



Faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor

Factors in the education of people with diabetes mellitus type 2 influencing the motivation of lifestyle changes

Charlotta Albertsson
Heléne Højner

Sjuksköterskeprogrammet 120p
Omvårdnad 41-60p
Vt 2007

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Titel	Faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor
Författare	Charlotta Albertsson, Heléne Højner
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Margareta von Bothmer, lektor
Examinator	Evy Lidell, lektor
Tid	Vårterminen 2007
Sidantal	16
Nyckelord	Bekräftande omvårdnad, diabetes mellitus typ 2, följsamhet, motivation, patientundervisning
Sammanfattning	<p>En av vårdgivarens viktigaste uppgift i undervisningen är att motivera patienter med kronisk sjukdom till förändring av levnadsvanor. <i>Syftet</i> med c-uppsatsen var att belysa faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor. <i>Metod:</i> C-uppsatsen genomfördes som en litteraturstudie. Vid granskning av de vetenskapliga artiklarna användes SAUK- modellen som teoretisk referensram. <i>Resultat:</i> Undervisning kort tid efter diagnos och individualiserad undervisning med tillåtande dialog hjälper patienten att bli motiverad. Vårdgivaren ska fokusera på patientens personliga förståelse om sin sjukdom och ha insikt om att patienter har olika utgångslägen gällande i vilket stadium de befinner sig angående motivation till förändring av levnadsvanor. Kompanjonskap mellan vårdgivare och patient är av betydelse för att patienten ska klara av att integrera sjukdomen i det dagliga livet och uppnå självkompetens. <i>Slutsatsen</i> är att det finns faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor. Bekräftande omvårdnad i undervisningen får patienten att känna sig sedd, hörd och tagen på allvar vilket ökar motivationen att ändra levnadsvanor. Förändring av levnadsvanor är nödvändigt och undervisningen av patienter ska medverka till att sena komplikationer undviks. Vidare forskning vore önskvärt om huruvida SAUK- modellens bekräftande omvårdnad kan implementeras i den svenska hälso- och sjukvården.</p>

Title	Factors in the education of people with diabetes mellitus type 2 influencing the motivation of lifestyle changes
Authors	Charlotta Albertsson, Heléne Højner
Section	School of Social and Health Science, Halmstad University Box 823, 301 18 Halmstad, Sweden
Supervisor	Margareta von Bothmer, senior lecturer
Examiner	Evy Lidell, senior lecturer
Period of time	Spring 2007
Number of pages	16
Keyword	Adherence, confirming care, diabetes mellitus type 2, motivation, patient education
Abstract	<p>It is most important that the care provider is able to motivate people with chronic illness to make lifestyle changes during education. The <i>aim</i> of this study was to highlight factors in the education of people with diabetes mellitus type 2 influencing the motivation of lifestyle changes. <i>Method</i>: The method used in this study was literature review. The analyze of the scientific articles was made with the theoretical framework of the SAUK- model. <i>Results</i>: Education given shortly after the diagnosis and individualized education with allowing communication will make the patient more motivated. The care provider shall focus on the patients personal understanding of the illness, and be aware of that patients have different initial positions regarding their motivation stage of lifestyle changes. A companionship between the care provider and the patient is important to integrate the illness in daily life and reach self competency. The <i>conclusion</i> is that there are factors in the education of people with diabetes mellitus type 2 influencing the motivation of lifestyle changes. Using confirming care in the education makes the patients feel like they are seen, heard and understood which will increase the motivation of lifestyle changes. Lifestyle changes are necessary and the patient education shall lead to the avoidance of illness complications. Further research is desirable whether the confirming model of SAUK could be implemented in the Swedish health-care system.</p>

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Diabetes Mellitus	1
Riktlinjer	1
Patientundervisning	2
Bakgrundsteori	3
Bekräftande omvårdnad	3
SAUK – de fyra faserna	3
Syfte	4
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	6
Resultat	7
Engagemang	7
Kompanjonskap, autonomi och tillåtande dialog	8
Individualitet och insikt	9
Självkompetens	10
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
(S)- fasen; Engagemang	13
(A)- fasen; Kompanjonskap, autonomi och tillåtande dialog	13
(U)- fasen; Individualitet och insikt	14
(K)- fasen; Självkompetens	15
Konklusion	16
Implikation	16
Referenser	
Bilagor – Bilaga 1 Artikelöversikt	

Inledning

Diabetes är en växande världsomspännande folksjukdom och år 2025 beräknas antalet personer med diabetes uppgå till cirka 366 miljoner. Detta förknippas med att gamla livsstilar ändras och att befolkningen blir äldre (Socialstyrelsen, 1999). I Sverige har idag ungefär 300 000 personer diabetes, vilket betyder 3 – 4 procent av befolkningen. Diabetes mellitus typ 2 är den vanligaste diabetesformen, närmare bestämt cirka 85 – 90 procent av all diabetes (Socialstyrelsen, 2001). Utvecklingen av komplikationer i njurar, ögon, nerver och blodkärl gör att sjukdomen står för cirka 8 procent av de direkta sjukvårdskostnaderna i Sverige. Till detta kommer också kostnader för samhället på grund av sjukskrivning och förtidspension vilket betyder att samhällskostnaderna är stora (Socialstyrelsen, 2001). Målet med diabetesbehandling är att patienten ska kunna fungera normalt i det dagliga livet med bibehållen livskvalitet (Socialstyrelsen, 1999; Whitemore, Sullivan & Bak, 2003).

En viktig uppgift sjuksköterskan har är att undervisa patienter med kronisk sjukdom till förbättrad egenvård. Patienter som fått diagnosen diabetes mellitus typ 2 behöver oftast undervisning för att få möjlighet att klara av att hantera sin sjukdom. Egenvård innebär för patienten till exempel att minska övervikt, öka den fysiska aktiviteten och hålla en god metabol kontroll. Syftet med egenvården är att patienten ska kunna uppleva hälsa trots livslång sjukdom. Det kan vara svårt för patienten att motivera sig att utföra egenvård då ansträngningarna ofta verkar vara större än vinsterna. Vinsterna på kort sikt är inte lika många som vinsterna på lång sikt och därför måste vårdpersonal ge patienter med diabetes typ 2 stöd och undervisning för att motivera till egenvård (Wikblad, 2006).

Bakgrund

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus är en sjukdom med kronisk hyperglukemi. Orsaken är att insulinsekretionen, i kombination med varierande grad av nedsatt insulinkänslighet i vävnaderna är nedsatt eller har upphört. Det är viktigt att diabetespatienten accepterar och lär sig att leva med sjukdomen eftersom den påverkar tillvaron och förändrar livet. Enligt de nationella riktlinjerna för vård och behandling av personer med diabetes läggs tyngdpunkten på preventiva åtgärder för att förhindra utvecklingen av sena komplikationer. Den enskilda individen med kroniskt för hög sockerhalt i blodet har ofta i tidigt stadium inga kännbara symtom av sin sjukdom. Symtomen, exempelvis stora urinmängder, ökad törst och viktnedgång, uppkommer med stigande blodglukos. På sikt leder sjukdomen till förändringar i små och stora blodkärl, så kallade sena komplikationer. De sena komplikationerna utvecklas på grund av den ständigt förhöjda blodglukosnivån men är även beroende av hur länge individen haft sin sjukdom (Socialstyrelsen, 1999).

Riktlinjer

Enligt Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus ska alla patienter få likvärdig vård i alla delar av Sverige. Dessa riktlinjer är rekommendationer för effektiv vård och bygger på aktuell forskning. Med rätt förhållningssätt i undervisning och behandling stärks diabetespatientens ställning och ger denne/denna större trygghet och ökat ansvar i

egenvården. Det är av stor vikt att diabetespatienten blir medveten om att kunskap gällande diabetes och aktiv medverkan i egenvården är en nödvändighet för att undvika sena komplikationer och för tidig död. Denna medvetenhet kan diabetespatienten få genom information och undervisning av vårdgivare (Socialstyrelsen, 1999). Det framkommer att insatser gällande patientutbildning inte är särskilt uppmärksammade i primärvården då det redovisas att cirka 50 % av tillfrågade läkare, sjuksköterskor och verksamhetschefer inte erbjuder patienter med diabetes mellitus typ 2 något utbildningsprogram i egenvård (Socialstyrelsen, 2001).

S:t Vincentdeklarationen, en gemensam deklaration av bland annat WHO, IDF (Internationella Diabetesfederationen) och europeiska hälsoorgan, belyser vikten av nationella insatser för att minska utvecklingen av sena komplikationer genom förebyggande hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 1999). Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera, informera och undervisa patienter på ett respektfullt och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska efter undervisning försäkra sig om att patienten förstått den givna informationen. Att kunna motivera patienter till livsstilsförändring för att främja hälsa, gör att sjuksköterskan hjälper patienten att förebygga sjukdom och lindra lidande (Socialstyrelsen, (2005).

Patientundervisning

Den traditionella omvårdnadsmodellen för diabetesundervisning bygger på att det är vårdgivaren som ansvarar för beslut, metoder och resultat. Patienten får rollen som en passiv mottagare och förväntas följa givna rekommendationer. Egenvårdsundervisning till diabetespatienter har av tradition givits i syfte att övertala patienten att följa de omvårdnadsrekommendationer som vårdgivaren ger. Vårdgivaren tror sig veta vad som är bäst för patienten och försöker övertala till beteendeförändringar. Även om patientundervisningen förmedlas på ett bra sätt brukar inte människor tycka om att bli tillsagda vad de ska göra och många patienter gör motstånd för att hävda sitt oberoende. Behovet av självbestämmande är så starkt för en del patienter att de själva fattar egna beslut som kan sätta deras hälsa på spel. Vårdgivarnas försök att förmå patienterna till bättre följsamhet i sin egenvård har istället fått motsatt verkan (Wikblad, 2006).

Före undervisning är det viktigt att känna till att patienter går igenom olika stadier vad gäller att förändra sitt beteende och sina levnadsvanor. Genom att ta reda på i vilket stadium patienten är kan vårdgivaren utgå ifrån detta i undervisningen. Motivationen för förändring av levnadsvanor är beroende av i vilket stadium patienten är och blir således vårdgivarens utgångspunkt vid undervisning (Klang Söderkvist, 2001). Det är viktigt att vårdgivaren kan kommunicera, stimulera och uppmuntra vårdtagaren i undervisningen. Genom samspel med patienten kan vårdgivaren etablera ett tillitsfullt och tryggt inlärningsklimat (Granum, 1994). Individuella överenskommelser gällande undervisningens målsättning och dess uppföljning kan stärka patientens delaktighet i vården. Överenskommelsen ska bygga på patientens självbestämmande och utgå ifrån denne/dennas individuella behov och livssituation (Socialstyrelsen, 1999). Undervisningen bör präglas av en dialog mellan två likvärdiga individer. Dialogen ska omfatta både vårdgivarens och patientens kunskaper, känslor och erfarenheter. Patientens motivation i undervisningen är relaterat till hur stort hälsoproblem patienten själv upplever att sjukdomen innebär för hälsan. Om patienten upplever att hälsoproblemet inte påverkar det dagliga livet innebär detta att patientens motivation för undervisning kan vara begränsad. Genom kommunikation mellan vårdgivare och patient kan denne/denna erhålla en realistisk syn på sitt hälsoproblem. Detta ger patienten en bild av sina

egna möjligheter och begränsningar i sin hälsosituation, vilket ökar patientens motivation att få ny kunskap (Granum, 1994). Eftersom behandlingsrekommendationerna ofta upplevs som svåra för patienten att följa kan undervisning som fokuserar på den enskilde patientens behov hjälpa denne/denna att få ett redskap att klara av egenvården i det dagliga livet. Denna patientcentrerade undervisning innehållande empatisk kommunikation mellan vårdtagare och patient får patienten att känna sig bekräftad då vårdtagaren ser hela människan i dess sammanhang. Därigenom underlättas för patienten att skapa realistiska mål och hitta individuella strategier att lösa problem. Då vårdgivaren stödjer och följer upp resultatet av undervisningen leder det till ökad motivation att följa behandlingsrekommendationerna och därmed minskar också riskerna för sena komplikationer (Whittemore et al., 2003).

Bakgrundsteori

Bekräftande omvårdnad

Denna litteraturstudie genomförs med SAUK- bekräftelsemodell som teoretisk referensram. SAUK- modellen för vård och omsorg är en teori om bekräftande omvårdnad, utvecklad av Barbro Gustafsson med stöd av professor Ingmar Pörn. Teorin grundar sig på att all omvårdnad innebär möte mellan vårdgivare och patient. Enligt Gustafsson (2004) leder det bekräftande mötet till att patienten känner sig sedd, hörd och tagen på allvar vilket stärker denne/dennas tro på sig själv och sin egen kompetens. Att vårdgivaren ger bekräftelse i omvårdnaden är värdefullt för patienten då det ökar känslan hos denne/denna av att existera och vara betydelsefull. Det bekräftande mötet mellan vårdgivare och patient ökar självkänslan och minskar patientens osäkerhet vilket är särskilt viktigt vid kronisk sjukdom eftersom sjukdomen kan få patienten att uppleva att den egna existensen är hotad. Ett icke-bekräftande förhållningssätt hos vårdgivaren gör att patienten får en känsla av att inte existera och därmed inte upplever sig vara betydelsefull. Icke-bekräftande omvårdnad minskar patientens självkänsla, förmåga att hantera sin livssituation och anpassa sig till att leva med kronisk sjukdom (Gustafsson, 2004).

Genom att involvera och stödja patientens inflytande att ta ansvar över sin situation, hysa tilltro till patienten och individualisera omvårdnaden stärks denne/dennas vilja och motivation att vara agent och aktör i sin egen hälsoprocess. Gustafsson (2004) menar att motivation handlar om att människan vill minska bristen på överensstämmelse mellan det aktuella jaget och det ideala jaget människan vill uppnå. Detta kan ske genom målinriktade, motiverande handlingar. Med hjälp av vårdgivarens bekräftande omvårdnad kan patientens självförtroende stärkas vilket hjälper denne/denna att vilja utöva sina förmågor i relation till sina mål. Vidare ger den bekräftande omvårdnaden patienten möjlighet att klara av att använda sina förmågor och känna att målen blir möjliga att uppnå. SAUK- modellens omvårdnadsprocess och bekräftelseprocess består av fyra faser där de tre första faserna är grundläggande för hur resultatet av den fjärde fasen kommer att bli. Bekräftelseprocessen är den process där interaktion mellan vårdgivare och patient ska stärka patienten genom det bekräftande mötet (Gustafsson, 2004).

SAUK – de fyra faserna

S- fasen, den sympatiuttryckande fasen är fokuserad på känslor. Målet med omvårdnaden är att sjuksköterskan i sin omsorg ska dela patientens oro och uttrycka medkänsla, vilket stärker

patientens trygghet och säkerhet. Genom att stödja, bekräfta och vara medveten om patientens positiva känslor får detta patienten att känna sig sedd vilket ökar motivationen och engagemanget i den egna hälsoprocessen. Begrepp som är utmärkande för S- fasen är omsorg, medkänsla, involvering, insikt, säkerhet, trygghet, engagemang, medvetenhet och motivation (Gustafsson, 2004).

A- fasen är den accepterandeskapande fasen där sjuksköterskans mål med omvårdnaden är att genom en tillåtande dialog få patienten att känna sig hörd och tagen på allvar. Sjuksköterskan ska vara medveten om sina egna attityder och sitt förhållningssätt. Det är nödvändigt att vårdgivaren är uppmärksam, lyssnar på, respekterar patienten och denne/dennas egen upplevelse av sin situation för att få patienten att känna sig delaktig i vården och klara av att uppnå målen med omvårdnaden. I bekräftelseprocessen stärks patientens autonomi genom delaktighet, kompanjonskap och verbalisering. A- fasen är en attitydfas där bland annat följande begrepp ingår; acceptans, tolerans, kompanjonskap, frihet, verbalisering, autonomi, delaktighet, tillåtande dialog och jämbördighet (Gustafsson, 2004).

U- fasen, den upplevelsemässiga innebördsförvärvande fasen handlar om kunskap. Målet med omvårdnaden är att få patienten att känna sig förstådd och att öka patientens insikt om sin livssituation och hälsoprocess. Vårdgivaren ska utifrån patientens egna reflektioner över sin hälsosituation försöka förvärva förståelse för patientens upplevelsemässiga innebörd vilket ställer vårdgivaren inför en svår utmaning. Genom bekräftelse i omvårdnaden där sjuksköterskan inhämtar kunskap om patienten och visar att denne/denna är förstådd får patienten en känsla av individualitet och unikheter. Centrala begrepp i U- fasen är bland annat särskildhet, validering, medvetenhet, individualitet, insikt och innebörder (Gustafsson, 2004).

K- fasen är den slutliga fasen och handlar om kunskap och självkompetens. Genom sjuksköterskans bekräftande omvårdnad kan patienten mogna, utvecklas, få sitt självförtroende stärkt och känna tilltro till sig själv som en kompetent individ i den egna hälsoprocessen. S, A och U är delmål till huvudmålet K. Viktiga begrepp i K- fasens bekräftelseprocess är bland annat livsvärde, självförverkligande, mognad, självkompetens och medvetenhet. Individens livsplan, repertoar och miljö bestämmer människans handlande. Omvårdnaden utgår från dessa tre komponenter där livsplanen är de centrala mål individen har för sitt liv och repertoaren är förmågor att förverkliga målen i livsplanen. Miljön kan ses som en uppsättning faktorer, inre och yttre, som påverkar människan och bestämmer resultatet av handlingarna. Den inre miljön är relationen som individen har till sig själv till exempel känslor och självbedömning. Den yttre miljön är relationen människan har till andra människor och omvärlden till exempel brist på socialt stöd. Vårdgivarens omvårdnadsspecialistkompetens är betydelsefull för att patienten ska få hjälp att uppnå målen i livsplanen. Omvårdnadsspecialistkompetensen ska vägleda patienten att vara aktiv aktör i sin hälso- och livssituation genom att stärka alla de egna inneboende resurser patienten har. Syftet med den bekräftande omvårdnaden är att upptäcka, bevara och befrämja individens livskompetens vilket leder till en ökad upplevelse hos patienten av att vara expert på sin egen hälsosituation (Gustafsson, 2004).

Syfte

Syftet var att belysa faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor.

Metod

C-uppsatsen genomfördes som en litteraturstudie.

Datainsamling

De vetenskapliga artiklar som användes i litteraturstudien söktes i databaserna CINAHL och PubMed. I CINAHL användes diabetes mellitus, non-insulin-dependent i kombination med diabetes education som huvudsökord. Inklusionskriterier i CINAHL var att artiklarna skulle vara vetenskapliga, publicerade från 1997-2007, vara på engelska, ha en sammanfattning, vara peer-reviewed och beröra vuxna män och kvinnor.

I PubMed användes diabetes mellitus, type 2 som huvudsökord och kombinerades med följande MeSH-termer; patient education, patient compliance och motivation. Inklusionskriterier i PubMed var att artiklarna skulle vara publicerade från 1997-2007, vara på engelska, ha en sammanfattning, och gälla alla vuxna från 19 år och uppåt (tabell 1).

Tabell 1. Sökhistorik

Databas	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2 valda artiklar
CINAHL	Diabetes mellitus, non-insulin-dependent [MM] AND diabetes education [MM]	43	34	18	7
PubMed	Diabetes mellitus, type 2 [MAJR] AND patient education [MeSH] AND motivation [MeSH]	15	15	5	5
PubMed	Diabetes mellitus, type 2 [MAJR] AND patient education [MeSH] AND motivation [MeSH] (related links)	120	19	7	5
PubMed	Diabetes mellitus, type 2 [MAJR] AND patient education [MeSH] AND patient compliance [MeSH]	39	39	18	4
Manuell sökning					2

En första osystematisk sökning ägde rum 2007-02-21. De systematiska sökningarna utfördes från och med 2007-03-04 till och med 2007-03-10. En sökning gjordes via related links från en artikel i PubMed författad av Whittemore, Chase, Mandle & Roy, 2002.

Några av artiklarna påträffades i mer än en databas men valdes bara ut i en. Vid genomläsning av artikelsammanfattningarna valdes de artiklar ut vars innehåll stämde överens med syftet till litteraturstudien. De vetenskapliga artiklar som fanns tillgängliga i fulltext togs ut direkt. Övriga artiklar togs ut via tidsskriftslista tillhörande biblioteket, Högskolan i Halmstad. Inga artiklar beställdes från biblioteket. De artiklar som kom från länder där livsvillkor och levnadsstandard inte överensstämde med Sverige exkluderades.

Det totala antalet genomlästa vetenskapliga artiklar uppgick till 48 stycken. Tjugosju artiklar valdes bort med motiveringen att deras innehåll inte stämde överens med studiens syfte. De återstående 23 resultatartiklarna, se artikelöversikt (bilaga 1), kvalitetsbedömdes enligt protokoll (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Databearbetning

De 23 resultatartiklarna fick efter noggrann granskning av dess innehåll ett handskrivet försättsblad med en sammanfattning av artikeln. Varje vetenskaplig artikels resultat sammanfattades var för sig. Därefter genomfördes en kategorisering av artiklarna utifrån begrepp i SAUK- modellens interaktiva bekräftelseprocess. Den interaktiva bekräftelseprocessen betonar sjuksköterskans interaktion med patienten i omvårdnaden.

För att lättare kunna få en överblick av de delar i artiklarnas resultat som kunde tillföra något utifrån syftet användes en egenkonstruerad mall där de centrala begrepp sedda utifrån SAUK- modellen fanns dokumenterade. Dessa begrepp finns presenterade i den teoretiska referensramen under rubriken ”Bakgrundsteori”. Under denna kategorisering fick varje artikel ett tomt försättsblad där centrala begrepp som fanns i artiklarnas resultat skrevs ner. Detta gav en översikt över vilka begrepp som varje enskild artikel belyste. Då flertalet av artiklarnas innehåll belyste flera centrala begrepp beslutades att begränsa kategorierna till att innehålla något eller några av de begrepp som var centrala för bekräftelseprocessen i SAUK- modellen.

För S- fasen valdes engagemang då patientens motivation var beroende av denne/dennas engagemang. A- fasen karaktäriserades av de centrala begreppen kompanjonskap och verbalisering. Även autonomi valdes då flera av artiklarna belyste detta och autonomi var ett centralt begrepp i A- fasen. Då begreppet verbalisering kunde upplevas svårförståeligt valdes begreppet tillåtande dialog som underkategori i A-fasen. Individualitet och insikt blev centrala begrepp för U- fasen och för K- fasen valdes begreppet självkompetens. Alla artiklar erhöll bokstäver på försättsbladet som tydligt talade om vilken eller vilka kategorier de tillhörde. Således valdes följande kategorier (tabell 2).

Tabell 2. Kategorier

SAUK- faser	Sympatiuttryckande omvårdnadsfas (S-fasen)	Accepterandeskapande omvårdnadsfas (A-fasen)	Upplevelsemässig innebördsförvärvande omvårdnadsfas (U-fasen)	Kompetens och vägledning i omvårdnadsfasen (K-fasen)
Kategori	Engagemang	Kompanjonskap, autonomi, tillåtande dialog	Individualitet, insikt	Självkompetens

Vid analys av de 23 resultatartiklarna framkom olika kombinationer av SAUK- modellens faser. Sju av artiklarna belyste enbart S-fasen, den sympatiuttryckande. S-kategorin fanns i 9 artiklar sammanlagt, i kombination med andra faser. A-fasen, attitydfasen åskådliggjordes i 7 artiklar, varav 5 i kombination med annan fas. Nio av resultatartiklarna belyste U-fasen, den upplevelsemässiga innebördsförvärvande fasen i kombination med annan fas, och fanns ensam i 4 artiklar. K-fasen, den slutliga fasen som handlar om kunskap och självkompetens fanns i 7 av artiklarna och 1 artikel belyste enbart K-fasen. Endast 1 artikel innehöll alla faserna.

Resultat

Engagemang

Motivationen hos patienter med diabetes mellitus typ 2 att ändra levnadsvanor påverkades av flera faktorer. Exempelvis var de patienter som fick patientundervisning kort tid efter diagnos mer engagerade och motiverade att göra livsstilsförändringar och utföra egenvård än de patienter som erhöll patientundervisning i ett senare skede av sin sjukdom (Parchman, Arambula-Salomon, Hitchcock, Larme & Pugh, 2003; Vallis, Higgins-Bowser, Edwards, Murray & Scott, 2005). Enligt Parchman et al (2003) var orsaken till detta att patienter som nyligen fått sin diabetesdiagnos lättare tog till sig information än de patienter som levt med sjukdomen en längre tid. De patienter som nyligen fått sin diagnos var efter undervisning mer engagerade i sin egenvård och motiverade att följa god kosthållning. De var noga med att motionera samt uppvisade ett signifikant lägre HbA1c än de patienter som haft sin diagnos en längre tid.

Individer med diabetes typ 2 befann sig i olika stadier av förändring och avancerade genom dessa stadier gällande motivation till förändring av levnadsvanor. Två oberoende studier visade att förändringar av levnadsvanor tog olika lång tid beroende på i vilket stadium patienten befann sig. Fem stadier beskrevs där det första stadiet innebar att patienterna inte alls var särskilt motiverade att ändra sina levnadsvanor. I det andra stadiet började patienterna allvarligt att överväga förändring och det tredje stadiet innebar att patienterna hade bestämt sig för att göra förändringar i sitt hälsobeteende. Fjärde stadiet betydde att patienterna påbörjat förändring och patienterna i det femte stadiet hade redan gjort förändringar som varat minst ett halvår. Ju längre patienterna avancerade i de fem olika stadierna desto mer engagerade var de att förändra sina levnadsvanor. Det var därför viktigt att vårdpersonal före undervisning tog reda på i vilket stadium patienterna befann sig för att veta hur villiga och motiverade de var att förändra sina levnadsvanor (Peterson & Hughes, 2002; Parchman et al., 2003). Efter intensiv undervisning gällande levnadsvanor visade det sig att de patienter som befann sig i det tredje och fjärde stadiet där de bestämt sig för förändring var mer motiverade och uppvisade ett mycket bättre resultat gällande HbA1c än de patienter som exempelvis endast var i det andra stadiet och bara övervägde en livsstilsförändring (Peterson & Hughes, 2002).

Det kan vara en stor utmaning för diabetespatienter att reducera sin vikt. En metod att psykologiskt motivera patienter med diabetes typ 2 till förändring av levnadsvanor gällande vikttnedgång var att vårdgivaren i patientundervisningen fick patienten engagerad genom att fokusera på ett lågt HbA1c istället för vikttnedgång (Zapotoczky, Semlitsch, Herzog, Bahadori, Siebenhofer, Pieber et al., 2001). Enligt Zapotoczky et al (2001) var detta en metod

att reducera patienternas kroppsvikt då det upplevdes lättare för patienterna att hålla lågt blodglukos istället för att fokusera på viktnedgång.

Patienter som genomgick livsstilsförändring upplevde att det fanns barriärer och behövde få hjälp att hitta strategier för att få motivation att överbrygga dessa (Whittemore, Chase & Mandle, 2001; Estabrooks, Nelson, Xu, Gaglio, Nutting & Glasgow, 2005; Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006). Enligt Nagelkerk et al (2006) var patienternas upplevda barriärer ofta avsaknad av kunskap och förståelse av sin sjukdom. Detta ledde till en känsla av hjälplöshet och frustration hos patienterna då de upplevde att de inte hade tillräckliga resurser att själva klara av att ändra sina levnadsvanor. Gruppundervisning var en strategi menade Nagelkerk et al (2006) att få patienter engagerade till livsstilsförändring då undervisning i grupp ledde till att patienterna upplevde motivation eftersom känslor och frågeställningar uppmärksammades av vårdgivaren och de hade möjlighet att identifiera sig med andra patienter i samma situation.

En annan metod att motivera och engagera patienter att förändra sina levnadsvanor var att låta patienter före undervisning använda CD-rom som ett hjälpmedel för att välja egna mål gällande livsstilsförändring och tillsammans med vårdgivare därefter diskutera dessa. Genom denna metod kände patienterna sig mer motiverade till dessa förändringar då de upplevde att de själva varit delaktiga i målsättningen. Motivationen ökade ytterligare då patienterna genom denna metod även fick hjälp med att identifiera barriärer och hitta effektiva strategier för att klara av att förändra sina levnadsvanor (Estabrooks et al., 2005).

Diabetespatienter upplevde efter erhållen diabetesundervisning att målsättning i egenvård tillsammans med vårdgivare motiverade till följsamhet. Undervisningen fokuserade på patienternas egna upplevelser av målsättning i egenvården. Hälsosam kost, självtest av blodglukos och att öka den fysiska aktiviteten var de vanligaste målen som patienter satte upp. Att nå de uppsatta målen gjorde patienterna engagerade och målen användes av de flesta patienter som en motivationsfaktor och kontroll av egenvården (Sprague, Shultz & Branen, 2006). Rimliga mål, satta utifrån patienternas egen kapacitet och kunskap om diabetes, gjorde att de kände sig mer motiverade att göra livsstilsförändringar (Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004).

Det undersöktes om patientundervisning innehållande enbart faktakunskap om diabetes och egenvård var tillräckligt för att få följsamhet i egenvården. Undervisningen innehöll gruppdiskussioner om målsättningar i egenvård, färdighetsträning där vårdgivaren gav praktisk handledning i egenvård. Dessutom gavs undervisning om förebyggande av komplikationer. Resultatet visade att kunskap måste kombineras med motivation för att få patienter engagerade att utföra egenvårdshandlingar. Den motiverande faktorn för följsamhet i egenvården var enligt patienterna att vårdpersonalen engagerade sig i den enskilde patienten genom att visa medkänsla och inta ett respektfullt förhållningssätt, vilket ledde till att patienterna kände sig sedda (Cooper, Booth & Gill, 2003).

Kompanjonskap, autonomi och tillåtande dialog

I gruppundervisning där patienterna kände att de kunde ställa öppna frågor till vårdgivaren och där vårdgivaren aktivt lyssnade och förklarade utan att döma blev resultatet att patienterna kände att de utvecklades och stärkte sitt självförtroende. Att vårdgivaren i undervisningen etablerade en relation med patienten gjorde enligt patienterna att egenvård och livsstilsförändring underlättades (Cooper et al., 2003). För att avgöra i vilken omfattning

patienter med diabetes typ 2 kom överens med sina vårdgivare om strategier och mål, med avseende på att förbättra egenvården, gjordes en studie. Det framkom att patienter med diabetes mellitus typ 2 inte klarade av att sätta mål och bli kompetenta i sin egenvård utan hjälp av vårdgivare. Vidare visade studien hur betydelsefullt det var att etablera ett kompanjonskap mellan patient och vårdgivare för att nå överenskommelser gällande bättre egenvård och kontroll av sin sjukdom. För att ett kompanjonskap skulle etableras i undervisningen krävdes ett klimat med tillåtande dialog vilket medverkade till ett samarbete mellan patient och vårdgivare (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein & Hofer, 2003). Etablerandet av ett kompanjonskap mellan patient och vårdgivare underlättades av frekventa återbesök på vårdinrättning. Det visade sig enligt en undersökning (Rhee, Slocum, Ziemer, Culler, Cook, El-Kabi et al., 2005) att patienter som hade fler återbesökstider inbokade hos vårdgivaren påvisade bättre resultat i egenvården och bättre följsamhet i medicineringen än de som inte hade frekventa återbesökstider inbokade.

Då strukturerad undervisning i egenvård gavs (Hendricks & Hendricks, 2000) där vårdgivaren fokuserade på patienternas kunskap om diabetes samt deras upplevelse av hälsa generellt sett framkom vid uppföljning att patienternas kunskap och allmänna hälsa hade ökat. Detta berodde på att vårdgivaren gav personlig individuell undervisning och kommunicerade med patienterna på ett positivt och öppet sätt.

Angående patienters uppfattningar om diabetes mellitus typ 2 och vad de ansåg vara relevant för sjukdomen och dess behandling, gjordes en studie (Kreitler, Weissler & Nuryberg, 2004). Detta gjordes för att i första hand identifiera och förstå problematiska och stressande situationer som patienter med diabetes typ 2 kan lida av. Kreitler et al (2004) kom fram till att det fanns specifika uppfattningar hos patienter med diabetes mellitus typ 2 då det bland annat visade det sig att många patienter ville bli styrda för att kunna följa regler och instruktioner. Följaktligen var inte autonomi för dessa patienter av stor betydelse då de inte ville vara egna aktörer i egenvårdsprocessen. Då upplevelse av autonomi undersöktes hos patienter med diabetes typ 2 (Moser, van der Bruggen & Widdershofen, 2005) gällande att klara av att leva med sin sjukdom i det dagliga livet blev resultatet att autonomi var personifierat och karaktäristiskt just för den enskilda, unika individen. Patienterna hade olika kapacitet att forma sina egna liv med utgångspunkt från den egna livsvärlden då autonomi, enligt undersökningen var en färdighet och inte en egenskap. Vissa patienter ville ha hjälp av vårdgivaren att inte själva behöva fatta egna beslut. För dessa patienter var kompanjonskapet en viktig del för att uppnå autonomi (Moser et al., 2005).

I Sverige gjordes en undersökning med avseende på hur vårdgivare till diabetespatienter såg på sin yrkesroll. Drygt hälften av de tillfrågade vårdgivarna upplevde att behandling och undervisning utgick utifrån vårdgivarnas professionella kunskap vilket ledde till att patientens vilja och autonomi ofta blev ignorerad. Ett fåtal vårdgivare ansåg att de hjälpte patienterna att ta eget ansvar för behandlingsförslag. När det gällde för vårdgivarna att etablera en god emotionell kontakt och att kommunicera med vårdtagarna under patientundervisningen ansåg en minoritet av vårdgivarna att de upplevde det lätt och tillfredsställande (Holmström, Halford & Rosenqvist, 2003).

Individualitet och insikt

Vid en undersökning om vilka missuppfattningar patienter hade om sin sjukdom och behandling framkom att många patienter med diabetes mellitus typ 2 hade dålig sjukdomsinsikt. De kände även oro för komplikationer och de visste exempelvis inte varför de

skulle mäta sitt blodglukos. Patienterna hade dessutom fel uppfattning om diabeteskost och liten förståelse för nyttan av fysisk aktivitet (Holmström & Rosenqvist, 2004). Skräddarsydd individualiserad undervisning till patienter med diabetes mellitus typ 2 innehållande bland annat psykosocialt stöd kunde minska patienternas oro, sårbarhet och gav dem en större insikt och kunskap om hur de själva kunde utveckla strategier för att klara av livsstilsförändringar (Whittemore et al., 2001; Whittemore, Melkus, Sullivan & Grey, 2004). För att belysa diabetespatienters uppfattning om att få skräddarsydd undervisning via Internet utfördes en studie (Ma, Warren, Phillips & Stanek, 2006) där det framkom att patienterna kände sig stärkta att på detta sätt kunna ställa direkta frågor till sin vårdgivare angående sin sjukdom. De upplevde också att informationen blev individuellt anpassad då de kunde få svar på frågor gällande deras egen unika personliga situation.

När vårdgivarna fokuserade på patienternas personliga förståelse av sin sjukdom och individuella behov ledde detta till förbättrad metabol kontroll. I dialog med patienten kunde vårdgivaren få insikt om att patienter hade olika kunskaper och utgångslägen angående sin sjukdom (Hörnsten, Lundman, Stenlund & Sandström, 2005) och genom att vårdgivaren fokuserade på patientens individuella förståelse av sin sjukdom ledde detta till upplevelse av tillfredsställelse hos patienterna både med undervisningen samt med vården som helhet.

Individuellt anpassad undervisning gällande fysisk aktivitet och fettreduktion där vårdgivaren tillsammans med patienten hittade en målsättning som var rimlig utifrån patientens nuvarande status, gav bra resultat vad gällde reducerat fettintag och ökad fysisk aktivitet (Clark et al., 2004). Då vårdgivaren tillhandahöll individuell undervisning i samspel med patienten gav detta patienten ökad kunskap och insikt om sin sjukdom och en generellt förhöjd upplevelse av hälsa (Hendricks & Hendricks, 2000). Enligt Whittemore, Chase, Mandle & Roy, (2002) var processen att integrera en kronisk sjukdom som diabetes mellitus typ 2 i en redan befintlig livsstil svår. Patienter stötte på utmaningar såsom att få insikt om sina känslor, skapa struktur i livet, sträva efter tillfredsställelse, lära känna sig själva, hitta balans och en ny rytm i livet. Det upplevdes svårt att utföra hälsofrämjande åtgärder då resultatet av stora uppoffringar blev små i början av processen. Med individualiserad omvårdnad kunde vårdgivaren hjälpa patienten att möta och bemästra dessa utmaningar till ändrad livsstil. En individualiserad undervisningsmodell (Cooper et al., 2003) där pedagogiska teorier och hälsofrämjande teorier om att bevara hälsan integrerades i undervisningen gjorde att patienterna fick kunskap och bättre insikt om sin sjukdom. En avgörande faktor för att få sjukdomsinsikt var att patienter upplevde att vårdgivaren tog sig tid för undervisningen.

Självkompetens

Patienter fick i en studie individuellt anpassad undervisning om hur de kunde ändra livsstil och få kontroll över riskfaktorerna gällande sena komplikationer. Resultatet blev att riskfaktorerna minskade signifikant vid uppföljning på lång sikt då patienternas nya kunskap ledde till att de kunde ta kontroll över sin hälsosituation (Rachmani, Slavachevski, Berla, Frommer-Shapira & Ravid, 2005). Att ta kontroll och integrera diabetes mellitus typ 2 i det dagliga livet innebar svårigheter för patienten då denne/denna aktivt var tvungna att utföra hälsofrämjande åtgärder. Genom att vårdgivaren kunde stödja patienten till självkompetens att hitta en balans mellan det rekommenderade livsstilsförändringarna gällande kost, motion och låg blodsockerhalt kunde patienten känna tillfredsställelse genom egenkontroll och integrera sjukdomen i det dagliga livet (Whittemore et al., 2001).

Strukturerad undervisning med fokus på patientens självinsikt och självbestämmande gav patienten kompetens att klara av sin egenvård (Siebolds, Gaedeke & Schwedes, 2006). Patienten hade individuella förmågor och kunskap om sig själv. Detta gjorde att denne/denna kunde forma sitt eget liv (Moser et al., 2005) och i relationen med vårdgivaren kunde patienten, genom att dela med sig av sin kunskap om sig själv vägleda vårdgivaren att nå sina egna specifika omvårdnads mål mot självständighet i hälsoprocessen. Genom att vårdgivaren tog sig tid (Cooper et al., 2003) att ge individualiserad undervisning baserad på patientens kunskap om diabetes upplevde patienten att vårdgivaren verkligen engagerade sig i denne/denna. Detta gav patienten en känsla av att vara betydelsefull vilket ökade självförtroendet att själv klara av att hantera sin sjukdom.

Det var betydelsefullt att vårdgivaren fokuserade på patientens egen förståelse av sin sjukdom och behandling vid undervisning för att få denne/denna att ta ansvar i sin hälsosituation (Hörnsten et al., 2005). Detta resultat framkom även i en studie där det undersöktes hur vårdgivare upplevde undervisningsrollen när de undervisade patienter med diabetes mellitus typ 2. Vårdgivarens uppgift var enligt studiens resultat, att stödja patienten till självhjälp och förmedla kunskap som var relevant just för denne/dennas unika situation (Holmström et al., 2003). När vårdgivaren gjorde detta och resultatet blev tillfredsställande kunde slutsatsen enligt vårdgivaren bli att patienten tagit ansvar för sin sjukdom och dess behandling. Detta betydde att undervisningen varit lyckad enligt de tillfrågade vårdgivarna, och att patienten hade accepterat sin sjukdom som en del av livet och upplevde tillfredsställelse i att klara av egenvården (Holmström et al., 2003).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor. Studien bygger på 23 vetenskapliga artiklar vilka söktes i databaserna CINAHL och PubMed. Huvudsökord i dessa databaser var diabetes mellitus non-insulin-dependent respektive diabetes mellitus, type 2. Dessa kombinerades med CINAHL headings och MeSH termer för att få litteraturmaterial relevant till studiens syfte (se tabell 2, sökhistorik). När sökningarna genomfördes hade inte teorin om bekräftande omvårdnad tagits i beaktning. Vid val av andra sökord, exempelvis om bekräftande omvårdnad använts i fritext, hade resultatet av sökningarna troligtvis blivit annorlunda och därmed också resultatet av studien.

Flera av artiklarna förekom både i CINAHL och PubMed vilket ansågs vara en tillgång för studien då detta antydde att problemområdet hade ringats in. Ett kriterium var att artiklarna skulle ha publicerats mellan 1997 och 2007 för att hitta den senaste forskningen inom området. Via related links i PubMed gjordes ännu en sökning då de artiklar i ursprungssökningen ansågs ha mycket stor relevans för studien (tabell 2, sökhistorik). Det gjordes även en manuell sökning vilket resulterade i ytterligare två artiklar. Då dessa två artiklar inte föll ut i de systematiska sökningarna kan detta ses som en brist. Det utfördes även sökning i databaserna Academic Search och ERIC, utan att få träffar som kunde tillföra studien något ytterligare. De flesta artiklarna hittades då sökning i PubMed gjordes och detta kan anses som en svaghet då PubMed är mer allmänt medicinskt inriktad gentemot CINAHL vilken är inriktad på omvårdnad.

De 48 artiklarna i urval 1 lästes noggrant igenom av gruppen. Vid urval 2 valdes de artiklar ut som skulle användas som resultatartiklar i litteraturstudien. Resultatartiklarna som valdes ut granskades och värderades gentemot litteraturstudiens syfte av gruppmedlemmarna vilket kan anses ge studien trovärdighet. SAUK- modellen användes som analyschema av resultatartiklarna och detta kan ha färgat bedömningen av artiklarnas kategoritillhörighet. Svårigheten med ett deduktivt analyschema är att artiklarna kan komma att tvingas in i färdiga kategorier och viktig fakta kan falla bort. Detta har beaktats men ansågs inte vara fallet i denna litteraturstudie. Fördelen med att använda en teoretisk bakgrundsteori i en litteraturstudie är att resultatet av studien lyfts till att eventuellt kunna användas som guide för vårdgivare i undervisning av patienter med kronisk sjukdom, såsom diabetes mellitus typ 2. Efter kvalitetsbedömning enligt Willmans protokoll Willman et al (2006) framkom att 20 artiklar höll bra vetenskaplig kvalitet, 3 artiklar kvalitetsbedömdes som medel. Antalet valda artiklar kan verka många. De med god kvalitet användes flest gånger i studiens resultat, de med medelkvalitet användes inte lika frekvent men alla artiklarna tillförde något och behövdes för studiens resultat.

Resultatdiskussion

Litteraturstudien innehöll resultatartiklar med både kvantitativ och kvalitativ metod. Tio artiklar var genomförda med kvantitativ metod, 8 med kvalitativ metod och 5 artiklar med både kvantitativ och kvalitativ metod. Kvantitativa studier kan ibland ha ett stort bortfall vilket kan minska validiteten i resultatet (bilaga 1, artikelöversikt). I litteraturstudien bedömdes att inga av de kvantitativa artiklarna hade ett så stort bortfall att de skulle väljas bort. Att majoriteten av de kvantitativa artiklarna i litteraturstudien använde sig av reliabilitets- och validitetstestade mätinstrument var en styrka. De kvalitativa artiklarna i litteraturstudien var väl genomförda med god beskrivning av datainsamling och databearbetning vilket höjde deras trovärdighet. Etiskt resonemang var tydligt beskrivet i majoriteten av resultatartiklarna och i de artiklar där inte det etiska resonemanget framgick bedömdes ändå ha god etik då urval och metod var väl beskrivna.

Det var även en styrka att artiklarna representerade studier från 9 olika länder med likartad levnadsstandard som Sverige då resultatet lättare kan appliceras i den svenska hälso- och sjukvården. Resultatartiklarna var publicerade från år 2000-2006 och kan anses vara en tillgång då senaste forskning varit tillgänglig för litteraturstudien.

Då SAUK- modellen för bekräftande omvårdnad användes för att kategorisera artiklarna beslutades att resultatet i denna litteraturstudie skulle diskuteras efter denna modell för att framhålla betydelsen av ett förhållningssätt hos vårdgivaren där patienten känner sig sedd, hörd och tagen på allvar och slutligen uppnår självkompetens. Enligt SAUK- modellen underlättar den bekräftande omvårdnaden i undervisningen patienternas motivation till ändrade levnadsvanor. Vid genomläsning av artiklarnas resultat framkom att artiklarna belyste en eller flera faser men att endast en artikel hade ett resultat som kunde kategoriseras att tillhöra alla faser i SAUK- modellen. Resultatet i denna artikel belyste vikten av bekräftelsemomentet i alla fyra faserna för att få patienten att klara av sin egenvård (Cooper et al., 2003).

S-fasen; Engagemang

Vårdgivarens roll i undervisningen att motivera patienter till livsstilsförändring är viktig då diagnosen diabetes mellitus typ 2 innebär att patienten måste förändra sina levnadsvanor. Detta kan vara svårt för vårdgivaren att motivera då många patienter inte har förmåga att se vinsterna med undervisningen på lång sikt (Wikblad, 2006). En bekräftande omvårdnad där vårdgivaren fokuserar på den enskilde individen gör att patienten känner sig sedd, vilket kan öka viljan att förändra levnadsvanorna enligt Gustafsson (2004). Att vårdgivaren kan engagera och motivera patienten till livsstilsförändring är av stor vikt då förändring av levnadsvanor förebygger sena komplikationer och onödigt lidande för patienten. Detta styrks även av sjuksköterskans kompetensbeskrivning, Socialstyrelsen (2005) som säger att vårdgivaren ska hjälpa patienten att förebygga sjukdom och lindra lidande. Litteraturstudiens resultat belyser att motivationen för förändring gällande levnadsvanor är beroende på i vilket stadium patienten befinner sig i och detta stadium måste vårdgivaren identifiera före patientundervisningen. Detta är grundläggande för hur undervisningen ska utformas och för att vårdgivaren ska veta på vilken nivå undervisningen ska börja (Peterson & Hughes, 2002; Parchman et al., 2003), vilket även framhålls av Klang Söderkvist (2001).

Resultatet i flera av studierna kom fram till att patienter som går igenom livsstilsförändring möter svårigheter, så kallade barriärer. Detta beror oftast på bristande motivation och kunskap om sin sjukdom (Whittemore et al., 2001; Estabrooks et al., 2005; Nagelkerk et al., 2006). I bekräftande omvårdnad enligt SAUK- modellen kan vårdgivaren genom att dela patientens oro och osäkerhet inför barriärerna hjälpa patienten att hitta strategier att överbygga barriärerna. Genom att ge patienten bekräftelse, omsorg och medkänsla kan det underlätta för patienten att ta sig igenom processen mot ändrade levnadsvanor (Gustafsson, 2004). Ytterligare ett sätt för vårdgivaren att öka patientens motivation och kunskapsnivå kan vara gruppundervisning där patienten får möjlighet att träffa andra patienter i samma situation där de kan dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser (Nagelkerk et al., 2006). I gruppundervisning är det viktigt att vårdgivaren verkligen ger patienten trygghet och säkerhet. Medkänsla och ett respektfullt förhållningssätt i undervisningen gör att vårdgivaren hjälper patienten att bli kunnig, insiktsfull och motiverad att genomföra livsstilsförändring (Cooper et al., 2003).

När vårdgivaren ska utforma undervisningen är det betydelsefullt att känna till att patienter som nyligen fått sin diagnos har lättare att ta till sig undervisningen och känner större motivation till förändring av levnadsvanor än de patienter som haft sin diagnos en längre tid (Parchman et al., 2003; Vallis et al., 2005). Undervisningen måste bygga på patientens egna behov, livssituation och självbestämmande (Socialstyrelsen, 1999). Då målsättning i egenvården utförs i samspel mellan vårdgivare och patient kan vårdgivaren genom att låta patienten vara delaktig och stödja patientens positiva känslor och tankar få denne/denna att känna sig sedd. Det är av stor vikt att vårdgivaren följer den första av de fyra faserna i SAUK- modellens interaktiva bekräftelseprocess då den fokuserar på att vårdgivaren engagerar, bekräftar och stärker patienten trygghet och säkerhet. Med detta förhållningssätt hjälper vårdgivaren patienten att bli aktiv i den egna hälsoprocessen.

A-fasen; Kompanjonskap, autonomi och tillåtande dialog

Genom att ha en tillåtande dialog och ett kompanjonskap i undervisningen kan vårdgivaren skapa ett klimat där denne/denna aktivt kan lyssna på patienten. När patienten ställer frågor måste vårdgivaren ha ett förhållningssätt som inte dömer patienten. Dialogen ska präglas av

kommunikation mellan två likvärdiga individer där patienten kan ställa öppna frågor till vårdgivaren (Cooper et al., 2003). Med detta förhållningssätt i undervisningen kan patienten känna sig hörd och tagen på allvar, vilket är målet med omvårdnaden i A- fasen.

Syftet med patientundervisning är att stärka patientens tilltro till sig själv att se sina egna resurser och begränsningar vilket ökar patientens självbestämmande, autonomi i undervisningen (Granum, 1994). För att vårdgivaren ska lyckas med att stärka patientens autonomi anser Gustafsson (2004) att vårdgivaren måste vara medveten om sitt eget förhållningssätt och sina attityder i undervisningen. Genom att patienten blir bekräftad av vårdgivaren och att vårdgivaren visar respekt för patienten innebär detta att patienten får förtroende för vårdgivaren vilket leder till att ett kompanjonskap lättare kan etableras.

När vårdgivaren ger patienter strukturerad undervisning är det viktigt att låta patienten vara den aktiva aktören då denne/denna är specialist på sin egen hälsosituation (Hendricks & Hendricks, 2000). Det framkommer att vårdgivare som har svårt att lägga ifrån sig rollen som expert i undervisningen och utgår ifrån sin egen professionella kunskap inte ser till patientens vilja och beaktar således inte denne/dennas autonomi (Holmström et al., 2003). Detta motsäger allt det som är fas nummer två i SAUK- modellens interaktiva bekräftelseprocess, där vårdgivaren ska stärka patientens autonomi genom att medverka till att denne/denna får vara delaktig i omvårdnaden. Delaktighet i omvårdnaden är en förutsättning för att ett kompanjonskap ska kunna etableras (Gustafsson, 2004). Detta styrks även av Socialstyrelsen (1999) som säger att patienten aktivt ska medverka i sin egenvård för att undvika sena komplikationer och för tidig död.

Genom att etablera ett kompanjonskap underlättar det för vårdgivaren att se till den enskilde patientens behov av att vara egen aktör i sin hälsoprocess. Det finns en del patienter som inte vill fatta egna beslut. Därför kan det upplevas betydelsefullt för dessa patienter att med vårdgivarens hjälp kunna fatta beslut (Boswell King, Schlundt, Pichert, Kinzer & Backer, 2002; Moser et al., 2005) och genom kompanjonskapet klara av att uppnå autonomi (Moser et al., 2005). Oavsett vad patienten beslutar för egen del gällande omvårdnad och undervisning måste vårdgivaren acceptera, respektera och tolerera patientens beslut för att visa hänsyn till denne/dennas autonomi. Om vårdgivarens förhållningssätt i A- fasen enligt SAUK- modellen medverkar till kompanjonskap och en tillåtande dialog mellan vårdgivare och patient vågar patienten visa sina känslor och förklara sina upplevelser, vilket gör det lättare för patienten att känna sig bekräftad.

U-fasen; Individualitet och insikt

Resultatet belyser att patienter med diabetes mellitus typ 2 kan ha dålig förståelse och kunskap om sin sjukdom och behandling. Det förekommer ofta missuppfattningar gällande egenkontroll, kost och nyttan av fysisk aktivitet (Holmström & Rosenqvist, 2004). I bekräftande omvårdnad kan vårdgivaren se till att patienten får ökad kunskap, förståelse och insikt om sin egen livssituation och därigenom minska risken för missuppfattningar gällande egenvården (Gustafsson, 2004). Att ge individuellt anpassad undervisning där vårdgivaren fokuserar på patientens egen förståelse och kunskap om sin sjukdom visar sig enligt resultatet i litteraturstudien leda till att patienten upplever tillfredställelse med både omvårdnad och undervisning (Hörnsten et al., 2005). Detta stämmer överens med den tredje fasen i SAUK- modellens interaktiva bekräftelseprocess där vårdgivaren i det bekräftande mötet ska skaffa kunskap om patientens insikt om sin sjukdom för att denne/denna ska känna sig förstådd i sin livssituation (Gustafsson, 2004). Cooper et al (2003) hävdar att en avgörande faktor för att få

patienter insiktsfulla om sin sjukdom är att vårdgivaren avsätter tid för individuellt anpassad undervisning till den enskilde individen.

Individualiserad undervisning hjälper patienten att bli motiverad och klara av utmaningen att integrera en kronisk sjukdom som diabetes mellitus typ 2 i det dagliga livet. Vårdgivaren kan hjälpa patienten att hitta balans i livet trots sjukdom (Whittemore et al., 2002). Enligt SAUK-modellens U-fas ska vårdgivaren se patienten som en unik och betydelsefull individ när undervisningen ska utformas. Detta leder till att patienten lättare tar till sig kunskap i undervisningen och blir på så vis den egna experten i hälsoprocessen. Denna medvetenhet underlättar genomförandet av livsstilsförändring hos patienten (Gustafsson, 2004). Bekräftande omvårdnad kan användas för att få patienter att identifiera mål och få en känsla samt medvetenhet om att vara unika och speciella individer. I undervisning där vårdgivaren bekräftar den unika individen blir patienten engagerad, motiverad samt har lättare att förstå och ta till sig undervisningen.

K-fasen; självkompetens

Att få diagnosen diabetes mellitus typ 2 innebär för patienter att de måste ändra sina levnadsvanor och detta kan upplevas svårt att hantera för en del patienter. De nya levnadsvanorna patienterna ställs inför kräver att vårdgivaren stödjer patienten så att denne/denna kan växa in i sin nya roll med stort självförtroende genom att känna tilltro till sig själv som en kompetent individ. Resultatet betonar hur viktigt det är att vårdgivaren bekräftar, skapar en relation med patienten och ger individuell undervisning baserad på patientens tidigare kunskap om sin sjukdom (Whittemore et al., 2001). Patienter som klarar av att ta ansvar för sin sjukdom och som reflekterar över sin situation är mer kapabla att hantera sin sjukdom i det dagliga livet. Dessa patienter upplever sig välmående och drabbas inte lika ofta av depressioner (Schwedes, Siebolds & Mertes, 2002). Individuell omvårdnad och undervisning där vårdgivaren är noga med att följa upp resultatet av undervisningen ger patienter den kunskap som är nödvändig för att ta kontroll över sin hälsosituation och minska risken för sena komplikationer (Rachmani et al., 2005). Detta framkommer även i de Nationella riktlinjerna för vård och behandling av diabetes mellitus, som säger att ett av målen med diabetesbehandlingen är att motverka sena komplikationer (Socialstyrelsen, 1999).

Undervisning av patienter med diabetes mellitus typ 2 som fokuserar på patientens personliga förståelse av sin sjukdom leder till att patienten lättare klarar av att ta ansvar för sin hälsa (Hörnsten et al., 2005). Ett bekräftande förhållningssätt hos vårdgivaren och undervisning baserad på patientens egen kunskap om sin sjukdom ger patienten ökat självförtroende att mogna och bli självkompetent (Cooper et al., 2003). Den fjärde och slutliga fasen i SAUK-modellens interaktiva bekräftelseprocess belyser vikten av att vårdgivaren genom sin bekräftande omvårdnad får patienten att mogna och få stärkt självförtroende då vårdgivaren undervisat patienten i de tre tidigare faserna som är delmål till huvudmålet K-fasen. Enligt Gustafsson (2004) är de tre första faserna grundläggande för hur resultatet av den fjärde fasen kommer att bli. Att vårdgivaren och patienten dessutom delar med sig och tar till vara på varandras kunskaper i undervisningen är en god förutsättning för patienten att få lyckat resultat i egenvårdsprocessen till ändrade levnadsvanor (Moser et al., 2005). För att patienter ska kunna nå målet med den fjärde fasen krävs att vårdpersonal stödjer patienten till självförverkligande och medvetenhet om sin egen kompetens för att klara av att leva med en kronisk sjukdom som diabetes mellitus typ 2.

Konklusion

Resultatet av litteraturstudien visar att det finns flera faktorer i undervisningen av patienter med diabetes mellitus typ 2 som påverkar motivationen att ändra levnadsvanor.

Motivationen att förändra levnadsvanor påverkas positivt av att undervisning ges kort tid efter diagnos. Vårdgivaren måste ha insikt om att patienter har olika kapacitet och utgångslägen gällande stadier för förändring av levnadsvanor. Rimlig målsättning i egenvården utifrån patientens egen kapacitet i samspel med vårdgivaren påverkar motivationen till livsstilsförändring. Upplevda barriärer i form av bristande kunskap om sin sjukdom och känslor av hjälplöshet förhindras genom gruppundervisning med ett tillåtande klimat. Vårdgivarens förhållningssätt i undervisningen bidrar till etablerandet av ett *kompanjonskap* med patienten. Undervisningen ska genomföras med hänsyn till att patienter upplever *autonomi* på olika sätt, då autonomi är en färdighet och inte en egenskap. Detta tillsammans med *tillåtande dialog* där vårdgivaren aktivt lyssnar på patienten utan att vara dömande är betydelsefullt för att patienten ska få sitt självförtroende stärkt och bli motiverad att klara av egenvård och livsstilsförändring. Vid missuppfattningar om diabetes mellitus typ 2 ger *individuellt* anpassad undervisning patienten bättre *insikt* om sin sjukdom och får kontroll över sin hälsosituation. Patientens motivation ökar också genom att undervisningen fokuserar på denne/dennas personliga förståelse om sin sjukdom. Vårdgivaren ska vara medveten om att långsiktig uppföljning av undervisningen ger patienten ökad kontroll över riskfaktorerna. Då vårdgivaren tar sig tid i bekräftelsemomentet ökar motivationen hos patienten att förändra sina levnadsvanor. När vårdgivaren bekräftar, stödjer och visar engagemang i omvårdnad och undervisning känner sig patienten sedd, hörd, tagen på allvar och uppnår genom detta *självkompetens*.

Implikation

Diabetes mellitus typ 2 är en växande folksjukdom som orsakar mycket lidande för patienten samt stora kostnader för samhället. Patientundervisning måste vara fokuserad på att patienten ska klara av att motverka sena komplikationer genom följsamhet i egenvården. För att ge vårdpersonal ökad kompetens att utföra patientundervisning är fortbildning i pedagogik och insikt om bekräftande omvårdnad betydelsefullt. Det vore tänkvärt att bygga upp en undervisningsverksamhet i hälso- och sjukvården som grundar sig på SAUK- modellen för att undersöka om patienter med diabetes mellitus typ 2 genom bekräftande omvårdnad tillsammans med vårdgivarens kunskap om sjukdom och behandling kan bli motiverade till att ändra levnadsvanor. Vidare forskning behövs omgående för att komma fram till *hur* undervisningen av patienter med kronisk sjukdom såsom diabetes mellitus typ 2 ska genomföras för att nå bästa långsiktiga resultat.

Referenser

Boswell King, E., Schlundt, D., Pichert, J., Kinzer, C. & Backer, B. (2002). Improving the skills of health professionals in engaging patients in diabetes-related problem solving. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 94-102.

*Clark, M., Hampson, S.E., Avery, L. & Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9, 365-379.

*Cooper, H.G., Booth, K. & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on health care education. *Health Education Research*, 18, 191-206.

*Estabrooks, P.A., Nelson, C.C., Xu, S., Gaglio, B., Nutting, P.A. & Glasgow, R.E. (2005). The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *The Diabetes Educator*, 31, 391-400.

Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdsituationen – en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad. SAUK-modellen för vård och omsorg (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

*Heisler, M., Vijan, S., Anderson, R.M., Ubel, P., Bernstein, S.J. & Hofer, T. (2003). When do patients' and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 893-902.

*Hendricks, L.E. & Hendricks, R.T. (2000). The effect of diabetes self-management education with frequent follow up on health outcomes of African American men. *The Diabetes Educator*, 26, 995-1002.

*Holmström, I.M., Halford, C. & Rosenqvist, U. (2003). Swedish health care professionals' diverse understandings of diabetes care. *Patient Education and Counseling*, 51, 53-58.

*Holmström, I.M. & Rosenqvist, U. (2004). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 146-154.

*Hörnsten, Å., Lundman, B., Stenlund, H. & Sandström, H. (2005). Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68, 65-74.

Klang Söderkvist, B. (red.). (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

*Kreitler, S., Weissler, K. & Nuryberg, K. (2004). The cognitive orientation of patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53, 257-267.

*Ma, C., Warren, J., Phillips, P. & Stanek, J. (2006). Empowering patients with essential information and communication support in the context of diabetes. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 577-596.

*Moser, A., van der Bruggen, H. & Widdershofen, G. (2005). Competency in shaping ones' life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 417-427.

*Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 151-158.

*Parchman, M.L., Arambula-Salomon, T.G., Hitchcock Noel, P., Larme, A.C. & Pugh, J.A. (2003). Stage of change advancement for diabetes self-management behaviors and glucose control. *The Diabetes Educator*, 29, 128-134.

*Peterson, K.A. & Hughes, M. (2002). Readiness to change and clinical success in diabetes educational program. *Journal of American Board family Practice*, 15, 266-271.

*Rachmani, R., Slavachevski, I., Berla, M., Frommer-shapira, R. & Ravid, M. (2005). Teaching and motivating patients to control their risk factors retards progression of cardiovascular as well as microvascular sequelae of type 2 diabetes mellitus – a randomized prospective 8 years follow-up study. *Diabetic Medicine*, 22, 410-414.

*Rhee, M.K., Slokum, W., Ziemer, D.C., Culler, S.D., Cook, C.B., El-Kabi, I.M., Gallina, D.L., Barnes, C. & Phillips, L.S. (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator*, 31, 240-250.

Schwedes, U., Siebolds, M. & Mertes, G. (2002). Meal-related structured self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*, 25, 1923-1928.

*Siebolds, M., Gaedeke, O. & Schwedes, U. (2006). Self-monitoring of blood glucose – psychological aspects relevant to changes HbA1c in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral anti diabetic medication. *Patient Education & Counseling*, 62, 104-110.

Socialstyrelsen (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus, version för hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2001). *Hur tillämpas de nationella riktlinjerna för typ 2 diabetes? Verksamhetstillsyn i primärvård och kommunal sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. (Artikelnummer: 2001-109-1)

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. (Artikelnummer 2005-105-1)

*Sprague, M.A., Shultz, J.A. & Branen, L.J. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family & Community Health*, 29, 245-255.

*Vallis, T.M., Higgins-Bowser, I., Edwards, L., Murray, A. & Scott, L. (2005). The role of diabetes education in maintaining lifestyle changes. *Canadian Journal of Diabetes*, 29, 193-202.

*Whittemore, R., Chase, S. & Mandle, C.L. (2001). The content, integrity and efficacy of a nurse coaching intervention in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 887-898.

*Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C.L. & Roy, C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes -a process model. *Nursing Research*, 51, 18-25.

Whittemore, R., Sullivan, A. & Bak, P.S. (2003). Working within boundaries: a patient-centered approach to lifestyle change. *The Diabetes Educator*, 29, 69-74.

*Whittemore, R., Melkus, G.D., Sullivan, A. & Grey, M. (2004). A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30, 795-804.

Wikblad, K. (red.). (2006). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

*Zapotoczky B., Semlitsch, B., Herzog, G., Bahadori, B., Siebenhofer, A., Pieber, T. & Zapotoczky, H.G. (2001). A controlled study of weight reduction in type 2 diabetics treated by two reinforcers. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 42-49.

*Resultatartiklar

Bilaga 1 Artikelöversikt

Publiceringsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2004 Storbritannien	Clark, M Hampson, S E Avery, L Simpson, R	Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes	Att utveckla, implementera och utvärdera en intervention med syfte att förbättra följsamheten i rekommenderade livsstilsförändringar hos patienter med diabetes typ 2 med fokus på fettreduktion och ökad fysisk aktivitet i den dagliga livsföringen.	Kvantitativ, frågeformulär n=100 Män och kvinnor mellan 40-70 år Bortfall 6 %	En skräddarsydd intervention med två samtida mål är effektiv gällande förändring av fettrelaterade matvanor, men inte lika effektiv gällande att öka den fysiska aktiviteten. Resultatet pekar ändå på att deltagarna var på väg i rätt riktning.	Bra
2003 Storbritannien	Cooper, H C Booth, K Gill, G	Patients' perspectives on health care education	Att undersöka effekterna av en teoretiskt konstruerad egenvårdsundervisning i syfte att stärka egenvården hos patienten.	Kvantitativ, gruppundervisning Kvalitativ, gruppintervju n=89 Män och kvinnor Medelålder 58 år Bortfall 12 %	Trots att undervisning kan stärka patienter till ansvarstagande och hanterbarhet i sin sjukdom kan de inte erhålla framgång utan stöd från vårdpersonal gällande uppsatta mål.	Bra
2005 USA	Estabrooks, P A Nelson, C C Xu, S Gaglio, B Nutting, P A Glasgow, R E	The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes	Att fastställa teorin om att de egenvalda och beteendespecifika målen är nyckeln till följsamhet hos patienter med diabetes typ 2.	Kvantitativ, CD-rom n=422 Män och kvinnor Bortfall 10 %	Patienter som själva fick välja egna mål fick följsamhet.	Bra

Land Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2003 USA	Heisler, M Vijan, S Anderson, R M Ubel, P Bernstein, S J Hofer, T	When do patients' and their Physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make?	Att avgöra i vilken omfattning patienter med diabetes typ 2 kommer överens med sina vårdgivare om mål och strategier.	Kvantitativ, frågeformulär n=127 Män och kvinnor Medelålder 64 år Bortfall 7 %	Främjandet av gemensamt uppsatta mål och valda strategier av patient och vårdgivare i diabetes behandlingen ger bättre resultat i egenvården.	Bra
2000 USA	Hendricks, L E Hendricks, R T	The effect of diabetes self-management education with frequent follow up on health outcomes of African American men	Att undersöka skillnaden gällande följsamhet efter patientundervisning vid uppföljning varje eller var tredje månad hos män med diabetes typ 2.	Kvantitativ, frågeformulär n=30 Män i 60-årsåldern Bortfall 15 %	Efter strukturerad egenvårdsundervisning blir resultatet gällande följsamhet lika oavsett om uppföljning sker varje eller var tredje månad.	Medel
2004 Sverige	Holmström, I M Rosenquist, U	Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes	Att beskriva missuppfattningar som svenska patienter med diabetes mellitus typ 2 har om sin sjukdom och sin behandling.	Kvalitativ, fenomenologisk Intervju n=18 Män och kvinnor 40-80 år	Missförstånd om sjukdom och behandling är vanliga hos patienter med diabetes mellitus typ 2.	Bra
2003 Sverige	Holmström I M Halford, C Rosenquist, U	Swedish health care professionals' diverse understandings of diabetes care	Att få kännedom om vårdgivares olika uppfattningar av diabetesvård, inför förberedelse av patientundervisning.	Kvalitativ, Fenomenografisk Intervju n=169 Vårdgivare	Vårdgivare i diabetesvården har varierande uppfattningar om diabetesvård och dessa uppfattningar identifierades i fem kategorier. Det är viktigt att få kännedom om vårdgivares uppfattning av diabetesvård.	Bra

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 Sverige	Hörnsten, Å Lundman, B Stenlund, H Sandström, H	Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes	Att utvärdera om undervisning som fokuserar på patientens personliga förståelse om sin sjukdom är effektivare med avseende på metabolisk kontroll än undervisning enligt nationella riktlinjer för diabetesomvårdnad.	Kvantitativ, Gruppundervisning, interventionsgrupp och kontrollgrupp n=104 Män och kvinnor 40-80 år Bortfall 26 %	Undervisning som fokuserar på patientens egen förståelse om sin sjukdom är effektiv gällande metabolisk kontroll och ökar patientens tillfredsställelse gällande omvårdnaden som helhet.	Bra
2004 Israel	Kreitler, S Weissler, K Nurymberg, K	The cognitive orientation of patients with type 2 diabetes	Att undersöka om patienter med diabetes mellitus typ 2 har särskilda uppfattningar kring sin sjukdom och om de är karaktäristiska just för dessa patienter	Kvantitativ, Frågeformulär konstruerat genom pilotintervju n=215 Män och kvinnor Medelålder ca 60 år	Patienter med diabetes mellitus typ 2 har en samling särskilda uppfattningar om sin sjukdom.	Bra
2006 Australien	Ma, C Warren, J Phillips, P Stanek, J	Empowering patients with essential information and communication support in the context of diabetes	Att undersöka hur stöd via Internet, som fokuserar på patienternas högst prioriterade frågeställningar, fungerar för patienter med diabetes	Kvantitativ, Internet n=12 Kvalitativ, intervju n=11 Män och kvinnor, Medelålder 51 år Bortfall 10 %	Att kunna få stöd och svar på personliga frågeställningar via Internet upplevs positivt av den individuella diabetespatienten	Medel

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 Nederländerna	Moser, A van der Bruggen, H Widdershofen, G	Competency in shaping ones' life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting: a qualitative study	Att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 vilka vårdas av diabetessjuksköterskor upplever autonomi.	Kvalitativ, Grounded Theory Intervju n=15 Män och kvinnor 55-69 år	Autonomi är komplext för patienten och kan erhållas genom att sjuksköterskan närmar sig varje patient individuellt och har förståelse för att autonomi är en färdighet, inte en egenskap.	Bra
2006 USA	Nagelkerk, J Reick, K Meengs, L	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management	Att beskriva upplevda barriärer och effektiva strategier som diabetespatienter använder i sin egenvård för att förbättra den metaboliska kontrollen och uppleva livskvalitet	Kvalitativ, intervju n=24 Män och kvinnor 21 år och äldre	Vårdpersonal bör, i samarbete med patienten, kunna identifiera barriärer och hitta strategier att komma över barriärerna för att patienten ska få bättre egenvård	Bra
2003 USA	Parchman, M L Arambula- Salomon, T G Hitchcock Noel, P Larme, A C Pugh, J A	Stage of change advancement for diabetes self-management behaviour and glucose control	Att utvärdera om patienter med diabetes typ 2 som deltog i diabetesundervisning avancerade genom stadier av förändring mot egenvårdsbeteende	Kvantitativ, undervisning Kvalitativ, uppföljningsintervju n=428 Män och kvinnor Medelålder 52 år Bortfall 29 %	Patienter avancerar genom förändringsstadier gällande egenvård efter diabetesundervisning	Medel

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2002 USA	Peterson, K A Hughes, M	Readiness to change and clinical success in a diabetes educational program	Att undersöka effekten av användandet av ett enkelt verktyg som talar om i vilket inlärningsstadium patienten befinner sig i före diabetesundervisning.	Kvantitativ, undervisning n=50 Män och kvinnor 37-64 år	Kliniska förbättringar sågs vid användandet av detta verktyg och kan användas då diabetesundervisningen ska skraddarsys efter patientens behov.	Bra
2005 Israel	Rachmani, R Slavachevski, I Berla, M Frommer-Shapira, R Ravid, M	Teaching and motivating patients to control their risk factors retards progression of cardiovascular as well as microvascular sequelae of type 2 diabetes mellitus –a randomized prospective 8 years follow-up study	Att undersöka om patienters motivation att erhålla expertiskunskap och om uppföljning av riskfaktorer minskar sena komplikationer av diabetes typ 2.	Kvantitativ, undervisning n=141 Män och kvinnor 40-70 år	Välinformerade och motiverade patienter lyckas erhålla bra kontroll över sina riskfaktorer vilket resulterar i minskad risk för hjärt-kärlsjukdomar.	Bra

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 USA	Rhee, M K Slocum, W Ziemer, D C Culler, S D Cook, C B El-Kabi, I M Gallina, D L Barnes, C Phillips, L S	Patient adherence improves glycemic control	Att kontrollera hur följsamheten gällande HbA1c påverkas av att patienten kommer på sina återbesökstider och intar sina läkemedel enligt ordination.	Kvantitativ, återbesöksregistrering n=1560 Män och kvinnor	HbA1c förbättrades märkbart hos de patienter som kom på sina inbokade återbesök och intog läkemedel enligt ordination.	Bra
2006 Tyskland	Siebolds, M Gaedeke, O Schwedese; U	Self-monitoring of blood glucose –psychological aspects relevant to changes HbA1c in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral anti diabetic medication	Att undersöka inflytandet av psykologiska aspekter på glykemisk kontroll hos patienter med diabetes mellitus typ 2.	Kvantitativ, undervisning n=223 Kvalitativ, rådgivning n=223 Män och kvinnor 50-60 år	Studien identifierade aspekter gällande processen; Självinsikt, självreflektion och självbestämmande vilka ledde till en förändring i den metabola profilen hos patienter som själva utförde glukostest. Självttest av glukos tillsammans med strukturerad rådgivning gav patienterna verktyg till egenkontroll och en ljusare syn på livet.	Bra
2006 USA	Sprague, M A Shultz, J A Branen, L J	Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education	Att identifiera de mål patienterna satte upp under diabetesundervisningen och jämföra dessa med tidigare satta mål.	Kvantitativ, undervisning samt frågeformulär n=97 Män och kvinnor 50-70 år	Av de patienter som satte mål gällande egenvården under diabetesundervisningen ändrade en tredjedel av patienterna sina mål efter diabetesundervisningen.	Medel

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2005 Canada	Vallis, T M Higgins-Bowser, I Edwards, L Murray, A Scott, L	The role of diabetes education in maintaining lifestyle changes	Att undersöka hur egenvårdbeteende och livskvalitet påverkas över tid efter egenvårdsutbildning.	Kvantitativ, undervisning n=144 Män och kvinnor Bortfall 30 % Medelålders	Egenvårdsutbildning resulterar i vinster gällande egenvård och livskvalitet för patienter med diabetes typ 2	Bra
2001 USA	Whittemore, R Chase, S Mandle, C L	The content, integrity and efficacy of a nurse coaching intervention in type 2 diabetes	Att utvärdera innehållet, integriteten och effektiviteten av en sjuksköterskehandledd intervention fokuserad på livsstilsförändring given till patienter med diabetes typ 2.	Kvantitativ, undervisning n=9 Bortfall 10 % Kvalitativ n=9 Kvinnor	Att få individualiserad omvårdnad efter att ha erhållit diabetesundervisning verkar förbättra resultatet och livskvaliteten hos individer med kronisk sjukdom som diabetes typ 2.	Bra
2002 USA	Whittemore, R Chase, S Mandle, C L Roy, C	Lifestyle change in type 2 diabetes –a process model	Att undersöka hur patienter med diabetes typ 2 som genomgått en sjuksköterskehandledd undervisning erfar att rekommenderade behandlingsrutiner integreras i en redan existerande livsstil.	Kvalitativ, individualiserad undervisning och intervju n=9 Kvinnor Medelålder 62 år	Processen och utmaningen att ändra livsstil följer flera steg; A. Erkänna sårbarhet B. Få kunskap om sin sjukdom C. Känna hoppfullhet D. Aktivt engagera sig i hälsofrämjande beteende F. Känna hälsa trots sjukdom	Bra

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig Kvalitet
2004 USA	Whittemore, R Melkus, G D Sullivan, A Grey, M	A nurse coaching intervention for women with type 2 diabetes	Att bedöma effekten av en 6 månader lång sjuksköterskeledd interventionen som gavs till kvinnor med diabetes typ 2.	Kvalitativ, undervisning och individuella samtal n=53 Kvinnor 30-70 år	Den sjuksköterskeledda interventionen uppvisade lovande resultat för egenvård och psykosocialt stöd till kvinnor med diabetes typ 2.	Bra
2001 Österrike	Zapotoczky, B Semlitsch, B Herzog, G Bahadori, B Siebenhofer, A Pieber, T Zapotoczky, H G	A controlled study of weight reduction in type 2 diabetics treated by two reinforcers	Att undersöka om undervisning med intensifierad betoning på psykologiska faktorer leder till viktnedgång och förbättrad metabol kontroll hos patienter med diabetes typ 2.	Kvalitativ, undervisning med rådgivning n=36 Män och kvinnor Medelålder 56	De patienter som erhöll undervisning innehållande psykologiska aspekter blev motiverade att gå ner i vikt då de inte fokuserade på viktnedgång.	Bra