



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERS KANS MOTIVERANDE SAMTAL – EGENVÅRD HOS PERSONER MED DIABETES TYP 2

En litteraturöversikt

Ella Sjöqvist & Moa Kauppinen

Examensarbete	15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet 180hp/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå	Grundnivå
Termin/år	HT/2022
Handledare	Jesper Englund
Examinator	Eva Angelini

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Först och främst vill vi tacka vår handledare Jesper Englund för stöttning och råd genom arbetets gång. Dessutom vill vi tacka våra fina vänner Jullan, Mackan, Bella och Agnes för inspiration och motivation längs vägen, vi ser fram emot ett kommande yrkesliv tillsammans med er! Sist men inte minst, vill vi tacka varandra för ett gott samarbete under arbetet med fina stunder av skratt, gråt och allt däremellan.

”Egenvård brukar beskrivas som ett isberg, där 10 procent av isberget sticker upp över vattenytan och kan liknas med den formella sjukvården, medan de 90 procenten som är under vattenytan är den egenvård som personen själv sköter i hemmet.”
(Audulv, 2019, s. 682)

Titel

Sjuksköterskan motiverande samtal – egenvård hos personer med

	diabetes typ 2: En litteraturöversikt
English title	Nurses motivational interviewing – self-care among people with type 2 diabetes: A literature review
Examensarbete	15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet 180hp/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå	Grundnivå
Termin/år	HT/2022
Författare	Ella Sjöqvist & Moa Kauppinen
Handledare	Jesper Englund
Examinator	Eva Angelini

Sammanfattning:

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en sjukdom med stor tillväxt världen över. Egenvård är grundläggande i hantering av sjukdomen för att minska risken för både kortsiktiga och långsiktiga komplikationer och på så sätt underlätta vardagen. Detta är inte något som en patient kan förväntas klara av själv, utan flera insatser krävs från hälso- och sjukvården. Därmed behöver sjuksköterskan adekvata verktyg för att bemöta och uppmuntra patienter i deras livsstilsförändring. **Syfte:** Att undersöka om och i så fall hur sjuksköterskans motiverande samtal påverkar egenvården och mätvärden hos patienter med diabetes typ 2. **Metod:** En litteraturöversikt baseras på tolv originalartiklar från tre omvårdnadsrelaterade databaser; Cinahl, PubMed och Scopus. Artiklarna är kvalitetsgranskade i enlighet med SBU:s granskningsmallar och analyserade genomgående under arbetets gång, både enskilt och i samråd mellan författarna. **Resultat:** Resultatet delas upp i fyra kategorier; (1) personrelaterad egenvård, (2) livsstilsrelaterad egenvård, (3) grundläggande egenvårdsåtgärder och (4) MI och dess inverkan på blodprover och mätvärden. De främsta effekterna av motiverande samtal konstateras inom temat personrelaterad egenvård varpå *empowerment* och *self-management* enbart påverkas positivt. Främst positiva resultat presenteras i livsstilsrelaterad egenvård samt mätvärden och blodprover, däremot är resultatet till viss del splittrat mellan olika studier. **Slutsats:** Motiverande samtal är en samtalsteknik som kan användas för att förbättra egenvården hos patienter med diabetes typ 2. Resultatet upplevs inte vara bestående utan verkar avta under tid. Motiverande samtal har visat sig ha bäst inflytande på personrelaterad egenvård och hos personer med suboptimal egenvård. Detta kan bero på att *empowerment* och *self-management* är nödvändigt för att senare kunna uppnå en god praktisk egenvård. Vidare forskning krävs för att fastställa i vilka sammanhang metoden är tillämpbar och för att säkerställa en ihållande effekt.

Nyckelord: sjuksköterska, diabetes typ 2, motiverande samtal, egenvård, self-care, self-management, self-efficacy, empowerment

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Livsstilssjukdomar och livsstilsrelaterade faktorer	1
Diabetes Mellitus typ 2.....	2
Mätvärden och blodprover vid diabetes typ 2	2
Egenvård.....	3
Begrepp inom egenvård	3
Self-care	3
Self-management.....	4
Self-efficacy	4
Egenvård vid diabetes.....	4
Motiverande samtal.....	5
Empowerment	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Datainsamling	7
Tabell 1: PICO-modellen	7
Urval.....	8
Dataanalys	9
Kvalitetsgranskning.....	9
Etiska ställningstagande	10
Resultat	10
Tabell 2: Resultatöversikt	10
Personrelaterad egenvård	11
Self-management.....	11
Self-efficacy	11
Empowerment.....	12
Livsstilsrelaterad egenvård	12
Kost och nutrition.....	12
Fysisk aktivitet.....	13

Alkoholkonsumtion	14
Grundläggande egenvårdsåtgärder	14
Fotvård.....	14
Läkemedelsföljsamhet	14
Glukosmonitorering	14
MI och dess inverkan på mätvärden och blodprover.....	15
Blodtryck.....	15
HbA1c	15
Total kolesterol	15
LDL.....	15
HDL.....	16
Triglycerider.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Design	16
Datainsamling och urval.....	16
Dataanalys	18
Kvalitetsgranskning	19
Etiska ställningstaganden.....	20
Resultatdiskussion	21
Mätvärden och blodprover.....	21
Vikten av egenvård vid diabetes typ 2	21
Vikten av self-management och empowerment	22
Kliniska implikationer.....	22
Slutsats.....	23
Referenslista	24
Bilagor	31
Bilaga 1.1: Söktabell Cinahl	31
Bilaga 1.2: Söktabell PubMed	32
Bilaga 1.3: Söktabell Scopus.....	33
Bilaga 2: Artikeltabell.....	34
Bilaga 3: The Diabetes Self-Management Instrument (DSMI).....	38
Bilaga 4: Diabetes Management Self-Efficacy Scale (C-DMSSES).....	39
Bilaga 5: Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF)	40
Bilaga 6: Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS).....	41

Bilaga 7: Chinese version of the Problem Areas in Diabetes scale, short form (SF-PAID-C)	42
Bilaga 8: Patient Enablement Index (PEI), validerad i Kina.....	43
Bilaga 9: The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)	44

Inledning

Till följd av förändring av livsstilsfaktorer, i form av en minskad fysisk aktivitetsnivå samt ett ökat födointag och viktuppgång, är diabetes typ 2 den sjukdom med kraftigast ökning världen över (Groop et al. 2010). Enligt Svenska Diabetesförbundet (2022) har 5% av Sveriges befolkning en diabetessjukdom, varav 90% har diabetes typ 2. På grund av den ökade incidensen har diabetes typ 2 blivit en ökande och frekvent sjukdom, varpå det krävs att vården har uppdaterade tillvägagångssätt för att möta den växande patientgruppen. Det finns flera etablerade strategier för att bemöta patienter som är i behov av förändring, däribland *empowerment* och motiverande samtal. *Empowerment* är en strategi som kan användas för att hjälpa patienter att hitta sina styrkor och lära sig att använda dem (Fors, 2018), och motiverande samtal har på senare år implementerats inom flera omvårdnadsrelaterade områden för motivation till förändring (Socialstyrelsen, 2019a).

En viktig del i sjuksköterskans arbete med att motivera patienter till förändring är att stötta och stärka patienter i deras egenvård. För att bemöta och hantera sjukdomen krävs både sjukdomsinsikt och motivation hos patienten i kombination med stöttning och råd från sjuksköterskan. Likt andra folkhälsoproblem är diabetes typ 2 ofta en kronisk sjukdom, däremot kan rätt verktyg och strategier hjälpa personer att lära sig hantera sin sjukdom.

Bakgrund

Livsstilssjukdomar och livsstilsrelaterade faktorer

Den ökande välfärden ligger till grund för människans förändrade livsstil, vilken i sin tur har lett till en förändring i sjukdomspanoramata. I Sverige har sjukdomspanoramata sedan 1960-talet skiftat från en majoritet av infektionssjukdomar till icke-smittsamma sjukdomar, även kallade livsstilssjukdomar. Livsstilssjukdomar inkluderar bland annat hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, och härleds till livsstilsrelaterade faktorer. Kost och fysisk aktivitet är exempel på dessa faktorer och verkar inte enbart var för sig, utan interagerar även med varandra och andra komponenter i vardagen såsom ekonomi, familj och relationer (Ringsberg, 2019).

De främsta bidragande faktorerna till ökning av fetma och övervikt, i både Sverige och andra länder, är ett högt kaloriintag och fysisk inaktivitet (Ringsberg, 2019). Övervikt och fetma innebär att en överdriven eller onormal fettansamling utgör en hälsorisk (World Health Organisation [WHO], u.å.). Body Mass Index (BMI) är ett mått för att bedöma om en person befinner sig under eller över normal vikt (Ringsberg, 2019). En person anses vara överviktig med ett BMI på 25–29,9 och fetma utgör ett BMI på 30–39,9. Orsaker till övervikt kan exempelvis vara felaktiga kostvanor i kombination med för lite motion samt arvsanlag. Fortsättningsvis utgör sömnbrist och stress en ökad risk för fetma (Westergren, 2019).

Internationellt sker det en ökning av övervikt i synnerhet i hög- och medelinkomstländer, men även i låginkomstländer, vilket i sin tur har lett till en ökning av DM2 (Eriksson, 2019).

Åttio procent av de personer som drabbas av diabetessjukdom lider av fetma. Även övervikt nämns som en stor riskfaktor för diabetessjukdom. En livsstilsförändring i form av ökad fysisk aktivitet har en god effekt på kroppen fysiologiskt, men kan även förebygga psykisk ohälsa, förbättrad sömnkvalitet samt leda till en ökning av mentalt välbefinnande (Ringsberg, 2019).

Diabetes Mellitus typ 2

Diabetes Mellitus är ett samlingsnamn för metabola sjukdomar vars gemensamma faktor är kronisk hyperglykemi. Hyperglykemin kan uppstå genom bristfällig insulinutsöndring eller insulineffekt, eller båda delarna. Glukosnivåerna påverkas av såväl betacellernas insulinsekretion som alfacellernas glukagonproduktion och samspelet mellan dessa (Groop et al., 2010). Hos en person med Diabetes Mellitus typ 2 (DM2) finns inte tillräckligt med insulin för att hämma glukagonsekretionen vilket senare leder till hyperglykemi (Lindholm, 2010).

Lindholm (2010) nämner flera klassificeringsstrategier för diabetessjukdomar och hur dessa har förändrats över tid. På senare tid har sjukdomarna delats in beroende på etiologi, varpå den vanligaste, både i Sverige och internationellt, numera är DM2. Till skillnad från Diabetes typ 1, som är en progredierande, autoimmun sjukdom, kan DM2 ha flera orsaker. En central orsak är den polygena genetiska faktorn, en faktor som tillsammans med andra komponenter resulterar i sjukdomen. De främsta bidragande riskfaktorerna för DM2 är livsstilsfaktorer såsom övervikt och fysisk inaktivitet (Groop et al., 2010). Fysisk inaktivitet kan på sikt leda till ett förhöjt blodtryck; hypertoni.

Mätvärden och blodprover vid diabetes typ 2

Samsjukligheten mellan diabetessjukdomar och hypertoni är mycket vanlig. Hypertonins etiologi är starkt relaterat till livsstilsfaktorer, vilket gör att DM2-diagnosen ofta föregås av hypertoni, både behandlad och obehandlad. Blodtrycksbehandling för personer med DM2 är en av de grundläggande åtgärderna för att optimera deras prognos. Ett sänkt blodtryck minskar risken för både kardiovaskulär sjukdom och utveckling av andra komplikationssjukdomar (Berne, 2010).

För att mäta den genomsnittliga nivån av blodsocker under senaste två till tre månaderna används oftast måttet HbA1c. En stabil blodsockernivå över tid är viktigt för att minska risken för nedsatt livskvalitet och komplikationer av DM2 (Lind, 2020). Vidare beskriver Eriksson (2020) att hyperglykemi leder till en utveckling av lipoproteiner, varpå mätning av lipidomsättning också har blivit en viktig del av provtagningen. Till lipidvärden räknas ofta

triglycerider, kolesterol, LDL och HDL. Eftersom höga nivåer av LDL är starkt förknippat med en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar, är blodfettsänkande behandling en central del av diabetesvården. Kost- och livsstilsförändringar vid DM2 samt viktning och ökad motion betraktas som viktiga komponenter för en kontrollerad blodsockernivå och ett kontrollerat blodtryck. Därav kan blodprover och mätvärden i vissa fall fungera som ett mått på hur väl en persons egenvård fungerar.

Egenvård

Egenvård utgörs av de strategier och handlingar som en person gör i syfte att främja hälsa och välmående samt motverka ohälsa och sjukdom. Det är patienten själv som ansvarar för sitt egenvårdsarbete. Vårdpersonal kan komma med råd och stöd men i slutändan är det patienten som själv avgör vad som kan vara fungerade och kan implementeras i sitt liv (Auduly, 2019).

En person som ska utföra egenvård kräver förmågor som kunskap, kraft och motivation. När egenvårdsbehoven uppnås genom de förmågorna, skapas en egenvårdsbalans hos personen. I patientens egenvårdsarbete väger sjuksköterskans roll tungt i stödjandet av personen.

Forskningen inom egenvård, hos personer med långvarig sjukdom, handlar om livsstilsbeteenden som har inverkan på sjukdomens progressivitet. Vid DM2 ses kost och fysisk aktivitet som en grundläggande del till behandling (Auduly, 2019).

Enligt Friberg (2019) är det betydelsefullt att ta hänsyn till de etiska aspekterna inom egenvård vid långvarig sjukdom. De krav som ställs på patienten är viktiga att förhålla sig kritiskt till, såsom livsförändringar för att bibehålla patientens hälsa. Kraven måste ge anspråk för möjligheten att uppnå dem genom de förutsättningar som finns. Därav understryks vikten av ett delat beslutsfattande, vilket innebär att både sjuksköterska och patient gemensamt kommer fram till ett beslut utifrån den individuella kunskapen och utbildningen (Sandman, 2019).

Begrepp inom egenvård

I engelskan finns begrepp för olika sätt att beskriva egenvård, medan det i Sverige bara finns ett ord. Därmed har dessa begrepp från engelskan implementerats i Sverige vid djupare specificering av egenvård (Auduly, 2019).

Self-care

Begreppet *self-care* används för att beskriva allt en person gör för att bibehålla och främja sin hälsa. Begreppet tillämpas även i tal om att upprätthålla liv, hälsa och välmående genom att vårda sig själv. *Self-care* definieras som ett större begrepp som omfattar *self-management*. (Auduly, 2019).

Self-management

Self-management, till skillnad från *self-care*, är allt en person gör för att hantera sin långvariga sjukdom och dess konsekvenser (Audulv, 2019).

Self-efficacy

Det engelska begreppet *self-efficacy* översätts till självkompetens på svenska. Självkompetens definieras som den tilltron individen har till sin egen förmåga att klara av och utföra en viss uppgift inom dess egenvård (Rydholm Hedman, 2019).

Egenvård vid diabetes

DM2 kan leda till metabola störningar såsom en konstant försämring i insulinsekretion. Genom att se DM2 som en progressiv sjukdom motiveras vikten av egenvård och livsstilsförändring för bättre möjlighet till hantering av sjukdomen. Det grundläggande för en persons möjlighet till egenvård är vårdgivarens förmåga att förmedla kunskap till personen med diabetes. Egenvård, samt kunskap om och hantering av sjukdomens komplikationer, är en väsentlig del av diabetesbehandlingen. Egenvårdsråd gällande livsstil inkluderar bland annat sömn, alkoholvanor, kost och fysisk aktivitet. Praktiska egenvårdsåtgärder såsom egenmätning av metabol kontroll och information om komplikationer i form av tandhälsa, menstruation och graviditet samt kardiovaskulära sjukdomar är också väsentliga i egenvården vid DM2 (Groop et al., 2010). Enligt Socialstyrelsens (2019b) Nationella riktlinjer för diabetesvård är hälsosam kosthållning och fysisk aktivitet viktigt för att förebygga DM2, men även för symtomlindring efter att sjukdomen har utvecklats. Dessutom beskrivs vikten av ett kontrollerat blodsocker och läkemedelsföljsamhet för att minska risken för komplikationer av sjukdomen.

Fortsättningsvis är inspektion av fötter och användning av lämpliga strumpor och skor också grundläggande egenvårdsåtgärder. En god fotvård verkar förebyggande och motverkande mot skador på fötter (Berne & Sörman, 2010). Fotkomplikationer är ett allvarligt hot mot personer med diabetes. Sår och infektioner är starkt förknippade med den så kallade ”diabetesfoten” och behandling av dess komplikationer är mycket kostnadskrävande (Apelqvist & Bergqvist, 2010).

Egenvård vid diabetes innebär allt en person gör för att må bra trots sin långvariga sjukdom. Egenvården medför vinster i det långa loppet men färre på kort sikt. Detta medför att svårigheten i egenvårdsarbetet blir motivationen hos personen att bedriva egenvård, i synnerhet när ansträngningarna väger tyngre än vinsterna. För att personerna ska lyckas i sin egenvård behöver vårdteamet en förståelse för patientens kunskap om sin diabetessjukdom inom diverse aspekter såsom injektionsteknik, komplikationsrisker, egenvård och hur personens vardag ser ut. På så sätt kan vårdteamet inge stöd och utbildning anpassat efter den enskilda patienten. (Wikblad, 2012a).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) (*eng. Motivational Interviewing*) är en samtalsmetod som syftar till att öka motivationen för beteendeförändringar hos patienter. MI utgår från fyra olika principer: att (1) stärka patienter egen kompetens, (2) att visa empati, (3) att utveckla diskrepans och (4) att minska patientens motstånd mot förändring (Wikblad, 2012b). Enligt Socialstyrelsen (2019a) har MI tillämpats vid livsstilsrelaterade förändringsprocesser sedan 1980-talet, som ett verktyg för att bidra till såväl motivation som beteendeförändring. Samtalsmetoden bygger på att en person börjar ifrågasätta en del av sin livsstil, vilket sedan öppnar upp för vårdgivaren att möjliggöra och främja förändring. Även Socialstyrelsen betonar vikten av empati, och däribland även att stärka och stötta patienten i sitt eget arbete, som betydelsefulla komponenter i samtalsmetoden.

Vad gäller livsstilsrelaterade diskussioner, möjliggör MI självbestämmande för patienter. Sjuksköterskans förmåga att samspela och arbeta tillsammans med patienten är nödvändig för att patienten ska öppna upp och dela med sig av sina hinder, utmaningar och styrkor. Med andra ord krävs en ömsesidig dialog mellan sjuksköterska och patient för att identifiera ansträngningar och motgångar (Brobeck et al., 2014).

Empowerment

Under lång tid har sjukvården präglats av *compliance*-tänkande vilket innebär att patienten förväntas göra det som vårdpersonalen säger att de ska göra. I vissa fall fungerar detta bra, i andra inte alls. *Empowerment* och personcentrerad vård spelar en stor roll i detta, där *empowerment* och *compliance* kan ses som en annan nivå av patienters delaktighet och aktivitet i sin individuella vård. Med *empowerment* som förhållningsätt bär patienten ansvaret, medan vårdpersonalen finns där som ett stöd för patienten (Wikblad, 2012a).

Denna studie utgår från *empowerment* som teoretisk referensram. *Empowerment* är mer än ett begrepp och bör ses som en process där målet är att personen får möjlighet att ta kontroll över sitt eget liv samt en större makt över sin egen hälsa. Grunden i *empowerment* är kraft, inte att personen ska få nytillkommen kraft, kapaciteter eller resurser, utan ska använda den kraft som redan existerar inom sig. Med andra ord; attrahera och identifiera kraften och på så vis möjliggöra användning av den. Genom uppmuntran och stöd till personen bidrar detta till personutveckling, att nå uppsatta mål och bemästra motgångar som kan uppkomma under livets gång. Grunden till *empowerment* ligger i tanken att personer själva kan tydliggöra sina problem och därigenom göra teori till handling för att handskas med problematiken (Fors, 2018).

Begreppet *empowerment* anses ha många olika definitioner hos olika forskare; vissa ser det som att ge patienten autonomi medan andra syftar på en maktkonflikt. Maktkonflikten syftar till när vårdpersonal överför makten till patienten. Sjuksköterskan kan stärka patientens kraft,

där kunskap och erfarenhet, sjukdom, symtom och livssituation bejakas. Patienten behöver utrymme i mötet med vårdteamets alla parter, om patient och vårdpersonal står lika skapas ingen maktkonflikt (Eldh, 2019). Patientlagen (SFS 2014:821) syftar till att patientens självbestämmande, integritet och delaktighet främjas genom ett stärkande från hälso- och sjukvården. Vidare är det avgörande att patienten själv får bestämma vad delaktighet i dess vård innebär, vilket ökar personens medverkan i vård- och behandlingsbeslut och därmed även patientens autonomi (Eldh, 2019).

Ur ett omvårdnadsperspektiv syftar *empowerment* till att öka den enskildes kraft att påverka sin hälsa. Detta betyder att patienten i fråga behöver adekvat och korrekt information, vilket i sin tur skapar möjlighet till ett individuellt beslutsfattande om personens egen situation. Dessa beslut behöver inte ses som essentiella för någon annan än personen själv (Elgán, 2019). *Empowerment* är beroende av patientens *self-management* och grundläggande för att uppnå en god egenvård (Tol et al., 2013). En ökning av personers *empowerment* leder till ett aktivt genomförande av individens egenvård. Detta kan exempelvis leda till att personen med DM2 återupptar eller påbörjar användning av glukosmätare och en regelbunden kontroll av sina fötter avseende färg, känslighet och hudkvalité (Guthreau et al., 2006).

Problemformulering

En ökning av DM2 inom i befolkningen och därmed har hälso- och sjukvården lett till en ökad förståelse av sjukdomen och dess konsekvenser. En grundläggande del i sjuksköterskans möte och samarbete med patienter med DM2 är förmågan att förmedla denna nya kunskap samt att ge råd kring hur den kan implementeras i vardagen för att främja och bibehålla hälsa.

Egenvård är en central del för patienter som lever med en långvarig sjukdom men brist på kunskap och stöd kan leda till komplikationer och ett förvärrat hälsotillstånd. Att fastställa hur sjuksköterskan med hjälp av MI kan påverka egenvården hos patienter med DM2, vilket är av vikt för att motverka komplikationer. Genom en förbättrad egenvård, kan patienter med DM2 minska risken för komplikationer och försämring i sin grundsjukdom.

Syfte

Syftet är att undersöka om och i så fall hur sjuksköterskans motiverande samtal påverkar egenvård och mätvärden hos patienter med diabetes typ 2.

Metod

Design

Denna studie är en litteraturöversikt som syftar till att undersöka om egenvården samt mätvärden hos patienter med DM2 påverkas av sjuksköterskans MI och i så fall hur. En litteraturöversikt syftar till att öka kunskapen inom ett specifikt ämne, i detta fall ett omvårdnadsrelaterat, genom att framhäva befintlig kunskap inom valt forskningsområde (Friberg, 2022b).

Datainsamling

För att specificera studiens problemområde tillämpades PICO-modellen, vilken senare användes för att lägga grunden för identifieringen av sökord till datainsamlingen. PICO-modellen möjliggjorde även framväxten av inklusions- och exklusionskriterier till studien. PICO-modellen redovisas i Tabell 1. Enligt Friberg (2022c) är PICO-modellen lämplig att använda vid studerandet av en interventions effekt, i det här fallet effekten av MI. Populationen i denna studie är patienter med DM2. Eftersom detta är en litteraturöversikt är kontroll (comparison) inte en tillämpbar rubrik, därav redovisas inte denna kolumn i Tabell 1. Utfallet (outcome) av studien blir egenvård. Friberg (2022c) beskriver PICO-frågorna som bidragande till en avgränsning av studiens problemområde.

Tabell 1: PICO-modellen

Population	Intervention	Comparison (Kontroll)	Outcome (Utfall)
Patienter med diabetes typ 2	Sjuksköterskans motiverande samtal	Ej tillämpbart	Egenvård

Författarna deltog vid en föreläsning om strukturerad informationssökning av bibliotekarier på Sahlgrenska Akademin; institutionen om vårdvetenskap och hälsa. Detta bidrog till adekvat stöd vid utformning av syfte, sökord och PICO-modellen. Data samlades in från totalt tre olika databaser; Cinahl, Pubmed och Scopus. De sökord som användes för att hitta relevanta artiklar var: *Diabetes type 2, motivational interviewing, self-care, self-management, self-efficacy, effects, nurses, nursing* och *lifestyle*. Författarna valde att inte inkludera *empowerment* som sökord då sökningarna inte resulterade i artiklar som bedömdes vara relevanta mot syfte. Dessutom noterades att *empowerment* förekom i flera artiklar utan användning av sökordet, varpå sökningarna bedömdes fullgoda. Slutligen bidrog sökorden till artiklar av relevans gentemot syfte och problemformulering.

Cinahl innehåller ett urval av artiklar primärt relaterat till omvårdnadsvetenskap medan PubMed främst fokuserar på medicin och hälsa. De båda omvårdnadsrelaterade databaserna

ansågs vara relevanta till studiens syfte, varpå sökningen inleddes där. Vidare används även Scopus vid informationssökning av vårdvetenskapliga artiklar (Östlundh, 2022). Litteratursökningen kompletterades sedan med en sökning i Scopus för vidare inkludering av källor. Slutligen valdes fem artiklar ut från Cinahl, sex från PubMed och en från Scopus.

Informationssökningen fullföljdes sedan av diverse kombinationer av valda sökord. Med ambition att få fram sökord som sedan kunde nyttjas i flera databaser användes Svensk MeSH. Karlsson (2017) menar att detta är ett relevant sätt att hitta adekvata sökord till respektive databas. Vidare användes sökorden från Svensk MeSH i PubMed och Scopus medan användandet av synonyma ord, till exempel *mi*, användes i Cinahl. De synonyma orden uppkom som förslag vid till exempel *motivational interviewing* som sökord.

Karlsson hänvisar till booleska operatorer, såsom AND, OR och NOT för att söka artiklar med flera ämnesord och därigenom specificera, expandera respektive specificera sökningarna. AND användes för att specificera och avgränsa sökningen och OR användes för att utvidga sökningen. NOT blev inte tillämpbar då resultaten med hjälp av AND och OR visade sig vara fullgoda.

Samtliga artiklars rubriker granskades för att exkludera irrelevanta artiklar som inte svarade på syftet. Därefter bedömdes artiklarnas abstrakt för en mer djupgående avvägning. De artiklar som ansågs vara relevanta granskades sedan i fulltextformat, varpå de studier som inte mötte studiens inklusionskriterier exkluderades. Totalt granskades 26 artiklar i fulltextformat. Slutligen inkluderades 12 originalartiklar i studien.

Litteratursökningarna i PubMed ledde till ett brett sökresultat, varpå sökningarna specificerades ytterligare genom att de böjningsalternativ som databasen föreslog exkluderades. Därav resulterade sökningarna i PubMed i exempelvis (Diabetes type 2) AND (motivational interviewing) i stället för (Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2) AND (motivational interviewing or mi or motivational interview), som i Cinahl och Scopus. Vidare användes endast sökordet *lifestyle* i Cinahl då behov för att specificera litteratursökningen fanns. Litteratursökningarna redovisas i Bilaga 1.1, 1.2 och 1.3.

Urval

En inledande sökning utfördes för att undersöka det aktuella kunskapsläget inom valt område, med inklusionskriteriet publiceringsår från 2009 (Se Bilaga 1.2). Sökningen resulterade enbart i en artikel, varpå inklusionskriteriet ändrades till publiceringsår 2014. Detta resulterade i för få relevanta artiklar gentemot studiens syfte, varpå författarna under sökprocessen valde att bredda inklusionskriteriet till publiceringsår mellan 2012 och 2022. Detta bidrog till fler adekvata artiklar. Ytterligare ett inklusionskriterie var att studiernas deltagare skulle vara över 18 år.

Fortsättningsvis skulle artiklarna vara originalartiklar samt peer-reviewed, vilket innebär att artiklarna är granskade på ett källkritiskt sätt av flera personer. Enligt Karlsson (2017) är detta ett sätt att garantera forskningens kvalitet. Vid informationssökningens begynnelse notederades en brist på relevanta studier utförda i Sverige men även Skandinavien och Europa. Detta bidrog till ett aktivt val att inkludera artiklar både i, men främst utanför, Europa. Dessutom inkluderades artiklar med både subjektiva och objektiva data, och därav både kvantitativa och kvalitativa artiklar.

Avslutningsvis exkluderades artiklar som var skrivna på ett annat språk än svenska eller engelska, artiklar som inte var tillgängliga i fulltext, likaså artiklar i vilka specialistsjuksköterskor hade en större roll.

Dataanalys

I enlighet med Friberg (2022b) utfördes analysprocessen i form av fyra steg. Inledningsvis läste författarna de tolv inkluderade artiklarna enskilt ett flertal gånger för att få en uppfattning om dess innehåll och sammanhang. Författarna använde sig av ett gemensamt dokument där sammanfattningar och viktiga synpunkter dokumenterades. Därefter läste författarna artiklarna gemensamt för att diskutera artiklarna, och därmed konstatera huruvida författarna hade samma uppfattning om artiklarna eller inte. För det andra utformades en artikeltabell (Bilaga 2) där bland annat artiklarnas metod, syfte och resultat redovisades. För det tredje diskuterade författarna likheter och skillnader mellan de valda artiklarnas resultat. Slutligen utformades kategorier respektive subkategorier utifrån artiklarnas likheter och skillnader, vilket resulterade i studiens kategorier och underkategorier.

Kvalitetsgranskning

Friberg (2022c) menar att granskning är väsentlig för att konstatera artiklarnas innehåll och innebörd, och att det därmed kan bidra till att fastställa dess kvalitet och koppling till examensarbetes syfte på ett adekvat sätt. Kvalitetsgranskningen av artiklarna utfördes enligt SBU:s granskningsmallar (SBU, 2022). Artiklar med kvalitativ design granskades utefter mallen för bedömning av studier med kvalitativ metod. Vidare granskades artiklar av randomiserad, kontrollerad studiedesign med kvantitativ metod med stöd av mallen för bedömning av randomiserade studier. Öz och Buyuksoy (2022) som är en kvantitativ studie granskades utefter bedömning av icke-randomiserade studier av interventioner eftersom studien varken hänvisar till någon intervention- eller kontrollgrupp. Kvalitetsgranskningen resulterade i en kvalitetsbedömning från låg, medel eller hög kvalitet. Samtliga av de valda artiklarna granskades gemensamt av båda författarna för att under tidens gång diskutera idéer och tankar om kvaliteten. Artiklarna som inkluderades var antingen av måttlig- eller hög kvalitet, varav elva med hög kvalitet respektive en med medel kvalitet.

Etiska ställningstagande

Enligt Sandman och Kjellström (2018) krävs inget etiskt godkännande för ett examensarbete på grundnivå. Däremot är flertalet av de inkluderade artiklarna, förutom två, etiskt godkända. Studien utförd av Fazio et al. (2019) hänvisar inte till något etiskt godkännande. Young et al. (2020) hänvisar inte heller till något etiskt godkännande, utan till både muntligt och skriftligt samtycke från studiens deltagare.

Resultat

Sju av de inkluderade artiklarna är RCT-studier, vilket innebär att det i studien finns en intervention- och en kontrollgrupp där kontrollgrupperna mottog vanlig vård. Studierna har därefter valt att presentera sina resultat i teman och kategorier eller genom skalor och enkäter. Denna studies resultat är genomgående i temat egenvård som resultat av interventioner baserade på MI i jämförelse med vanlig vård. Resultatet kan tolkas genom att faktorer inom Personrelaterad egenvård är nödvändiga för att motivera till förändring i Livsstilsrelaterad egenvård och Grundläggande egenvårdsåtgärder. Dessa förändringar kan över tid mätas genom mätvärden och blodprover. Resultatet presenteras nedan genom kategorier och subkategorier, se Tabell 2. Slutligen inkluderades de artiklar som återfinns i resultatet från totalt fem världsdelar; Asien, Afrika, Sydamerika, Nordamerika och Europa.

Tabell 2: Resultatöversikt

Kategori	Subkategori
Personrelaterad egenvård	<ul style="list-style-type: none">• Self-management• Self-efficacy• Empowerment
Livsstilsrelaterad egenvård	<ul style="list-style-type: none">• Kost och nutrition• Fysisk aktivitet• Alkoholkonsumtion
Grundläggande egenvårdsåtgärder	<ul style="list-style-type: none">• Fotvård• Läkemedelsföljsamhet• Glukosmonitorering
MI och dess inverkan på mätvärden och blodprover	<ul style="list-style-type: none">• Blodtryck• HbA1c• Total kolesterol• LDL• HDL• Triglycerider

Personrelaterad egenvård

Self-management

För att undersöka hur deltagarnas *self-management* förändrades under tre månader, använde Chen et al. (2012) the Diabetes Self-Management Instrument (DSMI), (Bilaga 3). DSMI är ett instrument som är utformat för att mäta egenvård relaterad till metabol kontroll och glukosmonitorering hos patienter med diabetes. Formuläret består av 35 frågor som patienterna bedömer genom att svara *aldrig, sällan, ofta* eller *hela tiden*. Svartalternativen räknas sedan om genom ett poängsystem där resultatet hamnar i poängintervallet 35–140, där 140 är bästa möjliga resultat. Efter tre månader visade DSMI en ökning i både kontroll- och interventionsgrupp, varpå den största ökningen noterades bland de i interventionsgruppen som inledningsvis hade ett värde under 121,24.

Fazio et al. (2019) utförde en kvalitativ analys av intervjuer och presenterade sitt resultat i fem kategorier. Kategori fem var ”Change in Health Indicators” och sågs som en klinisk indikator för hur väl patientens *self-management* fungerar. I denna kategori konstaterades förbättringar i HbA1c, viktnedgång och minskat insulinbehov. De patienter som upplevde förbättringar i denna kategori, upplevde även ofta förbättringar i en eller flera av de andra kategorierna, samt var motiverade till ett fortsatt arbete med sina mål. I denna kategori var det dock inte ovanligt för patienter att få ett blandat resultat, exempelvis genom ett lägre HbA1c och ökad fysisk aktivitet, men ingen viktnedgång. Dessa resultat härleder Fazio et al. till fysiska faktorer såsom stress eller andra sjukdomar. Trots detta kunde de blandade resultaten leda till frustration hos patienterna. Då kunde sjuksköterskorna erbjuda stöttning och utbildning i komplexiteten i egenvård vid diabetes, samt hjälpa patienterna att fokusera på alla förbättringar de har uppnått.

Self-efficacy

Browning et al. (2016) använde Diabetes Management Self-Efficacy Scale (C-DMSES), (Bilaga 4) för att bedöma patienternas tilltro till sin förmåga att hantera sin DM2, avseende egenvårdsåtgärderna glukosmonitorering, kost och fysisk aktivitet. Formulärets 20 frågor besvarades med svartalternativ som var poängsatta 0, 5 eller 10 poäng, vilket genererar en totalpoäng mellan 0–200. Försämring skedde i båda grupperna, däremot var försämringen i interventionsgruppen enbart hälften så stor som i kontrollgruppen. Vidare resulterade studien gjord av Chen et al. (2012) i stället i en ökning i C-DMSES enbart i interventionsgruppen.

Young et al. (2020) undersökte primärt deltagarnas upplevelse av sin *self-efficacy* och använde Diabetes Empowerment Scale short form (DES-SF), (Bilaga 5). DES-SF består av åtta påståenden som besvaras av deltagarna mellan 1–5, varpå 1 är att inte hålla med alls medan 5 innebär att påståendet stämmer helt. I studien ökade deltagarnas *self-efficacy* 7,6 gånger mer i interventionsgruppen än i kontrollgruppen efter tre månader. Däremot återfanns ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna efter nio månader. Trots att båda grupperna

efter nio månader hade ökad *self-efficacy*, var resultatet lägre efter nio månader än tre månader i interventionsgruppen. Enligt Young et al. tyder detta på att interventionen i denna studie gav ett, till största del, kortvarigt resultat. Generellt sågs en betydande förbättring i *self-efficacy* i interventionsgruppen i 3–4 av enkätens åtta kategorier efter MI.

Dogru et al. (2019) använde i stället Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS), (Bilaga 6) som i praktiken används för att mäta *self-efficacy* hos patienter med DM2. Formuläret tillämpas likt det tidigare; formuläret består av åtta frågor som deltagaren värderar mellan 1–5, varpå 1 inte stämmer alls och 5 stämmer helt. I interventionsgruppen ökade PDSMS från 17,1 innan studiens start till 35,0 av 40 efter tre månader, medan det i kontrollgruppen minskade från 21,7 till 16,5.

Empowerment

Interventionen i studien av Dellasega et al. (2012) resulterade i att patienterna uppfattade att sjuksköterskorna förstod vad de gick igenom. Genom samtal med MI som grund, uppkom empati som ledde till såväl uppmuntran som *empowerment*, vilket i sin tur resulterade i att patienterna blev mer öppna och mottagliga för sjuksköterskans förslag och kommentarer. Patienterna uppfattade att relationen till sjuksköterskan fungerade mer som ett partnerskap än till tidigare sjuksköterskor. Detta ledde till att deltagarna kände sig *empowered* och kunde med hjälp av information ta sina egna beslut samt med hjälp och stöttning av sjuksköterskan även sätta mål. I de fall där patienterna tidigare upplevde svårigheter gällande *self-care*, kunde sjuksköterskan vara behjälplig med omprioritering i vardagen.

Li et al. (2020) verkställde en RCT-studie varpå interventionsgruppen deltog i ett *empowerment*-program baserat på MI. Studiens resultat bedömdes delvis med den kinesiska, korta versionen av Problem areas in diabetes (SF-PAID-C), (Bilaga 7), som undersöker känslomässig, diabetesrelaterad ångest. Formuläret består av åtta frågor som patienterna värderar från 0–4, där 0 innebär att påståendet inte är ett problem för patienten medan 4 innebär att det är ett stort problem. Studien undersökte även Patient Enablement Index (PEI), (Bilaga 8), vilken används för att bedöma resultatet av en behandling, vilket i denna studie primärt härleds till *empowerment*. PEI tillämpar sex påståenden som patienterna värderar mellan 0–2, från försämring/ingen förbättring till stor förbättring, eller inte tillämpbart. Studien resulterade i en signifikant förbättring i de båda formulärens från start och efter tre månader. Denna förbättring sågs inte i kontrollgruppen vilket Li et al. härleder till effekten på *empowerment* av MI.

Livsstilsrelaterad egenvård

Kost och nutrition

Studien genomförd av Jansink et al. (2013) visade marginella resultat och skillnader avseende kost mellan intervention- och kontrollgrupp efter 14 månader. De båda grupperna ökade sitt

dagliga intag av grönsaker men minskade intaget av frukt. Dessutom minskade båda grupperna andelen fett i sin kost, denna förbättring var dock större i kontrollgruppen. Fortsättningsvis återfann inte Li et al. (2020) heller någon signifikant skillnad avseende kost mellan intervention- och kontrollgrupp efter tre månader.

do Valle Nascimento et al. (2017) använde den portugisiska versionen av Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), (Bilaga 9) för att undersöka patienternas förändring av kostvanor efter MI. Formuläret omfattar exempelvis frågor avseende hur ofta viss mat konsumeras, såsom sötsaker eller mat med hög fetthalt, samt hur mycket frukt och grönsaker ens kost består av. Efter sex månader kunde förbättringar utmätas avseende; intag av frukt och grönsaker samt intag av sötsaker. Däremot sågs en försämring i hur ofta deltagarna åt mat med hög fetthalt.

En större förbättring avseende kostvanor skedde i interventionsgruppen i förhållande till kontrollgruppen (Öz & Buyuksoy, 2022; Steffen et al., 2021). Efter nio månader förbättrades kostvanor genom ett minskat intag av livsmedel med hög andel kolhydrater eller utformandet av en målsättning av ett dagligt kaloriintag (Fazio et al., 2019). I studien utförd av Serfontein och Mash (2013) uppgav deltagarna att de i större utsträckning avstår från sötsaker och inkluderar mer grönsaker i sin kost efter interventionen. Dessutom skedde en generell ökning av vitt kött och fisk i kosten, samt en minskning av rött kött och fett. Deltagarna nämnde tidigare svårigheter med diabetesanpassad kosthållning och hur det problematiserades vid stress. Genom interventionen ökade dock deras medvetenhet om vad de äter, och informationen från studien ledde till en ökad förståelse av kost i helhet och hur det påverkar deras DM2.

Fysisk aktivitet

Studien utförd av Jansink et al. (2013) resulterade i en försämring i interventionsgruppens aktivitetsgrad, respektive en förbättring i kontrollgruppen. I studien av Browning et al. (2016) visade att det i varken intervention- och kontrollgruppen skedde någon förbättring i fysisk aktivitet. De båda grupperna hade minskat sin fysiska aktivitetsnivå efter 12 månader. Efter tre månader hade inte heller Öz och Buyuksoy (2022) studie resulterat i någon skillnad avseende aktivitetsnivå, medan Li et al. (2020) presenterade en minimal förbättring i aktivitetsgrad i såväl intervention- som kontrollgrupp.

Till skillnad från tidigare resultat poängterade do Valle Nascimento et al. (2017) och Steffen et al. (2021) en förbättring i deltagarnas fysiska aktivitetsnivå efter sex månader. Studien av Serfontein och Mash (2013) var en fortsättning på en studie i vilken interventionen avsiktligt relaterade fysisk aktivitet till promenader. Detta eftersom patienterna saknade finansiella resurser för att införskaffa ett gymmedlemskap, dessutom var det problematiskt att träna utomhus under vintern med anledning av väderförhållanden såsom kyla och regn. Trots detta förklarade patienter att de tagit till sig information om vikten av fysisk aktivitet och

började därmed implementera det (promenader) i sina dagliga rutiner. Likt Serfontein och Mash studie, resulterade även studien av Fazio et al. (2019) i att promenader integrerades i deltagarnas arbetsdagar och/eller att patienten började gå till gymmet regelbundet.

Alkoholkonsumtion

Studien av Serfontein och Mash (2013) visade ingen effekt på alkoholkonsumtion. Detta hänvisades till att patienterna antingen inte drack alkohol tidigare, eller gjorde det ytterst sällan. Fortsättningsvis resulterade studien utförd av Jansink et al. (2013) i en marginell minskning av alkoholintag efter tre månader i interventionsgruppen medan det var oförändrat i kontrollgruppen.

Grundläggande egenvårdsåtgärder

Fotvård

I interventionsgruppen ökade deltagarna sin fotvård från 4,5 dagar till 4,9 dagar i veckan, vilket är sju gånger så stor ökning jämfört med kontrollgruppen (Browning et al., 2016). Även i studien av Serfontein och Mash (2013), resulterade interventionen i en signifikant ökning av i vilken grad patienterna skötte sina fötter. En patient förklarade hur hen tidigare tvättat sina fötter dagligen, men nu även har lärt sig att ta hand om sina fötter. Patienten nämnde sina nya kunskaper om vikten av att klippa sina naglar samt att använda bekväma skor, i stället för skor som klämmer.

Läkemedelsföljsamhet

En minimal förbättring sågs i de båda gruppernas läkemedelsföljsamhet, dock en större förbättring i kontrollgruppen än i interventionsgruppen (Li et al., 2020; Steffen et al., 2021).

Trots utbildning om korrekt intag och hantering av läkemedel, uppgav vissa patienter att de delvis avviker från sina ordinationer, även efter interventionen. Vissa deltagare menade att informationen inte var nödvändig för dem utan för andra i gruppen. Andra deltagare menade i stället att det inte är av betydelse huruvida de tar sina tabletter efter ordination eller inte då deras socker inte påverkas. Samtidigt uppgav andra patienter att de efter utbildningen lärt sig om medicinering och därmed blivit mer noggranna med såväl hantering som intag av läkemedel (Serfontein & Mash, 2013). Även Fazio et al. (2019) presenterar en förbättrad läkemedelsföljsamhet efter MI.

Glukosmonitorering

Som resultat av interventionen upplevde patienter att de blev hörda och bemötta som personer, vilket i sin tur resulterade i att en patient för första gången började övervaka sitt glukosvärde på egen hand (Dellasega et al., 2012). Patienternas förmåga att sköta sin

glukosmonitorering ökade avsevärt i interventionsgruppen, den ökade från 1,46 dagar till 2,45 dagar i veckan (Browning et al., 2016).

MI och dess inverkan på mätvärden och blodprover

Blodtryck

do Valle Nascimento et al. (2017) visar en ökning i det systoliska blodtrycket från 143 mmHg till 146,9 mmHg, från studiens start till sex månader efter intervention. Samtidigt sjönk det diastoliska trycket minimalt utan någon signifikant skillnad. Studien av Jansink et al. (2013) visar i stället att det systoliska trycket hade sjunkit lika mycket mellan intervention- och kontrollgrupp efter 14 månader. De båda gruppernas diastoliska tryck hade också sjunkit, dock lite mer i interventionsgruppen.

I studien av Browning et al. (2016) hade det systoliska trycket sjunkit med 1,57 mmHg i interventionsgruppen medan det hade ökat med 2,40 mmHg i kontrollgruppen. Ingen större skillnad på det diastoliska trycket återfanns mellan grupperna, varken före eller efter intervention. Även i en studie av Steffen et al. (2021) sjönk det systoliska blodtrycket i interventionsgruppen; från 147,2 mmHg till 132,7. Även det diastoliska trycket hade sjunkit; från 75,1 till 68,7. Kontrollgruppens resultat visade ingen statistisk signifikans i något av studiens mätvärden.

HbA1c

I Browning et al. (2016) studie hade HbA1c sjunkit lika mycket i båda grupperna efter 12 månader. Likaså hade HbA1c i Jansink et al. (2013) studie sjunkit utan betydande skillnad mellan de två grupperna; -0,5 mmol/l i interventionsgrupp och -0,3 mmol/l i kontrollgrupp. Dock visade flera andra studier en markant förbättring i HbA1c hos interventionsgruppen (Chen et al., 2012; do Valle Nascimento et al., 2017; Dogru et al., 2019; Steffen et al., 2021). Samtidigt visade inte kontrollgruppen någon betydande förändring (Chen et al.; Steffen et al.).

Total kolesterol

I studien av Jansink et al. (2013) sjönk båda gruppernas kolesterolvärde efter 14 månader, dock noterades ingen betydande skillnad mellan intervention- och kontrollgrupp. I studien av Browning et al. (2016) hade kolesterolvärdet sjunkit 0,27 mmol/l i intervention- och 0,12 i kontrollgrupp. En förbättring sågs även i studien av Dogru et al. (2019) vars värde i interventionsgruppen hade sjunkit med 1,86 mmol/l.

LDL

Enligt Browning et al. (2016) och Jansink et al. (2013) återfanns ingen betydande skillnad mellan intervention- och kontrollgrupp avseende LDL. I studierna av Dogru et al. (2019) och do Valle Nascimento et al. (2017) hade LDL hade sjunkit med 0,9 mmol/l efter intervention.

HDL

Browning et al. (2016) och do Valle Nascimento et al. (2017) presenterade en ökning av HDL i interventionsgrupperna; 0,05 respektive 0,0694 mmol/l. Browning redovisade en motsvarande ökning även i kontrollgruppen; 0,055. Dogru et al. (2019) presenterade i stället en minskning med 0,14 mmol/l efter intervention.

Triglycerider

Dogru et al. (2019) och do Valle Nascimento et al. (2017) studier resulterade i en minskning av triglycerider efter intervention; -1,15 respektive -2,15 mmol/l. Även Browning et al. (2016) presenterade en minskning i interventionsgruppen; -0,27, men även i kontrollgruppen; -0,21.

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Enligt Henricson (2017a) är diskussionen om styrkor och svagheter avgörande i en metoddiskussion för att säkerställa examensarbetets kvalitet, vilket i sin tur blir betydelsefullt för påvisandet av ett kritiskt förhållningssätt. Meningen med metoddiskussion är att utgöra utefter ovanstående om metoden har svarat på studiens syfte. Studiens valda design är en litteraturoversikt vilket enligt Friberg (2022b) handlar om att få kunskap om det befintliga kunskapsläget inom valt område. Designen visade sig vara relevant för syftet och bidrog även till en god insikt i befintligt kunskapsläge.

Examensarbetet utformades utefter ett deduktivt förhållningssätt då *empowerment* som teoretisk referensram, samt litteraturoversikt som design, bestämdes i början av arbetet (Henricson, 2017b). Författarna valde att utesluta andra metoder såsom en intervjubaserad studie som också hade kunnat svara på syftet, men med tidsbrist i åtanke, som sedan skulle resultera i en sämre vetenskaplig kvalitet, beslutade sig författarna för att gå vidare med en litteraturbaserad studiedesign.

Datainsamling och urval

PICO-modellen användes för datainsamling. Detta resulterade i tydliga inklusions- respektive exklusionskriterier för studien. Med hjälp av PICO underlättades informationssökningen och därmed fastställning av sökord, vilket i sin tur bidrog till artiklar med hög relevans i relation till syftet. Likt SBU (2020a) beskrivning av användandet av PICO, nyttjades modellen till att skapa en relevant och användbar struktur gällande frågor om interventioner och behandlingar.

Vidare anser författarna att PICO blev relevant för syftet då MI i detta fall berörs som en behandling/intervention, trots att *Comparison* inte blev tillämbart.

Litteratursökningen genomfördes i totalt tre databaser; Cinahl, PubMed och Scopus, som är inriktade på omvårdnad, vilket i sin tur resulterade i 12 relevanta artiklar gentemot studiens syfte. Henricson (2017a) hänvisar till nyttjandet av flera databaser som stärkande för studiens validitet och trovärdighet. De valda artiklarna uppkom vid flera sökningar, med olika sökkombinationer samt i olika databaser, vilket ökar trovärdigheten genom resultatets ökade sensitivitet. I slutet av arbetsprocessen noterades en felstavning i sökordet *management* vid ett söktillfälle (se Bilaga 1.2, datum: 5/10). Vidare kunde blocksökning tillämpats för att bredda sökningen och på så sätt få tillgång till fler relevanta artiklar kopplat till syfte. Detta innebär att relevanta artiklar kan ha missats, vilket är en svaghet i denna litteraturöversikt. Å andra sidan uppkom resterande artiklar vid flera sökningar, varpå eventuella missar bör ha kompenseras.

Enligt Segersten (2022) grundar sig kvantitativ forskning i utvecklingen av evidensbaserad omvårdnad i form av jämförelser och mätningar. Dessa sätts sedan i kontext av samband genom exempelvis RCT-studier där en intervention ställs mot en kontrollgrupp. Kvalitativ forskning har som målsättning att skapa en ökad förståelse som uttrycks i förväntningar, upplevelser och erfarenheter inom ett visst ämne (Friberg, 2022a). Henricson (2017a) menar att ett urval av studier med samma design såsom RCT-studier ökar litteraturöversiktens trovärdighet/validitet. Denna studie inkluderar sju RCT-studier vilket är en styrka. Dessutom är både kvantitativa och kvalitativa studier inkluderande för ett såväl objektivt som subjektivt synsätt. De kvantitativa artiklarna bidrog till ett brett resultat gällande faktorer såsom mätvärden och blodprover samt livsrelaterad egenvård. Likaså bidrog de kvalitativa studierna till en bredare utsträckning med fokus främst på personrelaterad egenvård, och till viss del även livsrelaterad egenvård. Med hjälp av inkluderandet av både kvantitativ och kvalitativ forskning kunde syftet besvaras i bredare utsträckning och gav en ökad kunskap om både effekten av en intervention likaså upplevelsen av den. Med detta anser författarna att syftet besvarades på ett mer lämpligt sätt än om enbart artiklar av samma design hade inkluderats.

Författarna valde att enbart inkludera peer-reviewed artiklar vilket stärker studiens trovärdighet eftersom artiklarna är vetenskapligt bedömda (Henricson, 2017a). Detta garanterar även forskningens kvalitet (Karlsson, 2017). Efter den inledande artikelsökningen inkluderades artiklar med varierande utgivningsår eftersom författarna hittade ett flertal relevanta artiklar, som var tio år gamla, som visade sig svara adekvat till studiens syfte. Efter en djupgående diskussion kom författarna gemensamt fram till att inkludera dessa artiklar i stället för att bredda sökningen och då troligtvis behöva ändra syfte och därmed även studiens helhet. Valet av inklusionskriteriet 2012 som publiceringsår bestämdes då författarna önskade så ny forskning som möjligt med strävan efter högsta möjliga vetenskapliga relevans.

I nio av de inkluderade studierna var sjuksköterskan en stor del av interventionen, medan resterande tre studier bestod av barfotaläkare (do Valle Nascimento et al., 2017), forskare (Öz & Buyuksoy, 2022) och hälsofrämjare (Serfonatein & Mash, 2013). Eftersom det i Sverige till stor del är sjuksköterskor som genomför MI avseende egenvård hos patienter med DM2 innebär detta att studiernas resultat inte är helt överförbart till svensk kontext. Däremot föreligger ingen markant skillnad i tillvägagångssätt gentemot resterande studier, vilket å andra sidan stärker dess överförbarhet.

Eftersom DM2 är en sjukdom som drabbar befolkningen världen över väcktes ett intresse att inte bara inkludera artiklar gjorda i Sverige utan även internationellt. Vidare sågs en brist av artiklar från Sverige och Skandinavien, vilket gjorde att inkluderandet av studier från flera länder blev ett passivt val. Detta bidrog till en ökad generaliserbarhet vilket i sin tur är en styrka, däremot hade det bästa tänkbara varit att hitta artiklar från samtliga befolkade världsdelar för en ytterligare ökning. Vidare menar Henricson (2017a) att inkluderandet av studier med en stor variation, i detta fall olika länder och världsdelar, av *peer-reviewed* artiklar med liknande resultat och hög reliabilitet, ökar resultatets generaliserbarhet. Dessutom pågick studierna under olika lång tid vilket kan påverka i vilken utsträckning egenvården hinner förbättras och eventuellt även avta. Utöver detta består de inkluderade studierna även av olika antal deltagare, mellan 13 och 312 i interventionsgrupp, vilket i sin tur kan påverka generaliserbarheten och överförbarheten för denna studie. Således kan det diskuteras huruvida studiernas resultat bör väga lika tungt i en litteraturstudie som denna.

Vid jämförelse av resultat mellan studier som utfördes i samma land noterades likheter mellan flera studier, däribland studier från USA och Brasilien. Trots att USA är ett, likt Sverige, välutvecklat land bör det poängteras att sjukvården som bedrivs inte genomförs utefter samma finansiella förutsättningar. Vården är med andra ord dyrare för den privata individen i USA än vad den är i Sverige (Regeringen, 2015), varpå resultatets överförbarhet kan ifrågasättas. Likaså har Brasilien, likt Sverige, både ett offentligt- och skattefinansierat hälsosystem inom den privata sektorn (EU-hälsovård, 2021). Däremot bedrivs sjukvården efter andra förutsättningar och principer än vad den gör i Sverige, vilket i sin tur också motsäger resultatets överförbarhet till svensk kontext (Henricson, 2017a).

Dataanalys

I arbetets begynnelse diskuterade handledare och författare ämnet. Författarna diskuterade även tidigare erfarenheter kring ämnet som valts för att förhålla sig opartiskt till det framsökta resultatet av inkluderade artiklarna. Däribland arbetslivserfarenheter då båda författarna tidigare jobbat som undersköterskor inom både kommunal- och slutenvård. Diskussion kring förståelsen ökar pålitligheten i studien med påvisning att den är öppen och genomtänkt (Pribe & Landström, 2017).

Analysen utfördes först individuellt för att skapa en uppfattning av de olika artiklarna och dess helhet, och sedan gemensamt för att diskutera och på så sätt identifiera detaljer i artiklarna. Detta bidrog till fler synsätt och tankar kring artiklarnas resultat och därmed en gemensam mening och handling till de valda artiklarna. Detta ses som en styrka då risk för feltolkning minskar och en ökad reliabilitet gentemot analysen möjliggörs (Henricson, 2017a). Slutligen gjordes en sammanställning av de inkluderade studierna som redovisas i en artikeltabell (Bilaga 2). Läsaren kan här få en uppfattning om studierna utan att nödvändigtvis läst artiklarna, vilket ses som en styrka (SBU, 2020b).

Under arbetet genomfördes en kontinuerlig stöttning i form av grupphandledning samt en handledare som läste arbetet och kom med relevanta råd respektive kommentarer. Detta bidrog till att arbetets trovärdighet och validitet, och därmed giltighet, ökar (Henricson, 2017a). Vidare i utformningen av resultatet, kom författarna gemensamt fram till kategoriseringen och dess subkategorier. Till följd av att de inkluderade studierna till viss del undersökte olika delar av egenvård, resulterade denna studie i ett heterogent utfall. Eftersom vikten av att inkludera flera delar inom egenvård vägde mer än ett entydigt resultat, beslutade sig författarna att fullfölja studien med de inkluderade artiklarna oavsett utfall.

Kvalitetsgranskning

Det är oundvikligt att inte nämna det faktum att författarna skriver sin första kandidatuppsats vilket kan bidra till begränsning i erfarenhet inom området. Detta i sin tur kan ha bidragit till att metoden har påverkats och därmed även studiens kvalitet. Med detta i åtanke har författarna förhållit sig opartiska i den kontinuerliga kvalitetsgranskningen. Mårtensson och Fridlund (2017) belyser faktumet att författare och läsare har ett gemensamt och lika ansvar av kvalitetssäkring i ett examensarbete. Detta har tillämpats genom att en erfaren handledare under studiens gång har bidragit med erfarenhet och kunskap som författarna saknat.

Kvalitetsgranskningen enligt SBU:s granskningsmallar (SBU, 2022) påverkar resultatets tillförlitlighet positivt genom ett ställningstagande av de inkluderade artiklarnas kvalitet. Författarna valde att både jämföra och granska artiklarna gemensamt vilket å andra sidan sänker reliabiliteten, vilket kan ses som en svaghet (Henricson, 2017a). Detta tillförde däremot en god diskussion mellan författarna, vilken i sin tur underlättade granskningen, mot vad det hade gjort ifall granskningen hade genomförts individuellt. Utifrån SBU:s granskningsmallar visade sig elva av de inkluderade studierna var av hög kvalitet samt en med måttlig kvalitet (SBU, 2022). Chen et al. (2012) visade sig ha måttlig kvalitet, däremot valdes den att inkluderas då artikeln trots detta var relevant gentemot syfte och dess kvalitet inte påverkade resultatet. Slutligen ansåg författarna att de medtagna studierna besvarade syftet och bedömdes därmed tillräckliga.

Som tidigare belyst valde författarna att inkludera både kvantitativa- som kvalitativa artiklar. Henricson (2017a) menar på att detta komplicerar resultatet då de valda artiklarna använder

sig av olika mätinstrument och intervjuer, som i sin tur kan komplicera examensarbetets slutsats, vilket kan ses som en svaghet.

I majoriteten av de inkluderade studierna användes en eller flera enkäter för att utvärdera effekten av interventionen. Därmed bör det tas i beaktande om huruvida samtliga deltagare tolkar och besvarar enkäternas frågor på samma sätt, eller om det skiljer sig mellan olika deltagare. För att tillgodose detta granskade författarna enkäterna för att överväga risken för deltagarna att misstolka eller inte förstå frågornas innebörd. Å andra sidan kan enkäter ses som en fördelaktig metod gentemot exempelvis intervjuer då samtliga deltagare besvarar samma frågor. Genom användandet av enkäter före och efter en intervention tydliggörs även omfattningen av bortfall i studien, vilket enligt Henricson (2017a) bör tas hänsyn till då det kan påverka studiens pålitlighet. Samtliga studier som använt enkäter har även redovisat studiens progression, främst genom flödesscheman, och därmed även eventuella bortfall. Därav kan författarna konstatera ett visst bortfall i flera studier, dock inget i en omfattning som kan påverka denna studies resultat.

Etiska ställningstaganden

Sandman och Kjellström (2018) belyser vikten av etisk reflektion och ett etiskt förhållningssätt under hela examensarbetet och dess inkluderade delar. Enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) krävs inte ett etiskt godkännande vid denna studie då den är på grundnivå. Däremot har författarna övervägt de inkluderade artiklarnas etiska ställningstagande varav tio av de tolv inkluderade artiklarna är etiskt godkända. Eftersom etik är ett viktigt förhållningsätt i sjuksköterskans yrke blev det en självklarhet för författarna att det inkluderade materialet skulle hänvisa till etiska ställningstaganden eller godkännanden.

Young et al. (2020) hänvisar inte till något etiskt godkännande däremot till både muntligt- och skriftligt samtycke från deltagarna. Både muntligt och skriftligt samtycke bör användas eftersom deltagaren lätt kan glömma bort vad som sagts (Sandman & Kjellström, 2018), samt att forskning och vetenskap bör hänvisa och förhålla sig till både skriftligt och informerat samtycke (Kjellström, 2017). Detta bidrar i sin tur till en upprätthållning av deltagarens autonomi och självbestämmande, likväl dess integritet. Fazio et al. (2019) hänvisar varken till något etiskt godkännande eller muntligt- och skriftligt samtycke från deltagarna. Å andra sidan är studien finansierad av National Institutes of Health (1966, refererad i Etikprövningsmyndigheten, u.å.) som menar på att alla humanprojekt måste genomgå etikgranskning för att få finansiering. Efter granskning av artiklarnas etiska godkännanden beslutades det att artiklarna skulle inkluderas i studien eftersom deras etiska ställningstaganden bedömdes tillräckliga.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka om och i så fall hur sjuksköterskans MI påverkar egenvården och mätvärden hos patienter med DM2. Studiens resultat visar flera förbättringar avseende hur MI påverkar mätvärden och blodprover, däremot är resultaten mellan olika studier ej samstämmiga. I egenvårdsrelaterade sammanhang konstaterades å andra sidan enbart positiva effekter, däribland *self-management* och *empowerment*, vilka är faktorer som bidrar till att stötta och motivera patienten till en bättre egenvård.

Mätvärden och blodprover

Ett blandat resultat förekommer i mätning av patienters mätvärden. Detta kan bero på att värden avseende exempelvis blodtryck och HbA1c ofta är direkt kopplade till kost och fysisk aktivitet vad gäller personer med DM2. Hayashino et al. (2012) presenterar ett tydligt samband mellan fysisk aktivitet, blodtryck och diverse kolesterolvärden hos personer med DM2. Studien visade även positiva effekter avseende bland annat HbA1c. Därav är det inte konstigt att resultatet skiljer sig mellan studier i både livsstilsrelaterad egenvård och mätvärden och blodprover, då testerna bör tolkas som ett sekundärt utfall av praktisk egenvård i enlighet med ovan. Även Socialstyrelsen (2019b) understryker vikten av fysisk aktivitet för att på sikt förebygga DM2 eller utveckling av dess komplikationer.

Vikten av egenvård vid diabetes typ 2

De främsta effekterna av MI verkar primärt avse de patienter vars egenvård tidigare varit otillräcklig eller obefintlig. Därav kan det konstateras att effekten av MI är befintlig, samtidigt som det inte är applicerbart i alla sammanhang. Dessutom visar resultatet att effekten ej är bestående, utan avtar efter tid. Problematiken avseende uppmuntran till optimal och ihållande egenvård bör uppmärksammas då konsekvenserna av bristande egenvård påverkar såväl patienten som sjukvården, men även samhället i stort. Shrivastava et al. (2013) beskriver att merparten personer med DM2 kan genom en fungerande egenvård förebygga komplikationer. Trots detta visar sig motivationen till egenvården vara bristande, vilket senare leder till komplikationer, i synnerhet långvariga. Likartad statistik visas även i denna studies resultat, varpå deltagarna upplevs vara medvetna om sjukdomens följder, men trots detta brister i fullföljandet av långsiktig egenvård. Vidare presenterar Andersson et al. (2020) en svensk studie som undersöker kostnader för sjukhusvård samt frånvaro av arbete för patienter med komplikationer av DM2. Studien visar att kostnaden för vård till följd av komplikationer av DM2 år 2016 var 2,5 miljarder kronor. Utöver en stor skillnad i vårdkostnader påvisar studien även en mer markant skillnad i kostnad gällande frånvaro från arbete, som följd av sjukdomens komplikationer och biverkningar av dess behandling, vilken värderades till 4,9 miljarder kronor. Att optimera behandling och egenvård hos patienter med DM2 är därmed inte bara fördelaktigt för patienten, utan bidrar även till mindre kostnader inom såväl sjukvårds- som samhällsekonomin.

Vikten av self-management och empowerment

I de studier som inkluderade *self-management* eller *empowerment* påvisades enbart positiva effekter av MI (Chen et al., 2012; Dellasega et al., 2012; Fazio et al., 2019; Li et al., 2020). Jansink et al. (2010) undersökte vilka barriärer sjuksköterskor möter vid livsstilsrådgivning med patienter med DM2. Studien undersökte tre livsstilsrelaterade ämnen inom egenvård; kost, fysisk aktivitet och alkoholkonsumtion. Genomgående i studien var att sjuksköterskorna uppfattade att patienterna hade bristande kunskap om sin sjukdom samt begränsad insikt i sina livsstilsbeteenden. Dessutom konstaterade sjuksköterskorna låga nivåer av motivation och disciplin för att genomgå respektive behålla livsstilsförändringar, vilket ytterligare motiverar vikten av *empowerment*, *self-efficacy* och *self-management* vid förändring av egenvård. Liknande menar Patientlagen (SFS 2014:821) att vårdpersonal genom att stärka patienten kan öka patientens självbestämmande och delaktighet.

Van den Arend et al. (2000) beskriver att det är omöjligt för patienten att få kontroll över sin DM2 utan att själv vara delaktig i hanterandet av sin sjukdom. Studien hänvisar till hanteringen av sjukdomen som en kombination av två komponenter; (1) behandling, bestående av egenvård och medicinsk behandling, och (2) övervakande av sjukdomen. Studien hänvisar till att det är patientens primära ansvar att genomföra en livsstilsförändring medan vårdgivarens ansvar ligger i att utbilda och motivera patienten till detta. Därav betonas vikten av ett bra partnerskap mellan vårdgivare och patient, som möjliggör för patienten att vara självständig. Detta bekräftar denna studies förslag om *empowerment* som ett adekvat verktyg för att möjliggöra självständighet och autonomi hos patienten, för att skapa förutsättningar till en mer optimal egenvård.

Likt studiens resultat visar även ny forskning tydliga samband mellan *empowerment* och andra komponenter inom egenvård. En tydlig illustration presenteras av Lee et al. (2016) som redogör för hur *empowerment* står i relation till hälsokompetens, som är kopplat till *self-efficacy*, vilket i sin tur är starkt kopplat till *self-care*. Lee et al. understryker vikten av *empowerment* för att till slut indirekt kunna påverka egenvårdsåtgärder och livsstilsbeteenden hos patienterna. För att möta den ökande patientgruppen med DM2 världen över krävs lämpliga verktyg och tillvägagångssätt, både för att patienterna ska känna att sjukdomen och livet är hanterbart, men även för att främja hälsa. Eftersom MI har en betydande korrelation till *empowerment* bör det ses som ett verktyg för att bemöta och stötta denna patientgrupp, däremot bör vidare forskning kartlägga för vilka personer MI är bäst lämpat och i vilka fall det bör uteslutas eller användas i kompletterande syfte.

Kliniska implikationer

Inom hälso- och sjukvård är både MI och *empowerment* viktiga komponenter för en fungerande egenvård hos patienter med DM2. Flera fördelar med MI presenteras, inte minst i relation till *empowerment*. Med hjälp av MI kan *empowerment* lyftas fram och bidra till ökad självkänsla hos patienter, i både sig själva och hanteringen av sin sjukdom. Dessutom

bedömer författarna, utifrån resultatet, att patienternas livskvalitet ökar samtidigt som risken för komplikationer av sjukdomen minskar, vilket i sin tur minskar antalet sjukhusvistelser. Med hjälp av MI skapas även förutsättningar för ett partnerskap mellan sjuksköterska och patient, vilket i sin tur också kan bidra till lyhördhet och ett bättre *compliance* till behandling av patienten. För att effekten av MI ska bibehållas över tid bör regelbundna uppföljningar/MI utföras, dessutom bör det utvärderas i vilken form som samtalstekniken fungerar bäst.

Vidare bör framtida forskning undersöka under vilka förutsättningar som MI har bäst effekt som fristående intervention, respektive som komplement till annan behandling. Dessutom bör det fastställas mer genomgående vilka faktorer som bidrar till hur väl MI fungerar, och huruvida det genererar kortvariga respektive långvariga resultat. Slutligen konstateras ett behov av studier av likartad design som de i denna litteraturstudie i Sverige för att resultaten ska vara överförbara till svensk hälso- och sjukvård.

Slutsats

Motiverande samtal har visat positiva effekter på egenvården hos patienter med diabetes typ 2. Framför allt gynnas de patienter vars egenvård tidigare varit obefintlig eller suboptimal, samtidigt som resultaten främst ses kortvarigt. De faktorer som påverkas mest är *empowerment* och *self-management*, som sekundärt bidrar till förbättrade egenvårdsbeteenden. En känsla av *empowerment* tillsammans med optimal egenvård kan göra att patienter upplever sin sjukdom som mer hanterbar i stället för ett hinder i vardagen. Vidare forskning och utbildning i motiverande samtal krävs för att fastställa i vilka sammanhang metoden är tillämpbar och för att säkerställa en ihållande effekt. Avslutningsvis krävs svensk forskning inom området för att konstatera att resultatets principer går att applicera till svensk hälso- och sjukvård.

Referenslista

- Andersson, E., Persson, S., Hallén, N., Ericsson, Å., Thielke, D., Lindgren, P., Steen Carlsson, K., & Jendle, J. (2020). Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden. *Diabetologia*, 63(12), 2582–2594. <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05277-3>
- Apelqvist, J. & Bergqvist, D. (2010). Diabetesfoten. I C. Agardh & C.-D. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 411–426). Liber AB.
- Audulv, Å. (2019). Egenvård. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 679–705). Studentlitteratur.
- Berne, C. (2010). Hypertoni. I C. Agardh & C.-D. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 378–390). Liber AB.
- Berne, C. & Sörman, E. (2010). Egenvård. I C. Agardh & C.-D. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 209–220). Liber AB.
- Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC*, 13(1), 1-14. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/1472-6955-13-13>
- Browning, C., Chapman, A., Yang, H., Liu, S., Zhang, T., Enticott, J. C., & Thomas, S. A. (2016). Management of type 2 diabetes in China: the Happy Life Club, a pragmatic cluster randomized controlled trial using health coaches. *BMJ open*, 6(3), e009319. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009319>
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H.-S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 637–644. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011>
- Dellasega, C., Añel-Tiangco, R. M., & Gabbay, R. A. (2012). How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing. *Diabetes research and clinical practice*, 95(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.011>
- do Valle Nascimento, T. M., Resnicow, K., Nery, M., Brentani, A., Kaselitz, E., Agrawal, P., Mand, S., & Heisler, M. (2017). A pilot study of a Community Health Agent-led

type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC health services research*, 17(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1968-3>

Dogru, A., Ovayolu, N., & Ovayolu, O. (2019). The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variable. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(3), 294-300.

Eldh, A.-C. (2019). Delaktighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 565–584). Studentlitteratur.

Elgán, C. (2019). Vuxet vardagsliv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 181–203). Studentlitteratur.

Etikprövningsmyndigheten. (u.å.). *Om vår och etikprovningens historia*.
<https://etikprovningensmyndigheten.se/etikprovningens-historia/>

EU-hälsovård. (24 september 2021). Information om hälso- och sjukvårdstjänsterna enligt land – Brasilien. <https://www.eu-halsovard.fi/halso-och-sjukvardstjanster-utomlands/information-om-halso-och-sjukvardstjansterna-enligt-land/brasilien/>

Eriksson, A. (2019). Global hälsa och omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling* (3 uppl., s. 401–442). Studentlitteratur.

Eriksson, M. (2020). Lipidrubbnings och behandling. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 219–228). Studentlitteratur.

Fazio, S., Edwards, J., Miyamoto, S., Henderson, S., Dharmar, M., & Young, H. M. (2019). More than A1C: Types of success among adults with type-2 diabetes participating in a technology-enabled nurse coaching intervention. *Patient education and counseling*, 102(1), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.028>

Fors, A. (2018). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 230). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2019). Hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 383–584). Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2022a). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning – inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 169–183). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022b). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 185–199). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 41–56). Studentlitteratur AB, Lund.
- Guthreau C, Castañeda A, & Alen MC. (2006). Training people to live healthier lives and teach others to do the same: how Project HOPE is changing diabetes education in Mexico...Health Opportunities for People Everywhere. *Practical Diabetes International*, 23(8), 356–360. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/pdi.1010>
- Groop, L., Lyssenko, V. & Renström, E. (2010). Orsaker till typ 2-diabetes. I C. Agardh & C.-D. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 102–108). Liber AB.
- Hayashino Y, Jackson JL, Fukumori N, Nakamura F, & Fukuhara S. (2012). Effects of supervised exercise on lipid profiles and blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 98(3), 349–360. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.diabres.2012.10.004>
- Henricson, M. (2017a). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017b). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 43–55). Studentlitteratur.
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 119–127. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.3109/02813432.2013.797178>
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* 11, 41 <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41>

- Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81–97). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460).
Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Lee, Y.-J., Shin, S.-J., Wang, R.-H., Lin, K.-D., Lee, Y.-L., & Wang, Y.-H. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education & Counseling*, 99(2), 287–294. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.pec.2015.08.021>
- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., & Wong, W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8>
- Lind, M. (2020). Glukosregleringens betydelse för komplikationsutveckling. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (s. 261–268). Studentlitteratur.
- Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. I C. Agardh & C.-D. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 17–29). Liber AB.
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421–438). Studentlitteratur.
- Patientlag* (SFS 2014: 821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Pribe, G. & Landström, C. (2017). I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 25–42). Studentlitteratur.
- Regeringen. (3 april 2015). *Vårdsystem i andra länder*. <https://www.regeringen.se/49b6ba/contentassets/6e15ee7832c14088bebc86ad26c4c485/del-2-t.o.m.-kap.-3>

- Ringsberg, K. C. (2019). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 115–146). Studentlitteratur.
- Rydholm Hedman, A.-M. (2019). Aktivitet och rörlighet. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 349–376). Studentlitteratur.
- Sandman, L. (2019). Etik. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 259–279). Studentlitteratur.
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Studentlitteratur.
- SBU (2020a). *Avgränsningar för den systematiska översikten: en metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Stockholm. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>
- SBU (2020b). *Extraktion av data: en metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Stockholm. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/?pub=48286&lang=sv>
- SBU (4 november 2022). *Granskningsmallar*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Stockholm. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>
- Segersten, K. (2022). Att göra en graderande sammanställning av kvantitativ forskning – inspirerad av metaanalys. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 157–167). Studentlitteratur.
- Serfontein, S. & Mash, R.J. (2013). Views of patients on a group diabetes education programme using motivational interviewing in South African primary care: a qualitative study. *South African Family Practice*, 55(5), 453-458, <https://doi.org/10.1080/20786204.2013.10874395>
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Socialstyrelsen. (26 januari 2019a). *MI (Motiverande samtal)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/>

- Socialstyrelsen. (11 juni 2019b). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/diabetes/>
- Steffen, P. L. S., Mendonça, C. S., Meyer, E., & Faustino-Silva, D. D. (2021). Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(5), e203–e212. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.amepre.2020.12.015>
- Svenska diabetesförbundet. (30 november 2022). *Diabetes typ 2*.
<https://www.diabetes.se/diabetes/diabetes-typ-2/>
- Tol, A., Baghbanian, A., Mohebbi, B., Shojaeizadeh, D., Azam, K., Shahmirzadi, S. E., & Asfia, A. (2013). Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 12(1), 6.
<https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-6>
- van den Arend IJM, Stolk RP, Krans HMJ, Grobbee DE, Schrijvers AJP, van den Arend, I. J., Stolk, R. P., Krans, H. M., Grobbee, D. E., & Schrijvers, A. J. (2000). Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Education & Counseling*, 40(2), 187–194. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00067-1](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00067-1)
- Westergren, A. (2019). Mat och ätande. I A-K. Edberg & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (3 uppl., s. 293–321). Studentlitteratur.
- Wikblad, K. (2012a). Egenvårdsutbildning. I K. Wiklund (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s. 129–139). Studentlitteratur.
- Wikblad, K. (2012b). Motiverande samtal. I K. Wiklund (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s. 157–160). Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (u.å.). *Obesity*. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
- Young, H. M., Miyamoto, S., Dharmar, M., & Tang-Feldman, Y. (2020). Nurse Coaching and Mobile Health Compared With Usual Care to Improve Diabetes Self-Efficacy for Persons With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e16665. <https://doi.org/10.2196/16665>

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s. 79 – 109). Studentlitteratur AB, Lund.

Öz, H. S., & Buyuksoy, G. D. (2022). The Effects of Motivational Interview on Healthy Behaviour and Quality of Life in the Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 15(2), 1194–1201.

Bilagor

Bilaga 1.1: Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
3/10	Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 AND motivational interviewing or mi or motivational interview AND nurse or nurses or nursing	Peer-reviewed 2013-2022 All adults English	16	5	5	Jansink, R. et al. (2013).
3/10	Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 AND motivational interviewing or mi or motivational interview AND nurse or nurses or nursing AND lifestyle	Peer-reviewed 2013-2022 All adults English	7	4	2	Steffen, P. L. S. et al. (2021).
5/10	Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 AND motivational interviewing or mi or motivational interview AND self-management or self-care or self-regulation or self-monitoring	Peer-reviewed 2012-2022 All adults English	15	2	2	Chen, S. M. et al. (2012). Dellasega, C. et al. (2012).
18/10	Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 AND motivational interviewing AND impact or effect or influence or outcome or result or consequence	Peer-reviewed 2012-2022 All adults English	21	6	2	Öz, H. S. & Buyuksoy, G.D. (2022).

Bilaga 1.2: Söktabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
3/10	Nursing AND diabetes type 2 AND motivational interviewing AND effects	2009-2022 Free full text Adults 19+ English	10	7	6	Browning, C. et al. (2016).
5/10	Diabetes type 2 AND motivational interviewing AND self-management or self-care or self-regulation or self-monitoring	2012-2022 Free full text Adults 19+ English	39	4	2	Dogru, A. et al. (2019). Li, Z. et al. (2020).
5/10	Nursing and diabetes type 2 AND motivational interviewing AND self management	2012-2022 Adults +19 English	7	4	2	Fazio, S. et al. (2019).
12/10	Motivational interviewing AND diabetes type 2 AND self care AND self management	2014-2022 Adults +19 English	21	4	4	do Valle Nascimento, T. M. et al. (2017). Young et al. (2020).

Bilaga 1.3: Söktabell Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
19/10	Diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 AND motivational interviewing or mi or motivational interview AND self-management or self-care or self-regulation or self- monitoring	2012-2022 English	22	6	1	Serfontein, S. & Mash, R. J. (2013).

Bilaga 2: Artikeltabell

Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Browning et al., 2016. Kina.	Management of type 2 diabetes in China: The Happy Life Club, a pragmatic cluster randomized controlled trial using health coaches	Att undersöka effektiviteten av coachande, motiverande samtal avseende glykemisk kontroll, såväl som kliniska-, psykosociala- och egenvårdsresultat hos individer med typ 2-diabetes mellitus.	RCT-studie. Interventionsgruppen mottog MI som tillägg utöver sin vanliga vård. Utfall mättes genom prover och enkäter.	312 i interventionsgrupp och 296 i kontrollgrupp. Patienterna valdes ut från flera vårdcentraler inom ett distrikt. Patienterna med DM2 som blev tillfrågade var över 50 år, hade en upprättad journal samt vårdades på en av de inkluderade vårdcentralerna.	Förbättring sågs i interventionsgruppen avseende diabetesspecifik kost, glukosmonitorering och fotvård. Båda grupperna visade däremot förbättring i triglycerider, HDL och LDL. Ingen skillnad i HbA1c konstaterades mellan grupperna.	Hög
Chen et al., 2012. Taiwan.	Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial	Att fastställa om deltagande i motiverande samtal skulle förbättra egenvård, samt psykologiska och glykemiska utfall för personer med typ 2-diabetes.	RCT-studie. Interventionsgruppen fick en 45–60 min intervju av en forskare med sjuksköterskebakgrund. Utfallet mättes genom prover på HbA1c och enkäter.	104 i interventionsgrupp och 111 i kontrollgrupp. Patienter var kvalificerade för studien om de var inskrivna på diabetesmottagningen och har haft sin diabetesdiagnos i mer än 3 månader, var äldre än 18 år, kunde samtycka till att delta, inte hade någon uppenbar förvirring eller psykiatrisk sjukdom samt kunde tala, läsa och skriva på kinesiska.	Self-management hade ökat i båda grupperna, men mest i interventionsgruppen. Self-efficacy hade enbart ökat i interventionsgruppen. Resultatet visade även att motiverande samtal kan leda till en förbättrad glukosmonitorering.	Medel
Dellasega et al., 2012. USA.	How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing	Att fastställa patienter med DM2 inställning till MI som verktyg för att främja positiv beteendeförändring.	Kvalitativ design. Patienterna hade tidigare träffat sjuksköterskor med fyra månaders träning i MI. Intervjuer hölls i fyra fokusgrupper om deltagarnas upplevelse av studien och skillnad mellan vanlig vård med fokus på beteendeförändringar.	Deltagare från en större RCT-studie som varit delaktiga i minst ett år. Hälften av de som tillfrågades tackade ja till att delta. Totalt 19 deltagare.	Studien resulterade i fem teman av patienternas upplevelser; (1) icke-dömande bemötande, (2) att bli lyssnad på och bemött som person, (3) uppmuntran och <i>empowerment</i> genom empati, (4) handlingsplanering och målsättning genom samarbete och (5) coachande snarare än kritiserande.	Hög

do Valle Nascimento et al., 2017. Brasilien.	A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil	Att undersöka genomförbarheten, acceptansen och resultatet av att utbilda hälsovårdsagenter (CHAs/barfotaläkare) i MI-baserad rådgivning för patienter med dåligt kontrollerad diabetes.	Pilotstudie. Barfotaläkare med utbildning i MI utförde månadsvisa hembesök hos patienter med diabetes typ 2. Prover, mätvärden samt enkäter mättes och besvarades vid studiens start respektive slut.	Deltagarna behövde ett HbA1c över sju under de senaste sex månaderna. De patienter som var över 75 år gamla, gravida, hade kroniska tillstånd eller tillstånd som påverkade deras möjlighet till deltagande exkluderades. Totalt 52 deltagare.	Förbättring uppmättes i samtliga kategorier avseende kost och fysisk aktivitet. Förbättring sågs i HbA1c, diastoliskt blodtryck, LDL och triglycerider, medan försämring sågs i systoliskt blodtryck och HDL.	Hög
Dogru et al., 2019. Turkiet.	The effect of motivational interview persons with diabetes on self-management and metabolic variable	Att utvärdera effekten av MI relaterat till upplevd self-management och metabola variabler hos patienter med DM2.	RCT-studie. Utöver den vanliga vården mottog interventionsgruppen totalt fyra sessioner motiverande samtal. Studien utvärderades genom prover och enkät vid studiens start och slut.	Deltagarna var patienter med diabetes typ 2 från en öppenvårdsmottagning för endokrinologi och metabola sjukdomar. 30 deltagare i intervention- respektive kontrollgrupp.	Upplevd self-management ökade markant i interventionsgruppen medan det minskade i kontrollgruppen. Förbättringar i interventionsgruppen noterades även i minskning av HbA1c, kolesterolvärden, triglycerider, HDL och LDL.	Hög
Fazio et al. 2019. USA.	More than A1C: Types of success among adults with type-2 diabetes participating in a technology-enabled nurse coaching intervention	Att utforska vilka framgångar som upplevs av vuxna med typ-2-diabetes som deltar i en klinisk prövning av hälsoteknologi och sjuksköterskecoaching.	En kvalitativ analys av enkäter och dokumentation från MI-baserade coachingsessioner mellan SSK och interventionsgruppdeltagare.	Studien baseras på patienter som fullföljt en tidigare undersökning. Deltagarna är engelsktalande, vuxna och har diabetes typ 2. Totalt 132 deltagare.	Studien resulterade i fem teman; (1) förändring i hälsobeteenden, (2) förändring i tankesätt och medvetenhet, (3) förändring i engagemang till sjukvårdsresurser, (4) förändring i fysisk eller emotionell hälsa och (5) förändring i hälsoindikatorer.	Hög
Jansink et al., 2013. Nederländerna.	No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme	Att undersöka effektiviteten av ett omfattande allmänmedicinskt diabetesprogram i kombination med	Kluster RCT. Strukturerad diabetesvård av sjuksköterskor med utbildning i MI för deltagarna i interventionsgruppen.	Patienter med diabetes typ 2 med ett HbA1c över sju samt ett BMI över 25 kg/m ² . 193 deltagare i interventionsgruppen och 265 i kontrollgruppen.	Ingen signifikant skillnad återfanns mellan grupperna efter 14 månader.	Hög

	including motivational interviewing: A cluster randomised	patientcentrerad livsstilsrådgivning i strukturerad diabetesvård.				
Li et al., 2020. Kina.	Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial	Att bedöma effekterna av ett MI-baserat <i>patientempowerment</i> program på självhantering hos personer med DM2, jämfört med traditionell diabeteshälsoutbildning.	RCT-studie. Interventionsgruppen var delaktiga i fyra <i>patientempowerment</i> sessioner. Utvärdering av studien skedde genom enkäter.	117 i interventionsgruppen och 108 kontrollgruppen. Patienter från tre vårdcentraler, en endokrinologimottagning och en medicinklinik för familjer.	Ingen markant skillnad i fysisk aktivitet, kost och läkemedelsföljsamhet. Signifikant skillnad på PAID och PEI scores för interventionsgruppen.	Hög
Serfontein & Mash, 2013. Sydafrika.	Views of patients on a group diabetes education programme using motivational interviewing in South African primary care: a qualitative study	Att undersöka effekten av ett utbildningsprogram baserat på MI.	En kvalitativ del av en större kluster RCT. Deltagarna har tidigare deltagit i MI-baserad utbildning gällande diabetesvård. Genom intervjuer undersöks deltagarnas erfarenhet av studien och förändringar i egenvård.	Av de patienter som hade deltagit i tre till fyra av sessionerna i första delen av studien, blev en patient från varje vårdcentral slumpmässigt utvald. Den första patienten att acceptera från varje vårdcentral inkluderades i studien, totalt 13 deltagare.	Positiva effekter konstaterades i förändring av kost, fysisk aktivitet och fotvård. Till viss del även i läkemedelsföljsamhet. Ingen skillnad i alkoholkonsumtion.	Hög
Steffen et al., 2021. Brasilien	Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT	Att utvärdera effekten av MI vid livsstilsförändringar hos patienter med DM2 och arteriell hypertoni.	Dubbelblindad RCT-studie. Interventionsgruppen fick konsultationer av SSK med utbildning i MI, medan kontrollgruppen fick vanlig konsultation.	101 i interventionsgrupp och 88 i kontrollgrupp. Deltagare från tre vårdenheter, med liknande epidemiologisk profil och hälsoindikationer i DM2 och arteriell hypertoni, inom distriktssjukvård.	Behandlingsföljsamheten, vilken inkluderar läkemedelsföljsamhet, en god kost, fysisk aktivitet samt regelbundna uppföljningar, ökade 4 gånger så mycket i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.	Hög
Young et al., 2020. USA.	Nurse Coaching and Mobile Health Compared With Usual Care to	Att utvärdera effektiviteten av ett sjuksköterskecoachingprogram med hjälp	RCT-studie. Interventionsgruppen mottog sex sessioner av MI av en SSK samt fick en anordning som bland annat mätte antal steg och	132 i interventionsgrupp och 155 i kontrollgrupp. Deltagare från två fjärr- och en tätortsvårdcentral.	En betydande förbättring av <i>self-efficacy</i> i interventionsgruppen sågs i 3-4 av enkätens 8 kategorier.	Hög

	Improve Diabetes Self-Efficacy for Persons With Type 2 Diabetes: Randomized Controlled Trial	av MI i kombination med mobil hälsoteknologi på <i>self-efficacy</i> och självhantering för personer med typ 2-diabetes.	puls. Utvärdering skedde genom enkäter i båda grupperna samt analys av anordningarnas mätvärden.			
Öz & Buyuksoy, 2022. Turkiet.	The Effects of Motivational Interview on Healthy Behaviour and Quality of Life in the Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients	Att fastställa effekten av MI på hälsosamma livsstilsbeteenden och individers livskvaliteter hos patienter med DM2.	Semiexperimentiell studie. Deltagarna delades in i två grupper som deltog i totalt sex intervjuer baserade på MI. Studien utvärderades genom två enkäter före och efter interventionen.	30 av 44 deltagare från första delen av studien, resterande 14 ville eller kunde ej delta.	HLBS-II värdet hade ökat i fyra av de sex huvudkategorierna; spirituell, kost, hälsoansvar och personliga relationer. WHOQOL-BREF enkäten hade ökat i samtliga huvudkategorier; generell hälsa, fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala relationer och miljö.	Hög

Bilaga 3: The Diabetes Self-Management Instrument (DSMI).

Diabetes Self-Management Instrument-35

ID NUMBER _____

The following statements are about how you feel and how things have been with you during *the past three months*. There is no right or wrong for your answer. Please place an "x" in the column that best represents the way you have been with diabetes. The numbers beside the blank stands for:

1= Never (It won't happen.)

2= Occasionally (It happens one to three days each week; It happens less than half of a week.)

3= Usually (It happens four to six days each week; it happens more than half of a week.)

4= Always (It happens everyday.)

	Never	Occasionally	Usually	Always
1 I consider the effect on my blood sugars when choosing foods and portions to eat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 I can participate in the social activities and still manage my diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 I know how to manage food portions and choices when I eat out.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 I regard my diabetes management as a way to stay healthy overall.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 I am comfortable asking other people with diabetes for tips about managing diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 My daily life style is more healthy than before because of having diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 I have successfully merged diabetes into my daily life.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 I pay attention to signals my body gives me related to my blood glucose level.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 I pay attention to situations in my daily life that might cause my blood glucose levels to change.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

10 I can recognize which signs and symptoms tell me the most about my blood glucose level.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 I can usually figure out the reasons for changes in my blood glucose levels.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 I compare the differences between my current blood sugar levels and my target blood glucose levels.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 I monitor my progress toward my desired goals by keeping track of blood glucose levels and A1c.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 I take action based on body signals such as thirst, losing my temper, and feeling anxious.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 When I feel as though my blood glucose is too low, I check my blood glucose levels as soon as possible.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 I decide what action to take based on the results of my previous actions.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17 When I feel unwell but I am not sure if the cause is either high or low blood glucose, I check my blood glucose as soon as possible.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18 I can adjust my diabetes routine to fit new situations (such as being away from home, changing my schedule, and celebration).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19 When I feel as though my blood glucose is too high, I check my blood glucose levels as soon as possible.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20 I am comfortable asking my health care provider questions about my treatment plan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21 I work with my health care providers to identify the possible causes when my diabetes control is poor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22 I am comfortable telling my health care provider how much flexibility I want in my treatment plan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23 I am comfortable telling my health care provider about changes I would like to make in my treatment plan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24 I tell others (e.g., my friends, my family) about the situations in which I need their help for controlling my diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25 I am comfortable discussing the results of out-of-range blood glucose tests with my health care providers.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26 I ask others (e.g., my friends, my family) to help me with my high blood glucose reaction if needed.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27 I am comfortable asking my health care provider about resources that could help me manage my diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28 I check my blood glucose to help me make self-care decisions (e.g., medications, diet, exercise).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29 I manage my food choices to help control my blood glucose.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30 I take my diabetes medications at the times prescribed.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31 I exercise enough to help control my blood glucose and my weight.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32 I keep my weight within the range set up by health care provider and me.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33 I see my diabetes provider every 1-3 months.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34 If I get a low blood glucose reaction I know how to treat it.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35 I take the amount diabetes medication that has been prescribed for me.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bilaga 4: Diabetes Management Self-Efficacy Scale (C-DMSES)

I am confident that

- 1 I am able to check my blood/urine sugar if necessary
- 2 I am able to correct my blood sugar when the sugar level is too high
- 3 I am able to correct my blood sugar when the blood sugar level is too low
- 4 I am able to choose the correct food
- 5 I am able to choose different foods and stick to a healthy eating pattern
- 6 I am able to keep my weight under control
- 7 I am able to examine my feet for cuts
- 8 I am able to take enough exercise, for example, walking the dog or riding a bicycle
- 9 I am able to adjust my eating plan when ill
- 10 I am able to follow a healthy eating pattern most of the time
- 11 I am able to take more exercise if the doctor advises me to
- 12 When taking more exercise I am able to adjust my eating plan
- 13 I am able to follow a healthy eating pattern when I am away from home
- 14 I am able to adjust my eating plan when I am away from home
- 15 I am able to follow a healthy eating pattern when I am on holiday
- 16 I am able to follow a healthy eating pattern when I am eating out or at a party
- 17 I am able to adjust my eating plan when I am feeling stressed or anxious
- 18 I am able to visit my doctor once a year to monitor my diabetes
- 19 I am able to take my medication as prescribed
- 20 I am able to adjust my medication when I am ill

Bilaga 5: Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF)

Diabetes Empowerment Scale—Short Form (DES-SF)

ID Number _____

IN GENERAL, I BELIEVE THAT I:		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
1	know what part(s) of taking care of my diabetes that I am dissatisfied with	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	am able to turn my diabetes goals into a workable plan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	can try out different ways of overcoming barriers to my diabetes goals.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	can find ways to feel better about having diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	know the positive ways I cope with diabetes-related stress.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	can ask for support for having and caring for my diabetes when I need it.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	know what helps me stay motivated to care for my diabetes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	know enough about myself as a person to make diabetes care choices that are right for me.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bilaga 6: Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS)

Perceived Diabetes Self-Management Scale

Key Reference

Wallston, K.A., Rothman, R.L., & Cherrington, A. (2007). Psychometric properties of the perceived diabetes self-management scale (PDSMS). *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 395-401.

Access & Cost Information

This scale is free to use without permission and can be imported into your REDCap Project from the REDCap Shared Library

Example

INSTRUCTIONS: This is a questionnaire designed to determine how well you, yourself, feel you manage your diabetes. Each item is a belief statement with which you may agree or disagree. Next to each statement is a scale which ranges from <i>strongly disagree</i> (1) to <i>strongly agree</i> (5). Please respond to each of the following items by choosing one number for each statement. Try to respond to each statement separately in your mind from each other statement. Choose your responses thoughtfully and make them as true FOR YOU as you can. Please respond to every statement.	1 = "Strongly Disagree" to 5 = "Strongly Agree."				
It is difficult for me to find effective solutions for problems that occur with managing my diabetes.	1	2	3	4	5
I find efforts to change things I don't like about my diabetes are ineffective.	1	2	3	4	5
I handle myself well with respect to my diabetes.	1	2	3	4	5
I am able to manage things related to my diabetes as well as most other people.	1	2	3	4	5
I succeed in the projects I undertake to manage my diabetes.	1	2	3	4	5
Typically, my plans for managing my diabetes don't work out well.	1	2	3	4	5
No matter how hard I try, managing my diabetes doesn't turn out the way I would like	1	2	3	4	5
I'm generally able to accomplish my goals with respect to managing my diabetes.	1	2	3	4	5

"Diabetes self-efficacy was assessed by the 8-item Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS) which was made diabetes-specific by replacing the word "condition" with "diabetes" in each item of the PMCSMS. The PMCSMS, in turn, was adapted from the PHCS (Smith et al. 1995), an instrument that has been shown to be reliable and valid in numerous investigations (e.g., Arnold et al. 2005; Samuel-Hodge et al. 2002). The responses for the PDSMS items range from 1 = "Strongly Disagree" to 5 = "Strongly Agree." Four of the items (#s 1, 2, 6, & 7) are worded such that high agreement signifies low self-efficacy or perceived competence. These four items are reverse-scored prior to being added to the other four items. The total PDSMS score can range from 8 to 40, with higher scores indicating more confidence in self-managing one's diabetes."

Wallston, K.A., Rothman, R.L., & Cherrington, A. (2007). Psychometric properties of the perceived diabetes self-management scale (PDSMS). *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 395-401.

Bilaga 7: Chinese version of the Problem Areas in Diabetes scale, short form (SF-PAID-C)

Item

Diabetes-related emotional problems

- 2. Feeling scared when you think about living with diabetes
- 6. Feeling guilty or anxious when you get off track with your diabetes management
- 8. Feeling that diabetes is taking up too much mental and physical energy
- 9. Coping with complications of diabetes
- 10. Feeling overwhelmed by your diabetes regimen
- 11. Feeling depressed when you think about living with diabetes

Food-related problems

- 17. Feelings of deprivation regarding food and meals
- 18. Feeling constantly concerned about food and eating

Bilaga 8: Patient Enablement Index (PEI), validerad i Kina

勉勵病人自強評估量表

(Evaluation Table on Promoting Patients' Self-strengthening Practice)

看過這次醫生後，你感到.....

(After this medical consultation, you feel:-)

(請於每行的其中一個空格內劃“✓”號):-

(Please check your answer for each statement)

大為改善 有所改善 一樣或少了 不適用

(greatly improved) (slightly improved) (the same or less) (not applicable)

- | | 2 | 1 | 0 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 能夠面對生活
(able to face your life) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 能夠了解自己的疾病
(able to understand your illness) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 能夠面對自己的疾病
(able to live with your illness) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 能夠保持自己身體健康
(able to maintain good health) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

大為增強 有所增強 一樣或少了 不適用
(greatly increased) (slightly increased) (the same or less) (not applicable)

- | | 2 | 1 | 0 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 對自己的健康有信心
(confident about your health) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 擁有自助的能力
(able to self help) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bilaga 9: The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

The Summary of Diabetes Self- Care Activities *

The questions below ask you about your diabetes self-care activities during the past 7 days. If you were sick during the past 7 days, please think back to the last 7 days that you were not sick.

<p>Diet How many of the last SEVEN DAYS have you followed a healthful eating plan?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>On how many of the last SEVEN DAYS did you participate in a specific exercise session (such as swimming, walking, biking) other than what you do around the house or as part of your work?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Smoking Have you smoked a cigarette—even one puff—during the past SEVEN DAYS? 0. No 1. Yes. <i>If yes</i>, how many cigarettes did you smoke on an average day? Number of cigarettes:</p>
<p>On average, over the past month, how many DAYS PER WEEK have you followed your eating plan?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Blood Sugar Testing On how many of the last SEVEN DAYS did you test your blood sugar?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	
<p>On how many of the last SEVEN DAYS did you eat five or more servings of fruits and vegetables?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>On how many of the last SEVEN DAYS did you test your blood sugar the number of times recommended by your health care provider?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	
<p>On how many of the last SEVEN DAYS did you eat high fat foods such as red meat or full-fat dairy products?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Foot Care On how many of the last SEVEN DAYS did you check your feet?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	
<p>Exercise On how many of the last SEVEN DAYS did you participate in at least 30 minutes of physical activity? (Total minutes of continuous activity, including walking).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>On how many of the last SEVEN DAYS did you inspect the inside of your shoes?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	