

Ellinor Aldrin & Klara Björkqvist

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för Vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, VKG11X, VKG33X, HT
2013

Grundnivå

Handledare: Gail Dunberger

Examinator: Åsa Kneck

Hur kan jag hjälpa dig?

-Hur sjukvården kan bistå personer med diabetes typ 2 i deras egenvård

How can I help you?

-How health care can help people with type 2 diabetes in their self-care

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som behöver bemötas dagligen. En av hörnstenarna i behandlingen är egenvård som personen själv utför vilket är nödvändigt för att bromsa eller förhindra komplikationer. För att personer med diabetes skall kunna utföra egenvården behövs kunskap om sjukdomen. Hur det är att leva med diabetes är en subjektiv upplevelse och behöver bemötas utifrån det. Människor kan uppleva det mödosamt att bryta vanor och beteenden, det är lätt att falla tillbaka till gamla vanor. Vården har ett ansvar att främja patienters hälsa och välmående och att ge verktyg för att sköta om sin diabetes.

Syfte: Syftet med litteraturstudien är att belysa hur sjukvården kan stötta personer med diabetes typ 2 för bättre kontroll av diabetessjukdomen.

Metod: Metoden för denna studie har varit litteraturoversikt. Ett utbrett sökande av vetenskapliga artiklar och efterföljande analys samt sammanställning har gjorts. De elva artiklarna som valts ut har varit av både kvalitativ och kvantitativ karaktär.

Resultat: Författarna har kommit fram till tre teman. Det första temat är *Utbildning* och har tre subteman; *Egenvårdsutbildning*, *Personcentrerad utbildning*, och *Utbildning i grupp*. Det andra temat är; *Motiverande samtal*. Det tredje temat är; *Skapa relationer* och har tre subteman; *Avsätta tid och lyssna*, *Personligt bemötande* och *Engagemang*.

Diskussion: Litteraturoversikten visar på att egenvårdsutbildningar ger viktiga kunskaper så att personer med diabetes tar riktiga beslut och utför egenvård korrekt. Vidare är relationen mellan sjuksköterskan och patienten viktig vilket även styrks av Dorothea Orems egenvårdsteori. Närstående kan också ha en positiv inverkan på egenvården om de är engagerade i den.

Nyckelord: Diabetes typ 2, egenvård, utbildning, patient, sjuksköterska.

Abstract

Background: Diabetes type 2 is a chronic disease that requires daily response. One of the cornerstones of the treatment is self-care performed by the person him self, which is necessary to slow down or prevent complications. To be able to perform self-care people with diabetes are in need of knowledge about the disease. What it's like to live with diabetes is a subjective experience and needs to be addressed according to that. People may experience it's laborious to break habits and behaviors; it's easy to fall back into old habits. Healthcare has the responsibility to promote patients' health and well-being and to provide the tools to handle their diabetes.

Aim: The purpose of this study is to illustrate how health care can support people with type 2 diabetes to better control of diabetes.

Methods: The method for this study was literature review. An extensive search for diabetes type 2 scientific articles and subsequent analysis and compilation. The eleven articles that have been chosen and selection have been both qualitative and quantitative design.

Results: The authors have come up with three themes. The first theme is *Education* and has three sub-themes: *Self-care education*, *Person-centered education* and *Education in groups*. The second theme is; *Motivational interviewing*. The third theme is; *Create relationships* and has three sub-themes; *Allocate time and listening*, *Personal reception* and *Commitment*.

Discussions: The literature review shows that self-management courses provides essential skills so that people with diabetes makes correct decisions and performs self-care properly. Furthermore, the relationship between the nurse and patient is essential which are corroborated by Dorothea Orem's self-care theory. Relatives may also have a positive impact on the self-care if they are engaged in it.

Keywords: Diabetes type 2, self-care, self-management, education, patient, nurse.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	6
2. BAKGRUND.....	6
2.1 Diabetes.....	6
2.2 Undersökning och behandling vid diabetes.....	7
2.3 Egenvård.....	7
2.4 Komplikationer av diabetes	8
2.5 Att leva med diabetes.....	9
2.6 Sjuksköterskans roll.....	10
2.7 Behov av kunskap hos personer med diabetes.....	11
2.8 Begrepp.....	12
2.9 Problemformulering.	13
3. SYFTE.....	13
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	14
5. METOD.....	14
5.1 Datainsamling.....	15
5.2 Urval.....	15
5.3 Analys.....	16
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	16
7. RESULTAT.....	16
7.1 Utbildning.....	17
7.1.1 Egenvårdsutbildning.....	17
7.1.2 Personcentrerad utbildning.....	17
7.1.3 Utbildning i grupp	19
7.2 Motiverande samtal.....	19
7.3 Skapa relationer.....	20
7.3.1 Avsätta tid och lyssna.....	20
7.3.2 Personligt bemötande.....	21
7.3.3 Engagemang.....	21
8. DISKUSSION.....	22
8.1 Metodiskussion.....	22
8.2 Resultatdiskussion.....	23
8.2.1 Egenvårdsutbildning.....	23
8.2.2 Relation sjuksköterska – patient	23

8.3 Slutsats.....	25
8.4 Kliniska implikationer.....	26
8.5 Förslag till vidare forskning.....	26
REFERENSFÖRTECKNING.....	27
BILAGA 1, SÖKMATRIS.....	30
BILAGA 2, RESULTATMATRIS.....	31

1. Inledning

Diabetes mellitus typ 2 är en kronisk sjukdom och ett växande folkhälsoproblem. Ohälsosam- och fet mat i kombination med en stillasittande livsstil har gjort att människor, världen över, i allt större omfattning drabbas av diabetes (WHO, 2013b). I dagens samhälle krävs en allt mindre fysisk ansträngning, tekniken utvecklas ständigt och ersätter i många fall det fysiska arbete som människan annars hade utträttat. Billiga och snabba alternativ av mat som erbjuds i livsmedelsbutiker och på snabbmatsrestauranger är ofta också de med hög kalorihalt och lågt näringsvärde. För lite motion i kombination med fet mat leder till viktuppgång som i sin tur kan leda till diabetes mellitus typ 2.

Ämnet vi valt för vår uppsats är en fördjupning av hur sjukvården kan bistå personer med diabetes typ 2 i deras sjukdom. Att stötta patienter att anta nya vanor efter att ha fått en diabetesdiagnos är inte enkelt. Detta lade vi märke till under den verksamhetsförlagda utbildningens placering på en medicinavdelning. Då diabetes kan ge allvarliga komplikationer som försämrar personens hälsa är det viktigt att förhindra dessa. Men det är en process för individen att göra förändringar i sitt vardagliga liv. Det finns mycket som personen själv kan göra för att fördröja eller förhindra komplikationer genom att lära sig egenvård. Sjukvården har en mycket viktig roll i vården kring en patient med diabetes typ 2 då den har ett ansvar att undervisa om diabetes och egenvård samt stötta personen att göra de livsstilsförändringar som krävs. Det som väckte stor lust för oss att studera var vilka metoder och tillvägagångssätt som individer med diabetes typ 2 kan bli hjälpta av i sjukvården, detta för att sjuksköterskan bättre ska kunna arbeta för att främja patientens egenvård och hälsa.

2. Bakgrund

2.1 Diabetes

Enligt Socialstyrelsen (2012), har cirka 365 000 personer motsvarande fyra procent av Sveriges befolkning, diabetes mellitus. WHO, World Health Organisation, rapporterar att 347 miljoner människor i världen insjuknat diabetes (Danaei, Finucane, Lu, Singh, Cowan, Zhang et al, 2011). Uppskattningsvis dog 3,4 miljoner människor till följd av högt blodsocker år 2004 (WHO, 2013a). Mer än 80 procent av dödsfallen inträffar i låg- och medelinkomstländer. Det finns flera former av diabetes där de vanligaste är typ 1, typ 2 och graviditetsdiabetes (Socialstyrelsen, 2012). I Sverige har närmare 300 000 personer diabetes mellitus typ 2 och är alltså den största gruppen

personer med diabetes. Varje år insjuknar cirka 4 barn/100 000 mellan åldrarna 0-14 år i diabetes typ 1, vilket jämfört med andra länder i världen är en hög siffra. Etiologin bakom diabetes typ 1 är inte helt utredd, däremot kan man se klara samband mellan en ohälsosam livsstil och diabetes typ 2. Gemensamt för diabetes är kronisk hyperglykemi, alltså förhöjd glukoshalt i blodet (Ericson & Ericson, 2012a, s. 545, 549). Prevalensen av diabetes typ 2 i Sverige är osäker och många kan ha haft sjukdomen i många år utan att den diagnostiseras och hunnit utveckla komplikationer (Lindholm, 2010).

2.2 Undersökning och behandling vid diabetes

Diabetes är en kronisk och obotbar sjukdom. Målsättningen för en person med diabetes är att hålla en jämn och normal blodsockernivå samt att undvika hypo- och hyperglykemi. Hörnstenarna i god diabetesvård är kost, motion, insulin/perorala antidiabetika och egenvård. Detta för att minimera risken för komplikationer. Regelbundna återbesök med uppföljning av blodglukos och blodtryck, ögonbottenundersökningar samt besök hos fotterapeut och dietist är viktiga. Personer med diabetes som röker bör sluta eftersom rökning skadar kärlväggarna och förvärrar den redan nedsatta insulinkänsligheten hos de insulinberoende vävnaderna (Ericson & Ericson, 2002b, s. 282, 285-287).

Beroende på vilken typ av diabetes och hur långt sjukdomen utvecklats behandlas den på olika sätt. Ibland kan det räcka med livsstilsförändringar för att hålla sjukdomen i schack. Med kostomläggning och nya motionsvanor kan personen gå ner i vikt och på så sätt räcker det insulin som kroppen producerar till vävnaderna, så kallad kostbehandlad diabetes. Om inte kostbehandling är tillräcklig eller om personen har stora svårigheter att följa rekommendationerna sätts perorala antidiabetesmedel in. Nästa steg är att ge insulin subcutant. Vilken behandling personen behöver är något som ger sig till känna med tiden när individen lär känna sin kropp och sjukdom (Ericson & Ericson, 2002b, s. 282, 285-287). Luger och Chabanuk (2009) beskriver vikten av att förebygga komplikationer och utvärdera risker av hjärt-kärl sjukdomar. De menar att diabetes är en komplex sjukdom och så även egenvården, då effekterna av den påverkar människor olika. Patienten är inte enbart en kropp eller en sjukdom utan författarna menar att diabetes drabbar individen individuellt och behandlingen och mötet med patienten kräver en holistisk ansats.

2.3 Egenvård

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2009) har visat att egenvård är vad individen behöver ta ställning till och utföra varje dag. Målet med egenvården är att förhindra eller skjuta upp komplikationer av diabetessjukdomen. Egenvården innebär att individen behöver kunna justera

blodglukosnivåer, balansera kost och motion samt hantera läkemedel. Egenvård är viktig för att personer med diabetes ska kunna leva med sin sjukdom. De behöver lära sig hantera de fysiska konsekvenserna av sjukdomen samt den medicinska behandlingen (Kneck, 2013).

Egenvård vid diabetes är ett brett begrepp som omfattar flera viktiga delar som är avgörande för att sjukdomen ska kunna hållas under kontroll. Medicinering med såväl insulin, tabletter och kost som motion är några viktiga komponenter likväl blodglukosmätningar och medicinsk fotvård. Egenvård innefattar även att personer med diabetes känner igen tecken på komplikationer, hur de kan uppträda, hur de ska skötas och när det är dags att kontakta sjukvården. Egenvård innebär även ett ansvar att följa den behandling och ta de läkemedel som sjukvården rekommenderar så att diabetesvården blir så funktionell och givande som möjligt. För att detta ska vara möjligt skall vården bistå personer med diabetes all den nödvändiga kunskap som de behöver genom egenvårdsutbildningar med kontinuerlig uppföljning och återbesök (Berne & Sörman, 2005).

Egenvård kan delas in i tre förebyggande delar: primär-, sekundär- och tertiärprevention. Den primära delen kan innebära att patienten ökar sin motion eller minskar sin övervikt i syfte att minska risken för att utveckla diabetes typ 2. Sekundär egenvård sätts in när diabetes typ 2 har utvecklats och kan innebära att hålla en god glukoskontroll för att i först hand, undvika sena komplikationer. Tertiär egenvård innebär förebyggande åtgärder så att svåra komplikationer inte utvecklats, som perifer neuropati. Det kan till exempel handla om god fotvård. Målet är att patienten skall må så bra som möjligt. Det kan vara svårt för patienten att motivera sig till att utföra egenvård då vinsterna inte syns direkt utan på sikt. En god egenvård kräver stöd från patientens diabetesteam (Wikblad, 2012). Stöd kan ges på olika sätt till exempel i form av utbildning kring diabetes och egenvård.

2.4 Komplikationer av diabetes

För att bromsa eller förhindra sena komplikationer krävs kunskap och egenvård i form av blodglukoskontroller och livsstilsförändringar såsom kostomläggning, rökstopp och motion. Till akuta komplikationerna hör de som kan inträffa om personen inte aktivt arbetar för att bibehålla normal blodglukoshalt som hypo- och hyperglykemi. Om inga åtgärder sker kan hypoglykemi leda till insulinkoma. Motsatsen till hypoglykemi är hyperglykemi. Det orsakas av obehandlad eller ej tillräckligt behandlat diabetestillstånd, tillståndet kan följaktligen ske innan diagnos är konstaterad. Det finns olika nivåer av hyperglykemi, från symtom med enbart lätt illamående till sänkt medvetandegrad, diabeteskoma- djup medvetslöshet och ketoacidosis (Ericson & Ericson, 2012a, s. 574-575, 578-583).

Sena komplikationer utvecklas under lång tid och är starkt kopplade till långvarig hyperglykemi.

Hyperglykemi orsakar blodkärllsskador på både små och stora kärl. Denna negativa utveckling kan ske hos både personer med typ 1 och typ 2 diabetes. De sena komplikationerna är angiopati, kärlsjukdomar i till exempel hjärta, hjärna, ögon, njurar, nerver och perifera kärl. Ungefär 80 procent av patienterna med både typ 1 och typ 2 diabetes avlider av aterosklerotiska kärlsjukdomar, som hjärtinfarkt och stroke. Stroke och perifera kärlsjukdomar är fem gånger så vanligt hos personer med diabetes. En annan vanlig sen komplikation är ben- och fotsår. Även detta beror på blodkärllsskador samt nedsatt känsel i framförallt fötter då nerverna skadas (Ericson & Ericson, 2012a, s. 578-583).

Svårigheter av sexuell karaktär är vanliga hos både män och kvinnor med diabetes. Hos män är det främst svårigheter att få erektion och hos kvinnor nedsatt lubrikation, men även lusten kan påverkas. Kvinnor med diabetes typ 2 rapporterar mer sexuella svårigheter än kvinnor med typ 1. Detta kan bero på höga blodfetter, högt blodtryck, övervikt eller rökning (Hulter, 2010).

2.5 Att leva med diabetes

Hur vi lever är fast förankrat i traditioner, normer, individuella värderingar samt påverkas av familj och politiska beslut. Miljön omkring oss påverkar våra vanor och samtidigt som kunskapen behövs, är det inte alltid en avgörande faktor för att kunna förändra sina vanor. Det som är avgörande är huruvida personen själv vill göra en förändring (Faskunger, 2013). Hur människor handskas med att leva med en sjukdom är högst individuellt. En del använder undvikande som främsta *copingstrategi*, hanteringsstrategi. Detta kan betyda att personer som använder undvikande som främsta strategi för att kunna hantera sjukdom också väljer att arrangera om sina mål i livet för att undvika att misslyckas. Detta i sin tur skulle leda till ett större missnöje med livet. Undersökningar visar att de som använder undvikande som copingstrategi rankar sin hälsa lägre, relaterat till uppfyllande av vitala mål. Vidare kan man urskilja att de som rapporterat ouppfyllda mål i dagliga aktiviteter också skattar betydligt lägre i samtliga delar av frågeformuläret, bland annat fysisk-, social- och emotionell funktion samt psykisk hälsa (Snellman & Wikblad, 2006). Situationer som innan diagnosen varit en del av vardagen, har nu hastigt blivit spösmål som behövs övervägas och tas hänsyn till. Att åka utomlands, på konferens eller gå på restaurang och inse att man glömt att ta en insulininjektion innan maten kan få individen att inse behovet av planering och förberedelse (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011). Personer med diabetes tar varje dag, varje minut beslut som har effekt på diabetessjukdomen, detta kan skapa kort- och långsiktiga komplikationer. Nästan alla hinder i en effektiv egenvård går att finna i patientens vardag. Detta betyder att vården måste bistå med mer än information. Vården måste stötta patienterna att utveckla sin färdighet till egenvård som målsättningar, handlingsplaner och problemlösning (Skinner, 2004).

Människor kan uppleva en inre konflikt av olikartade, och ibland motstridiga, behov när de ska fatta beslut om sin egenvård (Bandura, 1997). Konflikten kan handla om behovet av egenvård och deras självupplevda oförmåga att engagera sig i sin egenvård på grund av olika hinder. De kan genomgå en inre dialog, som en process, för att bemästra egenvården. Processen startar med att individen förstår vikten av hälsa och vad sjukdomen kräver. Om personen inte upplever sin sjukdom som särskilt allvarlig, kan behovet av egenvård upplevas som mindre betydande. Processen fortsätter med att värdera fördelar och nackdelar med egenvårdens ansträngningar och eventuella vinster (Audulv, Norbergh, Asplund & Hörnsten, 2009). Personer som nyligen fått diabetes beskriver svårigheter med att fortsätta följa de rutiner, till exempel med kosten, som tilldelats dem på sjukhuset. Efter hemkomst är inte situationen densamma vilket kan innebära att nya krav ställs på grund av förändrade villkor (Kneck et al., 2011). Reaktionerna på diabetesdiagnosen kan variera. En del är inte förvånade över att de fått diabetes om de är överviktiga och deras familjemedlemmar har diabetes typ 2. Andra reagerar starkt och strävar efter att ta kontroll över situationen eftersom de känner en oro inför allvaret av sjukdomen. En del personer vill inte se diabetes som en sjukdom. Detta kan medföra att de inte följer de råd som de får med anledning av att de inte känner sig sjuka, de anser att det fungerar bra ändå eller att de helt enkelt inte tänker på sjukdomen (Smide & Hörnsten, 2009).

2.6 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har en viktig roll i diabetesvården. Sjuksköterskan ska fungera som en länk mellan diabetesteamets olika yrkesgrupper som läkare, foterapeut och dietist samt att vara den kontinuerliga kontakten för patienten på till exempel en diabetesmottagning. Sjuksköterskan bör kunna motivera och lotsa patienter med diabetes typ 2 till egenvård, för att kunna uppnå de satta målen och ge en positiv syn på behandlingen. Sjuksköterskan ska vidare förmedla tillförsikt samt egenvårdsfärdigheter. För att denne ska kunna göra en bedömning av hur mycket egenvård en patient har kapacitet att utföra krävs att sjuksköterskan känner till vilka tankar och känslor patienten har kring sin sjukdom. En viktig uppgift är att stödja patienten till livsstilsförändringar. Sjuksköterskan kan också uppmuntra patientens anhöriga att medverka vid återbesök och egenvård (Bartol, 2012; Sörman, 2012). Förändring sker stegvis och det finns individuella skillnader. Det är mödosamt att bryta vanor och beteenden, att falla tillbaka i gamla rutiner är snarare regel än undantag (Sörman, 2012).

När ansatsen från sjuksköterskan varit att förändra en persons levnadsvanor kan det vara svårt att ”lyckas”. Vid försök att hjälpa patienten till livsstilsändringar genom att ge råd eller information har det inte alltid fungerat (Faskunger, 2013, s. 116).

Vårdgivaren ska arbeta för att möjliggöra känslan av framgång för att patientens motivation ska främjas, då endast en sann, inre motivation är bestående. Vårdgivaren behöver också respektera patientens frihet och självbestämmande och lära känna patienten för att vara en motiverad vårdare (Grimaldi, 2012).

Socialstyrelsen (2010) skriver i sina riktlinjer kring diabetesvård i Sverige att det är viktigt att som patient ha en aktiv roll i vården. Detta kräver ett stort eget ansvar från patientens sida för sin egenvård. Sjuksköterskan bör enligt riktlinjerna ge råd om hur och varför patienten ska ändra sina levnadsvanor, beträffande kost och motion. Hälso- och sjukvården bör också främja ett hälsosamt liv genom råd och stöd beträffande rökstopp. En viktig del vid egenvården är egenkontroller av blodglukosen. Här har sjuksköterskan en betydelsefull uppgift för att, på ett pedagogiskt sätt, lära ut hur och varför man mäter sitt blodsocker. Egenvården kommer inte vara framgångsrik om inte patienten själv är engagerad i att utveckla och arbeta mot målen (Bartol, 2012).

Sjukvårdspersonal har ett ansvar att bistå patienter med information, motivation och stöd. Många känner dock att de inte har tillräcklig kompetens när det kommer till livsstilsrådgivning. Sjuksköterskor anser sig dock ha ett för hektiskt schema för att kunna sätta sig in i patienters livssituation till fullo och känner sig obekväma med att ifrågasätta patienters vikt, rökning eller livsstilsval (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja & Uutela, 2007).

2.7 Behov av kunskap hos personer med diabetes

Alla med diabetes bör utbildas i egenvård antingen individuellt eller i grupp (Socialstyrelsen, 2010). Egenvårdsutbildning syftar till att lära ut egenvård så att patienten självständigt ska kunna sköta sjukdom och hälsa. En sådan utbildning bör innehålla klinisk information, råd samt träning i praktiska färdigheter. Tillsammans med sjuksköterskan formulerar patienten målsättningar samt reflekterar över sin egenvård (Funnel, 2012). Det är av stor vikt att den som håller i utbildningen inte bara har stora kunskaper om diabetes utan också kan undervisa på ett pedagogiskt sätt (Socialstyrelsen, 2010). Utbildningen bör vara effektiv och fortlöpande, stödjande och aktuell. Detta för att möjliggöra för patienten att ta kunskapsbaserade beslut om sin egenvård för att kunna leva så normalt som möjligt. Patienter bör genom utbildning erhålla kunskap så att denne förstår varför blodglukos behöver mätas och vad resultaten innebär.

Det är viktigt att sjuksköterskan har ett brett perspektiv och sätter sig in i de faktorer som kan ha betydelse för patientens syn på sin behandling (Bartol, 2012). Människor gör vad de kan för att uppnå, vad de anser, bästa möjliga kvalitet i livet. Detta skapar deras uppfattning av diabetes och behandling som i sin tur kan lägga grunden för resultaten i vården (Skinner, 2004).

Övning ger färdighet och utbildningen bör erbjudas vid flera tillfällen. Trots att egenvård är en hörnsten i diabetesvård finns det inte en strategi, eller ett sätt som fungerar för alla när det kommer till att förmedla och bruka kunskap. Faktorer som kön, ålder, kulturell bakgrund, socioekonomisk bakgrund bör tas hänsyn till i undervisningen (Meetoo, 2004).

Informationen ska individanpassas, oavsett om den återges skriftlig eller muntlig. Den ska grundas på patientens specifika behov och förmåga att förstå. För att säkerställa att patienten har förstått informationen bör sjuksköterskan också arbeta fram en utvärderingsstrategi. Utbildningen skall vara anpassad så att alla kan ta del av den, oavsett ursprung. Om man inte kan ta till sig information på svenska ska en tolk medverka vid utbildningstillfällena. Den skriftliga informationen ska vara översatt till rätt språk och undervisningen ska vara anpassad till patientens levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2010).

2.8 Begrepp

Följande begrepp kommer att återfinnas i resultatet ; *empowerment, upplevd självförmåga personcentrerad* samt *motiverande samtal*.

Empowerment syftar till att ge patienten verktyg att kunna fatta välinformerade beslut. Empowerment syftar även till att utbilda patienten att självständigt ta ställning till vilka beteendeförändringar och mål som är viktiga. Nackdelar och fördelar vägs mot varandra, likaså råd och rekommendationer. Sjukvårdspersonalen har ett ansvar för att all nödvändig information ges till patienten för att möjliggöra för individen att ta egna beslut (Funnel, 2012).

Upplevd självförmåga är en tro på den kapacitet man har. För att kunna förverkliga mål behöver människan ta kontroll över händelser som påverkar deras liv. Handlingen blir mer effektiv om personen tror sig besitta förmåga till kontroll . Människor med hög upplevd självförmåga har höga förväntningar, tar sig an utmaningar, har en större tro på sin förmåga och har lättare att hantera samt tolerera motgångar . Personer med låg upplevd självförmåga har lättare att se att saker kan gå fel, undviker svåra uppgifter, har större tendens att bli deprimerade och har lättare att se hinder och egna brister (Bandura, 1997).

Personcentrerad omvårdnad är ett begrepp som innebär att sjukvården lägger fokus och kraft på att söka kunskap om vem patienten är som person och framförallt hur hon skildrar sig själv i den läge hon befinner sig i, vilket är kärnan i begreppet. Sjukvårdens förhållningssätt bör beakta personens situation genom att vara uppmärksamma och lyhörda på hur personen uppfattar världen och hur hon tolkar hälsa, välbefinnande och sjukdom. Det är därför av största vikt att ge patienten en aktiv roll i vården och planeringen av den, detta då patienten anses vara expert på sig själv.

Tillsammans med vårdpersonalens kunskaper kan patientens välbefinnande främjas och hälsa optimeras (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012, s. 23).

Vid en *personcentrerad* ansats sätts individen i centrum . Patientens berättelse om hur sjukdomen, behandlingen symtomen påverkar henne i sitt liv är centralt. Förhållningssättet fångar individen i sitt vardagliga lidande till skillnad från den medicinska berättelsen som reflekterar processen av diagnos och behandling. Det är individens berättelse som är utgångspunkten för den personcentrerade vården och också den som lägger grunden för ett partnerskap i omvårdandet (Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg & Brink, 2011).

Motiverande samtal är en personcentrerad och målinriktad kommunikationsmetod som inkluderar samarbete sinsemellan parterna . Motiverande samtal är användbart i syfte att stödja patienter till livsstilsförändring. Det motiverande samtalet genomsyras av uppmuntran till reflektion hos patienten. Vid förändring kan konflikt skapas inom patienten vilket kan upplevas besvärligt men kan samtidigt innehålla en kraft att förändra. När patienten känner tilltro till sig själv och behandlingsplanen kan en livsstilsförändringen ske. Sjuksköterskan behöver, i sitt samtal med patienten, främja patientens tilltro till sin egna upplevda förmåga genom att stärka förändringsdelen. Vidare bör sjuksköterskan ha ett empatiskt bemötande och undvika att ”rätta” patienten. Istället för att se misslyckanden hos patienten som något negativt kan det användas som erfarenheter att bygga vidare på (Österlund Efraimsson, 2013).

2.9 Problemformulering

Diabetes mellitus typ 2 är ett globalt problem och en komplex sjukdom. Sjukdomen är kronisk och kräver en livslång kontakt med sjukvården. För att förebygga komplikationer av sjukdomen fordras att personer med diabetes dagligen sköter sin egenvård och blir därför tvungna att ständigt förhålla sig till sin situation. Att ändra väl invanda mönster och rutiner kring kost, motion och livsstil som inte är förenliga med god diabetesvård kan vara svårt att motivera sig till. Det är en svår balansgång att kunna leva som man önskar och samtidigt följa de restriktioner som sjukdomen kräver. Det kan innebära att man skjuter nödvändiga livsstilsförändringar på framtiden och fortsätter i de mönster och rutiner som en gång föranlett sjukdomen. För att kunna hjälpa personer med diabetes typ 2 till deras bra egenvård behöver sjuksköterskan ha kunskap om vilka metoder som möjliggör det.

3. Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa hur sjukvården kan bistå personer med diabetes typ 2 för bättre kontroll av diabetessjukdomen.

4. Teoretiska utgångspunkter

Enligt Dorothea Orem (2001, s. 20, 24, 45) är egenvård den personliga omvårdnad en individ har dagligt behov av för att kunna fungera och utvecklas normalt. Orem's egenvårdsteori innehåller en egenvårdsmodell som är uppdelad i tre delteorier: *egenvård*, *egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem*. Orem menar att egenvård är en handling som ska ske på eget initiativ för att bibehålla god hälsa och välmående. Egenvården syftar till personlig utveckling, funktion och integritet när de utförs på ett effektivt sätt. Vidare fodras en allmän kunskap om egenvårdens metoder och målsättningar, specifika kunskaper om sig själv samt om omgivningen samt motivation att införliva insikter och påföljder. Egenvårdskunskaperna innebär att göra observationer och bedömningar som leder till förståelse för de nuvarande egenvårdsbehoven liksom bristerna i egenvården. Detta kan innebära att patienten behöver ha kontakt och samspela med sjukvården. En delaktighet i behandlingen från patientens sida är nödvändig.

Teorin om egenvårdsbrist ger en beskrivning om varför individen behöver söka omvårdnad. Det kan vara närstående eller sjukvården som sköter om omvårdnaden när personen själv inte kan tillgodose sin egenvård. Personer som utför egenvård måste vara kunniga och engagerade. De bör vara insatta i patientens förutsättningar och begränsningar liksom de existerande villkoren samt omständigheterna för egenvård (Orem, 2001, s. 146-149). Begreppet omvårdnadssystem inordnar teorin om egenvårdsbrist och med detta teorin om egenvård. I teorin om omvårdnadssystem skapas strukturen och innehållet i sjukvårdens praxis. Orem anser att de elementära förutsättningarna för teorin om omvårdnadssystem är att omvårdnad är en praktisk strävan och kan definieras som en konst. Sjuksköterskan bär då på en intellektuell kvalitet som hen formar och använder sig av för att ge omvårdnad. Sjuksköterskan behöver hämta information för att kunna göra en bedömning av vilka egenvårdsbehoven är hos en patient. Begränsningar i egenvård kan övervinnas genom kunskap och träning om patienten utvecklar, stärker och korrigerar sina färdigheter. Om patienten själv saknar kapacitet att utföra egenvård så blir det sjukvårdens ansvar att tillhandahålla så mycket hjälp att personen återfår sin egen förmåga till egenvård (Orem, 2001, s. 189). Vidare menar Orem att sjuksköterskan och patienten är ömsesidigt beroende av varandra och därför påverkar varandra i sina ageranden (s. 102). Denna interaktion speglar sig i deras handlingar, reaktioner och resultat och kännetecknar vårdsituationen. Om det inte finns en sjuksköterska, finns det heller inget sammanhang, interaktion eller omvårdnad.

5. Metod

Metoden som har använts var en litteraturöversikt för att kunna skapa ett kunskapsläge inom problemområdet. Detta skapas genom att eftersträva ett brett sökande av vetenskapliga artiklar och

efterföljande analysen samt sammanställning. Kunskaper som kommer fram genom analys kan ge intryck på det kliniska arbetet samt ge en bild av vilka områden det saknas forskning inom (Segesten, 2012).

5.1 Datainsamling

Databaserna som använts var Pubmed och Cinahl med full text då de innehåller en stor mängd vårdvetenskapliga artiklar. Ord som har använts vid sökningarna är *diabetes mellitus 2, diabetes 2, patient*, nurse*/nurse, nursing, self care, self management, empowerment, compliance, motivation/motiv*, learning, education, coping, psychosocial, factors, role* och *model*. Sökorden har anpassats för att hitta artiklar som överensstämmer med syftet. Manuell sökning har gjorts med titeln från en tidigare läst artikel nämligen; ”Motivational interviewing to change type 2 diabetes self-care behaviors” av Dellasega, Gabbay, Durdock samt Martinez-King (2010). Sökfunktionen Peer-review har även använts vilket gav en avgränsning av artiklar då endast de som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter visades (Östlundh, 2012). Orden har kombinerats på olika sätt och Cinahl headings och Pub med mesh har använts i en del fall, samt fritextsökningar. Några sökord har ibland använts som major subjects. För att få ner antalet artiklar ytterligare har ”AND” använts. Begränsningar i årtal har också använts samt alternativet ”full text”. En sökmatrix upprättades som också beskriver sökvägar som använts, se bilaga 1.

5.2 Urval

Ansträngningen har varit att hålla ett kritiskt förhållningssätt i vårt urval av artiklar (Friberg, 2012b). Medvetenheten finns att det föreligger en risk för ett selektivt urval som skulle kunna påverka resultatet vid denna typ av litteraturoversikt. En risk med metoden är att en alltför liten mängd betydelsefulla artiklar ligger till grund för själva översikten. I inklusionskriterierna ingick att artiklarna skulle vara vetenskapliga (Segesten, 2012). Vidare behövde de innehålla bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion och litteraturreferenser vilket ger möjligheter till granskning. Studien skall även vara publicerad på engelska samt blivit bedömda av en etisk kommitté. Andra kriterier var att den handlade om diabetes typ 2 och personens egenvård. Resultatartiklarna som valts har varit av både kvalitativ och kvantitativ karaktär.

Exklusionskriterierna som använts har resulterats i en avgränsning på sökningar gjorts gällande ålder på artiklarna då de valda artiklarna är publicerade från år 2003 och framåt. Artiklar som behandlar barn och ungdom har sorterats bort då uppsatsen endast avser allmänsjuksköterskans områden. Artikeln skriven av Song, Lee och Shim (2009) som författarna valt ut har som syfte att identifiera underlättande och hindrande faktorer i egenvården vilken kan uppfattas som att artikeln

inte följer syftet. Författarna har dock valt att ta med den i resultatet då den visar på gruppundervisningens påverkan.

5.3 Analys

Vid urvalet av artiklar har först titeln utvärderats då den ibland har kunnat ge en ledtråd om den passar in i vårt arbete. Om titeln förefallit intressant har vi gått vidare till att granska abstract till artikeln, vilken blivit läst flera gånger innan beslut tagits om huruvida den passar syftet. Artikelns nyckelord har också varit vägledande om de varit intressanta att gå vidare med. Artiklarna har granskats med en öppenhet och lästs i sin helhet. Resultaten i artiklarna har gått igenom och en översikt har gjorts i form av en resultatmatris, bilaga 2. Efter att ha läst resultaten i artiklarna flera gånger, har likheter och skillnader identifierats hos de valda studierna. Det har utgjort grunden för de teman vi kommit fram till i resultatet (Friberg, 2012a).

6. Forskningsetiska överväganden

Författarna till denna litteraturöversikt har försökt göra en så noggrann översättning som möjligt. Översättningar av de engelska artiklarna gjordes med lexikon och fanns det tveksamheter användes ytterligare uppslagsverk för en korrekt förståelse. Det finns en risk att vid begränsade kunskaper i engelska vid metoden litteraturöversikt att dessa brister kan utgöra en risk för feltolkningar (Kjellström, 2012). De utvalda artiklarna är alla etiskt godkända och har fått samtycke av de medverkande.

En god forskningssed kräver ärlighet, ordningsamhet, öppenhet, hänsyn samt oväld som innefattar en rättvisa i tolkningen av andras forskning. Vid analyserande av artiklar bör alla resultat av artikeln inkluderas och inte bara de eventuellt önskade. Detta förhållningssätt är viktigt att ha kvar i åtanke när de står i konflikt med varandra eller när olika syn på tillvaron tycker annorlunda. En forskares ansvar är att redovisa alla resultat, även de som inte stöder hypotesen (Gustafsson, Hermerén & Petersson, 2005, s. 8-9, 16).

7. Resultat

I denna litteraturöversikt om personer med diabetes typ 2 framkom följande teman och subteman. Det första temat är *Utbildning*, vilket har tre subteman; *Egenvårdsutbildning*, *Personcentrerad utbildning*, och *Utbildning i grupp*. Det andra temat är; *Motiverande samtal*. Det tredje temat är; *Skapa relationer* och har tre subteman; *Avsätta tid och lyssna*, *Personligt bemötande* och *Engagemang*.

7.1 Utbildning

Under temat *Undervisning* har tre subteman framkommit; *Egenvårdsutbildning*, *Personcentrerad utbildning* och *Utbildning i grupp*. Flertalet av resultatartiklarna visade att deltagarnas egenvård- och diabeteskunskaper påverkades positivt då de genomgått diabetesutbildningar (McGowan, 2011; Long & Gambling, 2011; Ko, Lee, Kim, Kang & Kim, 2011). Resultaten visade även att grupputbildningar kunde gynna egenvården då deltagarna uppskattade att träffa andra som levde med diabetes (Cooper, Booth & Gill, 2003).

7.1.1 Egenvårdsutbildning

I en tvärsnittsstudie från 2008, visar Xu, Toobert, Savage, Pan och Whitmer på omständigheter, som påverkar personer med diabetes och deras hantering av sin egenvård, vilka styrs av olika faktorer. Enligt författarna kan dessa delas upp i en individuell del och i en del som styrs av miljöfaktorer. För att personer med diabetes skall kunna utföra egenvård behövs utbildning som i sin tur leder till kunskap. Studien visade att kunskap gav tilltro till behandlingen och tillsammans med personens upplevda självförmåga påverkades egenvården positivt.

I en studie av McGowan (2011) erbjöds personer med diabetes typ 2 en egenvårdsutbildning utöver ordinarie diabetesutbildning. Diabetesutbildningen innehöll kunskap om hur kroniska sjukdomar kan hanteras. Deltagarna fick bland annat lära sig problemlösningsmetoder, att söka efter resurser hos sig själv och att använda dem. Dessutom fick deltagarna utbildning i förmåga att bygga relationer med sjukvården. De som också deltog i egenvårdsutbildningen fick lära sig att hantera hälsorelaterad stress, hur de skulle kommunicera med läkare samt olika avslappningsövningar. Efter genomförd utbildning fick deltagarna skatta sin hälsa relaterat till vad de lärt sig under utbildningen. Deltagarna som genomgått egenvårdsutbildningen skattade sin hälsa avsevärt högre än de som endast genomgått den ordinarie diabetesutbildningen. De skattade även högre i att formulera och nå mål, hantera psykosociala aspekter samt att kunna bedöma när de var redo för förändringar.

I en annan studie med empowerment som ansats, fick deltagarna genomgå en utbildning i egenvård (Cooper et al., 2003). Deltagarna behövde kunskapen de fått under interventionen för att kunna förbättra egenvården. För att skapa balans i sin livsstil utvecklade deltagarna egna metoder gällande egenvård, som en kompromiss mellan rekommendationer och den egna individuella förmågan.

7.1.2 Personcentrerad utbildning

Resultatet i Long och Gambling (2011) visade att det skedde en stor förändring vad avser deltagarnas diabetesrelaterade kunskaper under de två år som studien i personcentrerad utbildning pågick. Sjuksköterskorna gav deltagarna information över telefon, lite informationen åt gången som de sedan kunde betänka, prova och tillämpa. På detta sätt ökades deras kunskaper och förståelse så att de kunde fatta välgrundade beslut om val av livsstil. Den personcentrerade egenvårdsutbildningen förändrade attityd och beteende hos deltagarna och den ökade deras självkänedom. De visade också ökade kunskaper om kost, motion, glukoskontroller då de nu fått kunskap om hur de skulle tolka resultaten. Uppföljningen efter två år visade att nästan samtliga deltagare kände att det varit ett riktigt beslut att ta del av råden som gavs vid egenvårdsutbildningen. Över 90 procent kände att de hade mer kunskaper om diabetes och upplevde en bättre kontroll över sjukdomen. Vidare kände deltagarna att de hade bättre kontroll över blodsockret och att diabetes inte hindrade deras livsstil. Det fanns en stark korrelation mellan hög empowerment och högt välbefinnande samt större kunskap än innan utbildningen. Resultatet visade också att de deltagare som rapporterade måttlig kontroll på långtidssocker hade märkbart lägre poäng i empowerment än de som ansåg sig ha god kontroll.

I en artikel av New (2009) var syftet att utveckla och utvärdera en egenvårdsutbildning som formats och baserats på behov och önskemål från en grupp vuxna med diabetes typ 2. I resultatet fann man att deltagarna ville veta hur de skulle kunna applicera egenvårdsrekommendationerna på sin vardag. Nästan alla i fokusgruppen bekräftade att de egentligen inte visste vad diabetes var, hur det påverkade deras kroppar, om den var kurativ eller ej och inte heller hur insulin fungerade. De flesta av deltagarna bekräftade att de inte visste vad de kunde äta, hur de skulle tackla sug efter sötsaker eller sådant som de var vana att äta sedan tidigare, hur de skulle göra om de åt utanför hemmet. De ville veta mer om komplikationer då de var oroliga för att utveckla sådana. Flera deltagare hade redan problem som till exempel smärta, känselbortfall, dålig syn, problem av sexuell karaktär. Vidare menade många av deltagarna att diabetes starkt påverkade dem psykiskt genom humörsvängningar, brist på tålamod och att de hade svårt att tänka klart. Studien gjordes med hjälp av en fokusgrupp som utformade och utvärderade egenvårdsutbildningen, diabetes self-management education (DSME), som forskarna utarbetade tillsammans med deltagarna. Fokusgruppen vars egenvårdsutbildning de själva varit med och arbetat fram, jämfördes med en grupp som genomgått ett standardiserat DSME-program som erbjöds av sjukhuset. Skillnaderna i de båda gruppernas diabeteskunskaper skiljde sig inte märkbart efter avslutad utbildning förutom DSCA-testet, diabetes self-care activities, där fokusgruppens deltagare uppvisade ett bättre resultat. Sista delen i

egenvårdsutbildningen innebar att båda grupperna skattade nöjdheten med utbildningen via ett frågeformulär. Resultaten var relativt lika men fokusgruppen rankade utbildningen något högre.

I en artikel av Ko et al. (2011) beskrev författarna effekten av skräddarsydda utbildningsprogram ledda av distriktsjuksköterskor för låginkomsttagare med diabetes. Diabeteskunskaper, egenvård och glukosnivåer mättes före och efter utbildning som pågick i sju månader. Alla parametrar förbättrades efter utbildningen. Även diabeteskunskaperna hade ökat avsevärt för både män och kvinnor. Exempelvis hade blodsockervärdet sjunkit. Vidare hade antalet personer med hyperglykemi minskat från tio till fem personer och efter utbildningen hade ingen person hypoglykemi mot en person före utbildning. Största förbättring i egenvård gick att finna i fotvård och kost. Body Mass Index (BMI) sjönk och antalet personer som började motionera ökade.

7.1.3 Utbildning i grupp

Song, Lee och Shim (2009), har sin studie kommit fram till vad som underlättar och vad som försvårar människors hantering av egenvård efter att de genomgått ett egenvårdsprogram för diabetes typ 2. Studien visade att stödet från de andra deltagarna i gruppen hade en positiv inverkan. Flera av deltagarna blev hjälpta av påminnelser från andra gruppdeltagare i hur viktig egenvården är, de fick förståelse om de gjorde fel och blev stöttade av andra deltagare i självhjälpsgrupper vilket också stärkte motivationen. I grupperna gjordes även reflektioner av egenvården och ställning togs för att utforma nya lösningar. Det upplevdes också som ett socialt stöd och att det var viktigt att träffa andra i samma situation. Deltagarna upplevde gruppövningarna uppmuntrande och motivationsstärkande.

I Cooper et al (2003) styrdes utbildningens innehåll av deltagarnas erfarenheter, attityder och förmågor vilket integrerades i inlärningsprocessen. Erfarenheten av att träffa andra i "samma" situation gjorde utbildningen framgångsrik. Miljön blev tillåtande och erfarenheter sinsemellan delades. Resultatet visade att det var en styrka att delta i en grupputbildning vilket hade en positiv inverkan på deltagarnas egenvård.

7.2 Motiverande samtal

Chen, Creedy, Lin och Wollins, (2011) studerade motiverande samtal som metod för att stärka deltagarnas egenvård. Det framgick att de motiverande samtalen hade en positiv inverkan. Medverkande i båda gruppernas fastblodsockervärde sjönk efter tre månader och den experimentella gruppen visade en signifikant nedgång. Statistiskt visade man att de motiverade samtalen stod bakom de goda resultaten. Båda grupperna visade också på betydande påverkan på egenvård. När man utvärderade den självupplevda förmågan fann man att de motiverande samtalen

hade haft stor inverkan på att stärka den självupplevda förmågan. Det fanns även en stadig förbättring av välbefinnande i den experimentella gruppen vilket inte kunde påvisas i kontrollgruppen.

I en studie av Dellasega, Añel-Tiangco och Gabbay (2011), användes fokusgrupper där en kontrollgrupp och en behandlingsgrupp jämfördes för att undersöka hur personer med diabetes 2 upplever motiverande samtal. Resultaten visade på att motiverande samtal fick deltagarna att känna sig sedda och hörda, de blev uppmuntrade och empatiskt bemötta. Vidare blev de handledda i planering och målsättning i sin egenvård. Det skapades goda relationer mellan deltagarna och den sjuksköterska som förde samtalet vilket bidrog till ökad respekt för sjuksköterskans kunskaper och förslag. I de motiverande samtalen hade de upplevt uppmuntran att ta ansvar, vilket i sin tur gjorde dem mer öppna och självmant tog tag i livsstilsförändringar för att nå hälsa.

I en studie av Dale, Caramlau, Stuart, Friede och Walker (2008), blev personer med diabetes stöttade och motiverades i egenvården över telefon som ett komplement till den standardiserade omvårdnaden. Genom att använda sig av motiverande samtal kunde en positiv inverkan på upplevd självförmåga och diabetesrelaterade sjukdomar uppnås.

7.3 Skapa relationer

I flera av studierna visades att egenvården även påverkades av relationen mellan patienten och vårdaren (Dellasega et al., 2011; Long & Gambling, 2011). I en tvärsnittsstudie från 2008 visar Xu et al. att relationen mellan vårdare och patient hade en stark påverkan på kunskap och upplevd självförmåga i den gruppen som använde insulin. Även i Dellasega et al. (2011) visade att goda relationer mellan patienten och den sjuksköterska som förde samtalet bidrog till ökad respekt för dennes kunskap och förslag. Det i sig resulterade i att patienterna blev förtrogna med att *använda* kunskapen för att förbättra sin egenvård.

7.3.1 Avsätta tid och lyssna

Dellasega et al. (2011) visade att om sjuksköterskan avsatte tid och lyssnade på patienten fick det goda effekter på egenvården. Flera av patienterna upplevde att läkaren inte hade tid att lyssna på dem men att sjuksköterskan hade det. Bemötandet gjorde att patienterna kände sig bekväma i samtalen. En patient började för första gången kontrollera sina blodsockervärden för att sjuksköterskan lyssnade på patientens problem. Patienterna ansåg att de blev förstådda av sjuksköterskan, de hade därför en stor respekt för sjuksköterskans uttalanden och förslag. Detta gjorde det också möjligt för patienterna att med hjälp av information, själva ta beslut om realistiska mål med sjuksköterskan som resurs. Patienterna kände att de fick guidning och stöd av

sjuksköterskan utan att denne bestämde vad de skulle göra. I Long och Gambling (2011) studie uppgav många av deltagarna i intervjuer att sjuksköterskorna alltid tog sig tid att samtala och att de lyssnade uppmärksamt. Om deltagarna behövde så fanns det inte några hinder att ringa tillbaka till sjuksköterskan om så behövdes.

7.3.2 Personligt bemötande

I Long och Gambling, (2011) kunde 86 procent av deltagarna lista minst en anledning till varför relationen till sjuksköterskorna var viktig för dem. Många av deltagarna sade att sjuksköterskorna var hjälpsamma och att de inte blev tillrättavisade i samtalen. Vidare rapporterade många av deltagarna i intervjuer att det var okomplicerat att samtala med sjuksköterskorna och att de upplevde det som om sjuksköterskorna kände dem.

Cooper et al. (2003) rapporterade om att relationen mellan sjuksköterskan och patienten var viktig. Deltagarna var mycket positivt ställda till den handledande sjuksköterskan och dennes intresse för varje individ. Patienterna ansåg dessutom att sjuksköterskan visade respekt, integritet, tillgivenhet och expertkunnande. I gruppen fanns en flexibilitet för deltagarna att styra innehållet i kursen vilket gjorde dem delaktiga och hörda. För många av deltagarna var detta en ny upplevelse då tidigare vårdgivare inte klarat av patienternas aktiva förhållande till sin sjukdom utan istället ansträngde sig för att få till stånd ett hierarkiskt förhållande till patienten. Maktförhållandet utmanades när patienterna integrerade kunskap och gick ur sin passiva roll.

En kvalitativ studie gjord i Australien hade som syfte att utvärdera vad *sjuksköterskor* ansåg om att stötta personer med typ 2 diabetes per telefon i deras vardag med egenvården (Walker et al., 2011). Coachingsamtalen öppnade upp och skapade en relation mellan sjuksköterskan och patienten. Hur relationen utvecklades fastställdes till viss del genom vilken roll telefonsamtalen spelade in i sjuksköterskans respektive patientens liv. Här noterades två olika synsätt som i hög grad skilde sig åt. Ett av synsätten var att en del sjuksköterskor kunde se hela det sociala sammanhanget, hur diabetessjukdomen påverkade personens hela tillvaro, så kallad *Personalised Care-personifierad vård*. Samtalen baserades på semistrukturerade frågor samt frågor kring personens övriga hälsa och liv. Deltagarna nådde framgångar i egenvården och fann motivation i sjuksköterskans samtal.

En modell från studien av Xu et al. (2008), visade att relationen mellan vårdare och patient hade en stark påverkan på kunskap och upplevd självförmåga i den patientgrupp som använde insulin.

7.3.3 Engagemang

I studien av Walker, Furler, Blackberry, Dunbar, Young och Best koncentrerade en del av sjuksköterskorna endast på coachningen för att förbättra resultaten utan att beakta personens situation och förutsättningar. Sjuksköterskorna höll en opersonlig attityd gentemot sina patienter, så kallad *Treat to target- vårda mot mål*. Vid samtalen användes semistrukturerade frågor, personliga utsvängningar från patientens sida ignorerades eller besvarades kortfattat. Generellt uppfattade inte deltagarna metoden som dålig. Det fanns heller inga indikationer som visade *Personalised Care* ledde till *bättre* motivation till egenvård. Alla deltagarna rapporterade framgångar oavsett vilket arbetssätt sjuksköterskan använde sig av då de uppskattade att sjuksköterskan var engagerad i deras vård. I Cooper et al. (2003), angav deltagarna att engagemang och empati som sjuksköterskan visade gjorde relationen mer positiv.

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Studien grundar sig på elva originalartiklar, fyra med kvalitativ och fem med kvantitativ ansats. Två av artiklarna har både kvantitativ och kvalitativ ansats. Artiklarna fann vi i databaserna PubMed och Cinahl med full text. Valet av artiklar styr resultatet och det är således av största vikt att valet görs korrekt. Vår styrka har varit vår noggrannhet i översättningarna från engelska till svenska samt att omsorgsfullt ta reda på innebörden av studien innan resultaten har granskats. Ambitionen har varit att ge en så sanningsenlig bild som möjligt av vad sjukvården kan bistå med för personer med diabetes. De artiklar vi valt härstammar från flera länder vilket kan uppfattas som en styrka för att förstärka den globala problematiken eftersom diabetes drabbar alla kontinenter. En annan styrka med att välja artiklar från flera länder är att vi inte lever isolerade i Norden då människor med annan bakgrund än den svenska uppsöker vården. Det är möjligt att de kulturella skillnaderna inte är så stora mellan människor utan att vi egentligen är ganska lika. Skillnaderna kan istället ligga på andra plan som mellan kvinnor och män, mellan hög- och låginkomsttagare eller mellan glesbygdsbo och stadsbo.

Det kan även ses som en svaghet med artiklar från flera länder och då speciellt dem från Asien. Det är ett litet antal studier som jämförs och kan eventuellt ge en spretig bild av påverkansfaktorer för egenvården av diabetes.

Litteraturstudier kan påverkas av hur data samlas in, hur den granskas och analyseras (Henricson, 2012). En svaghet skönjas i datainsamlingsmetoden, då det inte stod helt klart hur syfte skulle se ut. Vid analysen fanns heller inte fokus från vilket perspektiv författarna skulle förhålla sig till, patienten eller från sjukvården/sjuksköterskans sida.

Intentionen från författarnas sida var att klargöra hur sjukvården på bästa sätt ska kunna hjälpa personer med diabetes att klara av och behålla motivationen att sköta egenvården. Denna ansats gjorde att området blev ofantligt stort. Det skulle ha underlättat och gjort litteraturstudien lättare att genomföra om författarna valt att undersöka hur personer med diabetes upplevde motiverande samtal. Detta hade kunnat leda till en fördjupning av det då mer specifikt valda ämnet.

Ett flertal av de valda artiklarna fanns ingen åtkomst till, speciellt avhandlingar. Detta är alltid en risk att artiklar som är relevanta väljs bort. Det är en mycket stor mängd artiklar att söka igenom och med tiden som en begränsning behöver beslut tas. Tiden är en faktor som kan påverka kvalitén på arbetet (Henricson, 2012).

Det kan också finnas en risk att värdefulla artiklar valts bort på grund av ekonomiska skäl, då flertalet artiklar var belagda med en avgift och budgeten var begränsad.

8.2 Resultatdiskussion

Författarnas resultat visar att sjukvården kan bistå personer med diabetes på flera sätt. Vi har valt att diskutera våra resultat i två delar: *Egenvårdsutbildning* och *Relation sjuksköterska – patient*.

8.2.1 Egenvårdsutbildning

Om en människas hälsa förändras kan även förutsättningarna till egenvård ändras vilket genererar nya behov (Orem, 2001, s. 274). Dessa behov kan vara ny kunskap för att kunna göra medvetna handlingar när bedömningar och beslut om egenvård skall fattas. I Dorothea Orems (2001, s. 354) stödjande/undervisande omvårdnadssystem får patienten, beroende på behov, stöd, handledning eller utbildning. Patienten kan vara i behov av ett periodiskt återkommande handledning. I en kvantitativ studie av McDonald, Tilley och Havstad (1999) visar 136 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor i USA, på vilka resurser och behov som skulle behövas för att främja egenvården hos personer med diabetes typ 2. Sjuksköterskorna ombads rangordna hur viktiga fyra olika teman var i vården av personer med diabetes. Resultaten visade att sjuksköterskorna hade identifierat att det var viktigt att öka kunskapen hos personer med diabetes om livsstilsförändringar. Studien visade också att 61 procent av sjuksköterskorna ansåg att patienterna hade en brist på förståelse inför behovet av kontinuitet, vilket resulterade i att patienterna inte kom på regelbundna återbesök. Att utbildning som pågår kontinuerligt under en längre tid påverkar patienternas egenvård positivt stöds av flertalet studier. Författarna till denna litteraturstudie menar att utbildning är nödvändig för att patienten skall förstå allvaret med diabetessjukdomen och därefter kunna ta adekvata beslut. Kunskaperna behövs även för att patienten ska förstå varför det är viktigt med livsstilsförändringar.

8.2.2 Relation sjuksköterska – patient

I en studie av Pooley, Gerrard, Hollis, Morton och Astbury (2001), visade på vikten av att samma sjuksköterska följer patientens behandling. Förutom miljön påverkas egenvården om sjuksköterskan verkligen lyssnar på vad patienten har att säga. Både sjuksköterskor och patienter poängterar hur viktig en kontinuerlig relation är i sjukvården. Detta stöds även av McDonald et al. (1999) där temat *Fortlöpande vård tillhandahållen av en och samma sjuksköterska* som rankades som en av de viktigaste faktorerna i vården av diabetespatienter. Detta poängterades även i en studie som visade hur patienterna stöttades av samma sjuksköterska under hela studien.

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är sträva efter att stärka samt utveckla hälsa och välmående hos patienter (Orem, 2001, s. 148). Dahlberg och Segesten (2010, s. 154) menar också att i ett gott vårdande fodras en öppenhet och följsamhet för patientens värld. Patientens erfarenheter behöver bekräftas och uppmärksammas då hennes verklighet kan vara komplex, vilket den ofta är hos personer med diabetes typ 2. Verkligheten för en person påverkas av den levda erfarenheten och för att sjuksköterskan skall kunna hjälpa patienten krävs det att denne ställer frågan *varför* hon upplever sin sjukdom som hon gör. I Pooley et al. (2001) stärks också uppfattningen att det är angeläget att vårdgivaren skapar en bekväm miljö för patienten vid konsultationen, detta för att främja en ansats av empowerment. Det kan bidra till att patienten delar med sig av sina bekymmer och sjuksköterskan därför kan få en vidare bild av patientens situation. Dorothea Orem (2001, s. 340) menar också att sjuksköterskan genom samtal kan identifiera vad personer med diabetes behöver för att kunna genomföra egenvård. Detta skall sjuksköterskan helst identifiera tillsammans med patienten, då det är möjligt.

Relationen vårdare - patient har stor betydelse för patientens egenvård. Sjuksköterskans engagemang är betydande samt det personcentrerade bemötandet. Författarna till denna litteraturstudie anser att en god relation mellan sjuksköterska och patient är nyckeln till framgångsrik egenvård. När en relation mellan sjuksköterska och patient uppstår kommer deras agerande att påverka varandra (Orem, 2001, s. 102). Denna interaktion kommer sedan att speglas i omvårdnad och egenvård. Det tar tid att upprätta en relation där en god kommunikationsförmåga har en given plats och kontinuiteten gör sig gällande. Pooley et al. (2001) påpekar att det är högst individuellt att leva med diabetes och att det i deras studie inte fanns exakt samma erfarenheter av hur individerna svarar på behandling och poängterar vidare på vikten av att skraddarsy konsultationer och råd så de passar in på patientens rådande situation.

Det är viktigt att sjuksköterskan involverar den psykosociala situationen kring patienten (Orem, 2001, s. 286). Detta betyder att sjuksköterskan behöver identifiera behovet av vilket stöd de närstående har för att kunna bevara deras hälsa men också vilken typ av hjälp de behöver för att

kunna utföra närstående-omsorg. Vid kroniska sjukdomar och en åldrande befolkning växer behovet av närstående-omsorg under längre period. I Gunn, Seers, Posner och Vivien (2012) studie identifierades hur deltagarnas närstående gav stöd i vården av diabetessjukdom. I studien uppgav patienter att vårdgivare tog för givet att familjemedlemmar skulle ta rollen som stödjare. Det är sjuksköterskans uppgift att identifiera om *viljan* och förutsättningar finns hos närstående att ge stöd och omvårdnad (Orem, 2001, s. 286).

I McDonalds (1999) studie intog temat *Ökad lyhördhet hos sjuksköterskan för förslag från patienten och/eller familjen* en signifikant betydelse. Detta stöds av artiklarnas resultat där det framkom att de anhöriga hade en viktig och positiv plats i patienternas egenvård. Dock fanns det även okunskap samt brist på förståelse hos de närstående som inte förstod hur allvarlig sjukdom diabetes är. Det visar på ett behov att bjuda in familj och/eller närstående i egenvårdsutbildningen för att underlätta för patienten.

Författarna har i artiklarna också funnit att personer med diabetes har ett eget ansvar för egenvården och att detta är betydelsefullt för hur omfattande och omsorgsfullt egenvården utförs. Här har författarna kunnat skönja att motiverande samtal kunde lägga grunden för den egenvård som deltagarna utförde i de olika studierna. De motiverande samtalen hade en positivt inflytande på egenvården och förmågan till egenvård. Även om sjuksköterskan kan påverka motivationen hos personer med diabetes och stärka deras förmåga till egenvård så ligger patientens eget ansvar till slut ändå utanför sjuksköterskans profession. Detta styrks även av Orem (2001, s. 45) som anser att en del av egenvården är något som patienten själv utför och ansvarar över. Vad som händer hemmavid är patientens eget ansvar varför författarna har valt att inte diskutera detta vidare.

8.3 Slutsats

För att främja egenvården hos patienter med diabetes krävs att personen har kunskap om sjukdom och egenvård för att undvika eller bromsa komplikationer. För de patienter som saknar denna kunskap är det väsentligt med diabetesutbildning. Motiverande samtal har i studier visat sig varit framgångsrika. Även en kontinuerlig relationen mellan sjuksköterska och patient har stor betydelse. Vår litteraturöversikt har visat på vikten av att hjälpa patienten att ta kontroll över sin sjukdom. Genom att vänta på att patienten är redo att ta nästa steg kan sjuksköterskan göra patienten delaktig i egenvården.

Utbildningar med *empowerment* som ansats har positiva resultat på patientens egenvård. När personcentrerad omvårdnad studerats, visar resultatet på fördelar med att göra anpassningar till patientens vardag.

Slutligen vill författarna trycka på att resultaten visar även på att sjuksköterskan har en nyckelroll i egenvården. När patienterna kände sig hörda och när de slapp pekpinnar, främjades egenvården och relationen mellan sjuksköterskan och patienten. I de fall där sjuksköterskan avsatte tid och visade engagemang uppfattade patienterna det enklare att känna en större upplevd självförmåga.

8.4 Kliniska implikationer

Diabetes typ 2 behöver behandlas även de dagar sjukdomen inte ger symptom för att individen på lång sikt ska erhålla och behålla en god hälsa. Det är relevant att alla personer med diabetes får en skraddarsydd utbildning för att möta deras behov. Det är också viktigt att utbildningen sker kontinuerligt och att relationen mellan sjuksköterska och patient vårdas. I detta arbete kan närstående stötta och motivera till egenvård vilket kan främja hälsa och bromsa både tidiga och sena komplikationer. Det är angeläget att vården inkluderar närstående i egenvården då de kan vara ett stöd för patienten. Det är viktigt att det finns en förståelse för den allvarliga sjukdom som diabetes är. Det kan innebära att närstående bjuds in till diabetes- och egenvårdsutbildningar. Där det är viktigt att de får utbildning i sjukdomens patofysiologi, komplikationer av sjukdomen, hur kost och motion inverkar på sjukdomen och hur de bäst involverar egenvården i vardagen. Om det inte finns en förståelse, kan familjemedlemmar eller människor i patientens omgivning göra situationen svårare.

När patienten inte har någon anhörig blir sjukvårdens roll än mer betydelsefull då patienten befinner sig i en skör situation och kanske saknar socialt skyddsnät. I dessa fall kan sjuksköterskan bli patientens viktigaste person för bibehållen hälsa.

8.5 Förslag till vidare forskning

Vi har under arbetes gång stött på studier som visat på skillnader mellan män och kvinnor, både patienter och anhöriga till personer med diabetes typ 2. Studierna har visat skillnader i kvinnor respektive mäns syn sjukdomen. Skillnader som redovisats var till exempel hur öppna de var med sin sjukdom, hur de skötte sin egenvård, hur de sökte information samt vilket stöd de fått från familj och vänner. Bland annat visade en studie att män inte var lika benägna att tillkännage sin diabetessjukdom och i vissa fall visste inte familjen om att de hade diabetes. Kvinnorna intresserade sig mer för kost. Det skulle därför vara intressant att undersöka detta vidare. Finns det könsskillnader i vilket stöd patienten får från sina närstående vad avser egenvården? Vi skulle även vilja veta om det finns fler faktorer som sjuksköterskan bör inkludera i patienters egenvård av

diabetes typ 2. Det skulle också vara intressant att veta om sjukvården lägger större ansvar för egenvården på en man eller en kvinna? Hur ser förväntningarna ut?

Referensförteckning

- Auduly, Å., Norbergh, K.-G., Asplund, K. & Hörnsten, K. (2009). An ongoing process of inner negotiation – a Grounded theory study of self-management among people living with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, (1), s. 283-293.
- Bandura, A. Insight. Self-efficacy (1997). *Harvard Mental Health Letter*, 13 (9). s. 4-6.
- Bartol, T. (2012) Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, (24), s. 270-276.
- Berne, C. & Sörman, E. (2005). Egenvård. I C-D. Agardh, C. Berne & J. Östman (Red.) *Diabetes* (3 uppl) (s. 142-152). Stockholm: Liber.
- *Chen, S.M., Creedy, D., Lin H.-S. & Wollin, J. (2011). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, (49), s. 637-644.
- *Cooper H.C., Booth, K. & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*,(18), s. 191-206.
- * Dale, J., Caramlau, I., Stuart, J., Friede, T. & Walker, R. (2008). Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. *Patient Education and Counseling*, (75), s. 91-98.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Zhang, L. et al. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet* 378 (9785), s. 31–40.
- *Dellasega, C. Anel- Tiangco, R.M., & Gabbay, R. A. (2011). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes Research and Clinical Practice*, (95).s.37-41.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A. & Brink, E. (2011). Person-centered Care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, (10), s. 248-251.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012a) *Medicinska sjukdomar* (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2002b) *Medicinska sjukdomar* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. (2013). Beteendeförändring - att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. I B. Klang Söderqvist (Red.), *Patientundervisning* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2 uppl.) (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2 uppl.) (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Funnel, M. (2012). Tillämpning av empowermentbaserad utbildning i egenvård och kontinuerligt stöd vid diabetes. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (3 uppl.) (s.141-146). Lund: Studentlitteratur.
- Grimaldi, A. (2012). How to help the patient motivate himself? *Diabetes & Metabolism*, (38), s. 58-64.
- Gunn, K.L., Seers, K., Posner, N., & Coates, V. (2012). Somebody is there to watch over you: the role of the family in everyday and emergency diabetes care. *Health and Social Care in the Community*, 20, (6), s. 591-598.
- Gustafsson, B., Hermerén, G. & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsons (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

- Hulter, B. (2010). Sexualitet och diabetes. I C-D Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl.) (s. 348-363). Stockholm: Liber.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007) The dilemma of patients responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (25), s. 244-249.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011) Learning to live with illness: experience of persons with recent diagnose of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (25), s. 558-566.
- Kneck, Å. (2013). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I B. Klang Söderqvist (Red.), *Patientundervisning* (3 uppl.) s. 17-40. Studentlitteratur: Lund.
- *Ko, I.S., Lee T. H., Kim, G.S., Kang, S.W. & Kim, M.J. (2011). Effects of visiting nurses' individually tailored education for low-income adult diabetic patients in Korea, *Public Health Nursing* (5), s. 429-437.
- Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl.) (s.17-30). Stockholm: Liber.
- *Long, A. & Gambling, T. (2011). Enhancing health literacy and behavioral change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes. *Health Expectations*, (15), s. 267-282.
- Luger, S. & Chabanuk, A.J. (2009). Management of type 2 diabetes. *Home Healthcare Nurse*, 2, (27), s.93-101.
- McDonald, P. E., Tilley, B. C. & Havstad, S. L. (1999) Nurses' perceptions: issues that arise in for patients with diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, (30), s. 425-430.
- *McGowan, P. (2011). The efficacy of diabetes patient education and self-management education in type 2 diabetes. *Canada Journal of Diabetes*, (35), s. 46-53.
- Meetoo, D. (2004) Clinical skills: empowering people with diabetes to minimize complications. *British Journal of Nursing*, 11(13), s. 644-651.
- *New, N. (2010). Teaching so they hear: Using a co-created diabetes self-management education approach. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* (22), s. 316- 325.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6 uppl.). S:t Louis: Mosby.
- Pooley, C. G., Gerrard, C., Hollis, S., Morton, S. & Astbury, J. (2001). Oh It's a wonderful practice...you can talk to them; a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health and Social Care in the Community*, 9, (5), s. 318-329.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags att skriva uppsats* (2 uppl.) s. 97-100. Lund: Studentlitteratur.
- Skinner, T C. (2004) Psychological barriers. *European Journal of Endocrinology*, (151), s. 13-17.
- Smide, B. & Hörnsten, Å. (2009) People reasoning about diagnosis in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, (1), s. 253-260.
- Snellman, I. & Wikblad, K. (2006). Health i patients with type 2 diabetes: an interview study based on the Welfare Theory of Health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (4), s. 462-471.
- Socialstyrelsen (2010) Rekommendationer ur nationella riktlinjer. Tillgänglig på internet: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18070/2010-6-16.pdf> (hämtad den 2013-10-31).
- Socialstyrelsen (2012). Pressmeddelande. Tillgänglig på internet: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012januari/flerpersonermeddiabetesriskerarvarakomplikationer> (hämtad den 2013-10-16).
- *Song, M., Lee, M. & Shim, B. (2009). Barriers to and facilitators of self-management

- adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing*, (5), s. 211-218.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2009). *Patientutbildning i diabetes systematisk litteraturöversikt*.
- Sörman, E. (2012) Diabetessjuksköterskan. I K. Wikblad (Red), *Omvårdnad vid diabetes*, (3 uppl.) (s. 59-66). Lund: Studentlitteratur.
- Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoeh, I. & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n*. Lund: Studentlitteratur.
- *Walker, C., Furler, J., Blackberry, I., Dunbar, J., Young, D. & Best, J. (2011) The delivery of a telephone coaching program to people with type 2 diabetes by practice nurses in Victoria, Australia: a qualitative evaluation. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, s. 419-426.
- World Health Organization, (2013a). Diabetes. Tillgänglig på internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (hämtad den 2013-11-26).
- World Health Organization (2013b) 10 facts of diabetes. Tillgänglig på internet: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/index.html> (hämtad den 2013-11-27).
- Wikblad, K. (2012). Egenvårdsutbildning. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes*, (3 uppl.) (s. 129-140). Lund: Studentlitteratur.
- * Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W. & Whitmer, K. (2008). Factors of influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes. *Research in Nursing & Health*, (31), s. 613-625.
- Österlund Efraimsson, E. (2013). Motiverande samtal I B. Klang Söderqvist (Red.), *Patientundervisning* (3 uppl.) (s. 209-228). Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, K. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red), *Dags att skriva uppsats* (2 uppl.) (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL plus with full text	Diabetes mellitus type 2 (DM2) AND learning AND self care	55	2 st: Long, A.F. & Gambling, T. ; New, N.
CINAHL plus with full text	DM2 AND nurse AND role AND nursing	58	1 st: Walker, C., Furler, J., Blackberry, I., Dunbar, J., Young, D. & Best, J.
CINAHL plus with full text	Cinahl headings (CH) ”diabetes mellitus type 2” AND patient-education AND self-management AND self care Full text	68	1 st: McGowan, P
CINAHL plus with full text	Self management AND diabetes 2 AND nurse* AND full text	146	1 st: Ko, I.S., Lee, T.H. Kim, G. S., Kang, S.W. & Kim, M.J.
CINAHL plus with full text	CH ”diabetes mellitus typ II” (major) AND CH self care (major) AND CH patient compliance (major)	49	1 st: Song, M., Lee, M. & Shim, B.
CINAHL plus with full text	CH ”diabetes mellitus typ II” AND nurs* AND patient* AND self care AND motiv*	16	2 st: Dale, J., Caramlau, I., Stuart, J., Friede, T. & Walker, R.; Chen, S.M., Creedy, D., Lin, H.-S. & Wollin, J.
CINAHL plus with full text	Nursing AND diabetes 2 AND empowerment AND peer review	29	1 st: Cooper H.C., Booth, K. & Gill, G.
PubMed	Motivational interviewing to change type 2 diabetes self-care behaviours	13	1 st: Dellasega, C., Anel- Tiangco, R.M. & Gabbay, R. A.
PubMed	DM2 AND self-management AND patients AND factors AND model	78	1 st: Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W. & Whitmer, K.

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Chen, S.M., Creedy, D., Lin, H.-S. & Wollin, J.	Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial.	2011, Taiwan, International journal of nursing studies.	Att bestämma om huruvida motiverande samtal (MI) hade en förbättrande effekt på egenvård, psykologiska resultat samt glukosvärde efter tre månader.	Urval: 250 personer med typ 2 diabetes valdes utifrån kriterier som ställdes. Urvalet pågick under en period på fyra månader på diabetesmottagningen på ett sjukhus i Taiwan. Slumpen styrde om de skulle tillhöra MI-gruppen eller gruppen som erhöll sjukhusets diabetes utbildning. Kvantitativ. RCT-studie. Tester gjordes före och efter MI-intervention. Experimentell design. Frågeformulär användes och kliniska mätningar. Analys: ANCOVAs eller Johnson-Neyman metod användes för jämförelser mellan grupperna.	MI-gruppen förbättrade sina resultat signifikant upplevd självförmåga, egenvård och långtidssocker. I båda grupperna minskade depression, oro eller stress men det fanns ingen signifikant skillnad i minskningen mellan grupperna.
Cooper H.C., Booth, K. & Gill, G.	Patients' perspectives on diabetes health care education.	2003, England, Health education research.	Att undersöka effekter av diabetesutbildning utifrån patientens perspektiv.	Urval: 89 patienter med diabetes typ 2. Kvalitativ och kvantitativstudier. Randomiserad kontrollerad studie. En interventionsgrupp samt en kontrollgrupp.	Fyra teman framträdde från kvalitativa studier: 1) Sjuksköterskans kompetens i sakkunskap och handledning. 2) Delaktighet i behandlingen. 3) Empirisk utbildning. 4) Gruppstöd och samarbete. En utvärdering om vad som uppmuntrade till deltagande visade på

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
				Interventionsgruppen genomgick ett åtta veckors utbildningsprogram. Intervjuer genomfördes och spelades in och transkriberades ordagrant. Analys: konstant komparativ metod- Glaser & Strauss	1) Skillnader i uppfattning om utbildning. 2) Anpassning av interventionen för att matcha patienten. Av de kvantitativa studierna kunde utläsas: Signifikant skillnad mellan grupperna i attityd vid sex månader och tolv månader, i blodglukos vid sex månader, uppfattning om effektiviteten av egenvård vid sex månader samt förändring i egenkontrollsbeteende. Bättre resultat i försöksgruppen gällande diet och motions beteende.
Dale, J., Caramlau, I., Stuart, J., Friede, T. & Walker, R.	Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT.	2008, England, Patient Education and Counseling	Att utvärdera kliniska resultat samt hur den upplevda självförmågan påverkas av en telefonbaserad intervention för motivation och stöd inom diabetes	Urval: Patienter från 29 olika vårdcentraler. Slumpmässigt urval där 231 patienter ingick i motiverande telefonsupportgrupp eller rutinmässig telefonkontakt-grupp. Kvantitativ design. Undersökande RCT och frågeformulär samt kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Jämförelser mellan peer-support, diabetes-sjuksköterska samt kontrollgrupp med rutinsamtal endast. Analys: Intervjuerna analyserades med <i>ansats av tematisk ram</i> . Kvantitativ data analyserades med hjälp av mixed modell.	Efter sex månader fanns ingen signifikant skillnad av upplevd självförmåga mellan de olika grupperna, inte heller i de kliniska resultaten. Alla grupperna hade ett förbättrat resultat. Det framgick att några hade behov av mer information och rådgivning.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Dellasega, C., Anel- Tiangco, R.M. & Gabbay, R. A.	How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing	2011, USA, Diabetes research and clinical practice.	Att undersöka hur patienter med diabetes 2 upplever motiverande samtal som hjälp till beteendeförändringar.	Urval: 19 patienter med diabetes typ 2 värvades från en tvåårig RCT-studie om motiverande samtal. Kvalitativ studie där deltagarna blev intervjuade och fältnoteringar gjordes. Tolkande fenomenologisk analys.	Fem teman framträdde 1) Icke-dömande värderingar 2) Att bli lyssnad och tilltalad som en person 3) Uppmuntrande och empowerment genom empati 4) Deltagande i aktiv planering samt målsättning 5)Handledning utan kritik.
Ko, I.S., Lee, T.H. Kim, G. S., Kang, S.W. & Kim, M.J.	Effects of visiting nurses' individually tailored education for low-income adult diabetic patients in Korea	2011, Korea, Public Health Nursing.	Beskriva effekterna av en individuell skräddarsydd utbildning för vuxna patienter med diabetes 2 med låg inkomst gjorda av distrikts sjuksköterskor.	Urval: 96 nyinskrivna patienter på vårdcentralen (VC) med diabetes typ 2 som mötte kriterierna som ställdes. Alla (15) sjuksköterskor på VC tillfrågades och de accepterade. Tester gjordes före och efter skräddarsydd utbildning. Kliniska mätningar utfördes och frågeformulär användes för att mäta egenvård samt diabeteskunskap. Analys: Deskriptiv statistik, t- test och chi-square test.	Den skräddarsydda utbildningen förbättrade effektivt patienternas kunskaper om diabetes. Likaså visades en signifikant förbättring på egenvården, som livsstil, diet, motion, fotvård, läkemedelshantering och insulinbehandling. Långtidssockret förbättrades men inte signifikant.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Long, A.F. & Gambling, T.	Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes.	2011, England, Health expectations.	Att ingående undersöka förändringar på diabetesrelaterad kunskap och självförtroende hos personer med diabetes typ 2.	319 patienter som rekryterats från ett storstadsområde nordvästra England. En två-årig prospektiv observationsstudie med hjälp av telefonbaserat stöd och enkäter som de fyllt i vid start och igen efter 2 år tillsammans med djupintervjuer.	Över 90 procent av deltagarna uttryckte självsäkerhet i att kunna kontrollera sitt blodsocker. Förbättringar i diabetesrelaterad kunskap och självförtroende och även förbättrad förmåga att kunna omsätta den teoretiska kunskapen till praktisk.
McGowan, P.	The efficacy of diabetes patient education and self-management	2011, Kanada, Canadian journal of diabetes.	Syftet var att jämföra en didaktisk diabetesutbildning med en som utökats med en egenvårdskurs.	En kvantitativ studie. 321 patienter med diabetes typ 2 blev slumpmässigt valda via ett sjukhus i Kanada. De delades upp i två grupper och fick båda delta i en diabetesutb. Den ena gruppen fick dessutom en egenvårdskurs. De svarade på en enkät vid start och igen efter 6 månader.	Efter 6 månader hade båda grupperna gått ner i vikt. Deltagarna i egenvårdskursen rankade avsevärt högre i självskattningstesten i bla hälsorelaterad stress. De skattade också högre i t.ex. att formulera och nå mål och hantera psykosociala aspekter. Man kunde inte finna någon förändring i genomsnittet av antalet tillfällen deltagare från undersökningen var inlagd på sjukhus men man kunde urskilja att deltagarna från försöksgruppen spenderade färre dagar inlagda än de i kontrollgruppen.
New, N.	Teaching so they hear: Using a co-created diabetes self-management education approach.	2009, USA, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.	Syftet är att beskriva utvecklingen och resultatet av ett standardiserat diabetesprogram med ett som utvecklats tillsammans med de som deltar. Detta för att se vilket som ger bäst utslag på egenvårdsaktiviteter och resultat.	En pilotstudie som hade en deskriptiv, kvalitativ design när de med hjälp av en fokusgrupp utformade och utvärderade egenvårdsutbildningen som forskarna tillsammans med deltagarna utarbetat. Interventionen skedde med en kvasi-experimentell metod där man gjorde datainsamling och jämförde innan och efter.	I resultatet framkom att fokusgruppdeltagarna ville veta hur de skulle kunna applicera egenvårdsrekommendationerna på sin vardag. De menade att de var välinformerade men visste inte hur de skulle gå tillväga rent praktiskt. De önskade mer kunskap om vad sjukdomen innebär, hur de skulle tolka blodglukosresultaten, kost- och motionsråd och hur de skulle få en större förståelse från omgivningen för sin situation.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
				<p>utbildningen angående diabeteskunskaper mm. Fokusgruppen vars egenvårdsutbildning de själva varit med och arbetat fram blev jämförd med en grupp som genomgått ett standardiserat DSME-program som erbjöds av sjukhuset.</p>	
Song, M., Lee, M. & Shim, B.	Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean adults with type 2 diabetes.	2009, Korea, International journal of older people nursing.	Att identifiera vad som underlättar och vad som försvårar att utöva egenvård kontinuerligt inom diabetes 2.	<p>Urval: 24 patienter med diabetes typ 2 som hade medverkat i en utbildning rörande egenvården. Dessa delades in i tre fokusgrupper.</p> <p>En kvalitativ insamlingsmetod användes från dessa tre fokusgrupper. Öppna frågor ställdes. En intervjuare ledde diskussionen, noterade och observerade. Detta spelades in av två assistenter som sen tillsammans med intervjuaren summerade sessionen.</p> <p>Analys: Innehållsanalys av det återgivna materialet och observationerna användes för att hitta kategorier, citat och nyckelord.</p>	<p>Resultat visade fyra hinder och tre aspekter som underlättade egenvård.</p> <p>Hinder: åldersrelaterat, brist på självdisciplin, kulturella faktorer samt sämre förståelse av egenvård.</p> <p>Faktorer som underlättade: vetskapen om fördelar av egenvård, omformande av vanor samt familjestöd.</p>

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Walker, C., Furler, J., Blackberry, I., Dunbar, J., Young, D. & Best, J.	The delivery of a tele-phone coaching programme to people with type 2 diabetes by practice nurses in Victoria, Australia: a qualitative evaluation.	2011, Australien, Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	Att utvärdera hur stöttning per telefon som utförts av sjuksköterskor kan hjälpa personer med diabetes typ 2.	6 stycken slumpmässigt utvalda sjuksköterskor samt 12 patienter medverkade i en kvalitativ, randomiserad, kontrollerad studie. Grounded theory användes för att analysera transkriptionerna.	Fyra teman framträdde: 1) det unika sociala sammanhanget där patienten lyckades hantera sin diabetes. 2) Effekterna på sjuksköterskans roll av det sociala sammanhanget i att stötta patienterna att uppnå bättre kontroll över sin diabetes. 3) Relationen mellan sjuksköterskan och patienten. 4) Deltagarnas förhållningssätt till sina egna mål
Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W. & Whitmer, K.	Factors of influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 diabetes.	2008, Research in nursing & health, Kina.	Att testa en hypotesmodell som beskriver effekterna av individ- och miljöpåverkan på egenvård för diabetes typ 2 samt att utvärdera eventuella skillnader beroende på om patienten är insulinbehandlad eller inte.	Urval: Urval från endokrinologisk avdelning i Beijing. 201 medverkande vuxna patienter med diabetes typ 2. Kvantitativ design. Tvärsnittsstudie. Frågeformulär användes och svaren rangordnades i poäng. Analys: Deskriptiv statistik användes. Strukturell ekvationsmodells -analys användes för jämförelser mellan insulin och icke-insulingrupper.	De visade i en modell att upplevd självförmåga <i>direkt</i> påverkade egenvården. Likaså tro på behandling påverkade egenvården. Kunskap och stöd från familjemedlemmar däremot påverkade <i>indirekt</i> genom att först påverka den upplevda självförmågan och tro på behandling. Kommunikationen mellan vårdgivare-patient hade också en <i>indirekt</i> påverkan på egenvården genom att först ha inflytande på upplevd självförmåga, tro på behandling samt diabeteskunskaper. Skillnader fanns om patienten använde insulin eller inte. Det fanns ett signifikant samband mellan tro på behandling och egenvård samt kommunikation mellan vårdgivare-patient och kunskap om diabetes i gruppen som använde insulin. I gruppen som inte använde insulin fanns ett signifikant samband mellan socialt stöd och upplevd självförmåga.