

**DIABETESPREVENTION GENOM EGENVÅRD –**  
**Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienten till bättre hälsa?**

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| <b>FÖRFATTARE</b>      | Tomas Sandegård                     |
| <b>FRISTÅENDE KURS</b> | Omvårdnad<br>Eget arbete<br>VT 2007 |
| <b>OMFATTNING</b>      | 10 poäng                            |
| <b>HANDLEDARE</b>      | Anita Andersson                     |
| <b>EXAMINATOR</b>      | Kaety Plos                          |

|  |   |
|--|---|
| Titel (svensk):                                | DIABETESPREVENTION GENOM EGENVÅRD –<br>Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienten till bättre hälsa? |
| Titel (engelsk):                               | DIABETES PREVENTION THROUGH SELF-CARE –<br>How can the nurse help the patient to better health?   |
| Arbetets art:                                  | Eget arbete, fördjupningsnivå I   |
| Program/kurs/kurskod/<br>Kursbeteckning/klass: | Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/<br>Omvårdnad – eget arbete/VOM200/SPN7                        |
| Arbetets omfattning:                           | 10 poäng  |
| Antal sidor:                                   | 19 sidor  |
| Författare:                                    | Tomas Sandegård   |
| Handledare:                                    | Anita Andersson   |
| Examinator:                                    | Kaety Plos  |

---

## SAMMANFATTNING

**Inledning:** Diabetessjukdomen har de senaste decennierna ökat lavinartat världen över och kommer att fortsätta så om man inte lyckas med preventionsarbetet. Det handlar till stor del om att förändra sin livsstil och leva så som alla borde.

**Bakgrund:** Diabetes är en av Sveriges största folksjukdomar och man räknar med att minst 350 00 svenskar lider av diabetes typ två. Riskfaktorer för att utveckla sjukdomen är bland annat övervikt, felaktig kost, inaktivitet och ärftlighet. Diabetes kan leda till allvarliga komplikationer framförallt på kroppens kapillärer. Man behandlar diabetes i första hand med kost, träning och viktning men även läkemedel.

**Syfte:** Att studera hur sjuksköterskan kan hjälpa patienten att förebygga eller motverka diabetes typ två utveckling, med fokus på att stärka patientens egenvårdskapacitet, samt identifiera lämpliga omvårdnads-åtgärder för att främja patientens egenvård.

**Metod:** Arbetet är en litteraturstudie. Artikelsökning har utförts i PubMed och CINAHL. Fjorton artiklar inkluderades i arbetet. Dessa analyserades deduktivt utifrån Orem's egenvårdsteori.

**Resultat:** Som vårdgivare, måste vi samarbeta med diabetespatienterna för att utveckla en individuell vårdplan som innehåller ett fortgående arbete med egenvårdskapacitet, beteende, kunskap, livsstilsförändring, personliga mål samt individanpassade strategier och problemlösningssmodeller.

**Nyckelord:** diabetes, self-efficacy, self-management, self-care, education, behavioural.

|  |           |
|--|-----------|
| <b>BAKGRUND</b>  | <b>4</b>  |
| INLEDNING  | 4         |
| DIABETES MELLITUS  | 4         |
| <i>Riskfaktorer</i> .....                                    | 5         |
| <i>Komplikationer</i> .....                                  | 6         |
| <i>Behandling</i> .....                                      | 6         |
| <i>Kost</i> .....  | 6         |
| <i>Träning</i> .....   | 7         |
| OMVÅRDNADSTEORI  | 7         |
| <i>Teorin om egenvård</i> .....                              | 8         |
| <i>Teorin om egenvårdsbrist</i> .....                        | 8         |
| <i>Teorin om omvårdnadssystem</i> .....                      | 8         |
| <i>Egenvårdsbehov</i> .....                                  | 8         |
| EMPOWERMENT  | 9         |
| <b>SYFTE</b>   | <b>9</b>  |
| <b>METOD</b>   | <b>9</b>  |
| ANALYS   | 10        |
| <b>RESULTAT</b>  | <b>11</b> |
| HINDER FÖR EGENVÅRDEN  | 11        |
| <i>Bristande sjukdomsinsikt</i> .....                        | 11        |
| <i>Samspelsproblem</i> .....                                 | 12        |
| <i>Depression</i> .....                                      | 12        |
| OMVÅRDNADSÅTGÄRDER SOM FRÄMJAR PATIENTENS EGENVÅRDSKAPACITET | 12        |
| <i>Patient undervisning</i> .....                            | 12        |
| <i>Livsstilsförändringar</i> .....                           | 14        |
| <i>Empowerment</i> .....                                     | 14        |
| <i>Motiverande samtal</i> .....                              | 15        |
| <i>Behandlingsmål</i> .....                                  | 15        |
| <i>Stöd och förtroende</i> .....                             | 16        |
| <i>Summering</i> .....                                       | 16        |
| <b>DISKUSSION</b>  | <b>16</b> |
| METODDISKUSSION  | 16        |
| <i>Tillvägagångssätt</i> .....                               | 16        |
| <i>Urval/Artiklar</i> .....                                  | 17        |
| <i>Etiska överväganden</i> .....                             | 17        |
| <i>Material</i> .....  | 18        |
| RESULTATDISKUSSION   | 18        |
| <i>Fysiskt och psykologiskt stöd</i> .....                   | 19        |
| <i>Undervisa och handleda</i> .....                          | 20        |
| SLUTSATS   | 21        |
| <b>BILAGOR</b>   |           |
| <b>ARTIKELÖVERSIKT</b>                                       |           |

# BAKGRUND

## Inledning

Diabetes är en folksjukdom som de senaste decennierna har ökat lavinartat och kommer att fortsätta så, om man inte lyckas med det preventiva arbetet. Jag har kommit i kontakt med flera som drabbats av sjukdomen på senare år, både privat och under utbildningen. Något som intresserat mig är hur mycket man själv som diabetiker kan göra för att motverka diabetes typ två och även lindra sjukdomen när väl diagnosen är ställd. Ett mycket stort problem som jag upplevt är dock de stora svårigheterna typ två diabetiker upplever med att göra de livsstilsförändringar som krävs. Samt de problem som diabetikersjuksköterskor ställs inför när de försöker påverka patienterna att förändra sina levnadsvanor. Detta har lett till funderingar från min sida och jag önskar utreda området mer för att få en ökad förståelse för hur man på bästa sätt kan hjälpa en typ två diabetiker till ett bättre liv, och även vad som gör att det är så svårt att lyckas med de livsstilsförändringar som krävs. Diabetessjuksköterska är definitivt något som jag skulle kunna tänka mig att arbeta som och jag tror att detta arbete kan hjälpa mig mycket på vägen dit. Och jag hoppas också att det kan komma många diabetiker till gagn.

## Diabetes mellitus

Diabetes är en sjukdom som var omnämnd redan i sanskritlitteraturen. Även den grekiske läkaren Aretaios beskrev de klassiska diabetesymtomen på 100-talet e.Kr.

Ordet diabetes kommer av grekiskans *diabaina* som ungefär betyder 'passera igenom', vilket syftar på den stora mängd vätska som passerar igenom kroppen vid diabetes. Mellitus i sin tur betyder 'sockersöt' och syftar till smaken på urinen.

Diabetes är en kronisk ämnesomsättningsrubbing där problemet är att kroppen bildar för lite insulin eller att insulinet inte har tillräcklig effekt, på grund av för få insulinreceptorer, alternativt en kombination av dessa (1, 2, 3, 4).

**Glukos** är i vanliga fall den energikälla som kroppen framförallt använder och brukar utgöra runt hälften av vårt energiintag, och det är en nedbrytnings produkt av de kolhydrater som vi äter. Glukosomsättningen i kroppens fett- och muskelceller styrs framförallt av två hormoner, glukagon och insulin (1, 2).

**Insulin** är ett anabolt hormon och stimulerar kroppens insulinberoende vävnader att ta upp glukos. Det stimulerar även kroppens fettinlagring och minskar energifrisättningen från fett och glukosrika vävnader. Muskler och fettvävnad är de cellvävnader i kroppen som är mest insulinberoende (1, 2).

**Glukagon** är ett katabolt hormon och hjälper till att frisätta glukos till blodbanan om nivån är för låg. Både glukagon och insulin produceras i bukspottkörteln.

Kroppens glukosbalans påverkas också av autonoma nervsystemet, dels sympatikus som stimulerar glukagon utsöndringen och hämmar insulin frisättningen och dels parasympatikus som stimulerar insulin frisättningen (1, 2).

**Diabetes typ 1** innebär att kroppens egen insulinproduktion är delvis eller helt utslagen. Denna form av diabetes utvecklas oftast i unga år och är en autoimmun sjukdom (1, 2).

**Diabetes typ 2** är den vanligaste formen av diabetes och innebär att de langerhanska betacellerna i pankreas inte producerar tillräckligt med insulin och/eller att en viss insulinresistans har utvecklats. Den debuterar vanligen i vuxen ålder och har ett smygande

förlopp till skillnad från typ ett. Det kan ta många år innan man börjar få märkbara symtom. Det är därför vanligt att sjukdomen upptäcks vid rutinkontroll eller vid utredning av en annan sjukdom.

Symtom vid manifest diabetes är stora urinvolymer, törst, glukosuri, torra slemhinnor, torr hud, trötthet, viktminskning och aceton luktande utandningsluft. Diagnosen fastställs genom att vid två skilda fastebloodsocker kontroller, glukos nivåerna i helblod överstiger  $>6,1$  mmol/l om detta är fallet diagnostiseras man med diabetes typ två. Vid tveksamhet görs en glukosbelastning som innebär att man först dricker en glukosrik vätska, efter två timmar tas ett blodprov, om man har  $<11$  mmol diagnostiseras det inte som diabetes (1, 2, 4, 5).

Diabetes är en av Sveriges största folksjukdomar och man räknar med att minst 350.000 svenskar har diabetes. Risken att utveckla diabetes typ två ökar med åldern, av alla Svenskar över 75år har minst 10% diabetes. Man räknar med att 80-90% av alla diabetiker lider av typ två (1, 2).

Under graviditeten kan kvinnor utveckla diabetes men sjukdomen går oftast tillbaka efter att barnet är fött. Dock har man sett att kvinnor som har lidit av havandeskapsdiabetes har en mycket större risk att utveckla typ två diabetes senare i livet.

Miljoner människor världen över lider av så kallad pre-diabetes (nedsatt glucostolerans), vilket innebär att de har ett något förhöjt bloodsocker men ännu inte patologiskt, alltså under de gränsvärden man satt för diabetes diagnos (2, 3).

Diabetes typ ett och två har många gemensamma nämnare men skiljer sig även åt. Vilken typ man än har så är målet med behandlingen att hålla en så normal bloodsocker nivå som möjligt. Högt bloodsocker kan nämligen leda till många och svåra komplikationer (1, 2, 5).

### ***Riskfaktorer***

Det finns ett flertal faktorer som ökar insulinresistansen i kroppens vävnader, tex åldrande, obesitas och sjukdomar med förhöjda värden av insulinantagonistiska hormoner.

Att vara överviktig är den största riskfaktorn för att utveckla diabetes typ två. Vid övervikt, det vill säga BMI  $>25$ , jämfört med normalviktiga har man 10 gånger större risk att utveckla diabetes och vid fetma (BMI  $>30$ ) har man 30 gånger större risk. Vid övervikt tvingas kroppen att producera mer insulin, upp till fem tio gånger den normala produktionen för att hålla normala bloodsocker nivåer. Vid anlag för diabetes kan inte insulinbehovet kompenseras detta och sjukdomen blir ett faktum (2).

Även felaktig kost är en riskfaktor som kan leda till diabetes eftersom den belastar insulinproduktionen, minskar insulinkänsligheten och dessutom kan leda till övervikt.

Fysisk inaktivitet tros sänka insulinkänsligheten i samma grad som fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten, och är därför en bidragande faktor till diabetes typ två utveckling då fler och fler människor har en inaktiv livsstil (5, 6).

Många tror att det är diabetes typ ett som är den ärftligaste typen av diabetes men det är faktiskt typ två. Man har utfört studier på enäggstvillingar och då observerat att om den ena lider av typ två har den andra 90% chans att också utveckla diabetes. Däremot har samma person bara runt 40% risk att utveckla typ ett om syskonet istället skulle lida av denna sjukdomen. Man räknar med att drygt 15% av Sveriges befolkning har anlag för att utveckla diabetes typ två (2). Även ålder påverkar risken att drabbas av diabetes typ två eftersom ökad ålder innebär ökad insulinresistans.

Man har gjort fältstudier som visat att stress höjer bloodsockret, dock har man inte lyckats duplicera dessa studier i laboratorieförhållanden. Men diabetiker själva och forskare världen

över är ändå övertygade om att stress har en negativ inverkan på sjukdomen. Anledningen till blodsockerhöjningen är det sympatiska nervsystemets påslag och frisättningen av adrenalin, noradrenalin och kortisol (1, 7).

Rökning påverkar blodsockernivån negativt och minskar insulinets effekt. Det ökar även risken för senkomplikationer hos diabetiker. En stor anledning till rökningens skadliga effekter är den försämrade blodcirkulationen som kommer av den perifera vasokonstriktionen nikotinet ger upphov till. Detta leder till ökad komplikationsrisk på bland annat ögon, njurar och andra kapillärnät som tex. i fötterna (2, 6).

Läkemedel som tex. vissa diuretika, kortikosteroider, och östrogener kan öka risken för försämrad glukostolerans och kan därmed vara en bidragande faktor till utveckling av diabetes typ två (5).

### ***Komplikationer***

Vid obehandlad diabetes lider man av kronisk hyperglukemi vilket leder till att olika vävnader i kroppen tar skada. Kroppens insulinberoende vävnader kan inte använda sig av glukos som energikälla utan får istället öka sin förbränning av fett. Detta leder till att metabolismen inte fungerar optimalt utan det bildas restprodukter så kallade ketonkroppar. Ketonkropparna kan användas som energi för CNS men de som blir över bryts ner till aceton i levern och utsöndras genom andning och diures (1, 4).

Det finns därför risk att utveckla en så kallad ketoacidosis, det vill säga sänkt pH nivå i vävnaderna, på grund av att ammoniak och keton nivåerna i blodet. Risk för dehydrering finns även då den höga glukosmängden gör att njurarna inte klarar att resorbera all glukos vilket leder till att glukosen via osmos drar med sig vätska ut i urinenledaren och därigenom kraftigt ökar diuresen. Även cellerna inuti kroppen dehydreras via blodbanan, genom osmos, och skadas på så sätt (1, 5).

### ***Behandling***

Behandling av diabetes går ut på att hålla ett så normalt blodsockervärde som möjligt och att minska insulinresistansen i vävnaderna. Detta kan bland annat uppnås genom att äta hälsosamt, att gå ner i vikt (om överviktig), att motionera mera, att kontrollera sitt blodsocker, att ta sina mediciner samt att sluta röka.

Om man inte lyckas hålla sin diabetes i schack med kost och motion brukar man få börja med tabletter. Det finns två typer som används vid diabetes, sulfonureider som stimulerar insulinproduktionen och metformin som ökar kroppens insulinkänslighet. Om blodsocker nivån inte längre kan hållas på acceptabla nivåer via ovanstående interventioner, får man börja behandlas med insulin. Vilket det flesta typ två diabetiker får göra efter ett antal år (1, 3, 4, 8).

### ***Kost***

”Maten är A och O i behandlingen.” ( 8, s21.)

En korrekt kost är av stor vikt vid behandling av typ två diabetes. Egentligen är det inga direkta skillnader mellan en diabeteskost och vad alla borde äta men har man diabetes är det av större vikt att man följer de angivna kostrekommendationerna (1, 8).

**Kolhydrater** bör utgöra cirka 55% av energiintaget och dessa skall bestå av komplexa kolhydrater med mycket kostfibrer, hög stärkelseförklistring och bibehållen cellstruktur. Exempel på sådana produkter är råris, riktigt fullkornsbröd, fullkornspasta, grönsaker och

liknande. Dessa livsmedel har en längre nedbrytningsprocess, stannar längre i magen och tas långsammare upp av tarmen. Därför ger de en långsammare och jämnare blodsockerstegring under en längre tid. Det kan vara stora skillnader på hur snabbt olika livsmedel kan höja blodsockret även om de innehåller lika stor mängd kolhydrater. Ett mått på detta som kan vara användbart för diabetiker är GI, glykemiskt index (1, 5, 9).

### **Protein**

Man har tidigare gett diabetiker rådet att öka sitt proteinintag jämfört med icke diabetiker men det finns inga belegg för att detta skulle vara en bra strategi. Livsmedelsverkets rekommendationer är istället att proteinintaget skall ligga runt 15%. Däremot finns det starka belegg för att det är fördelaktigt att minska proteinintaget vid begynnande nefropati (njursjukdom) (5, 9).

**Fett** skall utgöra cirka 25E% av energiintaget. Man skall som diabetiker undvika härdat eller mättat fett och istället äta fleromättat och enkelomättat. Det är viktigt att följa dessa rekommendationer eftersom diabetiker löper mycket högre risk att utveckla ateroskleros. En fördel som fett dock har är att det sänker måltidens glykemiska index. Det vill säga att om man äter en bra komponerad måltid med långsamma kolhydrater och tar lite olja på grönsakerna får man en ännu lägre och långsammare blodsockerstegring efter måltiden (1, 8). I djurstudier har man dessutom sett att ett högt intag av mättat fett försämrar insulinkänsligheten, vilket är ytterligare än anledning för en diabetiker att hålla sig till mestadels fler- och enkelomättat fett i sin kost (5).

### **Träning**

Motion och fysisk aktivitet är en mycket stor del i behandlingen av typ två diabetiker. Flertalet diabetiker kan klara sig utan läkemedel i många år om kost och motion sköts enligt de befintliga rekommendationerna. Aktivitet minskar insulinbehovet och ökar glukosupptaget i muskulaturen. Det förbättrade glukosupptaget leder till att blodglukosnivåerna normaliseras. Detta gäller framförallt diabetiker som fortfarande har en hög insulinsekretion. Fysisk träning sänker även blodsockernivån upp till två dygn efter aktivitet. Diabetiker som utför kardiovaskulär träning får lika stor förbättring som icke diabetiker. Blodcirkulation och syreupptagningsförmåga förbättras avsevärt samtidigt som blodfetterna förbättras. Träning kan också leda till viktminskning som även det gör att behovet av insulin minskar. Förutom alla fysiska vinster så vet man att träning även påverkar många psykiska aspekter positivt, förbättrad sömn och ökat välbefinnande är två exempel (1, 5, 8).

## **Omvårdnadsteori**

### **Dorothea Orem**

Omvårdnadens mål är att främja normal funktion, hälsa, utveckling samt välbefinnande. Egenvård är de handlingar som en människa själv utför för att bevara hälsa, välbefinnande och liv.

Orem talar om tre olika typer av egenvårdsbehov, de universella, de utvecklingsrelaterade samt egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem. Universella egenvårdsbehov innebär de behov som är livsviktiga och de utvecklingsrelaterade är de behov som måste tillfredställas för att vi skall utvecklas som människor. Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem återfinns hos personer som har sin hälsa hotad till exempel genom att ha fått diagnosen diabetes. Sjukdomen gör att personen ställs inför nya krav och förändringar och kan bli beroende av andra personer för att fylla sina omvårdnadsbehov (10).

### ***Teorin om egenvård***

Orem menar att de olika handlingar som en människa utför, i syfte att främja sin egen hälsa eller sitt välbefinnande, är en form av allmänmänskligt beteende. Människan är en mycket aktiv varelse och hon har behov av en hög frihetsgrad enligt Orem. I normala fall både önskar hon, och har förmågan att ta vara på sig själv. Alla människor har ett individuellt egenvårdsbehov som måste tillgodoses för att personen skall kunna fungera normalt, kunna utvecklas och ha hälsa. Att tillfredställa sina egenvårdsbehov är något alla människor strävar efter. Under förutsättningarna att personen känner till behoven och vet hur hon skall uppfylla dem, så önskar hon själv tillgodose sina egenvårdsbehov (10).

### ***Teorin om egenvårdsbrist***

Orem talar om begreppet egenvårdskapacitet (self-care agency), det vill säga individens egen förmåga att identifiera sina terapeutiska egenvårdskrav (de handlingar som behöver genomföras för att egenvårdsbehoven skall tillgodoses). Samt att fatta beslut om, och uppfylla egenvårdskraven. Det är när egenvårdsbehovet överstiger personens egenvårdskapacitet som en egenvårdsbrist uppträder och individen behöver omvårdnad. Obalansen kan orsakas av bristande resurser hos patienten, som till exempel bristande insikt, otillräcklig kunskap, bristande förmåga till reflektion, oförmåga att fatta beslut mm. Men även för stora krav kan orsaka denna obalans (10, 11).

### ***Teorin om omvårdnadssystem***

Teorin om omvårdnadssystem innefattar den planering och den omvårdnad som sjuksköterskan utför för att täcka upp för den brist i egenvårdskapaciteten som en patient kan lida av. Det innefattar också möjligheten för patienten att utveckla sin kapacitet för egenvård. Orem anser att omvårdnad är en profession och pointerar vikten av att sjuksköterskan är utbildad och har kunskap inom denna (10).

### ***Egenvårdsbehov***

Orem talar om universella egenvårdsbehov som gäller för alla människor. Hon har identifierat åtta behov som indelats i sex kategorier. *Upprätthålla balans mellan aktivitet och vila, motverka faror som hotar liv, funktion eller välbefinnande samt främja normalitet* är de egenvårdsbehov som jag anser att man kan behöva arbeta med hos en nydebuterad typ två diabetiker (10, 11).

Enligt Orem finns det fem generella hjälpmetoder som omvårdnadspersonalen kan använda sig av för att hjälpa patienten att täcka sina egenvårdsbehov.

1. Att utföra eller handla för en annan person  
*Att utföra de handlingar som en person inte själv klarar av, till exempel matning.*
2. Att handleda en annan person  
*Patienten fattar själv beslut men sjuksköterskan vägleder patienten, till exempel kostomläggning vid diabetes.*
3. Fysiskt och psykologiskt stöd  
*Sjuksköterskan har här en mer tillbakadragen roll men kan vid behov vara behjälplig, till exempel uppföljning av patientens behandlingsmål.*
4. Att skapa en miljö som främjar utveckling  
*Patienten är i centrum och står för planering och av behandling med endast litet stöd från sjuksköterska.*
5. Undervisning  
*Sjuksköterskan ger undervisning för att stärka patientens egenvårdskapacitet så att patienten på så vis åter kan bli helt självständig (10, 11).*

Det bästa är att patienten själv i så stor utsträckning som möjligt löser sitt omvårdnadsbehov och man skall därför sträva efter att hålla sig så långt ner i listan som möjligt.

Orem talar även om att det finns flera faktorer som påverkar egenvårdskraven och egenvårdskapaciteten hos en person, bland annat familjesituation, ålder, livsstil, levnadsvanor och tillgång till hälso- och sjukvård. Under inverkan av dessa faktorer uppkommer nya egenvårdsbehov och också risker att patientens egenvårdskapacitet minskas (10, 11).

## Empowerment

Direktöversatt betyder empower ge tillåtelse (befogenhet, makt), bemyndiga. Och empowerment betyder självbestämmande [makt] (31). Dock tappar orden en del av sin mening om man direktöversätter dem, då empower är ett så mycket vidare begrepp. Jag har därför valt att behålla de engelska versionerna av orden.

## SYFTE

Att studera hur sjuksköterskan kan hjälpa patienten att förebygga eller motverka diabetes typ två utveckling, med fokus på att stärka patientens egenvårdskapacitet, samt identifiera lämpliga omvårdnads-åtgärder för att främja patientens egenvård.

## METOD

Uppsatsen är en litteraturstudie där fjorton vetenskapliga artiklar har ingått. Artikelsökningen har genomförts i databaserna PubMed och Cinahl. De använda sökorden var fritextord och valdes utifrån studiens syftet.

Samtliga sökningar utfördes mellan 2007-04-16 och 2007-05-04. Alla relevanta sökningar redovisas i tabell 1.1. Manuella sökningar gjordes även utifrån olika referenslistor samt på författare av tidigare funnet material.

Inklusionskriterier för artiklarna var vetenskaplighet, vilket kontrollerades med hjälp av skolans granskningsmall för vetenskapliga artiklar (12, 13). Artiklarna skulle även vara skrivna på svenska eller engelska.

Begränsningar som användes i sökningen av PubMed var "published in the last 10 years". Och begränsningar i Cinahl sökningarna var, "published 1995-2007", "Peer Reviewed" och i vissa av sökningarna även, "Research Article". Artiklarna valdes utifrån Orem's teorier.

**Tabell 1.1 Sökhistoria**

| Databas | Söktermer  | Träffar | Granskade artiklar | Referens nummer |
|---------|--|---------|--------------------|-----------------|
| Pub Med | "Patient education" AND<br>"Diabetes" AND<br>"self management"                     | 37      | 6                  | 21, 26          |
| Pub Med | "Diabetes mellitus" AND<br>"Self management" AND<br>"Self*care" AND<br>"Education" | 36      | 4                  | 24, 30          |

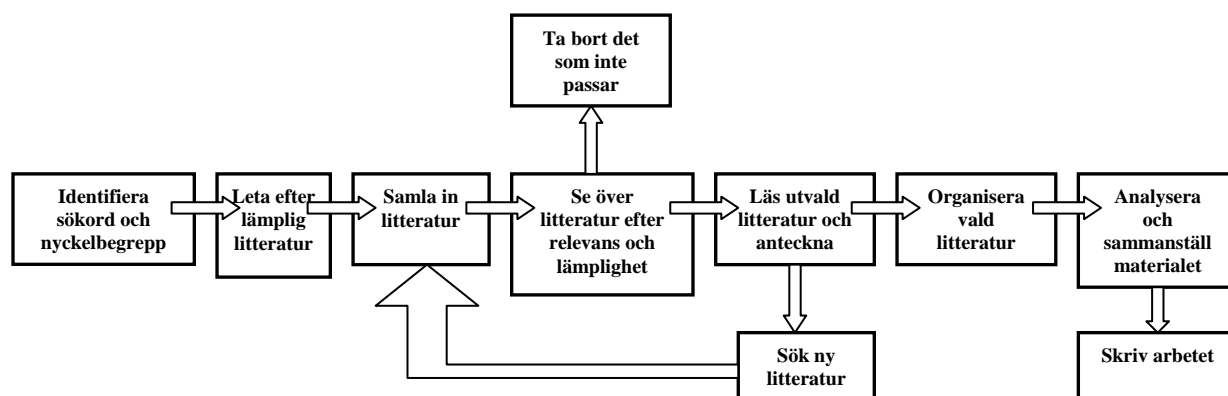
|                |  |            |           |                      |
|----------------|--|------------|-----------|----------------------|
| Pub Med        | "Diabetes" AND<br>"Empowe*" AND<br>"Self*care"             | 7          | 1         | 16                   |
| Pub Med        | "Diabetes mellitus" AND<br>"group education"               | 8          | 1         | 28                   |
| Pub Med        | "Diabetes mellitus" AND<br>"Education" AND<br>"Behavioral" | 53         | 4         | 19                   |
| Pub Med        | "Diabetes mellitus" AND<br>"Patient education"             | 239        | 24        | 17, 20,<br>23,25, 27 |
| Cinahl         | "Diabetes" AND<br>"Self-Efficacy"                          | 14         | 4         | 18, 22               |
| Cinahl         | "Diabetes" AND<br>"Metabolic Control" AND<br>"Self-"       | 12         | 3         | 29                   |
| <b>Totalt:</b> |  | <b>450</b> | <b>51</b> |                      |

Totalt granskades 51 artiklar vilka fick var sin kod för att lättare hålla isär artiklarna under bearbetningen. Av de 51 artiklarna uteslöts 37 stycken på grund av att de enligt bedömarens inte var vetenskapligt utförda eller att de vid närmare analys inte hade tillräcklig relevans för studien. Utvalda artiklar ligger till grund för resultat delen. För varje artikel gjordes en ”artikelpresentation” med bland annat syfte, metod, urval och författare (bilaga 1).

## Analys

Analysmetoden av valda artiklar följde i stort ”Dags för uppsats, att göra en litteraturöversikt” av Friberg (14) samt Polits flödesschema (15).

Första steget i analysen var att skaffa en övergripande förståelse, detta utfördes genom att läsa artiklarna i sin helhet och på så vis få en uppfattning om området som de behandlade. Om de inte överensstämde med syftet exkluderades de och nytt material inhämtades. (14, 15)



Modell 1.2 Flödesschema för att förbereda och genomföra en litteraturstudie enligt Polit m.fl., fritt översatt. (14)

Därefter lästes artiklarna igenom ytterligare, nu med olika teman och Orems teorier som bakgrund. Relevanta delar av det inlästa materialet markerades. De valda delarna analyserades efter likheter och skillnader och sorterades in i temporära grupper (11, 15).

Genom denna process började vissa kategorier och teman växa fram, och materialet sorterades in under dessa. Artiklarna lästes igenom ytterligare en gång med valda kategorier som bakgrund och det nya materialet sorterades då in under framkomna teman och kategorier (15).

## **RESULTAT**

Uppsatsens resultatdel redovisas med två tema: hinder för egenvården samt omvårdnadsåtgärder som främjar patientens egenvårdskapacitet.

De olika kategorierna som kunde belysa de olika temana, som framkommit under artikelanalyserna var;

Hinder för egenvården

- Bristande sjukdomsinsikt
- Samspelsproblem
- Depression

Omvårdnadsåtgärder som främjar patientens egenvårdskapacitet

- Undervisning och gruppundervisning
- Livsstilsförändringar.
- Empowerment, motiverande samtal, behandlingsmål och Stöd och förtroende.
- Egenvård.

### **Hinder för egenvården**

För att kunna hjälpa diabetes patienten att hantera sin sjukdom måste sjuksköterskan först identifiera eventuella hinder, genom att ställa en omvårdnadsdiagnos. Det kan finnas problem hos patienten som gör sjuksköterskans planerade omvårdnadsåtgärder verkningslösa, om man inte behandlar dem först.

Det finns många orsaker till hinder för patienters egenvård, så som kunskapsbrist, bristande förmåga att följa råd, missar i kommunikationen, emotionell status, motivations brist, ovilligheten att förändra sig samt negativt socialt nätverk (16). Nagelkerk m.fl. såg också att negativa erfarenheter inom sjukvården ledde till hjälplöshet och frustration och därigenom minskad egenvårdskapacitet (17).

Typ två diabetiker upplevde flera hinder för att genomföra kost och livsstilsförändringar och tyckte att de var de svåraste förändringarna att genomföra (16). Några av de hinder som patienterna beskrev var, brist på kunskap och förståelse för dietplanen, brist på individualisering av planen samt hjälplöshet och frustration av misslyckad B-glukos kontroll (trots att man följt kostråden) (17).

Även att träna och motionera upplevdes av patienterna som en mycket svår och arbetskrävande del i diabetesbehandlingen. Många diabetiker ansåg sig inte heller ha tid till detta (16, 18, 19).

#### ***Bristande sjukdomsinsikt***

Hinder som visat sig var att patienten inte accepterade sin sjukdom. Eller inte upplevde några symptom, vilket ledde till att de inte var motiverade att följa behandlingen (20).

Lundman visade i sin studie att trots de stora ansträngningar som gjorts i Sverige för att hjälpa diabetiker med deras egenvård hade endast 34% av dessa acceptabla glukosvärden, det vill säga HbA1c <6.5 (18).

En bidragande faktor till detta kan ha varit det Holmström och Rosenqvist fann i sin studie, nämligen att många patienter med typ två diabetiker inte ansåg sig lida av "riktig diabetes". Utan snarare upplevde att de bara hade "lite diabetes". Och att de inte tog sin diabetes på allvar lede till försummelser i egenvårdsbehandlingen (18).

Att leva år efter år med en kronisk sjukdom betyder nödvändigtvis inte att man lär sig förstå sjukdomen, och hur man skall gå till väga för att behandla den. Tillexempel så vet patienterna oftast att dom skall kontrollera blodsocker med jämna mellanrum men inte nödvändigtvis varför eller hur dom skall använda sig av svaren (18).

### ***Samspelsproblem***

Det kan finnas problem i samspelet mellan patient och vårdgivare. I studien som Bonds m.fl. utförde såg de att patienter som inte hade förtroende för sina läkare inte följde den planerade behandlingen (21).

Även kulturella skillnader, trosuppfattning och psykisk sjukdom kan vara stora hinder för en välutvecklad egenvård (20).

### ***Depression***

Kuijer och Ridder visade i sin studie att diskrepans mellan vikt av och möjlighet att uppfylla målen med diabetesbehandlingen är leder till med mer oro, mer depressionssymptom och sämre mental hälsa (22).

Depression är ett vanligt problem hos diabetiker (15%) och det påverkar patientens egenvårdskapacitet negativt vilket avspeglar sig i sämre glukoskontroll, komplikationer med mera. Trots detta är det ovanligt att diabetespacienter får en diagnos och adekvat behandling för depression. Man har dock sett att depressionsbehandling med tricykliskapreparat hos diabetiker gör att många (57%) återfår normal mental hälsa (16, 23).

## **Omvårdnadsåtgärder som främjar patientens egenvårdskapacitet**

Effektiv diabetesvård kräver samarbete i förberedda, framtidsorienterade diabetesteam samt patienter som är aktiva och informerade. Två områden behöver ses över om patienterna skall bli informerade och involverade i sin egenvård. För det första måste vi se till att ge den bästa information som finns tillgänglig. För det andra måste egenvårds stöd och hjälp med beteende förändringar ges (23).

### ***Patient undervisning***

Patientutbildning är grunden för egenvård och bör syfta till att ändra perception, attityder och beteenden (21).

Ett mångfald av studier har visat att egenvårdsutbildning för diabetiker kan främja både psykosocial och fysisk hälsa. Tyvärr finns inte ett universellt utbildningspaket som fungerar för alla patienter utan utbildningarna måste skraddarsys för respektive patient med hänsyn till dennes kultur, plats där utbildningen utförs, tillgångar så som socialt nätverk, ekonomisk situation och med mera (23).

Ett problem som ofta uppstod vid undervisning av diabetespacienter var att sjuksköterskan eller läkaren hade en förutbestämd bild av vad patienten skulle lära sig, vilket kanske inte alls passade med patientens föreställning. Anledningen till detta kan ha varit att man angrep

sjukdomsproblematiken på ett traditionellt sätt med att enbart försöka behandla sjukdomen. Utan att se till hela patienten och ta hänsyn till dennes behov. Detta ledde till omotiverade patienter och ett dåligt inlärningsklimat (18, 23, 24).

Att inte själv bli sedd utan ”bara vara en sjukdom som skulle behandlas” upplevdes av många diabetiker i Sverige så negativt att de ansåg att sjukvården snarare hindrade än underlättade egenvård och lärande (18).

Heisler m.fl. hävdade att det var av stor vikt att ha en mer patientinriktad omvårdnad och ta reda på vad patienten själv kunde och ville, och utgå därifrån (24). Att utgå ifrån patienten och dennas önskemål gjorde istället att han/hon blev mer motiverad, lärde sig lättare, fick en mer positiv inställning till lärandet, och därigenom en ökad egenvårdskapacitet (17, 23).

Uppfattningen att enbart kunskapsutbildning leder till förbättringar i människors handlande är en kvarleva från tidigt 1900-tal. Enda vägen som ny kunskap kan leda till någon typ av förbättring, är om den leder till ett förändrat beteende. Dessutom har man i flera studier visat att kunskapsutbildningar, som inte tar hänsyn till beteende och andra faktorer, har en ringa effekt på patienternas egenvårdskapacitet (25, 26).

Detta till trots har kunskapsutbildningar och färdighetsträning en stor del i behandlingen av typ två diabetes patienter, men endast detta räcker inte. Fler interventioner, så som handledning, stöd och positiv förstärkning behövs för att främja patientens egenvårdskapacitet så den kommer i balans med egenvårdskraven (16).

Ofta använder sig vårdgivare inom diabetesvården av skrämselfpropaganda, som tillexempel, ”följer du inte dessa råd kommer du att bli tvungen att börja med insulinbehandling”. Men man vet idag att detta generellt är ett ineffektivt tillvägagångssätt som leder till minskat välbefinnande hos patienterna. Sådant kan till och med leda till blockeringar och ett negativt beteende, som kan göra att patienten istället inte orkar bry sig om sin egenvård, vilket i sig är kontraproduktivt (23, 25).

Studier har visat att träningsprogram där beteende och känslomässiga aspekter ingick, generellt var mer effektiva än rena kunskaps och färdighetsträning orienterade utbildningar. Dessutom var de program som tog hänsyn till kulturen och samhället som patienten befann sig i mer effektiva än då dessa aspekter inte ingick i undervisningen (23, 25).

För att få långvariga beteendeförändringar så att patienten skall kunna leva med sin diabetes utan ökad komplikationsrisk behövs fortgående stöd från vårdpersonal eller närstående, annars riskerar patienten att återgå till gamla vanor (18, 27).

### Gruppundervisning

Grupp utbildningar för diabetiker var lika effektivt som individuella utbildningar och på grund av det minskade personalbehovet var de dessutom mycket mer kosteffektiva. Rickheim m.fl. upptäckte dock i sin studie att grupperna inte bör överstiga åtta personer eftersom större grupper gjorde att möjligheterna för en individuell vårdplanering minskade (28). Patienter har även själva rapporterat att större grupper upplevdes som ett problem, eftersom man inte kunde få den ”skräddarsydda” hjälp, som är en central del av diabetesbehandlingen (17).

Grupputbildningar som uppmuntrade till frågor och diskussioner kring rädslor och känslor var enligt Nagelkerk m.fl en effektiv strategi för att främja patienternas egenvårdskapacitet (17). Carvalho och Saylor menar att en ytterligare fördel med grupputbildningar för diabetiker kan vara att patienterna möter andra i samma situation. Vilket har visat sig kunna leda till en ökad känsla av välbefinnande, tillfredställelse och större egenvårdskapacitet (29).

### ***Livsstilsförändringar***

Diabetes är en mycket komplex sjukdom och det finns inte enbart en behandlingsmetod som gäller för alla, utan behandlingen måste individanpassas (19, 25). Oftast måste man också göra många förändringar för att lyckas minska sjukdomens progression (19, 24).

En viktig process som sjuksköterskan kunde vara med och stötta var genomförandet av livsstilsförändringar. Dessa inbegriper till exempel att börja träna, motionera oftare, sluta röka och sluta äta onyttigt. Många aspekter spelade in för att förändringarna skulle vara genomförbara (25).

I Diabetes Prevention Program studien, såg man att livsstilsförändringar kan minska utvecklingen av diabetes typ två hos personer med sänkt glukos tolerans med 58% medan läkemedel (Metformin) endast minskade risken med 31% (19).

I nyare studier har man också visat att man kan fördröja och kanske motverka diabetesdebuten endast med hjälp av livsstilsförändringar och orala diabetesläkemedel (Metformin), även hos vuxna med glukosintolerans (20).

Livsstilsförändringarna upplevde de flesta diabetespatienterna som de mest arbetsamma att genomföra. Detta visar sig bland annat genom att följsamheten till planerade livsstilsförändringar var mycket lägre än den för läkemedelsbehandlingen (20).

Interventioner med unga pre-diabetiker har dock visat sig ge goda resultat. M. Gray med flera utförde en pilotstudie på två skolor i USA där dom såg att tidig intervention kunde hejda diabetesutvecklingen (27).

Men för att lyckas med preventionsarbetet behövs det kontinuerlig uppföljning, då man efter tolv månader såg att blodsockervärdena hos patienterna i studien börjat närma sig värdena hos kontrollgruppen (18, 27).

Människor som inte lider av diabetes tror ofta att det besvärligaste är att ta sitt insulin och kontrollera sitt blodsocker. Så var dock inte fallet enligt Toljamos följsamhetsstudie. De stora svårigheterna var som sagt att följa, motions och kostregimerna (30). Dessa hade patienterna mycket svårare att följa än de medicinska ordinationerna. Studier har dock visat kontradiktoriska resultat angående blodsocker mätningen. Enligt vissa studier upplevdes inga problem medan andra beskrev att patienterna hade stora problem att utföra blodsockerkontrollerna (30). Detta kan sammanhålla med hur man mäter "att sköta sina blodsockerkontroller", för som Holmström och Rosenqvist visade tar de flesta patienterna regelbundna kontroller, men de visste inte varför eller hur resultatet skulle tolkas och användas (18).

De såg även att många typ två diabetiker i Sverige inte vet hur dom skall sköta sin kost, de flesta visste att de skall minska fettet men inte varför. Att det finns olika kolhydratstyper var också för många okänt, även om de flesta visste att de inte skulle äta socker (18).

### ***Empowerment***

Studier har, under senare tid, visat att de kliniska resultaten vid diabetesbehandling förbättras om patienterna är mer delaktiga. De patienter som var delaktiga i utformningen av sin vård hade en större benägenhet att göra flera och mer omfattande förändringar (24).

Tron på sin egenvårdskapacitet spelar en viktig roll för personens faktiska egenvårdsförmåga. Eftersom detta avgör om en patient kommer att försöka utföra de uppgifter som krävs eller ge upp, innan han försökt. Delvis på grund av rädslan för att misslyckas (18, 22). Därför var det

viktigt med adekvat stöd och realistiska krav så man på lång sikt kunde stärka patientens egenvårdskapacitet (17, 25).

Ytterligare en anledning till vikten av att använda sig av empowerment var att patienterna skötte en så stor del av sin diabetesbehandling själva. Kände de sig inte delaktiga utförde de inte sin egenvård i samma utsträckning. Att stärka patienterna genom att presentera effektiva egenvårdsinstrument för självkontroll av fett- och kaloriintag samt fysisk aktivitet har visat sig ge god klinisk effekt (19).

Datorprogram är ett kosteffektivt egenvårdsinstrument, som för de flesta är lätta att använda. De ger en bra översikt av exempelvis viktminskning och näringsintag, över tid. Också personalledda övervakningsprogram är effektiva och relativt kostnadseffektiva. Komplikationer och ökat medicinintag är vida mer kostsamt (16).

Knight m.fl. såg att patienter som själva hade ansvaret för en större del av sin behandling hade större benägenhet att sköta sin egenvård. Medan de patienter som förlitade sig på vårdgivarna snabbt fallerade i sin egenvård om de inte kontrollerades regelbundet (25).

Empowerment strategin är en väsentlig del av diabetesbehandlingen, men bör användas med försiktighet. För trots att den generellt ger nöjdare patienter finns också hälsorisker med att ge patienterna för stort ansvar för sin behandling. En patient som utsätts för allt för stora krav kan riskera att ge upp istället för att uppleva sig vara "empowered" (17, 25).

### ***Motiverande samtal***

Sjuksköterskeledda interventioner i USA och UK har visat sig ge goda resultat vid diabetesutbildningar. De studier som utfördes med uppföljningssamtal från sjuksköterskan visade att patienterna hade mindre depressiva symptom, bättre egenvårdskapacitet samt var mer sällan borta från arbetet (23). Knight m.fl. anser att detta behöver utredas ytterligare, men det finns starka indikationer på att motiverande samtal var ett kraftfullt instrument för att stärka patienters egenvårdskapacitet (25).

En kontaktperson som ger uppmuntran, stöd och möjliggör autonomi var enligt Meengs en av de effektivaste strategierna för att öka patientens egenvårdskapacitet (17).

### ***Behandlingsmål***

Att låta patienten själv sätta upp mål för sin diabetesbehandling och sedan hjälpa dom att uppfylla dessa menar Funnell är den bästa vägen till god och effektiv diabetesvård (23). Man vet till exempel att patienter som själva var med i utformningen av sina behandlingsmål också hade en större benägenhet att nå dessa, än de som fick en färdig vårdplan av den ansvariga vårdgivaren (24).

Heisler m.fl. visade i sin studie att patienter som hade högre formell utbildning också hade en större benägenhet att följa den överenskomna behandlingen (24, 27).

Det visade sig vara viktigt med klara, tydliga, mätbara och framförallt realistiska mål vid behandlingen. Där detta fanns var det lättare att se sina framsteg och fortsätta vara motiverad att följa behandlingsplanen. Det gav också en ökad självkänsla åt patienten. (18, 24, 26).

Patientens tilltro till behandlingen påverkade också patientens benägenhet att komma överens med läkaren om behandlings mål, och vise versa (24). Likaså visade det sig att de patienter och läkare som inte kommit överens kring behandlingens mål i värsta fall omedvetet arbetade i motverkande riktning (24, 27).

### ***Stöd och förtroende***

Att utveckla ett gott samarbete med sin hälsovårdsgivare är enligt Nagelkerk m.fl. den effektivaste strategin för att kunna kontrollera sin diabetes (17).

Tidigare studier har visat att många patienter hade svårt att sköta egenvården och upplever mycket besvär med detta. Det har också visat sig att patienternas tilltro till behandlande läkare var av stor vikt för hur egenvården kom att skötas. Det är större sannolikhet att patienterna genomför de livsstilsförändringar som behövs om dom litade på sin läkare. Bonds m.fl. anser att förhållandet mellan patientens förtroende till vårdgivaren och patientens egenvård behöver forskas mer på då det enligt henne är ett viktigt område som har stor inverkan på behandlingsresultatet (21).

Sigurðardóttir anser att egenvård vid diabetes bör bestå av kontrollering av blodsocker, variation av nutrition relaterat till det specifika dagsbehovet, läkemedels justering relaterat till faktiskt behov samt regelbunden träning (26). En god egenvård är nära relaterad till en särskild sorts socialt stöd, nämligen familj och vänner. De patienter som fått emotionellt stöd och hjälp från familj och vänner hade generellt en bättre egenvårdsförmåga (30).

Knight, Dornan och Bundy såg i sin review att en enstaka egenvårdsutbildning endast gav en tillfällig förbättring av B-glukosvärdena, under 1-3 mån men sedan går man tillbaka mot ursprungliga nivåer. Det är därför viktigt med fortlöpande stöd och frekventa kontakter, under långa tidsperspektiv, för att patienterna skall lyckas med beteendeförändringarna (19, 25).

### ***Summering***

Som vårdgivare, måste vi samarbeta med diabetespatienterna för att utveckla en individuell vårdplan som inbegriper kontinuerligt arbete med bland annat bedömning av egenvårdskapacitet, beteende, kunskap, och identifiering av de hinder som finns, personlig uppsättning av mål samt individanpassade strategier och problemlösningar.

Uppföljning, tillexempel i form av telefonstöd, är av stor hjälp för patienterna i deras strävan att nå sina mål, och måste därför inkluderas i en god diabetesvård (18, 23, 25).

Datorprogram var ett annat instrument för uppföljning och diabeteskontroll som visat sig vara effektivt. Datorprogrammen var också till hjälp vid nyinläring och dessutom mycket kostnadseffektiva eftersom ingen personal behövs för den formen av uppföljning (16, 25).

Ytterligare faktorer som bör ingå är enligt Knight m.fl. utbildningsprogram som syftar till beteendeförändringar, motiverande samtal, självförtroendestärkning, stöd och uppföljning, utbildning och hjälp att utveckla egenvårdskapacitet (25).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### ***Tillvägagångssätt***

Dorothea Orem valdes som teoretisk referensram eftersom egenvård är en så central del i diabetesbehandling och sökorden valdes i relation till detta.

Artikelsökningarna har gjorts i PubMed och CINAHL eftersom merparten av de publicerade vetenskapliga artiklarna inom omvårdnadsforskningen finns där.

Sökord erhöles genom läsning av de artiklar som anskaffats efter första sökningen. Detta kan ha lett till att sökningarna på så vis inrutats och resultatet försvagats, något som författaren dock upplever osannolikt.

De teman och kategorier som framkommit under arbetet har som tidigare nämnts kommit fram med Orems teori som bakgrund. Temat undervisning står i direkt relation till Orems generella hjälpmetod undervisning. Livsstilsförändringar är en omvårdnadsåtgärd som kommer av egenvårdsbrist i att patienten på grund av sin sjukdom fått ett egenvårdsbehov som överstiger egenvårdskapaciteten. Stöd och omvårdnadsåtgärder kan dels relateras till teorin om omvårdnadssystem och dels till Orems generella hjälpmetod fysiskt och psykologiskt stöd. Hindren kan leda till egenvårdsbrist genom att de minskar egenvårdskapaciteten. (10).

### ***Urval/Artiklar***

Av valda artiklar var åtta kvantitativa (19, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30) två kvalitativa (17, 18) samt fyra reviews (16, 23, 25, 26).

Artiklarna speglar till stor del det syfte som ligger till grund för arbetet och författaren anser att alla artiklarna har relevans för det valda området. Dock skulle ytterligare ett drygt femtiotal artiklar behövas för att fullständigt göra syftet rätta.

Att större delen av de valda artiklarna är kvantitativa upplever författaren som en fördel, bland annat eftersom det generellt betyder att en större grupp undersökts. En nackdel med artikelvalen var att fyra reviews inkluderades men med tanke på valt syfte är det inte särskilt förvånande och erfordrades för att få ett adekvat resultat. Detta har "kompenserats" genom att ett större antal artiklar inkluderats.

Vidare kan vetenskapligheten på Funnels studie (23) ifrågasättas, men artikelns resultat stöds av merparten av resterande artiklar. Och Martha M. Funnel har för övrigt 89 publicerade artiklar på PubMed och är en av USA:s ledande och mest dekorerade sjuksköterskor inom diabetesforskningsområdet. Detta, men framförallt relevansen, gjorde att artikeln inkluderades.

Vissa av artiklarna saknar en tydlig reliabilitetsdiskussion (19, 23, 26) vilket minskar deras validitet. Men eftersom det är relativt få och genomgått ytterligare kontroll upplever författaren inte att det påverkar det sammanlagda resultatets värde nämnvärt.

### ***Etiska överväganden***

Något som jag slagits av är bristen på redovisning av "etiska överväganden" i artiklarna. Det är endast tre studier (17, 18, 30) som tydligt beskriver det etiska övervägandet, bland annat den svenska studien av Holmström och Rosenqvist. Inte för att jag upplever någon av studierna som etiskt kränkande men min uppfattning var att alla studier, utom de som endast görs på tidigare forskning, måste godkännas av en etisk kommitté.

Något som väckt intresse var upplägget på artiklarna. De nordiska har ett mycket mer strukturerat upplägg och innefattar i princip alla de delar som artikelgranskningsmodellen innehåller, i förhållande till de andra artiklarna som ingår i arbetet (12, 13).

## **Material**

Många artiklar återkom i flera sökningar vilket är en fördel då det kan tyda på att man uppnått "saturation" det vill säga täckt in det område man valt att genomgå (14).

Ytterligare fördel var att det är en relativt stor etnisk spridning vad det gäller artiklarna som ligger till grund för resultatdelen, dels genom litteraturstudierna men även genom artikelvalen.

Alla studier inkluderade både män och kvinnor vilket jag anser höjer resultatets trovärdighet. Även olika åldersgrupper ingår in i studierna vilket också ökar möjligheten att dra allmänna slutsatser för patientgruppen utifrån resultatet.

Jag ser som en styrka att artiklarna som ingår i resultatet är relativt ny forskning. Endast en är från 1999 och resterande från 2002 eller nyare. En av de inkluderade litteraturstudierna innehåller i och för sig forskningsdata från 1998 (23) men togs med på grund av sin höga relevans samt att merparten av datan var från 2000-talet.

Tidsbristen har med största sannolikhet påverkat resultatet, med mer tid hade troligen urvalet av artiklar kunnat göras grundligare och fler artiklar inkluderats.

Många översättningar har varit problematiska då de översättningsprogram och ordböcker jag använt inte haft med nyckelbegrepp som till exempel self-management, vilket direktöversatt blir själv-hantering och betyder ungefär autonomi.

Det kan finnas relevanta studier som endast publicerats på andra språk än engelska och svenska, att endast inkludera engelska och svenska artiklar är i sig en begränsning.

Ytterligare faktorer som kan ha påverkat resultatet är att av det fjorton valda artiklarna är nio från USA.

Dock har majoriteten av diabetesforskningen som berör valda ämnet sitt ursprung i USA. Och USA är ett av de länder som är ledande inom diabetesforskningen.

En nackdel med större delen amerikanska studier är den annorlunda matkultur som amerikaner har jämfört med svenskar. Men kan även ha varit en fördel eftersom vår kultur "amerikaniserats" så mycket under de senare decennierna.

Något som upplevdes negativt av författaren var svårigheten att hitta studier utförda av sjuksköterskor. Glädjande kan man se en ökning om man söker i till exempel CINAHL. Sökordet nurse-led gav 3 träffar mellan 1950-1990 och 776 träffar mellan 2000-2007, vilket faktiskt känns mycket positivt. Denna sökningen har i och för sig en stor mängd bias men kan ändå anses visa på en tydlig trend.

Ytterligare en anledning till svårigheten kan vara att många studier inte specificerar yrkeskategori utan använder sig av vårdgivare och liknande benämningar vilket även innefattar sjuksköterskor.

Författaren anser att syftet med studien är till stor del uppnått.

## **Resultatdiskussion**

Stöd, empowerment och undervisning anser jag framkommit som de intressantaste och mest relevanta delarna i arbetet med att stärka patienternas egenvårdskapacitet. Valet av delarna som jag tagit upp i resultatdiskussionen har gjorts med stöd av och i relation till Orems teori, sjuksköterskans hjälpmetoder.

Orem lyfter även fram omvårdnadssystem som kan användas för att stödja patienten. Det omvårdnadssystem som framkommit i studien som mest relevant för den generelle diabetikern var det stödjande och undervisande omvårdnadssystemet (10).

Enligt Orem finns det fem generella hjälpmetoder som omvårdnadspersonalen kan använda sig av för att hjälpa patienten att täcka sina egenvårdsbehov. Genom att ge fysiskt och psykologiskt stöd, att handleda en patient, att skapa en miljö som främjar utveckling och att undervisa (10, 11).

Innan man påbörjar patientens behandling är det av stor vikt att ta reda på vad patienten har för förförståelse och sjukdomsinsikt genom att ställa omvårdnadsdiagnoser såsom problemdiagnos, egenvårdsbrist samt resursdiagnos, med andra ord identifiera patientens egenvårdskapacitet (10).

### ***Fysiskt och psykologiskt stöd***

Att patienterna får stöd i sin sjukdom och i utförandet av sin egenvård har visat sig vara av yttersta vikt för att diabetespatienterna skall orka fortsätta behandlingen. Detta visades i Grays m.fl. studie där man såg att blodsocker nivåerna hos deltagarna efter studiens slut började stiga, vilket man kan tolka som att när stödet upphörde började egenvården fallera (18, 27).

Men stöd behöver inte bara komma från sjuksköterskan utan det kan även ges av anhöriga, vänner eller kollegor (30). Här kan man som sjuksköterska vara till stor hjälp för patienten att genom samtal få patienten att utveckla sitt stödnätverk. Det finns många vägar och kontakter som kan knytas om patienten är redo, till exempel att tipsa om och hjälpa patienten med att komma i kontakt med patientföreningar (17, 25, 26, 30). Att ge sådant stöd ser jag inte bara som en möjlighet utan även som en skyldighet eftersom det är sjuksköterskan som har det ultimata omvårdnadsansvaret.

Många patienter kan uppleva att det är svårt att be om stöd och hjälp, dom vill inte vara till en belastning för någon. Det är viktigt att dessa patienter får hjälp eftersom man som sjuksköterska vet hur stor betydelse detta har. Genom att vid patientundervisningen förklara vikten av ett gott stöd vid diabetesbehandling kan man ibland få patienten på bättre tankar. Man har också sett att patienter inte bara kan ha svårt att be om hjälp utan även att ta emot hjälpen när den erbjuds. Vikten av att ha ett bra stöd visar sig i Toljamos studie och flera andra. Man såg att socialt stöd är relaterat till välbefinnande, följsamhet till egenvården, bättre blodsockervärden och högre följsamhet till behandlingen (19, 17, 25, 26, 28, 30).

Fysiskt och psykologiskt stöd kan enligt Orem behövas om patienten ”saknar både motivation tilltro till sin egen förmåga” (10 sid. 374.) att bemästra den nya situationen, leva med diabetes. En teknik för stärka patientens motivation och egenvårdsförmåga är genom empowerment.

*”Nyckeln till att stärka patientens egenvårdskapacitet är att patienten är motiverad, och villig att ta ansvar för sin egenvård.” fritt översatt. (19 sid. 2 )*

Ett antal forskningsresultat har tydligt visat att empowerment är en mycket effektiv strategi för att stärka patientens egenvårdskapacitet (16, 17, 19, 24, 25). Jag anser med stöd av vad studierna visade att det är en av de absolut viktigaste instrumenten för att hjälpa diabetikerpatienten till en bättre egenvård.

Detta eftersom diabetes typ två patienter i så stor utsträckning själva sköter sin behandling. Och om de inte kan klara att sköta sin egenvård hjälper det inte hur stor assistans som sjukvården ger, det kommer ändå inte bli en god vård för patienten. Därför är det sjuksköterskans uppgift att med hjälp av empowerment öka patientens egenvårdskapacitet så den kommer i balans med egenvårdskraven. Detta uppnår man genom att ge stöd efter patientens behov och resurser samt erbjuda de instrument som kan behövas för att patienten själv skall få makten över sin behandling (19, 25).

Jag menar att man skall arbeta patientcentrerat och låta diabetikern styra vårdens utformning (24). Detta gäller inte alla patienter eftersom vissa inte kan klara av sin egenvård men det är vad som skall eftersträvas. Vid de fall då patienterna inte själva kan klara större delen av egenvården måste man använda sig av delvis kompenserade omvårdnadssystem, alltså öka vårdinsatserna (10).

Man kan givetvis inte släppa allt ansvar som sjuksköterska och bara låta patienten styra helt själv eftersom han/hon troligtvis inte besitter de kunskaper som behövs för att ställa de rätta frågorna, riktlinjer måste finnas. Därför måste viss information och undervisning ges, men i största möjliga mån skall patienten styra vården i samtal med sjuksköterskan. Delvis eftersom man kan konstatera att det ger en mycket bättre effekt på inläringen (19, 24).

Om patienten upplever sig vara ”empowered” så är det en god väg till att kunna klara sin egenvård (17). Patienten kan då själv finna lösningar till sina problem och tar ansvar för sin behandling, med andra ord har egenvårdskapaciteten kommit i balans med egenvårdskraven.

*”Jag tror den största hjälpen för mig har varit min (deltagare)  
...i att hjälpa mig lista ut när jag skall kontrollera mitt blodsocker och hur ofta  
...båda har gett mig saker som jag skall undvika,  
saker som jag kan äta och det har varit en stor hjälp. ”  
Fritt översatt (17 sid. 155).*

Även dagens teknik öppnar vägar för att underlätta stöttning av patienterna. Till exempel kan datorprogram vara en bra hjälp för att ge fortsatt motivation och underlätta egenvården (16, 25). Jag tror att man i framtiden kan komma mycket långt med datorprogram, och man kan göra informations presentationen mer intressant och rolig med hjälp av dessa, vilket leder till bättre inläring (32). Till exempel en tamagochi med diabetes bara för att nämna ett sätt tekniken kan användas i undervisningen.

### ***Undervisa och handleda***

Orem talar om handledning och undervisning som hjälpmetoder för att tillvarata patientens terapeutiska egenvårdskrav (10). Undervisning är dock inte så lätt som man skulle kunna tro. Flera studier har delgett problem man måste ta hänsyn till för att patienten skall kunna tillgodogöra sig kunskap (18, 23, 24). Att inte möta patienten där han/hon är, i sin sociala kontext och med hänsyn till tidigare kunskaper är vanliga hinder för ett gott inlärningsklimat.

Även hur själva förmedlingen av kunskapen gjordes var stor vikt vilket framkom i flera studier (17, 23, 24) Som när sjuksköterskan redan innan mötet hade bestämt vad patienten behövde lära sig. En anledning till detta kan vara kunskapsbrist hos sjuksköterskan som leder till att hon inte vågar låta patienten styra, av rädsla för att få frågor som sjuksköterskan inte tror sig kunna svara på (24).

Detta tror jag inte man behöver vara rädd för utan att man kan se det som en utmaning, erkänna sina brister och istället tar reda på svaren till nästa möte är nog en bättre strategi som leder till en bättre relation, och dessutom kunskapsutveckling.

Man kan även se bevis i dagliga livet på att lärande underlättas när man själv får styra. Det är tyvärr oftast inte det som läraren säger på lektionen man minns, utan de frågor man ställer på rasten. Att skapa ett intresse har en mycket stor del av lärandet och även vilka medium man använder sig av vid kunskapsförmedlingen (23, 24). Lära skall vara roligt och omväxlande, att använda sig av till exempel planscher, datorprogram, modeller och diskussion ger mycket bättre effekt än traditionell ”korvstopning”. Med olika kunskapspresentationer tar man bättre tillvara på olika aspekter av den mänskliga intelligensen (32). Detta kan ses som en av de generella hjälpmetoderna Orem talar om ”att skapa en miljö som främjar utveckling” eftersom den psykiska miljön har en så viktig del i lärandet (10).

En annan intressant del av utbildningen som jag reflekterat mycket över är att det verkar som om man, åtminstone i Sverige, ofta undervisar patienter med detaljstyrning. Istället för att utforma en utbildning som ger patienterna en bred bas för att ta egna självständiga beslut (18, 25). Som Holmström och Rosenqvist visade vet patienter ofta vad dom skall göra men sällan varför (18). Jag hoppas och tror att detta kommer sig av en tradition av gamla undervisningstekniker som inte längre praktiseras inom vården.

### Grupputbildning

Jag kan se många fördelar med grupputbildningar såsom; att möta andra i samma situation, knyta bekanskap och utbyta erfarenheter och få svar på frågor som man inte själv skulle ha kommit på eller vågat ställa. Dessutom är grupputbildning mycket kostnadseffektivt jämfört med enskild utbildning ur en ekonomisk synvinkel (17, 28). Med rätt komponerade grupper där man tagit hänsyn till patienternas utvecklingsstadier, personligheter och intressen kan man skapa en miljö som främjar utveckling och även stöd och stöttning (10, 28, 29, 32). Detta anser jag är en viktig del i sjuksköterskans utbildningsplan för diabetespatienten.

Man kan också tänka sig att dessa grupper gör att patienterna inställning till lärandet blir mer förknippad med något positivt. Vilket som vi sedan tidigare sett ger en ökad egenvårdskapacitet (17, 23). I grupputbildningar får man även tillgång till andra inlärningsvägar som social och existentiell intelligens vilket förbättrar inläringen (32).

Jag anser att grupputbildning är pedagogik som med fördel kan användas vid diabetesbehandling eftersom det nästan uteslutande innebär fördelar. Dock skall den inte ersätta enskild utbildning eftersom den sidan av utbildningen också behövs för att uppnå en god diabetesvård (23, 24, 25).

### Slutsats

Resultatet av studien visade att diabetes typ två är en mycket komplex sjukdom och att hänsyn måste tas till många faktorer om en god vård skall uppnås. Utbildning, beteende- och livsstilsförändringar, stöd och olika hinder måste vägas in och det går inte med enstaka interventioner utan ett livslångt stöd behövs. Alla interventionerna måste vara individanpassade och i samarbete mellan sjuksköterskan och patienten.

Här har sjuksköterskan en central roll och jag anser att hon, förutom patienten, är den absolut viktigaste personen för att hjälpa en typ två diabetiker i sin sjukdom.

## **Framtida forskning**

Det finns relativt bra forskning inom diabetes vården, och en stor bredd och variation på forskningen. Men man behöver göra fler studier för att visa att resultaten som framkommit i den befintliga forskningen är allmängiltiga och inte tillfälligheter.

Nu när man börjat inse vikten av patienternas delaktighet i vården för att stärka egenvårdskapaciteten. Därför är det viktigt att fortsätta forskningen utifrån de resultat som framkommit, för att fortsätta utvecklingen och på så sätt ge en bättre vård.

Det är viktigt att resultaten av studierna kommer kliniken till del, något jag upplever att man inte alltid har lyckats med. Visserligen ligger det också på den enskilda sjuksköterskans ansvar att finna och ta till sig ny kunskap, men samhället borde också ha effektivare vägar för spridning av kunskap för att på så sätt underlätta för sjuksköterskor (och andra vårdgivare) att fortbilda sig inom sitt område.

Det skulle vara intressant och framförallt mycket användbart för vården att utföra forskning om, kunskapens väg – från studie till klinik.

## REFERENSER

- 1 Ericson E & T. Medicinska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur; 2002
- 2 Svenska diabetesförbundet. Diabetesförbundet. Sverige: Svenska diabetesförbundet; [uppdaterad 2005 05 19; använd 2007 03 26]. Tillgänglig från: <http://www.diabetes.se/>
- 3 GlaxoSmithKline. Type 2 diabetes. USA: GlaxoSmithKline; [Uppdaterad 2007 05 13; använd 2007 03 26]. Tillgänglig från: <http://www.diabetes.com>
- 4 Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
- 5 Agardh C-D, Berne C, Östman J. Diabetes. Stockholm: Liber utbildning AB; 1992
- 6 Wikblad K. Omvårdnad vid diabetes. Lund: Studentlitteratur; 2006.
- 7 Polonsky W. Diabetes hela livet. Lund: Studentlitteratur; 2002
- 8 Attvall S. Vuxendiabetes – och ändå ett bra liv. Malmö: Sveriges radios förlag; 1997
- 9 Svenska Livsmedelsverket. Nutritionsavdelningen. Sverige: Myndigheten för livsmedelsfrågor; [uppdaterad 2006 10 30 använd 2007 03 29 ] <http://www.slv.se/>
- 10 Kristoffersen J. Allmän omvårdnad. Stockholm: Liber AB; 2000
- 11 Orem D. Nursing: concepts of practice. 6 ed. St. Louis: Mosby; 2001.
- 12 Checklista för kvalitativa artiklar. Göteborg: Göteborgs Universitet - Institutionen för vårdvetenskap och hälsa; 2004.
- 13 Checklista för kvantitativa artiklar. Göteborg: Göteborgs Universitet - Institutionen för vårdvetenskap och hälsa; 2004.
- 14 Friberg F. Dags för uppsats. Danmark: Författarna och Studentlitteratur; 2006.
- 15 Polit D, Beck P, Hungler B. Nursing research. Methods, appraisal, and utalization. 5 ed. Philadelphia: Lippincott; 2001
- 16 Glasgow R E, Fisher E B, Anderson B J, Lagreca A, Marrero D, Johnson S B, et. al. Behavioral science in diabetes. Contributions and opportunities. Diabetes Care 1999;22:832-843
- 17 Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. J Adv Nurs 2006;54(2):151–158
- 18 Holmström I M, Rosenqvist U. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. J Adv Nurs 2005;49(2):146-154

- 19** The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP). *Diabetes Care* 2002; 25(12):2156-2171
- 20** Puder J, Keller U. Quality of diabetes care: problem of patient or doctor adherence. *Swiss Med Wkly* 2003;133:530–534
- 21** Bonds D E, Camacho F, Bell R A, Duren-Winfield V T, Anderson R T, Goff D C. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Fam Pract* 2004;5(26)1-7
- 22** Kuijjer R G, Ridder D T D. Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. *Psychol Health* 2003;18(3):313–330
- 23** Funnell M M. Overcoming obstacles: collaboration for change. *Eur J Endocrinol* 2004;151:T19-T22
- 24** Heisler M, Vijan S, Anderson R M, Ubel P A, Bernstein S J, Hofer T P. When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *J Gen Intern Med* 2003;18(11):893-902
- 25** Knight K M, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med* 2005;23:485–501
- 26** Sigurðardóttir Á K. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care *J Clin Nurs* 2005;14:301–314
- 27** Gray M, Berry D, Davidson M, Galasso P, Gustafson E, Melkus G. Preliminary testing of a program to prevent type 2 diabetes among high-risk youth. *J Sch Health* 2004;74(1):11-15
- 28** Rickheim P L, Weaver T W, Flander J L, Kendall D M. Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education. *Diabetes Care* 2002;25(2):269-274
- 29** Carvalho J Y, Saylor C R. An Evaluation Of A Nurse Case-Managed Program For Children With Diabetes. *Pediatr Nurs* 2000;26(3):296-272
- 30** Toljamo M, Hentainen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001;10:618-627
- 31** NE. Nationalencyklopedin. Bra Böcker I Malmö Ab, Sverige: Nationalencyklopedin, 2003
- 32** Lennholm H. Att undervisa med olika lärostilar - En fallstudie från den pedagogiska praktiken. Växjö universitet, institutionen för pedagogik. HT 2005; examensarbete.
- 33** Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

# BILAGA 1

## ARTIKELPRESENTATION

---

**Referensnr :** 21

**Titel :** The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus

**Författare :** Denise E Bonds, Fabian Camacho1, Ronny A Bell, Vanessa T Duren-Winfield, Roger T Anderson and David C Goff1

**Tidsskrift :** BMC Family Practice

**Utgivningsår :** 2004

**Land :** North Carolina, USA

**Syfte :** Fastställa om patienttillit leder till minskade svårigheter och strul med att utföra livsstilsförändringar och egenvårdsuppgifter.

**Metod :** En kvantitativ, tvärsektionell telefon undersökning och granskning av medicinsk historia gjordes, för att mäta patienttillit relaterat till svårigheter att utföra diabetesrelaterade uppgifter.

**Urval :** Trehundratjugo stycken randomiserat utvalda patienter från North Carolina i USA inkluderades i studien.

**Referenser :** 43

---

**Referensnr :** 24

**Titel :** When Do Patients and Their Physicians Agree on Diabetes Treatment Goals and Strategies, and What Difference Does It Make?

**Författare :** Michele Heisler, Sandeep Vijan, Robert M. Anderson, Peter A. Ubel, Steven J. Bernstein And Timothy P. Hofer

**Tidsskrift :** Journal of General Internal Medicine

**Utgivningsår :** 2003

**Land :** Michigan, USA

**Syfte :** Att fastställa i vilken utsträckning patienter med typ två diabetes håller med sina primära vårdgivare angående behandlingsmål och strategier, faktorer som leder till att patienter är överens med vårdgivare om behandlingen samt om bättre egenvård är relaterat till att patienterna är överens med vårdgivaren om behandlingen.

**Metod :** Kvantitativ metod. Patient och primär vårdgivare tillfrågades angående deras tre huvudmål med diabetesbehandlingen och förväntade resultat och strategier för att nå dessa. Med hjälp av flera instrument för att utvärdera grad av överensstämmelse undersöktes olika kännetecken så som, attityd gentemot behandling och vårdgivarens interaktionsteknik relaterat till överenskommelse i behandlingen. Sen jämfördes detta med patientens grad av egenvårdskapacitet.

**Urval :** Etthundratjugosju stycken patienter och deras primära vårdgivare på två vårdcentraler i Michigan valdes slumpmässigt ut.

**Referenser :** 59

---

---

**Referensnr :** 16

**Titel :** Behavioral Science in Diabetes

**Författare :** Russell E. Glasgow, Edwin B. Fisher, Barbara J. Anderson, Annette Lagreca, David Marrero, Suzanne B. Johnson, Richard R. Rubin and Daniel J. Cox.

**Tidsskrift :** Diabetes Care

**Utgivningsår :** 1999

**Land :** USA

**Syfte :** Att summera den forskning som finns angående beteende hos diabetiker samt att identifiera vägar för framtida forskning.

**Metod :** Review. En översikt av beteendeforskningens tillskott till diabetes inom, egenvårdskapacitet, empowerment, interventioner med barn och ungdomar, och särskilda problem inkluderat blodglukos medvetenhetsträning och komplikationer så som depression. Även nya grenar inom beteendeforskningen identifierades, så som, livskvalitet, arbetsplats, och samhälle. Brister i beteendeforskningen diskuterades och även vilken forskning som behövs för att täcka dessa. En översikt (review) av beteendeforskningen inom diabetesområdet.

**Urval :** Den befintliga beteendeforskning som finns inom diabetesområdet.

**Referenser :** 164

---

**Referensnr :** 28

**Titel :** Assessment of Group Versus Individual Diabetes Education

**Författare :** Patti. L. Rickheim, Todd W. Weaver, JILL. L. Flander and David. M. Kendall.

**Tidsskrift :** Diabetes Care

**Utgivningsår :** 2002

**Land :** Minneapolis, Minnesota. USA

**Syfte :** Att jämföra och bestämma effektiviteten av grupp och enskilda utbildningar för diabetiker.

**Metod :** Kvantitativ randomiserad studie. Försökspersonerna utbildades under fyra sessioner med förbestämda mellanrum under en sexmånadersperiod. Resultatet utvärderades med hjälp av förändring i kunskap, egenvårds beteende, vikt, bmi, HbA1c, HRQOL, patient attityder och läkemedelsförändringar. Förändringar mättes från start och efter två veckor, tre månader och sex månader.

**Urval :** Totalt etthundrasjutio försökspersoner med typ två diabetes valdes slumpmässigt ut till endera grupp.

**Referenser :** 23

---

---

**Referensnr :** 19

**Titel :** The Diabetes Prevention Program (DPP)

**Författare :** The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group

**Tidsskrift :** Diabetes Care

**Utgivningsår :** 2002

**Land :** Maryland, USA

**Syfte :** Att ta reda på om livsstilsinterventioner eller läkemedelsbehandling (metformin) kan motverka eller fördröja diabetes debuten hos glukosintoleranta patienter.

**Metod :** Kvantitativ, deskriptiv livsstilsinterventionsstudie. DPP lifestyle intervention, utformades för att kontinuerligt följa patienterna och för att vara så flexibel som möjligt beroende på den stora variationen i patientgruppen. Studien utformades som en mål baserad beteende interventionsstudie, där alla medverkande på alla vårdcentraler fick samma viktningsmål och aktivitetsmål men individanpassning för att nå dessa mål var tillåten.

**Urval :** Av tretusentvåhundra trettiofyra patienter på tjugosju vårdcentraler i USA valdes slumpmässigt ettusent trettio ut.

**Referenser :** 23

---

**Referensnr :** 25

**Titel :** The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour.

**Författare :** K. M. Knight, T. Dornan and C. Bundy

**Tidsskrift :** Diabetic Medicine

**Utgivningsår :** 2006

**Land :** UK

**Syfte :** Att förklara vad som är viktigt vid utbildning av diabetiker genom att, summera den empiriska evidensbaserade diabetesutbildningen som litteraturen beskriver, kritisera de metoder som finns och de resultat de lett till, diskutera styrkor och svagheter på publicerade studier och ge förslag till framtida forskning och behandling.

**Metod :** Review, systematisk genomsökning av den psykologiska och medicinska litteraturen med hjälp av PubMed, Ovid, Cinahl, och Embase databaserna mellan år 2000 och 2003 med sökorden "diabetes", "review", "education" och "intervention". Två granskare läste oberoende av varandra igenom och kritiserade alla artiklarna som var relevanta för denna undersökning.

**Urval :** Den psykologiska och medicinska litteraturen med hjälp av PubMed, Ovid, Cinahl, och Embase databaserna mellan år 2000 och 2003 med sökorden "diabetes", "review", "education" och "intervention".

**Referenser :** 102

---

---

**Referensnr :** 17

**Titel :** Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management

**Författare :** Nagelkerk J. , Reick K. and Meengs L.

**Tidsskrift :** Journal of Advanced Nursing

**Utgivningsår :** 2006

**Land :** Michigan, USA

**Syfte :** Att rapportera om de upplevda hinder och effektiva strategier för egenvård hos vuxna typ två diabetiker på landet.

**Metod :** Kvalitativ metod. Teoretiskt perspektiv: Hernandez (1995) "the theory of integration as it relates to people with diabetes". Patienterna delades in i tre bandinspelade fokusgrupper. Analysering av materialet utfördes och dess validitet stärktes genom en separat rankning av hinder och strategier, med hjälp av en expertpanel och de sjuksköterskor som utförde studien.

**Urval :** Tjugotvå vuxna diagnostiserade med typ två diabetes valdes ut från en vårdcentral på landet.

**Referenser :** 23

---

**Referensnr :** 23

**Titel :** Overcoming obstacles: collaboration for change

**Författare :** M. M. Funnell

**Tidsskrift :** European Journal of Endocrinology

**Utgivningsår :** 2004

**Land :** Michigan, USA

**Syfte :** Att ta reda på hur patient-vårdgivare relationen behöver förändras för att göra diabetespatienter mer ansvariga för sin egenvård.

**Metod :** Review, en litteraturstudie av de artiklar som publicerats mellan 1998 och 2003

**Urval :** Publicerade artiklar mellan 1998 och 2003

**Referenser :** 27

---

---

**Referensnr :** 26

**Titel :** Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care

**Författare :** Árún K Sigurðardóttir

**Tidsskrift :** Journal of Clinical Nursing

**Utgivningsår :** 2005

**Land :** Island

**Syfte :** Att utforska egenvårdskapacitet i vid diabetes och presentera en modell med faktorer som påverkar egenvårdskapacitet relaterat till granskad litteratur.

**Metod :** Genomsökta databaser var ProQuest, PsycINFO och Medline från 1996 till 2002.

**Urval :** Söktermer var "self-care", eller "self-management" tillsammans med "diabetes" och "self-efficacy". Sökningen begränsades till Engelska och vuxna med diabetes\*.

**Referenser :** 35

---

**Referensnr :** 22

**Titel :** Discrepancy In Illness-Related Goals And Quality Of Life In Chronically Ill Patients: The Role Of Self-Efficacy

**Författare :** Roeline G. Kuijer and Denise T.D. Ridder

**Tidsskrift :** Psychology and Health

**Utgivningsår :** 2003

**Land :** Nederländerna

**Syfte :** Testa tre hypoteser; den första säger att högre diskrepans mellan betydelse och möjlighet att uppfylla sjukdomsrelaterad mål hos patienter med en kronisk sjukdom är associerad med lägre QOL och psykiskt välbefinnande. Slutligen, två konkurrerande hypoteser angående egenvårdsförmåga formulerades: en måttlighets? hypotes (2a) och medlings hypotes (2b) . Baserade på teoretiska antaganden var båda hypoteserna angående egenvårdsförmåga lika sannolika.

**Metod :** Kvantitativ metod. Patienterna utfrågades först på sjukhus enligt ett nyutvecklat instrument vidare fickpatienterna en enkät att fylla i hemma och sedan skicka in per brev. Analyserades för att hitta eventuella skillnader i patientgrupperna.

**Urval :** Urvalet består av 54 astmatiker, 31 diabetiker samt 32 patienter med hjärtsvikt. Dessa deltog i en kontrollerad randomiserad utvärdering av en interventionsstudie för att stödja egenvårdsförmågor och framtidsinriktade coping strategier. Urvalet skedde på olika sjukhus i Holland. Inklusionskriterier var en diagnos som var minst ett år gammal, ålder 18-65år, nyligen upplevt ett misslyckande med sin egenvård. Exklusionskriterier var att patienterna var för friska eller för sjuka, gåendes i terapi samt att inte klade att läsa eller skriva på Holländska.

**Referenser :** 38

---

---

**Referensnr :** 27

**Titel :** Preliminary testing of a program to prevent type 2 diabetes among high-risk youth

**Författare :** M. Gray, D. Berry, M. Davidson, P. Galasso, E. Gustafson and G. Melkus.

**Tidsskrift :** Journal of School Health

**Utgivningsår :** 2004

**Land :** Connecticut, USA

**Syfte :** Att utveckla och utvärdera ett interventionsprogram för att förhindra diabetes typ två utveckling hos unga riskpatienter.

**Metod :** Kvantitativ metod, randomiserad, pilotstudie. De medverkande och deras föräldrar blev inbjudna till möten på skolan för information om de sexton veckor långa programmet. Dom fick nutritionsutbildning, hjälp med att sätta upp mål, träningshjälp av PT fyrtiofemminuter två gånger i veckan samt telefon kosthjälp en gång per vecka och mål uppföljning en gång per månad.

**Urval :** Objekten valdes från två mellanstadieskolor i New Haven med liknande etnisk och socioekonomisk status där minst 40% av barnen var mycket överviktiga. Inklusionskriterier var Engelsktalande mellan tio och fjorton år, att dom var frivilliga, hade diabetes i släkten och inga andra allvarliga hälsoproblem.

**Referenser :** 35

---

**Referensnr :** 29

**Titel :** An Evaluation Of A Nurse Case-Managed Program For Children With Diabetes

**Författare :** Carvalho JY and Saylor CR

**Tidsskrift :** Pediatric Nursing

**Utgivningsår :** 2000

**Land :** USA

**Syfte :** Att utvärdera en integrerad omvårdnadsmodell för barn med diabetes, som utvecklades av en bevara hälsan organisation (HMO)

**Metod :** Kvantitativ, kvasiexperimentell metod. En utvärdering av diabetes omvårdnadsmodellen. Oberoende parameter var den sjuksköterskeledda interventionen. Beroende variabel var egenvårdskapaciteten hos de medverkande.

**Urval :** Femtiosex barn med diabetes typ ett som var yngre än sjutton år, medlemmar av en HMO på landet.

**Referenser :** 30

---

---

**Referensnr :** 18

**Titel :** Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes

**Författare :** Inger M. Holmström, och Urban Rosenqvist.

**Tidsskrift :** Journal of Advanced Nursing

**Utgivningsår :** 2005

**Land :** Sverige

**Syfte :** Att rapportera om en studie som hade som mål att beskriva de missuppfattningar som svenska typ två diabetiker har om sin sjukdom och dess behandling.

**Metod :** Kvalitativ metod. Arton möten mellan läkare eller sjuksköterska och diabetespatient videofilmades. Patienterna såg sedan videon och reflekterade över vad som försiggick under konsultationen. Videon och reflektionen analyserades med hjälp av teman.

**Urval :** Arton patienter från två stora städer i Sverige valdes ut för att passa studien, nio män och nio kvinnor, mellan fyrtio och åttio år alla hade svenska som modersmål.

**Referenser :** 52

---

**Referensnr :** 30

**Titel :** Adherence to self-care and social support

**Författare :** M. Toljamo och M. Hentainen

**Tidsskrift :** Journal of Clinical Nursing

**Utgivningsår :** 2001

**Land :** Finland

**Syfte :** Att beskriva följsamhet till egenvård, upplevda svårigheter och socialt stöd i en grupp med vuxna insulinbehandlade diabetiker från två vårdcentraler i norra Finland.

**Metod :** Kvantitativ metod, deskriptiv studie. Data samlades in med hjälp av ett frågeformulär. Instrumentet utformades för att mäta följsamhet i egenvård, svårigheter med egenvård och socialt stöd.

**Urval :** Vuxna patienter med insulinbehandlad diabetes i norra Finland. Inklusionskriterier var insulinbehandlad, över sjutton år, diagnostiserad sedan minst ett år.

**Referenser :** 43

---