

# **ETT STEG MOT LIVSSTILSFÖRÄNDRING**

En studie om hur sjuksköterskan kan förbättra förutsättningarna för egenvård hos patienter med typ 2 –diabetes.

<b>FÖRFATTARE</b>	Annika Alexanderson Viktor Johansson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  HT 2006
<b>OMFATTNING</b>	10 poäng
<b>HANDLEDARE</b>	Magdalena Erichsen
<b>EXAMINATOR</b>	Ann Bengtson

Titel (svensk):	Ett steg mot livsstilsförändring En studie om hur sjuksköterskan kan förbättra förutsättningarna för egenvård hos patienter med typ 2-diabetes.
Titel (engelsk):	A step towards lifestyle change A study about how nurses can help to improve the conditions of self-care among patients with type 2-diabetes.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – eget arbete/ VOM200/SPN6
Arbetets omfattning:	10 poäng
Antal sidor:	22 sidor
Författare:	Annika Alexanderson Viktor Johansson
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Ann Bengtson

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion.** Typ 2-diabetes är en sjukdom som ofta kräver livsstilsförändring. För att vårdpersonal skall kunna stötta dessa patienter till att klara av att sköta sin egenvård behöver personalen kunskap i samtalsmetodik, motivationsarbete och pedagogik. Vi anser att vi under vår utbildning inte fått tillräcklig kunskap inom dess områden.

**Syfte.** Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan kan skapa goda förutsättningar för patienter med typ 2-diabetes att kunna hantera sin egenvård.

**Bakgrund.** Nästan 180 miljoner människor har idag diabetes, vilket motsvarar 5 % av världens befolkning. I Sverige har antalet ökat med cirka 50 % mellan 1980 och 2002. Den kraftiga ökningen grundar sig bland annat på en åldrande population, utbredd fetma, en alltmer ohälsosam livsstil och dåliga matvanor.

**Metod.** Artiklar till vår studie fann vi genom manuell sökning och sökning i databaserna *CINAHL* och *Psyc INFO*. Dessa granskades sedan utifrån en mall utformad av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Vi valde 13 artiklar och resultaten från dessa analyserades deduktivt utifrån Orems egenvårdsteori.

**Resultat.** Både studier som innefattat vårdprogram i grupp och patientcentrerade möten mellan sjuksköterska och patient har visat på goda resultat. Patienter är olika mottagliga för livsstilsförändring och det är därför viktigt att sjuksköterskan tar reda på hur benägen patienten är till förändring och anpassa vården därefter. Sjuksköterskan bör se till det unika i varje individ och dennes krav och behov.

**Diskussion.** Det finns idag ingen generellt utformad mall/metod som kan användas i arbetet mot livsstilsförändring. Det finns en stor grupp motiverade patienter och det är mycket viktigt att fånga upp och erbjuda denna grupp bästa möjliga vård för att motverka diabetesrelaterade senkomplikationer. Vården bör utformas av personal som kontinuerligt utbildas i samtalsmetodik och pedagogik.

# INNEHÅLL

	Sid:
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Diabetes	1
Typ 2 –diabetes	2
Egenvård	4
Sjukdomshantering	7
Kommunikationsmodeller för livsstilsförändring	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
RESULTAT	11
Egenvård och egenvårdsbrist	11
Omvårdnadssystem	13
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
REFERENSER	21

## BILAGOR

- 1. Artikelsökning**
- 2. Artikelöversikt**

## INTRODUKTION

I Sverige ansvarar Primärvården för vården av flertalet patienter med typ 2 -diabetes. Här arbetar framförallt distriktssköterskor med att undervisa och motivera patienter med diagnosen till livsstilsförändring (1). Under vår verksamhetsförlagda utbildning i Primärvården upptäckte vi hur komplext det preventiva arbetet är, speciellt det arbete som handlar om att motivera patienter med typ 2 -diabetes till livsstilsförändring. Vi upplevde också att bristen på effektiva och tydliga arbetsätt var påtaglig. Anmärkningsvärt är också att vår utbildning saknar fördjupning inom området eftersom den inte lagt någon större vikt på samtalsmetodik, motivationsarbete och inte heller på pedagogik. Arborelius (2) styrker vår uppfattning och menar att många distriktssköterskor och distriktsläkare har svagt förtroende för sin förmåga att påverka patienter. De upplever sig begränsade i sin förmåga att påverka människors levnadsvanor och detta grundar sig, enligt Arborelius, i bristen på pedagogisk utbildning (2).

I Sverige bor omkring 300 000 personer med diagnosen diabetes. Cirka 90 % av dem har typ 2 -diabetes. Antal patienter med diagnosen har ökat med 50 % sedan 80-talet och sjukdomen är ett stort folkhälsoproblem både nationellt och internationellt (3). Den kraftiga ökningen grundar sig bland annat på en åldrande population, utbredd fetma, en alltmer ohälsosam livsstil och dåliga matvanor (1). Enligt Socialstyrelsen är sjukdomen betydligt vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå och beror både på psykosociala och livsstilsrelaterade faktorer (3) samt drabbar i större utsträckning personer som inte motionerar (3,4).

I framtiden kommer vi troligtvis att möta många patienter som har typ 2-diabetes och andra livsstilsrelaterade sjukdomar där vår pedagogik, kunskap kring motivation och samtalsmetodik kommer att ha en central betydelse. Detta är anledningen till att vi valt att fördjupa oss i den aktuella forskningen kring hur patienter med typ 2 -diabetes upplever sin sjukdom och hur sjuksköterskor kan förbättra dessa patienters förmåga att förändra sin livsföring.

## BAKGRUND

### Diabetes

#### Prevalens och incidens

Nästan 180 miljoner människor har idag diabetes, vilket motsvarar 5 % av världens befolkning (3). Av dessa utgörs cirka 90 % av typ 2 -diabetes. I olika delar av Sverige varierar prevalensen mellan 2 – 4 % av befolkningen. Detta beror troligtvis på skillnader i diagnostik och epidemiologisk metod, snarare än en reell skillnad. Viktökningen är störst bland unga och medelålders, vilket troligtvis kommer att leda till en stor ökning av antalet diabetesinsjuknanden i framtiden (5). Enligt socialstyrelsens senaste rapport är diabetes något vanligare bland män (3,5 %) än bland kvinnor (2,8 %). Sedan 1994 kan man se en ökning av förekomsten av diabetes hos både män och kvinnor (3). I Sverige har antalet individer med diabetes ökat med cirka 50 % mellan 1980 och 2002. Bland nytillskotten finns framförallt personer över pensionsåldern. Hos båda könen är diabetes vanligare bland arbetare och lägre tjänstemän och mer sällsynt bland tjänstemän på mellannivå och högre nivå. Det finns

nästan dubbelt så många lågutbildade individer med diabetes jämfört med personer med hög utbildning. Detta kan bero på att övervikt, fysisk inaktivitet och rökning är mer förekommande i lägre socioekonomiska grupper och grupper med lägre utbildning (3).

#### Gruppering av diabetes

De två mest förekommande typerna av diabetes är typ 1 -diabetes och typ 2 -diabetes. Båda är allvarliga kroniska sjukdomar och kännetecknas av att kroppen inte klarar att transportera glukos in i cellen. Med tiden skadar de höga blodglukosnivåerna vävnader i känsliga organ som till exempel njurar, nerver och näthinna. Dessa skador utvecklas oftast efter att individen har haft sjukdomen under många års tid. Den förväntade livslängden är kortare hos patienter med diabetes jämfört med den övriga befolkningen (3).

#### **Typ 2 -diabetes**

Typ 2 -diabetes utvecklas vanligen under en lång tid och symtomen debuterar oftast efter 50-årsåldern (3). Vid typ 2 -diabetes föreligger nedsatt sekretion av insulin och/eller nedsatt insulinkänslighet i kroppens vävnader (5).

#### Bakomliggande orsaker

Enligt Agardh *et al.* (5) visar tvillingstudier tydligt på att ärftlighet spelar en viktig roll för utvecklingen av typ 2 -diabetes. En frisk enäggstvilling har 78-90 % risk att själv drabbas om tvillingssyskonet har typ 2 -diabetes. Barn eller syskon till individer med typ 2 -diabetes kan ha en ökad risk på upp till 40 % att själva drabbas av sjukdomen någon gång under livet. Anledningen till att denna genetiska sjukdom har kunnat leva vidare i generationer är troligtvis att våra förfäder har dragit fördel av "diabetesgenen". I tider då födan var begränsad och varierande underlättade en högre blodglukosnivå det centrala nervsystemet att tillfredsställa behovet av glukos. De stress- och trötthetsbetingelser som uppkommer vid lågt blodsocker kunde med hjälp av diabetesgenen, som höjer blodsockret, hållas i schack. Miljön spelar alltså också en viktig roll i utvecklandet av typ 2 -diabetes. Det är först när de diabetesrelaterade generna hamnar i fel miljö som sjukdomen utvecklas. Förutom miljö och ärftlighet är hög ålder, bukfetma, låg fysisk aktivitet, rökning (5), hypertoni, lipidrubbningar, hjärt-kärlsjukdom, glukokortikoidbehandling och infektioner faktorer som ökar risken att drabbas av typ 2 -diabetes (6). Huvudparten av patienter med typ 2 -diabetes lider av det så kallade metabola syndromet. Detta innebär förutom övervikt (framför allt bukfetma) även hypertoni och lipidrubbningar (höga triglycerid- och låga HDL-kolesterolvärden). Individer med typ 2 -diabetes i kombination med det metabola syndromet löper en stor risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom (5).

Vid ett normalt blodglukos har patienter med typ 2 -diabetes lägre nivåer av insulin jämfört med friska individer. Detta beror delvis på att den funktion, som genom närvaro av glukos stimulerar betacellerna till sekretion av insulin, hos individer med typ 2 -diabetes, är rubbad och otillräcklig i relation till behovet. Även ett högt blodglukosvärde minskar i sig betacellernas förmåga att frisätta insulin vilket kallas "glukotoxicitet". Flertalet individer med typ 2 -diabetes har även höga nivåer av fettsyror i blodet som under lång tid försämrar insulinsekretionen vilket kallas "lipotoxitet". Både genetiska faktorer tillsammans med glukotoxitet och/eller lipotoxitet leder till en minskning av antalet betaceller i Langerhans cellöar (5).

Glukagon är ett hormon som bildas i alfaceller i Langerhans öar i bukspottskörteln. Hormonet aktiveras bland annat av ett lågt blodglukos och påverkar levern till ökad glukosproduktion. Detta stimulerar i sin tur sekretion av insulin och somatostatin från Langerhans öar. Hos individer med typ 2 -diabetes är regleringen av glukosfrisättning från levern abnorm. Detta illustreras av ökad frisättning vid måltid och utebliven hämning vid hyperglykemi efteråt. Om denna effekt beror på genetiska faktorer eller om den är sekundär till något annat är idag oklart (5).

Somatostatin, som också frisätts från Langerhans öar vid högt blodsocker, har både diabetesframkallande och diabeteshämmande verkan. Den diabetesframkallande egenskapen består i att somatostatin hämmar insulinsekretionen. Den diabeteshämmande består i att glukagon- och tillväxthormonfrisättningen sänks och födas passage genom tarmen fördröjs, vilket minskar hyperglykemin efter måltid. Hos individer med typ 2 -diabetes är de basala somatostatinnivåerna normala men den somatostatinfrysättning som stimuleras genom måltid och stigande glukosvärde i blodet är minskad (5).

Hormonet insulin verkar genom att insulinmolekyler binds till receptorer på cellytan. Efter bindning förändras receptorernas egenskaper och detta leder i sin tur till förflyttning av specifika proteiner som transporterar glukos in i cellen. Insulinkänsligheten är minskad hos individer med typ 2 -diabetes, det vill säga att de är mer eller mindre insulinresistenta. En högre insulinkoncentration krävs därför för att utlösa given effekt. Insulinresistens i levern medför minskad hämning av leverns glukosproduktion efter måltid och ökad produktion av glukos efter en natts fasta. Detta fenomen syns tydligt vid jämförelse av individer med typ 2 -diabetes och friska individer i blodsockermätning efter en natts fasta. Insulinresistens förekommer också vid åldrande och obesitas. De cellulära mekanismerna runtomkring denna patologiska mekanism är idag inte helt klarlagda (5).

Alla de faktorer som ovan har beskrivits bidrar till en ond spiral. Oavsett vad den ursprungliga orsaken till hyperglykemin är, verkar det höga blodsockret samt den ökade koncentrationen av fria fettsyror, hämmande på betacellernas förmåga till insulinsekretion och vävnadernas förmåga att svara på insulinet (5).

### Symtom

Symtomen för diabetes är varierande. Vid typ 1 -diabetes är de mest typiska symtomen stora urinvängder och törst. Vid typ 2 -diabetes, som oftast debuterar i högre ålder uppträder symtomen i de flesta fall långsamt och mer diffust. Ibland saknas symtom helt och hållet och sjukdomen påträffas därför i stor utsträckning i samband med hälsoundersökningar (5).

### Diagnos

Diagnosen diabetes ställs genom att mäta blodglukosvärdet. Om patientens glukosvärde överstiger värdet 11.0 mmol/l utan att denna fastar är detta tillräckligt för att ställa diagnos. Ett fastebloodsocker som överstiger 6.1 mmol/l vid två tillfällen innebär också diagnosen diabetes. Det är viktigt att fastställa typen av diabetes, både ur behandlings- och forskningssynpunkt. Debutålder, ”body mass index” (BMI), förekomst av ketoner i urin samt symtomens svårighetsgrad ger viktig vägledning för bestämning av typ och därmed val av terapi. Låg debutålder och ett snabbt insjuknande med förekomst av ketoner i urinen talar starkt för typ 1 -diabetes. Hög

debutålder, fetma, långsamt insjuknande samt diffusa eller inga symtom talar för typ 2 -diabetes. Hos yngre, inte överviktiga personer, talar långsamt insjuknande, blygsamt förhöjt blodsocker och avsaknad av ketonuri för typ 2 -diabetes (5).

### Behandling

Behandlingen av typ 2 -diabetes är både farmakologisk och icke- farmakologisk. Initialt bör behandlingen av typ 2 -diabetes inriktas på kostreglering, ökad motion och viktminskning (6). Sex månader efter diagnosen blir ställd så klarar bara cirka 30 % av patienterna sig enbart med denna icke-farmakologiska behandling. Resterande behöver peroral antidiabetika för att uppnå normala blodglukosnivåer. Det kan finnas indikationer som leder till att patienten får börja med insulinbehandling. Dessa kan vara markant förhöjt blodglukos med tydliga symtom och en otillfredsställande kost- och antidiabetikabehandling. Andra faktorer som kan leda till ett eventuellt beslut till insulinbehandling är förutom hyperglykemi förekomst av ketoner i urinen, viktnedgång eller övervikt (5).

Utöver den icke- farmakologiska behandlingen som nämnts ovan är det viktigt att motivera patienten till rökstopp, eftersom rökning ökar risken för att få hjärt- och kärlsjukdomar i större utsträckning hos patienter med diabetes än hos friska. Patienter med diabetes som röker löper även större risk att få nefropati och rökningen kan göra att patientens insulinresistens ökar. Det kan vara många levnadsvanor som måste ändras och för att patienten ska behålla sin motivation krävs förståelse och delaktighet för den egna behandlingen. Sjuksköterskans- och vårdteamets roll är viktig för att pedagogiskt undervisa och stötta patienten (6).

### Mål med behandlingen

Målet med diabetesbehandlingen är att patienten skall få och behålla en god livskvalitet i strävan mot en normal blodglukosnivå. Målet är också att förhindra både långsiktiga och allvarliga komplikationer (6). Världshälsoorganisationen, WHO, formade 1989 i S:t Vincent ett program för förbättrad diabetesvård. Detta antogs av Sverige och utifrån programmet har sedan nationella riktlinjer utformats (7). Dessa riktlinjer är till för att patienterna ska få en kunskapsbaserad och likvärdig vård (6).

WHO beslutade i S:t Vincentdeklarationen att det ska finnas kort- mellan- och långsiktiga mål för patienten. De kortsiktiga målen formas utifrån hur patienten ligger i HbA1c, blodfetter, blodtryck, vikt och hur patienten uppfattar sitt välbefinnande. På längre sikt är målen att motverka uppkomst av nefropati, retinopati samt neuropati. De mest långsiktiga målen handlar om att motverka blindhet, terminal njursjukdom, amputation och kardiovaskulär sjuklighet. Målet är även att kvinnor med diabetes ska kunna genomgå en normal graviditet (6).

### **Egenvård**

Enligt Sveriges nationella riktlinjer har patienten ett stort egenansvar då han/hon får diagnosen typ 2 -diabetes. Därför bör, enligt dessa riktlinjer, ett egenvårdsprogram startas. Detta program ska anpassas till patientens behov och ske utifrån de förutsättningar patienten har (6).

Dorothea Orem har utformat en generell teori om omvårdnad som innehåller tre inbördes relaterade delar:

- Teorin om egenvård
- Teorin om egenvårdsbrist
- Teorin om omvårdnadssystem

Alla tre teorierna innehåller en grundtanke samt antaganden som specificerar teorierna och länkar dem samman (8). I detta arbete presenteras de delar av Orems teori som är väsentliga i förhållande till studien.

### Teorin om egenvård

Denna teori söker besvara frågan: Vad är egenvård? Orem förklarar egenvård som ett beteende som lärts in via interaktion och kommunikation i större sociala grupper (8).

Vid lika förhållanden och mognad har alla människor den potential som krävs för att utföra egenvård. Orem menar att människor utvecklas, övar på intellektuella och praktiska färdigheter och klarar av att få motivation som är nödvändig för att kunna utföra kontinuerlig egenvård. Denna vård kräver tillgänglighet, förberedelse och att individen använder resurser till att anskaffa den vård som behövs. Egenvården påverkas av kulturella element som varierar mellan familjer, kulturella grupper och samhällen. Vid en varaktig eller förändrad livssituation påverkas egenvården av individens möjlighet och vilja att handla. Den som utfört egenvård har samlat erfarenheter kring egenvård och har strukturerat upp de viktigaste delarna som är: typ av vård, när vård behövs och metoder som förebygger behovet av vård. Utöver egna erfarenheter tillgodogör sig människor erfarenhetsbaserad kunskap i form av den forskning som finns tillgänglig (9).

### Egenvårdens centrala idé

Egenvård är en mänskligt reglerad funktion som människor avsiktligt måste utföra för att bibehålla liv, behålla fysisk och psykisk funktion, utvecklas inom områden som är viktiga för själva livet samt för funktionen och utvecklingen. Denna mänskliga funktion utvecklas inte automatiskt. Istället krävs kontinuerlig inläring och att egenvården regelbundet utförs utifrån individens behov (9).

### Antaganden gällande egenvården

Mat, luft och vatten är livsviktiga material som kontinuerligt tillförs via egenvård. Det som upprätthålls genom egenvård är även beroende av kunskap om kroppens utsöndringsfunktioner vad det gäller att kunna hantera avföring, personlig hygien, upprätthållande av kroppstemperatur samt skydda sig från miljömässiga och självförvållade risker. Det är även viktigt att individen kan hantera och upprätthålla sin fysiska, kognitiva, känslomässiga, mellanmänskliga och sociala utveckling och funktion (9). Egenvården är indelad i tre faser. För det första måste patienten ha kunskap om egenvårdsåtgärden och dess betydelse för liv, hälsa eller välbefinnande. Därefter måste han/hon överväga kunskapen. Den sista fasen handlar om att fatta beslut om att antingen utföra den aktuella omvårdnadsåtgärden eller att inte utföra den (8).



### Teorin om egenvårdsbrist

Orem beskriver egenvårdsbrist som:

*”Ett förhållande mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav där individens kapacitet för egenvård, till följd av befintliga begränsningar, inte räcker till för att tillgodose några eller alla komponenter i individens egenvårdskrav” (8, sid. 78-79).*

Individens möjlighet att utföra egenvård grundar sig i, enligt Orem, att kunna hantera jaget i både en stabil och föränderlig miljö. Olika människor tar sig an egenvården på olika sätt och detta beror på hur individen värderar livet, hälsan och välmåendet. Kulturen avgör kvalitén och hur pass fullständig egenvården är. Andra faktorer som påverkar egenvården är det aktuella forskningsläget och hur pass mottaglig individen är för ny information. Egenvårdsbrist kan bero på otillräcklig kunskap om vad som ska göras och hur individen bör gå till väga under olika omständigheter (9).

Egenvårdsbrist leder till att människor blir osjälvständiga. För att hjälpa människor som blivit osjälvständiga inrättar samhället sätt och hjälpmedel för att behandla orsaken till egenvårdsbristen. I samhällets hjälpverksamhet ska människor få hjälp utan hänsyn till ålder (9).

### Egenvårdsbristens centrala idé

En människas behov av omvårdnad kopplas samman med individens subjektiva mognad till att utföra hälsorelaterade handlingar. Människors begränsningar kan leda till att de blir helt oförmögna att avgöra vilka de akuta eller existerande behoven är. Individen kan då inte kontrollera eller på något sätt manövrera de faktorer som reglerar dennes funktion eller utveckling (9).

### Antaganden gällande egenvårdsbristen

Människor som handlar för att upprätthålla egenvård har, enligt Orem, specialiserade möjligheter att handla. Handlingsberedskapen grundar sig på ålder, utvecklingsgrad, livserfarenhet, sociokulturell bildning, hälsa och möjlighet att handla. Orem beskriver att relationen mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav kan stå i förhållande till varandra som lika, större än och mindre än. Omvårdnad ges då egenvårdskapaciteten är mindre än kraven. Omvårdnad kan även behövas då relationen mellan kapacitet och krav är lika i den aktuella situationen men då en försämring förutses i framtiden. Egenvårdsbristen kan antingen vara relativt permanent eller övergående och en person kan ha hel eller delvis egenvårdsbrist. Då egenvårdsbrist beror på begränsningar hos individen borde individen med hjälp av riktlinjer och metoder få information för att förstå sin roll i egenvården (9).

### Teorin om omvårdnadssystem

Denna teori innehåller i sig teorin om egenvårdsbrist som i sin tur består av teorin om egenvård. Teorin söker svar på frågan ”vad gör sjuksköterskor när de utövar omvårdnad?” och ”vad blir resultatet av det sjuksköterskor gör?”. Sjuksköterskan har kunskaper och färdigheter som han/hon använder för att avgöra om omvårdnad är nödvändig. Sjuksköterskan avgör i denna process om det finns en befintlig eller potentiell obalans mellan egenvårdsbehov och egenvårdsbrist i situationer som handlar om individens hälsa. Om det föreligger obalans hos individen bör en omvårdnadsplan utformas. De handlingar som sedan utförs av sjuksköterskan, patienten eller annan

vårdare bildar tillsammans omvårdnadssystemet och har som mål att stärka patientens förmåga att tillgodose olika behov och/eller krav (8). Omvårdnad är, enligt Orem, en verksamhet som åstadkommer resultat. De resultat som sjuksköterskor söker handlar om patientens rörelser mot positiv hälsa eller välmående (9).

Orem beskriver tre sorters omvårdnadssystem: fullständigt kompenserat, delvis kompenserat och stödjande/undervisande. Ett fullständigt kompenserat system innebär att sjuksköterskan utför alla nödvändiga aktiviteter för patienten. I ett delvis kompenserat system delar sjuksköterskan och patienten ansvaret för de aktiviteter och rörelser som patienten utför. Om patienten utför alla egenvårdsåtgärder men ändå behöver sjuksköterskans stödjande och undervisande funktion så kallas systemet ”stödjande/undervisande” (8).

## **Sjukdomshantering**

### Känsla av sammanhang

För att en person ska klara av att möta de krav som ställs, då han/hon hamnar i en ny situation, är det viktigt att personen upplever vad Antonovsky kallar en hög känsla av sammanhang (KASAM). Detta begrepp, 'KASAM', utgår från en salutogen synvinkel där uppmärksamhet läggs till det friska istället för att fokusera på orsaker eller det som kommer att orsaka sjukdom/ohälsa. Den salutogena synvinkeln ser alltså istället till vad det är som håller en person frisk (10).

KASAM innefattar tre begrepp: 'Begrifflighet', 'hanterbarhet' och 'meningsfullhet'. För att en människa ska ha hög känsla av sammanhang krävs en begrifflighet där individen tolkar inre och yttre stimuli på ett förståeligt sätt och upplever informationen från dessa stimuli som att de har struktur och ordning. Hanterbarheten är de resurser som individen känner att han/hon har för att kunna möta dessa stimuli. Om brist på hanterbarhet föreligger känner individen sig som ett offer för situationen utan möjlighet att kunna påverka den. Meningsfullheten syftar till att individen, trots svåra omständigheter, ändå kan se olika företeelser som viktiga och att dessa företeelser väcker engagemang. Antonovsky menar att individen inte behöver uppleva allt i livet som begriffligt, hanterbart och meningsfullt utan att varje människa avgränsar vad han/hon ser som viktigt. Inom dessa gränser är det viktigt att uppleva hög KASAM. De som har en hög KASAM och möts av en akut eller kronisk situation kommer att se till detta ur ett hälsoperspektiv. Detta betyder att de kan anpassa sina levnadsvanor, förstå sammanhangen och tar därför situationen mer som en utmaning. De strategier som används av en person för att klara av svåra situationer med såväl yttre som inre hot kallas coping- strategier (10).

### Coping

En del personer som drabbas av kroppsliga sjukdomar hanterar situationen bättre än andra. De bakomliggande psykologiska processerna kallas ”coping” och handlar om individens möjlighet att hantera stressframkallande händelser. Coping har blivit ett centralt och generellt accepterat begrepp inom såväl psykologin som vårdvetenskapen. Transaktionsteorin, presenterad av Richard Lazarus, är den mest vedertagna teorin som behandlar coping. Teorin beskriver coping som konstant förändrande kognitiva och beteendemässiga försök att hantera specifika yttre och/eller inre krav som uppfattas som krävande eller överstiger personens resurser. Lazarus definierar coping likt en processorientering som inkluderar tankar och beteende avsedda att hantera

situationer då individens invanda beteende är otillräckligt. Situationen kräver alltså någonting utöver individens automatiska beteende. Lazarus poängterar att coping inte får förväxlas med försvarsmekanismer, som mer eller mindre är omedvetna och invanda mekanismer (11).

Copingstrategier syftar till de specifika insatser, både beteendemässiga och psykologiska, som individer använder för att styra, tolerera, förkorta eller förminska stressfulla händelser. Två generella copingstrategier har formulerats.

- Problemlösningstrategier: Insatser som innebär att utföra aktiva handlingar för att lindra stressiga eller potentiellt stressiga händelser.
- Känslfokuserad coping: strategier som handlar om insatser för att reglera emotionella konsekvenser av stressiga eller potentiellt stressiga händelser.

Enligt Folkman *et al.* tyder forskning på att människor utnyttjar båda typerna i kampen mot stressiga händelser (12).

### **Kommunikationsmodeller för livsstilsförändring**

#### Patientcentrering

Patientcentrering är ett förhållningssätt som sjuksköterskan kan använda för att uppmuntra patienten att öppna sig och förklara hur han/hon upplever sin livsvärld (13). Genom detta arbetssätt utgår sjuksköterskan från hur patienten uppfattar sin situation och förhindrar därmed en maktkamp mellan rådgivare och patient. Målet är att patienten ska reflektera över individuella perspektiv, över perspektiv som patienten blir medveten om under samtalets gång och att detta ska leda till en förändring. Sjuksköterskan låter också patienten själv besluta över vilken information som patienten behöver (13). Ett problem med patientcentreringen kan uppfattas av rådgivaren om patienten inte berör, eller om det tar lång tid innan han/hon kommer fram till, de områden som rådgivaren har kunskap om och anser är viktiga (14).

#### Motivational interviewing- MI

Motivational interviewing är en samtalsmetod som har utvecklats utifrån den amerikanska psykologen William R Millers teorier och forskning om samtalsmetodik som påbörjades under 1970- talet. Miller gav tillsammans med Rollnick ut den första boken som handlar om motivational interviewing 1991 och sedan dess har intresset för området ökat. Det finns ingen bra svensk översättning på ”motivational interviewing” eftersom begreppet motiverande samtal är bredare och används inom fler och andra områden. MI används främst inom hälso- och sjukvården, vid olika rehabiliterade verksamheter, socialtjänsten och vid hälsofrämjande och behandlande arbete. Metoden går att använda i alla professionella sammanhang där målet är en förändringsprocess. MI bygger på att alla människor har en möjlighet att utvecklas mot vad som är bra för individen själv. Samtalet är patientcentrerat vilket betyder att det utgår från patientens upplevelser, tankar och hinder. Den som är rådgivare agerar inte expert men styr samtalet. Dialogen bygger på reflektion med ett utbyte av erfarenheter och tankar. Förändringen måste ha sin grund i patienten eftersom det bara är patienten som kan genomföra och kontrollera följsamheten. Samtalet har inte bara som mål att förändra ett sätt att handla utan även ett annat sätt att tänka. Miljön för MI måste vara trygg och öppen så att patienten vågar prata om allt som berör ämnet, vilket många gånger kan vara känsliga områden. Det är först när patienten upplever

trygghet som reflektionen kan starta utan att patienten känner att han/hon måste inta en försvarsställning. Patienten måste vara aktiv i samtalet och det bör finnas en nyfikenhet så att nya idéer kan väckas. Det är rådgivarens uppgift att leda samtalet på ett sätt så att patienten kan identifiera sig med situationerna och själv komma med lösningar som då är lättare för patienten att applicera på verkligheten (14).

Tre viktiga delar som lyfts fram i motivationen är:

- i vilken grad personen förmår och vill ha förändring.
- om en tro på möjlig förändring finns.
- i vilken utsträckning förändringen prioriteras av patienten (15).

Drevenhorn (13) skriver att MI är gynnsamt vid patientcentrerad rådgivning till livsstilsförändring. Den reflekterande miljön skapar självförtroende, vilja, hjälp att väga fördelar mot nackdelar och underlättar identifieringen av sårbarhet och hot mot hälsan. Under samtalet diskuteras vilka mål som ska sättas upp, av vilken anledning och hur patienten ska börja förändra sin situation. Den framgång som motiverande samtal har beror på att beslutsprocessen är delad där både patient och sjuksköterska är involverade och kan utbyta information.

#### Stages of Change

Prochaska (16) har utarbetat en transteoretisk modell, SOC-modellen (Stages of Change model), som Drevenhorn (13) använder sig av i sin avhandling. Här skildras beteendeförändringar likt en process som förändras över tid och innebär förflyttning genom 6 steg:

*Precontemplation:* ”Jag ska inte”

I detta skede har patienten inga tankar på att ändra sitt beteende i framtiden. De flesta individer i denna fas är omedvetna om, eller på väg att bli medvetna om problemet.

*Contemplation:* ”Jag ska kanske”

Under detta skede utvecklas en intention att förändra beteendet. Personen är medveten om problemet och vill agera men har ännu inte engagerat sig i detta. I denna fas planerar individen att påbörja förändringen inom 6 månader.

*Preparation:* ”Jag ska”

I detta skede finns en genomtänkt avsikt att förändra beteendet. De som befinner sig i detta stadie planerar att handla inom en månad och har misslyckats i sina försök till förändring under det senaste året.

*Action:* ”Jag gör”

Personen förenar sitt nya beteende med dagliga aktiviteter. Att nå detta stadium är svårt och kräver mycket tid och energi.

*Maintenance:* ”Jag har gjort”

Här arbetar personen förebyggande för att förhindra återfall och för att behålla de fördelar som man fått genom livsstilsförändringen.

### *Termination:*

I detta skede har personen avslutat förändringsprocessen och behöver inte längre aktivt arbeta för att förhindra återfall (13,16).

MI (motivational interviewing) kan användas för att bedöma i vilket skede patienten befinner sig i. Utifrån detta kan sedan strategier utvecklas för att nå nästa steg i SOC-modellen (13). Enligt Prochaska är det ofta ett problem att vårdpersonal bemöter patienten som om han/hon är i action stadiet, beredd att förändra sina handlingar, då de egentligen befinner sig på ett tidigare stadie (16).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Denna litteraturstudie syftar till att undersöka hur sjuksköterskan kan skapa goda förutsättningar för patienter med typ 2 -diabetes att kunna hantera sin egenvård.

### Frågeställningar:

- Hur hanterar patienter sin egenvård och vilka hinder möter de?
- Vilka metoder/modeller för livsstilsförändrande arbete går att använda som sjuksköterska?

## **METOD**

Då vi planerade vår sökning bestämde vi att inte begränsa oss till ett visst tidsintervall. De artiklar som vi slutligen valde var publicerade mellan år 2000-2006.

Vi började vår sökning genom att manuellt gå igenom aktuella avhandlingar på Biomedicinska biblioteket och Studietorget vid Göteborgs Universitet. Sökningen resulterade i att vi fann tre avhandlingar som verkade intressanta i relation till våra frågeställningar. Från avhandlingarna använde vi oss av fem publicerade artiklar (17, 18, 19, 20, 21) och två opublicerade. Då vi redogjorde för opublicerade artiklar refererade vi till respektive avhandling (1, 22). I databasen *CIHNAL* fann vi sju artiklar och i databasen *Psyc INFO* ytterligare två som vi använt oss av i arbetet.

De sökord vi använde i olika kombinationer var: "type 2 -diabetes - non insulin dependent", "self-care", "diabetes education", "motivational interviewing" och "coping". Vi begränsade sökningarna till "peer-reviewed" och "research" i *CIHNAL* och "peer-reviewed" i *Psyc INFO*. För schematisk bild av sökningarna se bilaga 1. Vi sökte även i *Pub Med* på ovanstående sökord men fick inte fram några användbara artiklar utöver de vi redan funnit i *CINAHL*. Vid manuell sökning i *The diabetes Educator* från år 2003 och framåt så fann vi, utöver de artiklar som vi funnit i *CINAHL* och *Psyc INFO*, två artiklar. Dessa förkastades då samtliga artiklar analyserades enligt de mallar (23,24) som framtagits av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Artiklarna presenteras därför inte i bilaga 1. Tre artiklar (17, 18, 25) valde vi att inkludera trots att de inriktade sig på andra sjukdomar. Anledningen till inkluderingen var att dessa sjukdomar ställer liknande krav på livsstilsförändring som vid typ 2 -diabetes.

Artiklarnas resultat tolkade vi utifrån en schematisk modell som vi själva utformat. Vid utformningen av modellen utgick vi från Orems egenvårdsteori. Modellen hjälpte oss att strukturera upp artiklarnas resultat.

Tabell 1: Schematisk modell för tolkning av artiklarnas resultat

Centrala begrepp:	Artikel nr:
<i>Egenvård</i> Patientperspektiv Coping KASAM	
<i>Egenvårdsbrist</i> Hot Hinder	
<i>Omvårdnadssystem</i> Sjuksköterskeperspektiv Mallar Metoder	

## RESULTAT

### Egenvård och egenvårdsbrist

#### Att leva med typ 2 -diabetes

En studie av Whittemore *et al.* (26) visar att patienter med diabetes behöver hitta en balans mellan hopp och sårbarhet, flexibilitet och struktur, tillfredsställelse och självkontroll, självacceptans och konflikt samt mellan sjukdomen och livet. Whittemore *et al.* (26, 27) beskriver även patienters upplevelser av att leva med diabetes. Sjukdomen ses som ett hot mot hälsan och livet, även om många patienter inte har några symtom. Diabetes beskrivs fortsatt som en krävande sjukdom som kan leda till känslor av irritation, nervositet och nedstämdhet. Patienterna kan också få skuld-känslor i och med att sjukdomen ofta är livsstilsrelaterad. Två andra begrepp som kom fram i studierna var rädsla och sårbarhet i förhållande till behandling, hypo/hyperglykemi, komplikationer, försämrad hälsa och död. Clark *et al.* (28) visade i sin studie på att patienterna bedömde sin hälsa som ganska allvarlig och att de var ganska oroliga för sin framtida hälsa. Enligt Sandén-Eriksson (29) så var 28 % av männen och 42 % av kvinnorna ganska oroliga för sin hälsa. Samma studie (29) visar på ett starkt samband mellan hur patienten själva skattar sin hälsa, deras KASAM (poäng på SOC13, Sense of coherence test) och deras HbA1c. I stor utsträckning hade de patienter som själva skattade oron över sin hälsa högt, en låg känsla av sammanhang och ett högt HbA1c och motsatt, vilket vill säga låg oro, visar på hög känsla av sammanhang och normalt HbA1c.

### Krav och strategier vid livsstilsförändring

Förändrade kostvanor och förbättrad fysisk aktivitet är krav som ställs på patienter med typ 2-diabetes. Detta kan innebära stora hinder för egenvården. Vilket av dessa som är det största hindret med minst resultat efter intervention skiljer mellan olika studier. I två studier (26,30) beskrivs det största hindret som brist på kunskap om kost och kostvanor. I en av dessa (30) så uppger patienterna brist av förståelse för koststrukturen som det största hindret trots att de haft minst ett möte med dietist. En patient beskriver:

*”I would like a diet plan with some guidelines to it. I think that is the biggest problem that I have is not knowing what I can and what I can't (eat)”* (30, sid. 154).

Två andra studier (27, 28) visar på, till skillnad från de tidigare (26,30), att förändringar i fysisk aktivitet är svårare att genomföra. Clark *et al.* (28) utgår från SOC-modellen och skriver att majoriteten av deltagare, 44 %, befinner sig i skedet som kallas ”maintenance” vad det gäller att äta kost som är fettsnål och de har undvikit fet mat i mer än 6 månader. Den fysiska aktiviteten däremot skattas till att bara 5 % anser sig vara i ”maintenance” skedet medan hela 50 % tycker att de är i ”contemplation” fasen.

Nagelkerk *et al.* (30) har i en studie kommit fram till strategier som patienter värderar högt vid egenvården av typ 2 -diabetes. Det handlar om att utveckla en relation baserad på samarbete med vårdpersonal eftersom patienterna ansåg att det förstärkte deras möjlighet till egenvård. Det var inte bara den konkreta informationen om kost, medicinering och blodglukosmätning som var bra utan att de samtidigt fick positiv coaching. Patienterna beskrev även vikten av att behålla en positiv attityd eftersom detta ofta leder till en ökad inlärning och ett socialt stöd i form av en närstående som kan underlätta och stötta. Något annat som kunde gynna egenvården var att delta i gruppträning. Speciellt om den ger en möjlighet att utvecklas och om miljön är accepterande så att frågor kan ställas och diskussioner kring ämnen som känslor och rädslor kommer fram.

### Olika inställningar till egenvård

I en sjuksköterskeledd intervention (26) kom man fram till att varje möte med en patient innebär en unik situation dit alla kommer med olika stöd, resurser och möjligheter till livsstilsval. Utifrån detta påbörjades sedan en meningsfull och för denna patient applicerbar diskussion. I vissa fall följde patienterna kostrekommendationerna så till punkt och pricka att de i och med detta offrade den personliga tillfredsställelsen. Vid dessa möten fick sjuksköterskan lägga tyngdpunkt på att utbilda, stötta och motivationsvägleda patienten för att försöka öka dennes flexibilitet och tillfredsställelse. I motsats till detta fanns även deltagare som övergett rekommendationerna för diabeteskosten. Här fick sjuksköterskan arbeta tillsammans med patienten för att hitta förenklade strategier för att återupprätta och närma sig en bättre struktur för kosten. För att få fram vilken roll patienten har i sin behandling har Vég *et al.* (1,20) använt sig av tre öppna frågor: Vilken är din roll i diabetesbehandlingen? Vad är ditt mål med din diabetesbehandling? och Vilken typ av stöd behöver du för din diabetesbehandling? De olika grupper som framkom är ”Disease Managers”, ”Compliant” och ”Disheartend”. Den tydligaste skillnaden mellan kategorierna var deltagarnas syn på sin roll och sitt behov av stöd för att kunna

hantera sin diabetes. En skillnad kunde även ses i hur de uttryckte sina mål, om det handlade om att undvika svåra komplikationer eller att nå hälsa och välmående. Det som framkom som specifikt för de olika grupperna var att de som hamnade i gruppen "Disease Manager" hade haft diabetes under en kortare tid och var kostbehandlade. Den andra gruppen, "Compliant", var "duktiga" patienter som gjorde som sjuksköterskan sa till dem. Dessa patienter hade stort behov av att ofta ha kontakt med vårdpersonal. Den sista gruppen, "Disheartend", var i snitt den yngsta gruppen och med högst BMI och utbildning. De såg övervikt samt fysisk- och psykisk ohälsa som anledning till oförmågan att sköta sin egenvård. De som hamnade inom denna profil var de som var mest oroliga för komplikationer.

Exempel på hur patienter i de olika grupperna beskriver sin roll i behandlingen:

Disease Manager:	<i>"I take care of myself", "I believe that I myself and my behaviour play a major roll"</i>
Compliant:	<i>"To follow the plan of the diabetes nurse", "To try to eat and exercise as one should"</i>
Disheartend:	<i>"A passive role", "I feel I have diet and exercise pretty well in hand, but my body doesn't want to obey, too high levels (of blood sugar) from time to time, despite all efforts" (20, sid. 5)</i>

Exempel på vad de olika grupperna beskriver att de behöver för stöd i behandlingen:

Disease Manager:	<i>"So far I can manage on my own", "Nothing"</i>
Compliant:	<i>"My wife's support with diet management and physical exercise", "It's good if someone helps out with diet and exercise. A good doctor with whom you can discuss everything and be summoned for controls"</i>
Disheartend:	<i>"Sometimes a diabetes nurse, sometimes a doctor", "To be taken seriously; the nurse works fine, the doctor-part of it is bad" (20, sid. 5)</i>

Det som poängteras i den senare studien (1) är vikten av att regelbundet utvärdera i vilken grupp som patienterna befinner sig, då Vég *et al.* kommit fram till att dessa stadier inte är statiska utan förändras över tid och utefter dessa behöver vården anpassas.

## **Omvårdnadssystem**

### Sjuksköterskans roll

Drevenhorn *et al.* (22) kunde i en observationsstudie konstatera att distriktssköterskor i liten utsträckning samtalade om livsstilsförändringar med patienter som kom till vårdcentralen för blodtrycksmätning. Den större delen av samtalen bestod istället av att distriktssköterskan gav patienten råd och information. Sjuksköterskors syn på arbetet med diagnostiserade diabetespatienter undersöktes i en kvalitativ studie av Hörnsten *et al.* (22). Ett av de teman som presenterades i resultatet handlade om att sjuksköterskor skattade sin egen kunskap och sina egna åsikter som mer värdefulla



jämfört med hur de värderade patientens kunskap och åsikter. Detta grundades i att sjuksköterskorna ansåg sig besitta överordnad kunskap jämfört med patientens kunskap. Studien visade också att sjuksköterskor värderade egenvård som viktigt, men att de blev väldigt frustrerade när patienter inte värderade egenvård lika högt. Sjuksköterskor beskrev i studien att processen att etablera en god kontakt med patienten ibland förstördes redan vid första mötet. Orsaken till detta, menade de, berodde på att kunskapsglappet mellan dem varit för stort och att de också varit oense om patientens mål med egenvården. Ett annat tema handlade om att sjuksköterskor underminerar patientens individualitet när patienter med typ 2-diabetes refereras som en grupp. Sjuksköterskorna beskrev ibland patienterna som ”olydiga”, ”överviktiga”, ”rökare” och ”lögnare”. Sjuksköterskorna baserade också ofta sina sköterskehandlingar på vilket fack de sorterade in patienten i. Ett annat tema handlade om identitet och hur sjuksköterskor kände sig bekräftade i sin yrkesroll när både patienten och sjuksköterskan iklädde sig traditionella sjuksköterske- och patientroller. Dessa traditionella roller visar sig genom en aktiv, informerande och rådgivande sjuksköterskeroll medan patientens roll är passiv och initiativlös.

#### Fördjupad utbildning bland sjuksköterskor

I flera interventionsstudier (18, 21, 25, 31, 32) fick den involverade vårdpersonalen utbildning före eller under studien. Drevenhorn visade i en studie (18) att sjuksköterskor fick en bättre struktur i samtalen med patienter och att samtalen blev mer individuellt anpassade efter det att sjuksköterskorna genomgått utbildning i samtalsmetodik. Resultaten visade på att antalet repliker ökade mellan patienterna och sjuksköterskorna och att sjuksköterskorna reducerade tiden för hur länge de själva talade under samtalen. Sjuksköterskan blev också bättre på att, tillsammans med patienten, väga för- och nackdelar med livsstilsförändringar. I en studie av Kreman *et al.* (25) fick interventionisten utbildning i motivational interviewing (MI) för att senare applicera dessa kunskaper på patienter genom ”telefonmotivation”. Resultatet av interventionen blev en signifikant minskning i total kolesterol hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Även i en studie av Schreurs *et al.* fick sjuksköterskorna två halvdagars utbildning före interventionen. Utbildningen innebar fördjupning i framtidsinriktad coping (proactive coping) och teorin om självreglering (self-regulation theory). Dessutom övervakades kurserna av kognitiva beteendeterapeuter. Patienten, liksom sjuksköterskorna var, efter att kurserna avslutats, positivt inställda till interventionen. Sjuksköterskorna kände sig i det stora hela kompetenta men fyra av tio hade velat ha ytterligare utbildning i området. Även Karlsen *et al.* (32) utbildade de gruppleddare som deltog i interventionen. Utbildningen bestod av en 16 timmar lång introduktion till programmet samt utbildning i rådgivning, problemlösning samt information om deras stödjande funktion. Majoriteten av deltagarna påstod att kursen givit positiv effekt och att den gjort dem generellt mer optimistiska och givit dem mer tro på sin förmåga att svara på sjukdomens krav.

#### Sjuksköterskecoaching

Whittemore *et al.* beskriver i två artiklar (26, 27) en modell för livsstilsförändring som kallas ”Nurse-coaching”. Den tidigare studien (26) visar på tre strategier som ska användas vid kommunikation: Förstärkt kunskap, motivationsvägledning och psykosocialt stöd. Den senare studien (27) innehåller fyra komponenter. Dessa är bedömning, förstärkt kunskap, problemlösning och motivationsvägledning samt psykosocialt stöd. Syftet med bedömningen är att fastställa var individen befinner sig

beträffande diagnos, behandling, påverkan på och mönster i det dagliga livet med roller och värden samt individens självhanteringsprogram gällande sjukdomen (27). Grunden till förstärkt utbildning är att reda ut missförstånd, öka den personliga tillämpningen av diabeteskunskap, ge informationen ett djup och föra fram rekommendationer för behandlingen och förhandla fram realistiska mål. Problemlösningens och motivationsvägledningens syfte är att utforska personliga barriärer och svårigheter för att genomföra livsstilsförändring och för problemlösning. Ett idéutbyte sker mellan sjuksköterska och patient om realistiska strategier för livsstilsförändring. Det psykosociala stödet syftar till att identifiera problem som är relaterade till att leva med diabetes, möta patienten i en accepterande miljö med aktivt lyssnande och hjälpa patienten att finna socialt stöd och strategier för att styrka den psykiska hälsan. Det handlar även om att vid symtom kunna hänvisa till psykologisk behandling och bidra med uppmuntran, beröm och stöd vid ansträngning och återfall (26,27). Deltagarna i den första interventionen visade på stor motivation till förändring men alla uttryckte svårigheter i att behålla hälsofrämjande beteenden (26). Den senare interventionen från 2004 (27) visade på signifikant bättre egenhantering av kost, bättre psykosocial anpassning, bättre samverkan och visade även på en tendens av bättre egenhantering av fysisk aktivitet. Deltagarna i interventionsgruppen uttryckte också en högre tillfredsställelse än kontrollgruppen. Motivational interviewing ligger som grund till flera studier (25, 26, 27, 28). I tidigare nämnda studier av Whittemore *et al.* (26, 27) används motivationen som en del av samtalet mellan sjuksköterska och patient. I en annan studie av Clark *et al.* (28) så används MI för att patienterna i studien ska kunna formulera mål utifrån sina egna situationer och förutsättningar. 2006 publicerades en studie (25) som ville se om MI (per telefon) har någon möjlighet att påverka livsstilsförändring hos patienter med hyperlipidemi. Denna studie var bara bara en preliminärstudie men kunde ändå visa på en signifikant minskning i totalt kolesterol från baslinjen hos interventionsgruppen som fått MI samtal. Denna minskning var större än hos kontrollgruppen.

#### Förändringsstadier

I Drevenhorn *et al.* (18) så har sjuksköterskorna blivit tränade i att använda bland annat stegmodellen (SOC) i arbetet med livsstilsförändring hos patienter med hypertoni. Utifrån hur patienten beskriver sin inställning så vet sjuksköterskorna vad de har att utgå från i samtalet. Interventionen resulterade i att sjuksköterskorna i högre utsträckning samtalade om beteendebaserad och icke farmakologisk behandling som träning, rökning, alkoholkonsumtion, blodfetter, vikt och stress. Efter att patienterna hade utbildats så behövde de oftare stöd i de senare skeden som kallas "Action" och "Maintenance". Denna modell används i en annan artikel (28) men inte på samma sätt och inte heller lika ingående. Där är modellen grunden till ett kvantitativt mått för att se hur många procent som befinner sig i varje stadium i processen mot livsstilsförändring.

#### Vårdprogram i grupp

Flera studier (1, 21, 32) visar på att gruppbaserade vårdprogram medför positiva resultat genom ett signifikant minskat HbA1c hos patienter med typ 2 -diabetes. Vég (1) visade i sin avhandling att patienter som deltog i studiecirkel erhöll positiv effekt genom ett signifikant minskat HbA1c så långt som två år efter interventionen.

Carlsen *et al.* (32) genomförde en studie med syftet att undersöka vilken inverkan ett gruppbaserat vårdprogram hade på deltagarnas upplevelser av stress och coping,

psykologiskt välmående och HbA1c. De kom fram till att gruppbaseade vårdprogram förbättrade deltagarnas förmåga till egenvård. Vårdprogrammet gav dem tro på sin förmåga att svara på sjukdomens krav samtidigt som diabetesrelaterad stress och upplevelse av skuld minskade. Majoriteten av deltagarna hävdade att programmet medförde positiva effekter. 84 % av deltagarna kände sig mer motiverade till att själva hantera sin diabetessjukdom. 91 % hade mer hopp om att leva väl trots sin sjukdom och 77 % upplevde sig mer optimistiska än tidigare.

Resultatet av ett gruppbaseerat vårdprogram, inriktat på framtida copingstrategier och patientcentrerad målsättning, visade på att deltagarna kände sig nöjda med kursutformningen (31). Patienter beskriver att deras kunskap blir bredare om de är i en accepterande miljö där det är öppet för diskussion och att ställa frågor. Kunskapen förstärktes då de kunde ta del av de andra deltagarnas erfarenheter och kunskaper (30, 31).

Hörnsten *et al.* (22) valde i en studie att bygga upp gruppbaseade vårdprogram utifrån deltagarnas egna upplevelser av sjukdomen. Deltagarnas frågeställningar och erfarenheter låg som diskussionsgrund på gruppträffarna. Inom interventionsgruppen kunde signifikanta skillnader utläsas vid uppföljningen ett år efter interventionens start. Förutom positiva skillnader i HbA1c så visade även resultatet på signifikanta skillnader i BMI, kolesterol och förnöjsamhet med behandlingen. Kontrollgruppen visade inte på några signifikanta skillnader i resultatet beträffande ovanstående variabler.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

I framtiden kommer vi som verksamma sjuksköterskor att möta patienter med typ 2 -diabetes i princip oavsett var vi arbetar. Diabetes är en komplex och växande folksjukdom som vi i och med detta arbete fått chansen att fördjupa oss i. Vi har även fördjupat oss i olika metoder och arbetssätt som sjuksköterskan kan använda i arbetet med patienter med typ 2 -diabetes. Vi anser oss ha fått otillräckliga kunskaper i pedagogik och samtalsmetodik under vår sjuksköterskeutbildning. Därför ville vi också studera resultaten av ökade kunskaper i dessa ämnen hos sjuksköterskan. Eftersom vårt fokus låg på egenvård och livsstilsförändringar kändes det naturligt att använda Orem's teori om egenvård.

### Artikelsökning

Då vi sökte artiklar var vi intresserade av att utforska vad olika interventioner givit för resultat och vad de använt för metoder/modeller i sina studier. Vi ville lägga tyngdvikten på sjuksköterskeperspektivet för att se hur sjuksköterskan bör agera i arbetet med patienter med typ 2 -diabetes. Trots det tyckte vi det var viktigt att fördjupa oss i patienternas upplevelser av sin situation och hur patienter behöver och vill bli bemötta. Detta område stämmer även överens med Orem's egenvårdsteori som vi valde att utgå ifrån. Våra sökresultat är begränsade till databaserna *CINAHL* och *Psyc INFO*. Vid sökningar i *Pub Med* hittade vi samma artiklar som vi redan valt. Detta ser vi inte som något negativt utan att de artiklar som vi granskat är de som känns aktuella för oss. Andra artiklar från denna databas verkade till en början intressanta men valdes sedan bort på grund av deras ovetenskapliga uppbyggnad.

Flera av dessa artiklar var otydliga i sina syften och andra saknade gedigna referenslistor. Då vi sökte på "Diabetes mellitus - non insulin dependent" och "Motivational Interviewing" i *CINAHL* så fick vi inga träffar. Detta upplevde vi som förvånansvärt eftersom vi tidigare sammankopplat motivation med livsstilsförändringar och typ 2 -diabetes. Eftersom *CINAHL* är den huvudsakliga sökmotorn för vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsämnet så drog vi slutsatsen att det inte finns någon anmärkningsvärd forskning inom detta område.

### Artikelgranskning

Mallarna som användes vid granskningen (23, 24) var bra för konstatera kvalitén på artiklarna men också för att urskilja likheter och skillnader. De artiklar vi använde oss av var till stor del kvantitativa eller byggda på kvantitativa variabler som utgångspunkt, följd av en intervention byggd på kvalitativa metoder. De artiklar som kvarstod efter vår granskning har till stor del hållit hög klass. De flesta är interventionsstudier där en interventionsgrupp jämförts med en kontrollgrupp för att kunna urskilja signifikanta skillnader mellan mätbara variabler. En annan likhet var att artiklarnas metoder var väl beskrivna för att underlätta liknande framtida interventionsstudier.

Vi såg som en stor fördel att vi hittade tre nypublicerade svenska avhandlingar. Detta eftersom de är direkt applicerbara på vår kultur och sjukvård och att de beskriver det aktuella forskningsläget här i Sverige. Vi använde oss även av flera artiklar från USA. En nackdel med detta är att vi har olika sjukvårdssystem och att det är stor skillnad på exempel matkultur. Det som är positivt med artiklarna från USA är att de kommit långt vad det gäller forskning på typ 2 -diabetes eftersom sjukdomen ökat explosionsartat där.

### Resultatanalys

Då vi sökte artiklar var målet att få fram olika modeller för hur sjuksköterskor kan arbeta för att förbättra patientens egenvård vid typ 2 -diabetes. Det visade sig vara svårt att hitta tydliga och enhetliga modeller. Detta ledde till att vårt resultat fick många olika infallsvinklar, vilket kan visa på hur komplext och mångsidigt sjuksköterskans arbete för livsstilsförändring faktiskt är. Vi kunde ändå utläsa flera likheter bland de metoder som användes i studierna. Även om det inte gick att jämföra hela artiklar kunde vi dra slutsatser utifrån jämförbara delar. Då vi tolkade artiklarnas resultat använde vi den schematiska modell som vi själva utarbetat och beskrivit i vår metod. Utifrån vår tolkning av artiklarnas resultat kunde vi se underrubriker växa fram. Dessa var: Att leva med typ 2 -diabetes, krav och strategier vid livsstilsförändring, olika inställningar till egenvård, sjuksköterskans roll, fördjupad utbildning bland sjuksköterskor, sjuksköterskecoaching, förändringsstadier och vårdprogram i grupp. Dessa undergrupper använde vi senare som rubriker i resultatet.

### Svagheter i artiklarna

Två studier (25, 29) kommer fram till att mer forskning och kunskap behövs. Dessa två studier behandlar områdena KASAM respektive Motivational Interviewing. Vi förmodar att forskning inom områdena är i begynnelsen för vårdvetenskapen och vi använde oss av dessa artiklar eftersom de gav oss en möjlighet att se områdets bredd och hur olika teoretiska modeller praktiskt kan användas i motivationsarbetet.

En svaghet som vi mött är att de patienter som är mest omotiverade inte deltar i interventionsstudier. I en undersökning (31) avbröt flera patienter med diabetes

deltagandet i studien. Patienterna som valde att avbryta studien var i genomsnitt yngre men det gick inte att utläsa någon skillnad på utbildningsnivå, arbetsstatus eller egenrapporterad hälsa mellan de patienter som avbröt och de som fullföljde studien. Enligt diabetessköterskorna såg dessa patienter inte allvaret med sjukdomen. Bristen på omotiverade patienter i studierna är en svaghet men går inte att undvika. För att patienter skall kunna fullfölja krävs en aktiv och ansvarstagande roll. I en annan studie (32) blev deltagarna i gruppen goda vänner med gruppledarna. Detta kan i sin tur ha lett till att deltagarna svarat mer positivt på utvärderingsformuläret som de fyllde i mot slutet av interventionen. Å andra sidan är det faktiskt positivt när en god mellanmänsklig relation etableras mellan patienter och personal.

### Etiska överväganden

Artiklarna är godkända av etiska kommittéer. I den studie (19) där sjuksköterskor samtalstränar och möten spelas in, används inte riktiga patientmöten utan personalen får istället möta skådespelare (19). I en annan studie (29), som var en uppföljning av tidigare undersökningar, kontrollerades vilka som var i livet innan frågeformulär skickades ut. Detta är ett etiskt övervägande då det kan finnas närstående som annars kan ta illa vid sig.

### Styrka i att vara två författare

Vi anser att det fungerat väldigt bra att arbeta tillsammans. Hade vi gjort om arbetet skulle vi göra en sak annorlunda. Vi skulle inte lagt ner lika mycket tid på att läsa och förstå artiklarna innan vi granskade dem. Det ledde till att mycket tid gick åt till att läsa och översätta artiklar som i slutändan inte höll måttet. Det som vi anser var främsta fördelen med att vara två författare var att vi genom diskussion kunde jämföra och dubbelkolla artiklarnas resultat. Detta ledde också till att vi upptäckte nya synvinklar och perspektiv som vi tidigare inte reflekterat över.

## **Resultatdiskussion**

En stor del av patienter med typ 2 -diabetes upplever oro för sin hälsa i samband med sjukdomen (28). Whittemore *et al.* (26,27) beskriver också i sitt resultat att patienter upplever sjukdomen som en stor stressfaktor. Denna oro och stress bland patienter kopplades i en studie (28) samman med ett förhöjt HbA1c och en låg KASAM. Orem (9) beskriver egenvårdsbrist som en obalans mellan egenvårdskapacitet och egenvårdskrav. Vi kunde i resultaten utläsa tydliga kopplingar mellan patienters stress/oro inför sjukdomen, en låg KASAM och Orem's beskrivning av egenvårdsbrist. Vi anser därför att det är viktigt, både ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv, att hjälpa patienten att reflektera över och värdera hans/hennes sjukdomssituation och förhållandet mellan hans/hennes egenvårdskapacitet och de egenvårdskrav som ställs. Vi tolkar egenvårdskapacitet som de personliga resurser och copingstrategier som patienten använder sig av för att möta de hinder och hot som egenvårdskraven innebär. Om patienten identifierar sina känslor och tankar kring sjukdomen och behandlingen, liksom personliga resurser och strategier, hinder och hot så blir det också lättare för patienten att tillsammans med sjuksköterskan sätta upp realistiska egenvårdsmål och planera för realistiska egenvårdsåtgärder. Oavsätt vilket som är patientens största hinder är det viktigt att identifiera problemen och låta patienten beskriva de känslor som han/hon upplever i samband med dem

Vég *et al.* (1) har i en studie använt sig av tre öppna frågor för att få en bild av patientens inställning till vilken roll han/hon har i behandlingen, vilka mål patienten har och vilket stöd patienten behöver. Clark *et al.* (28) undersöker i en studie, med hjälp av SOC-modellen, hur benägna patienter är att förändra sin livsstil gällande kost och motion. Oavsett vilken metod som sjuksköterskan använder tror vi att detta arbete är viktigt för att kunna forma de individuellt anpassade mål och åtgärder som patienten i den aktuella situationen är mottaglig till. Sjuksköterskan kan då, med hjälp av sin kunskap, stödja patienten, och därmed stärka patientens egenvårdskapacitet så att den kommer i balans i förhållande till egenvårdskraven.

De artiklar som vi använt oss av i vår studie lägger stor vikt vid att patienten skall stå i centrum för behandlingen. Trots detta visar Hörnsten (22) i en avhandling att de sjuksköterskor som deltar i studien upplever att de får sin identitet som sjuksköterskor bekräftad genom det traditionella, informerande och rådgivande förhållningssättet. Vi förmodar att det finns flera komplexa orsaker till detta. Vi tror att det kan vara svårt och ibland frustrerande för många sjuksköterskor att lämna det traditionella förhållningssättet. Sjuksköterskan, precis som patienten, är ju inte mer än människor och alla vet vi hur svårt det kan vara att släppa taget om gamla tankemönster och invanda beteenden. Vi hoppas ändå, eftersom de patientcentrerade interventioner som vi tagit del av visar på goda resultat, att det patientcentrerade förhållningssättet kommer att bli mer och mer vedertaget i diabetesvården i framtiden.

Det är inte lätt att vara motiverad och det är förståeligt om situationen ibland känns hopplös. Ingen av de studier vi valt att använda oss av beskriver hur sjuksköterskan skall handla för att motivera den omotiverade patienten. Orem beskriver att det är alla vuxna personers rättighet och ansvar att utöva egenvård (8). Vi anser det är omöjligt att pressa en patient till att förbättra sin egenvård. Denna insikt och detta beslut kan bara komma från patienten själv, tror vi. Sjuksköterskan måste acceptera att patienten ibland fattar beslutet att inte göra några större ansträngningar till att förändra sin livsstil.

Om sjuksköterskan tillrättavisar och förklarar hur patienten skall bete sig bidrar detta till en dålig relation med skuld känslor hos patienten. Sjuksköterskans funktion skall istället bestå i att stötta patienten och ge denne tid att smälta situationen. Den dagen patienten tar det första steget till förändring så skall sjuksköterskan finnas till hands och ställa upp till hundra procent. I detta skede tror vi sjuksköterskan spelar en extra viktig roll. Här måste sjuksköterskan se bort från de långsiktiga målen och ge patienten omåttligt med beröm för minsta lilla framgång. Detta tror vi leder till en ökad KASAM och förhöjd egenvårdskapacitet, så att patienten har kraft att ta nästa lilla steg mot målet.

I en studie (31) där deltagarna led av olika livsstilsrelaterade sjukdomar, valde en stor del av patienterna med diabetes att avbryta sitt deltagande i studien. Detta ser vi som ett tydligt tecken på att en form av vårdprogram inte passar alla individer med typ 2 - diabetes. Vi anser att flera av vårdprogrammen i studierna, t.ex. gruppbaseade vårdprogram eller ett individuellt patientcentrade förhållningssätt, passar utmärkt för en del patienter, men inte för andra. Vi tror att en fördel för många av patienterna hade varit om de, förutom den ordinarie vården patienten får på vårdcentralen, hade blivit erbjudna att delta i andra former av vårdprogram, till exempel de vårdformer som fanns presenterade i de studier vi tagit del av. Till exempel att erfarenhetsbaserade

vårdprogram i grupp går parallellt med en annan grupp som fokuserar på fysisk aktivitet. Att det då och då också finns möjlighet att delta i föreläsningar för dem som vill fördjupa sig i patologi, medicinsk behandling/icke farmakologisk behandling och så vidare. Fler valmöjligheter hade lett till ett ökat självbestämmande och att patienten också väljer den vårdform som han/hon för tillfället vill lägga störst vikt vid. Detta tror vi är viktigt eftersom Vég *et al.* (20) visade i en studie att patienten ständigt skiftar i sin syn på sjukdomen och behandlingen.

I flera studier (18, 21, 25, 31, 32) fick vårdpersonalen utbildning i bland annat samtalsmetodik innan eller under interventionen. Vi anser att utbildning bland vårdpersonal är en lika viktig komponent som vårdprogrammets utformning och patienterna motivation. Eftersom ämnet är relativt nytt tycker vi att det är viktigt att vårdpersonal som arbetar i det preventiva arbetet får kontinuerlig utbildning i olika former.

De studier som vi använt oss av i vårt arbete verkar inte ha haft svårt att rekrytera deltagare. Detta är ett tydligt tecken på att det finns en stor grupp patienter med typ 2 -diabetes som är tillräckligt motiverade att genomgå olika vårdprogram, som jämfört med den "ordinarie" diabetesvården, är både mer tid- och energikrävande. Vi tycker att det är mycket viktigt att fånga upp denna grupp av människor som har den motivation som krävs för att förbättra sin egenvård. Detta skulle leda till en framgång, inte bara för patienternas hälsa och välbefinnande utan också utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Vi är övertygade om att diabetesrelaterade senkomplikationer kostar samhället mycket mer pengar än vad ett väl utarbetat preventivt arbete skulle kosta.

I framtiden vill vi se att större fokus läggs på pedagogik, samtalsmetodik och motivationsarbete i sjuksköterskeutbildningen. Det verkar rimligt att yrkesverksamma sjuksköterskor skulle uppleva arbetsuppgifterna som mer stimulerande om de erbjuds kontinuerlig utbildning och handledning för att på så sätt hålla sig ajour inom dessa områden. Det är viktigt att både ledning och personal förstår vikten av att ta del av andra discipliners forskningsresultat i utbildningen och att detta ses som något gynnsamt och berikande istället för ett hot. Vi vill också se en ökad möjlighet, för patienter med typ 2 -diabetes, att själva välja den vårdform som de anser passar dem bäst för stunden. Diabetesvård handlar, utifrån ett sjuksköterskeperspektiv, om att kunna stötta och visa patienten vägen för att sedan släppa taget mer och mer. För att patienten ska klara av att stå på egna ben och sköta sin egenvård är det viktigt att ett gott samarbete mellan sjuksköterskan och patienten skapas. Denna relation måste byggas på tillit och respekt för patienten och hans/hennes liv, möjligheter och hinder.

## REFERENSER

1. Vég A. Teaching and Learning in Type 2 Diabetes – The Importance of Self- Perceived Roles in Disease Management. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006.
2. Aborelius, E. Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Partille: Upjohn; 1993.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
4. SBU. Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention. (No. SBU-rapport 132) Stockholm: SBU, 1997.
5. Agardh C-D, Berne C, Östman J. Diabetes. Stockholm: Liber AB; 2002.
6. Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
7. Wikblad K. Omvårdnad vid diabetes. Lund: Studentlitteratur; 2006.
8. Selanders L C, Schmieding N J, Hartweg D L, Anteckningar om omvårdnadsteorier 4. Lund: Studentlitteratur; 1995.
9. Orem D. Nursing: concepts of practice. 6 ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 2001.
10. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
11. Person L O, Rydén A, Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. Scand J Caring Sci 2006; 20; 355–363
12. Folkman S, Lazarus R S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980;21:219-239.
13. Drevenhorn E. Counselling Patients with Hypertension at Health Centres – a Nursing Perspective. Göteborg: Göteborgs Universitet; 2006.
14. Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal – MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Lund: Studentlitteratur; 2006.
15. Miller W R, Rollnick S. Motiverande samtal – att hjälpa människor till förändring. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003.
16. Prochaska J O, Norcross J C. Stages of Change. Psychotherapy. 2001; 38(4):443-48.
17. Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K. Counselling hypertensive patients. Clin Nurs Res 2001;10(4) 269-386.
18. Drevenhorn E, Bengtson A, J.K Allen, Sälsjö R, Kjellgren K. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stage of change model. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;xx:xxx-xxx.
19. Sarkadi A, Vég A, Rosenqvist U. The influence of participant`s self-percieved role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. Patient Educ Couns 2005;58:137-45.
20. Vég A, Rosenqvist U, Sarkadi A. Self-management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes. Patient Educ Couns 2006;56(1):1-11.
21. Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic Improvement after Intervention Focusing on Personal Understanding in Type 2 Diabetes. Diabetes Res Clin Pract 2005;68:65-74.
22. Hörnsten Å. Experiences of Diabetes Care – Patients` and Nurses Perspectives. Umeå: Umeå Universitet; 2004.
23. Checklista för kvalitativa artiklar. Göteborg: Göteborgs Universitet - Institutionen för vårdvetenskap och hälsa; 2004.
24. Checklista för kvantitativa artiklar. Göteborg: Göteborgs Universitet - Institutionen för vårdvetenskap och hälsa; 2004.
25. Kreman R, Yates B C, Agrawal S, Fiandt K, Briner W, Shurmur S. The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. Appl Nurs Res 2006;19:167-70.



26. Whittemore R, Chase S, Mandle C L, Roy C. The Content, Integrity and Efficacy of a Nurse Coaching Intervention in Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2001;27(6):887-98.
27. Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Sullivan A, Grey M. A Nurse-Coaching Intervention for Women with Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2004;30(5):795-804.
28. Clark M, Hampson S E. Implementing a Psychological Intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes. *Patient Educ Couns* 2001;42:247-56.
29. Sandén-Eriksson B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs* 2000;31(6):1393-97.
30. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Percieved Barriers and Effective Strategies to Diabetes Self-Management. *J Adv Nurs* 2005;54(2):151-58.
31. Schreurs K M G, Colland V T, Kuijer R G, de Ridder D T D, van Elderen T. Development, Content, and Process Evaluation of a Short Self-Management Intervention in Patients with Chronic Diseases Requiring Self-Care Behaviours. *Patient Educ Couns* 2003;51:133-41.
32. Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad B R, Bru E. Effects of a Group-Based Counselling Programme on Diabetes-Related Stress, Coping, Psychological Well-Being and Metabolic Control in Adults with Type 1 or Type 2 Diabetes. *Patient Educ Couns* 2004;53:299-308.

# BILAGA 1

## Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Valda artiklar (referens nr.)
061118	Manuell sökning av aktuella avhandlingar.				17, 18, 19, 20, 21
061120	<i>CINAHL</i>	Diabetes-mellitus-non-insulin-dependent, Motivational interviewing	Peer-reviewed, Research	0	0
061120	<i>Pub Med</i>	Diabetes, Movational Interviewing	Review	5	0
061120	<i>CINAHL</i>	Diabetes-education OR Diabetes-educators, Diabetes- mellitus-non-insulin-dependent	Peer-reviewed, Research	5	26, 28
061121	<i>CINAHL</i>	Diabetes-Education, Self-care, Counselling	Peer-reviewed, Research	3	27
061121	<i>Psyc INFO</i>	Self-care, Nursing, Diabetes	Peer-reviewed	8	30
061122	<i>Psyc INFO</i>	Self-care, Coping, Diabetes	Peer-reviewed	22	31
061122	<i>CINAHL</i>	Motivational Interviewing	Peer-reviewed, Reserch	20	25
061122	<i>CINAHL</i>	Coping-strategies questionnaire OR Coping, Diabetes- mellitus-non- insulin-dependent	Peer-reviewed, research	30	29, 32

## BILAGA 2

### Artikelsammanställning

---

Referensnummer:	17
Titel:	<b>Counselling hypertensive patients.</b>
Författare:	Drevenhorn E, Håkansson A, Petersson K.
Tidskrift:	Clinical Nursing Research. 2001;10(4) 269-386.
Syfte:	Att observera vilken typ av icke farmakologisk behandling som sjuksköterskor gav i samband med att patienter kom för blodtrycksundersökning, och att mäta sjuksköterkans- och patientens aktivitetsnivå i samband med detta.
Metod:	En kvantitativ studie där 21 slumpvis utvalda distriktssjuksköterskor observerades under 63 tillfällen då patienter kom till vårdcentralen för blodtryckskontroll. Olika statistiska metoder användes för att analysera resultatet.
Referenser:	37
Land:	Sverige.

---

Referensnummer:	18
Titel:	<b>Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stage of change model.</b>
Författare:	Drevenhorn E, Bengtson A, J.K Allen, Säljö R, Kjellgren K.
Tidskrift:	European Journal of Cardiovascular Nursing. 2006;xx:xxx-xxx.
Syfte:	Att analysera effekten av att sjuksköterskor tränas i att arbeta utifrån stegmodellen (SOC) när de hjälper patienter med hypertoni att utföra livsstilsförändringar.
Metod:	En kvalitativ och kvantitativ studie. Sjuksköterskor från alla hypertoniomtagningar i Sverige tillfrågades att delta i studien. Hälften delades slumpvis in i en interventionsgrupp och hälften i en kontrollgrupp. Sjuksköterskorna i interventionsgruppen fick tre dagars utbildning före interventionens början. Analysen fokuserade på icke farmakologisk behandling och sjuksköterskans uppmärksamhet på patientens benägenhet till att förändras.
Referenser:	29
Land:	Sverige.

---

Referensnummer:	19
Titel:	<b>The influence of participant`s self-percieved role on metabolic outcomes in a diabetes group education program.</b>
Författare:	Sarkadi A, Vég A, Rosenqvist U.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling. 2005;58:137-45.
Syfte:	Att utreda vilka demografiska, biomedicinska och perceptionella faktorer som påverka HbA1c.
Metod:	En kvantitativ studie där 259 patienter deltog i en 1 år lång grupputbildning. HbA1c utvärderades efter 6, 12 och 24 månader. Olika statistiska metoder används för att analysera skillnader.
Referenser:	53
Land:	Sverige.

---

Referensnummer:	20
Titel:	<b>Self-management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes.</b>
Författare:	Vég A, Rosenqvist U, Sarkadi A.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling. 2006;56(1):1-11.
Syfte:	Det primära syftet var att utforska om det är möjligt att dela in deltagarna i olika profiler baserade på deras upplevda roll om hur de hanterar egenvården genom att låta dem svara på tre öppna frågor. Det sekundära syftet var att undersöka om dessa olika profiler hade någon koppling till ett förhöjt eller normalt HbA1c.
Metod:	En både kvantitativ och kvalitativ studie. 259 deltagare fick svara på tre öppna frågor och HbA1c mättes 1- och 2 år efter interventionens början. Olika statistiska metoder användes för att analysera kvantitativa resultat och en kvalitativ innehållsanalys för de öppna frågorna.
Referenser:	37
Land:	Sverige.
Referensnummer:	21
Titel:	<b>Metabolic Improvement after Intervention Focusing on Personal Understanding in Type 2 Diabetes.</b>
Författare:	Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström H.
Tidskrift:	Diabetes Research and Clinical Practice 2005;68:65-74.
Syfte:	Att undersöka om en utbildningsintervention med fokus på patientens personliga förståelse av deras sjukdom bidrar till en mer effektiv vård jämfört med den vård som ges utifrån de nationella riktlinjerna.
Metod:	En kvantitativ studie. 104 personer delades slumpmässigt in i två grupper, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Under en niomånadersperiod hölls tio gruppseminarier. Gruppdiskussionen baserades på patientens förståelse av att leva med typ 2 -diabetes och initierades av deltagarnas frågeställningar. Interventionen följdes upp och utvärderades efter 12 månader.
Referenser:	33
Land:	Sverige.
Referensnummer:	25
Titel:	<b>The effects of motivational interviewing on physiological outcomes.</b>
Författare:	Kreman R, Yates B C, Agrawal S, Fiandt K, Briner W, Shurmur S.
Tidskrift:	Applied Nursing Research. 2006;19:167-70.
Syfte:	Att utvärdera effekten på fysiska variabler i en intervention baserad på Motivational Interviewing (MI), bland patienter med hyperlipidemi.
Metod:	En kvantitativ studie. Vid interventionens början mäts olika variabler som sedan utvärderas efter tre månader. Deltagarna blev slumpmässigt indelade i en MI-grupp och en kontrollgrupp. Båda grupper fick telefonkonsultation 2 veckor efter att de erhållit skriftligt informationsmaterial hemskickat. Interventionsgrupper fick MI-konsultation medans kontrollgruppen fick utbildningskonsultation. Olika statistiska metoder har använts för att analysera resultaten.
Referenser:	15
Land:	USA.

Referensnummer:	26
Titel:	<b>The, Content, Integrity and Efficacy of a Nurse Coaching Intervention in Type 2 Diabetes.</b>
Författare:	Whittemore R, Chase S, Mandle C L, Roy C.
Tidskrift:	The Diabetes Educator. 2001;27(6):887-98.
Syfte:	Det primära syftet var att systematiskt utvärdera innehållet, hållbarheten och effektiviteten av en sjuksköterskeledd intervention med fokus på kost, motion och livsstilsförändringar hos personer med typ 2 -diabetes. Det sekundära syftet var att undersöka deltagarnas upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar och att värdera den preliminära effektiviteten av interventionen gällande hälsofrämjande arbete, fysiologisk adaptation och psykosocial anpassning.
Metod:	En kvalitativ studie där kvantitativa undersökningsvariabler låg som grund för interventionen. Nio personer deltog i fyra sjuksköterskecoachande möten under åtta veckors tid. Studien avslutades med ytterligare en intervju som byggde på ett protokoll innehållande strategier för att förstärkt utbildning, psykosocialt stöd och motivationsvägledning. En innehållsanalys gjordes på all data från varje deltagare. Materialet lästes först igenom som en helhet för att sedan reduceras genom en process av namn- och mönsterkodning. Kvantifierbara fysiologiska variabler analyserades genom olika statistiska metoder.
Referenser:	51
Land:	USA.
Referensnummer:	27
Titel:	<b>A Nurse-Coaching Intervention for Women with Type 2 Diabetes.</b>
Författare:	Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Sullivan A, Grey M.
Tidskrift:	The Diabetes Educator. 2004;30(5):795-804.
Syfte:	Att undersöka effektiviteten av en sjuksköterskeledd intervention efter en diabetesublidning av kvinnor med typ 2 -diabetes.
Metod:	En kvantitativ interventionsstudie. Studien började med att data samlades in från 53 kvinnor. Kvinnorna delades randomiserat in i två grupper, en kontroll grupp och en interventionsgrupp. Kontrollgruppen fick sin sedvanliga diabetesutbildning med sköterskekonsultation på vårdcentralen var 3-4:e månad. Interventionsgrupper fick "sjuksköterskecoaching" vid sex tillfällen under 3 månader. Resultaten utvärderades vid två tillfällen, tre och sex månader efter interventionens början. Olika statistiska metoder användes vid utvärderingen.
Referenser:	58
Land:	USA.
Referensnummer:	28
Titel:	<b>Implementing a Psychological Intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes.</b>
Författare:	Clark M, Hampson S E.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling. 2001;42:247-56.
Syfte:	Att utvärdera en kort psykologisk intervention som rutinmässigt kan integreras i det dagliga arbetet med människor som ska genomföra och bibehålla rekommenderade livsstilsförändringar.
Metod:	En kvantitativ interventionsstudie. 100 personer delades randomiserat in i två grupper, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Alla deltagarna

fick genomgå fysiologiska mätningar och fylla i olika frågeformulär som studien sedan utgick från. Interventionsgruppen fick komma på samtal med inriktning på motivering och målsättning gällande kost och fysisk aktivitet. Samtalen följdes upp med tre telefonsamtal efter en, tre och sju veckor. Båda grupperna följdes upp under tre bedömningstillfällen som ägde rum 12, 24 och 52 veckor efter interventionens start.

Referenser: 43  
Land: Storbritannien.

---

Referensnummer: 29  
Titel: **Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management.**

Författare: Sandén-Eriksson B.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2000;31(6):1393-97.

Syfte: Att analysera relationen mellan känsla av sammanhang och behandlingsresultat mätt i HbA1c hos patienter med typ 2 -diabetes. Syftet var fortsatt att testa förhållandet mellan behandlingsresultat och ett index över patientens deltagande i aktivt handlande och känslomässiga tillstånd.

Metod: En kvantitativ studie. 174 deltagare fick svara på ett frågeformulär, en förkortad version av SOC29. De fick även fylla i ett formulär om diabetes handlingar och känslomässig acceptans samt två frågeformulär om självupplevd hälsa. Det ena berörde patientens oro angående deras hälsa och det handlade om hur de uppfattar sin egen hälsa i förhållande till jämnåriga. Provtagning gjordes av HbA1c. Olika statistiska metoder användes för att analysera resultatet.

Referenser: 18

Land: Sverige.

---

Referensnummer: 30  
Titel: **Percieved Barriers and Effective Strategies to Diabetes Self-Management.**

Författare: Nagelkerk J, Reick K, Meengs L.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing. 2005;54(2):151-58.

Syfte: Att belysa uppfattade hinder och effektiva strategier för handtering av egenvård bland vuxna personer med typ 2 -diabetes.

Metod: En kvalitativ studie. 24 vuxna individer med typ 2 -diabetes delades in i 3 fokusgrupper. Varje fokusgrupp deltog i ett två timmar långt seminarie där öppna frågor initierade deltagarnas åsikter, som spelades in på band. Deltagarna fick också svara på ett demografiskt frågeformulär. Innehållsanalys användes för att bedöma, kategorisera och tolka materialet. Teman och underkategorier skrevs ned. Innehållet analyserades och validiteten styrktes genom självständig rankning av barriärer och strategier av en expertpanel och av de undersökande sjuksköterskorna.

Referenser: 23

Land: USA.

---

---

Referensnummer:	31
Titel:	<b>Development, Content, and Process Evaluation of a Short Self-Management Intervention in Patients with Chronic Diseases Requiring Self-Care Behaviours.</b>
Författare:	Schreurs K M G, Colland V T, Kuijer R G, de Ridder D T D, van Elderen T.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling. 2003;51:133-41.
Syfte:	Att beskriva resultatet av en teoribaserad intervention som syftade till att öka patienters hantering av egenvård.
Metod:	En både kvantitativ och kvalitativ interventionsstudie. 83 patienter med astma, diabetes och hjärtproblem deltog i studien. Innan programmet startade så undersöktes kvantifierbara fysiologiska variabler hos alla deltagare. De fick även vid samma tillfälle svara på ett antal frågor. Deltagarna randomiserades in i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Möten, samtal och en slutintervju utgjorde interventionen. Två veckor efter programmet avslutats så blev deltagarna intervjuade igen. Kvantifierbara fysiologiska variabler mättes igen och deltagarna fick utvärdera interventionen i ett frågeformulär. Olika statistiska metoder användes för att analysera resultatet.
Referenser:	40
Land:	Nederländerna.

---

Referensnummer:	32
Titel:	<b>Effects of a Group-Based Counselling Programme on Diabetes-Related Stress, Coping, Psychological Well-Being and Metabolic Control in Adults with Type 1 or Type 2 Diabetes.</b>
Författare:	Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad B R, Bru E.
Tidskrift:	Patient Education and Counseling. 2004;53:299-308.
Syfte:	Att utvärdera om deltagande i ett gruppbaserat vårdprogram leder till mindre diabetesrelaterad stress, förbättrad coping, psykologiskt välmående och förbättrat blodglukosvärde.
Metod:	En kvantitativ interventionsstudie. 63 personer delades genom randomisering i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Interventionsgruppen fick delta i gruppbaserade vårdprogram på nio gruppträffar under ett år. Kontrollgruppen fortsatte liksom interventionsgruppen med sina vanliga besök till vårdcentralen. Utöver en första kontroll av olika kvantifierbara variabler vid interventionens början så utvärderades interventionsgruppen två gånger, efter 6 och 12 månader och kontrollgruppen en gång. Olika statistiska mätinstrument användes för att jämföra resultaten.
Referenser:	40
Land:	Norge.

---