



Sektionen för hälsa och samhälle  
Ve8600 Examensarbete i omvårdnad, 15 hp  
Thesis in Nursing Science (41-60) 15 ECTS

Patienters svårigheter att genomföra  
livsstilsanpassningar vid diabetes mellitus typ 2  
En litteraturstudie

Datum: 2009-05-29

Författare: Anna Hansson  
Maria Nilsson

Handledare: Suzanna Hägglöf  
Examinator: Lena Persson

# Patienters svårigheter att genomföra livsstilsanpassningar vid diabetes mellitus typ 2

Författare: Anna Hansson och Maria Nilsson

Handledare: Suzanna Hägglöf

Litteraturstudie

2009-05-29

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Diabetes typ 2 är en livsstilssjukdom där riskfaktorer för sjukdomen har sin grund i sociala, beteendemässiga samt miljömässiga aspekter. Att diagnostiseras med diabetes typ 2 kan framkalla starka känslor. Sjukdomsupplevelsen har väsentlig betydelse då en stor del av ansvaret för en framgångsrik behandling, kräver engagemang av den enskilde patienten. Behandlingen av sjukdomen består av livsstilsanpassning vars syfte är att förhindra senkomplikationer och att bibehålla hög livskvalitet. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva patienters svårigheter att genomföra livsstilsanpassningar vid diabetes mellitus typ 2 **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie genom systematisk granskning av vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Analysen resulterade i fem kategorier: bristande insikt om sin sjukdom, vardagslivets och samhällets inverkan, bristfällig information och kunskap om sjukdomen, svårigheter att bryta gamla vanor samt bristande stöd och förståelse från sjukvården. Patienterna upplevde flertalet svårigheter då livsstilsanpassning skulle genomföras. **Slutsats:** Patienternas individuella reaktioner och upplevelser vid diabetes typ 2 är grundläggande för att tillfredsställande omvårdnad skall kunna utövas i syfte att förbättra egenvården. För att stödja patienter med diabetes som har svårigheter att genomföra livsstilsanpassningar, behöver nya strategier för undervisning och information utvecklas.

Nyckelord: diabetes mellitus typ 2, livsstilsanpassning, svårigheter, upplevelser, patienter

# Patients' difficulties to accomplish lifestyle adjustment in type 2 diabetes mellitus

Author: Anna Hansson and Maria Nilsson

Supervisor: Suzanna Hägglöf

Literature review

2009-05-29

## Abstract

**Introduction:** Type 2 diabetes is a lifestyle disease where risk factors for the disease are caused by social, behaviour and environmental aspects. To receive the diagnose type 2 diabetes may provoke strong emotions. The experience of the disease is important, since a great part of the responsibility for a successful treatment demand commitment from the patient. Lifestyle adjustment is crucial to avoid complications and to maintain quality of life. **Aim:** The aim of this study was to describe patients' difficulties to accomplish lifestyle adjustment in type 2 diabetes mellitus **Method:** The study was conducted as a literature study through systematic review of scientific literature. **Findings:** The analyse resulted in five categories: insufficient insight about the disease, influences into ordinary life and society, insufficient information and knowledge concerning the disease, difficulties in changing old habits and insufficient support and response from the healthcare. Many difficulties were experienced by patients when lifestyle adjustment was accomplished. **Conclusion:** The individual responses and experiences of the patient are fundamental to fulfil nursing in order to improve self care of the patient. To support patients with diabetes who has difficulties to accomplish lifestyle adjustments, new strategies needs to be developed concerning education and information.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, lifestyle adjustment, difficulties, experience, patient

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |           |
|---|-----------|
| <b>BAKGRUND .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>SYFTE .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>METOD .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Datainsamling .....</b>                                    | <b>8</b>  |
| <b>Urval.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Genomförande och analys .....</b>                          | <b>9</b>  |
| <b>RESULTAT .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>Bristande insikt om sin sjukdom .....</b>                  | <b>10</b> |
| <b>Vardagslivets och samhällets inverkan .....</b>            | <b>11</b> |
| <b>Bristfällig information och kunskap om sjukdomen .....</b> | <b>13</b> |
| <b>Svårigheter att bryta gamla vanor .....</b>                | <b>14</b> |
| <b>Bristande stöd och förståelse från sjukvården.....</b>     | <b>16</b> |
| <b>DISKUSSION.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>Metoddiskussion .....</b>                                  | <b>18</b> |
| <b>Resultatdiskussion .....</b>                               | <b>21</b> |
| <b>SLUTSATS .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>REFERENSER</b>   |           |

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Modifierad mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier

Bilaga 4 Modifierad mall för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier

## BAKGRUND

Diabetes mellitus är inte enbart ett problem i västvärlden utan sjukdomen har utvecklats till ett globalt folkhälsoproblem (1-3). År 2000 beräknades antalet personer, i världen, med sjukdomen diabetes mellitus uppgå till cirka 171 miljoner och antalet ökar kontinuerligt (1). Cirka 3,3 procent, det vill säga cirka 300 000 personer, av Sveriges befolkning har diagnosen diabetes mellitus (2, 4, 5). Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom, som finns i olika former (6, 7). Det är framförallt diabetes typ 2 som ökar, vilken utgör cirka 85 procent av alla diabetesdiagnoser i Sverige (2, 5). Diabetes mellitus typ 2 utvecklas vanligtvis långsamt (3), och många har sjukdomen under lång tid innan diagnostisering (6, 8). Vanligen är det personer över 50 år som diagnostiseras med sjukdomen diabetes typ 2. Hälften av de som har diabetes typ 2 är äldre än 65 år (8). Förekomsten hos personer i 20-30 års ålder har dock ökat de senaste åren (3, 6). Diabetes mellitus är tillsammans med cancer och hjärt- och kärlsjukdomar en av de vanligaste folksjukdomarna (7).

Diabetes typ 2 är en livsstilssjukdom där riskfaktorer för sjukdomen har sin grund i sociala, beteendemässiga samt miljömässiga aspekter (2, 4, 9). Det finns flera olika förklaringar till varför sjukdomen diabetes mellitus ökar. Bättre diagnostik, längre livslängd och minskad dödlighet i sjukdomen är bidragande faktorer till ökad prevalens (3, 4). Ytterligare förklaringar är att personer med anlag för diabetes typ 2 lättare utvecklar sjukdomen på grund av en livsstil som bland annat innebär ett ökat intag av fett och socker, men framförallt inaktivitet (3, 4, 6). Övervikt och metabolt syndrom, det vill säga bukfetma, högt blodtryck och blodfettsubbningar, samt ålder och ärftlighet är riskfaktorer för att utveckla diabetes typ 2 (3, 5).

Diagnosen diabetes mellitus fastställs efter kontroll av blodsockervärdet i blod eller plasma. Överstiger blodsockervärdet, mätt i plasma, 7,0 mmol/l i fasta eller 11,1 mmol/l efter glukosbelastning vid två separata provtagningstillfällen kan

diagnosen diabetes mellitus fastställas (3, 7). Bristande produktion av insulin, alternativt bristfällig verkan av insulin, är orsaken till diabetes. Vid diabetes typ 2 föreligger vanligtvis en insulinresistens, vilket medför ett försämrat glukosupptag i muskler och fettvävnad. Likaså medför insulinets försämrade verkan att glukosproduktionen i levern inte hämmas (4-6).

Kost och motion är vanligen de åtgärder som inleder behandlingen av diabetes typ 2 (3-6). Patienterna erhåller antidiabetikatabletter alternativt insulin då livsstilsanpassning inte har önskvärd effekt (4-6). Blodsockervärdet vid diabetes mellitus kan kontrolleras som ett långtidsvärde i form av glykerat hemoglobin, HbA1c (5, 7). För patienter med diabetes mellitus är risken för senkomplikationer stor (4, 6), vilket medför försämrad livskvalitet för den enskilde patienten (4). Senkomplikationer kan förhindras genom (6, 7) ett HbA1c-värde som är 6,5 procent eller lägre (7), vilket kan uppnås genom livsstilsanpassning i form av ändrade kostvanor samt ökad fysisk aktivitet (6). Patienter med sjukdomen diabetes mellitus har en ökad risk att drabbas av kärlförändringar vilka kan leda till skador i hjärna, ögon, hjärtats kranskärl, njurar samt de nedre extremiteterna. Även nervsystemet och huden påverkas (5, 7, 8). Diabetes är en riskfaktor för mortalitet bland både kvinnor och män. Kvinnor har ökad prevalens att avlida till följd av komplikationer, främst hjärtsjukdom, orsakade av sjukdomen diabetes mellitus (9).

Att diagnostiseras med diabetes typ 2 är en händelse som ofta framkallar starka känslor. Merparten av patienterna upplever en traumatisk kris, men beroende på personlighet, livssituation och tidigare erfarenheter reagerar patienterna olika inför den nya situationen (5). Patienternas individuella reaktioner och upplevelser vid diabetes typ 2 är grundläggande för att tillfredsställande omvårdnad skall kunna utövas (6). Förutom de medicinska aspekterna av sjukdomen diabetes mellitus är det viktigt att den enskilde patienten informeras om känslor och problem som kan upplevas när en kronisk sjukdom skall involveras i den dagliga livssituationen.

Diabetes mellitus påverkar tillvaron och förändrar livet, därför är det viktigt att den enskilde patienten accepterar och lär sig leva med sjukdomen (5).

Sjukdomsupplevelsen har väsentlig betydelse vid diabetes mellitus då en stor del av ansvaret för en framgångsrik behandling kräver engagemang av den enskilde patienten (5). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall hälso- och sjukvården tillgodose den enskilde patientens behov av trygghet i vården, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för den enskilde patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (10). Patienterna skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd så att de själva får möjlighet att hantera sin sjukdom (5). Likaså skall patienterna involveras i beslut som gäller behandlingen av sjukdomen diabetes typ 2 (10).

Egenvård är de aktiviteter som patienterna personligen utför för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Kraven på den enskilde patienten kan upplevas som stora och för att en effektiv egenvård skall kunna bedrivas är förutsättningen att patienterna erhåller utbildning som är individuellt anpassad och återkommande. Avsikten med patientutbildningen är att förse patienterna med kunskap så att de kan hantera sin livs- och sjukdomssituation (5). Likaväl som att vård erbjuds till den enskilde patienten skall de anhöriga involveras i patientens egenvård och omvårdnad (11), eftersom sjukdomen diabetes mellitus innebär begränsningar i form av struktur och planering för hela familjen (5).

Hälso- och sjukvårdsorganisationen kommer i framtiden att stå inför en utmaning då antalet patienter med diabetes typ 2 kommer att öka (4). År 1998 uppskattades utgifterna, för att behandla patienter med diabetes typ 2, till sju miljarder svenska kronor, vilket motsvarade sex procent av den totala kostnaden för den svenska hälso- och sjukvården. De patienter som vårdades inom slutenvården, behandlades med insulin samt de som hade utvecklat senkomplikationer till följd av diabetessjukdomen krävde de största ekonomiska resurserna (12). Välutbildad personal inom hälso- och sjukvården kommer att vara en förutsättning för att

hälso- och sjukvården på ett optimalt sätt skall kunna vägleda patienterna till en hälsosam livsstil så att senkomplikationer kan förebyggas (4). Holistiskt synsätt och kvalitet i diabetessjukvården säkerställs när ett vårdteam tillsammans med den enskilde patienten arbetar för att uppnå gemensamt uppsatta mål. Vårdteamet kan bestå av läkare, sjuksköterska, dietist, fotvårdsterapeut och kurator. Genom dessa olika professioner integreras medicinsk kunskap tillsammans med omvårdnad, kost- och måltidskunskap samt psykosocialt välbefinnande. Att bibehålla hög livskvalitet för den enskilde patienten samt att förhindra att akuta och långsiktiga komplikationer uppstår är övergripande mål med diabetesbehandlingen (5).

## SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienters svårigheter att genomföra livsstilsanpassningar vid diabetes mellitus typ 2

## METOD

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie genom systematisk granskning av vetenskapliga artiklar (13).

### Datainsamling

Litteratur söktes via databaserna PubMed, Samsök, Cinahl, ELIN@skane, och Vård i Norden Online. Sökorden som användes var ”diabetes, diabetes typ 2, typ 2, *barrier, barriers, change, coping, diabetes, diabetes mellitus, diagnoses, experience, lifestyle change, misunderstandings, new diagnoses, new lifestyle, nurse, nursing, patient, patients, patient education, patient perspective, patient perspectives, self-management, type 2* samt *type 2 diabetes mellitus*”. Sökorden användes enskilt och i olika kombinationer. Sökningarna redovisades i ett sökschema (bilaga 1). Manuella sökningar var ytterligare en sökväg. Sökord i Högskolan Kristianstads bibliotekskatalog var ”diabetes och patientupplevelser”. Vetenskapliga tidskrifter och referenslistor studerades för att finna ytterligare artiklar.

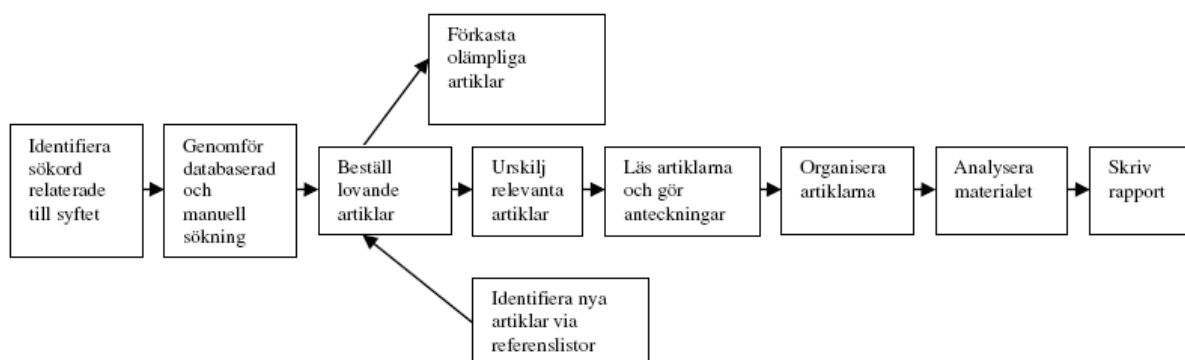


## Urval

Inklusionskriterier var kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar inom området omvårdnad. Artiklarna skulle vara publicerade från år 1997 och framåt, skrivna på danska, engelska, norska eller svenska och deltagarna som ingick i studierna skulle vara minst 19 år. Alla vetenskapliga artiklar som svarade mot syftet inkluderades. Etiskt godkännande från etisk kommitté var önskvärt bland både kvalitativa och kvantitativa studier som inkluderades i litteraturstudien (13). Reviewartiklar och artiklar med medicinsk inriktning exkluderades.

## Genomförande och analys

Sökprocessens olika faser följde nedanstående illustration av Polit och Beck (14).



(14, sidan 105)

Då litteratursökningar genomfördes via databaser startades urvalsprocessen genom att artiklarnas titlar granskades. Vidare lästes artikelns syfte och abstrakt igenom. Artiklarna skrevs ut eller beställdes via bibliotek om artiklarnas abstrakt motsvarade studiens syfte. Artiklarna lästes sedan i sin helhet och information som svarade mot syftet analyserades och sammanfördes till studiens resultat. Slutligen inkluderades tolv artiklar i litteraturstudien. Dessa artiklar sammanställdes i en artikelöversikt (bilaga 2). Artiklarna kvalitetsgranskades med hjälp av en modifierad kvalitetsgranskningsmall (bilaga 3, bilaga 4). De

modifierade kvalitetsgranskningsmallarna utvecklades av författarna till litteraturstudien efter original av Forsberg och Wengström (13).

## RESULTAT

Analysen resulterade i följande fem kategorier; bristande insikt om sin sjukdom, vardagslivets och samhällets inverkan, bristfällig information och kunskap om sjukdomen, svårigheter att bryta gamla vanor samt bristande stöd och förståelse från sjukvården.

### Bristande insikt om sin sjukdom

Patienterna beskrev att de hade svårt att genomföra livsstilsanpassningar då deras inställning var att diabetes typ 2 inte var en riktig diabetessjukdom (15). Diabetes typ 2 ansågs dessutom inte vara någon allvarlig sjukdom, vilket gjorde att den enskilde patienten prioriterade sina övriga sjukdomstillstånd högre än diabetessjukdomen (16-18). När patienterna inte upplevde några symtom av sjukdomen tog de inte sin situation på allvar (16, 19). Patienterna uppfattade sig vara friska (15, 19) och de ansåg därmed att de inte var i behov av någon diabetesundervisning (16) eller livsstilsanpassning (17). Vid en passiv inställning till sin sjukdom, tog inte patienterna några egna initiativ till att söka information om sjukdomen diabetes typ 2 (20).

Patienterna som hade haft sin diabetessjukdom under lång tid samt redan hade utvecklat senkomplikationer tenderade att ge upp sina ansträngningar att följa kostråden (21). De äldre patienterna ansåg att det inte fanns någon risk för att de skulle hinna utveckla senkomplikationer relaterade till sjukdomen, eftersom de redan uppnått en hög ålder vid sjukdomsdebuten (15). Patienterna som var medvetna om sjukdomens utveckling ansåg att senkomplikationer kom att uppstå oavsett om de förändrade sin livsstil eller inte (20).

Att acceptera och inse faran med ett högt blodsockervärde upplevdes svårt av patienterna. Högt blodsockervärde var förenat med ett psykiskt obehag vilket gjorde att patienterna slutade att kontrollera sitt blodsockervärde vid regelbundna tillfällen (15). Patienterna upplevde även psykiskt obehag av blodsockerkontrollerna eftersom de då blev påmindas om att de hade en allvarlig sjukdom. Fysiskt obehag orsakat av blodsockerkontroller var ytterligare orsak till att patienterna undvek detta. Patienterna prioriterade inte kontroll av blodsockervärdet under arbetstiden (19, 22). Vid lunch ansåg de inte att tiden räckte till att både kontrollera blodsockret och till att äta (22).

Patienterna som behandlades med antidiabetikatabletter hade i vissa fall svårigheter med att komma ihåg sina tabletter i samband med måltiderna. Vid de tillfällen som patienterna hade glömt att ta sina tabletter och då de senare insåg detta visste inte patienterna hur de skulle reagera och agera (23).

### Vardagslivets och samhällets inverkan

Den privata ekonomin hade inverkan på patienternas förmåga att hantera sin diabetessjukdom. Kärv ekonomi och låg inkomst påverkade patienterna negativt i deras livsstilsanpassning. I amerikanska studier (20, 24) framkom det att ekonomi (20) och sjukvårdsförsäkring hade en väsentlig inverkan på patienternas möjligheter att hantera sjukdomen (20, 24). Patienterna saknade möjlighet att kontrollera sitt blodsocker, lösa ut läkemedel från apoteket och närvara vid diabetesundervisningen, då de i stället fick prioritera att betala räkningar och livsmedel (20). Ett annat problem var att den allmänna sjukvårdsförsäkringen endast inkluderade besök hos vissa vårdgivare. Patienterna var till exempel inte berättigade till kostnadsfria dietistkontakter (24).

Heltidsarbete innebar svårigheter för patienterna att bibehålla en etablerad kontakt med diabetessjukvården (16). Patienterna prioriterade inte diabetesundervisningen, då de kände tidspress och hellre umgicks med sin familj eller ägnade sig åt fritidsintressen. Diabetesundervisningen var många gånger förlagd på tider då

patienterna hade sin ordinarie arbetstid (16, 20). Om diabetescentrat var beläget långt bort från patienternas hem eller arbetsplats minskade deras deltagande i vård och utbildning. Patienterna som endast hade avslutat grundskolan alternativt de utav patienterna som inte var födda i landet där diabetesundervisningen bedrevs samt de som hade brister i det nationella språket, hade en minskad delaktighet i sin diabetesvård. Andra faktorer som orsakade att patienterna inte kom på planerade diabetesundervisningstillfällen var att de glömde bort den inbokade tiden (16).

Att försöka integrera diabetessjukdomen i den vardagliga livssituationen upplevdes som en krävande uppgift som tog mycket tid och inte enbart involverade den enskilda patienten utan även patientens familj och umgängeskrets (17, 23). Patienterna upplevde att begränsningar uppstått i det vardagliga livet efter att diagnosen faststälts. De upplevde att det vardagliga livet styrdes av ett schema med tider för insulin, mediciner och måltider som var svårt att anpassa sig till (15). När patienterna var ansvariga för matlagningen upplevde de att tid inte fanns för kontroll av blodsockervärdet inför måltiden (22).

Unga män med en stressig livssituation hade svårast att följa strikta kostråd då de påverkades av arbets- och bekantskapskretsens vanor och krav (21). De patienter som var över 65 år, hade en ökad benägenhet att ge upp sina försök till livsstilsanpassning (16). Ensamstående patienter upplevde att de saknade stöd och uppmuntran från en nära familjemedlem, för att orka genomföra och bibehålla livsstilsanpassningar (16, 22). Patienter som levde i en familj påverkades ibland negativt genom att de upplevde stress av vardagsbestyr såsom barnpassning, hushållsarbete och andra familjeåtagande. Då en annan familjemedlem, och inte den enskilde patienten, ansvarade för inköp och tillagning av livsmedel hade de en ökad svårighet att anpassa sina kostvanor (20). Patienterna prioriterade övriga familjemedlemmar före sig själv och sin sjukdom. Äldre familjemedlemmar som krävde omsorg var tidskrävande vilket gav patienterna mindre individuell tid för hälsofrämjande åtgärder (16).

## Bristfällig information och kunskap om sjukdomen

För att patienterna skulle kunna utveckla nya hälsoåtgärder som var relaterade till sjukdomen diabetes typ 2, krävdes det att de var insatta i sin behandling och var medvetna om sina egna förutsättningar (25).

Många utav patienterna ansåg att de inte hade tillräcklig information och kunskap om sjukdomen diabetes typ 2, vilket resulterade i att missförstånd kring sjukdomen var vanligt förekommande bland patienterna. Vad som orsakade sjukdomen och hur sjukdomen påverkade kroppen och hälsan var för patienterna oklart (15, 17, 23). Patienterna upplevde att informationen de erhållit endast hade fokuserat på vilka livsstilsanpassningar, i form av kost och motion, som vårdpersonalen ansåg att de skulle genomföra. Patienterna upplevde dock inte att de erhållit information om på vilket sätt dessa livsstilsanpassningar skulle kunna ha en positiv inverkan på deras välbefinnande och sjukdomsutveckling (23).

Bristande kunskap om blodsockerkontroller och blodsockervärden förekom hos patienterna. Likaså förstod patienterna inte varför de skulle kontrollera sitt blodsockervärde på regelbundna tider (15, 18, 19). De hade även bristande kunskap om hur blodsockervärdena kunde hjälpa dem att hantera och behandla sjukdomen. Patienterna upplevde att blodsockervärdet uppkom slumpmässigt och de uppfattade inte att blodsockervärdet hade något samband med hur de behandlade sin sjukdom (15, 19). Patienterna kunde inte innan blodsockerkontrollen förutse om blodsockervärdet var högt eller lågt och de uppvisade även bristande förmåga att kliniskt känna igen symtom på hypo- respektive hyperglykemi (15). Vid hyperglykemi hade patienterna nedsatt förmåga och kunskap om hur de skulle hantera och behandla uppkommen hyperglykemi (19). Vid hypoglykemi försökte patienterna påverka blodsockervärdet genom att öka intaget av söta livsmedel, vilket resulterade i en ökad svårighet att genomföra viktminskning (15). Patienterna förstod inte vilken inverkan fysisk aktivitet hade på blodsockervärdet och på eventuell viktminskning (15, 19). Att anpassa insulindoserna efter blodsockervärdet var inte något patienterna vågade ta initiativ

till, utan de litade på insulinordinationen de erhållit av sin diabeteskontakt inom primärvården (15).

Det fanns många missförstånd vad gällde kosten (15, 23). Patienterna saknade konkret kunskap om vilka livsmedel som var lämpliga att äta (20). Likaså hade patienterna bristfällig kunskap om kostens inverkan på blodsockervärdet (15, 21, 24). Svårigheter för patienterna att följa kostråd uppstod då de inte kunde förstå sambandet mellan erhållna kostråd och kostens inverkan på deras hälsa (21, 24). Patienterna förstod inte hur olika delar av en måltid påverkade deras blodsockervärde. De hade kunskap om att de skulle undvika fett i kosten, men de kunde inte förstå sambandet mellan intag av kolhydrater och en stegring av blodsockervärdet. Kunskap om hur blodsockermätningen kunde fungera som ett stöd för att förstå hur olika kost påverkade deras blodsockervärde var bristfällig bland patienterna (15). De hade uppfattningen att måltider på regelbundna tider resulterade i att deras blodsockervärde automatiskt låg stabilt inom referensvärdena oavsett vilka livsmedel de konsumerade (23). Missförstånd fanns även vad gällde sambandet mellan kost och antidiabetikatabletter. Vid behandling med antidiabetikatabletter var patienternas uppfattning att kostanpassning inte var nödvändig (21, 23).

Patienterna som enbart erhöll skriftlig information och inte erhöll praktiska tips och råd om hur hälsosamma val kunde genomföras, hur mat kunde tillagas och hur livssituationen kunde hanteras tenderade att ha svårare för att genomföra livsstilsanpassning (20, 21). Patienterna som erhållit kostråd kunde i efterhand inte redogöra för vilka beståndsdelar som ingick i en måltid samt i vilka mängder de olika livsmedlen skulle förekomma (23). Informationen upplevdes vara opraktisk (20, 21) och icke anpassad till patienternas vardagliga liv (21, 23).

### **Svårigheter att bryta gamla vanor**

Att diagnostiseras med diabetes mellitus typ 2 var förenat med känslor såsom rädsla och oro. Målet med diabetesutbildningen var att patienterna skulle kunna

komplettera sin personliga livsstil så att diabetessjukdomen involverades naturligt i det vardagliga livet (25).

Oförmåga att förstå och anpassa livsstilsrekommendationerna för att uppnå uppsatta mål gjorde att patienterna upplevde frustration och irritation, vilket resulterade i att patienterna ignorerade rekommendationerna. Frustration uppstod även då patienterna upplevde brist på tillfredsställelse vid försök till livsstilsanpassning (25). Frustration och hjälplöshet upplevdes då patienterna ansåg att de hade kämpat och genomfört livsstilsanpassningar men trots detta inte upplevde att blodsockervärdena förbättrades. Dessa negativa upplevelser bidrog till att patienterna återgick till gamla och etablerade levnadsvanor (20). Psykisk ohälsa, såsom känsla av ångest och depression utlöste ett ohälsosamt ätbeteende i form av hetsätning hos en del patienter (24). Patienterna som vid åtskilliga tillfällen gjort försök till livsstilsanpassning men efter varje försök misslyckats med att uppnå uppsatta mål och återfallit i gamla levnadsvanor, upplevde genans vid återbesök hos sjuksköterskan inom diabetesvården vid utvärderingen av uppsatta mål. Efter upprepade återbesök vid diabetesvården där patienterna upplevt misslyckande och genanta möten, valde patienterna att inte komma tillbaka för kontroll (16). Vid förnekelse och bortträngning av känslor riskerades de nya livsstilsanpassningarna att förloras, och patienterna återgick till redan etablerade levnadsmönster (25).

Patienterna upplevde inre konflikter som dels förknippades med risken att falla för frestelse men även behovet efter njutning och tillfredsställelse. Samtidigt som omgivningen konstant frestade hade patienterna önskan om ett hälsosamt liv (22, 25). Vid de tillfälle som patienterna föll för frestelsen upplevde de efteråt känslor av dåligt samvete och ångest (19). I samband med helgdagar och oplanerade sociala sammankomster upplevdes risken att falla för frestelsen som störst (22, 24).

Då patienterna uppvisade bristande erfarenheter av att planera måltidssituationen upplevde de svårigheter med att utveckla rutiner kring deras nya ätbeteende. Patienterna erhöll information som innefattade anvisningar om hälsosam mat på regelbundna tider. För många av patienterna var det oklart vad hälsosam mat innebar i praktiken. Andra svårigheter som patienterna upplevde var att minska på portionsstorlekarna samt att sluta äta vissa livsmedel som de tidigare konsumerat (23).

Fysiska begränsningar, dåligt väder, brist på gång- och cykelvägar och oplanerade händelser i vardagen var bidragande orsaker till att fysisk aktivitet inte utövades (22). Den fysiska aktiviteten minskade om den förknippades med trötthet, andfåddhet och smärta (25).

### **Bristande stöd och förståelse från sjukvården**

Patienternas förmåga att genomföra livsstilsanpassningar var beroende av stöd från både vårdpersonal och andra patienter (21). Diabetessjuksköterskor och läkare hade inte samma mål med diabetesbehandlingen som patienterna. Vårdpersonalens mål upplevdes av patienterna som svåruppnådda och ibland även irrelevanta. En del av patienterna upplevde att vårdpersonalen hade störst fokus på blodsockernivån (16, 26). En annan grupp patienter ansåg dock att vårdpersonalen inte var intresserade av deras självuppmätta och dokumenterade blodsockervärden då de besökte diabetesvården. Detta ledde till att patienterna inte tyckte att de fick tillräckligt med uppmärksamhet kring att kontrollera och dokumentera sina blodsockervärden (19).

Mötena med vårdpersonalen kändes inte tillfredsställande då patienterna upplevde att vårdpersonalen försökte tvinga dem till en hälsosammare livsstil (17, 26). Patienterna upplevde att vid tillfällen som de önskade att diskutera ett uppkommet problem med vårdpersonalen, möttes de av ignorans (23). Likaså upplevde de bristande respons från vårdpersonalen avseende bekymmer och funderingar som



de hade angående diabetessjukdomen (20). Patienterna kände sig värdelösa när vårdpersonalen hela tiden hade ett behov av att tillrättavisa och vägleda i syfte att få patienterna medvetna om åtgärder för att uppnå uppsatta hälsomål. Vårdpersonalen upplevdes ha en auktoritär attityd där de ansåg sig veta bäst (17, 26). Patienterna upplevde att ingen lyssnade på dem och att de inte fick några råd eftersom vårdpersonalen inte ansåg att patienterna ansträngt sig tillräckligt för att uppnå vårdpersonalens uppsatta mål med behandlingen (26).

Att vårdpersonalen såg den enskilde patienten som en sjukdom och inte som en människa med sjukdomen diabetes var en vanlig upplevelse (17, 26). Patienterna upplevde att vårdpersonalen använde en standardmetod i sin diabetesundervisning istället för att utforma en individuell vårdplan (20, 26). När patienterna upplevde att diabetesundervisningen inte motsvarade deras kunskapsnivå, ansåg de att utbildningen hade låg relevans för den individuella utvecklingen. Patienterna som önskade att upprätta en behandlingsplan som var anpassad efter deras redan existerade vardagliga livssituation, upplevde att de inte erhöll något stöd eller hjälp från vårdpersonalen (20).

Då det fanns en etablerad familjeläkarkontakt inom primärvården kom den enskilda patienten och läkaren vanligtvis överens om att den information som patienten erhöll från familjeläkaren angående diabetessjukdomen och lämpliga livsstilsanpassningar var tillräcklig, och att patienten inte var i behov av att medverka vid någon annan form av diabetesundervisning (16, 21). Detta bidrog till att patienterna förlorade viktig kunskap angående diabetessjukdomen och även möjligheten att utbyta erfarenheter av diabetessjukdomen och om livsstilsanpassning med andra patienter (16, 26).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

För att undvika missförstånd i litteraturstudiens innehåll valdes begreppet ”den enskilde patienten och patienterna” som en definition för personer, individer och patienter. Dock anses litteraturstudien fokusera på personer med sjukdomen diabetes mellitus typ 2 och dessa personer blir egentligen inte patienter förrän de är i direkt kontakt med en del i hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Litteratursökningens initiala fas genomfördes genom sökningar i olika databaser. Vid genomsökning av de artiklar som identifierats via databaserna uppkom information som ansågs svara mot syftet. Databassökningarna resulterade i sju artiklar. För att utvidga studiens resultat ytterligare, genomfördes manuella sökningar utifrån artiklarnas referenslistor. Ytterligare fem artiklar kunde på detta sätt identifieras och inkluderas i resultatet. Litteratursökningen påbörjades hösten 2007 och återupptogs hösten 2008 och pågick fram till januari 2009. En del av de artiklar som använts i resultatet identifierades redan hösten 2007 och därför redovisas även litteratursökningar för år 2007 i sökschemat. Eftersom uppehåll gjordes i litteratursökningarna genomfördes åter samtliga litteratursökningar inför sammanställningen till resultatdelen. Då litteratursökningen åter genomfördes identifierades nya artiklar. För att kunna skilja på litteratursökningarna som genomfördes hösten 2007 respektive hösten och vintern 2008-2009 användes olika typsnitt i sökschemat.

Sökord som användes för att finna litteratur syftade till att ge en allmän kunskap om livsstilsanpassningar vid diabetes mellitus typ 2. Sökorden uppfattades som relevanta till syftet och detta har under arbetets gång bekräftats genom att flertalet av artiklarna har visat liknande resultat. Materialet som resultatet är uppbyggt av fokuserar framförallt på kostens betydelse vid livsstilsanpassning vid diabetes mellitus typ 2. Materialet kring kost framkom trots det att sökorden ”kost alternativt *diet*” inte användes som enskilda sökord. En annan viktig beståndsdel för att uppnå glykemisk kontroll är behovet av fysisk aktivitet. Patienternas

upplevelse av fysisk aktivitet nämndes endast i två artiklar. Hade sökorden ”fysisk aktivitet alternativt *physical activity*” använts som enskilda sökord i litteratursökningen finns det möjlighet att ytterligare information som svarade mot syftet kunnat inkluderas. Artiklar som var skrivna på skandinaviska språk och engelska söktes till litteraturstudiens resultat. Dock framkom endast artiklar skrivna på engelska.

Resultatet består till största delen av kvalitativa studier. Patienternas uppfattningar och upplevelser framkommer tydligare och mer nyanserat i en studie med kvalitativ ansats. Detta är en trolig orsak till att endast ett fåtal av artiklarna i litteraturstudiens resultat hade kvantitativ ansats.

Etiskt godkännande från etisk kommitté var önskvärt bland de studier som inkluderades. I en del av artiklarna framkom det inte huruvida studien erhållit etiskt godkännande eller inte. Trots detta inkluderades artiklarna i resultatet. Valet att inkludera artiklarna syftar till att inga uppenbara etiska tveksamheter kunnat uppmärksammas. Tänkvärt är dock patienternas utsatthet då studierna i vissa fall genomförts i anslutning till deras primärvårdscentra. Men med tanke på litteraturstudiens syfte och resultat, som fokuserade på patienters svårigheter, är det inte troligt att patienterna undanhöll sina problem och svårigheter för att tillfredsställa studiernas författare. En del studier har sponsrats av, alternativt haft författare verksamma inom läkemedelskoncernen. Då studiernas syfte inte har varit att utvärdera effekten av läkemedel, har detta inte uppfattats som en orsak till att exkludera artiklarna.

Kvalitetsgranskningen av valda artiklar genomfördes med en modifierad kvalitetsgranskningsmall utvecklad efter original av Forsberg och Wengström (13). En kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa artiklar och en kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa artiklar utarbetades. Originalmallen ansågs vara lämplig för att säkerställa kvalitet, dock upplevdes mallen vara opraktisk för poängsättning av artiklarna. Den största skillnaden mot originalmallen är att

stycken för beskrivning av till exempel syfte och urval har tagits bort och ersatts med ja- och nejfrågor där ja-svaret har gett poäng. Vid kvalitetsgranskningen uppkom det ibland att det som frågorna fokuserade på endast nämndes och inte var välbeskrivet. I dessa fall har frågan inte erhållit full poäng. Poängen har sammanräknats och kvalitetsnivåerna har fastställts till låg, medel och hög. Samtliga inkluderade artiklar har uppnått medel eller hög nivå under kvalitetsgranskningen.

Studierna i valda artiklar har sitt ursprung i framförallt Europa och Nordamerika. En artikel härstammar från Asien. Trots att studierna har genomförts i olika delar av världen har liknande resultat framkommit. Det har inte framkommit att kulturella skillnader och religion varit avgörande i patienternas livsstilsanpassning. Olika etiska grupper upplevde ungefär samma svårigheter då livsstilsanpassning och traditioner skulle integreras. Det har framkommit i vissa icke-europeiska studier att socioekonomiska skillnader hade betydelse för patienternas möjlighet till adekvat hjälp från sjukvårdsorganisationen. I Sverige är vissa av diabeteshjälpmidlen, såsom blodsockermätare och teststickor, kostnadsfria alternativt subventionerade vilket inte är fallet i många andra länder. Detta gör att denna del av resultatet inte är helt överförbart till svenska förhållanden.

Författarna till denna studie möter dagligen i arbetet som legitimerade sjuksköterskor på medicinavdelningar patienter med diagnosen diabetes mellitus typ 2. I denna patientkontakt har den enskilde patientens bristande kunskap och bristande förmåga att hantera sin sjukdom uppmärksammats. Författarna har varit medvetna om sin förförståelse och har haft som ambition att vara objektiva i granskningen och sammanställningen av artiklarna i resultatet. Nyfikenhet kring orsakerna till att patienterna, trots diabetesutbildning och regelbundna besök hos sin diabeteskontakt, inte adekvat kan handha sin sjukdomssituation har varit en av orsakerna till att litteraturstudiens syfte valdes. Att patienternas svårigheter med livsstilsanpassning var så vanligt förekommande och svårbemästrade är något som överraskat och resulterat i både reflektioner och diskussioner.

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att patienterna ansåg sig vara friska, alternativt att diabetes typ 2 inte var en allvarlig sjukdom, vilket resulterade i att de därmed inte uppfattade sig vara i behov av livsstilsanpassning. De patienter som insett att de var i behov av livsstilsanpassning upplevde många begränsningar i det vardagliga livet för både den enskilde patienten och dennes familj. En svensk studie bekräftar påståendet att patienterna inte ansåg sig vara i behov av livsstilsanpassning, då de inte upplevde några obehag av sin sjukdom (27). Förnekelse av den kroniska sjukdomen var ett vanligt beteende bland patienter med diabetes mellitus. Sjuksköterskor som ansvarade för diabetesutbildningen upplevde att patienterna inte insåg sjukdomens allvar och att de undvek att tänka på eventuella senkomplikationer, då de för närvarande inte upplevde några symtom. Diabetessjuksköterskornas bedömning var att patienterna därmed inte var motiverade till livsstilsanpassning (28). En annan svensk studie visade däremot att då patienterna gavs möjlighet att reflektera och diskutera kring sin sjukdomssituation, uppvisade de ökad insikt angående vad det innebar att leva med diabetes mellitus typ 2, vilket resulterade i att patienterna själva insåg behovet av livsstilsanpassning (27). Det kan vara en fördel om patienter i samband med sjukdomsdiagnostiseringen får en kontaktperson inom diabetessjukvården, som kan hjälpa patienterna att erhålla kunskap om hur det är att leva med en kronisk sjukdom. Kontaktpersonens uppgift är att bedöma hur mottaglig den enskilde patienten är för att uppfatta och förstå erhållen information. Muntlig såväl som skriftlig information bör upprepas vid flera men korta tillfällen (29). En kontaktperson kan vägleda dem och ge individuellt anpassad information så att den enskilde patienten kan utveckla strategier och integrera sjukdomen i sin existerande livssituation. Detta kan resultera i att den enskilde patienten kan ta ett ökat ansvar för sin diabetesbehandling.

Resultatet visade att det fanns missförstånd avseende kostråd hos patienterna trots att de erhållit diabetesundervisning med fokus på kostrådgivning. Patienterna hade svårigheter att följa kostråden då de inte förstod sambandet mellan kostråd och

kostens inverkan på deras hälsa. Då patienterna enbart erhållit teoretisk kunskap ansåg de informationen vara opraktisk och de hade inte förmåga att omvandla den teoretiska kunskapen till praktisk handling så att den kunde anpassas till deras vardagliga liv. Andra studier visade på liknande resultat (30, 31). Patienter upplevde svårigheter med att följa kostrekommendationerna och att anpassa sin kost, då det krävde stora livsstilsanpassningar och engagemang från den enskilde patienten (30). Patienter som deltagit i diabetesutbildning i grupp uppvisade ingen ökad förmåga att påbörja kostanpassning (31). För att den enskilde patienten och dennes familj skall kunna integrera nya kostvanor i sin livssituation behöver den enskilde patienten erhålla kunskap kring både kost och måltidssammansättning, samt hur situationer hanteras då den vardagliga rutinen tillfälligt ändras (29). Forskning visar att då patienter upplevde trygghet och självförtroende i sin förmåga att hantera diabetesbehandlingen ökade deras möjlighet att omvandla den teoretiska informationen som de erhållit, till att praktiskt kunna hantera sin sjukdom och behandling (30). Bland de patienter som deltagit i motiverade samtal där möjlighet gavs till reflektion kring beteendeförändring samt personliga förutsättningar och behandlingsmål uppvisade patienterna ökad förmåga till kostanpassning (32). Patienterna utsätts konstant för ny information angående olika kost- och dietmetoder i massmedier. En svår uppgift är att veta vilken information som kan vara användbar. Då livsmedel och måltider är en viktig del i patientens behandling och vardagliga liv, är det viktigt att sjuksköterskan ber patienterna reflektera kring hur de påverkas av den massmediala fokuseringen kring viktnedgång och kostdieter samt hur de skall finna adekvata informationskällor och förhållningssätt.

Patienterna upplevde både fysiskt och psykiskt obehag vid blodsockerkontroll. Med anledning av det upplevda obehaget undvek patienterna att kontrollera sitt blodsocker. Patienterna kunde inte förstå hur blodsockerkontroller kunde hjälpa dem att hantera sin sjukdom. I likhet med resultatet visar en studie, där olika blodsockermätningmetoder testades, att patienterna upplevde ökad smärta och svårigheter då blodsockervärdet kontrollerades genom provtagning i

fingertopparna (33). En studie visar dock att kontroll av blodsockervärdet var det som patienterna upplevde som lättast att utföra i diabetesbehandlingen, då denna handling var lätt att integrera i det vardagliga livet (30). Förmåga att agera utifrån blodsockervärdet saknades dock bland de som kontrollerade sitt blodsockervärde (34). Då patienterna hade kontinuerlig kontakt med vårdpersonalen för uppföljning och utbildning, hade patienterna ökad benägenhet att kontrollera sitt blodsockervärde. Genom utbildningen ökade även patienternas förståelse för varför blodsockervärdet kontrollerades (31, 35) samt hur blodsockervärdet kunde hjälpa dem att hantera sin sjukdom för att uppnå glykemisk kontroll (35). För att optimera patienternas blodsockerkontroller bör det vara av betydelse att vårdpersonalen uppmärksammar patienternas attityder och eventuella fysiska och psykiska obehag vid blodsockerkontroller. Genom att vårdpersonalen har kunskap om olika blodsockermättningsmetoder kan patientens fysiska obehag minska, vilket bör resultera i ökade antal blodsockerkontroller och förbättrad glykemisk kontroll. Det psykiska obehaget som är förenat med ett blodsockervärde utanför referensvärdet, kan minska om patienterna har uppnått kunskap om hur de skall hantera den uppkomna situationen. Likaså bör det uppmärksammas huruvida patienterna har kunnat omsätta teoretisk kunskap om hur hypoglykemi respektive hyperglykemi kan åtgärdas genom kost-, motion- och läkemedelsanpassning. Om patienterna har kunskap att själva ordinera sitt insulin utifrån blodsockervärdet bör detta innebära trygghet och en känsla av självständighet för den enskilde patienten.

Patienterna upplevde mötena med vårdpersonalen som otillfredsställande, då de upplevde att vårdpersonalen försökte tvinga dem till en hälsosammare livsstil. Patienterna upplevde att de inte hade samma mål med diabetesbehandlingen som vårdpersonalen, samt att vårdpersonalen använde en standardmetod i sin diabetesundervisning i stället för att utforma en individuell vårdplan. Patienternas upplevelser, att diabetesutbildningen baserades på en standardmetod bekräftas i en svensk studie (36). Patienterna som erhöll traditionell diabetesutbildning upplevde att patient- och vårdpersonalrelationen var otillfredsställande. Vid utvärdering

efter genomgången diskussionsutbildning i grupp, upplevde däremot patienterna i undersökningsgruppen ett ökat självförtroende och ökad kunskap angående hur de skulle hantera sin sjukdom. Patienter som erhöll diskussionsutbildning i grupp upplevde att relationen mellan den enskilde patienten och vårdpersonalen var jämlik och tillfredsställande. Då patienterna erhöll hjälp med att utforma en individuell vårdplan med individuella målsättningar (27), samt då diabetesutbildningen fokuserade på den enskilde patientens förståelse av sjukdomen (37), ökade patienternas möjligheter att uppnå de nationella behandlingsmålen (27) och patienternas glykemiska kontroll förbättrades (37). Däremot har annan forskning visat att då ett individuellt behandlingsprogram gemensamt utformats av vårdpersonal och den enskilde patienten, där behandlingsmål formulerats för livsstilsanpassning samt strategier utarbetats för att uppnå dessa mål, framkom det inte några bevis för att behandlingsåtgärderna förbättrade den glykemiska kontrollen (38). Ytterligare forskning visade att oavsett om patienterna erhöll diabetesundervisning i traditionell form eller i grupp, ökade deras kunskap och förmåga till livsstilsanpassning (31). Tidigare har sjukvårdens arbetsmetod syftat till att förse patienterna med råd och rekommendationer och de har varit ensamma om att kunna förmedla medicinsk- och omvårdnadsinformation. Allteftersom samhället blir mer upplyst genom olika informationskällor får patienterna möjligheter att söka kunskap. Framöver kommer patienterna troligen att kräva mer delaktighet i sin diabetesbehandling. Genom att de själva söker information kommer de också kunna ifrågasätta vårdpersonalens rekommendationer och arbetssätt. Nackdelen med de olika informationskällorna är att det är en envägskommunikation där möjlighet att diskutera individuella aspekter med en sakkunnig saknas.



## SLUTSATS

Litteraturstudien visade att patienterna med diabetes typ 2 uppvisade bristande insikt om sjukdomen, vilket resulterade i att patienterna inte ansåg sig vara i behov av någon livsstilsanpassning. Inte enbart den enskilde patientens sjukdomsuppfattning, utan även vardagslivet och samhället hade inverkan på patienternas möjlighet till livsstilsanpassning. Familjesammansättning, ekonomiskt status, utbildningsnivå och arbetsliv var faktorer som påverkade den enskilde patienten. Patienterna erhöll information om diabetessjukdomen, dock uppvisade de bristande förmåga att omsätta informationen till praktiskt agerande, vilket resulterade i missförstånd gällande kost, motion, blodsockervärden samt farmakologisk behandling. Flertalet av patienterna som genomfört konkreta försök till livsstilsanpassning upplevde frustration, hjälplöshet och irritation, då de inte uppnådde uppsatta behandlingsmål. Att bryta ett vanemässigt levnadsbeteende innebar svårigheter för patienterna. De upplevde bristande stöd och förståelse från sjukvårdspersonal då de uppfattade att vårdpersonalen försökte tvinga dem till att genomföra livsstilsanpassning. Patienterna upplevde även att de inte erbjöds möjlighet till att diskutera uppkomna svårigheter.

Patienternas individuella reaktioner och upplevelser vid diabetes mellitus typ 2 är grundläggande för att tillfredsställande omvårdnad skall kunna utövas i syfte att förbättra egenvården. Att behandla och kontrollera sjukdomen diabetes mellitus typ 2 är ett långsiktigt projekt som kräver en ökad medvetenhet kring sjukdomen. Författarna till denna studie anser att det finns tillfredsställande forskning kring patienternas svårigheter med att genomföra livsstilsanpassningar. För att stödja de patienter med diabetes mellitus typ 2 som har svårigheter att genomföra bestående livsstilsanpassningar behöver dock nya strategier för undervisning och information utvecklas.

## REFERENSER

Vetenskapliga artiklar markerade med \* ingår i resultatdelen.

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5):1047-53
2. Wikblad K (red.). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur, 2006
3. Agardh C-D, Berne C, Östman J. *Diabetes*. Stockholm: Liber, 2005
4. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
5. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999
6. Almås H (red.). *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber, 2002
7. Ericson E, Ericson T. *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur, 2002
8. Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B. Diabetes and obesity in Northern Sweden: occurrence and risk factors for stroke and myocardial infarction. *Scand J Public Health* 2003; 31(61):70-77
9. Nilsson P. M, Johansson S.-E, Sundquist J. Low Educational Status is a Risk Factor for Mortality Among Diabetic People. *Diabet Med* 1998; 15(3):213-19
10. *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvård 2008*. Stockholm: Liber, 2008

11. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening, 2002
12. Henriksson F, Agardh C.-D, Berne C, Bolinder J, Lönnqvist F, Stenström P, Östenson C.-G, Jönsson B. Direct medical cost for patients with type 2 diabetes in Sweden. *J Intern Med* 2000; 248(5):387-96
13. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur, 2003
14. Polit D, Beck C. T. *Nursing Research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004
15. \* Holmström M. I, Rosenquist U. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2005; 49(2):146-154
16. \* Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart E. D. Factors contributing to attrition behaviour in diabetes self-management programs: A mixed method approach. *BMC Health Serv Res* 2008; 4(8):33-43
17. \* Hörnsten Å, Sandström H, Lundman B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2004; 47(2):174-82
18. \* Clark M, Hampson S. E. Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2003; 20(2):152-54
19. \* Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. Blood glucose self-monitoring in non-insulin-treated type 2 diabetes: a qualitative study of patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2004; 54(500):183-88

20. \* Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006; 54(2):151-58
21. \* Kapur K, Kapur A, Ramachandran S, Mohan V, Aravind SR, Bangandi M och Srishyla MV. Barriers to Changing Dietary Behavior. *J Assoc Physicians India* 2008; 56:27-32
22. \* Hall F. R, Hunt Joseph D, Schwartz-Barcott D. Overcoming Obstacles to Behavior Change in Diabetes Self-Management. *Diabetes Educ* 2003; 29(2):303-11
23. \* Brown Frandsen K, Smedegaard Kristensen J. Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective. *Pract Diab Int* 2002; 19(3):77-80
24. \* Travis T. Patient Perceptions of Factors That Affect Adherence to Dietary Regimens for Diabetes Mellitus. *Diabetes Educ* 1997; 23(2):152-56
25. \* Whittemore R, Chase K. S, Mandle L. C, Roy C. S. Lifestyle Change in Type 2 Diabetes. A Process Model. *Nurs Res* 2002; 51(1):18-25
26. \* Hornsten A, Lundman B, Selman K. E, Sandstrom H. Patient satisfaction with diabetes care. *J Adv Nurs* 2005; 51(6):609-17
27. Thors Adolfsson E. Patient Education for People with Type 2 Diabetes in Primary Health Care. [Elektronisk]. Uppsala Universitet: doktorsavhandling, 2008. Tillgänglig: [www.ub.uu.se](http://www.ub.uu.se) [läst: 2009-03-10]
28. Schreurs M.G. K, Colland T. V, Kuijer G. R, de Ridder T.D. D, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns* 2003; 51(2):133-41

29. Region Skåne. Lokalt handlingsprogram för diabetes mellitus 2008. [Elektronisk]. Nordöstra Skåne, 2008. Tillgänglig: [www.centralsjukhuset.nu](http://www.centralsjukhuset.nu) [läst: 2009-03-10]
30. Skelly H. A, Marshall R. J, Haughey P. B, Davis J. P, Dunford G. R. Self-Efficacy and Confidence in Outcomes as Determinants of Self-Care Practices in Inner-City, African-American Woman with Non-Insulin-Dependent Diabetes. *Diabetes Educ* 1995; 21(1):38-46
31. van den Arend I.J. M, Stolk P. R, Rutten G.E.H. M, Schrijvers G.J. P. Education integrated into structured general practice care for Type 2 diabetic patients results in sustained improvement of disease knowledge and self-care. *Diabet Med* 2000; 17(3):190-97
32. Smith E. D, Heckemeyer M. C, Kratt P. P, Mason A. D. Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-Control Program for Older Obese Woman With NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care* 1997; 20(1):52-54
33. Tieszen K. L, New J. P. Alternate site blood glucose testing: do patients prefer it? *Diabet Med* 2003; 20(4):325-28
34. Evans M.M. J, Newton W. R, Ruta A. D, MacDonald M. T, Stevenson J. R, Morris D. A. Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control: observational study with diabetes database. *BMJ* 1999; 319(7202):83-86
35. Aljaseem I. L, Peyrot M, Wissow L, Rubin R. R. The Impact of Barriers and Self-Efficacy on Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2001; 27(3):393-404

36. Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernström L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Educ Couns* 2004; 53(3):319-24
37. Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 68(1):65-74
38. Shibayama T, Kobayashi K, Takano A, Kadowaki T, Kazuma K. Effectiveness of lifestyle counselling by certified expert nurse of Japan for non-insulin-treated diabetic outpatients: A 1-year randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract* 2007; 76(2):265-68

## Sökschema för datorbaserad litteratursökning

| Datum      | Databas                 | Huvudsökord       | Antal träffar | Begränsningar   | Antal träffar    | Undersökord                      | Antal träffar    | Behållning (Referens) |
|------------|-------------------------|-------------------|---------------|---|------------------|----------------------------------|------------------|-----------------------|
| 2007-09-04 | PubMed                  | Diabetes          | 276066        | Publicerad 10 år,<br>människor, nursing<br>journal, språk:<br>svenska, engelska,<br>danska, norska<br><br>Ålder: 19-79 år | 2908<br><br>1169 | Type 2<br>Patients<br>Experience | 396<br>225<br>21 | 1 (-)                 |
| 2008-12-04 | PubMed                  | Samma som<br>ovan | 319486        | Samma som ovan<br>Ålder +19 år  | 1273             | Samma som<br>ovan                | 442<br>176<br>14 | 1 (-)                 |
| 2007-09-04 | PubMed                  | Diabetes          | 276066        | Samma som ovan<br><br>Ålder: 19-79 år   | 2908<br><br>1169 | Type 2<br>Patients<br>Diagnoses  | 396<br>225<br>60 | 0                     |
| 2008-12-09 | PubMed                  | Samma som<br>ovan | 319486        | Samma som ovan<br>Ålder: +19 år   | 1273             | Samma som<br>ovan                | 442<br>176<br>60 | 1 (-)                 |
| 2007-09-04 | Vård i Norden<br>Online | Diabetes          | 9             |   |                  |                                  |                  | 1 (-)                 |
| 2008-12-09 | Vård i Norden<br>Online | Samma som<br>ovan | 21            |   |                  |                                  |                  | 0                     |

| Datum      | Databas | Huvudsökord                       | Antal träffar        | Begränsningar  | Antal träffar                     | Undersökord                          | Antal träffar                | Behållning (Referens) |
|------------|---------|-----------------------------------|----------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 2007-09-13 | Samsök  | Diabetes                          |                      | Hälsovetenskaper   | 337947 (hittade)<br>86 (hämtade)  | Typ 2                                | 47 (hittade)<br>14 (hämtade) | 1 (17)                |
| 2008-12-09 | Samsök  | Samma som ovan                    |                      | Samma som ovan   | 397461 (hittade)<br>141 (hämtade) | Samma som ovan                       | 22 (hittade)<br>19 (hämtade) | 1 (17)                |
| 2007-09-13 | PubMed  | Diabetes<br><br>Diabetes mellitus | 276499<br><br>234883 | Publicerad 10 år, publicerade i PubMed<br>10 år, människor, nursing journals, språk: svenska, engelska, danska, norska, ålder 19-80+ |                                   | Type 2<br>Diagnoses<br>New diagnoses | 397<br>133<br>18             | 1 (26)                |
| 2008-09-12 | PubMed  | Samma som ovan                    | 319486<br>253654     | Samma som ovan<br>Ålder +19 år   |                                   | Samma som ovan                       | 443<br>183<br>23             | 1 (26)                |



| Datum      | Databas | Huvudsökord              | Antal träffar | Begränsningar  | Antal träffar | Undersökord              | Antal träffar | Behållning (Referens) |
|------------|---------|--------------------------|---------------|--|---------------|--------------------------|---------------|-----------------------|
| 2007-10-05 | PubMed  | Type 2 diabetes mellitus | 46632         | Publicerad 10 år, publicerad i PubMed 10 år, människor, språk: svenska, engelska, danska, norska, nursing journals, ålder 19-80+ | 15607         | New lifestyle Patient    | 79<br>18      | 2 (25) (-)            |
| 2009-01-07 | PubMed  | <i>Samma som ovan</i>    | 54702         | <i>Samma som ovan</i><br><i>Ålder +19 år</i>   | 464           | <i>Samma som ovan</i>    | 16<br>11      | 2 (25) (-)            |
| 2007-10-05 | PubMed  | Type 2 diabetes mellitus | 46632         | Publicerad 10 år, publicerad i PubMed 10 år, människor, språk: svenska, engelska, danska, norska, ålder 19-80+                   | 15607         | Patient Lifestyle change | 24            | 0                     |
| 2009-01-07 | PubMed  | <i>Samma som ovan</i>    | 54702         | <i>Samma som ovan</i><br><i>Ålder +19 år</i>   | 464           | <i>Samma som ovan</i>    | 15            | 1 (25)                |

| Datum      | Databas | Huvudsökord              | Antal träffar | Begränsningar  | Antal träffar | Undersökord          | Antal träffar | Behållning (Referens) |
|------------|---------|--------------------------|---------------|--|---------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| 2007-10-05 | PubMed  | Type 2 diabetes mellitus |               | Publicerad 10 år, publicerad i PubMed 10 år, människor, språk: svenska, engelska, danska, norska, ålder 19-80+ |               | Patient perspective  | 48            | 2 (-) (-)             |
|            |         |                          |               |  |               | Patient perspectives | 23            |                       |
| 2009-01-07 | PubMed  | Samma som ovan           |               | Samma som ovan<br>Ålder +19 år   |               | Samma som ovan       | 12<br>7       | 2 (26) (-)            |
| 2007-10-05 | Cinahl  | Type 2 diabetes          |               | Tidskrifter från 1997  | 46462         | Mis-understanding    | 0             | 0                     |
| 2009-01-07 | Cinahl  | Type 2 diabetes          |               | Publicerad från 1997<br>Ålder 19-80+   | 46462         | Samma som ovan       | 1             | 0                     |
| 2007-10-05 | Cinahl  | Type 2 diabetes          |               | Tidskrifter från 1997  | 46462         | Patient education    | 1562          | 1 (-)                 |
|            |         |                          |               |  |               | Coping               | 89            |                       |
| 2009-01-07 | Cinahl  | Samma som ovan           |               | Publicerad från 1997<br>Ålder 19-80+   | 46462         | Samma som ovan       | 128<br>5      | 0                     |

| Datum      | Databas                    | Huvudsökord              | Antal träffar | Begränsningar  | Antal träffar                    | Undersökord   | Antal träffar   | Behållning (Referens) |
|------------|----------------------------|--------------------------|---------------|--|----------------------------------|---|---|-----------------------|
| 2008-09-19 | <a href="#">ELIN@skane</a> | Patient education        | 13541         | 1995-2009  | 10984                            | Nurse<br>Diabetes                                   | 1146<br>60  | 1 (15)                |
| 2008-09-19 | PubMed                     |                          |               | Publicerad 10 år, publicerad i PubMed 10 år, människor, språk: svenska, engelska, danska, norska, ålder +19 år   |                                  | Patient education<br>Diabetes<br>Barriers<br>Change | 11661<br>1269<br>85<br>15                                   | 1 (21)                |
| 2008-09-12 | PubMed                     | Type 2 diabetes mellitus |               | Publicerad i 10 år, publicerad i PubMed 10 år, människor, språk: svenska, engelska, danska, norska, ålder +19 år | 17581                            | New lifestyle<br>Change<br>Barrier                  | 97<br>18<br>0   | 0                     |
| 2008-12-09 | Samsök                     | Type 2 diabetes          |               | Hälsovetenskaper   | 74144 (hittade)<br>148 (hämtade) | Barrier<br>Self-management                          | 547 (hittade)<br>88 (hämtade)<br>7 (hittade)<br>7 (hämtade) | 3<br>(16) (20) (-)    |

## Artikelöversikt

**Referens:** 15

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

**Författare:** Holmström M. I, Rosenqvist U.

**Land:** Sverige

**År:** Accepterad 2004

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva missuppfattningar som svenska patienter med diabetes typ 2 hade om deras sjukdom och deras behandling

**Urval:** Patienter från två stora städer i Sverige deltog. Patienternas läkare alternativt diabetessjuksköterska valde ut dem till studien. Nio män och nio kvinnor deltog. Deltagarna var mellan 40-80 år gamla. De hade varit diagnostiserade med diabetes typ 2 diagnos mellan sex månader och 15 år. Deltagarna var födda i Sverige och hade svenska som modersmål.

**Metod och Genomförande:** Varje patient träffade sin läkare alternativt diabetessjuksköterska. Mötet dem emellan videoinspelades. En sekreterare skrev ut det videoinspelade mötets verbala innehåll till en text. Mötet mellan patient och läkare eller diabetessjuksköterska pågick mellan 20 och 45 minuter. Efter det videoinspelade mötet blev patienten intervjuad av någon av författarna till studien. Författaren till studien tittade tillsammans med diabetespatienten på det videoinspelade mötet. Patienten fick reflektera över den information patienten erhållit under mötet.

**Analys:** Den utskrivna texten från mötet och intervjun analyserades enligt en modell av Malterud. Texten bearbetades i fyra steg.

**Resultat:** Patienterna ansåg att diabetes typ 2 inte var någon riktig sjukdom. Rädsla eller bortträngning av senkomplikationer upplevdes av patienterna. Blodsockermätning och självmedicinering uppfattade inte patienterna som ett redskap för att behandla sin sjukdom. Missförstånd om kost och fysisk aktivitet framkom. 14 av 18 patienter hade missförstånd kring sin sjukdom trots regelbundna kontroller hos läkaren eller diabetessjuksköterskan.

**Kvalitet:** Hög kvalitet

**Referens:** 16

**Titel:** Factors contributing to attrition behaviour in diabetes self-management programs: A mixed method approach

**Författare:** Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart E. D.

**Land:** Canada

**År:** Accepterad 2008

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka faktorer som bidrog till att patienterna slutande medverka i egenvårdsutbildningen

**Urval:** 267 patienter med diabetes typ 2 som var inskriva på ett diabetescentrum i Toronto, Canada deltog i studien. Patienternas modersmål var engelska, portugisiska alternativt kantonesiska. För att procentuellt få en jämn fördelning mellan etiska individer valdes varannan engelskspråkig patient bort. Patienter med graviditetsdiabetes och psykiatrisk instabilitet exkluderades.

**Metod och Genomförande:** Intervjun genomfördes via telefon på patienternas modersmål. Endast en öppen fråga ställdes. Frågan gällde varför patienterna som tidigare deltagit i diabetesundervisningen i förtid avslutade utbildningsprogrammet och vad som var anledning till detta.

**Analys:** Såväl kvalitativ som kvantitativ analys genomfördes. För den kvantitativa analysen användes Pearson's Chi-square samt T-test. Innehållsanalys användes för kvalitativ data.

**Resultat:** Heltidsarbete, ålder över 65 år, regelbunden kontakt med primärvårdsläkare samt att patienterna upplevde symtom från diabetessjukdomen var faktorer som bidrog till att patienterna i förtid avslutade diabetesutbildningen.

**Kvalitet:** Hög kvalitet enligt kvalitativ bedömning.

Medel kvalitet enligt kvantitativ bedömning.

**Referens:** 17

**Titel:** Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes

**Författare:** Hörnsten Å, Sandström H, Lundman B.

**Land:** Sverige

**År:** Accepterad 2003

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva individuell förståelse för sjukdomen bland personer med diabetes typ 2 i Sverige

**Urval:** 120 patienter från åtta olika vårdcentraler deltog i studien. Fyra olika vårdcentraler med totalt 44 patienter deltog i undersökningsgruppen. Övriga patienter ingick i kontrollgruppen. Patienterna var mellan 47 och 80 år gamla. De hade fått sin diabetesdiagnos inom de senaste två åren. Patienter som var multisjuka eller svårt sjuka exkluderades.

**Metod och Genomförande:** Intervju med patienterna där de fick beskriva utveckling, hantering och upplevelsen av att leva med diabetessjukdomen. Intervjuerna genomfördes i patienternas hem eller på deras arbetsplats. Patienterna fick först berätta om när de diagnostiserades med diabetes och hur de upplevde detta. Patienterna fick sedan öppet berätta om förväntningar i samband med diabetessjukdomen och om deras förståelse för sjukdomen. Intervjuerna, som varade mellan 45 och 90 minuter bandinspelades och skrevs ut skriftligt.

**Analys:** Kvalitativ innehållsanalys av den anonyma texten användes enligt förslag från Downe-Wamboldt.

**Resultat:** Patienterna upplevde inte att diabetes typ 2 var en allvarlig sjukdom. Patienterna upplevde hälso- och sjukvårdspersonalen som auktoritär och att patienten sågs som en sjukdom.

**Kvalitet:** Hög kvalitet

**Referens:** 18

**Titel:** Comparison of patients' and healthcare professionals' beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes

**Författare:** Clark M, och Hampson E. S.

**Land:** Storbritannien

**År:** Accepterad 2002

**Syfte:** Syftet med studien var att jämföra patienternas och hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper och attityder om sjukdomen diabetes

**Urval:** Hälso- och sjukvårdspersonal som medverkade i en nationell konferens blev inbjudna att delta i studien. De ur personalen som accepterade att vara med i studien bjöd in minst fem av sina patienter med diabetes typ 2 vilka svarade mot inklusionskriterierna att delta i studien.

**Metod och Genomförande:** Hälso- och sjukvårdspersonalen delade ut frågeformulär till patienterna som deltog i studien. Frågeformulären återsändes med frisvar.

**Analys:** Kvantitativ statistisk analys.

**Resultat:** Patienterna uppfattade inte att diabetes typ 2 var en allvarlig sjukdom, dock betraktade merparten av hälso- och sjukvårdspersonalen diabetessjukdomen som en allvarlig sjukdom vilken var mer krävande att behandla än andra kroniska sjukdomar. Personalen uppfattade även att de inte hade tillräckligt med tid och resurser för att effektivt kunna handleda patienterna med diabetes typ 2. Patienterna uppvisade även bristande kunskaper angående blodsockermätning.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 19

**Titel:** Blood glucose self-monitoring in non-insulin-treated type 2 diabetes: a qualitative study of patients' perspectives

**Författare:** Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J.

**Land:** Skottland

**År:** Accepterad 2003

**Syfte:** Syftet med studien var att utifrån ett patientperspektiv undersöka förväntningar och konsekvenser med blodsockermätning

**Urval:** 40 patienter ingick i studien. De hade blivit diagnostiserade med diabetes typ 2 under de senaste sex månaderna. Deltagarna valdes ut från 16 primärvårdscentraler och från tre sjukhus. Patienterna behandlades med kost och/eller antidiabetikatabletter. En patient som vid andra intervjutillfället erhållit behandling med insulin exkluderades ur resultatet från andra intervjun.

**Metod och Genomförande:** Samtliga deltagare intervjuades. Efter sex månader genomfördes en intervju med 38 av deltagarna. Två av deltagarna hade inte möjlighet att delta. Intervjuerna varade under en timme och genomfördes av författaren Peel. Intervjuerna bandinspelades och den verbala informationen skrevs ut skriftligt. En intervjuguide användes för att uppmuntra till diskussion runt samma frågeställning under alla intervjuerna. Under den första intervjun framkom spontant många funderingar kring blodsockermätning vilket resulterade i djupgående frågor angående blodsockermätning i den andra intervjun.

**Analys:** Kvalitativ dataanalys användes. Grounded theory

**Resultat:** Studien ger en förståelse för patienternas positiva och negativa upplevelser i samband med egenutförd kontroll av blodsockervärdet i hemmet.

**Kvalitet:** Hög kvalitet



**Referens:** 20

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

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

**Land:** USA

**År:** Accepterad 2005

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva vilka svårigheter vuxna patienter med diabetes typ 2 uppfattade vid behandlingen av sjukdomen. Syftet var även att identifiera effektiva strategier för att diabetessjukvårdens möjlighet att nå ut till patienter på landsbygden skulle ökas

**Urval:** 26 patienter äldre än 21 år med diagnosen diabetes typ 2 inkluderades i studien. Patienterna var tvungna att äga en fungerande telefon. Patienterna skulle kunna skriva, läsa och tala engelska.

**Metod och Genomförande:** Öppna frågor ställdes vid ett två timmar långt forum där sex till tolv patienter ingick. Forumet ägde rum på en vårdcentral. Diskussionen bandinspelades och en observatör antecknade icke-verbala beteenden.

**Analys:** Innehållsanalys användes enligt Miles och Huberman. De icke-verbala beteendena antecknades för varje deltagare och jämfördes med den verbala informationen.

**Resultat:** De vanligaste svårigheterna som patienterna upplevde för att uppnå livsstilsanpassning vid diabetes typ 2 var okunskap och oförståelse för olika livsmedel. Även en upplevd känsla av frustration och hjälplöshet relaterat till önskade blodsockervärden samt upplevelse av att komplikationer uppstod trots ansträngningar till livsstilsanpassning innebar svårigheter för patienterna.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 21

**Titel:** Barriers to Changing Dietary Behaviour

**Författare:** Kapur K, Kapur A, Ramachandran S, Mohan V, Aravind SR, Badgandi M och Srishyla MV.

**Land:** Indien

**År:** Accepterad 2007

**Syfte:** Syftet med studien var att förstå vuxna, med diabetes typ 2, uppfattningar, attityder och vanor, samt faktorer som ökar och minskar följsamheten till kostråd

**Urval:** 350 vuxna patienter med diabetes typ 2, vilka hade diagnostiserats med diabetes för minst sex månader sedan, ingick i studien. Deltagarna hade tidigare erhållit kostråd och behandlades polikliniskt vid fyra olika diabetescentra i två av södra Indiens storstäder. Konsekutiv urvalsmetod användes.

**Metod och Genomförande:** Intervjuer baserade på strukturerade frågeformulär. En ansvarig författare till studien alternativt en dietist eller lärare som inte var involverade i patienternas vård genomförde intervjuerna. Intervjuerna genomfördes på det språk som patienterna var mest bekväma med. Frågorna behandlade bland annat patienternas vilja och förmåga att följa givna kostråd, deras inställning till kost relaterat till hälsa och diabetes samt hur de värderade kvaliteten på de givna råden. Samtliga patienter fick samma frågor.

**Analys:** Intervjumaterialet skrevs ner och analyserades. Patienterna delades in i tre olika grupper efter hur de upplevde att de följde den rekommenderade dieten. Resultatet analyserades sedan med olika statistiska metoder och dataprogram.

**Resultat:** Flertalet olika faktorer hos både patienter och sjukvården påverkade resultatet av kostråd. Tre grupper kunde urskiljas. En grupp följde givna kostråd och hade fått mycket uppmuntran från både dietister och från familjen. Grupp två följde kostråden till viss del. Den tredje gruppen följde inte alls kostråden. Dessa patienter saknade uppmuntran från sjukvården, var ofta yngre samt hade en stressig livsstil. Samtidigt var de många gånger medvetna om att de uppsatta målen ej uppnåtts.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 22

**Titel:** Overcoming Obstacles to Behavior Change in Diabetes Self-Management

**Författare:** Hall F. R, Hunt Joseph D, Schwartz-Barcott D.

**Land:** USA

**År:** Publicerad 2003

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva upplevda svårigheter hos fem individer med diabetes typ 2 i deras vardagliga liv och de specifika strategier som de använde för att bibehålla sin kost, fysisk aktivitet och självkontrollering av blodsockervärdet efter sex månaders sjukdomsanamnes

**Urval:** I en tidigare studie innefattande 200 patienter identifierades tolv patienter som angav att de bibehållit beteendeförändringar angående kost, fysisk aktivitet och blodsockermätning under en sexmånadersperiod utan misstag. Antalet patienter minskades sedan till åtta stycken då författarna önskade ett mindre deltagarantal. Slutligen medverkade fem patienter i studien. Patienterna hade haft sin diabetesdiagnos i två till tio år. Patienterna var mellan 55 – 82 år gamla. De var ursprungligen från Kaukasus men levde då studien genomfördes i nordvästra New England i USA.

**Metod och Genomförande:** Djupintervjuer som videoinspelades och den verbala informationen skrevs ut skriftligt. Intervjuerna varade mellan en och två timmar. Deltagarna kontaktades via telefon tre till fem dagar efter intervjun för att komplettera frågor från intervjun. Intervjuguiden bestod av öppna frågor till hjälp för den som utförde intervjuerna. Ledande frågor undveks.

**Analys:** Kvalitativ analys där författarna letade efter skillnader och likheter i deltagarnas svar.

**Resultat:** Svårigheter med att bibehålla en kostplan påverkades av hunger, planerade och oplanerade sociala händelser och att falla för frestelser. Fysisk sjukdom och oplanerade livshändelser medförde svårigheter för att bibehålla motion och självkontroll av blodsockervärden.

**Kvalitet:** Medel

**Referens:** 23

**Titel:** Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective

**Författare:** Brown Frandsen K, Smedegaard Kristensen J.

**Land:** Danmark

**År:** Accepterad 2001

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkade följsamheten hos patienter med diabetes typ 2 vad gällde deras kost och läkemedelsbehandling, detta för att öka behandlingskvaliteten för denna sjukdom.

**Urval:** Patienter med diabetes typ 2 som behandlades med antidiabetikatabletter ingick i studien. Sammanlagt inkluderades 123 patienter från Frankrike, Tyskland, Spanien, England och USA. Patienternas ålder var mellan 45 och 60 år. Patienterna som diagnostiserades med diabetes typ 2 innan de fyllt 40 år exkluderades. Även gravida kvinnor och de patienterna med insulinbehandlad diabetes exkluderades.

**Metod och Genomförande:** I varje land delades patienterna in i diskussionsgrupper bestående av åtta till tio patienter. Frågor som fokuserade på diabetessjukdomens inverkan och behandling på patienternas livsstil diskuterades. Patienterna fick även skriva ner sina funderingar kring matvanor och informationskällor för information om diabetes.

**Analys:** Kvalitativ dataanalys

**Resultat:** Patienter med diabetes typ 2 upplevde svårigheter med att följa kostrekommendationer samt livsstilsanpassning. Brist på information och förståelse angående diabetes och dess behandling påverkade patienternas anpassningsförmåga.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 24

**Titel:** Patient Perceptions of Factors That Affect Adherence to Dietary Regimens for Diabetes Mellitus.

**Författare:** Travis T.

**Land:** USA

**År:** Publicerad 1997

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur olika faktorer kan påverka patienters följsamhet till kostrekommendationer och att undersöka om specifika demografiska data påverkade effekten av de valda faktorerna

**Urval:** 75 patienter vilka erhöll behandling för diabetes typ 2 vid en primärvårdscentral i sydvästra Pennsylvania deltog i studien. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att patienterna hade en icke insulinbehandlad diabetes mellitus, att de erhöll behandling vid angivet primärvårdscentra, var 18 år eller äldre och hade träffat en dietist för kostutbildning under de senaste 18 månaderna samt erhållit skriftlig information angående kost och måltidsplanering.

**Metod och Genomförande:** Patienterna tillfrågades om de ville medverka i studien i samband med ett planerat besök på primärvårdscentrat. Patienterna fick besvara ett frågeformulär genom att markera i förväg givna svarsalternativ. Patienterna återlämnade frågeformuläret till vårdpersonalen innan de lämnade primärvårdscentrat. De uppmanades att inte uppge persondata på formuläret.

**Analys:** Analysen genomfördes med hjälp av ett statistiskt dataprogram kallat SPSS.

**Resultat:** Ekonomi och sjukvårdsförsäkring var faktorer som påverkade patienternas möjlighet till besök hos andra sjukvårdsprofessioner än läkare. Patienterna hade svårigheter att förstå sambandet mellan givna kostråd och dess inverkan på deras hälsa och blodsockervärden.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 25

**Titel:** Lifestyle Change in Type 2 Diabetes

**Författare:** Whittlemore R, Chase K. S, Mandle L. C, Roy C. S.

**Land:** USA

**År:** Accepterad 2001

**Syfte:** Syftet med studien var att förstå processen av att integrera en existerande livsstil med behandlingsrekommendationer för diabetes typ 2

**Urval:** Nio vita kvinnor deltog i studien. Kvinnor valdes då författarna ansåg att det är framförallt kvinnor som ansvarar för familjemåltiderna. Kvinnornas medelålder var cirka 62 år, kvinnorna hade allmänt god hälsa, de hade tidigare medverkat i utbildningsprogram om diabetes och ansågs ha kunskap om behandlingsrekommendationer såsom kost och motion. Kvinnorna behandlades enbart med kost- och motion eller i kombination med antidiabetikatabletter. Kvinnorna hade i genomsnitt haft sin diabetessjukdom i cirka nio månader, inklusionskriterium var att de hade haft diabetessjukdomen i max två år. Exklusionskriterium var insulinbehandling.

**Metod och Genomförande:** Undersökningen genomfördes som en intervju. Kvinnorna deltog i fyra individuella möten som vardera var 45 minuter med en hälsocoach. Alla möten spelades in på film, samtalen skrevs ner och användes som en kvalitativ källa i analysen. Därefter deltog kvinnorna i en 60 minuter lång intervju. Kvinnorna ombads att reflektera över hur livsstilsanpassningar förknippade med diabetes typ 2 kunde integreras till deras existerande livsstil. Kvinnorna fick även berätta om sina upplevelser av att försöka anpassa livsstilen sedan de diagnostiserats med diabetes mellitus typ 2.

**Analys:** Dataanalys enligt Huberman och Miles.

**Resultat:** Att genomföra livsstilsanpassningar vid diabetes typ 2 är en komplex och mångsidig process. Patienterna behövde erkänna sin diabetesdiagnos. För att förebygga senkomplikationer krävdes att patienten erhöll kunskap om sjukdomen. Patienterna behövde uppleva att deras nya livsstilsanpassningar skulle resultera i ökad livskvalitet.

**Kvalitet:** Medel kvalitet

**Referens:** 26

**Titel:** Patient satisfaction with diabetes care

**Författare:** Hornsten A, Lundman B, Kihl Selstam E, Sandstrom H.

**Land:** Sverige

**År:** Accepterad 2004

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa svenska patienters, med diabetes typ 2, upplevelser och reflektioner av möten med sjukvården

**Urval:** Patienter från vårdcentraler ingick i studien. Deltagarna var svensktalande, mellan 40-80 år och diagnostiserades med diabetes typ 2 för minst två år sedan. 44 patienter från fyra olika vårdcentraler deltog i undersökningsgruppen, ytterligare 60 patienter från andra vårdcentraler deltog i kontrollgruppen. Multisjuka patienter exkluderades ur urvalet.

**Metod och Genomförande:** Bandinspelade intervjuer i patienternas hem alternativt på deras respektive arbetsplatser. Första frågan var samma till samtliga deltagare. Deltagarna uppmanades att berätta om deras upplevelser av diabetesvården. Utifrån detta uppkom följdfrågor som inte följde någon intervjumall. Intervjun pågick mellan 60 - 90 minuter.

**Analys:** Intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. Såväl manifest som latent innehållsanalys användes.

**Resultat:** När patienterna och vårdpersonalen hade olika mål med behandlingen uppstod otillfredsställande möten eftersom patienterna då kände sig ignorerade, osäkra och otrygga. Patienterna upplevde ett bristande förtroende till vårdpersonalen om dessa hade ett auktoritärt förhållningssätt. Tillfredsställande möten i vården uppstod då patienterna upplevde självbestämmanderätt, värdighet, trygghet och förtroende.

**Kvalitet:** Hög kvalitet

## Modifierad mall för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier

1. Är syftet med studien tydligt beskrivet?
2. Finns inklusion respektive exklusionskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
3. Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
4. Beskrivs undersökningsgruppen (ålder, kön och socialt status)?
5. Beskrivs var, av vem och när datainsamlingen gjordes?
6. Finns det angivet exempel på intervjufrågor?
7. Finns datainsamlingsmetod angivet?
8. Finns citat angivet som styrker resultatet?
9. Är analysmetod tydligt beskrivet?
10. Diskuteras resultatet och styrks av andra källor?
11. Diskuteras metodens brister och eventuell risk för studieförfattarens förförståelse (bias)?
12. Har studien erhållit etiskt godkännande från etisk kommitté?
13. Är resultatet överförbart till svenska förhållanden?



Bedömning av studiens kvalitet:

Låg kvalitet: 0 - 5 poäng

Medel kvalitet: 6 - 9 poäng

Hög kvalitet: 10 - 13 poäng

## Modifierad mall för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier

1. Var syftet med studien tydligt beskrivet?
2. Var frågeställningarna tydligt beskrivna?
3. Fanns inklusion respektive exklusionskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
4. Urval – fanns det beskrivet var och när undersökningen genomfördes?
5. Var reliabiliteten beräknad?
6. Var validiteten diskuterad?
7. Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?
8. Diskuterades bortfallet?
9. Erhölls signifikanta skillnader?
10. Diskuterades resultatet och styrktes det med andra källor?
11. Kunde resultatet överförts till svenska förhållanden?
12. Var studien godkänd av etisk kommitté?

Bedömning av studiens kvalitet:

Låg kvalitet: 0 - 4 poäng

Medel kvalitet: 5- 8 poäng

Hög kvalitet: 9 - 12 poäng