



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Livsstilsendringer og diabetes mellitus type 2

Kandidatnummer: 6 og 77

Totalt antall sider inkludert forside: 46

Molde, 27.05.2021



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 26.05.2021

Antall ord: 6622

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes mellitus type 2 er utbredt sykdom på verdensbasis. Prevalensen er økende, også i Norge. Livsstilsendringer er en viktig del av behandling av sykdommen. Som sykepleiere vil vi ofte møte denne pasientgruppen.

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven vår er å belyse hvilke erfaringer pasienter med type 2 diabetes mellitus møter i forhold til livsstilsendringer.

Metode: Litteraturstudie ble brukt som metode. 10 kvalitative artikler ble funnet ved hjelp av systematisk søk i database. Forskningsartiklene ble kvalitetsvurdert og analysert. Funnene ble syntetisert og presentert i temaer.

Resultat: Pasienter med diabetes type 2 opplever utfordringer i forhold til støtte og anerkjennelse både fra helsepersonell og fra sitt sosiale nettverk. Kostholdsrestriksjoner og tidkrevende endring i forhold til livsstil var også noe pasienten erfarte som vanskelig. Kunnskap og forståelse av sykdommen viste seg å være viktig for selvbehandling av sykdommen. Kunnskapen om de ulike livsstilsendringene og sykdommens patologi påvirket pasientenes evne til selvbehandling.

Konklusjon: Livsstilsendringer for pasienter med diabetes type er preget av kompleksitet. Livsstilsendring krever kunnskap om ernæring, fysisk aktivitet, selve sykdommen og hvordan man kan strukturere og effektivisere hverdagen. Sykdommen krever kontinuitet, og for å oppnå livsstilsendringer trenger pasientene støtte og anerkjennelse fra helsepersonell, venner og familie.

Nøkkelord: Diabetes type 2, erfaringer, livsstilsendringer, støtte, kunnskap.

Abstract

Background: Diabetes mellitus type 2 is a widespread disease worldwide. The prevalence is increasing, also in Norway. Lifestyle changes are an important part of treating the disease. As nurses, we will often meet this patient group.

Purpose: The purpose of our bachelor thesis is to shed light on the experiences patients with type 2 diabetes mellitus encounter in relation to lifestyle changes.

Method: Literature study was used as a method. 10 qualitative articles were found using systematic database search. The research articles were quality assessed and analyzed. The findings were synthesized and presented in themes.

Result: Patients with type 2 diabetes experience challenges in terms of support and recognition both from healthcare professionals and from their social network. Dietary restrictions and time-consuming change in relation to lifestyle were also something the patient experienced as difficult. Knowledge and understanding of the disease proved to be important for self-treatment of the disease. The knowledge about the various lifestyle changes and the pathology of the disease affected the patients' ability to manage the disease.

Conclusion: Lifestyle changes for patients with type 2 diabetes are complex. Lifestyle change requires knowledge about nutrition, physical activity, the disease itself and how to structure and be more effective in everyday life. The disease requires continuity, and in order to achieve lifestyle changes, patients need support and recognition from healthcare professionals, friends and family.

Keywords: Type 2 diabetes, experiences, lifestyle changes, support, knowledge

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	3
1.2	Valg av perspektiv	3
2.0	Metode	4
2.1	Datainnsamling.....	4
2.1.1	Valg av tema	4
2.1.2	PICO- skjema.....	4
2.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.1.4	Valg av database og databasesøk	5
2.2	Kritisk vurdering og etiske hensyn.....	6
2.3	Analyse	7
3.0	Resultat	9
3.1	Profesjonell støtte	9
3.2	Sosial støtte.....	10
3.3	Kostholdsrestriksjoner og tidkrevende endringer.....	11
3.4	Kunnskap, forståelse og asymptomatisk sykdom.....	12
4.0	Diskusjon	14
4.1	Metodediskusjon	14
4.1.1	Prosjektskissen	14
4.1.2	Inklusjons- og eksklusjons kriterier	14
4.1.3	Datainnsamling	15
4.1.4	Analyse.....	15
4.1.5	Inkluderte artikler.....	16
4.2	Resultatdiskusjon.....	17
4.2.1	Behovet for støtte og anerkjennelse fra helsevesenet	17
4.2.2	Viktigheten av det sosiale nettverket	19
4.2.3	Kostholdsrestriksjoner og mat som medisin	20
4.2.4	Individets kunnskap og forståelse av sykdommen.....	21
4.2.5	Sykdommens krav til tid	22
5.0	Konklusjon	23
6.0	Referanseliste	25

Vedlegg 1: Søkestrategi/databasesøk

Vedlegg 2: PICO-skjema

Vedlegg 3: Artikkelloversikt

Vedlegg 4: Eksempel på sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie

1.0 Innledning

Vi har valgt å ta for oss sykdommen diabetes mellitus type 2 og erfaringer pasienter har i forhold til det å gjøre og beholde livsstilsendringer. Mellom 2000 og 2016 var det en 5% økning i for tidlig død fra diabetes (WHO, 2021). I 2017 var det ifølge Khan mfl. (2020) omtrent 462 millioner individer som hadde diabetes type 2, noe som tilsvarer 6,28% av verdens befolkning. Over 1 million dødsfall per år er direkte forårsaket av diabetes, noe som gjør det til verdens niende ledende dødsårsak (Khan mfl. 2020). Dette er en stor utvikling, da ifølge Khan mfl. (2020), så var diabetes nummer 18 på ledende dødsårsaker i 1990.

I Norge er det omtrent 200 000 personer med diabetes type 2 (Jacobsen mfl. 2017). Akutte komplikasjoner er relativt sjeldent ved diabetes type 2, men senkomplikasjoner opptrer jevnlig. Senkomplikasjoner skyldes forkalkning på innsiden av små blodkar. Større blodkar, hjertet, nyrene, øynene og nerver kan da skades av å ikke få tilstrekkelig blodtilførsel. Dette kan føre til hjerte- og karsykdommer, mikroangiopatier og erektil dysfunksjon (Jacobsen mfl. 2017).

Tallene viser en kontinuerlig stigning i sykdomsprevalensen i alle regioner av verden (Khan mfl. 2020). Ifølge Verdens helseorganisasjon er livsstilsendringer i form av sunt kosthold, regelmessig fysisk aktivitet og vedlikehold av en normal kroppsvekt måter man kan unngå eller utsette diabetes type 2 på. Diabetes mellitus type 2 kan også behandles og sykdommens konsekvenser unngås hvis livsstilsendringene kombineres med medisinsk behandling, regelmessig screening og behandling av komplikasjoner (WHO, 2021).

Vi valgte diabetes mellitus type 2 som tema på grunn av hvor utbredt sykdommen er, men også fordi det er en sykdom som er forsket mye på og som man har mye kunnskap om. Hvorfor er da prevalensen så økende? Hvorfor dør så mange av diabetes type 2? Mye av behandlingen av sykdommen tar utgangspunkt i livsstilsendringer, noe som vi vurderer som den «enkleste» måten å behandle en sykdom på. Ut ifra egen erfaring så ser vi derimot at livsstilsendringer kan være enkle i teori, men utfordrende å utføre i praksis. Av den

grunn så vi det som interessant å utforske hvilke erfaringer denne pasientgruppen har i forhold til livsstilsendringer.

Grunnlaget for valget av dette temaet ligger også forankret i hvor sannsynlig det er for helsepersonell, og spesifikt sykepleiere å møte denne pasientgruppen. Uavhengig av hvilken avdeling eller plass man jobber på, vil man med stor sannsynlighet som sykepleier møte pasienter med type 2 diabetes. Av den grunn ser vi det som relevant for sykepleiepraksis å undersøke dette temaet nærmere for å avdekke pasienters egne opplevelser rundt denne sykdommen. Vi tenker at disse opplevelsene også kan være til hjelp i sykepleierens vurdering av tilnærmingen til denne pasientgruppen.

Vi har selv fullført totalt 5 praksisperioder i løpet av vår utdanningsperiode. Og etter temaet med prevalens ble diskutert, var vi begge enige om at vi hadde møtt denne pasientgruppen ved alle institusjoner og avdelinger vi hadde vært på. Ut ifra vår egen erfaring var det derfor ikke overraskende å se statistikken i forhold til prevalensen av diabetes mellitus type 2. Summen av egne erfaringer og statistikken rundt sykdommen ble til en nysgjerrighet rundt hva pasientene opplever når de skal håndtere livsstilsendringer som behandling.

1.1 Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven vår er å belyse hvilke erfaringer pasienter med type 2 diabetes mellitus møter i forhold til livsstilsendringer. Dette vil vi gjøre ved å sammenligne kvalitativ forskning på temaet og se etter tverrgående funn.

1.2 Valg av perspektiv

Vi har valgt å bruke et pasientperspektiv fordi vi var ute etter pasientenes subjektive erfaringer med livsstilsendring som behandlingsmetode for diabetes type 2.

2.0 Metode

Ifølge Dalland (2017) så er metodekapitlet ment for å beskrive den fremgangsmåten vi har valgt å benytte i datainnsamlingen. I metoddelen gjør vi rede for hvordan vi søkte oss frem til kildene vi har brukt i litteraturstudien vår. Dalland (2017) skriver at den litterære oppgaven skal ta utgangspunkt i data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Litteraturstudien gir et bredt spekter av opplevelser fra pasienter (Dalland, 2017).

2.1 Datainnsamling

2.1.1 Valg av tema

Temaet vårt ble valgt på bakgrunn av våre egne erfaringer med pasienter med diabetes type 2 og hvor ofte vi selv har møtt pasientgruppen gjennom jobb og praksis. Dette førte til at vi undersøkte temaet nærmere og fant statistikk som skapte en interesse til å utforske litteraturen på området.

2.1.2 PICO- skjema

Helsebiblioteket beskriver PICO-skjema som et verktøy som skal hjelpe oss å formulere, klargjøre og strukturere spørsmål til litteratursøket. PICO er et anagram av elementer som ofte er inkludert i spørsmålet (Helsebiblioteket.no. 2016). I vårt skjema har vi under P (Patient) skrevet “Diabetes mellitus type 2”, “Type 2 diabetes” og “DMT2” fordi dette er pasientgruppen vi leter etter. På I (Intervention) skrev vi “Blood glucose”, “Diet”, “Nutrition”, “Lifestyle changes” og “Physical activity» fordi vi ville ha livsstilsendringer som behandling. Vi tenkte dette var ord som ofte var brukt i denne sammenhengen. Under O (Outcome) skrev vi “Experienc*”, “Challenges”, “Barriers” og “Qualitative” for å få pasientenes erfaringer og sikre oss at vi fikk kvalitative artikler med et pasientperspektiv.

2.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Får å finne artikler som svarte på vår hensikt, definerte vi inklusjons- og eksklusjons kriterier. Kriteriene kan ses i tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus type 2• Livsstilsendringer• Pasientperspektiv• Fagfellevurdert til nivå 1• Kvalitativ forskningsmetode	<ul style="list-style-type: none">• Spesifikke etniske og/eller kulturelle grupper• Spesifikke kjønn• Spesifikke sosioøkonomiske grupper• Ulike helsetjeneste fra vår egen• Forskning basert på U-land

2.1.4 Valg av database og databasesøk

Vi har brukt to databaser. Ovid MEDLINE og PubMed. Vi hadde en del overlappende resultater og fant mye av den samme litteraturen i de to databasene. I alle søkene vi har utført har vi tatt i bruk ulike formuleringer av selve sykdommen: “Diabetes mellitus type 2”, “Type 2 diabetes”, “Type 2 diabetes mellitus.mp. og “DMT2”. Dette ble gjort for å sikre oss et mangfold av resultater, der ulike formulering ikke ekskluderte eventuelle artikler vi kunne brukt.

På bakgrunn av vår hensikt, som omhandler livsstilsendringer valgte vi først å inkludere “Lifestyle” eller “Lifestyle changes.mp.” som et søkeord. Deretter valgte vi å utdype søket ved å inkludere flere kombinasjoner av spesifikke MESH-søkeord innen livsstilsendring. For eksempel: “diet”, “nutrition”, “blood glucose” og “physical acitivity”. For å spisse oss videre inn på pasientopplevelser valgte vi å inkludere flere MESH-søkeord som: “Barriers”, “Challenges” og “Experienc*”. “Experienc*” ble trunkert for å sørge for at både resultater med “Experience” og “Experiences” dukket opp.

I PubMed-søkene ble også “Qualitative” brukt som MESH-term for å avgrense resultatene til kun kvalitative studier.

I PubMed valgte vi å bruke følgende filter: “MEDLINE”, “NURSING JOURNALS” og “ENGLISH”. I tillegg ble det satt en tidsramme fra 2013 til nåtid, dette for å sikre at artiklene er skrevet i nyere tid. I Ovid MEDLINE brukte vi filteret “QUALITATIVE (MAXIMIZES SPECIFICITY)” i begge søkene for å avgrense resultatene til kun kvalitative studier. I det ene søket brukte vi også filteret “FREE FULL TEXT” og satte på en tidsramme fra 2020 til 2021 for å få ny forskning. I det andre søket la vi på filteret “LAST 10 YEARS”.

2.2 Kritisk vurdering og etiske hensyn

Vi brukte helsebibliotekets sjekkliste for kvalitative artikler som mal i den kritiske vurderingen av forskningsartiklene. Alle artiklene som vi har inkludert er vurdert og godkjent i forhold til de 10 punktene på sjekklisten. Vi brukte også Norsk senter for forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler for å sjekke om artiklene var fagfellevurdert. Alle våre artikler er fagfellevurdert til nivå 1. Ved å bruke en strukturert mal og fremgangsmåte i analysearbeidet, følte vi at vi fikk gjort en god kritisk vurdering og kvalitetssikring av forskningsartiklene.

Vår forforståelse av Diabetes type 2 er at det er en kronisk sykdom som berører alle aspekter av ens liv. Vi ser på dette som en sårbar pasientgruppe. Av den grunn synes vi det var viktig å undersøke at forskningen vi har inkludert i litteraturstudien vår er utført på en etisk forsvarlig måte. 9 av de 10 forskningsartiklene vi har brukt i vår litteraturstudie er godkjent av en etisk komité. Av disse 9 er det 7 artikler som også spesifikt informerer om at deltakerne har gitt skriftlig og muntlig samtykke til deltakelse. Den ene artiklene som ikke har gått gjennom en etisk komité kommer fra et land der dette ikke er et krav for en kvalitativ studie. Forfatterne i denne påpeker at deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om hensikten til studien. Skriftlig samtykke ble innhentet ved første intervju. Deltakerne ble også påmint studiens frivillighet og muligheten til å avslutte deltakelsen når som helst.

2.3 Analyse

Malterud (2013) forklarer formålet med den fenomenologiske analysen på følgende måte: «Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forståelse i parentes i møtet med data». Målet vårt er altså å samle kunnskap rundt de forskjellige informantenes erfaringer. Vi har brukt David Evans metode for analyse i denne litteraturstudien. Metoden består av fire faser som strukturerte vårt arbeid med å finne og kvalitetsvurdere data (Evans, 2002).

Fase 1 - Innsamling av primærstudier

Etter valg av tema og hensikt begynte vi å søke i to databaser med utgangspunkt i et PICO-skjema (Vedlegg 2). Vi leste sammendragene til artiklene som kunne være relevant for vår hensikt. Videre dannet vi oss inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 1) basert på resultatene av våre søk. Artiklene ble lest i sin helhet basert på disse kriteriene og vår vurdering av relevansen i sammendraget.

Fase 2 - Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie

I denne fasen leste vi artiklene nøye flere ganger for å forstå innholdet og dannet oss en helhetlig forståelse av dataene som ble presentert. Ved å bruke markeringstusj fremhevet vi nøkkelfunn vi tenkte var relevant til vår hensikt. Artiklene ble plassert i oversiktstabeller (Vedlegg 3) og nøkkelfunnene ble samlet og strukturert med fargekoder i en notatbok.

Fase 3 - Relater tema/funn i de enkelte studiene sett i forhold til tema/funn i de andre studiene

Nøkkelfunnene vi fant ble sammenlignet og gjentakende funn ble kategorisert i temaer. I utgangspunktet lokaliserte vi syv temaer. Vi vurderte inklusjonen av temaene basert på hvor gjengående de var i de ulike artiklene og ekskluderte de to minst omfattende temaene. Et av temaene var så omfattende at vi delte det opp i to undergrupper. De fire resterende temaene ble sammenfattet til to temaer basert på sammenheng. Totalt endte vi opp med 4 hovedtemaer som vi presenterer i resultatdelen vår.

Fase 4 - Beskrivelse av fenomenet

I den siste fasen har vi beskrevet temaene og innholdet i dem. Dataene ble syntetisert for å presentere de funnene som var tverrgående, og som vi vurderte som sterke. Vi gikk gjennom nøkkelfunn og temaene på nytt. Vi diskuterte og ble enige om relevansen av innholdet i syntesene i forhold til hensikten av litteraturstudien vår. Gjennom syntetiseringen fikk vi beskrevet alle temaene vi hadde valgt på en strukturert og oversiktlig måte.

3.0 Resultat

3.1 Profesjonell støtte

6 av 10 studier tar for seg erfaringene deltakerne har med profesjonell støtte og hvordan dette kan ha en innvirkning på livsstilsendringer (Schmidt mfl. 2020, Sebire mfl. 2018, Tanenbaum mfl. 2016, Tong, Vethakkan og Ng. 2015, Rise mfl. 2013, Wermeling mfl. 2014).

3 av 10 studier er skrevet basert på pasienter som har vært deltakere i en tidligere intervensjonsstudie. De fikk tett oppfølging i behandling og observasjonen av sykdommen. Disse studiene trekker frem positive aspekter av profesjonell støtte og hvordan deltakerne var redde for å miste denne støtten. Etter avslutning av intervensjonsstudiene og retur til allmenn praksis beskriver deltakerne mangel på støtte og vanskeligheter med å håndtere sykdommen på egenhånd. Deltakerne i intervjuene rapporterer en trang for anerkjennelse og det å få kontinuerlig, skreddersydd støtte og overvåkning. De beskriver dette som essensielt for å gjøre og vedlikeholde livsstilsendringer. Mangel på dette hadde innvirkning på motivasjon og velvære (Schmidt mfl. 2020, Sebire mfl. 2018, Rise mfl. 2013).

3 av 10 studier skriver om utfordringer og misnøye i forhold til kommunikasjon og forståelse fra helsepersonell. Her skrives det blant annet om korte konsultasjonstider, dårlig tid og det å ikke få se samme behandler hver gang. En annen utfordring som ble nevnt var at deltakerne ikke følte at korte instruksjoner om å gå ned i vekt hadde hensikt. De trengte mer konkret informasjon om hvordan dette skulle gjøres i praksis (Tanenbaum mfl. 2016, Tong, Vethakkan og Ng. 2015, Wermeling mfl. 2014).

3.2 Sosial støtte

5 av 10 artikler beskriver hvordan sosial støtte er en faktor for livsstilsendringer, både i forhold til familie, venner, arbeidskolleger og andre pasienter (Bennich mfl. 2020, Booth mfl. 2013, Cradock mfl. 2021, Rise mfl. 2013, Schmidt mfl. 2020).

2 av 10 artikler som var basert på tidligere intervensjonsstudier skriver at treningsgruppen og støtten fra andre pasienter hadde en positiv innflytelse på deltakernes motivasjon til å trene. Når deltakerne skulle ut på «egen hånd» ble det mer utfordrende og fraværet av et gruppemiljø ble en barriere i forhold til fysisk aktivitet. Flere av deltakerne beskriver intervensjonen de var med på som en «boble». Dette gjorde at de mistet støtten de tidligere hadde hatt i forhold til trening. Det ble vanskelig å finne nye treningspartnere som man kunne relatere seg. Det kunne også bli vanskelig å sette seg mål når det støttende gruppemiljøet forsvant (Rise mfl. 2013, Schmidt mfl. 2020).

4 av 10 artikler tar for seg erfaringer deltakerne har med livsstilsendringer i forhold til det sosiale nettverket de lever og jobber i. Når det sosiale nettverket ikke var like involvert, kunne det være ugunstig for deltakernes livsstilsendringer. Dette fordi familie, venner og kollegaer ikke nødvendigvis var bevisste eller sympatiske mot deltakerens livsstilsendringer. Flere deltakere uttrykte bekymring for å ødelegge for sine nærmeste ved å inkludere de i deres sykdom. De var redde for at det kunne oppstå konflikter. Artikkelen finner at jo mer involvert og informert familien til pasienten er, jo større sjanse er det for at pasienten lykkes med livsstilsendring (Bennich mfl. 2020, Booth mfl. 2013, Cradock mfl. 2021, Rise mfl. 2013).

3.3 Kostholdsrestriksjoner og tidkrevende endringer

6 av 10 forskningsartikler skriver at deltakerne syntes kostholdsrestriksjonene var vanskelige. (Bennich mfl. 2020, Booth mfl. 2013, Schmidt mfl. 2020, Sebire mfl. 2018, Tanenbaum mfl. 2016, Wermeling mfl. 2014)

3 av 10 artikler tar for seg inkompatibiliteten mellom kostholdsanbefalingene, jobbrutiner og det daglige liv. Dette gjaldt deres syn på det sosiale aspektet av matlaging og spising, men også nytelsen av god mat og forholdene mellom mat og identitet. Endringene opplevdes som uensartet og som en trussel mot livskvaliteten deres. Hos noen deltakere var lav nytelse av kostholdsendingene vedvarende og forble en utfordring. (Schmidt mfl. 2020, Sebire mfl. 2018, Wermeling mfl. 2014).

I 4 av 10 artikler blir det å endre allerede etablerte vaner nevnt som en utfordring. I studien til Booth mfl. (2013) identifiserte deltakerne det å endre allerede etablerte vaner som en stor utfordring. Dette gjaldt både det å ikke lengre kunne spise matvarer de likte og at de nye matvarene var kjedelig og ensidige. Dette førte hos noen til bekymringer rundt det å tvinge restriksjoner på familie sin og eventuelle konflikter det kunne medføre. Noen av deltakerne i disse studiene påpeker også at maten ikke lengre var appellerende og hyggelig. Et individs forsøk på å nyte livet overstyrte de strenge instruksjonene i forhold til kosthold (Bennich mfl. 2020, Booth mfl. 2013, Tanenbaum mfl. 2016, Wermeling mfl. 2014). Wermeling mfl. (2014) skriver at det var hovedsakelig deltakerne som slet med å finne en passende diet på egenhånd som rapporterte at kostholdsanbefalingene var urealistiske.

Tid var en barriere for å opprettholde livsstilsendringer. Noen av studiene finner at anbefalt kosthold er vanskelig å oppnå i en hverdag fylt med jobb og andre hverdagslige gjøremål. Mangelen på fleksibilitet påvirket jobb, daglige rutiner og personlig liv. Dette er en universal og stor barriere for diabetes regulering. Kunnskap førte ikke til endring hvis livsstilsendringene fremstod for tidkrevende (Schmidt mfl. 2020, Rise mfl. 2013, Tong, Vethakkan og Ng. 2015). Fink, Fach og Schröder (2019) kommer i sin artikkel med eksempelet om hvordan deltakerne fant det tidkrevende å møte opp til alle oppfølgingstimene med behandlerne sine.

3.4 Kunnskap, forståelse og asymptomatisk sykdom

Et par av artiklene vi har inkludert tar for seg hvordan ny kunnskap var en av faktorene som førte til livsstilsendring. Deltakerne trengte tilstrekkelig kunnskap om både sykdommen, senkomplikasjoner, blodsukkerapparatet og hvordan de skulle tolke informasjonen. Den nye informasjonen førte hos noen til at de forstod at de kunne leve et “normalt” liv. Dette gjaldt ikke alle deltakerne, da noen ikke prioriterte endring. Noen av deltakerne uttrykte hvordan kunnskap kunne føre til usikkerhet som videre ikke skapte livsstilsendringer (Fink, Fach og Schröder. 2019, Rise mfl. 2013). Rise mfl. (2013) sier i sin studie at utdanning ofte ikke er tilstrekkelig som behandling av sykdommen på egenhånd. Funnene tilsier at kunnskap og forståelse er en viktig forutsetning for livsstilsendringer, men veien fra utdanning via kunnskap til faktisk atferdsmessig endring er mer kompleks.

I to av studiene sier også deltakerne at de følte seg lite informert om sykdommen (Booth mfl. 2013, Fink, Fach og Schröder (2019). I studien utført av Booth mfl. (2013) fikk deltakerne lite eller ingen informasjon om hva de skulle spise i ukene/månedene etter diagnosetidspunktet. To studier trekker frem at deltakerne ikke hadde kunnskap om hvordan de skulle tolke blodsukkermålingene i forhold til glykemisk nivå og mål (Fink, Fach og Schröder. 2019, Tong, Vethakkan og Ng, 2015).

Videre sier to artikler at det var mye informasjon og kunnskap som skulle læres. Selv om pasientene anerkjenner rollen til vekt og kosthold i etiologien til type 2 diabetes, fant de det vanskelig å bruke denne kunnskapen i praksis. Deltakerne hadde for eksempel lite kunnskap om hvilke matvarer de burde og ikke burde spise. Spesielt så gjaldt dette karbohydrater og hvor mye av dem de kunne spise (Booth mfl. 2013, Wermeling mfl. 2014). I studien utført av Tong, Vethakkan og Ng (2015) poengteres det også at forståelsen av kostholdsanbefalingene er mangelfull hos pasienter med diabetes type 2.

Ny kunnskap førte til oppfattelsen av at diabetes «ikke var så farlig» og fikk noen deltakere til å vurdere selvbehandling som unødvendig eller ikke så viktig. Benektelse av sykdom eller det å ikke gjenkjenne risiko og konsekvenser av sykdommen er en kjent barriere til selvbehandlingen av diabetes type 2 (Rise mfl. 2013).

Tre artikler skriver at pasienter med diabetes type 2 vanligvis ser på sykdommen som ikke så seriøs. Mange deltakere i studiene oppfattet ikke tilstanden sin som smertefull eller farlig. Langsom utvikling og fravær av symptomer ble beskrevet som en utfordring i disse studiene. Dette førte til at deltakerne ikke innså alvorligheten av sykdommen, og ikke så det nødvendig å endre sin livsstil (Bennich mfl. 2020, Booth mfl. 2013, Wermeling mfl. 2014).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Malterud (2013) sier at vitenskapelighet ikke kan sjekkes med enkle prosedyrer eller regnestykker. Det handler om å ha en holdning til systematisk og selvkritisk håndtering av kunnskap. Målet er ifølge henne å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelsene som kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2013). Vi vil derfor bruke dette kapittelet på å gjøre en kritisk vurdering av oss selv og prosessene vi har gjennomgått for å skrive denne litteraturstudien. Samtidig vil vi gi leseren innblikk i våre fremgangsmetoder og det vi ser på som styrker og svakheter med arbeidet vårt.

4.1.1 Prosjektskissen

På prosjektskissen fikk vi tilbakemelding fra veilederne om at problemstillingen ikke var spisset nok og at våre artikler spriket for mye. Vi valgte derfor å fjerne problemstillingen og endre hensikt og perspektiv. Det at vår første projektskisse ble mislykket åpnet for gode tilbakemeldinger fra veilederne våre. Denne prosessen ledet oss inn i en mer strukturert fremgangsmåte i våre databasesøk. Vi underviste oss selv på de ulike stegene i metodedelen. Dette førte til endring i både PICO-skjemaet, inklusjons- og eksklusjonskriteriene og analyseprosessen. Vi tenker at dette styrket vår datainnsamling og bidro til et bedre utgangspunkt i det videre arbeidet med litteraturstudien.

4.1.2 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

Malterud (2013) skriver videre at forskerens perspektiv og posisjon får stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Med tanke på at vi ville utforske pasienters erfaringer med livsstilsendring, ville vi se på deres virkelighet og ikke hva helsepersonell ser på som utfordringer. Dette førte til at vi valgte å se på forskning som hadde et pasientperspektiv.

Livsstilsendring var også et av inklusjonskriteriene vi brukte. Dette var i første omgang for å sikre oss at innholdet i forskningen berørte livsstilsendring som behandlingsmetode av

sykdommen. Ved å bruke disse inklusjonskriteriene følte vi at vi styrket funnene databasesøket vårt, og dataene vi valgte å bruke ble besvarende i forhold til hensikten vår. Hvis studiene tok for seg spesifikke land, som for eksempel u-land, eller land med et veldig ulikt helsesystem enn vårt, tenkte vi at det nødvendigvis ikke var overførbart til sykepleiepraksis i Norge. Studiene ble også ekskludert hvis de tok for seg et spesifikt kjønn, dette fordi vi ikke var interessert i kjønnsforskjeller. Vi tenker at mange av erfaringene denne pasientgruppen har gjelder for begge kjønn, og at det derfor er en styrke å se på resultater uavhengig av kjønn. Til slutt ble også etnisitet og kultur valgt som et eksklusjonskriterie. Dette ble også gjort fordi vi så etter mer generelle data og fordi vi ikke vil gå for mye bort i fra den vestlige kulturen. Både levevaner og matvaner tenker vi varierer stort innenfor ulike etnisiteter og kulturer. Dette vurderte vi som en mulig svakhet i forhold til sammenligningen av resultater, og vi brukte derfor dette som et eksklusjonskriterie.

4.1.3 Datainnsamling

Vi anser den systematiske datainnsamlingsprosessen vi har utført som en styrke. Etter tilbakemeldingene vi fikk etter prosjektskissen, valgte vi å involvere en bibliotekar. Bibliotekaren ga oss en repetisjon i databasen Ovid, noe som vi tenker ble en styrke for vår datainnsamling. Vi utførte søkeprosessen hver for oss, i hver vår database. Når vi møttes for å presentere funnene til hverandre, så vi fort at vi hadde duplikater. Vi tror at funnene av duplikater styrker dataene vi har valgt å bruke i litteraturstudien vår. Vår datainnsamling ble utført på artikler som er skrevet på vårt sekundære språk. Artikkene har også et akademisk språk. Vi tenker at dette kan påvirke vår evne til å tolke dataene vi leser og vår evne til å gjengi funnene i artikkene. Dette kan være en svakhet.

4.1.4 Analyse

Vi tror vårt systematiske analysearbeid er en styrke i litteraturstudien vår. Vi har fulgt David Evans (2002) fire steg for strategisk analyse av kvalitative data. Vi har gjort en tverrgående analyse som innebærer å se etter likhetstrekk eller forskjeller i erfaringene til deltakerne. I fase 2 har vi lest artikkene linje for linje og markert nøkkelfunn. Dette gjorde det enkelt og oversiktlig å finne overlappende funn. Vi kunne deretter plassere disse i oversiktstabeller, som la grunnlaget for dannelse av de ulike temaene. Ved å følge en

systematisk fremgangsmåte i analysen tror vi at vi på en bedre måte klarte å lokalisere nøkkelfunn som kunne sammenlignes å plasseres i temaer. Dette ble utgangspunktet i resultatene vi valgte å presentere og diskutere i litteraturstudien vår.

4.1.5 Inkluderte artikler

I forskningsartiklene vi valgte å bruke så kommer åtte av dem fra land i Europa. De resterende to kommer fra USA og Malaysia. Vi så på det som en styrke at flere av forskningsartiklene hadde opphav fra land i Europa. Vi vurderte at helsevesenet er relativt likt vårt eget i disse landene. Det kan være en svakhet at de to siste studiene avviker fra dette, men vi valgte å inkludere de på bakgrunn av at vi fant overlappende resultater.

I forskningsartiklene vi har brukt i vår litteraturstudie har syv av dem brukt semi-strukturerte intervjuer som fremgangsmåte ved innhenting av data. Tre studier, inkludert to av de syv har brukt fokusgrupper. De to siste har brukt en “design probe” metode eller et narrativt intervju. Vi så på det som en styrke at mange av forskningsartiklene hadde like kvalitative metoder i forhold til datainnsamling. Ifølge Christoffersen mfl. (2015) beskriver Kvale og Brinkman (2009) at det kvalitative forskningsintervjuet egner seg når vi ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer. Med bakgrunn i denne teorien vurderte vi at semi-strukturerte intervju, narrative intervju og design-probe metoden var gode kvalitative datainnsamlingsmetoder.

Vi la også merke til at de fleste forskningsartiklene vi leste hadde et relativt få antall deltakere. De ti artiklene vi endte opp med å inkludere har en plass mellom 6 og 35 deltakere. I forhold til det Christoffersen mfl. (2015) sier om det kvalitative forskningsintervjuet og dets detaljerte og utforskende natur, så vi det ikke som en svakhet at antall deltakere var lavt. Hvis man skal utnytte den kvalitative forskningsmetoden ser vi det heller som nødvendig å bruke tid og ressurser på hver enkelt deltaker. Det tenker vi er en grunn til at et lavt antall deltakere kan være en styrke, fordi forskerne har tatt seg tid til å utføre den kvalitative prosessen.

Tre av artiklene vi har valgt å inkludere er skrevet basert på pasienter som har vært deltakere i en tidligere intervensjonsstudie, noe vi ser på som en styrke. Dette betyr at disse

deltakerne i en periode har fått tett oppfølging av helsepersonell. Erfaringene som disse deltakerne formidler i etterkant av studiene vurderer vi som relevante og sterke.

4.2 Resultatdiskusjon

Bjørk og Solhaug (2008) skriver at et viktig oppfølgingsspørsmål når resultatene fra et prosjekt foreligger er «hva så?». Vi vil gjennom denne diskusjonen forsøke å se resultatene våre i en sammenheng og finne ut hva disse resultatene betyr. Gjennom sykepleiefaglig refleksjon og diskusjon vil vi evaluere og diskutere våre resultater. Målet med dette er å belyse hvilke erfaringer pasienter med diabetes type 2 møter i forhold til livsstilsendringer. I våre funn var det å gjøre livsstilsendringer preget av kompleksitet. Vi finner at deltakerne opplever endringene som utfordrende å gjennomføre i det daglige liv. I tillegg oppstår det mange psykososiale utfordringer i forhold til det å leve med en kronisk sykdom.

4.2.1 Behovet for støtte og anerkjennelse fra helsevesenet

Funnene i studien vår finner de samme utfordringene i forhold til mangel på støtte fra helsevesenet, og at seriøsiteten av sykdommen ikke blir tatt på alvor. I følge Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, blir det sterkt anbefalt å ha en årskontroll. Dette for å kartlegge risiko for makro- og mikrovaskulære komplikasjoner, psykisk helse og diabetesrelaterte psykososiale problemer (Helsedirektoratet. 2016). Det kan tenkes at flere årlige kontroller kan bidra til at pasientene opplever en bedre oppfølging og en følelse av å bli tatt vare på. Dette vil med stor sannsynlighet kreve tid og ressurser fra helsevesenet. Derfor tenker vi at det også blir pasientenes ansvar og ta kontakt med helsevesenet om de opplever utfordringer med det å opprettholde sine livsstilsendringer. Med mindre helsevesenet får mer kapasitet, kan det tenkes at dette går utover andre pasientgrupper og deres tilgang på ressurser.

Noen av våre funn baseres på deltakere som har vært med i en intervensjonsstudie. Der fikk de tett oppfølging i behandlingen og observasjonen av sykdommen. Deltakerne i disse studiene beskriver en mangel på støtte og vanskeligheter med å håndtere sykdommen etter retur til allmennpraksis. En av studiene peker også på hvordan deltakerne allerede i intervensjonen var redde for å miste den støtten de hadde fått gjennom studien. Vi så på

disse funnene som interessante fordi deltakerne har en klar sammenligning mellom allmenn praksis og behandlingen de fikk i intervensjonsstudiene. Ut ifra denne sammenligningen mener vi at deltakerne kan peke på relevante elementer som kan være utfordringer i allmenn diabetespraksis.

I våre funn beskriver deltakerne utfordringer med dårlig kommunikasjon og en mangel på anerkjennelse fra helsepersonell. De beskriver en mangel på skreddersydd overvåkning og oppfølging, noe de mener å være essensielt for å opprettholde livsstilsendringer. Eide og Eide (2018) skriver at både det å dele sine følelser og fortelle om sine problemer kan vekke motstand i pasienten. Vi tenker at vi som helsepersonell må unngå å skape følelser av motstand hos en pasient. Hvis pasientene opplever det slik i møte med helsepersonell, mener vi det oppstår en klar utfordring i forhold til ivaretagelse av pasientens følelser rundt seg selv og sykdommen. Eide og Eide (2018) skriver at det å bli lyttet til og at noen lever seg inn i det vi føler, oppleves godt, styrker selvfølelse og gir tilknytning og nærhet. Dette mener vi er essensielt i forhold til behandling og oppfølging av diabetes type 2.

Holter og Mekki (2011) skriver at ifølge Virginia Henderson så er det viktig for sykepleiere å oppfatte sin pasient som et menneske som både har en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon. Vi tenker at kommunikasjon, mangel på anerkjennelse, overvåkning og oppfølging går alle under en av disse fire dimensjonene. Hvis man tar utgangspunkt i at sykepleierens rolle er å oppfylle de fire dimensjonene, kan funnene våre peke på at helsepersonell ikke gjør en god nok jobb. Virginia Hendersons definisjon av sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (Kirkevold 1998). Vi tenker at denne funksjonen sett i sammenheng med mennesket fire dimensjoner gir oss et innblikk i hvor viktig nettopp sykepleieren er i møtet med denne pasientgruppen. Basert på Hendersons definisjon er sykepleierens funksjon bred og vi mener den strekker seg over alle de fire dimensjonene. Vi tenker at mye av ansvaret faller på sykepleieren nettopp fordi vår oppgave er å hjelpe uavhengig av hvilken dimensjon pasientene har sine utfordringer under.

4.2.2 Viktigheten av det sosiale nettverket

Våre funn om deltakerne fra intervensjonsstudiene peker på de sosiale fordelene med det å være i en intervensjon. Relasjonen mellom trenere og deltakere ble et motiverende element og deltakerne beskriver fraværet av dette som en barriere. Carl Rogers personorienterte tilnærming la særlig vekt på empati i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Han mener at for å bidra til forandring må man som hjelper først og fremst leve seg inn i den hjelpetrengendes situasjon (Eide og Eide, 2018). Vi tenker at gode avgjørelser og rutiner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet er lettere å danne i en gruppe der alle deltakerne har mange av de samme utfordringene. Det kan tenkes at Rogers tilnærmings ideologi vil komme naturlig mellom deltakerne i en slik gruppe. Dette fordi deltakerne har fra starten av et godt innblikk i de andres utfordringer, og at ubetinget respekt og empati vil være en naturlig reaksjon i deres relasjon.

Vi fant også at støtte fra familie og venner er viktig for selvbehandling, men at involveringsgraden kunne bli en utfordring. Holter og Mekki (2016) sier at pårørendes funksjon er å støtte og hjelpe den hjelpetrengende med oppgaver og funksjoner som vedkommende vanligvis ville klart selv. På bakgrunn av våre funn og det Holter og Mekki (2016) sier tenker vi at det er viktig at pårørende og pasient har kontinuerlig og god kommunikasjon for å ikke skape konflikt. Vi tenker at hvis pårørende skal oppfylle sin funksjon, så må også den hjelpetrengende være klar på nettopp hva han trenger hjelp til. Tar man utgangspunkt i hvor forskjellig hjelpebehovet til ulike mennesker er, synes vi det er naturlig å tenke seg at det kan være utfordrende for pårørende å vite i hvilken grad de skal involvere seg i pasientens sykdom.

4.2.3 Kostholdsrestriksjoner og mat som medisin

Noe som var gjennomgående i våre funn var inkompatibiliteten mellom kostholdsanbefalingene og det daglige liv. Dette var truende mot livskvalitet både på grunn av mangel på nytelse og kjedelig mat. Det oppstod også utfordringer i forhold til det sosiale aspektet av mat og det å endre allerede etablerte vaner.

Hanås (2011) skriver i sin bok om diabetes at man ikke skal se på mat som medisin. Det kan tenkes at det blir mer komplisert når man ser på maten som en «behandling» og ikke bare noe man gjør for helsa sin skyld. Vi tenker at assosiasjonen mellom mat og medisin muligens gjør maten mindre appellerende i utgangspunktet. Det kan derfor bli mer utfordrende å se på måltidene som hyggelige hvis man skal spise «medisin».

Hanås (2011) skriver videre at mange med diabetes har en variert hverdag og spiser ulike typer mat, men greier likevel å få til en god blodsukkerregulering. Han poengterer spesielt hvor viktig kunnskap om karbohydrater er for å få kontroll på sykdommen. Vi tenker at det er her vi kommer inn på sykepleiefaglig relevans. Selv om en ernæringsfysiolog sitter med mest kunnskap i forhold til kosthold, så vet vi av egen erfaring at ernæring også er en del av sykepleierutdanningen. Vi synes det er viktig at sykepleiere også har nok basiskunnskaper om ernæring til å gi gode generelle råd til pasienter med diabetes type 2. Etter vår erfaring møter denne pasientgruppen ofte sykepleiere. Vi tenker derfor at denne basiskunnskapen kan føre til at sykepleieren vil kunne svare på mange av spørsmålene pasienten har i forhold til ernæring.

Meyer og Lindseth (2010) skriver at det er viktig å tenke nøye gjennom hvorfor man sliter med å holde på matvaner. Er man lei av selve endringen til lav glykemisk kosthold, eller er det spesifikke matvarer man er lei av. Her tror vi at det er viktig å ha kunnskap og forståelse for å kunne gjøre gode valg. Diabetesforbundet (2021) har for eksempel lett tilgjengelige «Webinarer» på blodsukkervennlig kost på sin nettside. Utfordringen tenker vi er mengden informasjon som ligger bak gode valg. Dette handler ikke bare om enkelte matvarer, men også tilberedning av mat og hvordan man kan gjøre den mer spennende og appellerende. Basert på disse utfordringene tenker vi at det er viktig at sykepleierrollen kan dekke noen av disse behovene. Dette tror vi kan gjøres gjennom formidling av konkret informasjon og veiledning på de individuelle problemene som oppstår hos pasientene. Til

slutt tenker vi også at pasientene selv må lære av egne erfaringer, og se sammenhengen mellom måltider, mat og blodsukkeret.

4.2.4 Individets kunnskap og forståelse av sykdommen

Våre funn tyder på at denne pasientgruppen ikke har tilstrekkelig kunnskap om sykdommen og aspektene rundt. Unntaket vi fant kommer fra en av intervensjonsstudiene, der det rapporteres at kunnskap førte til livsstilsendringer. Vi tenker at det ikke nødvendigvis bare er kunnskap som står for denne forandringen. Det kan tenkes at støtteapparatet rundt og deltakernes egen motivasjon er en stor faktor for resultatet. Deltakerne har en annen forutsetning enn i mange av de andre artiklene vi har brukt. Det nevnes også i resultatet fra denne studien at dette ikke gjaldt for alle deltakerne, og at en mangel av forståelse virker å være vanlig hos denne pasientgruppen.

Et annet funn i forhold til kunnskap, var at for mye av den kunne føre til at pasientene ikke tok sykdommen seriøst. Vi fant at langsom sykdomsutvikling og fraværet av symptomer kunne være en motivasjonsbarriere for livsstilsendringer. Vi mener symptomatisk sykdom kan fungere som en motivator i form av smerter og ubehag. På den andre siden kan det tenkes at asymptomatisk sykdom skaper en illusjon om at ingenting er galt med kroppen. Vi tenker derfor at det er viktig at pasientene er klar over dette aspektet av diabetes type 2. Vi mener at en del av ansvaret faller på helsepersonell i forhold til det å gjøre kunnskapen tilgjengelig, men at pasienten selv må ta ansvar for å fordøye og forstå kunnskapen. Evnen til å lære er en av mennesket viktigste egenskaper og innebærer individuell forandring (Helgesen. 2011). Vi tenker at pasientenes individuelle læringsevner spiller en stor rolle i forhold til det å forstå kunnskapen og anvende den i praksis.

Vi har også funnet i våre resultater at i noen tilfeller er kunnskap tilstrekkelig for å gjøre livsstilsendringer. Disse motsigende funnene mener vi kan være et tegn på individuelle forskjellene mellom pasientene. Vi har alle et forskjellige utgangspunkt, dette gjelder også for pasienter med diabetes type 2 og deres kunnskapsnivå og evne til å lære.

4.2.5 Sykdommens krav til tid

I våre funn beskriver deltakerne utfordringer med tidkrevende livsstilsendringer og oppfølgingen av sykdommen. Vi mener at det er viktig at denne pasientgruppen forstår at livsstilsendringene ikke er noe som kommer i tillegg til allerede etablerte vaner, men noe som skal erstatte disse vanene. Gjennom struktur og planlegging mener vi at endring av kosthold og gradvis økning av fysisk aktivitet skal være mulig å gjennomføre i hverdagen. Vi anerkjenner selvfølgelig at det er store individuelle forskjeller i pasientenes hverdag og at noen har eksterne faktorer som er tidkrevende, som for eksempel barn. Her tenker vi at det kunne vært hensiktsmessig å delta i gruppeundervisning eller seminarer. Gjennom diabetesforbundet kan man få konkrete eksempler på hvordan man kan effektivisere og strukturere hverdagen (Diabetesforbundet 2021). Vi tenker at det er uheldig at flere ikke finner tid til livsstilsendringene. Det kan tenkes at uten tid tilegner man seg ikke nok informasjon og kunnskap, og uten kunnskap vil ikke pasientene klare å finne forståelse for hvorfor man skal gjøre endringene. Til slutt tenker vi at dette vil påvirke pasientenes motivasjon og deretter også gjennomførelsen av livsstilsendringer.

Under den pågående pandemien, så har helsevesenet sett seg nødt til å finne teknologiske løsninger på helsehjelp. Vi har selv sett i praksis at helsepersonell har benyttet seg av videokonsultasjoner og telefonsamtaler i behandling og oppfølging av sykdom, der det lot seg gjøre. Som vi har nevnt i innledningen vår, har diabetes type 2 sjeldent akutte komplikasjoner. Av den grunn tenker vi at dette er en pasientgruppe som kunne utnyttet seg av teknologiske løsninger. Videokonsultasjoner og telefonsamtaler vil fjerne reisetid og gjøre det mer beleilig for pasienten å komme i kontakt med helsepersonell. I forhold til pasientundervisning og informasjon rundt sykdommen, vil teknologiske løsninger gjøre det enklere å formidle denne informasjonen til mange på en gang. I virtuelle rom er det større kapasitet og muligheter for flere deltakere. Vi tenker at dagens teknologi kan være et viktig hjelpemiddel i dagens oppfølging og behandling av diabetes type 2. Dette gjelder både helsevesenets tid og ressurser, men også pasientens utvikling av kunnskap og forståelse av sykdommen.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter med diabetes type 2 møter i forhold til livsstilsendringer som behandling av sykdommen. Vi har funnet overlappende resultat i flere av de inkluderte artiklene. Et sentralt funn var viktigheten av å motta støtte og anerkjennelse. Dette gjaldt både fra pasientenes sosiale nettverk og fra helsevesenet.

Deltakerne beskriver hvordan kostholdsrestriksjoner kunne være uforenlig med hverdagen og at det var utfordrende å endre etablerte vaner. I flere artikler er kunnskap og forståelse av sykdommen manglende. Deltakerne beskriver mangel på informasjon fra helsepersonell, men vi har også funn som sier at selv om kunnskapen er der, så gir det ikke motivasjon nok til å gjøre livsstilsendringer. En sentral utfordring var hvordan et symptomfritt sykdomsforløp påvirket pasientenes motivasjon og oppfattelse av sykdommen. Sykdommens krav til tid var en utfordring i forhold til planlegging og struktur av hverdagen, men også i forhold til deltakernes motivasjon, forståelse av sykdommen og deres evne til å tilegne seg kunnskap. Vi har kommet med forslag på hvordan man kan tilegne seg mer kunnskap rundt sykdommen og hvordan man kan effektivisere hverdagen sin.

Med utgangspunkt i våre funn er det viktig at sykepleieren er faglig oppdatert og har kompetanse både i forhold til sykdommen, men også de psykososiale aspektene rundt. Det er viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientenes individuelle behov og evner i sin pasienttilnærming. Vi har trukket frem hvordan teknologi kan være et godt hjelpemiddel i behandlingen og oppfølging av diabetes type 2. Dette gjelder for sykepleieren og helsepersonell generelt, men også pasient selv.

Livsstilsendring som behandling av diabetes type 2 er preget av kompleksitet. Sykdommen og dens krav medfører psykososiale behov som pasienten trenger hjelp til å dekke, gjennom støtte og anerkjennelse fra både helsepersonell, venner og familie. Det kan tyde på at å gjøre livsstilsendringer krever mye kunnskap og forståelse, både om tiltakene og sykdommen selv. Det oppstår utfordringer både i forhold til mengden kunnskap som kreves, formidlingen av den og pasientens evne til å forstå den. Dette går videre over til å

bli en faktor for motivasjon, der lav kunnskap, eller lite følelse av mestring fører til redusert motivasjon. Endringene man må gjøre er omfattende og tidkrevende, men de skal også gjerne være konstante. Dette vil føre til at pasientene må omstrukturere hverdagen og livet sitt, noe som kan bli krevende å gjøre på egen hånd. Livsstilsendringene krever kontinuitet, både fra pasienten selv og støtteapparatet rundt.

6.0 Referanseliste

Bennich, Birgitte B., Lene Munch, Dorthe Overgaard, Hanne Konradsen, Filip K. Knop, Michael Røder, Tina Vilsbøll, og Ingrid Egerod. 2020. «Experience of Family Function, Family Involvement, and Self-Management in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Thematic Analysis». *Journal of Advanced Nursing* 76 (2): 621–31.

<https://doi.org/10.1111/jan.14256>.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. «Fagutvikling og forsknings i klinisk sykepleie: en ressursbok». Oslo: Akribe AS.

Booth, Alison O., Carole Lowis, Moira Dean, Steven J. Hunter, og Michelle C. McKinley. 2013. «Diet and Physical Activity in the Self-Management of Type 2 Diabetes: Barriers and Facilitators Identified by Patients and Health Professionals». *Primary Health Care Research & Development* 14 (3): 293–306. <https://doi.org/10.1017/S1463423612000412>.

Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. «Forskningsmetode for sykepleierutdanningene». Oslo: Abstrakt forlag AS.

Cradock, Kevin A., Leo R. Quinlan, Francis M. Finucane, Heather L. Gainforth, Kathleen A. Martin Ginis, Ana Correia de Barros, Elizabeth B.-N. Sanders, og Gearóid ÓLaighin. 2021. «Identifying Barriers and Facilitators to Diet and Physical Activity Behaviour Change in Type 2 Diabetes Using a Design Probe Methodology». *Journal of Personalized Medicine* 11 (2). <https://doi.org/10.3390/jpm11020072>.

Dalland, Olav. 2017. "Metode og oppgaveskriving". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Diabetesforbundet. 2021. "Motivasjonsgrupper". Lest 08.05.2021.

<https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/motivasjonsgrupper/>

Diabetesforbundet. 2021. "Webinarer". Lest 25.05.2021. <https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/webinarer/>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2018. "*Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, David. 2002. "Systematic Reviews of Interpretive Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data". *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation* 20 (2): 22–26.

Fink, Astrid, Eva-Maria Fach, og Sara Lena Schröder. 2019. «'Learning to Shape Life' - a Qualitative Study on the Challenges Posed by a Diagnosis of Diabetes Mellitus Type 2». *International Journal for Equity in Health* 18 (1): 19. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0924-3>.

Hanås, Ragnar. 2011. "*Bli ekspert på din egen diabetes*". Oslo: Cappelen DAMM AS.

Helgesen, Leif A. 2011. "*Menneskets dimensjoner*". Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Helsebiblioteket. 2016. "PICO". Lest: 28.04.2021. [PICO - Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no).

Helsedirektoratet.no. 2016. "Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen" Lest: 06.05.2021. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen?fbclid=IwAR2_EmAt635WjE8W4mOgOVmX9ZlMwxbVwQavwu8gFQJrWeOrMceIrNNdoZY#oppfolging-av-diabetes-utenom-arskontrollen

Holter, Inger Margrethe og tone Elin Mekki. 2011. "*Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*" Oslo: Akribe.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2017. "*Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Khan, Moien Abdul Basith, Muhammad Jawad Hashim, Jeffrey Kwan King, Romona Devi Govender, Halla Mustafa, og Juma Al Kaabi. 2020. «Epidemiology of Type 2 Diabetes –

Global Burden of Disease and Forecasted Trends». *Journal of Epidemiology and Global Health* 10 (1): 107–11. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>.

Kirkevold, Marit. 1998. «*Sykepleieteorier: analyse og evaluering*». Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Malterud, Kirsti. 2013. "*Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*". Oslo: Universitetsforlaget.

Meyer, Ingvild Felling og Inge Lindseth. 2010. «*Lev godt med type 2-diabetes – eller bli kvitt den*». Høvik: Forlaget Vett & Viten as.

Rise, Marit B, Anneli Pellerud, Lisbeth Ø. Rygg og Aslak Steinsbekk. 2013. «Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study». *PLOS ONE* 8(5). PubMed ([10.1371/journal.pone.0064009](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009))

Schmidt, Sabrina K, Liv Hemmestad, Christopher S. Macdonald, Henning Langberg og Laura S. Valentin. 2020. «Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2 Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study». *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(20). PubMed ([10.3390/ijerph17207454](https://doi.org/10.3390/ijerph17207454))

Sebire, Simon J, Zoi Toumpakari, Katrina M. Turner, Ashley R. Cooper, Angie S. Page, Alice Malpass og Robert C. Andrews. 2018. «"I've made this my lifestyle now": a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus». *BMC Public Health* 18(204). Medline ([10.1186/s12889-018-5114-5](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5))

Tanenbaum, M. L., N. S. Kane, J. Kenowitz, og J. S. Gonzalez. 2016. «Diabetes Distress from the Patient's Perspective: Qualitative Themes and Treatment Regimen Differences among Adults with Type 2 Diabetes». *Journal of Diabetes and Its Complications* 30 (6): 1060–68. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.04.023>.

Tong, Wen Ting, Shireene Ratna Vethakkan og Chirk Jenn Ng. 2015. «Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study». *BMJ Open*, 5(1). PubMed ([10.1136/bmjopen-2014-006407](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/261136/)).

Wermeling, Matthias, Ulrike Thiele-Manjali, Janka Koschack, Gabriele Lucius-Hoene og Wolfgang Himmel. 2014. «Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study». *BMC Family Practice*, 15(97). Medline (<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-97>)

World Health Organization. 2021. "Diabetes". Lest 28.04.2021.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

Vedlegg 1: Søkestrategi/databasesøk

Vi har foretatt hovedsakelig fire søk:

- Søk 1: Søkeord som ble valgt var: «Diabetes type 2» + «lifestyle» + «challenges». Dette gav 586 resultater i databasen PubMed. For å få frem de kvalitative forskningsresultatene la vi til ordet «qualitative» i søket. Dette gav 53 resultater. Vi brukte videre følgende filter på søket: Database «MEDLINE» eller «NURSING JOURNALS», «ENGLISH», og vi ville ha artikler som var fra 2013 til nåtid. Dette gav til slutt 39 resultater. Vi gikk gjennom overskriftene og leste sammendraget på artikler vi tenkte var relevant til vår hensikt. Vi valgte å inkludere 5 artikler fra dette søket.
- Søk 2: Søkeord som ble valgt var: «Diabetes type 2» OR «type 2 diabetes» AND «Diet» OR «nutrition» OR «lifestyle changes» AND «experienc*». Vi trunkerte «experince» for å få flest mulig artikler som så på erfaringer til pasientene. I tillegg la vi på filteret «qualitative (maximizes specificity)» for å få kvalitative artikler. Dette ga oss 63 resultater i OVID MEDLINE. Ut ifra relevante overskrifter og sammendrag leste vi 8 artikler og valgte å inkludere 2.
- Søk 3: Søkeord som ble valgt var: «Type 2 diabetes», «Barriers», «Physical activity» og «diet». Vi la deretter på filteret «Free full tekst» og snevret inn søket fra år 2020 til 2021. Dette for å se om det var helt fersk forskning på temaet. Dette ga 9 resultater på databasen PubMed. Vi leste overskriftene til disse 9 artiklene og valgte å lese sammendraget på de vi mente var relevant til vår hensikt. 1 av disse ble lest og inkludert fra dette søket.
- Søk 4: Søkeord som ble valgt var: «Diabetes Mellitus, type 2» OR «type 2 diabetes mellitus.mp.» OR «DMT2» OR «Blood Glucose» AND «lifestyle changes.mp.». Vi la deretter på to filter, «qualitative (maximizes specificity)» og «last 10 years» for å få kvalitative og relativt nye forskningsartikler. Dette ga 41 resultater i databasen Ovid Medline. Vi leste så overskriftene og valgte å lese to sammendrag. To artikler ble inkludert fra dette søket.

Vedlegg 2: PICO-SKJEMA

P		I		O
<ul style="list-style-type: none">- Diabetes mellitus, type 2- Type 2 diabetes- DMT2	AND	<ul style="list-style-type: none">- Diet- Nutrition- Lifestyle changes- Lifestyle- Blood glucose- Physical activity	AND	<ul style="list-style-type: none">- Experienc*- Barriers- Qualitative- Challenges

Vedlegg 3: Artikkelloversikt

Forfatter	Booth. Alison O., Carole Lowis, Moira Dean, Steven J. Hunter, og Michelle C. McKinley
År	2013
Tittel	Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabete: barriers and facilitators indentified by patients and health professionals
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Primary Health Care Research and Development
Hensikt	Å utforske opplevelsene til pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2 i henhold til selvkontroll av inntaket av mat og fysisk aktivitet, og sammenligne dette med hvordan helsepersonell opplever det.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	16 deltakere
Hovedfunn	Studien deler funnene inn i 6 kategorier: Vanskeligheter med å endre faste rutiner, negativ holdning til det «nye» regimet, utfordringer på sosiale aspektet, mangel på kunnskap og forståelse, mangel på motivasjon og utfordringer rundt det å utføre livsstilsendringer.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Bennich, Birgitte B., Lene Munch, Dorthe Overgaard, Hanne Konradsen, Filip K. Knop, Michael Røder, Tina Vilsbøll, og Ingrid Egerod. 2020
År	2019
Tittel	Experience of Family Function, Family Involvement, and Self-Management in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Thematic Analysis
Land	Danmark
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Hensikt	Å beskrive pasientens opplevelse av familiens funksjon og hvor viktig familie er i forhold til å kontrollere diabetesen sin.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	20 deltakere
Hovedfunn	4 temaer ble identifisert: «Bagatellisere sykdommen», «Usikkerhet/antagelser», «Håndtere sykdommen alene» og «Ingen anger».
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Cradock, Kevin A., Leo R. Quinlan, Francis M. Finucane, Heather L. Gainforth, Kathleen A. Martin Ginis, Ana Correia de Barros, Elizabeth B.-N. Sanders og Gearòid ÒLaighin.
År	2021
Tittel	Identifying barriers and facilitators to diet and physical activity behaviour change in type 2 diabetes using a design probe methodology
Land	
Tidsskrift	Irland J Pers Med
Hensikt	I denne studien var målet å forstå de oppfattede barrierer og tilretteleggere for endring i kosthold og fysisk aktivitet hos personer med T2D
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	21 deltakere, 13 fullførte
Hovedfunn	Identifiserte barriere og tilretteleggere som matmiljø, mental helse, jobb/arbeidsplan, planlegging, sosial støtte, cravings, økonomiske forhold og energi i forhold til diet adferd. Lignende temaer ble identifisert for fysisk aktivitet: fysisk helse, vær, motivasjon og det fysiske miljøet deltakerne befant seg i.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Fink, Astrid, Eva-Maria Fach og Sara Lena Schröder
År	2019
Tittel	«Learning to shape life» - a qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2
Land	Tyskland
Tidsskrift	Int J Equity Health
Hensikt	Målet med denne studien var å undersøke utfordringene assosiert med en diagnose av type 2 diabetes av de berørte. For samtidig å se rekkevidden, dybden og kompleksiteten til de subjektive opplevelsene pasientene hadde.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	19 deltakere
Hovedfunn	Diabetes mellitus type 2 påvirker både profesjonelt og sosialt liv. Man må lære mye om fysisk aktivitet og kosthold. Suksess var avhengig av kunnskapsnivå. Prosessen med å behandle diabetes er en pågående prosess og man må lære seg å forme livet etter utfordringene som kommer. Barrier som ble rapportert var et «liv med forbud», tidskonsum og planlegging og dårlig informasjon om sykdom og effekten av behandling.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Rise Marit B., Anneli Pellerud, Lisbeth Ø. Rygg og Aslak Steinsbekk
År	2013
Tittel	Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study
Land	Norge
Tidsskrift	PLOS ONE
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske hvordan deltakerne endrer og vedlikeholder livsstilsendringer etter å ha deltatt i en gruppebasert undervisning om hvordan de selv kan kontrollere sin diabetes type 2
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere/fracfall	23 deltakere
Hovedfunn	Studien peker på at det kan være utfordrende å gjøre mange endringer samtidig og at det kan være vanskelig å utføre. Deltakerne rapporterte at det var viktig med kontinuerlig støtte fra familie og helsepersonell. Noen deltakere opplevde sykdommen som ikke farlig eller så ikke risikoer som senkomplikasjoner da de hadde et asymptomatisk forløp.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Schmidt Sabrina K., Liv Hemmestad, Christopher S. MacDonald, Henning Langeberg og Laura S. Valentiner
År	2020
Tittel	Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The U-turn Trial): A Longitudinal qualitative study
Land	Sveits
Tidsskrift	Int J Environ Res Public Health
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske og avdekke faktorer som påvirket motivasjonen og hvordan de vedlikeholdte livsstilsendringene i etterkant av en intervensjonsstudie.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	6 deltakere
Hovedfunn	Studien finner at deltakerne finner det som en krevende livsstil å vedlikeholde da treningen er tidkrevende og kostholdsrestriksjonene vanskelige. Etter intervensjonsstudien opplever deltakerne det som vanskelig å opprettholde livsstilsendringene fordi de mistet støtten og samholdet i treningsgruppen de hadde. De opplevde også konflikter med deres sosiale liv og deres nå nye rutiner. De opplevde også en manglende støtte fra det «vanlige» helsesystemet når de kom tilbake fra intervensjonsstudien.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Sibre Simon J., Zoi Toumpakari, Katrina M. Turner, Ashley R. Cooper, Angie S. Page, Alice Malpass og Robert C. Andrews.
År	2018
Tittel	«I've madet this my lifestyle now»: a prospective qualitative study of motivation of lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus
Land	England
Tidsskrift	BMC Public Health
Hensikt	Hvordan opplever og kontrollerer pasienter med nylig oppdaget diabetes mellitus type 2 sykdommen.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	30 deltakere. 18 kvinner og 12 menn
Hovedfunn	Studien finner at deltakerne følte på utfordringer med det anbefalte kostholdet og trening de «måtte» gjennomføre. Det ble rapportert at dette truet livskvaliteten deres. De fleste deltakerne hadde fortsatt problemer med livsstilsendringene etter 9 måneder. Deltakerne var også bekymret for å miste støtten fra helsepersonell når studien var ferdig, da mye av motivasjonen deres kom fra eksterne faktorer.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Tanenbaum, M. L., N. S. Kane, J. Kenowitz, og J.S. Gonzalez
År	2016
Tittel	Diabetes Distress From the Patient's Perspective: Qualitative Themes and Treatment Regimen Differences Among Adults with Type 2 Diabetes
Land	USA
Tidsskrift	J Diabetes Complications
Hensikt	Å utforske diabetes-stress i et utvalg av voksne med type 2-diabetes, behandlet og ikke behandlet med insulin.
Metode	Kvalitativ metode
Deltakere	32 deltakere
Hovedfunn	Deltakerne i studien beskrev en rekke kilder til diabetes-stress, inkludert mangel på støtte / forståelse fra andre, vanskeligheter med å kommunisere med helsepersonell og stress fra byrden av livsstilsendringer.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Tong Wen ting, Shireene Ratna Vethakkan og Chirk Jenn Ng
År	2015
Tittel	Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study
Land	Malaysia
Tidsskrift	BMJ Open
Hensikt	Hensikten er å avdekke faktorer som påvirker dårlig blodsukker kontroll ved pasienter med diabetes type 2.
Metode	Kvalitativ metode
Deltagere/fracfall	17 deltakere
Hovedfunn	Studien finner at deltakerne har vansker med å kontrollere spisevaner og «cravings». Deltakerne uttrykker også mangel på kunnskap og mestring i forhold til diabetes behandlingen. Dårlig informasjon fra helsepersonell angående blodsukkernivåer, mål og logikken bak kostendringene. De finner også at deltagerne sliter med motivasjon da fremgangen er treg.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Forfatter	Wermeling Matthias, Ulrike Thiele-Manjali, Janka Koschack, Gabriele Luicus-Hoene og Wolfgang Himmel
År	2014
Tittel	Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study
Land	Tyskland
Tidsskrift	BMC Family Practice
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske diabetes type 2 pasienters opplevelse av livsstilsendringer fra allmennpraksisen, og hvilke preferanser de har angående tilnærmingen fra helsepersonell når det gjelder kontroll av egen sykdom.
Metode	Kvalitativ metode
Deltagere/fracfall	35 deltakere
Hovedfunn	Deltakerne hadde problemer med å innse alvorligheten med sykdommen da de hadde et asymptomatisk forløp, og slet derfor med å holde motivasjonen oppe gjennom tiltakene. Deltakerne rapporterte også at kostholds anbefalingene og de sosiale aspektene fra det daglige livet var ikke kompatible.
Kritisk vurdering	Nivå 1. Kvalitativ sjekklister fra helsebiblioteket

Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

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

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

Om sjekklisen

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

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

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

Kritisk vurdering av:

Motivation and barriers to maintaining lifestyle changes in patients with type 2 diabetes after an intensive lifestyle intervention (The UTURN trial) «A longitudinal qualitative study»

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart



Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar: Studien kan være til hjelp i praksis på bakgrunn av at deltakerne får en klar sammenligning mellom skreddersydd behandling og allmenn praksis. På denne måten mener vi deltakerne kan poengtere viktige elementer som kan ha betydning for å gjøre og opprettholde livsstilsendringer.