

# Faktorer som påvirker pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår

Kandidatnummer: 536 & 667  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8879  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03.01.2023
<p><b>Tittel:</b> Faktorer som påvirker pasientens motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår</p> <p><b>Innledning:</b> Innen 2045 antas det at over 783 millioner mennesker globalt vil leve med diabetes, og de har 34% sjans for å få diabetisk fotsår i løpet av livet. Likevel, mangler flere pasienter motivasjon og kunnskap til å utføre egenbehandling. Motivasjon er viktig for å fremme pasientens ønske til å bli en aktiv deltaker i egenbehandlingen. På bakgrunn av dette valgte vi problemstillingen: «Hvilke faktorer kan hemme og fremme pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår?».</p> <p><b>Metode:</b> Bacheloroppgaven er en litteraturstudie hvor fire studier er utvalgt. Litteratursøket er foretatt i databasen CINAHL.</p> <p><b>Resultat:</b> Studiene viser at mange deltakere mangler motivasjon til å utføre egenbehandling av diabetiske fotsår. Faktorer som kan hemme og fremme motivasjon deles inn i hovedkategoriene: relasjonelle, emosjonelle, sosioøkonomiske og undervisende faktorer. Relasjonelle faktorer som eksempelvis de sosiokulturelle kan skape utfordringer for egenbehandling. Støtte fra familien er et annet funn som ofte øker motivasjon til egenbehandling. Diabetisk fotsår oppleves som en økonomisk belastning og kan dermed påvirke sosioøkonomiske faktorer. Deltakere uten sosioøkonomisk støtte frykter også innvirkningene diabeteskomplikasjoner kan påføre deres familie. Emosjonelle faktorer handler ofte om negative følelser som frykt og depresjon. Opplevelsen av å «føle seg frisk» og å få positive behandlingsresultater er viktige motivatorer. Undervisende faktorer baseres på at deltakerne mangler ofte kunnskap og forståelse om diabetiske fotsår og egenbehandling.</p> <p><b>Diskusjon:</b> Ulike motiverende og demotiverende faktorer blir diskutert opp mot teoretiske, etiske og juridiske aspekter. Det er ulike motiverende og demotiverende faktorer som fremmer eller hemmer pasientene sin motivasjon. Funnene viser at en faktor som fremmer motivasjon for en pasient, kan være hemmende for en annen. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er sentral for å øke motivasjonen til pasienten. Sykepleier må opparbeide seg kunnskap om pasientens mål for egenbehandlingen og hvilke forutsetninger hen har for å fremme motivasjon til å utføre tilstrekkelig egenbehandling.</p>	

(Totalt antall ord: 298)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling .....	3
1.4	Avgrensning .....	3
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Diabetes mellitus type 2 .....</b>	<b>4</b>
2.1.1	Komplikasjoner av diabetes mellitus type 2 .....	5
2.2	<b>Diabetisk fotsår .....</b>	<b>5</b>
2.2.1	Undersøkelse, behandling og forebygging av diabetisk fotsår .....	6
2.3	<b>Pasienten med diabetisk fotsår .....</b>	<b>7</b>
2.4	<b>Motivasjon .....</b>	<b>8</b>
2.4.1	Motivasjon kan deles inn motiverende og demotiverende faktorer.....	9
2.4.2	Indre og ytre motivasjon.....	9
2.5	<b>Egenbehandling.....</b>	<b>10</b>
2.6	<b>Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon .....</b>	<b>11</b>
2.7	<b>Lovverk, retningslinjer og etikk .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	<b>Litteraturstudie .....</b>	<b>13</b>
3.2	<b>Søkeprosessen og utvalg av artikler .....</b>	<b>13</b>
3.3	<b>Øvrig fag- og forskningslitteratur .....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>17</b>
4.1	<b>Tabell 3 <i>artikkelmatrise</i> .....</b>	<b>17</b>
4.2	<b>Syntese av resultatene.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
5.1	<b>Resultatdiskusjon .....</b>	<b>20</b>
5.1.1	Motiverende faktorer .....	20
5.1.2	Demotiverende faktorer .....	22
5.1.3	Indre og ytre motivasjon.....	24
5.2	<b>Metodediskusjon .....</b>	<b>26</b>
5.2.1	Litteraturstudie.....	27
5.2.2	Litteratursøk.....	27
5.2.3	Utvalg av forskningslitteratur .....	27
5.2.4	Overførbarhet.....	28
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>1</b>
I.I	Sjekkliste Khunkaew et al., (2018).....	1
I.II	Sjekkliste Kjellsdotter et al., (2020).....	7
I.III	Sjekkliste Othman et al., (2022).....	13
I.IV	Sjekkliste van Netten et al., (2019).....	19

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Om lag 537 millioner voksne lever med folkesykdommen diabetes mellitus (diabetes) på verdensbasis. Samtidig har 541 millioner voksne økt risiko for å utvikle diabetes mellitus type 2 (DMT2). Forekomsten av mennesker som lever med diabetes er økende, og innen 2045 er det antatt at over 783 millioner mennesker vil leve med folkesykdommen (International Diabetes Federation [IDF], 2021). I Norge er om lag 270 000 mennesker diagnostisert med diabetes. Dette utgjør rundt 5% av Norges befolkning, der 90% har DMT2. I tillegg antas det at om lag 60 000 nordmenn har uoppdaget diabetes. Komplikasjoner av diabetes kan gi alvorlige konsekvenser for personen, og er en av de hyppigste årsakene til morbiditet og dødelighet globalt. På grunn av den økende forekomsten og risikoen for komplikasjoner er god egenbehandling og forebygging viktig for å minimere sykdomsbyrden både i Norge og globalt (IDF, 2017, s. 9; Stene & Gulseth, 2021).

Diabetisk fotsår er en av de mest alvorligste og kostbare komplikasjonene av diabetes (IDF, 2017, s. 5). Det er omtrent 34% sjanse for at en person med diabetes får et diabetisk fotsår i løpet av livet (Armstrong & Asla, 2022). Diabetiske fotsår er komplekse, og sårutviklingen er oftest sammensatt av flere faktorer. Fotsårene krever derfor ofte en omfattende og koordinert behandling av et tverrfagligteam (Helsedirektoratet, 2016a; Jenssen, 2016, s. 388-389).

Behandlingen og ressursene er kostbare, og er en belastning for helsesektoren. Det koster mer enn 150.000 kr å behandle et diabetisk fotsår. I tillegg registreres det ca. 400-500 amputasjoner årlig i Norge, hvorav en amputasjon kan koste opp mot en million kr for samfunnet (Norsk Helseinformatikk, 2020; Skjellanger et al., 2022). I tillegg skaper diabetiske fotsår store belastninger for pasientene. Det er mange faktorer å ta hensyn til, og de har ofte vanskelig helende sår som resulterer i smerter, isolasjon og fortvilelse. Som følge av belastningene oppstår også ofte psykiske problemer hos pasientene (Helsedirektoratet, 2016a; Johansen & Eiken, 2019, s. 901). Helsedirektoratet (2016a) beskriver pasientgruppen med diabetisk fotsår som alvorlig syke, noe som belyser alvorret av komplikasjonen.

Pasienter som ikke klarer å utføre egenbehandling er spesielt utsatt for diabetiske fotsår (Ribu & Singstad, 2019, s. 628). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 konstaterer at pasienter har rett til å medvirke i egen behandling, samt at pasientens ønsker skal ha stor vekt for utformingen av tjenestetilbudet. Likevel viser flere studier at pasienter med DMT2 mangler motivasjon og grunnleggende kunnskap for å behandle sine diabetiske fotsår (Barg et al., 2017; Bruun et al., 2014). Helsedirektoratet (2016a) anbefaler at pasienter med diabetisk fotsår bør oppmuntres og motiveres til å prioritere egenbehandling. Motivasjon kan gi pasienten drivkraft til å utføre tilfredsstillende egenbehandling av diabetisk fotsår (Jenssen, 2015, s. 25).

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Sykepleiere møter pasienter med diabetiske fotsår på poliklinikker. Poliklinikkene er hovedsakelig drevet av sykepleiere, og skal blant annet ivareta personer med diabetes sine behov for støtte, undervisning og veiledning. Pasientens behov kan imøtekommes gjennom samtaler med sykepleier. Samtalen er personsentrert og rettes mot å ivareta pasienten sine behov for omsorg og opplæring. Dette kan styrke pasientens opplevelse av støtte i egenbehandlingen av diabetisk fotsår (Kristoffersen, 2021, s. 263; Ribu & Singstad, 2019, s. 639). Personsentrert sykepleie tar utgangspunkt i hvert enkelt individ og tilpasser sykepleien utfra pasientens unike behov (Eriksen, 2015, s. 899). Ulike faktorer kan forårsake motivasjon og demotivasjon for etterlevelsen av tilfredsstillende egenbehandling. Hvilke faktorer, og hvordan de påvirker pasienten varierer (St. Jean, 2016). Motivasjon er drivkraften som setter pasienten i aktivitet til å utføre tilfredsstillende egenbehandling (Jenssen, 2015, s. 25). Sykepleierens undervisende og veiledende rolle kan fremme læring, utvikling og mestring hos pasienter med diabetisk fotsår (Kristoffersen et al., 2011, s. 19). Pasientens motivasjon dannes gjennom ønsker, drømmer, bekymringer, motiver og erfaringer. Likevel kan motivasjonen påvirkes av ytre faktorer, som sykepleieren (Hestvold, 2018, s. 142). Gjennom eksempelvis motiverende veiledning kan sykepleieren styrke pasientens indre motivasjon, som igjen bidrar til endring, utvikling og aktiv mestring for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 56).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Den overordnede hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken kunnskap forskningslitteraturen har innenfor faktorer som kan hemme og fremme pasientens motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår. Basert på hensikten er følgende problemstilling formulert:

*Hvilke faktorer kan hemme og fremme pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår?*

### **1.4 Avgrensning**

Sykepleieren kan møte personer med diabetiske fotsår både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, der motivasjonsarbeid er aktuelt i flere kontekster. Et av ansvarsområdene for spesialisthelsetjenesten er pasientopplæring. Samtidig anbefales det å henvise personer med diabetisk fotsår til spesialisthelsetjenesten når visse kriterier er oppnådd (Helsedirektoratet, 2016a, 2016b; Ribu & Singstad, 2019, s. 628). Avgrensingen i denne oppgaven er derfor begrenset til pasienter som utfører egenbehandling, og har vært eller er innom spesialisthelsetjenesten for poliklinisk vurdering. Problemstillingen avgrenses videre til bruk av studier som inkluderer voksne over 18 år. Dette baseres på at majoriteten som rammes av diabetisk fotsår er mellom 23-93 år, med en gjennomsnittsalder på 60 år (Barg et al., 2017; Ogrin et al., 2013; Squitieri et al., 2020). Pasienten må også være diagnostisert med DMT2 og ha, eller er i risiko for å få diabetisk fotsår. DMT2 ble valgt for å konkretisere søket. Naturlige avgrensinger vil også bli nevnt underveis i oppgaven.

### **1.5 Begrepsavklaring**

Begrepet *egenbehandling* er anvendt i problemstillingen. Med *egenbehandling* fokuserer vi på tiltak pasienten selv kan utføre i behandlingen av diabetisk fotsår. Dette inkluderer også pasientens selvledelse til å utføre adekvat egenbehandling, som kan bidra til å forebygge utvikling av diabetiske fotsår, samt forverring og videreutvikling av diabetiske fotsår (Helsedirektoratet, 2016a; Ribu & Singstad, 2019, s. 605).

## 2 Teori

Dette kapittelet viser kunnskapsgrunnlaget for besvarelsen av problemstillingen. Vi ser nærmere på hva som forårsaker DMT2 og diabetiske fotsår, samt hvilke konsekvenser de har for pasienten. Grunnet avgrensingen til DMT2 vil vi kun nevne DMT2, selv om diabetes type 1 eksempelvis kan ha samme kroniske komplikasjoner (Jenssen, 2016, s. 396-397). Videre beskrives begrepene motivasjon, motiverende og demotiverende faktorer, indre og ytre motivasjon, og egenbehandling da de er sentrale for problemstillingen. Deretter presenteres sykepleieren sin undervisende og veiledende rolle overfor pasienter med diabetiske fotsår. Til slutt blir relevante etiske og juridiske rammer innenfor sykepleie gjennomgått.

### 2.1 Diabetes mellitus type 2

DMT2 er den vanligste formen for diabetes. Hormonet insulin produseres av betaceller i de langerhanske øyene, i det endokrine vevet i pancreaskjertelen. Når den endokrine delen av pancreas svikter vil insulinproduksjonen falle og glukosekonsentrasjonen øke. Ved diabetes type 1 er all insulinproduksjon borte, imens ved DMT2 er insulinproduksjonen delvis borte, men glukagonproduksjonen er gjerne fortsatt forhøyet. De fleste som rammes av DMT2 er personer i 40-årsalderen og eldre, men stadig flere yngre får DMT2. DMT2 kjennetegnes av nedsatt insulinfølsomhet (insulinresistens), kombinert med redusert insulinsekresjon. Insulinresistensen reduserer den biologiske virkningen av insulin, og reduserer kroppens evne til å omsette glukose (glukosetoleranse). Blodglukosenivået er stabilt i starten, men det økende insulinsekresjonsbehovet resulterer i utviklingen av DMT2 og økt blodglukosenivå. Med en patologisk lipidprofil er DMT2 ofte en følgetilstand for metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom er en samling av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer som inkluderer: overvekt, økt midjeomkrets, hypertensjon, lavt HDL-kolesterol, høyt triglyseridnivå og nedsatt glukosetoleranse og/eller insulinresistens (Iversen, 2020, s. 510-511; Jenssen, 2016, s. 388-396; Thoresen et al., 2019, s. 268-269).

DMT2 kan forebygges, og hos noen reverseres ved hjelp av livsstilsendringer. Risikoen for DMT2 reduseres betraktelig ved bruk av tiltak som minimum 2 ½ timer fysisk aktivitet per uke, vektreduksjon på 5% ved overvekt og/eller fedme, samt kostholdsendringer. Økt inntak av grønnsaker, frukt og bær, samt redusert inntak av energitett kost anbefales. Inntaket av hardt fett bør reduseres til fordel for mykt fett (<10E% fra mettet fett), med et totalt fettinntak på <30E%. Livsstilsendringens effekt kan vedvare i flere år, men avtar over tid.

Medikamentell behandling har imidlertid kortvarig effekt. Tilnærmingen bør derfor tilpasses individet for å gi en langvarig god effekt (Iversen, 2020, s. 510-513; Thoresen et al., 2019, s. 271-276).

### **2.1.1 Komplikasjoner av diabetes mellitus type 2**

Høy blodglukose over flere år øker risikoen for komplikasjoner. Risiko for senkomplikasjoner øker når pasienten har DMT2 over lengre tid, samt ved dårlig metabolsk kontroll. Det finnes to typer kroniske diabeteskomplikasjoner; mikrovaskulære og makrovaskulære (Iversen, 2020, s. 514-516).

Mikrovaskulære komplikasjoner skyldes endringer i de små arteriene og kapillærene. Karveggene fortykkes, blodkar går tett og omkringliggende vev sine vekstfaktorer stimulerer til celledeling og fibrose i organet. Dette kan forårsake sykdom som retinopati, nefropati og nevropati (Jenssen, 2016, s. 396-397). Nevropati beskrives nærmere i 2.2.

Høy blodglukose disponerer for forandringer i organer og blodkar. Pasienter med DMT2 er utsatt for makrovaskulære komplikasjoner, grunnet deres patogene lipidprofil. Aterosklerose og lipider tetter igjen de store blodkarene, samt starter lokale betennelsesreaksjoner som bidrar til videre plakkdannelse. Når plakket brister og karet blir fullstendig tett får pasienten et infarkt i eksempelvis hjertet eller hjernen. Halvparten av alle dødsfall hos pasienter med DMT2 skyldes komplikasjoner av hjerte- og karsykdommer. Derfor må blodglukosen, blodtrykket og lipidene behandles for å minimere risikofaktorer av metabolsk syndrom (Iversen, 2020, s. 514-516; Jenssen, 2016, s. 396-397).

## **2.2 Diabetisk fotsår**

Diabetisk fotsår er en av de mest dominerende og alvorligste komplikasjonene av DMT2. Manglende blodglukosekontroll øker risikoen for diabetisk fotsår. Dette er komplekse sår, hvor sentrale risikofaktorer er aterosklerose, nevropati, iskemi og traume. Diabetiske fotsår forårsakes av diabeteskomplikasjoner og oppstår under ankelnivå. Det er en hud- og vevsskade i dermis, men skaden kan gå dypere inn i vevet (Johansen & Eiken, 2019, s. 926-927; Ribu & Singstad, 2019, s. 627).



Diabetisk fotsår klassifiseres som iskemiske eller nevropatiske. Iskemiske sår skyldes nedsatt blodtilførsel og er ofte forårsaket av aterosklerotisk sirkulasjonssvikt.

Sirkulasjonsforstyrrelser som claudicatio intermittens, kald fot og manglende puls er fremtredende. Nevropatiske sår er hovedsakelig forårsaket av perifer nevropati. De forskjellige nervetypene gir ulike konsekvenser ved skade. Sensorisk nevropati medfører tap av sensibilitet, slik at pasienten lettere får sår som følge av ytre traumer. Foten kan oppleves som følelsesløs, nummen og/eller smertefull. Autonom nevropati fører ofte til tørr og sprukken hud grunnet nedsatt eller opphevet svetteproduksjon, samt kan forårsake vevshypoksi og ødem. Motorisk nevropati kan føre til muskelatrofi og deformiteter i foten. Dette sammen med et spesielt ganglag og redusert bevegelse i ledd, kan gi uvanlig høyt trykk på enkelte områder under foten. De trykkutsatte områdene vil som beskyttende respons produsere kallus, som øker trykket ytterligere. Dette øker risikoen for vevsskader og blødning under det harde hudområdet, og gir grunnlag for abscesser i det underliggende vevet. Dette gir diabetisk fotsår en økt infeksjonstendens. Noen diabetisk fotsår er så dype at de kommer i kontakt med underliggende knokkel. Da kan lokale sårinfeksjoner utvikle seg til osteomyelitt, hvor den underliggende knokkelen får en infeksjon. De fleste diabetiske fotsår er neuroiskemiske, men pasientene har ofte få iskemiske tegn grunnet nevropatien. Allikevel, er graden av arteriell svikt avgjørende for om såret heles eller ikke (Johansen & Eiken, 2019, s. 926-928).

### **2.2.1 Undersøkelse, behandling og forebygging av diabetisk fotsår**

Pasienter med DMT2 og med vanskelig helende sår på føttene skal undersøkes for sirkulasjonssvikt og nevropati. Sirkulatoriske og nevrologiske forhold avgjør utviklingen og sårhelingen av diabetisk fotsår. Pasienter med diabetesfot og nevropati anbefales å ha en årlig undersøkelse med 10g monofilament. Dette er en sensibilitetstest som identifiserer diabetisk polyneuropati og dermed identifiserer pasienter med moderat eller økt risiko for utvikling av diabetisk fotsår. I tillegg bør fotpulser palperes, mulige feilstillinger og kalluser vurderes og innhente informasjon om historikk med diabetisk fotsår og/eller amputasjon. Inspeksjon av føtter bør utelukke trykkmerker og sår. Motorisk nevropati kan gi feilstillinger som hammertær, klotær, hallux vagus, hulfot og nedsatt leddbevegelse. Disse tilstandene disponerer for trykksår (Helsedirektoratet, 2016a; Johansen & Eiken, 2019, s. 899-900; Ribu & Singstad, 2019, s. 628).

Behandling av diabetisk fotsår innebærer å forstå faktorene som førte til sårets oppstandelse og hvorfor det ikke gror. Dette krever en tverrfaglig tilnærming for å få tilstrekkelig kompetanse. Prinsipper for sårbunnsopptimalisering som å avgjøre om såret er iskemisk, nevropatisk eller neuroiskemisk bør utføres, grunnlidelser behandles og om mulig bør blodforsyningen til foten korrigeres. Hensiktsmessig fottøy og avlastning er avgjørende for forebygging og behandling. Eksempelvis kan tilpasning av sko og fotsenger være aktuelle tiltak. Med gode trykkavlastende tiltak og behandling av infeksjon kan opptil 90% av nevropatiske sår tilheles. Behandlingen må tilpasses enkeltindividet og deres symptomer (Johansen & Eiken, 2019, s. 929).

Flere personer med DMT2 når ikke planlagte behandlingsmål. Det er bevist at aktiv engasjering under behandlingen av DMT2 har en positiv effekt på sykdom og reduserer dødelighet (Helsedirektoratet, 2016b). Hver pasients sykdoms- og behandlingsforløp er unikt. Behandlingen skal ta utgangspunkt i problemer knyttet til ressursvikt av grunnleggende behov, samt ivareta pasientene utfra opplevde reaksjoner fra situasjonen de står i (Eriksen, 2015, s. 899; Kristoffersen et al., 2011, s. 18) Sykepleierens behandling omhandler symptombehandling, undervisning, felles beslutningstaking og selvledelse. Fokuset på pasienten og dens ønsker og egenskaper kan ha en positiv innvirkning på pasientens hverdag og motivasjon (Fearn et al., 2017).

### **2.3 Pasienten med diabetisk fotsår**

DMT2 har stor påvirkning på pasientens hverdag. Generelt rapporterer de med DMT2 dårligere helse enn jevnaldrende, hvorav opplevde utfordringer varierer. Egenbehandlingen påvirkes av pasienten, familie, omsorgspersoner og omgivelsene. Både sykdommen og egenbehandlingen påvirker pasientens levesett. Det er like utfordrende å takle den emosjonelle delen av sykdommen, som den medisinske. Vanlige følelsesmessige reaksjoner kan være sjokk, frustrasjon og sinne. Det kan oppleves som et tap å bli diagnostisert med DMT2 og pasienten kan oppleve flere tapsopplevelser med sykdomsutviklingen. Livsstilsendringer er vanskelig å utføre og kan medføre skam og skyldfølelse. Samtidig vet mange pasienter ikke at DMT2 er en progredierende sykdom og får sjokk når sykdommen utvikler seg. Dette må sykepleieren informere om, samt at insulinbehandling kan bli nødvendig i fremtiden (Iversen, 2020, s. 516-519; Ribu & Singstad, 2019, s. 594).

Vanskelig helende sår forårsaker smerter, isolasjon og fortvilelse. Flere pasienter har konstante smerter uten mulighet for lindring. Ofte er det en kamp for å unngå amputasjon som kan gi angst og suicidale tanker. Imens noen får motivasjon for å beholde foten, fortviler mange pasienter og skylder på seg selv for sin livsstil som resulterte i diabetisk fotsår. Såret kan føre til sosial isolasjon grunnet immobilitet. Samtidig kan de oppleve å være handikappet og dødssyke som fører til depresjon. Diabetisk fotsår ender ofte etter mange års lidelse med amputasjon, alvorlig sykdom og død. Personer med DMT2 har økt forekomst av psykiske utfordringer. Begrepet diabetesrelatert stress brukes om de psykososiale konsekvensene av å leve med diabetesregulerte utfordringer. De knyttes ofte til fysisk aktivitet, legemiddelbruk, blodglukosemålinger og kosthold. I tillegg er det en sammenheng mellom diabetesrelatert stress og utilstrekkelig egenbehandling. Personer med DMT2 har også økt forekomst av depresjon. Depresjon kan påvirke søvnmønsteret, fysisk aktivitet og ivaretagelsen av egenomsorg. Det er derfor viktig å lytte og ta pasientens bekymringer seriøst. For å oppnå en tilfredsstillende regulert blodglukose trenger pasienten motivasjon, kunnskap og støtte fra omgivelsene (Iversen, 2020, s. 516-519; Johansen & Eiken, 2019, s. 901; Ribu & Singstad, 2019, s. 594-628).

## **2.4 Motivasjon**

Motivasjon er en drivkraft for adferd. Det gir pasienten vilje til å utføre aktiviteter og handlinger, og styres av egne følelser, tanker, ønsker og behov. I tillegg holder motivasjon aktiviteten ved like og gir den mål og mening. Mennesker som aktiviserer seg selv til å utføre egenbehandling drives oftest av motivasjon. De er ofte målrettet, utholdende og har en positiv holdning til behandlingen som skal utføres. Motivasjon er derfor en viktig drivkraft som kan føre til god etterlevelse av egenbehandling (Diabetesforbundet, 2018; Jenssen, 2015, s. 25; Kristoffersen, 2021, s. 274-275). Pasienten har en sentral rolle i egenbehandlingen av diabetiske fotsår. Selv om pasienten har kunnskapen og ferdighetene som kreves for å ivareta tilfredsstillende egenbehandling, trenger hen motivasjon for å utføre behandlingen over tid. Selvbestemmelse kan styrke pasientens indre motivasjon ved at egne ønsker blir inkludert i behandlingen. Dersom pasienten ikke har en opplevelse av autonomi i egenbehandlingen kan det føre til demotivasjon og dårligere etterlevelse (Haug, 2017, s. 79-81; Jenssen, 2015, s. 26-28).

Motivasjon og mestring er tett knyttet til hverandre. Mestring etablerer hvordan pasienten takler utfordringer, krav og forandringer som kan oppleves truende eller uovervinnelige for pasienten. Utfra hvordan pasienten mestrer disse utfordringene utformes av pasientens atferd, følelser og tanker (Hestvold, 2018, s. 137-139). Å leve med kroniske lidelser kan true pasientens opplevelse av mestring. Pasientens erfaringer og opplevelser knyttet til diabetiske fotsår er avgjørende for om pasienten har tro eller mistro på egen mestring. Er pasientens erfaringer knyttet til mestring, kan det gi en positiv innvirkning for pasientens motivasjon, og motsatt dersom pasienten har erfaringer knyttet til ikke-mestring (Jenssen, 2015, s. 30-32).

#### **2.4.1 Motivasjon kan deles inn motiverende og demotiverende faktorer**

Ulike faktorer kan påvirke pasientens motivasjon positivt eller negativt utfra pasientens erfaringer og opplevelser. Hvilke faktorer som virker motiverende og demotiverende varierer, og er unikt for hvert enkelt individ. Eksempelvis er mangelfull omsorg beskrevet som en faktor som kan virke demotiverende for pasienter (Hestvold, 2018, s. 137-139; Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 56; St. Jean, 2016). Hvilke motivasjonsfaktorer pasienten har, og om de er motiverende eller demotiverende kan endres over tid. Sammen med de fysiske og psykiske belastningene diabetisk fotsår gir, kan motivasjonsfaktorene føre pasientens motivasjon i en positiv eller negativ retning. Pasienten kan derfor trenge psykologisk behandling for å oppnå en motivasjonsendring, som igjen er nødvendig for å oppfylle behandlingsmålene. Sykepleieren kan veilede pasienten gjennom mestringsutfordringene, slik at motivasjonen kan styrkes (Eide & Eide, 2017, s. 47-51; Helsedirektoratet, 2016b).

#### **2.4.2 Indre og ytre motivasjon**

Motivasjon kan skilles mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon oppstår fra en kilde utenfra personen selv. Personen er da avhengig av motiverende midler for å utføre arbeid. En ytre motivasjonsfaktor kan eksempelvis være at pasienten utfører sårstell fordi hen frykter en amputasjon (Kristoffersen, 2021, s. 275; Law et al., 2010, s. 285). Ytre motivasjon er ofte ikke egnet da ønsket om endring ikke kommer fra pasienten selv. Dette gjør det vanskelig å opprettholde motivasjonen over tid (Diabetesforbundet, 2018). I tillegg blir motivasjonen sårbar og ustabil dersom den kun er bygget på ytre påvirkningsfaktorer alene (Haug, 2017, s. 81).

I tilfeller hvor pasienten mangler drivkraft, forståelse og kunnskap, mangler pasienten indre motivasjon. Indre motivasjon kommer fra personen selv og er etablert inni personen. Drivkraften til indre motivasjon ligger i personens eget ønske om å utføre arbeidet. I tillegg er indre motivasjon ikke avhengig av ytre motivasjonsmidler fra omgivelsene (Haug, 2017, s. 82; Kristoffersen, 2021, s. 275). Et eksempel på indre motivasjon er at pasienten har fått en sunnere livsstil fordi de nyter og har et ønske om å trene. Om treningen blir for lett kan pasienten miste interessen og motivasjonen til å utføre trening vil minske (Law et al., 2010, s. 285). Indre motivasjon er generelt mer stabil, varer lengre og er sentral for pasientens egen trivsel og mestring (Diabetesforbundet, 2018).

For pasienter med diabetisk fotsår har både indre og ytre motivasjon en rolle i egenbehandlingen. Sykepleieren kan være en ytre motivasjonsfaktor som påvirker pasientens motivasjon. Gjennom eksempelvis positive tilbakemeldinger, annerkjennelse og videreformidling av kunnskap kan pasientens indre motivasjon påvirkes positivt. Likevel er pasienten avhengig av egen indre motivasjon for å ivareta drivkraften over lenger tid. I sykepleierens motivasjonsarbeid er fokuset å endre pasientens ytre motivasjon, til en indre motivasjon. Gjennom å skape et psykologisk behov for å ivareta egenbehandling kan pasienten oppleve indre motivasjon (Haug, 2017, s. 80-83; Hestvold, 2018, s. 142).

## **2.5 Egenbehandling**

God behandling og egenbehandling er essensielt for et godt liv med DMT2. Gjennom tilfredsstillende egenbehandling kan pasienten mestre livsstilsendringer knyttet til å leve med diabetiske fotsår, deres symptomer og egenbehandling, samt fysiske og psykososiale konsekvenser tilstanden medbringer. Egenbehandlingen må tilpasses hver enkelt for å gi en opplevelse av mestring (Diabetesforbundet, 2018; Ribu & Singstad, 2019, s. 605). Motivasjon er en viktig forutsetning for å kunne utføre tilfredsstillende egenbehandling. Sykepleieren kan gjennom veiledning og opplæring påvirke pasientens holdninger og atferd, som bidrar til å styrke pasientens motivasjon til å utføre egenbehandling (Jenssen, 2015, s. 25). Pasienter som opplever høy egenomsorg og selvledelse har bedre livskvalitet enn de som er avhengig av hjelp fra andre (Iversen, 2020, s. 516-519). Det er spesielt pasienter som ikke klarer å utføre egenbehandling som er utsatt for diabetisk fotsår. I tilfeller hvor pasienten eksempelvis ikke klarer å inspisere sine egne føtter, har sykepleieren et ansvar for å utføre dette for pasienten.

Pasienter med DMT2 opplever flest utfordringer etter utskriving. De trenger derfor god veiledning knyttet til egenbehandling i denne perioden for å unngå fremtidige komplikasjoner som eksempelvis DMT2 (Ribu & Singstad, 2019, s. 605-606, 628).

## **2.6 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon**

Pasienten har selv ansvaret for sin egenbehandling, men sykepleier har en viktig rolle i å støtte og veilede pasienten (Diabetesforbundet, 2018). Sykepleieren har mange ulike funksjoner og roller. Blant annet er sykepleierens undervisende og veiledende rolle pasientsentrert og skal fremme læring, utvikling og mestring hos personer med diabetisk fotsår. Ved at sykepleieren identifiserer pasientens behov for kunnskap og forståelse, kan sykepleier dekke disse behovene gjennom undervisning og veiledning. I undervisningen og veiledningen gir sykepleieren informasjon og støtte til pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 17-19).

Folkehelsemeldingen belyser nødvendigheten av satsing på pasientopplæring. Dette kan føre til at pasienter med kroniske lidelser blir mer delaktige i egenbehandling, fremfor å være passive mottakere av informasjon. Pasientene kan få økt helsegevinst og mestringsevne ved å sette egne mål for egen helse og helseatferd (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 137-138). Samtidig er det en økende forventning om at pasienter med DMT2 skal delta aktivt i egenbehandlingen. Motivasjon, kunnskap og ferdigheter er viktige forutsetninger for aktiv deltakelse. Pasienten kan tilegne seg de nødvendige forutsetningene ved at sykepleieren tilpasser undervisningen og veiledningen. Målet med veiledningen er å gi tilpasset råd, informasjon og opplæring, for å motivere pasienten til å ta selvstendige valg og mestre egen hverdag (Diabetesforbundet, 2018; Pleym & Westberg, 2022; St. Jean, 2016). Gjennom eksempelvis motiverende veiledning kan sykepleieren styrke pasientens indre motivasjon. Dette bidrar til endring, utvikling og aktiv mestring for pasienten og deres egenbehandling av diabetiske fotsår (Eide & Eide, 2017, s. 56; Jenssen, 2015, s. 25).

## **2.7 Lovverk, retningslinjer og etikk**

Alle sykepleiere skal innrette seg etter lovverket som omhandler profesjonen. Lovgivningen skal bidra til å ivareta viktige verdier samfunnet og helsevesenet har (Molven, 2019, s. 20-21). Eksempelvis konstateres det i helsepersonelloven (1999) § 4 og de yrkesetiske retningslinjene

at sykepleier har et personlig ansvar for å utøve en faglig, juridisk og etisk forsvarlig praksis (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019). Dette innebærer at sykepleieren må bevisst tenke over eget fag, etikk og aktuell lovgivning i møte med eksempelvis pasienter med diabetiske fotsår (Molven, 2019, s. 21).

Pasienter med diabetiske fotsår kan ha komplekse og tverrfaglige utfordringer knyttet til lidelsen. De kan derfor ha behov for bistand og veiledning fra sykepleier (Johansen & Eiken, 2019, s. 926; Kristoffersen, 2021, s. 263). En av hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten er pasientopplæring, som kan eksempelvis gjennomføres av sykepleier i poliklinikken. Veiledning kan bidra til økt forståelse, kunnskapsfremming og endring slik at pasientene kan bedre mestre egenbehandlingen av egne diabetiske fotsår (Jenssen, 2015, s. 36; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, s., § 3-8). Grunnet belastningene og kompleksiteten diabetiske fotsår gir har pasienten ofte behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten. De har rett på en individuell plan og koordinator, eksempelvis sykepleier, som skal sikre samordning av tjenestetilbudet og ivaretagelse av nødvendig oppfølging (Johansen & Eiken, 2019, s. 926-929; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §§ 2-5 til 2-5a ).

Et annet juridisk punkt som er viktig å trekke frem er pasientens rett til medvirkning i egen behandling. Det skal legges stor vekt på pasientens egne ønsker i utformingen av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Medvirkning kan styrke pasientens selvbestemmelse, som igjen kan øke selvledelse hos pasientene. Ved at sykepleier veileder og støtter pasienten i å ta selvstendige avgjørelser og delta aktivt i behandlingen, kan indre motivasjon til å utøve god egenbehandling øke (Eide & Eide, 2017, s. 56-58).

For å kunne delta aktivt i egenbehandling og medvirke i eget tjenestetilbud er det viktig med kunnskap og informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 58). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 er det nedfelt at pasienten har informasjonsnett. Dette innebærer at pasienten skal ha innsikt og forståelse for egen helsetilstand og deres mulige risiko og bivirkninger. Dette vises også igjennom helsepersonelloven (1999) § 10 som konstaterer at sykepleier har en informasjonsplikt. Pasientens forståelse er viktig for at hen skal kunne ta valg og ivareta egenbehandlingen selvstendig (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). Informasjon er viktig for pasientens forståelse av egen livssituasjon og er derfor essensielt i sykepleierens arbeid med motivasjon, mestring og endringsarbeid (Eide & Eide, 2017, s. 57-58).

## 3 Metode

I dette avsnittet vil vi presentere en definisjon på litteraturstudie, søkeprosessen, søkehistorikk og utvalget av artikler samt øvrig fag- og forskningslitteratur.

### 3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er et sammendrag av forskningslitteratur som fokuserer på ett enkelt spørsmål. Spørsmålet besvares ved å identifisere, gjøre et utvalg, vurdere innholdet og syntetisere all relevant forskningslitteratur innenfor problemstillingen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016, s. 5).

### 3.2 Søkeprosessen og utvalg av artikler

Databasesøket ble gjennomført i CINAHL. I CINAHL kombineres hvert ord innenfor et element med OR, og hvert element kombineres med AND. Det ble først utført et PICO-søk med elementene: «*Diabetic Fot AND Motivation AND Self-Management AND Patient Education*» fra problemstillingen. Dette resulterte i syv studier, hvorav kun en studie var aktuell for problemstillingen. Vi gjorde derfor et bredere søk og valgte ut flere søkeord med relevans til elementene. Flere synonymord ble funnet via MeSH og ble brukt i søket. Eksempelvis ble elementet «*Diabetic foot*» satt i OR kombinasjon med «*Foot ulcer*» og «*Diabetes mellitus type 2*». Alle elementene fikk ekstra synonymord og ble satt inn igjen i samme AND kombinasjon som tidligere. For å se alle søkeord og deres kombinasjoner se *Tabell 2*. Kombinasjonen av de nye søkeordene resulterte i 403 treff. Med avgrensinger på årstall (publisert 2012-2022) og språk (norsk, svensk, dansk og engelsk), ble resultatlisten kortet ned til 233 treff.

Valget av studier baseres på relevans til problemstillingen, samt eksklusjons- og inklusjonskriteriene. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene nevnes i *Tabell 1*. For nærmere beskrivelse for grunnlaget til de ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene se *avsnitt 1.4*.



**Tabell 1** Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne (over 18 år)	Tenåringer og barn
Diabetisk fotsår eller i risiko for å få diabetisk fotsår	Ikke risiko for diabetisk fotsår
DMT2	Nevner ikke DMT2
Pasienter som har vært eller er i kontakt med spesialisthelsetjenesten for poliklinisk vurdering	Institusjonaliserte pasienter

Etter søket ble avgrenset til 233 treff, leste vi gjennom og vurderte alle studiene opp mot problemstilling, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Først leste vi kun titler, hvorav 111 var relevante. Videre leste vi abstraktene til de studiene som hadde relevans, som resulterte i 25 studier. Disse studiene ble lest i fulltekst og igjen vurdert opp mot problemstillingen, samt inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Åtte studier ble sett på som aktuelle. Siden rammene for bacheloroppgaven satte en maksimumsgrense på seks studier, ble ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier formulert: årstall (2017-2022) og kvalitativ studie. Årstall ble valgt som kriterium fordi vi ønsket den nyeste forskningen tilgjengelig. I tillegg valgte vi kvalitative studier for å nærmere fokusere på pasientens perspektiv og erfaringer som vi anser mer aktuelt for vår problemstilling. Dette ekskluderte ytterligere fire artikler, slik at det totalt er fire artikler inkludert i litteraturstudien.

**Tabell 2** Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL: 15.11.2022
Søkeord og kombinasjoner	Diabetes mellitus type 2 OR Diabetic foot OR Foot ulcer+ AND Motivation OR Empowerment AND Self-management OR Self care+ OR Preventive Health care AND Patient education OR Diabetes education OR Health education
Avgrensinger i søket	Siste 10 år, 2012-2022 Språk: Norsk, Svensk, Dansk og engelsk
Antall treff totalt	233
Antall gjennomleste titler	233
Antall gjennomleste abstrakt	111
Antall gjennomleste fulltekstartikler	25

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Siste 5 år, 2017-2022 Kvalitativ studie
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 1	Khunkaew, S., Tungpunkom, P., Sim, J. & Fernandez, R. (2018). The Experiences of people in Northern Thailand living with Diabetic Foot Ulcers: A Descriptive Qualitative Study. <i>Pacific Rim International Journal of Nursing Research</i> 22(4), 304-318. <a href="https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1264&amp;context=s_mhpapers1">https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1264&amp;context=s_mhpapers1</a>
Inkludert artikkel nummer 2	Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvick, J. & Andersson, S. (2020). To take charge of one's life - a group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach. <i>International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being</i> , 15(1), Artikkel 1726856. <a href="https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1726856">10.1080/17482631.2020.1726856</a>
Inkludert artikkel nummer 3	Othman, M. M., Al-Wattery, N. A., Khudadad, H., Dughmush, R., Furuya-Kanamori, L., Doi, S. A. R. & Daher-Nashif, S. (2022). Perspectives of Persons With Type 2 Diabetes Toward Diabetes Self-Management: A Qualitative Study. <i>Sage journal</i> 49(4), 680-688. <a href="https://doi.org/10.1177/10901981221098373">https://doi.org/10.1177/10901981221098373</a>
Inkludert artikkel nummer 4	van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019). Reasons for (non-)adherence to self-care in people with diabetic foot ulcer. <i>Wound Repair and Regeneration</i> 27(5), 530-539. <a href="https://doi.org/10.1111/wrr.12728">https://doi.org/10.1111/wrr.12728</a>

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

All øvrig fag- og forskningslitteratur ble vurdert som pålitelig og aktuell for problemstillingen før bruk. Totalt er 38 ulike kilder brukt tidligere i oppgaven, der eksempelvis fagbøker, fag- og forskningsartikler, brosjyrer, nettsider, retningslinjer, stortingsmeldinger og lovverk er brukt (se 7.0). For å finne aktuelle fag- og forskningsartikler ble ulike databaser anvendt, eksempelvis i CINAHL, PubMed og Sykepleien Forskning. I tillegg ble søk i kliniske oppslagsverk som BMJ best practice og UpToDate gjennomført.

Fagbøker er hyppig brukt igjennom oppgaven. Flere av fagbøkene har vært inkludert i pensumlisten gjennom sykepleiestudiet. Dette er godkjent og anbefalt litteratur fra høyskolen, som vi har ansett som aktuelt å bruke. Vi brukte Oria for å finne fagbøker utenom pensumlisten. Oria er en søketjeneste og database som inneholder en oversikt over tilgjengelig fag- og forskningsmaterieell som finnes hos de fleste norske fag- og forskningsbibliotek (Unit, 2021). I vår oppgave er boken av Knutstad (2019), «*Utøvelse av klinisk sykepleie-sykepleieboken 3*» framtreddende. Boken er skrevet for bachelorutdanningen i sykepleie, og inneholder kunnskap om sykepleieutøvelse i dagens avanserte helsetjeneste. Vi brukte kapitlene 12 og 18 hovedsakelig, da de omhandler sykepleie til personer med diabetes og vanskelig helende sår. Dette er tematikk som vi anser svært sentral for vår problemstilling.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er også hyppig brukt i oppgaven. Retningslinjene er faglige anbefalinger som gir en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med ulike diagnoser (Helsedirektoratet, 2022). Dette vurderte vi som en berikende kilde for oss, da anbefalingene er normerende i norsk helsevesen (Nortvedt et al., 2021, s. 51). For oss ble anbefalingene knyttet til diabetes og diabetisk fotsår mest aktuelle.

## 4 Resultater

Her fremvises resultatene i form av en artikkelmatrise og videre blir en syntese av resultatene presentert.

### 4.1 Tabell 3 artikkelmatrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Khunkaew, S., Tungpunkom, P., Sim, J. & Fernandez, R. (2018). Thailand.	The Experiences of people in Northern Thailand living with Diabetic Foot Ulcers: A Descriptive Qualitative Study.	Utforske hvordan diabetiske fotsår påvirker helserelatert livskvalitet hos voksne med diabetisk fotsår.	Beskrivende kvalitativ studie, med dybdeintervju av 13 pasienter, og bruk av semistrukturerte intervju. Taleopptak, som ble profesjonelt oversatt og transkribert.	Funnene øker kunnskapen til helsepersonell og samfunnet om å forstå opplevelsen av å ha diabetiske fotsår, og hvordan dette påvirket pasientene, både fysisk og emosjonelt. Sykepleiere må motivere, gi kunnskap og øke pasientens ferdigheter innen behandling, som en del av rutine for å forbedre helserelatert livskvalitet for pasienter med diabetisk fotsår.	Kvalitativ sjekklister: 10/10 poeng
CINAHL	Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvick, J. & Andersson, S. (2020). Sverige.	To take charge of one's life - group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach	Beskriver pasientenes erfaring av gruppebasert læring av DMT2.	Kvalitativ studie, med et fenomenologisk livsverden perspektiv. Brukte didaktiske relasjonsmodellen. 12 pasienter, med gruppe- og individuelle intervju, samt refleksjonsbøker.	Gruppeundervisning er fra pasientens perspektiv både verdsatt og passende til å støtte og fasilitere læring. Deltakerne beskrev at gruppeundervisningen økte motivasjon og et indre ønske om å bli mer ansvarlig for behandling og implementering av sunne vaner.	Kvalitativ sjekklister: 9/10 poeng

CINAHL	Othman, M. M., Al-Wattery, N. A., Khudadad, H., Dughmush, R., Furuya-Kanamori, L., Doi, S. A. R. & Daher-Nashif, S. (2022). Qatar.	Perspectives of Persons With Type 2 Diabetes Toward Diabetes Self-Management: A Qualitative study	Å forstå ulike perspektiv av selvledelse blant personer med forskjellige nasjonaliteter med DMT2 som lever i Qatar.	Er en fenomenologisk kvalitativ studie, med fire fokusgruppe intervju som bruker Triandis Interpersonal Behaviour model. 29 deltakere, med 12 forskjellige nasjonaliteter. Taleopptak som ble profesjonelt oversatt til engelsk og transkribert.	Forståelse og inklusjon av pasientens perspektiv er et kjernekomponent for å øke pasientens motivasjon til å bli en aktiv deltaker i diabetes selvledelsen. Mange deltakere var motivert av frykt for fremtidige helsekomplikasjoner og hvordan det vil påvirke både dem og deres familie.	Kvalitativ sjekkliste: 8/10 poeng
CINAHL	van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019). Australia.	Reasons for (non-) adherence to selfcare in people with diabetic foot ulcer	Utforsker årsaken til manglende etterlevelse for egenbehandling blant mennesker med diabetiske fotsår. Samt hvilke utfordringer og tiltak som kan motivere til bedre etterlevelse for egenbehandling.	Kvalitativ studie: Ansikt-til-ansikt semistrukturerte intervju med en "framework approach". 11 deltakere, 1 intervjuer. Taleopptak, senere transkribert. Samt. intervjuerens egne notater.	Utfordrende faktorer for etterlevelse av egenbehandling var: mobilitet, synlighet av såret, avlastende fottøy, sårstell, sårbehandlingsprodukter og frustrasjon knyttet til sårets progresjon. Ulike tiltak ble funnet for å motivere til økt etterlevelse for egenbehandling: implementere egenbehandling som daglig rutine, bedre undervisning og øke pasientens sårstell-ferdigheter ved bruk av hjelpemidler som gir bedre tilgjengelighet og synlighet av det diabetiske fotsåret.	Kvalitativ sjekkliste: 9/10 poeng

## 4.2 Syntese av resultatene

Studiene viser at mange deltakere med diabetiske fotsår mangler motivasjon til å utføre egenbehandling. Faktorer som kan hemme og fremme motivasjon kan deles inn i hovedkategoriene; relasjonelle, sosioøkonomiske, emosjonelle og undervisende faktorer. Relasjonelle faktorer som sosiokulturelle forventninger kan skape konflikt med egenbehandling av DMT2 og diabetiske fotsår, som igjen forårsaker demotivasjon. Familierelasjoner øker ofte motivasjon gjennom støtte, og mange er avhengige av familie for å utføre adekvat sårstell. Sosioøkonomiske faktorer baseres ofte på at diabetisk fotsår er en økonomisk belastning. De uten sosioøkonomisk støtte frykter også innvirkningene diabeteskomplikasjoner kan påføre deres familie. Emosjonelle faktorer handler ofte om negative følelser som frykt og depresjon, samt negative mål som unngåelse av komplikasjoner. Opplevelsen av å «føle seg frisk» og å få positive behandlingsresultater er viktige motivasjons faktorer. Undervisende faktorer baseres på at deltakerne mangler ofte kunnskap og forståelse om diabetiske fotsår og egenbehandling. I tillegg er gruppeundervisning en god metode for å øke motivasjon og kunnskap.

## 5 Diskusjon

I følgende kapittel drøftes problemstillingen: «*Hvilke faktorer kan hemme og fremme pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår?*», i lys av litteratur og utvalgt forskning. Resultatdiskusjonen deles inn i underavsnittene: motiverende faktorer, demotiverende faktorer og indre og ytre motivasjonsfaktorer, i henhold til faktorer nevnt i motivasjonsteorien (2.4). Dette er for å nærmere undersøke hva som kan hemme og fremme pasientens motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Motiverende faktorer

Det er en økende forventning at pasienter med kroniske lidelser som diabetisk fotsår skal være motivert til å delta i sin egen behandling. Pasienten har ansvaret for å håndtere diabetessykdommen sin på daglig basis. Istedenfor å kun følge anbefalinger til sykepleier, bør pasienten være en aktiv deltaker og lære, samt iverksette tiltak for å håndtere diabetessykdommen selv. Flere faktorer påvirker en persons motivasjon, eksempelvis tidligere erfaringer og tro på egne ferdigheter. Basert på om erfaringen var positive eller negative kan det utløse en reaksjon som enten er motiverende eller demotiverende når pasienten skal utføre egenbehandlingen (Hestvold, 2018, s. 137-139; St. Jean, 2016).

Resultatene viser til flere motivasjonsfaktorer. For flere deltakere er det «å holde seg frisk» en vanlig motivasjonsfaktor. Det er ulik tolkning av hva «å holde seg frisk» betyr. For noen deltakere med diabetiske fotsår betyr dette å unngå å amputere foten sin. De tror at deres diabetiske fotsår ikke vil gro og har dermed som hovedmotivasjon å vedlikeholde et uinfisert diabetisk fotsår. Andre med diabetiske fotsår har imidlertid fullstendig sårheling som motivator (Khunkaew et al., 2018; van Netten et al., 2019). Flere med DMT2 har som motivasjon å vedlikeholde en stabil blodglukose for å unngå framtidige diabeteskomplikasjoner. Det å se positive resultater av deres behandling var også en sterk motivator som gir høyere etterlevelse av egenbehandling (Othman et al., 2022). Det var imidlertid flere som trenger å prosessere og bli kjent med kompleksiteten av sin diabetessykdom. Dette skjer ofte igjennom undervisning og veiledning, som øker deltakerens kunnskap om diabetessykdommen. Ved å gjøre dette økte deres selvinnsikt og de ble mer motivert som resultat (Kjellsdotter et al., 2020). I Khunkaew et al.(2018) brukes spiritualitet

og tro som en mestringsmekanisme som kan øke og bevare motivasjonen. Dette gir ofte et positivt tankesett som hjelper deltakeren i å redusere stress, roe ned og øke deres tålmodighet. Til slutt er også ønske om å begynne med hverdagsaktiviteter som hobbyer, arbeid, familie- og venneaktiviteter sett på som en motivasjonsfaktor (van Netten et al., 2019).

Her kan vi se at ved å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient, og hva som motiverer dem, kan sykepleier fremme egenbehandlingen. De vidt forskjellige motivasjonsfaktorene understreker hvor viktig det er å arbeide personsentrert, da hver enkelt pasient har ulike målsettinger for sin behandling. Ved å tilpasse informasjon og behandlingen kan sykepleier gi helhetlig omsorg og utføre sin etiske plikt i å understøtte mestring og fremme helse. I tillegg har sykepleiere i spesialisthelsetjenesten også en juridisk plikt i å utarbeide en individuell plan for pasienter med langvarig behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er veldig aktuelt for både pasienter med DMT2 og diabetiske fotsår, som er kroniske sykdommer (NSF, 2019; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-5).

#### ***5.1.1.1 Frykt som motivasjonsfaktor?***

Frykt er en negativ følelse som ofte forårsaker diabetesrelatert stress. For mange pasienter med DMT2 og diabetiske fotsår gir frykt betydelig lidelse, dårligere livskvalitet og på lengre sikt redusert motivasjon. Flere studier viser at mange pasienter overvurderer forekomsten av diabeteskomplikasjoner. Dette er blant annet grunnet mangelfull kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, som kan resultere i frykt. For å gi realistiske forventninger og redusere frykt, må sykepleier gi tilstrekkelig informasjon om diabeteskomplikasjoner og behandling til pasienter diabetiske fotsår (Arend et al., 2019; Kuniss et al., 2019; St. Jean, 2016).

Et interessant funn er at frykt nevnes som en motivator i tre av de inkluderte studiene. Flere deltakere nevner frykten for helsekomplikasjoner, som diabetisk fotsår og amputasjoner. Disse helsekomplikasjonene blir brukt som motivasjon til å utføre nødvendige livsstilsendringer og opprettholde behandlingen av både generell diabetes og sårstell av diabetisk fotsår. Samtidig nevner de uten sosioøkonomisk støtte frykt for hvilken innvirkning diabeteskomplikasjoner kan påføre deres familie. Dette resulterte i motivasjon til å opprettholde egenbehandlingen (Kjellsdotter et al., 2020; Othman et al., 2022). van Netten et al. (2019) mener imidlertid at selv om frykt for amputasjon er en stor motivasjonsfaktor, er dette alt i alt et negativt mål. Deltakerne har ofte fokus på å unngå infeksjon, sykehusinnleggelse og amputasjon, istedenfor positive mål som sosiale og familiære faktorer.



Negative mål er ofte vanskeligere å vedlikeholde over tid, og derfor burde blant annet sykepleier sette større fokus på positive mål i møte med pasienten. Khunkaew et al. (2018) er den eneste artikkelen som bruker frykt som en demotiverende faktor. Flere av deltakernes nevner at frykt for amputasjon fører til betydelig emosjonell belastning og depresjon, som begge er kjente demotiverende faktorer. Dette kan tyde på at selv om frykt er en motivator som kan føre til endring, så kan den også føre til diabetesrelatert stress. Dette kan utgjøre en risiko for pasientens langsiktige motivasjon. Sykepleiere i møte med pasienter med DMT2 og diabetiske fotsår burde adressere pasientens frykt direkte og få dem til å fokusere på positive mål for mer stabil motivasjon.

### **5.1.2 Demotiverende faktorer**

Demotiverende faktorer utløses ofte av emosjonelle og psykiske utfordringer. Diabetiske fotsår medfører ofte smerte og ubehag for pasienten. Siden sårene er kroniske og vedvarer over lengre tid kan pasienten bli frustrert og utålmodig. Dette sammen med faktorer som utløser diabetesrelatert stress kan føre til demotivasjon (Ribu & Singstad, 2019, s. 594-623). Negative følelser resulterer ofte i diabetesrelatert stress og kan gjøre en person ute av stand til å realistisk bedømme situasjonen. Følelsene kan være spesifikke som frykt, sinne og frustrasjon, eller en kan være generelt overemosjonell (St. Jean, 2016). Psykiske lidelser som depresjon har økt prevalens hos pasienter med DMT2 og diabetiske fotsår, og bør ikke bli undervurdert. Depresjon er en faktor som kan demotivere og er assosiert med redusert funksjonskapasitet. Dette er fordi den påvirker evnen til å blant annet positivt engasjere seg i egenbehandling av diabetisk fotsår. Pasientens evne til å implementere daglig egenomsorg, som sunt kosthold, fysisk aktivitet, egenkontroll av blodsukker og medisinaladministrasjon, er betydelig utfordret i nærværet av depresjon, spesielt alvorlig depresjon (Rodriguez, 2013).

Studiene inkluderer flere demotiverende faktorer. Tre av de utvalgte studiene peker på depresjon som en demotiverende faktor, da den hindrer deltakeren i å utføre egenbehandling. For de med DMT2 er det ofte de nylig diagnostiserte som nevner psykiske utfordringer som depresjon. Dette ble blant annet begrunnet med sjokk og benektelse, og at de trengte tid til å akseptere diagnosen både følelsesmessig og fysisk (Othman et al., 2022). Imidlertid har flertallet av deltakerne med diabetiske fotsår i lengre tid blitt både fysisk og psykisk negativt påvirket av tilstanden. Mange føler seg overveldet og blir urolig av tanken på fotamputasjon. Denne frykten er ofte sammenkoblet med depresjon som påvirker mental helse og velvære.

Depresjon gjør det vanskelig å gjennomføre både sårstell av det diabetiske fotsåret, og generell diabetesbehandling grunnet mangelfull motivasjon og en følelse av håpløshet (Khunkaew et al., 2018; Othman et al., 2022; van Netten et al., 2019).

Negative følelser som frustrasjon og sinne ble beskrevet som demotiverende for personer med kroniske, diabetiske fotsår. Flere deltakere føler de har ingen framgang i sårtilhelingsprosessen av deres diabetiske fotsår, selv om de følger rådene for egenbehandling og har regelmessige timer på poliklinikken. Noen deltakere beskriver manglende mestringsfølelse som en demotiverende faktor da flere er avhengige av hjelp fra familie, eller en omsorgsperson til å ta vare på såret sitt. Dette skaper en form for ansvarsfraskrivelse for noen deltagere, da det ikke lenger er deres oppgave å behandle såret (Khunkaew et al., 2018; van Netten et al., 2019).

Ufrivillige livsstilsendringer og fristelser beskrives i flere av artiklene som en stor demotiverende faktor. Det er vanskelig for mange deltakere å endre gamle vaner. Utfordringene begrunnes ofte i livsstilsvaner, kulturelle faktorer som sosiale skikker og manglende støtte fra familie og venner (Khunkaew et al., 2018; Othman et al., 2022). Noen føler seg også “tvunget” til å utføre livsstilsendringer, og klarer dermed ikke å nyte trening og mat på samme måte lenger. Imidlertid er ikke kosthold sett på som en demotiverende faktor for alle. Noen deltakere mener de lever en sunn livstil, og trener og spiser sunt fra før. Disse deltakerne er ofte frustrert og forvirret over hvorfor de har fått DMT2. I ettertid kunne de se at de hadde fortsatt mulighet for små endringer i kostholdet sitt, og kunne gjøre mer bevisste valg (Kjellsdotter et al., 2020). En annen demotiverende faktor er ufrivillig sosial isolasjon. Diabetiske fotsår fører til ufrivillige livsstilsendringer for flere deltakere, eksempelvis at de ikke klarer å delta i sosiale sammenhenger lenger. Mange deltakere frykter å forverre eller forlenge sårtilhelingsprosessen, ved å utføre hverdagsaktiviteter som hobbyer, arbeid og sosiale aktiviteter. Andre har fått redusert mobilitet og energi fra ubehaget av å ha diabetiske fotsår, imens andre er skamfulle av sårene sine som resulterer i tilbaketrukkenhet. Sosial isolasjon fører for noen til demotivasjon, da de mister en motiverende faktor igjennom familie og venner til å opprettholde egenbehandlingen (Khunkaew et al., 2018; Othman et al., 2022; van Netten et al., 2019).

Samlet viser disse funnene at pasienter blir påvirket av ulike negative faktorer, som igjen påvirker deres motivasjon. Når en pasient er demotivert kan det ofte oppstå utilstrekkelig egenbehandling. Sykepleier har en juridisk plikt i å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Hvis pasienten er demotivert må sykepleier prøve å engasjere og motivere pasienten til å yte tilstrekkelig egenbehandling. Om dette ikke er tilstrekkelig må sykepleier eventuelt overta behandlingen til det blir forsvarlig å la pasienten ta ansvar igjen. Føler sykepleier seg ikke kvalifisert grunnet arbeidets natur, har sykepleier plikt til å henvise til kvalifisert helsepersonell. Dette viser også til sykepleierens etiske plikt i å vise forståelse, lindre lidelse og øke håp og mestringsfølelse (Helsepersonelloven, 1999, § 4; NSF, 2019).

### **5.1.3 Indre og ytre motivasjon**

Pasienter med diabetisk fotsår har et ansvar for etterlevelsen av sin egenbehandling. Deres evne og motivasjon til å engasjere seg i egenbehandling og selvledelse kan påvirkes av flere indre og ytre faktorer. Indre motivasjonsfaktorer kommer fra utførelsen av selve oppgaven, som gir en følelse av autonomi og kontroll. Faktorer som påvirker indre motivasjon hos pasienter med diabetiske fotsår kan være holdninger og helsetro, begrenset diabeteskunnskap og tekniske ferdigheter og utilstrekkelig mestringsstro til å fremme positiv atferdsendring. Ytre motivasjonsfaktorer baseres på mulige resultater en får ved å engasjere (eller ikke engasjere) i en aktivitet. Motivasjonen er dermed ikke nytelse, men unngåelse av konsekvenser. Ytre faktorer som kan påvirke motivasjon for pasienter med DMT2 eller diabetiske fotsår kan være: økonomiske hensyn, familie, utilstrekkelige kliniske relasjoner og begrenset tilgang til effektiv diabeteshelsetjeneste. En ekstern hendelse som er givende eller straffende kan endre en ytre motivasjonsfaktor til å bli en indre motivasjonsfaktor eller omvendt, som resulterer i endring i atferd. Ytre motivasjonsfaktorer er vanskelige å opprettholde over tid da de blir avhengige av motiverende midler for å utføre arbeidet. Imens, indre motivasjonsfaktorer er ikke avhengig fra ytre motivasjonsmidler fra omgivelsene, som gjør den mer stabil og varer lengre (Diabetesforbundet, 2018; Law et al., 2010, s. 285-286; Rodriguez, 2013).

Resultatene våre viser at deltakerne med DMT2 og diabetiske fotsår ofte bruker ytre motivasjonsfaktorer. Som nevnt tidligere er mange av deltakerne motiverte til å utføre egenbehandling grunnet frykt for amputasjoner eller lignende komplikasjoner. Dette er en ekstern faktor som handler om unngåelse av en konsekvens. Motivasjonen er derfor ofte ikke stabil (Khunkaew et al., 2018; Kjellsdotter et al., 2020; Othman et al., 2022; van Netten et al.,

2019). Dette beskrives spesielt i Khunkaew et al. (2018) og van Netten et al. (2019) hvor flere deltakere opplever frustrasjon og sinne over manglende sårheling, spesielt siden de opplever at de følger behandlingsplanen og har regelmessige timer på poliklinikken. Egenbehandlingen er en byrde for dem, siden de er verken motivert eller engasjert. Dette er en mulig tolkning, utfra at noen valgte tidlig amputasjon i stedet for å fortsette med sårbehandlingen.

Familie er en annen viktig ytre motivasjonsfaktor. Faktoren bidrar til støtte og øke indre motivasjon, da flere er avhengig av sin partner for adekvat sårstell. For noen er dette en styrke fordi de ikke klarer å utføre sårstell selv. Imens andre utnyttet det som en form for ansvarsfraskrivelse og ble mindre motivert til å prøve å utføre sårstell på egenhånd (van Netten et al., 2019). Flere ønsker å bli med på sosiale aktiviteter igjen med familie og venner. Dette kan tolkes som en indre motivator, siden det er deres ønske som motiverer til bedre etterlevelse i egenbehandlingen. Imidlertid, kan familie og venner også bli en barriere for indre motivasjon. Sosiokulturelle forventinger kan forhindre deltakeren i å håndtere deres diabetessykdom. For eksempel i noen kulturer kan det å takke nei til introdusert mat, tolkes som uhøflig (Khunkaew et al., 2018; Othman et al., 2022; van Netten et al., 2019). Å møte andre i samme situasjon er en ytre motivasjonsfaktor som kan øke indre motivasjon. For deltakere som bor alene, uten et stort sosialt nettverk, er det verdifullt med gruppeundervisning angående DMT2. Her finner de samhold, deler bekymringer og vet at de ikke er alene. Følelsen av samhold hjelper til å absorbere informasjon, øke indre motivasjon og bygge et støttende nettverk (Kjellsdotter et al., 2020).

Mangel på kunnskap er en indre faktor som kan drastisk påvirke pasientens motivasjon. Flere deltakere med DMT2 forstår ikke hvorfor det er nødvendig med livsstilsendringer når deres helse er upåvirket og de har ingen synlige symptomer. Mangelen på kunnskap fører dermed til manglende motivasjon for endring. Personer med diabetiske fotsår har ofte kunnskap om utførelsen av sårstell, men de mangler annen grunnleggende kunnskap om blant annet trykkavlastning. De fleste deltakerne vet at de må konstant bruke trykkavlastende sko, men bruker de ikke hjemme. Flere synes at de trykkavlastende skoene er ukomfortable, de mister følelsesansen eller blir ustødige i dem. De velger derfor andre skotyper som ikke gir tilstrekkelig trykkavlastning, som resulterer i forlenget sårheling. Her mangler deltakerne sannsynligvis indre motivasjon grunnet manglende kunnskap. Dette i tillegg til ytre faktorer som ubehag forårsaker ytterligere risiko for demotivasjon (Kjellsdotter et al., 2020; van Netten et al., 2019).

Et funn er at veiledning og undervisning kan derimot øke den indre motivasjonen. De utvalgte studiene viser at sykepleieren bør støtte pasienten i å fjerne barrierer som kan hindre god etterlevelse av diabetesbehandling. Dette kan gjøres ved å skreddersy behandlingen til hver enkelt pasient og gi tydelig og enkel undervisning. Det er også viktig å sørge for at undervisningen faktisk blir forstått og at deltakeren kan gjenta kunnskapen. Når pasienten og sykepleier er likestilt i undervisningen, blir sykepleierens kunnskap om diabetessykdommen verdsatt likt med den unike kunnskapen til pasienten. Dette gir deltakeren mulighet til å delta i sin egenomsorg og ta ansvar for sin helse, som styrker den indre motivasjonen (Kjellsdotter et al., 2020; Othman et al., 2022; van Netten et al., 2019). Gruppebasert undervisning for de med DMT2 styrker også indre motivasjon igjennom å lære fra hverandre. Dette var minst like viktig for deltakeren, da gruppeundervisningen skapte refleksjon, bedre selvinnsikt og ansvarsfølelse ovenfor sin egen hverdag med DMT2 (Kjellsdotter et al., 2020).

Disse funnene kan tolkes som at selv om sykepleier vet hva som er best for behandlingen av DMT2 og diabetiske fotsår, betyr det ikke at sykepleier vet hva som er best for den enkelte pasientens sitt liv. Sykepleieren og annet helsepersonell er en ytre faktor som kan både fremme og svekke pasientens indre motivasjon. Derfor er det viktig at sykepleieren utfører sin juridiske og faglige plikt i å fremme sosial trygghet, og ivareta respekten for hver enkelt pasients liv, integritet og menneskeverd. Da kan også sykepleier opprettholde sin etiske plikt i å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon til pasienten. Som gir dem muligheten til å ta selvstendige avgjørelser. Dette kan gjøres ved at sykepleier stoler på pasientens ønske i å selv oppnå best mulig helse utfra sine individuelle forutsetninger. Ved personsentrert undervisning og informasjon kan sykepleieren lytte til og respektere pasientens egne mål for behandlingen og dermed øke pasientens indre motivasjon (NSF, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

## **5.2 Metodediskusjon**

I dette kapitlet vil oppgavens metodedel diskuteres. Styrker og svakheter ved litteraturstudien, litteratursøk, valg av forskningslitteratur og overførbarhet blir diskutert.

### 5.2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode ble forhåndsbestemt gjennom oppgavens rammer. En litteraturstudie resulterer ikke direkte i ny forskning, men belyser mengden forskning som allerede finnes innenfor et spesifikt tema. En litteraturstudie kan anses som en styrke da det er en rask metode for å undersøke metningen av kunnskap innenfor et tema. Dermed kan det videre vurdere og belyse behovet for videre forskning (Popenoe et al., 2021). Dette viste seg å være aktuelt for vår oppgave, da vi fant begrenset forskning innenfor problemstillingens tematikk (se 5.2.4).

Avgrensning av kontekst, aldersgruppe og DMT2 (Se 1.4) ble valgt for å spesifisere og avgrense temaet i litteraturstudien. Avgrensninger kan anses som en styrke da området og omfanget av litteraturstudien blir smalere. På den måten gikk vi dypere inn i valgt tema, fremfor å holde oss på overflaten (Søk og skriv, 2022).

### 5.2.2 Litteratursøk

I startfasen av søkeprosessen brukte vi PICO-skjema. Dette skulle være en styrke da det hjalp oss med å strukturere søkeordene mot problemstillingen (Nortvedt et al., 2021, s. 37). Imidlertid ble det en svakhet for oss da vi ikke fikk nok treff på første søkekombinasjon (Se 3.2.). Vi måtte derfor utvide søkekombinasjonen med *OR* og kombinere synonymer innenfor hvert element (Se tabell 2). Dette ga oss flere treff som var positivt, men samtidig inkluderte treffet en del artikler som var mindre relevante for problemstillingen. I tillegg tillot rammene for oppgaven kun ett søk i databasen CINAHL. Dette begrenset relevant forskningslitteratur vi potensielt kunne ha funnet gjennom flere søk og/eller bruk av ulike databaser.

### 5.2.3 Utvalg av forskningslitteratur

Problemstillingen har gjennomgått flere endringer siden prosjektstart. Originalt ønsket vi å undersøke betydningen av undervisning og veiledning for pasientens motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår. Problemstillingen har siden det utviklet seg til: «*Hvilke faktorer kan hemme og fremme pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår?*». Litteratursøket ble imidlertid gjennomført i en tidligere fase da undervisning og veiledning hadde stor relevans for problemstillingen. «*Patient Education OR Diabetes Education OR Health Education*» ble derfor brukt som et element i søket (se tabell 2). Dette resulterte i at tre av studiene hadde et større fokus på undervisning enn nødvendig. Studiene

hadde i tillegg forskjeller i pasientgruppe og bruk av modeller. To av studiene fokuserte på diabetisk fotsår, imens to fokuserer kun på DMT2 (se *tabell 3*). I tillegg anvendte to av studiene ulike modeller. Studiene hadde dermed noen funn som hadde begrenset relevans direkte til problemstillingen. Å anvende studier med ulikheter kunne anses som en svakhet da arbeidet med analysen og presentasjon av resultatene for studiene kunne bli utfordrende (Popenoe et al., 2021). Grunnet tidsrammen hadde vi ikke mulighet til å starte litteratursøket på nytt. Hadde litteratursøket vært mer spesifikt rettet mot den nye problemstillingen, kunne vi ha inkludert flere studier med direkte relevans. Samtidig mener vi at alle de inkluderte studiene har funn som kan direkte og/eller indirekte tolkes opp mot problemstillingen. Vi vurderer derfor funnene som aktuelle for besvarelsen. I tillegg synes vi at forskjellene i studiene er interessante da de bidrar til ulike funn og synspunkter, som gir et bredere resultat for tolkning.

Vi hadde åtte studier etter siste gjennomlesning. Grunnet oppgavens rammer kunne vi kun inkludere mellom 4-6 studier. Derfor måtte vi formulere ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier for å minimere utvalget (se 3.2). En av ulikhetene ved de åtte gjennomleste studiene var at de hadde varierende metodikk. Dette kunne anses som en svakhet da arbeid med syntese og analyse kunne bli mer utfordrende enn ved lik metode. Vi bestemte oss derfor for å kun inkludere en metode. Siden problemstillingen beskriver ulike faktorer som kan hemme og fremme motivasjon for egenbehandling av diabetisk fotsår, ønsket vi å fokusere på pasientperspektivet. Derfor kunne kvalitative studier være aktuelt, da de ofte har fokus på pasientperspektivet, og pasientens erfaringer kan tydeligere komme frem gjennom dybdeintervju. Dette var årsaken til at kvalitative studier ble valgt som ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterium (Popenoe et al., 2021).

#### **5.2.4 Overførbarhet**

Originalt ønsket vi hovedsakelig å inkludere kun skandinaviske artikler. Grunnet få treff i databasesøket måtte vi anvende studier som kunne gi begrenset overførbarhet. De inkluderte studiene er fra 4 ulike land; Sverige, Australia, Qatar og Thailand. Dette kan anses som en svakhet da vi måtte vurdere overførbarheten til norsk kontekst gjennom alle funnene. Burchett et al. (2013) nevner noen forhold som kan true overførbarheten, blant annet geografiske, religiøse, sosiale, kulturelle og politiske forskjeller. For eksempel beskrev Khunkaew et al. (2018) at deltakeres kunnskap var påvirket av kultur, tradisjon og religion, da eksempelvis

noen deltakere trodde at sykdom ble forårsaket av overnaturlige årsaker. Vi så også likheter blant studiene, uavhengig av deres geografiske, økonomiske og kulturelle forskjeller. En likhet som ble nevnt i alle studiene var at undervisning og veiledning i egenbehandling hadde en betydning for motivasjonen til pasienter med DMT2.

Vi så også likheter mellom studiene og norsk kontekst. Studienes beskrivelser av pasientens opplevelser og erfaringer, samsvarer med beskrivelsene i norsk litteratur. I tillegg er prinsippene for behandlingen av diabetisk fotsår forankret både nasjonalt og internasjonalt. Vi antar derfor at pasienter med diabetisk fotsår vil ha like erfaringer i en norsk kontekst (Johansen & Eiken, 2019, s. 928; Ribu & Singstad, 2019, s. 622-623). Dessverre etter vårt litteratursøk i CINAHL, opplevde vi at det var mangel på forskning om motivasjon og diabetisk fotsår i Skandinavia. Dette fikk vi også delvis bekreftet gjennom helsedirektoratet sine nasjonale faglige retningslinjer. Under noen tema for diabetes og diabetisk fotsår var det satt en svak anbefaling for iverksetting av tiltak. Begrunnelsen fra helsedirektoratet var at de hadde lite evidens å basere anbefalingen sine på. De kunne være grunnen til at de ikke satt en sterkere anbefaling (Helsedirektoratet, 2016a, 2016b).



## 6 Konklusjon

Problemstillingen for denne bacheloroppgaven er: «*Hvilke faktorer kan hemme og fremme pasienten sin motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår?*». Resultatene tyder på at det finnes flere faktorer som kan hemme og fremme pasientens motivasjon i egenbehandling av diabetisk fotsår. Det «å holde seg frisk», få behandlingsresultater som viser bedring av fotsårene, å ha en tro og være spirituell, å ha sosiale relasjoner til familie og venner (å ha sosialt nettverk), samt å få økt kunnskap om sårbehandling av diabetisk fotsår, er faktorer som motiverer pasienten til økt egenbehandling av diabetisk fotsår. Faktorer som leder til demotivasjon og dårligere etterlevelse av egenbehandling er oppsummert som negative følelser som frustrasjon og sinne, psykologiske lidelser som depresjon, en følelse av sosial isolasjon og ufrivillige livsstilsendringer og fristelser. Et interessant funn som vi fant i denne oppgaven er at frykt både er beskrevet som en motiverende og demotiverende faktor.

De overnevnte faktorene spiller inn på pasientens indre og ytre motivasjonsfaktorer. Resultatene tyder på at pasientene som deltok i de inkluderte studiene i stor grad benyttet ytre motivasjonsfaktorer i behandlingen av diabetisk fotsår og DMT2 for øvrig. Om faktorene fungerte som indre eller ytre motivasjon for deltakerne var ulikt. Imidlertid viste studiene at økt kunnskap blant pasientene gjennom veiledning og undervisning kan øke pasientenes indre motivasjonsfaktorer, og dermed virket fremmende for mange av deltakernes motivasjon.

Oppsummert konkluderer vi med at det er flere faktorer som kan hemme og fremme pasientens motivasjon, og at de kan virke forskjellig på hvert enkelt individ. Det er viktig at sykepleier tilpasser pasientens behandling individuelt, da funnene viser at noe som kan være én fremmende faktor for en pasient, kan virke hemmende for en annen. Imidlertid er dette resultatet basert på et begrenset utvalg studier. Vi tror det kan være interessant å gjøre mer forskning på dette temaet, da det forventes en økning av diabetisk fotsår som kan gi et økt fremtidig behov for egenomsorg. Samtidig kan det også være interessant å tilegne enda mer kunnskap om forebygging av diabetisk fotsår i norsk helsevesen. Avslutningsvis kan vi si at ved å opparbeide kunnskap om pasientens behandlingsmål og forutsetninger, samt øke kunnskap om hvilke faktorer som kan virke hemmende og fremmende for motivasjon, kan sykepleier bidra til å gi personsentrert sykepleie som fremmer pasientens motivasjon for egenbehandling av diabetisk fotsår.

## Referanseliste

- Arend, F., Müller, U. A., Schmitt, A., Voigt, M. & Kuniss, N. (2019). Overestimation of Risk and Increased Fear of Long-term Complications of Diabetes in People with Type 1 and 2 Diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 127(10), 645-652.  
<https://doi.org/10.1055/a-0977-2667>
- Armstrong, D. G. & Asla, R. J. D. (2022, 25. april). *Management of diabetic foot ulcers*. UpToDate. Hentet 20. november fra [https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=diabetic%20foot%20ulcer&source=search\\_result&selectedTitle=1~68&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=diabetic%20foot%20ulcer&source=search_result&selectedTitle=1~68&usage_type=default&display_rank=1)
- Barg, F. K., Cronholm, P. F., Easley, E. E., Davis, T., Hampton, M., Malay, D. S., Donohue, C., Song, J., Thom, S. R. & Margolis, D. J. (2017). A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound Repair Regen*, 25(5), 864-870. <https://doi.org/10.1111/wrr.12593>
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide* (2. utg.). Open University Press.
- Bruun, C., Guassora, A. D., Nielsen, A. B., Siersma, V., Holstein, P. E. & de Fine Olivarius, N. (2014). Motivation, effort and life circumstances as predictors of foot ulcers and amputations in people with Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*, 31(11), 1468-1476.  
<https://doi.org/10.1111/dme.12551>
- Burchett, H. E., Mayhew, S. H., Lavis, J. N. & Dobrow, M. J. (2013). When can research from one setting be useful in another? Understanding perceptions of the applicability and transferability of research. *Health Promot Int*, 28(3), 418-430.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/das026>
- Diabetesforbundet. (2018). *Veiviser: God egenbehandling av diabetes* [Brosjyre]. Merkur Grafiske AS. <https://www.diabetes.no/globalassets/brosjyrer/veiviser-for-god-egenbehandling.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (Bd. 5, s. 887-905). Cappelen Damm Akademisk.

- Fearn, N., Heller-Murphy, S., Kelly, J. & Harbour, J. (2017). Placing the patient at the centre of chronic wound care: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Tissue Viability*, 26(4), 254-259. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jtv.2017.09.002>
- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi: samspillet mellom kropp og sinn*. Gyldendal akademisk. Helsedirektoratet. (2016a, 14. september). *Opplæring i hvordan forebygge diabetiske fotsår*. Helsedirektoratet. Hentet 20. november fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diabetisk-fot-og-nevropati#opplaering-i-hvordan-forebygge-diabetiske-fotsar-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2016b, 14. september). *Kommunikasjon og pasientaktiverende intervensjoner ved diabetes type 1 eller 2*. Hentet 20. oktober fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/kommunikasjon-mestring-og-motivasjon-ved-diabetes#kommunikasjon-og-pasientaktiverende-intervensjoner-ved-diabetes-type-1-og-2-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2022, 20. mai). *Hva er nasjonale faglige retningslinjer?* Hentet 15. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram/metode-og-prosess-ved-utarbeidelse-av-retningslinjene/hva-er-nasjonale-faglige-retningslinjer>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-157).
- International Diabetes Federation. (2017). *Clinical Practise Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals* (ISBN: 978-2-930229-86-7). International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation. (2021, desember). *Diabetes facts & figures*. International Diabetes Federation. Hentet 19. november fra <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Iversen, M. M. (2020). Diabetes. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 509-523). Gyldendal.
- Jenssen, K. (2015). *Pasientopplæring: Pedagogisk teori og metode*. Diaped.no.
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-400). Gyldendal.

- Johansen, E. & Eiken, G.-M. (2019). Sykepleie til personer med vanskelig helende sår. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (3. utg., s. 896-932). Cappelen Damm Akademisk.
- Khunkaew, S., Sim, J., Fernandez, R. & Bhatarasakoon, P. (2018). The Experiences of people in Northern Thailand living with Diabetic Foot Ulcers: A Descriptive Qualitative Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 304-318.
- Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvick, J. & Andersson, S. (2020). To take charge of one's life - group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1726856.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1726856>
- Knutstad, U. (Red.). (2019). *Utøvelse av klinisk sykepleie: sykepleieboken 3* (3. utg.). Cappelen damm akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser: Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 257-308). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mestring og håp. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 45-96). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-28). Gyldendal akademisk.
- Kuniss, N., Freyer, M., Müller, N., Kielstein, V. & Müller, U. A. (2019). Expectations and fear of diabetes-related long-term complications in people with type 2 diabetes at primary care level. *Acta Diabetol*, 56(1), 33-38. <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1217-9>
- Law, A., Halkiopoulos, C. & Bryan-Zaykov, C. (2010). *Psychology: developed specifically for the IB Diploma*. Pearson.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdf/s/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og Jus* (6. utg.). Gyldendal.

- Norsk Helseinformatikk. (2020, 17 mars). *Diabetisk fotsår*. NHI.no. Hentet 30. november fra <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/diabetisk-fotsar/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 20. november fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapbasert!: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen damm akademisk.
- Ogrin, R., Houghton, P. E. & Thompson, G. W. (2013). Effective management of patients with diabetes foot ulcers: outcomes of an Interprofessional Diabetes Foot Ulcer Team. *Int Wound J*, 12(4), 377-386. <https://doi.org/10.1111/iwj.12119>
- Othman, M. M., Al-Wattary, N. A., Khudadad, H., Dughmash, R., Furuya-Kanamori, L., Doi, S. A. R. & Daher-Nashif, S. (2022). Perspectives of Persons With Type 2 Diabetes Toward Diabetes Self-Management: A Qualitative Study. *Health Education & Behavior*, 49(4), 680-688. <https://doi.org/10.1177/10901981221098373>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*, (LOV-1999-07-02-63). lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3)
- Pleym, K. & Westberg, M. (2022). God sykepleie gir færre komplikasjoner ved diabetes type 2. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87875>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ribu, L. & Singstad, T. (2019). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 592-644). Cappelen Damm Akademisk.
- Rodriguez, K. M. (2013). Intrinsic and extrinsic factors affecting patient engagement in diabetes self-management: perspectives of a certified diabetes educator. *Clin Ther*, 35(2), 170-178. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.01.002>
- Skjellanger, A. G., Paulsen, I. M. & Kronholm Heiberg, E. (2022, 6. august). *Gode systemer kan hindre amputasjoner*. Dagens Medisin. Hentet 30. november fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/06/08/gode-systemer-kan-hindre-amputasjoner/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

- Squitieri, L., Tsangaris, E., Klassen, A. F., van Haren, E., Poulsen, L., Longmire, N. M., van Alphen, T. C., Hoogbergen, M. M., Sorensen, J. A., Cross, K. & Pusic, A. L. (2020). Patient-reported experience measures are essential to improving quality of care for chronic wounds: An international qualitative study. *Int Wound J*, 17(4), 1052-1061. <https://doi.org/10.1111/iwj.13374>
- St. Jean, B. (2016). Factors motivating, demotivating, or impeding information seeking and use by people with type 2 diabetes: A call to work toward preventing, identifying, and addressing incognizance. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 68, 309-320. <https://doi.org/10.1002/asi.23652>
- Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 23. november fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Søk og skriv. (2022, 30. november). *Oppbygning av en oppgave*. Søk og skriv. Hentet 13. desember fra <https://www.sokogskriv.no/skriving/oppbygning-av-en-oppgave.html#konklusjon-eller-oppsummering>
- Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utg.). Gyldendal.
- Unit. (2021, 4. november). *Oria søketjeneste*. Unit.no. Hentet 19. november fra <https://old.unit.no/en/node/469>
- van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019). Reasons for (non-)adherence to self-care in people with a diabetic foot ulcer. *Wound Repair Regen*, 27(5), 530-539. <https://doi.org/10.1111/wrr.12728>

## Vedlegg

### I.I Sjekkliste Khunkaew et al., (2018)

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten 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 sjekklisten

Sjekklisten 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.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Khunkaew, S., Tungpunkom, P., Sim, J. & Fernandez, R. (2018). The Experiences og people in Northern Thailand living with Diabetic Foot Ulcers: A Descriptive Qualitative Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 22(4), 304-318.  
<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1264&context=smhpapers1>

## 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:**

Hensikten med denne studien er å forstå oppfatninger og erfaringer til Thaiandske voksne med diabetisk fotsår. Dette ble beskrevet relevant av Khunkaew et al. fordi at diabetiske fotsår er en av hovedårsakene til morbiditet relatert til diabetes type 2. I tillegg er det en forventet økende forekomst av diabetes som gjør problemstillingen enda mer aktuell.

### 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:**

Problemstillingen fokuserer på pasientens erfaringer, så bruk av en kvalitativ metode er den mest hensiktsmessige metoden.

### 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:**

Khunkaew et al. begrunner bruken av en beskrivende kvalitativt forskningstilnærming. Tilnærmingen ble brukt slik at forskerne kunne samle, analysere og tolke erfaringer, realiteter og meninger fra deltakerne i forskningen. Semi-strukturerte intervju, med en spørsmålsguide ble gjennomført. Spørsmålsguiden kommer fra en pilot studie.



#### 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:**

Deltakerne ble rekruttert fra en poliklinikk ved et stort undervisningssykehus, til metningen ble nådd. Det var tydelig beskrevet inklusjonskriterier: deltatt i del 1 av studien, over 18 år, diagnostisert med diabetes type 2, hadde en eller flere diabetiske fotsår og har godtatt å delta. Eksklusjonskriteriene var: kognitiv svikt ble ekskludert da de ikke kan samtykke. I tillegg ble de som ikke kunne snakke thailandsk ekskludert. Det var ulike grunner for at noen deltakere ikke ville delta, eksempelvis en deltaker som hadde dødd.

#### 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:**

Intervjuene ble gjort på thailandsk i hver av deltakernes hjem. Det var semi-strukturerte intervju, med en spørsmålsguide som ble testet ut i en tidligere pilot studie. Spørsmålsguiden inkluderte åpne og dybde spørsmål. Intervjuene varte mellom 30-50 minutter og var tatt opp på lydopptak og transkribert ordrett. All data ble anonymisert.

## 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:

Studiet har et eget avsnitt kalt «Trustworthiness». Her forklarer Khunkaew og de andre forskerne integriteten og troverdigheten til et kvalitativt studie basert på konsepter som kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet. Videre forklarer de hvordan akkurat dette studie har utført dette.

## 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:

Studien har et avsnitt som fokuserer på etikk. Her nevnes det at studien er godkjent av Human Research Ethics Committees of the University of Wollongong. I tillegg til at all data ble transkribert og anonymisert, ble det lagt stor vekt på informert og skriftlig samtykke igjennom teksten.

## 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:**

Khunkaew et al. brukte en beskrivende kvalitativt forskningstilnærming for å samle inn, analysere for tolke erfaringer, realiteter og meninger fra deltakerne. Det er klar sammenheng mellom sitater og aktuelle kategorier forskerne har kommet frem til. Det er tilstrekkelig data til å underbygge funnene og motstridende funn er tatt med i analysen. De viser ulike typer erfaringer som deltakerne opplever.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

Diskusjonen oppsummerer ulike erfaringer og opplevelser til deltakerne, i henhold til de ulike kategoriene/temaene. De virker troverdige da det er ett avsnitt om begrensinger og nevner bla. at det er en liten gruppe deltakere og bare en provins i Thailand ble studert. Dette kan føre til generalisering, men er også typisk for mange kvalitative studier. Det er trukket inn flere kilder som underbygger funnene til studiet.

## 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 fenomenen.

- 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:**

Funnene er nyttige da de representerer erfaringer og meninger fra deltakere med diabetisk fotsår. Dette er viktig informasjon da helsepersonell som jobber med denne gruppen bør vite pasientgruppen sitt perspektiv, for å bedre kunne utforme en behandlingsplan til hvert enkelt individ. I tillegg til å gjøre veiledning av egenbehandling av diabetisk fotsår mer forståelig for pasienten.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten 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 sjekklisten

Sjekklisten 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.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kvik, J. & Andersson, S. (2020). To take charge of one's life - a group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 15(1), 1726856. [10.1080/17482631.2020.1726856](https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1726856)

## 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:**

Problemstilling som fokuserer på å forklare deltakernes erfaring med gruppebasert læring. Kjelsdotter et al. ville at læringsprosessen skulle baseres på deltakerens forståelse av sykdommen og behov for læring. Er relevant da diabetes type 2 er en kronisk sykdom med økende trend og en trenger gode måter å undervise og veilede pasientgruppen.

### 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:**

Fokuserer på deltakerens opplevelser og erfaringer, så bruk av intervju er aktuelt å bruke. Derfor vurderes kvalitativ metode hensiktsmessig for problemstillingen.

### 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:**

Kjelsdotter et al. beskriver kort at det er en fenomenologisk livsverdenstilnærming, hvor fenomenet er deltakernes erfaring med gruppebasert undervisning fra modellen «Taking charge of one's life with T2D». Der dette var opplyst bed bruk av reflekterende livsverdensforskning, basert på fenomenologisk epistemologi. Det er imidlertid ingen tydelig begrunnelse for dette valget.

#### 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:**

Aktuelle inklusjonskriterier var: deltakeren måtte ha hatt diabetesdiagnosen i mellom 3 måneder til 3 år. Eksklusjonskriterier var: historie av cerebrovaskulær sykdom eller andre alvorlige sykdommer, kjent rusmisbruk og/eller vansker med å forstå eller skrive svensk. Det var ingen seleksjon for alder eller kjønn, men hadde relativ lik kjønnsfordeling. Årsaken for språkeksklusjon var at det var vanskelig å delta i gruppeundervisningen uten forståelse for svensk. Deltakerne ble rekruttert fra to primærhelsestasjoner i vestre Sverige.

#### 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:**

Før gruppeundervisning ble det utført to gruppeintervju. Etter undervisningen ble det utført individuelle intervju over telefon. Begge hadde åpne spørsmål fra et spørreskjema. Gruppeintervjuene varte mellom 33 til 40 minutter, imens de individuelle intervjuene varte mellom 15 og 38 minutter. Etter hver gruppeundervisnings økt skulle pasientene reflektere erfaringer og hva de hadde lært i en refleksjonsbok, som ble samlet inn. Det var skrevet i gjennomsnitt 30 sider per refleksjonsbok. Intervjuene var tatt opp på lydopptak og transkribert ordrett. Brukte

forskningstilnærmingen reflekterende livsverdensforskning for å beskrive fenomenene og deres mening.

## 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:**

Alle forskerne har nevnt i notater om bidragsyttere om deres interessefelt innen forskning. Flere er sykepleiere som har spesialisert seg innen diabetes, fenomenlæring eller deltakernes erfaringer med kronisk sykdom. Dette kan ha påvirket hvilken type problemstilling, metode og design som har blitt utført. De har imidlertid oppgitt ingen interessekonflikter.

## 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:**

Har et etisk avsnitt som fremlegger at Regional Ethical Review Board godkjente studien og prinsipper fra Helsinki deklarasjonen ble fulgt. Deltakerne ble informert og har signert skriftlig samtykke. All data ble transkribert og anonymisert.

## 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:**

Det ble brukt en fenomenologisk analyse, med bruk av forskningstilnærmingen reflekterende livsverdensforskning for å analysere de åpne intervjuene. Det var klar sammenheng mellom sitater og ulike fenomen og deres mening som Kjellsdotter et al. har kommet frem til. De presenterte tilstrekkelig og relevant data for å underbygge svarene.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

**Kommentar:**

Kjellsdotter et al. har tydelig og oversiktlig presentert funnene gjennom essensen av fenomenet «Taking charge of one's life with T2D» og er videre underbygd av bestanddelene: : learning from each other, increased self-awareness, finding motivation to change, clarifying your own responsibility and learning through experiences. Flere kilder er trekket inn for å underbygge funn. Diskusjonen inneholder argumenter for og imot forskerens funn og er diskutert opp mot problemstillingene. Troverdigheten til funnet er kritisk vurdert gjennom begrensinger ved studien.

## 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 fenomenen.

- 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:**

Kjelsdotter et al. diskuterer hvordan studiet er relevant og bidrar til allerede eksisterende kunnskap og hvorfor det er relevant innen sitt forskningsfelt. Den didaktiske relasjonsmodellen blir vist som relevant innen gruppeundervisning. I tillegg er gruppeundervisning svært aktuelt for å lære personer med diabetes mer om kompleksiteten av sykdommen. Artikkelen viser hvor viktig det er å bruke modeller fra forskning i praksis, og hvordan dette kan støtte læringsprosessen ved kroniske sykdommer.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten 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 sjekklisten

Sjekklisten 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.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Othman, M. M., Al-Wattery, N. A., Khudadad, H., Dughmush, R., Furuya-Kanamori, L., Doi, S. A. R. & Daher-Nashif, S. (2022). Perspectives of Persons With Type 2 Diabetes Toward Diabetes Self-Management: A Qualitative Study. *Sage journal* 49(4), 680-688.  
<https://doi.org/10.1177/10901981221098373>

## 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:**

Hensikten med studien er å forstå oppfatninger om egenbehandling blant personer med ulike nasjonaliteter med diabetes mellitus type 2 i Qatar. Othman et al. beskriver at problemstillingen er dannet på bakgrunn av diabetes mellitus 2 sin økende trend, samt deres populasjon med 94 ulike nasjonaliteter. De mener behandling bør tilpasses hvert enkelt menneskes forutsetninger.

### 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:**

Othman ønsker å forstå menneskers oppfatninger. Kvalitativ metode vil derfor være hensiktsmessig

### 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:**

Othman et al. har brukt et kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming. De har brukt denne grunnet at fenomenologisk forskning tar sikte på å undersøke hvordan individer skaper mening av deres livserfaringer.

### 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:**

Inklusjonskriteriene er; personer over 18 år, som har engelsk eller arabisk som språk, som er diagnostisert med diabetes mellitus type 2 og har tilgang på digitale verktøy. Inklusjonskriteriene er ikke begrunnet. Kriteriet om diagnosen samsvarer med problemstillingen. Og tilgang på digitale verktøy kan være knyttet til at intervjuene ble holdt virtuelt. En målrettet prøvetakingsmetode ble anvendt til rekruttering av personer med diabetes mellitus type 2. Rekrutteringen foregikk på en diabetesklinikk, og holdt på til metningen ble nådd. Tre deltakere trakk seg fra studien, men det er ikke begrunnet.

## 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:**

Det ble holdt intervjuer i fokusgrupper virtuelt grunnet pandemi. Valg av fokusgruppe intervju er begrunnet. Gruppene ble delt inn i 4 grupper, med 4-9 deltakere i hver gruppe. Kvinner og menn ble delt grunnet landets kultur og tradisjon. Intervjuene varte i 60-90 minutter. Det ble holdt fokusgruppe intervju med ulike språk utfra deltakernes preferanse. Hver fokusgruppe ble ledet av to forskere. Det ble utarbeidet spørsmålsguide med Triandis TIB-modell som utgangspunkt. Det ble utført taleopptak og transkribering. Gruppen med arabisk språk, ble oversatt av en tolk.

## 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:

Othman et al. Beskriver at intervjuene hadde forskjellig innhold da deltakerne kom med spørsmål, slik at utformingen ble noe annerledes. De beskriver ulike begrensninger. Blant annet med at de kunne siktet mot ytterlige innsikt og perspektiver. Og at de kunne inkludert flere nasjonaliteter. Spesielt med tanke på ulike språk, da dette kan være en utfordring. Samt utfordringer knyttet til økonomisk status.

## 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:

Studien ble godkjent av «HMC's Institutional Review Board». Deltakerne måtte gi et informert samtykke. Og fikk informasjon om studien og deres rett til å trekke seg. Sensitiv informasjon ble holdt konfidensielt.

## 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:**

To forskere analyserte transkripsjonene ved hjelp av strukturertdeduktiv innholdsanalyse. Det ble også brukt en «summative-inductive» innholdsanalyse. Det ble videre skrevet inn i kategorier og koder utfra TIB-modellen.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

#### Kommentar:

Othman et al. validerte funnene med deltakerne. Resultatene ble presentert i 6 kategorier og tabell. Resultatene er oversiktlige og tydelige for leseren. Andre kilder blir brukt i diskusjonen. Begrensninger av studien er også nevnt.

## 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 fenomenen.

- 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 belyser nødvendigheten av å forstå fremmedspråkliges oppfatning rundt egen diagnose. Ulike kulturer og tradisjoner spiller en rolle i deres oppfatning, og er derfor viktig å forstås i behandling og veiledning til disse pasientene. De understreker derimot at studien har begrensninger, som med fordel kan forskes videre på. Funnene var nyttige for å samle deltakernes erfaring og opplevelser av å leve med diabetes mellitus type 2.



# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten 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 sjekklisten

Sjekklisten 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.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019) Reasons for (non-)adherence to self-care in people with diabetic foot ulcer. *Wound Repair and Regeneration* 27 (5), 530-539. <https://doi.org/10.1111/wrr.12728>

## 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:**

van Netten et al. ønsket å utforske årsaker til mangelfull etterlevelse av egenomsorg blant pasienter med diabetisk fotsår. Samt utforske barrierer og løsninger som kan forbedre egenomsorg blant denne gruppen mennesker. Problemstillingen er relevant da personer med diabetisk fotsår får nedsatt motivasjon når sårene oppstår.

### 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:**

Målet er å forstå årsaken til mangelfull etterlevelse igjennom pasientens opplevelser og erfaringer. En kvalitativ metode egner seg derfor til denne forskningen.

### 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:**

van Netten et al. beskriver at de utfører ansikt-til ansikt semistrukturerte intervjuer med en «Framework approach». En intervjuguide ble laget i forkant av intervjuene. Intervjuguiden ble prøvd ut på to deltakere som ikke inkluderes i studiet for å validere og sikre gjennomførbarhet. Valg av forskningsdesign er ikke begrunnet. Metode er begrunnet i introduksjonen, da van Netten et al. påpeker at behovet for kvalitativ forskning på pasienters opplevelser med etterlevelse er stort.

#### 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:**

Deltakerne ble rekruttert gjennom foterapeuter på en diabetisk fotsår klinikk. Deltakerne som var aktuelle for studien var; personer over 18 år, som har diabetes mellitus type 1 eller 2 og har et fotsår, og eier en smarttelefon. van Netten et al. begrunner valg av smarttelefon som et kriterium, men ikke begrunnelse av resten. Utvalget om diagnose og fotsår er selvforklarende da det er hensiktsmessig for å kunne besvare problemstillingen. van Netten et al. beskriver ønskelig antall deltakere for studien, og begrunner dette med tidligere erfaringer.

#### 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:**

van Netten et al. gjør godt rede for datainnsamlingen. Det utføres ansikt-til-ansikt semistrukturerte intervjuer. Intervjuguide ble laget og testet før intervjuene startet. Intervjuene fant sted i et privat rom på fotsår-klinikken. Intervjuene varte i 60 minutter. 1 deltaker og 1 intervjuer var i rommet. Alle intervjuene ble holdt av samme intervjuer. Det ble gjort opptak av intervjuene som ble transkribert. I tillegg ble det tatt notater. 3 intervjuere tok seg av dataanalysen. Temaer og koder ble utviklet for å dele inn relevant data. Etter 3 intervjuer, koder og temaer ble diskutert av 3 forfattere for å oppnå

konsensus. Videre ble kodene, temaene og data kartlagt. Og alle temaene ble diskutert mellom alle forfatterne inntil det var oppnådd konsensus av funn.

## 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:**

van Netten et al. beskriver at de først hadde 3 forfattere som tok seg av dataanalysen, og etter 3 intervjuer ble all data diskutert mellom alle forfatterne for å oppnå konsensus. I tillegg ble alle intervjuene holdt av samme intervjuer, som fikk god opplæring i forkant av intervjuenes start.

## 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:**

Studieprotokollen ble godkjent av Prince Charles Hospital's Human Research Ethics Committee. Før intervjustart ble deltakerne igjen grundig informert om studien. Deltakerne ga deretter informert samtykke. All sensitivdata ble lagret på en sikker måte, i råd med universitets data-lagring retningslinjene.

## 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:**

Det ble brukt en «Framework approach» for å analysere de semistrukturerte intervjuene. 3 forfattere tok seg av dataanalysen. De ulike trinnene som ble anvendt i dataanalysen var; Familiarization, Thematic framework identification, Indexing, Charting og Mappig and interpreting data. Dataen ble samlet, kartlagt og det ble kategorisert temaer og koder for dataen. Funnene ble diskutert mellom alle deltakerne

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

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

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

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

#### Kommentar:

Funnene er oversiktlig og tydelig presentert i 3 kategorier og 4 temaer. 4 utfordringer og 4 løsninger ble belyst. Tabeller er anvendt med koder som gjør det oversiktlig og tydelig for leser. «*World Health Organization adherence dimensions*» ble brukt som utgangspunkt. Problemstillingen er sentral i diskusjonen. Andre kilder er brukt i diskusjonen for å vurdere funnene. Forskerne beskriver begrensninger ved studien.

## 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:

Forskerne belyser årsaker til manglende etterlevelse blant personer med diabetisk fotsår. Motivasjon, utfordringer knyttet til behandling og forebygging, sosiale og økonomiske utfordringer kom frem. Forskerne understreker at mer forskning er nødvendig for å kunne forstå opplevelsene og

erfaringene personer med diabetisk fotsår opplever. van Netten et al. beskriver begrensningene knyttet til studien. Blant annet at det kvalitative studie ikke siktet mot en populasjon av deltakere.