



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Ht, 2010

Metoder som stöd vid livsstilsförändringar hos patienter med typ-2 diabetes

Litteraturstudie

Författare
Matilda Andersson
Sandra Harfouche

Handledare
Ethel Ramfelt

Granskare
Maria Forsner

Examinator
Jan Florin



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete



HÖGSKOLAN
DALARNA

School of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits
Autum 2010



HÖGSKOLAN
DALARNA

Methods supporting lifestyle changes in patients with type-2 diabetes

A literature review

Authors

Matilda Andersson

Sandra Harfouche

Supervisor

Ethel Ramfelt

Reviewer

Maria Forsner

Examiner

Jan Florin

Högskolan Dalarna
Examensarbete

EXAMENSARBETE



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Tel 023-77 80 00

Sammanfattning

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att söka evidens för metoder som kan stödja patienter med typ-2 diabetes till livsstilsförändringar. **Metod:** En litteraturstudie, som innehåller 16 kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar, som var publicerade mellan 2000-2010. Databasen som användes var Cinahl och sökmotorn Elin@Dalarna. Sökorden som använts var: diabetes type 2, type 2 diabetes, lifestyle changes, patient education, empowerment, health behaviour och self-management. **Resultat:** I resultaten kom uppsatsförfattarna fram till olika kategorier som visar olika åtgärder till livsstilsförändringar. Studierna baserades på olika åtgärder såsom; datorintervention, utbildningar, telefonsamtal, motiverande samtal, transteoretiska modellen och sjuksköterskespecialister. Empowerment var enligt uppsatsförfattarna det övergripande temat som de flesta studier baserade åtgärderna på.

Nyckelord: Diabetes typ 2, livsstilsförändringar, empowerment, self-management, patient undervisning

Keywords: Diabetes type 2, lifestyle changes, empowerment, self-management, patient education

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Livsstilsförändringar	1
Diabetessjukdomen, epidemiologi och orsak.....	2
Typ- 2 diabetes	2
Problemformulering	3
Syfte	3
Definition av centrala begrepp	3
METOD.....	3
Design.....	3
Datainsamling och urval av litteratur	4
Inklusions- och exklusionskriterier	4
Kvalitetsbedömning av litteraturen och analys av data.....	5
Tillvägagångssätt.....	8
Forskningsetiska överväganden	8
RESULTAT	9
Intervention med datorstöd.....	9
Utbildning i empowerment och self-management	9
Telefonsamtal	11
Motiverande samtal	13
Transteoretiska modellen	14
Specialistsjuksköterskor	14
DISKUSSION	15
Sammanfattning av huvudresultaten	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion.....	18
Slutsats	18
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	19
REFERENSER.....	20
Bilaga 1	24
Bilaga 2	25
Bilaga 3	25

INTRODUKTION

Livsstilsförändringar

Livsstilsförändringar är ett av de viktigaste behandlingsalternativen vid typ-2 diabetes. Många livsstilsfaktorer, såsom brist på fysisk aktivitet, ohälsosam diet med låg fiberhalt och hög andel mättade fetter och övervikt är associerade med diabetes typ-2 utbrottet (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008). Livsstilsförändringar har även visat sig vara mer effektiva än farmakologiska effekter vad gäller prevention av typ-2 diabetes (Poskiparta, Kasila & Kiuru, 2006). Rökstopp är prioriterat eftersom rökning skadar kärlväggen och försämrar insulinberoende vävnaders insulinkänslighet (Ericson & Ericson, 2008).

I en svensk studie av Lindahl, Nilsson, Borch-Johnsen, Røder, Söderberg och Widman (2009) jämförs en interventionsgrupp som under en månad fick äta mat med hög fiberhalt och låg andel fett, med en kontrollgrupp. Interventionsgruppen tränade även mycket under månaden och alkohol var inte tillåten. De i interventionsgruppen som var rökare erbjöds hjälp för att sluta. Studien visar att risken för att drabbas av typ-2 diabetes minskade med 40 % efter tre år med livsstilsintervention och med 25 % efter 5 år. Även en annan svensk studie av Eriksson, Westborg och Eliasson (2006), visar att träning och information om hälsosam mat är gynnsam då interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen minskat HbA1c signifikant.

Ytterligare en studie av Lindström, Ilanne-Parikka, Peltonen, Aunola, Eriksson, Hemiö, (2006), visar att livsstilsförändringar som viktninskning, minskat intag av fett och ökat fiberintag samt ökad fysisk aktivitet har positiv inverkan på sjukdomen. Dessa livsstilsförändringar minskade risken att drabbas av diabetes med 43 % jämfört med en kontrollgrupp hos personer som redan har försämrad glukostolerans.

Enligt Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) har teorier och handlingar som betonar individens ansvar för hälsa och hälsorelaterade livsstilsval slagit igenom i hälso- och sjukvården. Den ensidiga experthjälpen har ersatts med att patientens åsikt har satts i fokus och han/hon har fått mer stöd. Patienter är mer och mer sedda som beslutsfattande. Trots att denna idé är mer och mer accepterad misslyckas människor ofta att leva enligt hälsosamma val. Sandén-

Eriksson (2000) skriver att livsstilsförändringar är mycket viktiga för patienter med typ-2 diabetes men svåra att följa.

En legitimerad sjuksköterska ska enligt Socialstyrelsen (2005), kunna identifiera och förebygga hälsorisker och motivera till livsstilsförändring, stödja egenvårdsresurser, främja hälsa genom undervisning av patienter och närstående utifrån deras behov, individuellt eller i grupp. Sjuksköterskan har också till uppgift att motverka komplikationer. Enligt svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård och svensk sjuksköterskeförening (2006), har diabetessjuksköterskan en pedagogisk kompetens som innebär att diabetessjuksköterskan ska stödja patienten och anhöriga till att ta eget ansvar och informera dem om diabetessjukdomen, handleda och ge stöd i dialog med patienten, bedöma patientens behov och stödja egenvårdsresurser.

Diabetessjukdomen, epidemiologi och orsak

Enligt Socialstyrelsen, behandlas ungefär 13 000 patienter i slutenvården för diabetes i Sverige. Av Sveriges cirka 365 000 diabetiker lider 85-90% av typ 2-diabetes och ungefär 40 000 har typ 1-diabetes. År 2007, dog 1 960 personer i Sverige av diabetes. Coccheri, (2007), skriver att internationellt beräknas 8 % av den vuxna populationen lida av diabetes. I hela världen uppskattas 170 miljoner människor ha diabetes och antalet uppskattas öka med 50-70% de kommande 25 åren. Enligt Almås, (2002) ses en stark ökning av förekomsten av typ-2 diabetes både i Sverige och i resten av världen. Orsaken till diabetes mellitus är bristande produktion av insulin; typ-1 diabetes, eller att det insulin som produceras har för dålig verkan; typ-2 diabetes, det kallas insulinresistens. Det finns flera orsaker till ökningen i Sverige och i världen; brist på fysisk aktivitet är den främsta orsaken, men en längre livslängd, bättre diagnostik och osunda livsstilsvanor, såsom ökat intag av fett och socker, ligger bakom den ökade frekvensen.

Typ- 2 diabetes

Typ-2 diabetes är den vanligaste diabetesformen. Typ-2 diabetes har ett smygande förlopp som i början inte medför några symtom och de flesta har varit sjuka i flera år innan de får sin diagnos (Socialstyrelsen). I stort sett är alla som insjuknar i typ-2 diabetes överviktiga och i och med att fetma ökat hos ungdomar så har även typ-2 diabetes krupit ned i åldrarna. Låg fysisk aktivitet leder också till att ämnesomsättningen belastas, vilket leder till att äldre har större risk att drabbas eftersom den fysiska aktiviteten av naturliga skäl minskar (Malmquist & Danielsson, 2008). Eftersom patienten med typ-2 diabetes kan drabbas av komplikationer, handlar behandlingen av typ-2 diabetes av att hålla blodets glukoshalt på rekommenderad

nivå. På så sätt uppnås symtomfrihet samt risken för komplikationer minskar. Kosten bör följa energibehovet och fördelas på tre huvudmål samt ett par mindre mellanmål. Fysisk aktivitet ökar musklernas glukosupptag så effektivt att fysisk aktivitet tillsammans med kostreglering bidrar till att erhålla tillfredsställande glukosbalans. Därför ger regelbunden fysisk aktivitet förbättrad hälsa (Ericsson, 2008).

Problemformulering

Livsstilsförändringar är en av de mest betydelsefulla åtgärderna vid behandling av typ-2 diabetes. Studier visar att risken att drabbas av typ-2 diabetes minskar vid en hälsosam livsstil. Samtidigt som det finns belägg för att livsstilsförändringar bör eftersträvas, är det svårt för patienterna att göra hälsosamma val. Vårdgivarens uppgift är att stödja dessa patienter till livsstilsförändringar och hjälpa dem att leva efter en hälsosam livsstil och bibehålla den livet ut. Författarnas avsikt är att söka evidens för metoder som gynnar patienten till ett hälsosammare liv. Denna litteraturstudie avser att bidra till fördjupade kunskaper och idéer om olika sätt som kan hjälpa och stödja patienter med typ-2 diabetes till att ändra livsstil.

Syfte

Syftet med denna studie var att söka evidens för metoder som kan stödja patienter med typ-2 diabetes till livsstilsförändringar.

Definition av centrala begrepp

Empowerment

Jahren Kristoffersen, Nortvedt och Skaug (2006), skriver att begreppet empowerment kan översättas med möjliggörande/bemyndigande. Empowerment innebär att stärka människor till att själva ta initiativ, fatta beslut och formulera mål till att förändra deras situation.

METOD

Design

Föreliggande studie har genomförts som en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008).

Datainsamling och urval av litteratur

För att finna relevanta vetenskapliga artiklar för studien har sökmotorn Elin@Dalarna och databasen Cinahl använts. Sökorden som användes framkom vid provsökningarna och var: *diabetes type 2, type 2 diabetes, lifestyle changes, patient education, empowerment, health behaviour och self management*. Dessa sökord har använts i olika kombinationer. För att fånga upp relevanta studier och fokusera sökningen användes uttrycket AND i sökningarna. Först valdes de studier där titeln stämde överens med denna studies syfte, och abstrakten lästes. Till slut valdes 16 artiklar ut för att användas i analysen. Studierna som analyserades var med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Analyserade studier redovisas i Tabell 1.

Inklusions- och exklusionskriterier

Vid sökningarna skulle artiklarna finnas i fulltext. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller på engelska. Studier med låg kvalitet och litteraturstudier exkluderades. Vid sökningarna skulle studierna vara publicerade mellan år 2000 och 2010.

Tabell 1. Sammanställning av sökprocessen sökmotor, databaser och analyserade artiklar (n=16).

Databas och sökmotor	Sökord	Antal träffar = n	Utvalda artiklar = n	Artiklar som ingår i analysen = n
Cinahl	Diabetes type 2 AND empowerment	13	4	1
Cinahl	Diabetes type 2 AND health behaviour	19	9	5
Cinahl	Diabetes type 2 AND patient education AND self- management	27	8	4
Cinahl	Diabetes type 2 AND lifestyle changes	57	9	2
Elin@dalarna	Type 2 diabetes AND empowerment AND patient education	15	7	4

Kvalitetsbedömning av litteraturen och analys av data

För att bedöma kvalitén på studierna och säkra den vetenskapliga grunden har studierna kvalitetsbedömts efter modifierade granskningsmallar av Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) (Bilaga 1 och 2). Två mallar användes vid granskningen. Den ena mallen användes för kvantitativa studier och den andra för kvalitativa studier. Mallen för kvalitativa studier består av 25 ja och nej frågor och mallen för kvantitativa studier består 29 ja och nej frågor. Poäng under 60 % räknades som låg kvalitet, poäng mellan 60-80 % räknades som medelhög kvalitet och över 80 % räknades som hög kvalitet. Artiklarna som ligger till grund för resultatet redovisas i tabell 2.

Studierna analyserades med stöd av innehållsanalys (Forsberg & Wengström, 2008) och utgick från syftet och metoder som kan stödja patienter med typ-2 diabetes till livsstilsförändringar.

Data bearbetades och bildade ett övergripande tema empowerment och sex kategorier. Dessa kategorier utgör rubriker och struktur i resultatredovisningen och är följande; *intervention med datorstöd, telefonsamtal, motiverande samtal, utbildning i empowerment och self-management, transteoretiska modellen och specialistsjuksköterskor.*

Tabell 2. Sammanställning av studier och kvalitetsbedömning som ligger till grund för analysen (n=16).

Författare Land och år	Titel	Design Metod	Deltagare n	Kvalitet
Jackson R., Asimakopoulou K., Scammell A. Storbritannien 2007	Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes	Kvantitativ. RCT.	Interventionsgruppen n=17 Kontrollgruppen n=17	Hög 28/29
Sigurdardottir AK., Benediktsson R., Jonsdottir H., Island 2009	Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes	Kvantitativ. RCT.	Interventionsgruppen n=28 Kontrollgruppen n=25	Hög 28/29
Kim H-S., Oh J-A. South Korea 2003	Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls	Kvantitativ. RCT	Interventionsgrupp n=25 Kontrollgrupp n= 25	Hög 28/29
Vrijhoef H.J.M., Diederiks J.P.M., Spreeuwenberg C., Wolffenbuttel B.H.R. Nederländerna 2001	Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients	Kvantitativ. 12 månaders studie med en icke ekvivalent kontrollgrupp	Interventionsgrupp n=52 Kontrollgrupp n=47	Hög 26/29
Clark M., Hampson S E., Avery L., Simpson R. Storbritannien 2004	Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behavior change in patients with type 2 diabetes	Kvantitativ. RCT	n=100	Hög 27/29
Kasila K., Poskiparta P., Karhila P., Kettunen T. Finland 2003	Patients readiness for dietart change at the beginning of counseling: a transtheoretical model-based assessment.	Kvalitativ Inspelade rådgivnings samtal	n=16	Medel 18/25

Författare Land och år	Titel	Design Metod	Deltagare n	Kvalitet
Thors Adolfsson E., Walker-Engström M-L., Smide B., Wikblad K. Sverige 2007	Patient education in type 2 diabetes- A randomized controlled 1-year follow-up study	Kvantitativ. RCT	Interventionsgruppen n=50 Kontrollgruppen n=51	Hög 28/29
Glasgow R., Nutting P., Toobert D., King D., Strycker L., Jex M., O'Neill C., Whitesides H., Merenich J. USA 2005	Effects of a brief computer-assisted diabetes self-management intervention on dietary, biological and quality-of-life outcomes	Kvantitativ. RCT	Interventionsgruppe n n=174 Kontrollgruppen n=161	Hög 28/29
Thoolen B J., de Ridder D., Bensing J., Gorter K., Rutten G. Nederländerna 2009	Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management	Kvantitativ RCT	Interventionsgruppen n= 89 Kontrollgruppen n= 108	Hög 24/29
Tang T., Funnell M., Brown M., Kurlander J. USA 2008.	Self-management support in "real world" settings: An empowerment-based intervention.	Kvantitativ Kohort-studie	n=77	Hög 24/29
Song M., Choe MA., Kim KS., Sun M., Lee I., Kim J., Lee M., Cho YM., Shim YS. Korea 2009	An evaluation of Web-based education as an alternative to group lectures for diabetes self-management.	Kvantitativ Kvasi-experimentell studie med en icke ekvivalent kontroll-grupp	Interventionsgruppen n= 31, Kontrollgruppen n= 29	Medel 23/29
Atak N., Gurkan T., Kose K. Turkiet 2009	The effect of education on knowledge, self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes.	Kvantitativ RCT	Interventionsgruppen n= 40 Kontrollgruppen n= 40	Hög 25/29

Författare Land och år	Titel	Design Metod	Deltagare n	Kvalitet
Moriyama M., Nakano M., Kuroe Y., Nin K., Niitani M., Nakaya T. Japan 2009	Efficacy of a self- management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial	Kvantitativ RCT	Interventionsgruppen n=42 Kontrollgruppen n = 23	Hög 26/29
Rubak S., Sanbaek A., Lauritzen, T., Borch-Johansen K., Christensen B. Danmark 2008	General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behavior change in people with type 2 diabetes.	Kvantitativ RCT	Interventionsgruppen n=119 Kontrollgruppen n=115.	Hög 26/29
Dale J., Caramlau I., Sturt J., Friede T., Walker R. Storbritannien 2008	Telephone peer- delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT.	Två delar: Kvantitativ RCT Kvalitativ Semi- strukturerad intervju	Tre grupper Kontrollgruppen n=97 Interventionsgrupp n=44 Interventionsgrupp n=90 Alla deltagare deltog i kvalitativa intervjun	Medel 22/29
Deakin T., Cade J., Williams R., Greenwood D. England 2006	Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference.	Kvantitativ RCT	Interventionsgruppen n=157 Kontrollgrupp n= 157	Medel 22/29

Tillvägagångssätt

Författarna har till stor del arbetat med studien tillsammans. Författarna har sökt artiklar till litteraturstudien var för sig och sedan tillsammans bedömt och valt ut de studier som överensstämde med syftet. Studierna analyserades och granskades av båda författarna. Resterande delar av studien har diskuterats och skrivits med båda författarna närvarande. Arbetsfördelningen redovisas vidare i Författardeklarationen, Bilaga 3.

Forskningsetiska överväganden

Författarna har strävat efter ett objektiva förhållningssätt vid uppsatsskrivningen och återger innehållet i studien sanningsenligt och utan att förvränga resultatet. Författarna har ej heller plagierat text. Alla studier som använts har varit etiskt granskade och relevanta för syftet.

Författarna har även strävat efter att vara hederliga i uppsatsskrivningen och använt sig av korrekta källhänvisningar (Forsberg & Wengström, 2008).

RESULTAT

Det övergripande temat för resultatet är empowerment. De sex kategorierna som utgör rubriker presenteras i resultatet.

Intervention med datorstöd

Song, Choe, Kim, Yi, Lee, Kim et al. (2009), studie fick en interventionsgrupp hjälp av ett program via datorn och internet för att öka kunskaperna om diabetessjukdomen och ge dem stöttning och återkoppling kring livsstilsförändringar. Interventionsgruppen jämfördes sedan med en kontrollgrupp där deltagarna fick närvara på grupp föreläsningar. Resultaten visade att deltagarna i interventionsgruppen hade högre kunskap om sjukdomen efter interventionen. Studien visade även att interventionsgruppen fick en förbättring av egenvården i interventionsgruppen som var större än i kontrollgruppen. P-glukosvärdena påvisade inte någon skillnad mellan grupperna eller mellan de olika tiderna för testerna, däremot sågs en signifikant förbättring av HbA1c värdena det vill säga ett mått på hur blodsockret har varit inställt under de senaste 4-6 veckorna.

Glasgow, Nutting, Toobert, King, Strycker, Jex et al. (2005), ville undersöka effekterna av en databaserad intervention som stöd för livsstilsförändring. Datorinterventionen var skräddarsydd efter varje patient, dataprogrammet kunde se olika ut beroende på hur svarsalternativen besvarades av patienterna. Patienterna hade tillgång till en hälsocoach som var tränad i motivationsintervju. Datorprogrammet och hälsocoachen betonade motivationsfaktorer och barriärer till en hälsosam diet och till fysisk aktivitet. Kontrollgruppen fick information om riskerna med diabetes av ett allmänt datorprogram. Resultaten visade att patienterna i det skräddarsydda programmet hade en signifikant minskning av fettintaget och vikten efter interventionen. Inga biologiska eller livskvalitetsjämförelser visade signifikanta skillnader mellan grupperna.

Utbildning i empowerment och self-management

Thors Adolfsson, Walker-Engström, Smide och Wikblad (2006), jämförde en interventionsgrupp med utbildning i empowerment. Deltagarna fick gruppundervisning och individuell rådgivning, denna grupp jämfördes sedan med en kontrollgrupp. Resultaten visade

att en empowerment-gruppundervisning, ökade patienternas självförtroende i diabeteskunskap efter 1 års uppföljning. Däremot visade studien ingen signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen vad gäller HbA1c- nivåer och BMI. Studien visade inte heller någon signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller tillfredsställelse i det dagliga livet samt self-efficacy.

I Tang, Funnell, Brown och Kurlanders (2010) studie har en och samma patientgrupp med diabetes typ-2 jämförts vid två olika tillfällen. Ena gången efter en sex- månaders kontrollperiod och sedan efter en sex-månaders interventionsperiod, som följde ett empowermentbaserat program. Resultatet visade signifikanta förbättringar första halvåret för serum kolesterol och för det diastoliska blodtrycket. Inga signifikanta förändringar uppnåddes i HbA1c, HDL, LDL, systoliskt blodtryck, BMI eller vikt. Deltagarna förbättrade sin egenvård efter första perioden och studien visade signifikanta förbättringar vad gäller valet av mer hälsosam mat och en ökad frekvens av p-glukos mätning. Kontrollperioden gav inga förbättrade resultat vad gäller fysisk aktivitet, medicinering, användande av insulin och diabetes empowerment. Efter interventionsperioden hittades måttliga förbättringar för glykemisk kontroll, vikt, BMI och LDL för deltagarna i interventionsperioden. Däremot var HDL resultatet i oönskad riktning och inga förbättringar hittades i egenvårdsbeteende, diabetes specifik vård och diabetes empowerment. Skillnaden mellan perioderna visade signifikanta förbättringar i glykemisk kontroll, för deltagarna interventionsperioden, medan deltagarna i kontrollperioden hade signifikanta förbättringar i HDL.

Atak, Gurkan och Kose (2009), undersökte effekten av patientundervisning i diabeteskunskap, self-management beteenden och self-efficacy. Utbildningsprogrammet utvecklades efter att alla deltagare svarat på ett kunskapstest. Interventionsgruppen fick utbildning vid två tillfällen. Kontrollgruppen fick reda på svaren direkt efter testets slut. Resultaten visade att utbildningen gav signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller; dagliga promenader, igenkännandet av mat med högt kalorital, rekommenderad fettdistribution, reglerandet av p-glukos för undvikandet av komplikationer och i self-efficacy. Utbildningen hade en begränsad effekt på kunskap och self-management beteenden i interventionsgruppen.

Deakin, Cade, Williamst och Greenwood (2006), jämförde en kontrollgrupp med en interventionsgrupp som fick delta i ett speciellt program som kallades X-PERT programmet. Programmet innehöll ett gruppsammanträde en gång i veckan. X-PERT programmet byggde

på inlärning genom empowerment. Resultaten efter interventionen visade att interventionsgruppen hade signifikant bättre resultat i HbA1c, viktvärden, midjemåttet, totala kolesterolet i kroppen och BMI. Efter interventionen hade även större andel av interventionsgruppen minskat den farmakologiska behandlingen mot diabetes. Den andel av interventionsgruppen som ökade medicinintag var mindre än kontrollgruppen. Diabeteskunskapen ökade i interventionsgruppen, X-PERT patienterna hade signifikant bättre resultat i antalet dagar som de motionerade, som de utförde fotvård och som de mätte p-glukos värdena. X-PERT patienterna visade sig också vara mer tillfredsställda än kontrollgruppen vad gäller diabetesvården. Mot slutet av interventionen, hade de även högre poäng i empowerment.

Thoolen, de Ridder, Bensing, Gorter och Rutten (2009), undersökte effektiviteten av en self-management intervention som stöttar patienter med nydiagnostiserad diabetes för att de ska uppnå förbättringar i egenvårdsbeteende. Interventionen var baserad på proactive coping vilket betonar den viktiga betydelsen av förväntning och planering i upprätthållande av egenvårdsbeteende. Kontrollgruppen fick en broschyr om diabetes self-management. Interventionsgruppen deltog i en self-management kurs. Interventionen var ledd av en sjuksköterska och bestod av både individuella, och gruppsammanträden. Resultaten visade på förbättringar inom self-efficacy, proactive coping och vilja att förändras som sedan bevarades under studiens gång hos interventionsgruppen. Patienterna i interventionsgruppen hade högre benägenhet till ändring av kostvanor och ökning av fysisk aktivitet. Patienterna i interventionen visade även signifikanta förbättringar i proactive kompetens vid studiens slut. Interventionsgruppen rapporterade inte bara signifikant högre proactive beteende utan är också signifikant bättre på uppnå sina mål. Patienterna i interventionsgruppen rapporterade signifikanta och positiva förändringar i alla egenvårdsmätningar såsom; vikt och träning men ingen signifikant förbättring sågs för medicinering. Slutligen visade studien även att ju högre nivåerna av proactive kompetens som patienterna hade mot slutet av kursen, desto långsiktigare var förändringen i egenvårdsbeteende.

Telefonsamtal

Sigurdardottir, Benediktsson och Jonsdottir (2009), fastställde effektiviteten av en skraddarsydd utbildningsintervention i diabetes där varje deltagare identifierade egenvårdsbehov. Interventionstiden bestod av ett individuellt möte och veckosamtal via telefon. Resultaten visade ingen signifikant skillnad i grupperna vad gäller HbA1c efter sex

månader men däremot fanns en signifikant skillnad hos båda grupperna mellan tre till sex månader. BMI och midjemått hade minskat från början av interventionen till sex månader men ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna. Interventionsgruppen hade en signifikant ökning av kunskapen om diabetessjukdomen jämfört med kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad kunde ses vad gäller välmående, empowerment och minskning av ångest. Hos interventionsgruppen kunde en förbättring ses vad gäller, hälsosammare kost, fotvård och förståelsen av p-glukosresultatet men skillnaden var inte signifikant mellan grupperna.

Moriyama, Nakano, Kuroe, Nin, Niitani och Nakaya (2009), undersökte effekterna av en utbildning i self-management. Deltagarna i studien delades i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Interventionsgruppen fick varje månad 30 minuters intervju baserad på programmets textbok och varannan vecka fick de även ett telefonsamtal av en sjuksköterskelärare som använde sig av motiverande samtal. Interventionsprogrammet baserades på principerna av en kognitiv beteendeterapi. Patienternas familjer fick även instruktioner om hur de kan ge ett livslångt stöd. Innan interventionens början fick patienterna ange vilket psykologiskt stadium enligt den transteoretiska modellen, de själva ansåg sig befinna sig i. Resultatet visade att vikten, HbA1c, self-efficacy, dieten och fysiska aktiviteten var signifikant bättre hos interventionsgruppen. Även en liten skillnad kunde påvisas på diastoliska blodtrycket, kolesterolnivåerna och livskvaliteten hos interventionsgruppen. Interventionsgruppen var även bättre på att förebygga komplikationer än kontrollgruppen. Vid jämförelse under årets gång visades en signifikant skillnad i interventionsgruppen, gällande vikten, midjemåttet, HbA1c, diastoliska blodtrycket, dieten, livskvaliteten och self-efficacy. Ingen signifikant skillnad kunde påvisas under året i kontrollgruppen.

Kim och Oh (2003), undersökte betydelsen av telefonsamtal från sjuksköterskor på HbA1c-nivåer och på följsamheten av rekommenderade diabeteskontroller. Interventionsgruppen fick inledningsvis en bok om diabetes och instruktioner i att föra loggdagbok. Patienterna fick sedan telefonsamtal kontinuerligt i flera veckor. Studien visade att HbA1c nivåerna inte skiljde sig signifikant mellan grupperna. Men det fanns en skillnad i grupperna över tid. Det var en signifikant skillnad i HbA1c för interventionsgruppen. En annan signifikant skillnad kunde ses i interventionsgruppen vad gäller följsamheten av rekommenderad kost och p-glukostestning.

Clark, Hampson, Avery och Simpson (2004), gjorde en studie för att utreda om deltagare i en skräddarsydd intervention med telefonsamtal, förändrar deras hälsostatus och förbättrar self-efficacy. Interventionsgruppen fick uppföljningssamtal medan kontrollgruppen inte fick något förutom den vanliga vården. Under interventionens gång påvisades en signifikant förbättring i reduktion av fett och förbättringen var signifikant även vid slutet av interventionen, jämfört med kontrollgruppen. Ingen signifikant skillnad kunde ses vad gäller den fysiska aktiviteten. Studien antyder att deltagarna i interventionsgruppen har kommit ett steg längre i förändring av fysisk aktivitet och val av hälsosammare kost. Deltagarna har gått från betraktande till handlande.

Dale, Caramlau, Sturt, Friede och Walker (2009), undersökte effektiviteten av en intervention där deltagarna fick telefonsamtal från en annan diabetespatient eller från en diabetessjuksköterska. Dessa var tränade i motiverande samtal och i empowerment. Kontrollgruppen som ingick i studien fick rutinvård. HbA1c förbättrades i både kontrollgruppen och interventionsgrupperna men ingen signifikant skillnad kunde påvisas mellan grupperna. Self-efficacy förbättrades i gruppen med telefonsamtal av en annan patient och diabetesrelaterade problem minskade för dem i gruppen med samtal från diabetessjuksköterskor. Det fanns evidens för att interventionsgrupperna hade en hög nivå av acceptans av telefonsamtalen men stödet från diabetessjuksköterskan värderades högre och en del patienter önskade att de fick mer information och råd. Den kvalitativa delen av studien visade att patienterna generellt upplevde telefonstödet som meningsfullt. Patienterna kände sig mer självsäkra att hantera sin diabetes.

Motiverande samtal

Rubak, Sanbaek, Lauritzen, Borch-Johnsen och Christensen (2009), tog reda på om motiverande intervjuer har en hälsobringande effekt. Interventionsgruppen var ledd av läkare tränade i motiverande intervjuer och utbildningen inkluderade också specifika kompetenser såsom empowerment. Läkarna i kontrollgruppen hade ingen formell utbildning i motiverande intervjuer. Resultaten visade att patienterna i interventionsgruppen var signifikant mer autonoma i deras val av beteendeförändringar och de var även mer motiverade till att ändra beteenden än patienter i kontrollgruppen. Resultaten visade också att patienterna i interventionsgruppen rapporterade att de hade fått signifikant mer specifika råd från deras läkare jämfört med kontrollgruppen. Patienter i interventionsgruppen var signifikant mer uppmärksamma på vikten av att kontrollera deras diabetes. Flera forskare har använt sig av

motiverande intervjuer och samtal i samband med andra åtgärder, Glasgow et al. (2005) och Moriyama et al. (2009) hade positiva resultat. Dale et al. (2009) hade i deras studie personer tränade i motiverande telefonsamtal och resultaten visade att deltagarna tyckte att stödet var betydelsefullt. Jackson, Asimakopoulou och Scamell (2007), har också inslag av motiverande intervjuer i deras studie och även där sågs framsteg.

Transteoretiska modellen

Jackson et al. (2007), undersökte om den transteoretiska modellen utförd av en specialiserad dietist, ökar fysisk aktivitet hos patienter. Diabetespatienterna delades i två grupper. Innan interventionen skulle patienterna själva värdera i vilket stadium av förändring de befann sig i precis som i Moriyama et al. (2009). Interventionsgruppen fick individuell diskussion med en dietist som var tränad i den transteoretiska modellen och i motiverande intervjuer. Interventionsgruppen fick råd och utbildning enligt det stadium de befann sig i enligt teorin. Resultaten visade att båda grupperna ökade deras fysiska aktivitet efter interventionen. Interventionsgruppen hade en signifikant ökning av tiden av fysiska aktiviteten, men inte kontrollgruppen. Fler patienter i interventionsgruppen hade kommit till ett högre stadium än kontrollgruppen. Resultaten visade en signifikant skillnad i stadieprogression mellan grupperna (Jackson et al., 2007).

Kasila, Poskiparta, Karhila och Kettunen, (2003) studerade patienters beredskap för koständring genom att avgöra i vilket stadium patienterna befann sig i, enligt den transteoretiska modellen. Studien bestod av rådgivningssamtal där man kollade på hur patienten såg sina behov av att ändra kostvanor och vad patienterna gjorde. Resultaten visade att det är svårt att avgöra vilket stadium varje patient befann sig i eftersom stadiet kunde skilja sig beroende av vilka slags matvanor det handlade om.

Specialistsjuksköterskor

Vrijhof, Diedriks, Spreewenbergh och Wolffenbuttel (2001), jämförde två olika sätt att arbeta med patienterna. Ena sättet, var det traditionella sättet där patienten går till sjukhus en gång varje kvartal och träffar en läkare, samtidigt får patienten träffa en diabetessjuksköterska som ger utbildning i self-management. Patienterna i interventionsgruppen blev undersökta av specialistsjuksköterska tre gånger och en gång per år fick de en omfattande kontroll av en läkare på sjukhuset. HbA1c nivåerna var signifikant bättre hos båda grupperna över tid. Inga

skillnader kunde ses mellan grupperna gällande triglyceridnivåerna, BMI och livskvaliteten. Den traditionella vårdmodellen och specialistsjuksköterskemodellen resulterade i lika utfall förutom att de glykemiska kontrollerna ökade i interventionsgruppen och minskade i traditionella modellen.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med föreliggande studie var att söka evidens för metoder som kan stödja patienter med typ-2 diabetes till livsstilsförändringar. Resultatet visade olika metoder och organisation som använts för att stödja patienter till livsstilsförändringar; intervention med datorstöd, utbildning i empowerment och self-management, motiverande telefonsamtal, motiverande samtal, transteoretiska modellen och sjuksköterskespecialister. Empowerment var det övergripande tema som flertalet studier baserade sina metoder på. Två studier, Song et al. (2009) och Glasgow et al. (2005), visade att en databaserad intervention hade positiva resultat på patienterna. Thors Adolfsson et al. (2006), Tang et al. (2009), Atak et al. (2009), Deakin et al. (2006) och Sigurdardottir et al. (2009), genomförde studier, där patienterna fick utbildning i empowerment och self-management. Även dessa studier påvisade positiva resultat på olika parametrar som visar förbättringar i livsstil hos patienterna. För flera studier, Rubak et al. (2009), Glasgow et al. (2005), Moriyama et al. (2009), Dale et al. (2009) och Jackson et al. (2007), var motiverande samtal/intervjuer en gemensam faktor för att hjälpa patienten till att ändra dåliga vanor. Sigurdardottir et al. (2009), Moriyama et al. (2009), Kim et al. (2003), Clark et al. (2008) och Dale et al. (2009), undersökte om telefonuppföljning var till någon hjälp vid livsstilsändringar. Detta visade sig ha positiv inverkan på förändring av livsstil hos patienterna, bland dem var förbättringar i kosten återkommande.

Resultatdiskussion

Samtliga studier som analyserats, har undersökt livsstilsförändringar och utfallet på olika parametrar som HbA1c nivåerna, BMI, vikt, kunskap om diabetes, val av kost och fysisk aktivitet på patienter med typ-2 diabetes som uppnåtts med hjälp av olika metoder och åtgärder. Analysen visade ett övergripande tema som var gemensamt för alla studier; empowerment, som innebär att stärka patienterna till att själva ta initiativ, fatta beslut och formulera mål för att förändra deras situation. Författarna har sett att empowerment kan användas vid olika åtgärder, precis som i de valda studierna. I studier av Thors Adolfsson et

al. (2006), Tang et al. (2010), Atak et al. (2009), Deakin et al. (2006) och Thoolen et al. (2009), har forskarna undersökt effektiviteten av utbildning av patienter i empowerment och self-management. Samtliga dessa studier gav positiva effekter på livsstilsförändringar, men på olika parametrar och i olika utsträckning. Därför anser författarna att sjuksköterskor som arbetar med patienter med typ-2 diabetes, själva kan behöva utbildning i metoder för att utveckla empowerment. Detta är i linje med sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005), samt diabetessjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2006) som tyder på att sjuksköterskan ska kunna motivera till livsstilsförändringar och stödja egenvårdsresurser.

Antonovsky (2007), utvecklade begreppet KASAM, känsla av sammanhang, som innehåller tre begrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En hög KASAM innebär att människan får bättre förutsättning till att klara av utmaningar i livet och se dem som begripliga, hanterbara och meningsfulla. Författarna tror att en hög KASAM kan hjälpa patienten till att hantera sin sjukdom bättre. Författarna tycker att begreppet meningsfullhet kan vara den viktigaste komponenten i begreppet KASAM och att en människa som inte ser en mening med livet eller situationen, kan ha svårare att hitta motivation till att förbättra situationen och se en helhet. Författarna tror att sjuksköterskan genom empowerment kan stärka begreppen; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Författarna tror begripligheten ökar genom att sjuksköterskan undervisar och ger information. Genom att lyssna till patienten och göra honom/henne delaktig, kan sjuksköterskan även öka patientens hanterbarhet och genom att motivera och ge hopp kan sjuksköterskan öka patientens meningsfullhet samtidigt som hon då får möjlighet att förvissa sig om hur patienten klarar att hantera sin sjukdom. Vad gäller livsstilsförändringar, tror författarna att förändringar kan vara lättare att uppnå om patienten känner en mening med sin situation, begriper den och därmed kan hantera den.

Telefonuppföljning har använts av olika forskare i flera studier, Sigurdardottir et al. (2009), Moriyama et al. (2009), Kim et al. (2003), Clark et al. (2004) och Dale et al. (2009). Telefonsamtalen var av olika karaktär och uppringda av olika personalkategorier. I vissa av studierna kombinerades telefonsamtalen med andra åtgärder: utbildning (Moriyama et al. 2009), bok om diabetes (Kim et al. 2003), skräddarsytt program (Clark et al. 2004; Sigurdardottir et al. 2009), motiverande samtal (Dale et al. 2009; Moriyama et al. 2009) och

instruktioner till anhöriga (Moriyama et al. 2009). Alla dessa ovan nämnda studier gav positiva resultat på förändring i livsstil. Författarna tror att det är bra med kontinuerlig uppföljning såsom patienterna fick genom att bli uppringda. Författarna tror att patienten genom uppföljning får en kontinuitet och blir därmed ofta påmind om problemet och på så vis hela tiden tänker på att ändra livsstil samtidigt som patienten genom samtalen kan få svar på frågor och funderingar. Samtidigt som författarna tror att kontinuitet kan leda till goda resultat, tänker författarna att denna slags kontinuitet inte alltid uppskattas eller egentligen behövs. Det är en del av sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten utifrån hans/hennes behov (Socialstyrelsen, 2005), därför måste sjuksköterskan vara lyhörd till patientens individuella behov och önskemål innan han/hon väljer en åtgärd.

Två studier (Song et al. 2009; Glasgow et al. 2005) använde intervention med datorstöd som ett sätt att hjälpa patienten till att ändra livsstil. Båda studierna gav positiva resultat fastän den ena studien var skraddarsydd och gavs via ett datorprogram (Glasgow et al. 2009) medan den andra studien inte var skraddarsydd och gavs genom internet (Song et al. 2009). Författarna anser att det kan vara en användbar metod särskilt i framtiden eftersom datorer blir mer och mer en större del av vardagen och det kan även vara en bra lösning eller komplement om resurserna som sjuksköterskan har att ge, inte räcker till.

Författarna har uppmärksammat att flera studier har använt sig av samtal genom motiverande intervjuer (Rubak et al. 2009; Glasgow et al. 2005; Jackson et al. 2007) och genom motiverande telefonsamtal (Moriyama et al. 2009; Dale et al. 2009), därför tror författarna att det kan vara bra att använda sig av motiverande samtal i omvårdnaden av patienten. Författarna menar att det vore bra om sjuksköterskan och annan personal får utbildning i motiverande samtal. Sjuksköterskan har ofta någon form av kontakt med patienten och då kan kunskaperna i motiverande samtal vara lätta att använda och de kräver inga speciella förberedelser. Författarna anser att det är en enkel metod som inte kräver mer än närvaron mellan patient och sjuksköterska. Genom att motivera patienten tror författarna att hopp skapas och patienten kan känna en meningsfullhet i sin situation.

Vrijhof et al. (2001), påvisade att en vårdmodell med specialistsjuksköterskor inom diabetesvården, som ofta träffar patienterna fungerar lika bra som när patienterna träffar en läkare istället. Patienterna som träffade specialistsjuksköterska hade till och med bättre resultat vad gäller kontroll av blodsockret. Denna studie är viktig att nämna då den visar att

sjuksköterskan med rätt kompetens och metoder som redskap kan spela en viktig roll för att förbättra patienternas hälsostatus. Samtidigt anser författarna att det inte går att dra alltför långa slutsatser eftersom resultatet bygger på en studie.

Efter att författarna har studerat resultaten av studierna anser författarna att en åtgärd inte behöver utesluta en annan mot bakgrund av att studierna visade olika resultat med likartade metoder och åtgärder. Flera åtgärder skulle kunna användas samtidigt vilket kanske ger fler möjligheter och förhoppningsvis bättre resultat. Författarna tror också att olika åtgärder kan passa olika personer och genom att kombinera olika åtgärder som ger positiva resultat, kan det få patienter att ändra livsstil.

Metoddiskussion

I denna litteraturstudie användes en databas och en sökmotor för att hitta relevant forskning till det valda ämnet. Detta gav ett tillräckligt stort antal träffar för att kunna hitta metoder som kan stödja patienter med typ 2 diabetes för att göra livsstilsförändringar. Flera av sökresultaten gav resultat där forskare jämfört livsstilsförändringar mellan män och kvinnor och resultat där forskare tittat på hur kulturella skillnader påverkar livsstilsförändringar. Dessa studier är intressanta men valdes ändå bort då de inte var relevanta för studiens syfte. Författarna är medvetna om att betydelsefulla resultat kan ha valts bort på grund av detta. Av analyserade studier, är 12 av 16, randomiserade och kontrollerade studier, RCT och nästan alla studier hade empowerment som ett gemensamt tema, detta ser författarna som en styrka i uppsatsen. Alla studier som författarna har valt var skrivna på engelska vilket kan ha bidragit till en risk för feltolkning. Vissa artiklar var svårlästa vilket kan bero på en bristande erfarenhet hos författarna. Författarna har inkluderat studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats. För att granska den vetenskapliga kvaliteten användes granskningsmallar därför anses att reliabiliteten på uppsatsen som säkrad. Alla studier som inkluderades i arbetet hade antingen medel eller hög kvalitet.

Slutsats

Empowermentbaserade- och self-management metoder är enligt uppsatsförfattarna ett framgångsrikt koncept som kan användas vid livsstilsförändringar. Empowerment kan användas på olika sätt inom hälso- och sjukvården som till exempel genom, intervention med datorstöd, motiverande samtal, telefonsamtal och undervisning.

FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Författarna anser att sjuksköterskan har en viktig roll i diabetesvården. Därför tycker författarna att det borde göras mer forskning om hur sjuksköterskan kan hjälpa och stödja dessa patienter. En studie skulle kunna handla om sjuksköterskans roll och vilka omvårdnadsåtgärder som han/hon kan utföra för att handla och hjälpa på bästa sätt. En kvalitativ studie skulle kunna handla om hur patienterna själva anser att den bästa hjälpen är. En sådan studie kan ge inblick i patienternas perspektiv och därmed förståelse för vilken hjälp de behöver.

REFERENSER

Almås, H. (2002). *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Atak, N., Gurkan, T., & Kose, K. (2009). The effect on knowledge, self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes [Elektronisk version]. *Australian journal of advanced nursing*, 26(2), 66-74.

Clark, M., Hampson, S. E., Avery, L., & Simpson, R. (2004). Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behavior change in patients with type 2 diabetes [Elektronisk version]. *Psychology, health and medicine*, 9(4), 440-449.

Coccheri, S. (2007). Approaches to Prevention of Cardiovascular Complications and Events in Diabetes Mellitus. [Elektronisk version], *Drugs*, 67(7), 997-1026.

Dale, J., Caramlau, I., Sturt, J., Friede, T., & Walker, R. (2009). Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT [Elektronisk version]. *Patient Education and Counseling*, 75, 91-98.

Deakin, T. A., Cade, J. E., Williamst, R., & Greenwood, D. C. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference [Elektronisk version]. *Diabetic Medicine*, 23, 944-954.

Ericson, E. & Ericson, T. (2008). *Illustrerade medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, KM., Westborg, C., & Eliasson, MCE. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors, [Elektronisk version], *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(5), 453-461.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Glasgow, R. E., Nutting, P. A., Toobert, D. J., King, D. K., Strycker, L. A., Jex, M., et al. (2006). Effects of a brief computer-assisted diabetes self-management intervention on dietary, biological and quality-of-life outcomes [Elektronisk version]. *Chronic Illness*, 2, 27-38.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad, del 3*. Danmark: Narayana Press.
- Jallinoja, P., Pajari P., & Absetz P. (2008). *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Elektronisk version] 22(3): 455-62.
- Kim, H-S., & Oh, J-A. (2003). Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), 256-261.
- Lindahl, B., Nilsson, TK., Borch-Johnsen, K., Røder, ME., Söderberg, S., & Widman, L. (2009). A randomized lifestyle intervention with 5-year follow-up in subjects with impaired glucose tolerance: pronounced short-term impact but long-term adherence problems [Elektroniskt version] *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4), 434-442.
- Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, JG., Hemiö, K. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study [Elektronisk version]. *Lancet* 368(9548), 1673-79.
- Malmquist, J., & Danielsson, U. (2008). *Medikon*. Malmö: Bertmark.
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial [Elektronisk version]. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 51-63.
- Poskiparta, M., Kasila, K., & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland [Elektronisk version], *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 206-210.

Rubak, S., Sanbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behavior change in people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 172-179.

Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1393-1397.

Sigurdardottir, A. K., Benediktsson, R., & Jonsdottir, H. (2009). Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes [Elektronisk version]. *Journal of advanced nursing*, 65(10), 2118-2130.

Socialstyrelsen. *Diabetes*. Hämtad 19 maj, 2010, från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/halso-ochsjukvard/sjukdomar/endokrinasyjukdomar/diabetes>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 15 november, 2010, från Socialstyrelsen:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Song, M., Choe, M-A., Kim, K. S., Yi, M. S., Lee, I., Kim, J., et al. (2009). An evaluation of Web-based education as an alternative to group lectures for diabetes self-management [Elektronisk version]. *Nursing and Health Sciences*, 11, 277-284.

Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård – SFSD & Svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2006). *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård*. Hämtad 15 november, 2010, från Swenurse:

<http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/Kompetensbeskr%20diabetes.pdf>

Tang, T. S., Funnell, M. M., Brown, M. B., & Kurlander, J. E. (2010). Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention [Elektronisk version]. *Patient education and Counseling*, 79, 178-184.

Thoolen, B. J., de Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K., & Rutten, G. (2009). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management.

Thors Adolfsson, E., Walker-Engström, M-L., Smide, B., & Wikblad, K. (2006). Patient education in type-2 diabetes- A randomized controlled 1-year follow-up study [Elektronisk version]. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 341-350.

Vrijhof, H.J.M., Diedriks, J.P.M., Spreeuwenberg, C. & Wolffenbuttel, B.H.R. (2001). Substitution model with central role for nurse specialist is justified in the care for stable type 2 diabetic outpatients [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 546-555.

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

Bilaga 1

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvantitativa studier

1

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING

Bilaga I

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng: ??

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

Bilaga 2

Granskningsmall för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier

2

GRANSKNINGSMALLAR FÖR KVALITETSBEDÖMNING forts.Bilaga III

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25
Erhållen poäng: ??
Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz B. & Bahstevani, C. (2006) och Forsberg, C. & Wengström Y. (2008)

Bilaga 3

Författardeklaration

Författardeklaration

Uppsattitel: Metoder som stöd vid
livsstilsförändringar hos patienter med
typ 2 diabetes

Samtliga författare till uppsatsen bekräftar att hon/han har bidragit konkret i förberedelsearbete och utformning av uppsatsen.

Påskrift av varje författare krävs för vart och ett av nedanstående moment.

Deklaration av medverkan i individuella moment i examensarbetet.	Namnteckning
1. Bidragit till formulering av forskningsproblem, syfte och frågeställningar.	Malin Andersson [Signature]
2. Bidragit till planering och genomförande av metod så att forskningsfrågan kan besvaras.	Malin Andersson [Signature]
3. Medverkat i materialinsamling och analys.	Malin Andersson [Signature]
4. Bidragit till presentation, tolkning och diskussion av resultatet.	Malin Andersson [Signature]