

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten fremme pasientens helsekompetanse ved diabetes mellitus type 2?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 28.12.2023

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes mellitus type 2 (DM2) er en økende livsstilssykdom i den vestlige verden. DM2 er en kronisk sykdom som krever at personer må legge om sine levevaner for å regulere blodsukkeret. Livsstilsendringer kan være vanskelig å gjennomføre med kravene som hverdagen bringer med seg. Dermed vil en andel av pasienter som ikke klarer seg selv få tilbud om hjelp fra hjemmesykepleien til å regulere sin blodglukose.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan fremme helsekompetansen hos pasienter med DM2, med fokus på pasientens motivasjon og hverdagsmestring.

Metode: Vi har gjort en integrativ litteraturoversikt med en kvantitativ og tre kvalitative studier. Dataene er analysert etter Fribergs analysemodell.

Resultater: Resultatene viser til at sykepleier kan ha et snevert syn om årsaker til DM2 som kan prege sykepleie-pasientrelasjonen, og gå ut over sykepleierens tålmodighet når pasienten ikke klarer å etterleve en sunn livsstil. Dessuten har pasienter en tendens til å vurdere seg mer positivt til motivasjon til å endre livsstil enn det sykepleiere vurderer. Samtidig ble det identifisert mestrings og motivasjonsfaktorer for hverdagsmestring som at hverdagslivet er i konflikt med sykdommen, det sosiale stigmaet rundt DM2, skyld og skam når en ikke når mål, og behov for ytre motivasjon til å etterleve livsstilsendringer.

Nøkkelord: Diabetes mellitus type 2, hjemmesykepleien, helsekompetanse, motivasjon, mestring.

Innhold

1.0	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemformulering	5
1.3	Hensikt	6
2.0	Teoretisk rammeverk.....	6
2.1	Hva er diabetes mellitus type 2?.....	6
2.1.1	<i>Behandling</i>	7
2.2	Helsekompetanse.....	8
2.3	Mestring	8
2.3.1	Motivasjon.....	9
2.3.2	<i>Sykepleiers rolle i mestringsarbeidet</i>	9
2.4	Kari Martinsens omsorgsteori	10
3.0	Metode.....	11
3.1	Integrativ litteraturoversikt som metode	11
3.2	Søkeprosess	11
3.2.1	<i>Avgrensninger</i>	12
3.2.2	<i>Valg av databaser</i>	12
3.2.3	<i>Valg av søkeord</i>	12
3.2.4	<i>Valg av artikler</i>	13
4.0	Analyse.....	14
5.0	Resultater.....	14
5.1	Sykepleiers holdninger i møte med diabetespasienter.....	15
5.1.1	<i>DM2 er en selvpåskyldt livstilssykdom</i>	15
5.1.2	<i>Frustrasjon når pasienten ikke virker motivert</i>	15
5.2	Hvordan pasienter fremstiller seg selv	16
5.2.1	<i>Tendens til å vurdere seg selv positivt</i>	16
5.3	Mestring i hverdagen.....	16
5.3.1	<i>Hverdag i konflikt med sykdom</i>	16
5.3.2	<i>Sosialt stigma</i>	17
5.4	Faktorer til motivasjon	18
5.4.1	<i>Behov for struktur</i>	18
5.4.2	<i>Skyld og skam</i>	18
5.4.3	<i>Mangel på kontroll</i>	18

6.0 Diskusjon.....	19
6.1 Metodediskusjon	19
6.1.1 Land og arena for studiene.....	19
6.1.2 Forskernes bakgrunn.....	19
6.1.3 Deltakerne i studiene.....	19
6.1.4 Artiklenes forskningsmetode og etiske forhold.....	20
6.1.5 Artiklenes relevans for hensikten med oppgaven	21
6.2 Resultatdiskusjon.....	21
6.2.1 Sykepleiers holdninger i møte med diabetespasienter.....	21
6.2.2 Hvordan pasienter fremstiller seg selv.....	22
6.2.3 Mestring i hverdagen.....	23
6.2.4 Faktorer til motivasjon.....	24
7.0 Anvendelse i praksis.....	24
Referanser.....	26
Vedlegg 1: Søkelogg	28
Vedlegg 2: Litteratormatrise	29

Antall ord: 7864

1.0 Innledning

I den vestlige verden anses diabetes mellitus type 2 (referert videre i teksten som DM2) som en økende livsstilssykdom, og blir i Norge omtalt som en av de hyppigste folkesykdommene (Stene, 2021; Jenssen, 2022, s. 392). Sykdommen kommer ofte til uttrykk etter flere år med lite fremtredende symptomer (Jenssen, 2022, s. 392). Forekomsten av DM2 inntreffer hovedsakelig hos pasienter i 40-årsalderen og eldre (Jenssen, 2022, s. 391). Når diagnosen først stilles vil om lag halvparten av pasientene ha én eller flere komplikasjoner som for eksempel retinopati, diabetesnefropati og nevropati (Jenssen, 2022, s. 392). Som følge av samhandlingsreformen (Meld. St. 47, (2008-2009)) har målet blitt at flere skal klare seg i hjemmet så lenge som mulig. Kommunale helsetjenester som hjemmesykepleien får da et større ansvar når det kommer til oppfølging og behandling av pasienter med DM2. Siden DM2 er en svært utbredt og kompleks livsstilssykdom, vil vi belyse sykepleiernes rolle i møte med diabetespasienter i hjemmesykepleien.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å fokusere på hvordan sykepleiere kan fremme mestring og helsekompetanse for pasienter med DM2 som mottar hjemmesykepleie. Dette er et aktuelt tema siden stadig flere mennesker får sykdommen, noe som både øker behovet for opplæring når de nylig har fått diagnosen, samt videre i forløpet for å minske risiko for diabetesrelaterte komplikasjoner, eller behandling for disse. Det er dermed viktig at sykepleiere som møter disse pasientene har god kunnskap om både diabetes sykdommen og hvordan motivasjon og pasientens mestringsfølelse kan bidra til å engasjere pasienten til å selv ønske å ta del i sin egen sykdomstilstand. Vi har selv erfart fra praksis at som sykepleiere vil vi møte diabetespasienten på alle arbeidsplasser i helsesektoren. Vi ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bidra til denne pasientgruppens mestring av sin sykdom.

1.2 Problemformulering

Ifølge Folkehelse rapporten (Stene, 2021) har fem prosent av Norges befolkning en diagnostisert diabetesdiagnose, og 90 prosent av disse har DM2. Tallene viser at mellom 14 000 og 18 000 personer blir diagnostisert med sykdommen hvert år. I Norge er det et stort fokus på at pasienten selv skal bidra med egenbehandling av sykdommen, som hovedsakelig går ut på å bidra med regulering av blodglukosen ved å være fysisk aktiv og opprettholde et sunt kosthold. Personer med nyoppstått DM2 vil først få tilbud om opplæring i spesialisthelsetjenesten og videre oppfølging av fastlegen (Helsedirektoratet, 2016). De fleste

vil klare å mestre hverdagen med denne oppfølgingen. Likevel vil noen personer med DM2 trenge mer oppfølging, og en andel av disse vil få tilbud om hjelp av hjemmesykepleien. Det er denne pasientgruppen som er vår fokusgruppe. Hjelpebehovet for pasienter i hjemmesykepleien baseres på deres individuelle helsestatus. Noen vil trenge hjelp til insulin administrasjon resten av livet, mens andre trenger opplæring og veiledning i kortere perioder. Enkelte pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien har tilleggdiagnoser og komplekse komplikasjoner som gjør hverdagen mer krevende (Diabetesforbundet, 2022c). Det er viktig at sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten har kompetanse innenfor sykdom i endokrine organer for å gi adekvat utførelse av behandling til denne pasientgruppen. Ved å bedre pasientopplæringen og oppfølging til diabetespasienter som mottar hjemmesykepleie vil man kunne forebygge senkomplikasjoner slik at omfattende behandling på sykehuset reduseres. Samtidig vil pasientene få mer frihet, da noen pasienter gjerne vil trenge mindre oppfølging på sikt, som gjør at de slipper å bruke store deler av dagen på å vente på hjelp fra helsepersonell. Vi mener at sykepleiere kan bidra til å øke pasienters hverdagsmestring i forhold til DM2 ved å få kunnskap om de faktorene som potensielt bidrar til motivasjon, og mindre gunstige faktorer. Å foreta en livsstilsendring kan være vanskelig i seg selv, vi ser dermed viktigheten av at sykepleiere har en helhetlig forståelse av hvilke faktorer som bidrar til at diabetespasienter ønsker å ta del i sin behandling.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å rette søkelyset på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forbedre helsekompetansen hos pasienter med DM2, og potensielt ha positiv innvirkning på deres grad av hverdagsmestring med hensyn til den kroniske sykdommen de besitter.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet belyses det teori som er relevant for problemstillingen, som bidrar til å danne et grunnlag for diskusjonen.

2.1 Hva er diabetes mellitus type 2?

DM2 er en kronisk endokrin sykdom som rammer produksjonen av hormonet insulin og fører til ulik grad av insulinmangel og insulinresistens (Iversen et al., 2022, s. 531). Insulin er et hormon som dannes i betacellene i pankreas og skilles ut under matinntak, så kroppens blodglukose senkes. Når cellene i kroppen (hovedsakelig musklene, leveren og fettvevet) slutter å reagere som de vanligvis skal på insulin, vil det resultere i en høy konsentrasjon av glukose i

blodet (Diabetesforbundet, 2023d; Iversen et al., 2022, s. 531). Over tid vil det gi symptomer som tretthet, tørste, residive infeksjoner, hyppig vannlating og dårlig tilheling av sår (Jenssen, 2022, s. 392).

Årsakene og risikofaktorer til utvikling av sykdommen er komplekse, men er i stor grad en kombinasjon av arv og livsstil (Diabetesforbundet, 2023d). Genetisk sett er det høyere risiko for å få DM2 om en eller begge foreldre har sykdommen. Sannsynligheten for å utvikle sykdommen øker med alderen, siden pankreas produserer mindre insulin jo eldre man blir (Diabetesforbundet, 2023b). Overvekt, inaktivitet og kosthold spiller en stor rolle i risiko for sykdomsdebut, og ca. 70% av de som har DM2 er overvektige (Diabetesforbundet, 2023d). Spesielt vil personer med økt midjeomkrets, altså buk fett, være mer eksponert for å utvikle DM2, fordi pankreas må arbeide "overtid" for å produsere nok insulin for å holde glukosenivået nede. Dette tilleggsfettet kan føre til at insulinet har dårligere innvirkning på cellene i kroppen, og føre til insulinresistens (Diabetesforbundet, 2023b).

2.1.1 Behandling

Behandlingen av DM2 består av egenbehandling og medisinsk behandling. Målet med behandlingen er å sikre et stabilt blodsukker, samt å få kontroll over blodtrykket og kolesterolet (Jenssen, 2022, s. 393). Egenbehandlingen handler først og fremst om livsstilsendringer. Dette innebærer endringer i kosthold, økt fysisk aktivitet, vektreduksjon ved overvekt og røykeslutt (Diabetesforbundet, 2023e). Livsstilsendringer er en stor del av behandlingen fordi DM2 er en kronisk sykdom som ikke kan kureres. Det er likevel mulig å bli helt eller delvis kvitt symptomene ved å legge om på levevaner (Diabetesforbundet, 2023a). Livsstilsendringene bidrar til å senke kroppens blodsukker. I tillegg vil for eksempel regelmessig fysisk aktivitet bidra til å minske kroppens insulinresistens (Diabetesforbundet, 2023c).

Dersom ikke livsstilsendringer senker blodglukosen tilstrekkelig, er medisinsk behandling nødvendig (Jenssen, 2022, s. 393). Den medisinske behandlingen omfatter antidiabetika, som er en gruppe medisiner som brukes til å senke blodglukosen ved DM2 i form av tabletter og insulininjeksjoner.

Tilpasninger av levevaner og oppstart av antidiabetiske legemidler vil prege pasientens nye hverdag. Som nevnt tidligere vil enkelte pasienter trenge tettere oppfølging i behandlingsforløpet, der et viktig tilbud er oppfølging fra hjemmesykepleien. Denne bistanden fra sykepleiere kan innebære insulin administrasjon, kostholdsveiledning, sårpleie, psykososial støtte, opplæring og veiledning eller mobilisering.

2.2 Helsekompetanse

Med helsekompetanse mener vi i denne oppgaven pasientens kunnskaper og forståelse av sin egen sykdomstilstand, i tillegg til om pasienten evner å relatere dette til hverdagslivet. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) definerer helsekompetanse slik:

“Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten”.

For pasienter med DM2 er helsekompetanse å ha grunnleggende kunnskaper om sykdommen, og å se sammenhengen mellom en sunn helse, blodglukosereguleringen og risiko for komplikasjoner. Lav helsekompetanse har sammenheng med dårlig helse (Kristoffersen et al., 2021b, s. 216). Fordi når en har generelt lav helsekompetanse, kan valgene en tar i seg selv føre til dårligere helse. Det blir en konsekvens av uvitenhet over hvordan en egentlig skal gå frem for å fremme helse og gode levevaner.

Å ha kompetanse om ens sykdom er en viktig komponent i å foreta en livsstilsendring (Kristoffersen et al., 2021b, s. 216). For å endre livsstil trenger pasientene ferdigheter til å kunne motta og klare å nyttiggjøre seg av relevant helseinformasjon. Samtidig må de ha motivasjon nok til å tro at man vil lykkes med de endringene som kreves (Kristoffersen et al., 2021b, s. 216). For de fleste pasienter som mottar hjemmesykepleie for sin DM2, vil det ikke være realistisk å ha som mål å bli helt selvstendig i hverdagen. Dette særlig fordi mange i denne pasientgruppen har tilleggdiagnoser som fører til et komplekst sykdomsbilde. Til tross for dette, er det likevel viktig å fokusere på å fremme helsekompetansen til enhver pasient - så langt det lar seg gjøre. Her har sykepleieren et ansvar for å formidle den kunnskapen hun besitter på en måte som er forståelig for pasienten. Samtidig er motivasjonsarbeid en viktig del av hjemmesykepleierens arbeid for å fremme pasientens mestringsfølelse.

2.3 Mestring

Mestring er evnen til å håndtere utfordrende situasjoner som innebærer psykiske, fysiske eller sosiale belastninger i et individs liv (Eide & Eide, 2019 s. 48). For vår fokusgruppe vil mestring være å gradvis oppnå bedre helsekompetanse for å kunne bedre håndtere de helseutfordringene som sykdommen medfører. Motivasjon og mestring henger tett sammen, da en trenger motivasjon til å kunne utføre mestringsarbeidet.

2.3.1 Motivasjon

Motivasjon er avgjørende for at en skal klare å endre livsstilsvaner (Kristoffersen et al., 2021b, s. 275). For å kunne endre livsstil må personen selv ta initiativ og gjennomføre de målrettede aktivitetene som kreves. Indre motivasjon er all motivasjon som kommer fra personen selv. Når diabetespasienten opplever en indre motivasjon, vil aktivitetene stå i tråd med egne verdier og prioriteringer (Kristoffersen et al., 2021b, s. 275). Da vil det være enklere å kunne ta for eksempel sunnere matvalg eller være mer fysisk aktiv, for det samsvarer med hvordan personen ønsker å leve i det daglige. Når en livsstilssykdom oppstår, vil den ytre trusselen om sykdom i seg selv ofte være motivasjon nok til å endre levevaner (Kristoffersen et al., 2021b, s. 275). Men enkelte pasienter med DM2 sliter med å finne en indre motivasjon til å foreta nødvendige livsstilsendringer. De kan derfor trenge ytre motivasjon for å vedlikeholde de nødvendige endringene. Sykepleieren kan ikke direkte styre eller endre pasientens indre motivasjon, men hun kan fremme kompetanse, autonomi og tilhørighet gjennom ytre motivasjon.

2.3.2 Sykepleiers rolle i mestringsarbeidet

Motiverende veiledning er en måte sykepleieren kan bidra til pasientens motivasjon og mestringsprosess. Det innebærer å gi pasienten en følelse av autonomi over situasjonen gjennom selvbestemmelse. Pasientens selvbestemmelse fremmes ved å bli hørt, sett, forstått og tatt hensyn til som et unikt individ (Eide & Eide, 2019, s. 57). Sykepleieren må finne ut hva som er viktig for pasienten med å kartlegge ønsker og behov i en hverdag som preges av en kronisk sykdom. En god relasjon må til grunn for at pasienten ønsker å dele sine verdier og prioriteringer. Aktiv lytting, holde avtaler og å respektere pasientens grenser er sentrale i å skape en god relasjon (Eide & Eide, 2019, s. 57). Et viktig punkt i motiverende veiledning er å sette små, realistiske mål. Dette vil gi en følelse av kontroll over situasjonen, som igjen vil styrke følelsen av mestring. Å føle at en mestrer de små målene, kan motivere pasienten til å fortsette innsatsen. Motiverende veiledning kan bidra til å styrke pasientens «empowerment». Begrepet «empowerment» brukes i behandling av pasienter med kronisk sykdom der betydningen er å bistå pasienten til å oppdage og utvikle sine egne evner (Iversen et al., 2022, s. 547). Pasienten får da mulighet til å ta egne valg, sette mål og være ansvarlig for de valgene som blir tatt i forhold til sykdommen (Iversen et al., 2022, s. 547). Denne innføringen i pasientens nye tankegang er sentral for egenmestringen av diagnosen. I møte med DM2 pasienter i hjemmesykepleien, bør sykepleiere gi tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter slik at

pasienten blir trygg og selvhjulpen i dagliglivet, som i neste omgang vil styrke pasienten til å oppnå bedre livskvalitet.

Sykepleieren må alltid huske at med tittelen kommer en autoritet som setter henne i en maktposisjon. Makt blir sett på som nødvendig for gjennomføring av beslutninger, men dette kan også misbrukes i ulike situasjoner (Kristoffersen et al., 2021b, s. 393). Makten kan også føre til krenkelser. I hjemmesykepleien er sykepleieren i en maktposisjon når det gjelder tid, da pasienten ofte ikke vet når personalet kommer (Kristoffersen et al., 2021a, s. 62-64). I tillegg kan ordene vi velger å bruke gjøre noe med hvordan vi som sykepleiere forholder oss til pasienter i en sårbar situasjon. Pasienter med DM2 har en sykdom som er stigmatisert i samfunnet (Iversen et al., 2022, s. 537). Det blir ofte sett på som en selvpåført sykdom, som skyldes dårlige valg pasienten har tatt. Derfor er det viktig at sykepleieren aktivt utfordrer sine tanker og holdninger rundt denne pasientgruppen. For å unngå at fordommene hindrer en god relasjon med pasienten.

2.4 Kari Martinsens omsorgsteori

Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen (2003, s. 69) definerer omsorg som måten vi viser omtanke for medmennesker og forholder oss til hverandre. Filosofien baseres på en sammenfletting av omsorg, nestekjærlighet og moral der “Moralsk praksis bygger på omsorg, der omsorgen hviler i nestekjærligheten” (Austgard, 2010, s. 18). Omsorg er ikke sykepleie, men er et verdifullt grunnlag for ivaretagelsen av moral i sykepleiepraksisen. Sentralt i omsorgen er forståelsen av den andres situasjon (Martinsen, 2003, s. 76). Forståelsen for andres situasjon bygges fra tidligere erfaringer og fagkunnskaper som sykepleiere har, dette blir sett på som sykepleierens omsorgsarbeid (Martinsen, 2003, s. 75). Denne tilnærmingen gjør sykepleierne i stand til å utføre omsorg rettet mot sårbare og syke pasienter i praksis (Martinsen, 2003, s. 75).

Pasienter med DM2 anses som en sårbar gruppe, der beskrivelsen av disse er relatert til en livsstilssykdom, som er knyttet opp mot levevanene (Iversen et al., 2022 s. 532). Siden tilstanden til en viss grad er selvpåført, kan denne pasientgruppen oppleve sykdommen som stigmatiserende (Iversen et al., 2022, s. 532). Ifølge Kari Martinsen har sykepleieren et spesielt ansvar for den svake (Martinsen, 2003). Dette forstås ikke som at pasienten er svak, men at sykepleiere i sin tjeneste er forpliktet til å bistå utsatte grupper i samfunnet (Nortvedt, 2017, s. 54). Som sykepleierne i hjemmetjenesten er det derfor viktig å bruke omsorgsarbeidet som tidligere nevnt i avsnittet som tilnærming for å forstå DM2 pasientens utfordringer.

3.0 Metode

Metode definerer hvordan man skal gå frem for å finne ny kunnskap om et tema, eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2021, s. 53). Det innebærer å definere regler og sette krav til fremgangsmåten for å innhente og analysere data til vår problemstilling. Kravene som stilles er veiledere for å sikre relevante kilder, og hjelper å systematisere funnene av de dataene vi har valgt å analysere (Dalland, 2021, s. 54).

3.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i en integrativ litteraturoversikt over kvalitative og kvantitative studier. Det vil si at vi skal lage en oversikt over kunnskapen som allerede finnes innenfor fagfeltet (Friberg, 2022, s. 185). Dette vil vi gjøre ved å sammenligne og finne hovedtrekk ved publiserte forskningsartikler som er relevante for vår problemstilling, for å deretter identifisere underliggende mønstre og trekke nye konklusjoner (Friberg, 2022, s. 196).

Analysen er basert på vitenskapelige artikler med kvalitative og kvantitative metoder. Metodene gir oss forskjellig og nyttig informasjon om vår problemstilling. Kvalitative metoder er egnet til å undersøke opplevelser eller finne mening i det som ikke direkte kan måles (Dalland, 2021, s. 54-55). I slike metodikker går en ofte i dybden for å finne sammenhenger og formidle forståelse av et fenomen eller en opplevelse. Artikkene basert på kvalitative metoder vil derfor belyse sykepleiernes og pasientenes erfaringer, tanker og meninger mer i dybden. Disse vil kunne belyse faktorer som styrker eller hemmer pasientens evne og vilje til motivasjon og mestring, beskrevet direkte fra sykepleiere og pasienter selv. Kvantitative metoder bygger på sin side mer på det vi anser som målbart. Tall og statistikk brukes for å måle gjennom tall det en ønsker å undersøke (Dalland, 2021, s. 54-55). Artikkene basert på kvantitative metoder vil hjelpe oss med å få en mer overfladisk forståelse av DM2, samt få frem fellestrekk hos pasientgruppen gjennom statistiske sammenligninger.

3.2 Søkeprosess

Vi startet med å gjøre et innledende litteratursøk for å få oversikt over hvilken litteratur det finnes om DM2 i de ulike databasene. Basert på disse treffene, fant vi to tema som hovedsakelig gikk igjen: pasienters erfaring med startkurs for DM2 i spesialisthelsetjenesten, og studier som handlet om motivasjon og mestringsstrategier for å endre livsstil ved DM2. Vi valgte å fokusere på artikler relatert til motivasjon og mestring til livsstilsendring fordi vi synes disse faktorene er viktige i arbeidet med å fremme pasienter i hjemmesykepleiens egenkompetanse. Videre foretok vi et strukturert litteratursøk som beskrevet av Dalland (2021,

s. 148-150). Det strukturerte litteratursøket hjelper med å lage kriterier for å finne relevante vitenskapelige artikler om temaet vårt. Disse kriteriene innebærer en geografisk avgrensning, språklig avgrensning, tidsspenn og at litteraturen har et faglig nivå.

3.2.1 Avgrensninger

Avgrensningene er basert på Dallands (2021, s. 148-150) strukturerte litteratursøk. Vi valgte et tidsspenn på 10 år tilbake i tid for å sikre at litteraturstudiet består av tidsrelevante data som kan relateres til nåtid. Når det kommer til geografisk avgrensning ønsket vi i utgangspunktet å avgrense søket til skandinaviske land, da disse landene har en mest mulig sammenlignbar helsetjeneste. Men da det ikke var så mange relevante treff i forhold til vår problemstilling med denne avgrensningen, valgte vi å utvide det geografiske området til andre vestlige land som kan være relaterbare til det norske helsevesenet. Avgrensningene i søket var: fagfelleverderte og vitenskapelige artikler, artikler publisert etter 2013, forskning publisert i Europa, Nord-Amerika og Australia, og språk på engelsk, norsk, dansk og svensk.

3.2.2 Valg av databaser

Relevante databaser ble funnet via Universitetet i Stavangers søkeportal for faglitteratur, Oria. Her valgte vi databaser gjennom Orias kategori "helse og sosialfag" som har aktuell forskningslitteratur innen sykepleiefaget. Først ble det forsøkt å bruke de skandinaviske databasene SveMed+ og Idunn. Det ble funnet en relevant artikkel via Idunn, men vi fikk lite treff og ingen relevante artikler på SveMed+. De andre artiklene er derfor hentet fra pubmed og CINAHL, som er mer internasjonale databaser. Her fikk vi mange treff på litteratur som var relevant for vår problemstilling.

3.2.3 Valg av søkeord

Tidlig i søkeprosessen identifiserte vi relevante søkeord som "diabetes" og "diabetes mellitus type 2" i de skandinaviske databasene. Dette genererte flere treff, og ett treff som senere ble til en artikkel vi valgte. For å spesifisere søkeordene enda mer til vår problemstilling ble det søkt "diabetes mellitus type 2 og hjemmesykepleie", som genererte ingen treff. Vi forsøkte å søke videre på norsk med flere kombinasjoner som omhandlet diabetes, motivasjon og mestring som ga lite treff. Videre søkte vi på engelsk i internasjonale databaser som ga mer treff. Søkekombinasjoner som ble brukt var blant annet "diabetes mellitus type 2 or practical nurses or diabetes nursing", "diabetes mellitus type 2 and lifestyle changes" og "diabetes mellitus type 2 and motivation" som ga mange treff og flere artikler som var relevante. Vi forsøkte å søke flere kombinasjoner med "home care" og "home health nursing" for å forsøke

å finne engelske artikler som omhandlet DM2 og hjemmesykepleie, men fikk ingen treff. For en oversikt over søkelogg som resulterte i de inkluderte artiklene, se vedlegg 1.

3.2.4 Valg av artikler

Vi hadde flere inklusjons- og eksklusjonskriterier til treffene i databasesøkene. Som nevnt før fant vi ikke relevant forskning om DM2 som hadde arena i hjemmesykepleien. Derfor var målet at våre kriterier ga oss studier som var gjennomført på andre arenaer, men fortsatt kunne relateres til pasientgruppen som mottar hjemmesykepleie. Da mesteparten av de som mottar hjemmesykepleie er eldre pasienter, ønsket vi at gjennomsnittsalderen til pasientgruppen i studiene var 50+ år. Vi hadde ikke eksklusjonskriterie på hvor lenge pasientene hadde hatt DM2, da pasientgruppen i hjemmesykepleien kan være både nydiagnostisert eller ha hatt diagnosen i flere år. Vi ekskluderte likevel noen studier som hadde fokus på nydiagnostiserte pasienter, som oppstartkurs for diabetes, da fokuset i disse studiene ikke samsvarte med vår problemstilling. Vi inkluderte studier som var gjennomført i primærhelsetjenesten og poliklinikker, og ekskluderte studier gjort på sykehus. Studiene måtte ha fokus på motivasjon og mestring ved DM2. Samtidig inkluderte vi studie om sykepleieres holdninger relatert til diagnosen og overvekt, fordi vi synes sykepleieres holdninger er et viktig punkt i relasjonen til pasienter med DM2, som videre kan påvirke motivasjonsarbeidet og pasientens følelse av mestring i forhold til sykdommen. Vi har laget en oversikt over de utvalgte artiklene i Tabell 3.1 nedenfor, og en mer grundig oversikt kan finnes i vedlegg 2.

Tabell 3.1: Oversikt over utvalgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Linmans, J. J., Knottnerus J. A., Spigt, M. (2015). How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals.	Om pasienter som mottar rutinekonsultasjoner for sin DM2 er motivert til å endre livsstil, og om sykepleierne klarer å vurdere pasientens villighet til å endre livsstil.	Å vurdere hvor motivert pasienter med diabetes type 2 er til å endre livsstil. I tillegg undersøkes det hvorvidt sykepleierne klarer å vurdere pasientens motivasjonsnivå og villighet til å endre livsstil.	Pasient- og sykepleieperspektiv.	Kvantitativ metode.
Smith, C. J., McNaughton, D. A., Meyer, S. B. (2021). Implications for clients when nurses view weight as main cause of	Sykepleieres syn på overvekt og fedme relatert til DM2.	Undersøker hvordan diabetessykepleiere snakker om vekt i forhold til pasientenes DM2 diagnose, og hvilke konsekvenser	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ metode.

Type 2 diabetes in primary care.		det har for sykepleierens praksis.		
Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner K. M., Cooper A. R., Page A. S., Malpass, A., Andrews R. C. (2018). "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes.	6 ulike motivasjonstyper som påvirker livsstilsendringer hos diabetes type 2 pasienter.	Hensikten med studiet er å undersøke hvordan pasienter opplever motivasjonsfaktoren med tanke på livsstilsendringer grunnet DM2.	Pasientperspektiv.	Prospektiv kvalitativ metode.
Knutsen, I. R., Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan ikke du spise blir jeg arg! Å leve på den "rette" måten med diabetes type 2.	Håndtering av egenmestring i 3 ulike dimensjoner av livet hos DM2 pasienter.	Hensikten med studiet var å undersøke hvordan DM2 pasienten håndterte egenmestring i hverdagen og hvilke begrensninger sykdommen gir.	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode med diskursanalytisk tilnærming.

4.0 Analyse

Analysen ble gjort med utgangspunkt i Fribergs (2022) analysemodell. Det innebærer å gå fra en helhet, deretter til å dele den opp, også se på artikkelen som en ny helhet igjen (Friberg, 2022, s. 176). Vi begynte å lese grundig gjennom de utvalgte artiklene for å få en god forståelse av innholdet, som Friberg (2022) refererer til som helheten. Deretter delte vi opp helheten med å identifisere funn fra artiklene som samsvarte med hensikten vår. Vi satt funnene i en tabell for å få oversikt over likheter og ulikheter. Basert på disse likhetene og ulikhetene skapte vi en ny helhet med å identifisere hoved- og underkategorier som var relevante for hensikten vår.

5.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysearbeidet. Vi kom fram til fire hovedkategorier som var relevante for vår problemstilling. Hovedkategoriene er videre delt inn i åtte ulike underkategorier som alle beskriver underliggende mønster innen hovedkategoriene. Kategoriene er presentert i tabell 5.2.

Tabell 5.2: Resultat fra analyse av de vitenskapelige artiklene

Hovedfunn	Underkategorier
Sykepleiers holdninger i møte med diabetespasienter.	DM2 er en selvpåskyldt livsstilssykdom. Frustrasjon når pasienter ikke virker motivert.
Hvordan pasienter fremstiller seg selv	Tendens til å vurdere seg selv positivt.
Mestring i hverdagen.	Hverdag i konflikt med sykdom. Sosialt stigma.
Faktorer til motivasjon.	Behov for struktur. Skyld og skam. Mangel av kontroll.

5.1 Sykepleiers holdninger i møte med diabetespasienter

5.1.1 DM2 er en selvpåskyldt livsstilssykdom

Sykepleierne i studien til Smith et al. (2021, s. 407) så på DM2 som en kontrollerbar sykdom som for det meste er selvpåskyldt av en usunn livsstil. Dette vises igjen når sykepleierne nevnte atferd som fører til DM2 som overspising, en stillesittende livsstil og at pasientene spiser “feil” mat (Smith et al., 2021, s. 406). Overvekt og fedme ble sett på som både hovedårsaken til DM2 og det største helseproblemet til pasientene. Kun en sykepleier nevnte høy alder som risikofaktor, selv om de fleste pasientene deres var over 50 år gamle (Smith et al., 2021, s. 407). Når bedt om å beskrive pasientene sine, sa alle de fire sykepleierne at de fleste pasientene var overvektige (Smith et al., 2021, s. 407). Selv om forskerene som drev observasjoner rapporterte at kun halvparten av pasientene så ut til å være overvektig.

5.1.2 Frustrasjon når pasienten ikke virker motivert

Et gjennomgående tema i deler av studien til Smith et al. (2021), var sykepleiernes holdninger til pasienter de ikke syntes var motiverte nok til å endre livsstil. Pasienter som ikke klarte å regulere vekt og sin diabetes ble beskrevet som “lacking motivation” og “not taking care of oneself” (Smith et al., 2021, s. 406). En sykepleier beskrev at hun hadde lite tålmodighet med pasienter hun synes ikke var motiverte til å adressere sine helseproblemer, der hun sa: “I feel I am trying to... helping, trying to, you know, to motivate people to lose weight and feel better... there are some who are just purely not wanting to change at all” (Smith et al., 2021, s. 407).

5.2 Hvordan pasienter fremstiller seg selv

5.2.1 Tendens til å vurdere seg selv positivt

Linmans et. al. (2015, s. 441) fant at pasienter hadde tendens til å overestimere hvor fysisk aktive de var, sammenliknet med hva diabetessykepleieren rapporterte. Målingene ble basert på om pasientene var “utilstrekkelig”, “tilstrekkelig” eller “mer enn tilstrekkelig” aktive i forhold til den nederlandske standarden for sunn fysisk helse. Pasientene hadde en tendens til å rapportere sin fysiske aktivitet mer positivt enn hva sykepleieren synes. Sykepleierne rapporterte altså at flere pasienter var utilstrekkelig fysisk aktive (46,8%), mens færre pasienter syntes de selv var “utilstrekkelig” fysisk aktive (34,8%). Samtidig rapporterte flere pasienter at de var “tilstrekkelig” fysisk aktiv (44,7%), noe som ikke samsvarte med sykepleiernes rapporteringer (34,8%). Det samme gjelder for “mer enn tilstrekkelig” fysisk aktiv kategorien, der henholdsvis 20,6% av pasientene mente de var det, mens sykepleierne rapporterte litt lavere (18,4%).

Pasientene hadde i tillegg tendens til å rapportere at de var mer motivert til å endre livsstil, i forhold til det sykepleierne rapporterte (Linmans et al. 2015, s. 441). I 35% av tilfellene var pasientene mer positive til hvor motivert de var til å endre livsstil. Videre identifiserte sykepleierne en stor gruppe pasienter som ikke var motivert til å endre livsstil (43%). Men kun 29% av pasientene rapporterte det samme. Dessuten var det 16 pasienter som oppga at de var veldig motivert til å endre livsstil med en gang, som sykepleierne rapporterte at ikke var motivert til å endre livsstil i det hele tatt. Når det gjelder motivasjon til å endre livsstil, var pasientene og sykepleierne enige i 41% av tilfellene.

5.3 Mestring i hverdagen

5.3.1 Hverdag i konflikt med sykdom

I artikkelen til Knutsen & Foss (2017) illustreres egenmestring i det sosiale, moralske og praktiske livet. Disse ulike dimensjonene av livet viser til hvordan opprettholdelsen av en sunn livsstil påvirker egenmestring i henhold til dagligdagse krav og forventningene omgivelsene har til utførelsen av den “riktige” levemåten. Funnene viser at egenmestring i det praktiske livet hos diabetespasienter minimaliseres når strukturen i hverdagen ikke er tilrettelagt for kronisk sykdom. Det praktiske livet kan utfordre oppfølging til livsstilskravene av DM2, som gjør at fokuset på vedlikehold av sykdommen ikke blir tilstrekkelig. I artikkelen til Knutsen & Foss (2017) viste pasientene til at sykdommen tok en del oppmerksomhet i det daglige, der opplevelser av selvkontroll og strevsomhet nevnes (Knutsen & Foss, 2017, s. 284). I følgende utsagn beskrives hverdagen for en diabetespasient slik:

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

Hverdagen påvirkes av faktorer som arbeid, familieliv eller sosiale sammenkomster som kommer i konflikt med selvkontroll av sykdommen, dette gjør det strevsomt for enkelte diabetespasienter å følge opp anbefalingene til livsstilsendring. Knutsen & Foss (2017) viser at regelmessighet i behandling av DM2 kan være utfordrende når selvdisciplin av sykdommen krever tid, fokus og energi. Derfor kan det oppstå vanskeligheter med å kombinere sykdommen med praktiske gjøremål, siden begge disse tilnærmingene er avhengig av pasientens tilstedeværelse og adekvat utførelse.

5.3.2 Sosialt stigma

Knutsen & Foss (2017) fant at i det sosiale livet ble det gjort bemerkninger fra omgivelsene om hvordan pasientene skal håndtere sin DM2. Pasientene uttrykker at livsstilskravene til DM2 er utfordrende å gjennomføre i sosiale sammenhenger. Ulik forståelse og aksept av sykdommen fra omgivelsene gjør at pasientene føler på stigmatisering, siden DM2 blir ansett som en livsstilssykdom som er selvpåført (Knutsen & Foss, 2017, s. 288-289). Bevisstheten om at DM2 er en selvpåført sykdom gjorde at andre var kontrollerende og analyserende ovenfor pasientene i sosiale sammenkomster. En pasient i artikkelen beskrev det slik:

Når de sier at “det her kan ikke du spise”, da blir jeg arg! Huff! Man er i selskap og sånn, og før så kunne man jo ta kakestykker, men nå tar man jo litt å smake, ikke sant? Og, nei jeg sier bare: “Server det dere har, og så skal jeg passe på resten.” (Knutsen & Foss, 2017, s. 288).

Dessuten kan utenforstående personers tilnærming til pasientens sykdom gjøre situasjonen mer tabubelagt. Dermed velger pasienten å trekke seg unna og være mindre åpen om situasjonen, for å forhindre sosial oppmerksomhet (Knutsen & Foss, 2017, s. 289). I følgende utsagn beskrives pasientens oppfattelse av sosiale sammenkomster:

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

5.4 Faktorer til motivasjon

5.4.1 Behov for struktur

Funnene i artikkelen til Sebire et al. (2018) viser til hvordan pasientene trenger støtte og struktur for å klare og gjennomføre livsstilsendringer i hverdagen med kronisk sykdom. Selv om pasientene hadde varierende grad av motivasjon i slutten av livsstilsprogrammet, trengte de likevel oppfølging og vedlikehold av sunn livsstil og helse (Sebire et al., 2018, s. 6). Pasientene som hadde bruk for oppfølging var både personer som nylig hadde fått diagnosen og de som hadde hatt sykdommen en stund. Enkelte diabetespasienter uttrykte ønske om å fortsette kontakten med sykepleiere, slik at de kunne opprettholde de gode levevanene de fikk under studiet. Den ene informantene i artikkelen beskrev opplevelsen slik:

I am frightened of it [Early ACTID] ending. I would like to be monitored by experts, but I don't think they are experts at my surgery ... if I was monitored regularly like I am now, I would know that it was the diabetes that I allowed to get out of control and I'll do something about it. Without knowing I'm very worried. (Frank, Male, UC, 9 months). (Sebire et al., 2018, s. 6).

5.4.2 Skyld og skam

I artikkelen til Sebire et al. (2018) kommer det fram at enkelte informanter uttrykte skuffelse når innsatsen som ble lagt ned for bedre helse, eksempelvis vekttap, ikke ble belønnet. Bakgrunnen for skuffelsen var knyttet til utfordringer med å opprettholde den nye atferdsendringen, som ble uttrykt av pasientene som tids- og energikrevende. Funnene viste til at noe av motivasjonen for vedlikehold av DM2 var kontrollert av ytre faktorer, der frykten for å gjøre feil eller at manglende overholdelse ville bli avdekket ved målinger, ville resultere i skuffelse fra omgivelsene rundt. Lignende resultater ble funnet i studien til Knutsen & Foss (2017, s. 286), der noen informanter beskrev det som en belastning i livet når de visste at de ikke klarte å følge opp livsstilsrådene i dagliglivet. Informantene anerkjente at de visste hva som ble betraktet som moralsk riktig, og at det i perioder var vanskelig å etterleve dette. En konsekvens for informantene ble da følelse av skyld og frykt for forverring.

5.4.3 Mangel på kontroll

Mangel på kontroll blir sett i sammenheng med sykepleiernes oppfordring til livsstilsendringer på grunn av diabetesdiagnosen (Sebire et al., 2018). Enkelte pasienter i studien uttrykte en forståelse for den helsefremmende tilnærmingen til sykepleierne, men uttrykte at de følte seg kontrollert av restriksjoner om hva de “[were] allowed to eat” (Sebire et al., 2018, s. 4) og den fysiske aktiviteten de følte de *måtte* gjøre. Deltakerne opplevde dette

tapet av kontroll når ønsket om livsstilsendring ikke kom fra dem selv, men som et press for å tilfredsstillende sykepleiere eller andre i omgivelsene. Restriksjonene ble beskrevet av informantene som en trussel for dagliglivet. Mangel på kontroll ble knyttet opp til “introjected motivation”, der motivasjonen er basert på et manglende ønske om å utføre aktiviteten. Knutsen & Foss (2017) kobler mangelen av kontroll på mot oppfølging av DM2 i hverdagen. Funnene viser at pasientene uttrykker at sykdommen tar stor plass i dagliglivet og krever oppfølging samt tilstedeværelse. Pasientene uttrykker dette som krevende siden hverdagen har mange forpliktelser akkurat som retningslinjene for DM2. Dette gjorde at selvkontrollen av DM2 var krevende, siden det var vanskelig å finne en rytme og balanse i hverdagen med plass til oppfølging av DM2.

6.0 Diskusjon

6.1 Metodediskusjon

6.1.1 Land og arena for studiene

Forskningen fra de utvalgte artiklene ble gjennomført i Australia, Norge, Nederland og England. Forskningsarenaen i studiene ble sentrert til primærhelsetjenesten og poliklinikker. Under søket fant vi ingen artikler som var direkte relatert til hjemmetjenesten, men vi anser de utvalgte artiklene som relevante for oppgavens hensikt. Det kan antas at disse landene har lignende helsetjenester, lik forståelse av DM2 som en kronisk sykdom, samt like fremgangsmåter med behandlingen av sykdommen, som er først og fremst sentrert rundt livsstil og administrere blodglukosesenkende legemidler.

6.1.2 Forskernes bakgrunn

Forskerne hadde for det meste helsefaglig bakgrunn. Noen av forskerne i artiklene var presentert som professorer innenfor sykepleievitenskap, medisin, og allmenntilleggsmedisin. I tillegg hadde noen forskere aktuell kompetanse innenfor ernæring, fysisk aktivitet og helse, som er meget relevant for å undersøke problemstillinger knyttet til pasienter med DM2. Forskere var også representert innenfor feltet humaniora, med sosialantropologer og samfunnsvitere.

6.1.3 Deltakerne i studiene

I artiklene til Sebire et al. (2018) og Knutsen & Foss (2017) var informantene pasienter med DM2. Linmans et al. (2015) inkluderte både pasienter og sykepleiere i studien, mens hos Smith et al. (2021) var informantene sykepleiere. Dette gir et bredt spekter av synspunkter fra både pasienter og sykepleieres side. Rekruttering av pasientene skjedde gjennom helsesentre og poliklinikker, i tillegg ønsket Knutsen & Foss (2017) å rekruttere pasienter som strevde med

mestring av DM2. Men forskerne hadde ingen måte å måle om det ble oppnådd. I studien til Linmans et al. (2015) ble pasientene rekruttert fra de deltakende sykepleiernes egen klientbase. Pasientene hadde allerede en relasjon til sykepleierne, noe som kan føre til et skjevt utvalg av deltakere, da populasjonen som er valgt ikke ble tilfeldig plukket ut. Alderen til pasientene med DM2 i studiene var 40 år og oppover, med en gjennomsnittsalder på 50+ år. Det var varierende pasientdeltagelse i studiene. Linmans et al. (2015) hadde flest deltakere med 141 pasienter og 12 sykepleiere, da en kvantitativ metode gir mulighet for å analysere data fra et større antall deltakere. I de andre artiklene varierte det fra fire til 30 deltakere.

6.1.4 Artiklenes forskningsmetode og etiske forhold

Etter grundig gjennomgang av studienes metode, synes vi de har vært riktige i forhold til hver av studienes hensikter. Den kvalitative metoden som ble anvendt av Linmans et al. (2015) var riktig for deres hensikt med å måle enighet mellom pasienter og sykepleiere. Spørreskjemaet hadde få enkle, lukkede spørsmål med tre svaralternativer. Som er en fordel i praksis, da det gir en generell indikasjon på pasientens motivasjon og ikke er tidkrevende å gjennomføre. En svakhet er at sykepleierne visste om spørsmålene på forhånd, som kan påvirke samtaleemnene mellom pasienten og sykepleieren før utfyllelse av skjemaet. En annen svakhet er at den kvantitative metoden ikke sier noe om hvorfor pasienter vurderte seg mer positivt, så våre antakelser kan ikke regnes som en absolutt sannhet. De andre artiklene hadde kvalitative metoder og samlet data med både observasjon og semistrukturerte intervjuer (Smith et al., 2021), eller kun semistrukturerte intervjuer (Sebire et al., 2018; Knutsen & Foss 2017). Kvalitative metoder gjør at vi får et godt dybdeperspektiv over artiklenes problemstilling gjennom direkte beskrivelser av opplevelser fra deltakerne. Smith et al. (2021) og Sebire et al. (2018) brukte NVivo som kodet for delte meninger og temaer i analysearbeidet. Knutsen & Foss (2017) analyserte hovedtemaene i observasjonene og intervjuene selv, som gjør at deres tolkning kan være forskjellig fra andres tolkning av det samme materialet.

Alle de fire artiklene vi valgte har blitt godkjent av sine respektive lands etiske komiteer, som sikrer at studiene er gjort riktig i forhold til forskningsetiske krav. Deltakernes sensitive opplysninger og identitet ble anonymisert i studiene. Tre av studiene har direkte sitater, der deltakerne har fått pseudonyme navn for å opprettholde anonymiteten. Alle deltakerne i studiene har foretatt et informert samtykke, der de hadde mulighet til å trekke seg underveis i studiene.

6.1.5 Artiklenes relevans for hensikten med oppgaven

Metoden vi valgte var integrativ litteraturoversikt, der vi kunne bruke studier med både kvalitative og kvantitative metoder. Noe som ga oss muligheten til å se på pasientenes vilje til motivasjon på en generell basis, og undersøke i dybden faktorer som spiller inn i motivasjon og mestring for pasienter med DM2. Samtidig brukte vi bevisst artikler som hadde både sykepleier- og pasientperspektiv. Når vi ser tilbake, kunne vi vært enda mer spesifikke og valgt artikler med et av perspektivene for å få mer spesifikke funn. Funnene i artiklene var mange, og i analysearbeidet måtte vi velge ut noen punkter vi ønsket å fokusere på og velge bort andre. Hovedfunnene og underkategoriene vi kom frem til representerer sentrale temaer for vår problemstilling. Samspeilet mellom motivasjon og mestringsfølelse henger tett sammen. Derfor kunne vi gruppert alle funnene våre i for eksempel to hovedkategorier om motivasjon og mestring. Men vi synes sykepleieres holdninger og hvordan pasienter har tendens til å fremstille seg utgjør viktige hovedpunkter.

Våre avgrensninger ble valgt basert på at vi ikke fant studier som omhandlet motivasjon og mestring med DM2 pasienter i hjemmesykepleien. Derfor forsøkte vi å finne artikler som kunne gjenspeile en andel av pasientene som mottar hjemmesykepleie. Vi mener vi har gjort vårt ytterste for å inkludere de artiklene som best kunne gjenspeile dette, men anerkjenner at det er vanskelig å vite om disse populasjonene er sammenlignbare i virkeligheten.

6.2 Resultatdiskusjon

6.2.1 Sykepleiers holdninger i møte med diabetespasienter

De to mønstrene vi identifiserte som fremtredende i studien til Smith et al. (2021) viser til at sykepleierne hadde et syn på DM2 som gir et forenklet bilde av sykdommen og at sykepleierne ble utålmodige når de følte pasientene ikke var motiverte nok til å endre livsstil. Det er viktig å anerkjenne at sykepleierens beskrivelse av DM2 (kontrollerbar og selvpåskyldt sykdom av usunn livsstil) og deres syn på hovedårsaken til sykdommen (overvekt og fedme) er delvis korrekt ifølge litteraturen. Symptomene til DM2 er til en viss grad kontrollerbare ved å legge om levevaner (Diabetesforbundet, 2023a). Samtidig er en av de mange og komplekse årsakene til utviklingen av sykdommen, en usunn livsstil (som kan resultere i overvekt og fedme) (Diabetesforbundet, 2023d; Jenssen, 2022, s. 392).

Resultatene i studien er en påminnelse om at stigmaet rundt overvekt og fedme som noe selvgjort, ikke belyser de komplekse årsakene til både overvekt og utvikling av DM2. Om man får tunnelsyn over visse faktorer vil sykepleien til disse pasientene i hjemmesykepleien bli ufullstendig. Maktposisjonen til sykepleieren som den bedrevitende kan hemme pasientens

ønske om å delta i å styrke helsekompetansen, da deres selvbestemmelse over eget liv kan føles å bli innskrenket. Motiverende veiledning er en god tilnærming til pasienter som har DM2 i hjemmesykepleien (Eide & Eide, 2019, s. 57). Gjennom å fokusere på hva som kan bli gjort, og hva som er viktig for pasienten, vil man ta hensyn til pasientens selvbestemmelse. Sykepleieren må jobbe med å få en god relasjon til pasientene i de korte øyeblikkene hun har med pasienten. Det innebærer å jobbe med sine egne fordommer, slik at maktposisjonen ikke misbrukes, men brukes til å være en ytre motivasjon for at pasienten skal nå sine mål. Sykepleieren må kunne være positiv, selv når pasienten feiler. Livet stiller store krav til personer med DM2, som gjør at hjemmeboende pasienter kan ha det vanskelig med å klare å etterleve de rådene de får. Tålmodighet, positivitet og motivasjon til å nå små steg om gangen kan bidra til at pasienten klarer å sette sammenheng mellom kunnskap om DM2 og hvordan de skal utføre handlinger i hverdagen for å leve best mulig med sin sykdom. Når pasienten har både forståelse og ønske om å utføre handlinger som kreves, har pasienten styrket sin helsekompetanse.

6.2.2 Hvordan pasienter fremstiller seg selv

Pasientene i studien til Linmans et al. (2015) hadde tendens til å rapportere at de var mer fysisk aktive i hverdagen, og mer motivert til å endre livsstil enn det sykepleierne oppfattet. Noe som kan reflektere at det kan være vanskelig for sykepleiere å korrekt estimere pasienters faktiske livsstil, og hvor motiverte de egentlig er til å endre livsstil. Sykepleierne i denne studien så pasientene sine for regelmessige konsultasjoner og veiledning fire eller mer ganger i året. Funnene kan være relaterbare for sykepleiere og pasienter i hjemmesykepleien, der sykepleieren vil være til stede i deler av dagen eller uken til pasienten.

På en annen side kan resultatene reflektere at pasienter har en tendens til å overrapportere hvor fysisk aktive og motivert til å endre livsstil de er for sykepleiere. Litteraturen viser til at det fortsatt er et stigma rundt DM2 som en selvpåført sykdom som skyldes pasientens dårlige livsstilsvalg (Iversen et al., 2022, s. 537). Pasientene har gjerne en forståelse for at deres helseatferd er "feil" i forhold til hvordan det er forventet at en bør leve. Vissheten om hvordan en bør leve og hva andre kan tenke når en ikke etterlever dette kan være en av årsakene til at pasienter overestimerer hvor fysisk aktive de er og hvor motivert de er til å endre livsstil. Dette rapporterer noen av pasientene i studien til Knutsen & Foss (2017), at noen av pasientene valgte å være mindre åpen om deres situasjon som følge av fordommer andre hadde om sykdommen.

Begge disse mulige årsakene viser viktigheten av å skape en kontinuerlig relasjon der pasienten føler at hun kan dele åpent og ærlig. Ved motiverende veiledning er et sentralt punkt

å skape en god relasjon til pasienten (Eide & Eide, 2019, s. 57). Noe som kan være krevende i en travel hverdag i hjemmesykepleien, der sykepleieren er i begrenset kontakt med pasienten. Å være pålitelig og skape rom for at det er greit om pasienten ikke alltid klarer å etterleve livsstilsrådene i hverdagen vil bidra til at pasienten gjerne ønsker å dele åpent og ærlig med sykepleieren når hun er på besøk. En god og åpen relasjon legger og grunn for at pasienten skal være åpen for å motta informasjon og styrke helsekompetansen.

6.2.3 Mestring i hverdagen

Hverdagsmestring er nødvendig for at pasienter med DM2 skal kunne balansere dagliglivet og sykdommens krav. Artikkelen til Knutsen & Foss (2017) tar opp utfordringer med hensyn til mestring for pasienter med DM2. Her blir DM2 sett på som en sårbar sykdom grunnet forandringene den medfører i de ulike aspektene av livet, samt skammen over at sykdommen er selvpåført (Knutsen & Foss, 2017, s. 288-289). Som sykepleier i hjemmetjenesten i møte med DM2 pasienter som en sårbar gruppe er det viktig å ta i bruk Kari Martinsens omsorgsfilosofi som tilnærming, der omsorgen står sentralt for forståelsen av andres situasjon (Martinsen, 2003, s. 76). For sykepleiere i hjemmesykepleien er forståelse for DM2 pasientens sårbare situasjon knyttet til omsorgsarbeidet som innebærer tidligere erfaringer og fagkunnskaper som de har, og som de videreformidler (Martinsen, 2003, s. 75). Med disse ferdighetene vil sykepleiere i hjemmetjenesten i møte med DM2 pasienter bidra til en helsefremmende behandlingsplan som innebærer livsstilsendringer.

Den sårbare situasjonen DM2 pasientene befinner seg i, sammenfattes i artikkelen til Knutsen & Foss (2017) der hverdagen føles ustrukturert og strevsom. Dette ses i sammenheng med at helsekompetansen av sykdommen ikke er lagt til grunn for å gi rutine i hverdagen. For at pasienter med DM2 skal kunne mestre hverdagen må sykepleiere i hjemmetjenesten sammen med pasienten legge til rette for struktur i det daglige, slik at beherskelse av oppfølgingen til DM2 diagnosen oppnås. For å bedre struktur på må pasientens "empowerment" styrkes, slik at de har indre styrke til å møte hverdagen med de utfordringene DM2 kommer med. Sykepleiere kan bistå pasienten til å oppdage og utvikle sine egne evner for å finne ut hva som er viktig og meningsfullt for én selv (Iversen et al., 2022, s. 547). Gjennom mestring arbeidet til sykepleierne legger de til rette slik at pasienten får mulighet til å uttrykke behovene sine, som bidrar til at pasienten får autonomi over situasjonen (Eide & Eide, 2019, s. 57). Her kan pasienten komme med krav til den individuelle behandlingen slik at de nye tiltakene tilrettelegges godt inn i hverdagen, som vil gi struktur. Sykepleiere i hjemmetjenesten skal

sammen med pasienten finne overkommelige behandlingsmål slik at hverdagen oppleves mulig å gjennomføre, som vil gi en følelse av beherskelse av diagnosen.

6.2.4 Faktorer til motivasjon

I studien til Sebire et al. (2018) fikk informantene med lav motivasjonskvalitet motivasjon fra ytre prosesser, som i dette tilfellet var sykepleierne. Sykepleiere var et viktig verktøy for de med lavere motivasjonskvalitet for å hjelpe pasienter mot en tilrettelagt behandlingsplan. Den ytre motivasjon fra sykepleiere i hjemmetjenesten ses på som et «push» til pasientene om selvregulering av DM2, som innebærer opprettholdelse av adekvat fysisk aktivitet og sunt kosthold for etterlevelse av retningslinjene. Denne tilnærmingen fra sykepleiere la til rette for at pasientene skulle bli mer ansvarlige for behandlingen. Den ytre motivasjonen skulle over tid resultere i indre motivasjon der pasientene skulle oppnå autonomi ved behandling av DM2. I artikkelen til Sebire et al. (2018) opplevde deltakerne tap av kontroll siden ønsket om livsstilsendring ikke kom fra dem selv, men fra sykepleieren, og derfor var det viktig at oppfølgingen fra sykepleiere skulle føre fram til indre motivasjon hos pasientene. Sykepleiere i hjemmetjenesten må derfor under behandlingsforløpet inkludere DM2 pasientene i avgjørelser, slik at pasienten kan uttrykke individuelle behov rettet mot sin egen livssituasjon. Dette styrker pasientens indre motivasjon, som gjør de til initiativtakere og aktive aktører i videre behandlingsforløp (Eide & Eide, 2019, s. 61). Samlet sett vil ytre motivasjon fra sykepleiere ha en god innvirkning i startfasen av behandlingsforløpet, der DM2 pasientene over tid må beherske diagnosen så langt som mulig, slik at behandlingen og opprettholdelsen av DM2 blir en personlig sak, der pasientens indre motivasjon medvirker til livsstilsendringene.

7.0 Anvendelse i praksis

Vi ønsket å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til at diabetespasienter i hjemmesykepleien ønsket å ta del i sin behandling gjennom å fremme helsekompetanse. Våre funn viser til at sykepleiere kan ha et forenklet bilde av DM2, som gjør at de blir utålmodige og oppgitt når pasienter ikke når mål eller virker motivert nok. At det kan være vanskelig å vurdere om pasienter etterlever kravene til livsstilsendring, og samtidig kan noen pasienter overrapportere det de oppfatter som “riktig” helseatferd. Det var flere ting som spilte inn i om pasientene mestret sykdommen sin: vanskelighet å balansere hverdagen med sykdommens krav, hverdagen med alle endringene kunne føles strevsom og ustrukturert, samtidig kan det sosiale stigmaet rundt DM2 føre til at pasienter trekker seg unna og er mindre åpen om sin situasjon. Motivasjonsfaktorer som ble identifisert var mye i form av ytre motivasjon: (1) støtte og struktur med oppfølging av helsepersonell, men sykepleierens viten kunne og føre til at

pasienter kunne føle seg kontrollert av restriksjonene. (2) Følelsen av skyld og skam når pasientene ikke når mål kunne være en motivasjonsfaktor eller en stor belastning i behandlingsforløpet.

Basert på disse funnene, har vi noen forslag til hvordan sykepleiere kan bidra til å styrke pasienter med DM2 sin helsekompetanse i hjemmesykepleien. Sykepleierens fagkompetanse og erfaringer er viktig i arbeidet med å styrke pasientens helsekompetanse. Sykepleierne bør bidra med formidling av ny kunnskap, og repetere kunnskapen. Men om sykepleieren går for sterkt frem med sin kunnskap kan det føre til at pasienten føler seg kontrollert av sykepleieres krav, ikke pasientens faktiske ønsker. Motiverende veiledning som metode er et viktig redskap i å styrke pasientens selvbestemmelse. Dette gjennom kartlegging av pasientens individuelle behov og ønsker og å fremme den gode relasjonen i en travel hverdag som sykepleier i hjemmesykepleien. Målet vil være å gjøre pasienten i stand til å omsette lært helsekunnskap til praktiske handlinger, som vil bidra til en styrking av pasientens helsekompetanse. Sykepleieren må drive et aktivt holdningsarbeid i møte med sine DM2 pasienter. Det bør arbeides mot en fordomsfri atferd. Samtidig bør sykepleieren være tålmodig i pasientens prosess med å tilegne seg helsekompetanse og klare å anvende det i dagliglivet. Små, realistiske mål og forståelse for at det er flere faktorer som gjør det vanskelig for pasienter å balansere dagliglivet og sykdommens krav til livsstilsendring er essensielt i arbeidet.

Referanser

- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis* (2.utg.). Cappelen.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Diabetesforbundet. (2023a, 21. oktober). *Kan du bli kvitt diabetes?* Hentet 14. desember 2023 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/kan-du-bli-kurert/>
- Diabetesforbundet. (2023b, 10. februar). *Kjenn din risiko for diabetes type 2*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/kjenn-din-risiko-for-diabetes-type-2/>
- Diabetesforbundet. (2022c, 26. september). *Praktisk hjelp fra kommunen*. Hentet 16. november 2023 fra <https://www.diabetes.no/felles/rettigheter/praktisk-hjelp-fra-kommunen/>
- Diabetesforbundet. (2023d, 4. oktober). *Årsaker til diabetes*. Hentet 21. november 2023 fra <https://www.diabetes.no/hva-er-diabetes/arsaker-til-diabetes/>
- Diabetesforbundet. (2023e, 4. oktober). *Sunt kosthold og aktivitet*. Hentet 21. november 2023 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-2/behandling/sunt-kosthold-og-aktivitet/>
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal.
- Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg.). Studentlitteratur AB.
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. juni 2023, lest 14. desember 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c9418/3/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Iversen, M. M., Hernar, I. & Mosand, R. D. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar i diabetespoliklinikk. | D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 531-567). Gyldendal.
- Jenssen, T. (2022). Diabetes mellitus. | S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 385-398). Gyldendal.

- Knutsen, I. R. & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg! *Nordisk Sygeplejeforskning* 7(4). 289-293. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-02>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021a). Sykepleie - relasjoner, verdier og etikk. | N. J. Kristoffersen, E. A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., Bind, 1, s. 29-78). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Skaug E. A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021b). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., Bind 3). Gyldendal.
- Linmans, J.J., Knottnerus, J. A. & Spigt, M. (2015). How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals. *Primary care diabetes*, 9(6), 439-445. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.02.001>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historiske filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: en innføring i sykepleierens etikk* (2.utg.). Gyldendal.
- Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A. & Andrews, R. C. (2018). "I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC public health*, 18(1), 204. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>
- Smith, C. J., McNaughton, D. A. & Meyer, S. B. (2021). Implications for clients when nurses view weight as main cause of Type 2 diabetes in primary care. *Australian journal of primary health*, 27(5), 404-408. <https://doi.org/10.1071/PY20245>
- Stene, L.C.M. (2021). *Diabetes i Norge*. (folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/diabetes/?term=>

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.10.23	Idunn	Diabetes type 2	Årstall: 2013 - 2023 Krysset av for forskningsartikkel.	93	5	3	1
24.10.23	CINAHL	Diabetes Mellitus type 2 OR Practical Nurses OR Diabetes Nursing	Årstall: 2013 - 2023 Krysset av for: full text, peer reviewed, academic journals, språk: engelsk	13 054	2	3	1
30.10.23	CINAHL	"Diabetes mellitus type 2" AND "lifestyle changes"	Årstall: 2013 - 2023 Krysset av for: full text, peer reviewed, academic journals, språk: engelsk	4342	8	4	2

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Linmans, J. J., Knottnerus J. A. & Spigt, M. 2015. Primary Care Diabetes Europe. Nederland.	How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals.	Å vurdere hvor motivert pasienter med DM2 er til å endre livsstil. I tillegg undersøkes det hvorvidt sykepleierne klarer å vurdere pasientens motivasjonsnivå og villighet til å endre livsstil.	Pasient og sykepleierperspektiv.	Kvantitativ metode. Data ble samlet inn via spørreskjema med flere elementer: - Generelle karakteristika (alder, kjønn, antall år de har hatt diabetes, deres kroppsvekt, medisiner de går på). - Spørsmål om pasientens nåværende fysiske aktivitet i forhold til Nederlands standard for sunn fysisk aktivitet. - En "three level motivation scale" for å samle data om pasientens motivasjon til å endre livsstil. - Spørsmål om livsstil ble diskutert i konsultasjonene og om pasientene fikk råd om hvordan de kunne forbedre livsstilen. - Biomedisinske data ble samlet inn fra pasientens elektroniske journaler. Sykepleierne svarte på samme spørreskjema, og de ble spurt om de diskuterte livsstilsendringer og råd med	141 pasienter med DM2 deltok. Gjennomsnittsalder: 64 år, gjennomsnittstid fra diagnose: 7,5 år. Deltakerne ble rekruttert via 10 forskjellige helsesentre i den sørlige delen av Nederland.	Mange pasienter rapporterte at de ikke var særlig fysisk aktive og heller ikke motivert til å endre livsstil. Pasient og sykepleiere hadde lav enighet når det gjaldt hvor fysisk aktive pasientene var og om pasientene var motivert til å endre livsstil. Pasientene var generelt mer positive når de rapporterte hvor fysisk aktive de var, sammenlignet med sykepleierens oppfatning.

				<p>pasienten i konsultasjonen.</p> <p>Analyse av data ble gjort gjennom dataprogrammene SPSS 21, og statistical software R.</p>		
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
<p>Smith C. J., McNaughton D. A. & Meyer S. B. 2021. Australian Journal of Primary Health. Australia.</p>	<p>Implications for clients when nurses view weight as main cause of Type 2 diabetes in primary care.</p>	<p>Undersøker hvordan diabetessykepleiere snakker om vekt i forhold til pasientenes DM2 diagnose, og hvilke implikasjoner det har for sykepleierens praksis i primærhelsetjenesten i Australia.</p>	<p>Sykepleierperspektiv.</p>	<p>Kvalitativ metode. Data ble samlet inn ved to faser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. observasjon av seks gruppeundervisninger for diabetes og åtte en-til-en møter med sykepleiere og pasienter over to måneder. 2. Semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål om temaene som ble identifisert i fase 1. Både sykepleier og pasient ble intervjuet, men artikkelen rapporterte bare sykepleierens intervjuer. <p>Data ble analysert ved å lage tabeller over observasjons- og intervjunotater, og identifisere mønstre og perspektiver med disse.</p> <p>En åpen og fokusert koding ved bruk av NVivo 10- programvare ble brukt for å tolke dataene og</p>	<p>Fire diabetessykepleiere som jobbet på tre forskjellige poliklinikker.</p> <p>De fleste pasientene var over 50 år, snakket engelsk og var født i Australia. Median ukentlige inntekt i det geografiske området var under det nasjonale gjennomsnittet.</p>	<p>Fire hovedtemaer ble identifisert ut fra observasjonene og intervjuene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overvekt og fedme ble sett på som de primære årsakene til diabetes type 2. 2. Livsstilsendring ble sett på som hovedårsakene til, og modifierbare risikofaktorer for diabetes type 2. 3. Overvekt og fedme ble sett på som usunt 4. Vekt ble ofte diskutert i pasienters møter med sykepleiere.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Knutsen, I. R., Foss, C. (2017) <i>Universitetsforlaget</i> . Norge.	Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg! Å leve på den "rette" måten med diabetes type 2.	Hensikten med studiet tok for seg utfordringer med egenmestring knyttet til diagnosen diabetes type 2. Det ble undersøkt hvordan sykdommens påvirkning og begrensning i hverdagen opplevdes med tanke på helsen og oppfølging.	Pasientperspektiv.	<p>Kvalitativ metode med diskursanalytisk tilnærming. Diskursen viste hvordan kulturelle og sosiale faktorer påvirker hvordan avsenderen uttrykker seg.</p> <p>Spørsmålene diskursen innebar var hvordan livet var før diagnosen og hvordan sykdommen påvirker hverdagen nå.</p> <p>De kvalitative intervjuene ble gjennomført enten hjemme hos pasientene, på poliklinikker eller på offentlige lokaler. De som intervjuet hadde sykefaglig bakgrunn eller hadde tidligere arbeidet med kronisk syke pasienter.</p>	Rekruttering av pasienter inkluderte voksne over 18 år med diagnosen diabetes mellitus type 2. Gjennomsnittsalder: 56 år. Utvalget skulle bestå av et bredt mangfold av pasienter fra ulike deler av Norge, der ønsket var å velge ut pasienter som strevde med egenmestring i forhold til sykdommen. Pasienter som strever med diabetes og i tillegg har komplikasjoner, henvises ofte til spesialhelsetjenesten. Studiet hentet derfor frivillige deltagere fra diabetespoliklinikken, derav 25 pasienter med diabetes type 2 ble intervjuet.	Hovedfunnet viste til at mestring påvirkes av kravene som stilles i hverdagen i forhold til sykdommen, og forventninger pasienten opplever av omgivelsene. Under den helsefremmen de diskursen ble det anvendt 3 områder av livet, disse var det praktiske, sosiale og moralske livet. Her uttrykte pasientene utfordringer til de ulike aspektene av livet. Diabetes-pasientene hadde ulike tilnærminger til sykdommen der deltagere viste til at sykdommen tok en del plass og oppmerksomhet i hverdagen. Under intervjuene uttrykte noen pasienter kontroll over sykdommen, andre uttrykte strevsomhet. Pasientene

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner K. M., Cooper A. R., Page A. S., Malpass, A., Andrews R. C. (2018).	“I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus.	Hensikten med studiet er å undersøke hvordan pasienter opplever oppretholdelse n av diabetes type 2 ved livsstilsendring er i henhold til ulike former for motivasjon.	Pasientperspek- tiv.	Prospektiv kvalitativ metode. Denne studien er basert på en sekundær analyse av intervjuer av pasienter med nyoppstått diabetes sykdom, som tidligere hadde deltatt på det kvalitative studiet "The Early ACTID" (Early ACTivity in Diabetes). Denne tidligere studien hadde som mål å undersøke hvordan pasienter håndterte den nye sykdommen tilværelsen. Det ble gjennomført et semi strukturert intervju der diskursen foregikk via telefon og intervju ansikt til ansikt. Deduktiv innholdsanalyse ble utført ved bruk av verktøyet NVivo V10.	Det ble totalt intervjuet 30 personer som nylig hadde fått diagnosen diabetes mellitus type 2, 18 kvinner og 12 menn. Alderen til deltakerne var mellom 40-72 år.	Funnene i artikkelen viste til et mangfold av motivasjonskva- litet hos pasienter som hadde hatt diabetes i en lengre periode og de som nylig hadde fått diagnostisert diabetes. Pasientene uttrykte at struktur og støtte fra helsepersonell bidro til motivasjon for å vedlikeholde livsstilsendrin- gen. Pasientene beskrev at adferden ble endret ved å følge en ny rutine som helsepersonell et formidlet. Disse livsstilsendrin- gene ble under studiet regulert av helsepersonell, der målet var å bedre helse og livskvaliteten til pasientene.