pasientenes ansvarlighetsfølelse, sammen med at det i de empiriske funn ble påpekt behov for aktivisering av kursdeltakerne, indikerte behov for mer brukervedvirkning på gruppebasert opplæringskurs for å styrke pasientenes

motivasjon til livsstilsendring. Funnene kunne tyde på at behovet for autonomi ikke ble oppfylt på opplæringskurs, og dermed ikke hadde understøttet indre motivasjon til å foreta endringer.

6.3 Implikasjoner for videre praksis

Studien indikerer at kunnskap fra opplæringskurs hadde medført livsstilsendringer på enkelte områder for pasientene. Da studien belyste korttidsvirkninger av gruppebasert opplæringskurs ved LMS, kunne det derfor ha vært interessant å kaste lys over hvilke langtidsvirkninger kurset har hatt. I denne forbindelse kunne det vært aktuelt å undersøke hvorvidt motivasjonen til de igangsatte livsstilsendringer ble opprettholdt over lengre tid. Utover dette kunne det også vært interessant å undersøke hvorvidt nye endringer foretas på lengre sikt, som for eksempel anvendelse av det kommunale tilbudet gjennom frisklivssentralen. Studien indikerer at frisklivssentralens undervisning på gruppebasert opplæringskurs ikke hadde hatt innvirkning på DM2 pasienters motivasjon til livsstilsendring, da fortellinger om undervisningen ikke var fremtredende og at pasientene ikke fortalte om å ha oppsøkt det kommunale tilbudet etter deltakelse på opplæringskurset. Som tidligere nevnt kunne dette blant annet ha å gjøre med den relativt korte perioden mellom deltakelse på opplæringskurs og tidspunktene for når intervjuene ble avholdt. I og med at dette var et av de nye tiltakene på det gruppebaserte opplæringskurset ved LMS kunne det ha vært relevant å finne ut av om tiltaket har hatt virkning på lang sikt gjennom en longitudinell studie.

Da denne studien undersøkte de nye tiltakene på gruppebasert opplæringskurs ved LMS gjennom en kvalitativ studie, kunne fremtidige kvantitative studier vært aktuelle. Dette for å vise andre virkninger av undervisningen samt å belyse tematikken på en ny måte, både hva angår motivasjon, men også evne til å håndtere sykdommen på egenhånd. Det kunne for eksempel vært interessant å hente inn kvantitative data i forbindelse med både korttids- og langtidsvirkninger av livsstilsendring for å belyse virkningen av de nye tiltakene.

Studien viser at pasientene var opptatt av å ta ansvar for håndtering av egen situasjon, og det ble påpekt behov for mer aktivisering av de som var deltakere på gruppebasert opplæringskurs. I denne forbindelse var det usikkert hvorvidt behovet for autonomi, og dermed motivasjon, ble imøtesett på opplæringskurs. I og med at et av de nye tiltakene på opplæringskurs var økning i antall deltakere på kurset, hadde det vært relevant å undersøke ytterligere hvilken betydning dette har hatt for brukermedvirkning, læring og etterfølgende egenhåndtering av sykdommen. For eksempel kunne det vært interessant å undersøke nærmere hvordan brukermedvirkning kunne ha blitt imøtesett utenom den aktivisering som allerede var innlagt i undervisningen. I denne forbindelse også eventuelt undersøke hvordan ulike undervisningsmetoder som bør vektlegges.

Pasientenes erfaringer med opplæringskursets undervisningsmetode ble fremstilt i denne studien, noe som var viktig å få belyst slik at LMS kunne få mulighet for å legge best mulig til rette for fremtidig læring. Studien belyste hvordan læringsbehovene kunnskap og ferdigheter hadde blitt imøtesett på opplæringskurs. Noen holdninger fremgikk, herunder innstilling på å ta ansvar og verdier, men likevel i begrenset omfang. Pasientenes evner fremgikk ikke tydelig. Med bakgrunn i dette kunne det ha vært relevant å hatt særlig fokus på læringsbehov gjennom holdninger og evner, og hvilken påvirkning disse har for læring på opplæringskurs ved LMS, og videre hvilken innvirkning disse behovene har for egenhåndtering. Det kunne også i denne forbindelse ha vært interessant å se nærmere på sammenheng mellom læringsbehov og hvilken betydning disse har for motivasjon.

Referanser

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 205-214). Oslo: Akribe.

Alver, B. G. (2015). *Ansvar for den enkelte*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Ansvar-for-den-enkelte/>

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.025

Andersson, I. (2008). *Epidemiologi for sundhedspersonale- en introduktion*. København: Gads Forlag.

Askheim, O. P. (2017). Pasientopplæring og empowerment. I Brataas, H. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 71-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M., Steinsbekk, A., & E. Vist, G. E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. (09-2011). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378569/NOKCrapport9_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Birkler, J. (2011). *Videnskabsteori. En grundbog*. København: Munksgaard Danmark.

Brataas, H. V. (2017a). Læringssyn og sykepleiepedagogisk praksis. I Brataas, H. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 53-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brataas, H. V. (2017b). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I Brataas, H. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brataas, H. V. (2017c). Pedagogisk grunnlagsmodell som verktøy for pasientsentrert praksis. I Brataas, H. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 87-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Braut, G. S. (2009). *Livsstilsintervensjon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/livsstilsintervensjon>

Busch, T. (2016). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010a). 9. *Personvern og gjenkjennerproblematikk*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/9-Personvern-og-gjenkjennerproblematikk/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010b). 7. *Registrering og lagring av lyd- og billeddata*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd--og-billedata-/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010c). 6. *Risiko og gevinster for informantene*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/6-Risiko-og-gevinster-for-informantene/>

Eikill, A. K. (2017). *Hvordan få til god planlegging?* Hentet fra https://wordpress.idium.no/wp_sshf_no/wp-content/uploads/2018/04/Håndboka-13-med-vedlegg.pdf

Evensen, A. & Brataas, H. V. (2017). Læring og mestring ved kronisk sykdom. I Brataas, H. (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 174-184). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fløde, M., Iversen, M. M., Aarflot, M., & Haltbakk, J. (2017). Lasting impact of an implemented self-management programme for people with type 2 diabetes referred from primary care: a one-group, before–after design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 789-795. doi: 10.1111/scs.12398

Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. (2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/folkehelse rapporten -2014-pdf.pdf>

Fossheim, H. J., & Ingierd, H. (2015). *Taushetsplikt*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/taushetsplikt/>

Fossheim, H. J. (2015a). *Konfidensialitet*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>

Fossheim, H. J. (2015b). *Samtykke*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>

Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127. Hentet fra <http://clinical.diabetesjournals.org/content/diaclin/22/3/123.full.pdf>

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graue, M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 237-253). Oslo: Akribe.

Habibzadeh, H., Sofiani, A., Alilu, L., & Gillespie, M. (2017). The Effect of Group Discussion-based Education on Self-management of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus Compared with Usual Care: A Randomized Control Trial. *Oman Medical Journal*, 32(6), 499–506. doi: 10.5001/omj.2017.95

Helsebiblioteket. (2014). *Diabetes type 2: Hva er det?*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/endokrinologi/diabetes-type-2-hva-er-det>

Helsedirektoratet. (2014). *Diabetes og kosthold*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/hormoner/diabetes/diabetes-og-kosthold>

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboke n-IS-1972.pdf#page=167>

Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Diabetes.pdf>

Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. (IS-IS-2651). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20i ndividuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Hem, E. (2015). *Livsstil*. Hentet fra <https://sml.snl.no/livsstil>

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningsamtalen- nøkkel til bedret mestring? I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe.

Kildekompasset. (2017). *APA 6th*. Hentet fra <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>

Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. B. (2017a). Success in Weight Management Among Patients with Type 2 Diabetes: Do Perceived Autonomy Support, Autonomous Motivation, and Self-Care Competence Play a Role?. *Behavioral Medicine*, 0(0), 1-9. doi: 10.1080/08964289.2017.1292997

Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2016). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332-344. doi: 10.1080/13548506.2016.1154179

Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017b). Quality of primary health care and autonomous motivation for effective diabetes self-management among patients with type 2 diabetes. *Health Psychology Open*, 4(1), 1-9. doi: 10.1177/2055102917707181

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Nielsen, B. H., & Granskär, M. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Molsted, S., Tribler, J., Poulsen, P. B., & Snorgaard, O. (2012). The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with Type 2 diabetes. A community-based study. *Health Education Research*, 27(5), 804-813. doi:10.1093/her/cyr053

Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 101-122). Oslo: Akribe.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. (2011). *Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene: Standard metode 2011-versjon*. Hentet fra https://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf

Newton, P., Asimakopoulou, K., & Scambler, S. (2015). A Qualitative Exploration of Motivation to Self-Manage and Styles of Self-Management amongst People Living with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 2015, 1-9. doi: 10.1155/2015/638205

Odgers-Jewell, K., Ball, L. E., Kelly, J. T., Isenring, E. A., Reidlinger, D. P., & Thomas, R. (2017a). Systematic Review or Meta-analysis. Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses and meta-regression. *Diabetic medicine*, 34(8), 1027-1039. doi: 10.1111/dme.13340

Odgers-Jewell, K., Isenring, E. A., Thomas, R., & Reidlinger, D. P. (2017b). Group participants' experiences of a patient-directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. *PLoS ONE*, 12(5), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0177688

Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 735-744. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x

Östenson, C-G., Birkeland, K., & Henriksson, J. (2008). 23. Diabetes mellitus-type 2. I Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 294-304). Oslo: Helsedirektoratet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr. 63.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott, Williams & Wilkins.

Prescott, P. & Børtveit, T. (2011). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015).

Helseforskning. Hentet fra

https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n

Rise, M. B., Pellerud, A., Rygg, L. Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 8(5), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0064009

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.

Rygg, L. Ø., Rise, M. B., Grønning, K., & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 86(1), 98-105. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.008

Rygg, L. Ø., Rise, M. B., Lomundal, B., Solberg, H. S., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-

management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 38(8), 788-793. doi:10.1177/1403494810382475

Skafjeld, A. & Graue, M. (2011). *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2 juli 1999 nr. 61.

Steinsbekk, A., Rygg, L. Ø., Lisulo, M., Rise, M. B., & Fretheim, A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12(1), 213-231. doi: 10.1186/1472-6963-12-213

Svensson, O. & Hallberg, L. R-M. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. I Hallberg, L. R-M. (Red.), *Hälsa och livsstil- forskning och praktiska tillämpningar* (s. 35-51). Lund: Studentlitteratur.

Søk & Skriv. (2018). *APA 6th*. Hentet fra <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetet i Stavanger. (2018). *Fagdatabasar – Helsefag*. Hentet fra <http://www.uis.no/bibliotek/sok-og-finn/databaser/fagdatabasar-helsefag-article16765-21618.html>

University of Michigan Diabetes Research and Training Center. *Diabetes attitude questionnaire*. Hentet fra

http://diabetesresearch.med.umich.edu/peripherals/profs/documents/svi/DES_L_F.pdf

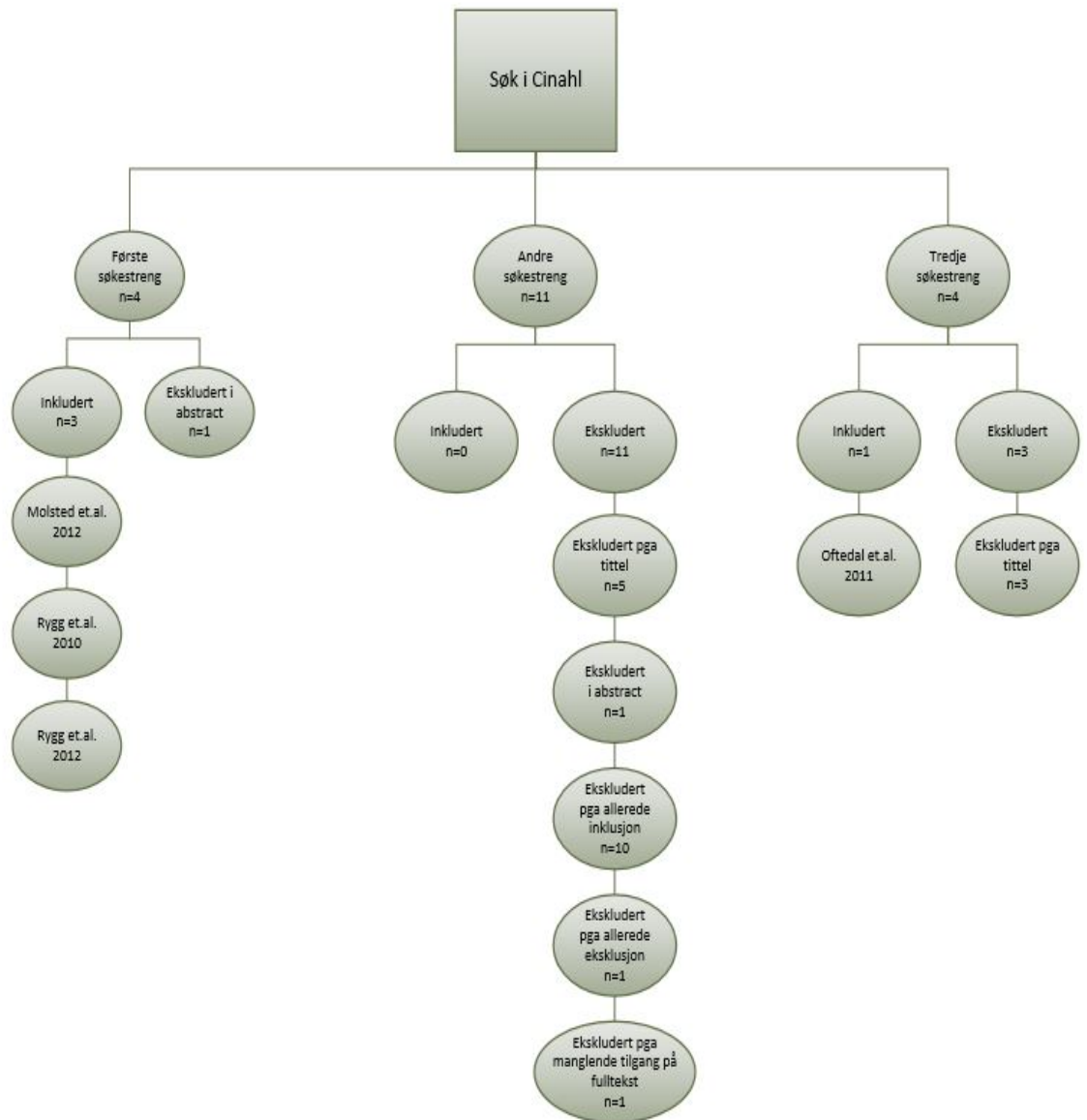
World Health Organization. (2017). *Diabetes*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Vedlegg 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for strategiske søk

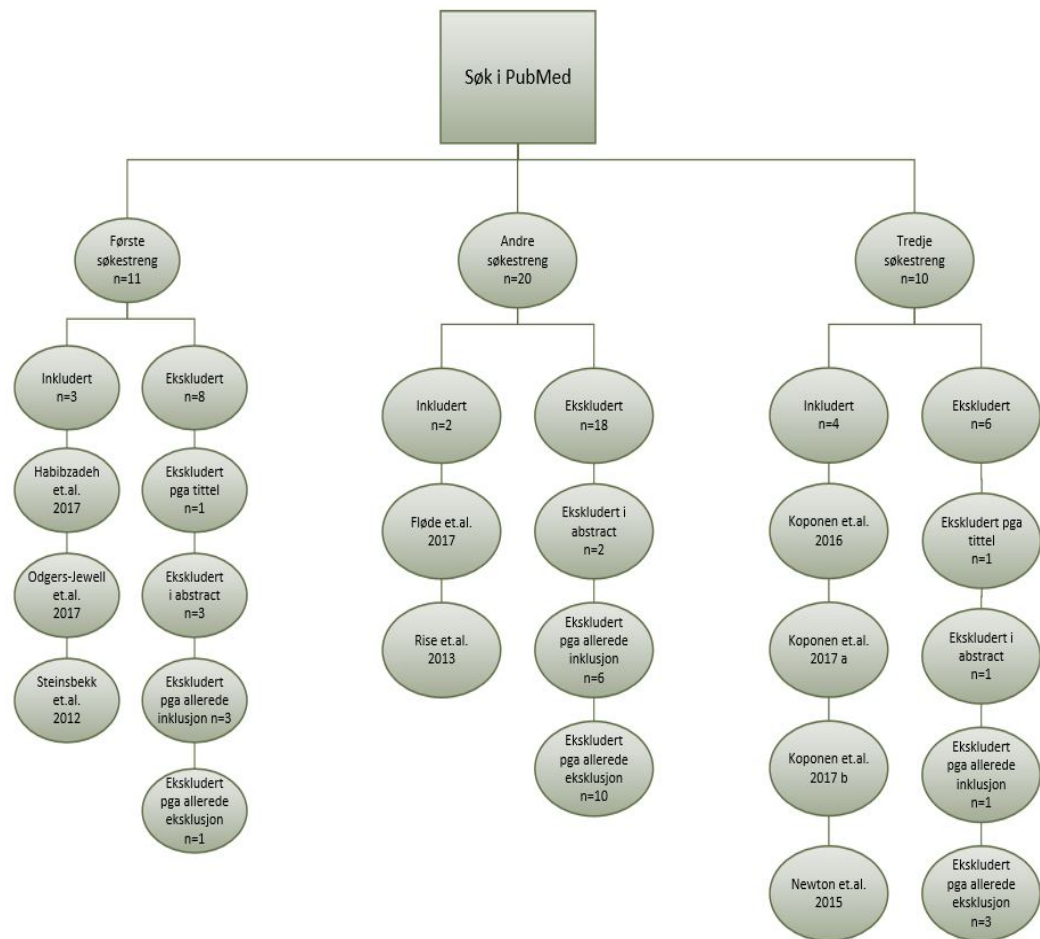
Inklusjonskriterier Søkestreng 1 og 2	Eksklusjonskriterier Søkestreng 1 og 2
<p>Tittel skulle inneholde ”diabetes mellitus type 2” m/synonymer, ”group” og et av følgende: ”education” m/synonymer eller ”self management” m/synonymer</p> <p>Abstract skulle omhandle gruppeundervisning kun for voksne med DM2</p>	<p>Komorbiditet eller samtidig undersøkelse av diabetes 1</p> <p>Studier eldre enn 2008</p> <p>Fokus på etnisitet, kultur, sosiale grupper, spesifikke helsefaglige grupper og barn/ungdom</p> <p>Digitalisert undervisning og teknologi</p>

Inklusjonskriterier Søkestreng 3	Eksklusjonskriterier Søkestreng 3
<p>Tittelen skulle inneholde ”diabetes mellitus type 2” m/synonymer, ”motivation” og ”self management” m/synonymer</p> <p>Voksne med DM2</p>	<p>Komorbiditet eller samtidig undersøkelse av diabetes 1</p> <p>Studier eldre enn 2008</p> <p>Fokus på etnisitet, kultur, sosiale grupper, spesifikke helsefaglige grupper og barn/ungdom</p> <p>Test av motivasjonsmodeller</p>

Vedlegg 2. Flowchart for strategisk søk i Cinahl



Vedlegg 3. Flowchart for strategisk søk i PubMed



Vedlegg 4. Intervjuguide

Diabetes i hverdagslivet
<ul style="list-style-type: none">• Kan du fortelle om hvordan du lever med sykdommen i ditt daglige liv? Gi gjerne eksempler.• Kan du fortelle om hvilken betydning dine levevaner har for ditt liv med diabetes?• Kan du beskrive hvordan du har forholdt deg til dine levevaner i forbindelse med sykdommen før deltakelse på kurset?
Mål
<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine mål etter å ha deltatt på kurset og hvorfor?• Er de annerledes enn de målene du eventuelt hadde før kurset?• Hva er dine tanker omkring hvorvidt du klarer å oppnå disse målene?• Hvor viktig er det for deg å nå disse målene og hva betyr det for deg når dette skjer?• Er det noe som støtter eller hindrer deg i forbindelse med det du ønsker å oppnå?<ul style="list-style-type: none">- Hva er det som støtter å nå disse målene?- Hva har vært den største hindringen?
Motivasjon til livsstilsendring
<ul style="list-style-type: none">• Kan du gi et eksempel på en motivasjon for endring i din hverdag?• Hva mener du motiverer deg til endring? Kan du si noe mer om dette?• Har du noen tanker om hva som ikke motiverer deg til endring?• Hvilken støtte fra helsepersonell/familie mener du vil være viktig for å kunne endre levevaner?

Erfaringer med opplæringskurs

- Fortell om hvordan du har kunnet bruke kunnskapen gitt på kurset i din praktiske hverdag.
- På hvilken måte har den gitt deg ny forståelse for sykdommen og hvordan du kan håndtere denne på egenhånd?
- Er det noe fra kurset som har gjort spesielt inntrykk på deg?
- Er det noe annet du har lyst å fremheve fra kurset som har hatt betydning for ditt daglige liv med diabetes?
- Er det noe du har savnet på kurset?
- Er det andre måter å lære på som ville passet deg bedre i tillegg til den undervisningen du fikk?

(University of Michigan Diabetes Research and Training Center; Helsedirektoratet, 2017a, s. 38; Prescott & Børtveit, 2011, s. 75).

Vedlegg 5. Illustrasjon av informasjonsskriv til pasienter



Forespørsel om deltakelse i intervju-undersøkelsen: ”Livsstilsendring for pasienter med diabetes type 2”

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Marte-Kristine Frantzen. Jeg er utdannet fysioterapeut og studerer master i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. I denne forbindelse arbeider jeg med et prosjekt om livsstilsendring for pasienter med diabetes type 2. Veilederen min er førsteamanuensis Adriana Rosenberg ved UIS.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervju-undersøkelse om dine erfaringer fra opplæringskurset ved Lærings- og Mestringssenteret [redacted] i forbindelse med livsstilsendring og diabetes type 2. Du er forespurt om å delta i prosjektet fordi du har deltatt på opplæringskurset som prosjektet skal belyse. Ditt engasjement vil bidra til å øke kunnskapen om temaet og belyse virkningen av opplæringskurset, noe som er relevant for fremtidige pasienter med diabetes type 2 som skal delta på kurs.

Hva innebærer prosjektet?

For å belyse prosjektets tema ønsker jeg å intervju personer med diabetes type 2 som har deltatt på opplæringskurs ved Lærings- og mestringssenteret <høsten 2017>. I intervjuet vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg om hvordan du lever med diabetes type 2 og erfaringer med opplæringskurset. Intervjuet varer i omtrent én

time og blir tatt opp på lydbånd. Intervjuet vil foregå på Lærings- og mestringssenteret [redacted] og tidspunkt avtales mellom masterstudent og deltaker.

Hva som skjer med informasjonen om deg

Informasjonen fra intervjuet vil kun bli brukt til å belyse masterprosjektets formål. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Opplysningene er taushetsbelagte og vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun veileder og masterstudent som får tilgang til lydbåndet fra intervjuet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene som publiseres.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjonen om deg vil bli slettet ved prosjektslutt sommeren 2018.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke, også under selve intervjuet og få stoppet lydbåndet. Dette vil ikke få konsekvenser for din behandling ved Lærings- og mestringssenteret [redacted]

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser, eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du vil deretter bli kontaktet av undertegnede for å avtale nærmere tidspunkt for intervjuet.

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du kontakte meg på mail:

[redacted]

Marte-Kristine Frantzen

Vedlegg 6. Illustrasjon av samtykkeerklæring for prosjektdeltakelse

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien og er villig til å delta i prosjektet. Jeg samtykker også til at jeg kan kontaktes i ettertid slik at eventuelle uklarheter kan oppklares.

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Signert av prosjektdeltaker / Dato

Jeg er villig til å kontaktes på telefon _____

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Signert / Rolle i prosjektet / Dato

Vedlegg 7. Prosjektgodkjenning av REK



Region: REK vest	Saksbehandler: Camilla Gjerstad	Telefon: 55978499	Vår dato: 29.09.2017	Vår referanse: 2017/1527/REK vest
			Deres dato: 08.08.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Adriana Rosenberg
Institutt for helsefag

2017/1527 Livsstilsendring for pasienter med diabetes type 2

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Adriana Rosenberg

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 13.09.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Formålet med masterprosjektet er å få kunnskap om pasienters opplevelser og erfaringer om motivasjon til å endre livsstil etter opplæringskurset ved Lærings- og mestringscenteret. Personene som rekrutteres til prosjektet er voksne deltakere fra opplæringskurset for pasienter med diabetes type 2 ved Lærings- og mestringscenteret. Prosjektet er en kvalitativ undersøkelse der pasientintervjuene tas opp på lydbånd. Det vil gjennomføres mellom seks og åtte individuelle pasientintervjuer.

Vurdering

Prosjektleders kompetanse

I følge helseforskningsloven § 4 skal prosjektleder ha de nødvendige forskningskvalifikasjonene og erfaringer for å kunne oppfylle prosjektleder sine plikter. For å oppfylle kravet vil det normalt kreves doktorgradskompetanse. I søknaden kommer det ikke klart frem hva som er prosjektleders akademisk grad. Prosjektleder har i etterkant av REK-møtet sendt skriftlig bekreftelse på at akademiske grad er doktorgrad i sykepleievitenskap.

Forsvarlighetsvurdering

Formålet med studien er å belyse pasientenes beskrivelser og erfaringer om egen motivasjon til endring. Prosjektet medføre lite ulempe for deltaker utover tidsbruk ved intervjuet. REK vest anser studien som forsvarlig å gjennomføre for deltakerne.

Rekruttering

Rekrutteringen skjer ved at prosjektet presenteres av student på kurset, hvor pasienter som ønsker å delta kan ta kontakt med studenten. Det vil i utgangspunktet gjennomføres seks til åtte pasientintervjuer. Prosjektleder oppgir at dersom flere ønsker å delta, vil det bli lagt opp til fokusgruppeintervju i tillegg. REK vest gjør søker oppmerksom på at evt. fokusgruppeintervju eller økning i antall deltakere må meldes til REK som søknad om prosjektendring.

Informasjonsskriv

Informasjonsskrivet må merkes med logoen til Universitetet i Stavanger.

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrfloy Nord, 2 etasje, Rom
281, Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.uib.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Prosjektslutt

Opplysninger og lydmatiale vil bli slettet ved prosjektslutt 30.06.18. REK vest har ingen merknader til dette.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 31.12.2018, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Dr.med. professor
komitéleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: post@uis.no

Vedlegg 8. Forkortelser

DM2: Diabetes type 2

LMS: Lærings- og mestringscenter(et)

SDT: Selvbestemmelsesteorien