JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Patientundervisningens betydelse vid en förändrad livsstil för personer med diabetes mellitus typ 2

En litteraturöversikt

The importance of patient education in a changed lifestyle for people with type 2 diabetes mellitus

A literature review

Huvudområde: Omvårdnad
Författare: Johanna Rosberg & Hanna Bomberhult
Handledare: Janina Liabäck
Jönköping: 2019, Maj

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus typ 2 är en sjukdom som blir allt vanligare. Personer som diagnostiserats med sjukdomen behöver bryta gamla rutiner och tillämpa livsstilsförändringar som är anpassade för sjukdomen. För att kunna genomföra dessa livsstilsförändringar krävs kunskap om diabetes mellitus typ 2. Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett stort ansvar att ge personerna relevant och personcentrerad patientundervisning för att livsstilsförändringar ska kunna ske. **Syfte:** Att beskriva vad personer med diabetes mellitus typ 2 upplever främjar och hindrar livsstilsförändringar. **Metod:** En litteraturöversikt med kvalitativ design och ett induktivt förhållningssätt gjordes. **Resultat:** Det framkom att bra bemötande och personcentrerad patientundervisning av hälso- och sjukvårdspersonal genererade god självhantering och motivation till livsstilsförändringar hos personerna med diabetes mellitus typ 2. Bristande kunskap om sjukdomen på grund av otillfredsställande patientundervisning ledde till osäkerhet om behandlingen, och oro över att göra fel hindrade personerna att utföra livsstilsförändringar. **Slutsats:** En personcentrerad patientundervisning är nyckeln till goda livsstilsförändringar för personer med diabetes mellitus typ 2. När personerna får individanpassad undervisning genererar det god kunskap om sjukdomen som förbättrar personernas genomförande av livsstilsförändringar.

Nyckelord: Kvalitativt, Livsstilsförändringar, Patientundervisning, Personcentrerad omvårdnad, Upplevelse.

Summary

Title: The importance of patient education in a changed lifestyle for people with type 2 diabetes mellitus

Background: Type 2 diabetes mellitus is an increasingly common disease. People diagnosed with type 2 diabetes mellitus need to break old routines and apply lifestyle changes that are appropriate for the disease. To be able to implement these lifestyle changes, knowledge of type 2 diabetes mellitus is required. The healthcare staff have a huge responsibility to give the persons relevant and person-centred patient education, so that lifestyle changes can take place. **Purpose:** to describe what people with diabetes mellitus type 2 experience promote and prevent lifestyle changes. **Method:** A literature review with qualitative design and an inductive approach was made. **Result:** It emerged that a good encounter and person-centred patient education of healthcare professionals generated good self-management and motivation for lifestyle changes in the persons with type 2 diabetes mellitus. Lack of knowledge about the disease due to unsatisfactory patient education led to uncertainty about the treatment, and concerns about wrongdoing prevented people from lifestyle changes. **Conclusion:** A person-centred patient education is the key to good lifestyle changes for people with type 2 diabetes mellitus. When the individuals receive individualized education, it generates good knowledge of the disease that improves the self-management and performance of lifestyle changes.

Keywords: Experience, Lifestyle changes, Patient education, Person-centred care, Qualitative.

Innehåll

Inledning **1**

Bakgrund **1**

Diabetes mellitus typ 2 1

Livsstilsfaktorer 2

Kost och matvanor *2*

Fysisk aktivitet *2*

Komplikationer *3*

Personcentrerad omvårdnad 4

Syfte **5**

Metod **5**

Design 5

Urval och datainsamling 5

Dataanalys 6

Etiska övervägande 6

Resultat **8**

Upplevelsen av bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal 9

Tillfredställande upplevelse av bemötande *9*

Otillfredsställande upplevelse av bemötande *9*

Kunskapsöverföringens betydelse för livsstilsförändringar i patientundervisningen 10

Upplevelsen av hur kunskapen främjar livsstilsförändringar *10*

Upplevelsen av hur bristande kunskap hindrar livsstilsförändringar *10*

Kommunikationens påverkan till livsstilsförändringar *11*

Känslor som är av betydande roll för utförandet av livsstilsförändringar 11

Motivationens betydelse för livsstilsförändringar *11*

Känslan av osäkerhet och oro hindrar livsstilsförändringar *12*

Metoddiskussion **13**

Resultatdiskussion **15**

Kliniska implikationer **18**

Slutsatser **19**

Referenser **20**

Bilagor

1. Sökmatris

2. Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

3. Artiklar som inkluderats i resultatet

Inledning

Diabetes mellitus typ 2 är en progressiv sjukdom som ökar globalt i alarmerande takt och är i dagsläget den femte ledande orsaken till dödlighet internationellt (Messina, Campbell, Morris, Eyles, & Sanders, 2017). Forskning har visat att nästan 80% av dessa fall av diabetes mellitus typ 2 kan undvikas genom livsstilsförändringar som exempelvis kost, motion och vikthantering (Messina et al., 2017). Vid diabetes mellitus typ 2 behövs dagligen hantering av livsstilsval, glukoskontrollering och ibland läkemedelshantering göras (Bartol, 2012). Personerna behöver ha kunskap, motivation och färdigheter för att kunna utföra behandlingen för att hantera sjukdomen effektivt. Sjuksköterskans roll är att hjälpa personerna att förstå sin sjukdom, hantera förväntningar, motivera dem att "äga" sin sjukdom, ge vägledning och uppmuntran om behandlingsalternativ (Bartol, 2012). Patientundervisningen påverkas av att personerna med diabetes mellitus typ 2 har bristande kunskap om en hälsosam livsstil, avsaknad av inblick i sitt eget beteende och motivationsbrist till livsstilsförändring (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Effektiv hantering av diabetes mellitus typ 2 är avgörande för att förebygga långsiktiga komplikationer (Robertson, 2012). Patientundervisningen blir bristande på grund av att sjuksköterskan inte besitter tillräckligt med kunskap för att undervisa, samt att personen med diabetes mellitus typ 2 saknar kunskap om sin sjukdom och har låg compliance till att förändra sin livsstil (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010).

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Diabetes mellitus typ 2 karaktäriseras av insulinresistens och nedsatt insulinsekretion vilket beror på minskad känslighet för insulinet som cirkulerar i levern, skelettmuskulatur och fettvävnaden (Hicks, 2010). Som kompensation för den nedsatta insulinresistensen och -sekretionen producerar betacellerna i bukspottskörteln mer insulin för att uppnå ett normalt blodglukosvärde. Succesivt förslits betacellerna ut och misslyckade försök till blodglukossänkande effekter uteblir, vilket leder till att insulinproduktionen reduceras och hyperglykemi uppstår (Hicks, 2010).

I Sverige diagnostiseras cirka 5 % av befolkningen med diabetes (Diabetesförbundet, 2017a). Av dessa är det cirka 85-90% som har diabetes mellitus typ 2, vilket innebär att det är den vanligast förekommande diabetessjukdomen i Sverige. Trots att många fall av diabetes mellitus typ 2 upptäckts finns det ett stort mörkertal, där diagnosen fastställs först flera år efter insjuknandet. Det innebär att många personer lever med sjukdomen utan vetskap om dess existens (Diabetesförbundet, 2017a). Diabetes mellitus typ 2 är en ärftlig sjukdom och kan medföra både stora och små genetiska påverkande faktorer på arvsmassan (Hicks, 2010). Även en hög ålder uppvisar ett samband med diabetes mellitus typ 2 (Robertson, 2012). Ofta ses tidigt avvikande metabola förändringar gällande insulinfrisättning, insulinkänslighet, blodglukoskoncentration och blodfetter hos dessa personer (Hicks, 2010). Dessa avvikande faktorer kan i sig leda till utveckling av sjukdomen. De kan också i kombination med olika livsstilsfaktorer, som påverkar insjuknandet, vara uppkomsten till sjukdomen (Heiss & Petosa, 2014; Hicks, 2010).

Livsstilsfaktorer

Orsakerna till utvecklingen av diagnosen diabetes mellitus typ 2 är direkt relaterade till en livsstil där fysisk inaktivitet, ohälsosamma matvanor, övervikt och tobaksbruk är av betydelse (Heiss & Petosa, 2014). Att eliminera dessa livsstilsrelaterade faktorer kan generera till att uppkomsten av diabetes mellitus typ 2 förhindras eller fördröjs samt kan underlätta diabeteshanteringen hos de personer som redan har diagnosen (Ahlin & Billhult, 2012; Diabetesförbundet, 2016). I många fall har dessa livsstilsfaktorer en utlösande effekt på sjukdomen och utgör en stor belastning för personerna, som i längden inte klarar av att upprätthålla ett normaltillstånd av blodglukosen. Det leder till att ämnesomsättningen hamnar ur balans då blodglukosnivåerna blir allt högre och diabetes mellitus typ 2 utvecklas (Hicks, 2010). Att göra en livsstilsförändring anses vara viktigt och kanske det primära målet i behandlingen av sjukdomen för hälso- och sjukvårdspersonal. Det är därför avgörande för ett behandlingsförverkligande att skapa förståelse för hur personerna med diabetes mellitus typ 2 upplever sin behandling. Diabetes mellitus typ 2 kan vara en liten aspekt av personernas liv och ett brett perspektiv är viktigt, där bland annat personernas jobb, familjeliv och relationer behöver beaktas (Bartol, 2012).

Kost och matvanor

Vid diabetes mellitus typ 2 är kroppens insulinresistens och insulinfrisättning nedsatt, vilket försvårar kroppens omhändertagande och upptag av glukos (Breen et al., 2015). På grund av denna minskade glukostolerans och en förhöjd blodglukosnivå hos en person med diabetes mellitus typ 2 är kosten en viktig del av behandlingen och har stor påverkan för hur prognosen utvecklas (Ahlin & Billhult, 2012; Breen et al., 2015). En förändrad kost minskar belastningen på kroppen och ger positiva förutsättningar för att sjukdomsutvecklingen ska vända (Breen et al., 2015; Khazrai, Defeudis & Pozzilli, 2013). Målet med en förändrad kost är att blodglukosstegringen ska bli så långsam och begränsad som möjligt efter intag av mat (Khazrai et al., 2013). För att åstadkomma denna förändring krävs att kostens sammansättning, energiinnehåll och storlek reduceras och antalet måltider ökas (Khazrai et al., 2013). En hälsosam kost innehållande näringsrika livsmedel som exempelvis grönsaker, frukt, magra proteinkällor och fullkornsprodukter har visats ha god effekt på sjukdomen (Breen et al., 2015). Av dessa livsmedel har fiberrika kolhydrater den mest direkt positiva effekten på kroppen genom att sänka blodglukosnivåerna (Breen et al., 2015). Viktnedgång är en annan hörnsten för sjukdomen som gynnar kroppens insulinkänslighet (Heiss & Petosa, 2014). Personer med diabetes mellitus typ 2 kan uppleva svårigheter att upprätthålla motivation till kostförändringar under lång tid och då är patientundervisningen av betydelse (Ahlin & Billhult, 2012). Sjuksköterskan har en viktig roll i patientundervisningen. Att ge personer med diabetes mellius typ 2 grundläggande information kring kostförändringar för att kunna tillämpa dessa i sin vardag, men brister uppstår då tidspressen blir påtaglig för sjuksköterskan (Jansink et al, 2010).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på glukosmetabolismen och dess glukosupptag på skelettmuskulaturen (Heiss & Petosa, 2014). Regelbunden fysisk aktivitet kan både minska risken att utveckla diabetes mellitus typ 2 samt för långsiktiga komplikationer (Ahlin & Billhult, 2012; Heiss & Petosa, 2014). Vid träning förstärks insulinkänsligheten, som kan förbli i kroppen upp till två dagar efter utövandet. Det innebär att kontinuerlig träning kan öka insulinkänsligheten till en

stabil nivå och medför en mindre belastning på betacellerna samt en förbättring av glukostoleransen (Heiss & Petosa, 2014; Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). Diabetes mellitus typ 2 påverkar blodcirkulationen i kroppen och gör den nedsatt (Casey, De Cevita & Dasgupta, 2010; Korkiakangas et al., 2011). Med hjälp av fysisk aktivitet kan blodcirkulationen öka genom att muskelvävnaden kräver ökad cirkulation vid fysisk aktivitet för att näring och syre ska kunna förses. Den ökade cirkulationen i muskulaturen leder i sin tur till stimulation av glukosupptaget (Korkiakangas et al., 2011). Att personen har insikt i och hanterar diabetes mellitus typ 2 genom motion kan vara avgörande för att uppnå samt bibehålla glykemisk kontroll (Whitehead et al., 2016). Regelbunden fysisk aktivitet har positiva effekter på blodtrycket och kolesterolvärdet i kroppen, samt förebygger kärlkomplikationer genom stimulering av cirkulationen i kranskärlen. Det bidrar till att skelettmuskulaturen ökar (Korkiankangas et al., 2011). Bristande kunskap gällande fysisk aktivitet hos sjuksköterskor anses vara ett problem och kan därför leda till en bristande kvalitet för patientundervisningen (Bartol, 2012; Jansink et al., 2010).

Komplikationer

Att leva med diabetes mellitus typ 2 kan medföra en rad olika komplikationer, varutav de flesta blir aktuella om behandlingen missköts och långvarig hyperglykemi uppstår (Ahlin & Billhult, 2012; Reaney, Chmiel & Churchill, 2018). Det höga blodglukosvärdet som en person med diabetes mellitus typ 2 lever med kan orsaka skador på perifera blodkärl då syreförsörjningen till dessa områden minskar och bidrar till uppkomst av sår. Sårläkningen försämras och leder till att såret lever kvar länge och riskerar att bli infekterat, nekrotiserat och leda till amputation i många fall (Reaney et al., 2018). Långvarig hyperglykemi påverkar även njurarna negativt, vilket främjar bakterietillväxt och kan i vissa fall leda till infektioner på exempelvis urinvägarna. Det kan i sin tur orsaka blåsdysfunktion och diabetisk nefropati (Casey, 2018; Gromlovits, 2018). Långvarig hyperglykemi kan även leda till retinopati som orsakar skador på näthinnans blodkärl och nerver som i sin tur kan ge synstörningar (Casey, 2018). Vidare ökar risken för stroke och hjärt- och kärlsjukdomar vid diabetes mellitus typ 2 eftersom blodkärlen påverkas av hyperglykemi (Ahlin & Billhult, 2012; Diabetesförbundet, 2017b; World Health Organization [WHO], 2019). Det leder i många fall till åderförfettning och åderförkalkning i blodkärlen, som i sin tur kan orsaka en hjärtinfarkt. Diabetes mellitus typ 2 har en koppling till hjärt- och kärlsjukdomar via det metabola syndromet, som innebär att det finns en störning i ämnesomsättningen som orsakar insulinresistens, blodfettrubbningar, bukfetma och hypertoni. Alla dessa faktorer har en effekt på blodkärlen och ger upphov till åderförkalkning (Diabetesförbundet, 2017b). Risken att få en hjärtinfarkt vid diabetes mellitus typ 2 är två till fem gånger högre än för en person som inte lever med sjukdomen, vilket också innebär att hjärt-och kärlsjukdomar är den främsta orsaken till dödlighet för personer med diabetes mellitus typ 2 (Diabetesförbundet, 2017b; Casey, 2018). Genom ett kontrollerat blodglukos, en sund livsstil och rätt behandling kan den ökade risken för komplikationer minska (Diabetesförbundet, 2017b). Problem med att hantera sjukdomen ses som en anledning till komplikationer (WHO, 2019). Det kan bero på kunskapsbrist gällande komplikationer hos personer med diabetes mellitus typ 2, eftersom vetskapen om hur dessa uppstår och förhindras i tid saknas (Ahlin & Billhult, 2012). Patientundervisningen är därför av betydelse för att minska risken för komplikationer (WHO, 2019).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad definieras som att låta personen involveras och ha kontroll över sin egen vård för att tillhandahålla medlidande och samordnad vård baserad på respekt för personens preferenser, värderingar och behov (Cronenwett, et al., 2007). Det innebär ett samspel mellan sjuksköterskan och personen med diabetes mellitus typ 2, där även närstående inkluderas och deltar i omvårdnaden (Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante & Hörnsten, 2014). En del av omvårdnaden innebär att se hela människan, där målet och hänsyn tas till varje persons behov, värderingar och prioriteringar. Även miljöfaktorer, individuella faktorer samt socioemotionella faktorer ingår (Boström et al., 2014; Ågård, Ranjbar & Strang, 2016). Problem uppstår när personens livssituation, kulturella bakgrund, samt deras attityder och uppfattningar inte tas hänsyn till under patientundervisningen. Förståelse för varför en del personer har eller kan stöta på svårigheter med att följa behandlingsanvisningarna är utmaningar sjuksköterskan måste uppmärksamma (Ågård et al., 2016). Sjuksköterskan bidrar med vägledning, information och stöd samtidigt som personen med diabetes mellitus typ 2 själv vet vad som är viktigt för just den personen och vilka beteenden som behöver förändras. Personerna råds därför till självhantering av livsstilsförändringar (Boström et al., 2014; Robertson, 2012). Omvårdnaden bygger på ett samarbete mellan personen med diabetes mellitus typ 2 och sjuksköterskan där det är viktigt att lyssna och ge utrymme för frågor och reflektion (Boström et al., 2014).

Det är en betydelsefull och utmanande uppgift för sjuksköterskan att stödja personer med diabetes mellitus typ 2 i både medicinsk behandling och råd om livsstil (Ågård et al., 2016). Patientundervisning är inte bara en viktig del av tidig behandling, utan har även en avgörande roll för behandlingen under hela sjukdomsförloppet. Stora livsstilsförändringar behöver vidtas vid upptäckt av diabetes mellitus typ 2 och dessa kan upplevas svåra och komplexa att upprätthålla för personerna (Robertson, 2012). Det är viktigt att patientundervisningen är anpassad efter individen och att behandlingsmetoder är personcentrerade. Det innebär att ge ett pågående stöd för personen, vilket med stor sannolikhet bidrar till motivation och att målen med behandlingen uppnås (Bartol, 2012; Robertson, 2012). En grundläggande inblick i personens kunskap om sjukdomen, dess progression samt vilka attityder som upplevs gentemot sjukdomen och livsstilsförändringar är nödvändig för att målen med behandlingen ska kunna uppnås (Robertson, 2012). Vid patientundervisningen bör därför personens liv ses ur ett extensivt perspektiv, som tar hänsyn till familjeliv, jobb, relationer och intressen. Nyckeln till en effektiv och god behandling är kunskap om sin sjukdom, upplevelse av motivation och en känsla av färdighet och självförtroende för att hantera sjukdomen (Bartol, 2012). Detta är inte alltid en självklarhet för personer med diabetes mellitus typ 2 till en början, eftersom sjukdomen innefattar stora och avgörande förändringar som kan kännas svåra att tillämpa i vardagen (Robertson, 2012). När sjuksköterskan och personen med diabetes mellitus typ 2 tillsammans formar en individuell behandlingsplan kan de önskade resultaten lättare uppnås (Bartol, 2012). Sjuksköterskans roll synliggörs i patientundervisningen (Jansink et al., 2010; Robertson, 2012). Brister i livsstilsrådgivning hos sjuksköterskan samt avsaknad av motivation hos personerna med diabetes mellitus typ 2 kan ses som hinder för en optimal patientundervisning. Avsaknad av tid för sjuksköterskan vid patientundervisningen kan utgöra en stress hos sjuksköterskor, vilket kan leda till en inkomplett undervisning som påverkar patientundervisningens kvalitet. Genom att tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt kan de ovan beskrivna problemen med

personernas motivationsbrist och ovilja att förändra sina livsstilsvanor samt sjuksköterskans brister i patientundervisningen reduceras (Jansink et al., 2010).

Syfte

Syftet var att beskriva vad personer med diabetes mellitus typ 2 upplever främjar och hindrar livsstilsförändringar.

Metod

Design

Metoden som användes var en litteraturöversikt med induktiv ansats. Artiklarna som inkluderades hade en kvalitativ design som syftade till att ge en överblick genom en sammanställning av vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2016). Kritisk värdering, analysering och identifiering av relevant forskning gjordes utifrån ett avgränsat område (Forsberg & Wengström, 2016).

Urval och datainsamling

Urval och datainsamling beskrivs i sju av nio steg som utgår ifrån Polit och Beck (2012). De två sista stegen ingår i litteraturöversiktens analysprocess och har därför inte använts. Samtliga steg i Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2017) har använts i dataanalysen. Först avgränsades problemområdet och syftet formulerades. Därefter utformades en sökstrategi där en första sökning gav en begränsning av antalet artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte och exkluderades därför. Nedan beskrivs den egentliga sökningen. En ny sökstrategi gjordes där relevanta sökord först tillämpades i databasen CINAHL som främst inriktar sig mot omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). Därefter gjordes sökningen i PsycINFO som har psykologisk och beteendevetenskaplig utgångspunkt, vilket ansågs som relevant utifrån syftet (Forsberg & Wengström, 2016). Då artiklar till litteraturöversiktens resultat var begränsad gjordes även en sökning i MEDLINE. De sökord som användes i databaserna var *diabetes mellitus type 2* or *diabetes mellitus* or *diabetes type 2* and *patient education* or *patient teaching* and *lifestyle* and *patient* or *person* and *experience** or *perception** or *view**. Egentliga sökord och söksträngar beskrivs i bilaga (Bilaga 1). Operatorn And användes och innebär att flera sökord kombineras (Forsberg & Wengström 2016). Inklusionskriterier för artiklarna var att perspektivet skulle utgå ifrån personer med diabetes mellitus typ 2. Gruppbaserad samt individuell patientundervisning valdes att inkluderas. Begränsningar var att artiklarna hade en kvalitativ ansats, var ”peer reviewed”, att de var publicerade inom de tio senaste åren och publicerade på engelska. Exklusionskriterier var artiklar som riktade sig mot barn och ungdomar under 18 år, artiklar som hade fokus på graviditetsdiabetes och artiklar med fokus på risk för att utveckla diabetes mellitus typ 2. Sökningarna gav 72 träffar i CINAHL, 43 träffar i PsycINFO och 19 träffar i MEDLINE. Det resulterade i att sökningen gav tre respektive fyra dubbletter av artiklarna som användes i resultatet. Artiklarna lästes först individuellt genom att var för sig gå igenom titel och abstract på relevanta artiklar som framkom i sökningen. Det resulterade i att alla titlar lästes på samtliga databaser och tolv, åtta respektive fyra abstract valdes att läsas efter titelgenomgången och dokumenteras i sökmatrisen. Artiklar jämfördes sedan med varandra och gemensamt beslutades vilka artiklar som skulle läsas fullständigt. I CINAHL lästes elva artiklar i fulltext, åtta artiklar i PsycINFO och en artikel i MEDLINE. Dessa artiklar lästes ett flertal gånger individuellt och därefter diskuterades innehållet gemensamt för att sammanställa texternas relevans gentemot

litteraturöversiktens syfte. Efter att ha studerat dessa artiklar inkluderades fyra artiklar till resultatet från CINAHL, fyra artiklar från PsycINFO och ingen från MEDLINE. En manuell sökning gjordes där tre nya artiklar tillkom. Artiklarna som inkluderades i resultatet har använt sig av intervjuer och fokusgrupper. Kvalitetsgranskning av de valda artiklarna gjordes utifrån ett kvalitetgranskningsformulär (Bilaga 2) framtaget av Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping. Formuläret bestod av två delar med tolv frågor som relaterar till olika aspekter av artiklarnas kvalitet. Frågorna besvaras med antingen ”ja” eller ”nej” där de fyra frågor som tillhör del ett kräver samtliga ”ja” för att artikeln ska kvalificeras för fortsatt granskning. De inkluderade artiklarna till resultatet behövde uppnå tio av tolv poäng i kvalitetsgranskningsformuläret för att gå vidare till resultatet. Tre av resultatartiklar fick elva poäng då de saknade ett etiskt godkännande. En av resultatartiklarna fick tio poäng då den inte hade ett etiskt godkännande och kvalitativ metod inte var beskriven. En av resultatartiklarna föll bort eftersom artikeln inte svarade på litteraturöversiktens syfte.

Dataanalys

Artiklarna analyserades utifrån Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2017). Först lästes de inkluderade artiklarna igenom enskilt flera gånger i syfte att få en känsla av vad de handlade om. Det gjordes med en öppenhet och följsamhet för att förstå helheten av artiklarna. Sedan identifierades nyckelfynd och textdelar genom färgmarkeringar i texten som svarade på litteraturöversiktens syfte och problemområde. Färgerna som användes var röd, blå och grön som representerade olika nyckelfynd i artiklarnas resultat. Färgmarkeringarna skrevs sedan ner på pappersark och fördes in i en översiktstabell för att få en struktur över materialet. De olika delarna jämfördes med varandra i syfte att identifiera likheter och skillnader, vilket skapade en djupare förståelse i vad som karaktäriserade de aktuella artiklarna. De delar som hade likheter bildade sju subkategorier som studerades ytterligare ett antal gånger för att få en större insikt om vad de egentligen handlade om. Dessa subkategorier formade tre beskrivande huvudkategorier som presenterades i resultattexten för att skapa en djupare förståelse för läsaren. De olika kategorierna diskuterades och lästes upprepande gånger för att enighet och gemensamma beslut skulle framkomma. Syftet var i fokus under hela analysprocessen för att undvika att hamna på sidospår (Friberg, 2017).

Etiska övervägande

Forskningsetiken bygger på respekt för andra människor och att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande (Kjellström, 2017). Utgångspunkterna på designen i litteraturöversikten är utfört så att det samhälleliga och vetenskapliga värdet av litteraturöversikten överväger riskerna. Eventuella risker projektet har och sannolikheten att de inträffar har identifierats. Artiklar som antingen har ett etiskt godkännande, för ett tydligt etiskt resonemang eller är publicerade i en tidskrift som har tydliga krav på etiskt förhållningssätt har ingått i litteraturöversikten. Kvalitetgranskningsprotokollet (Bilaga 2) har använts för att säkerhetsställa detta och att de etiska principerna respekterats. Material och metod har redovisats på ett öppet sätt för att förtydliga att etiska övervägande har utförts. Under processen har diskussion skett i handledargrupp. En medvetenhet om förförståelsens betydelse har funnits för att försöka minimera dess påverkan på resultatet. Två av resultatartiklarna som använts i resultatet har inkluderat deltagare som ansågs vara socioekonomiskt svaga. Deltagarna som inkluderades hade inte råd med vårdbesök, kostnader för

mediciner och kostförändringar. Det innebar utifrån en rättvisesyn att de betraktades som en sårbar grupp.

Resultat

Delar som framkom från resultatartiklarna under dataanalysen var: kunskap, osäkerhet, motivation, bemötande och gruppbaserad patientundervisning. De delar som hade likheter bildade sju subkategorier som var: *tillfredställande upplevelse av bemötande, otillfredsställande upplevelse av bemötande, upplevelsen av hur kunskapen främjar livsstilsförändringar, upplevelsen av hur bristande kunskap hindrar livsstilsförändringar, kommunikationens påverkan på livsstilsförändringar, motivationens betydelse för livsstilsförändringar* och *känslan av osäkerhet och oro hindrar livsstilsförändringar*. Huvudkategorierna som skapades utifrån subkategorierna var: *Upplevelsen av bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal, Kunskapsöverföringens betydelse för livsstilsförändringar i patientundervisningen* och *Känslor som är av betydande roll för utförandet av livsstilsförändringar*, enligt figur 1. Litteraturöversiktens resultat byggdes upp av de beskrivna subkategorierna och huvudkategorierna som menade på att ett bra bemötande och personcentrerad patientundervisning av hälso- och sjukvårdspersonal genererar i god kunskap och motivation för personerna med diabetes mellitus typ 2. Samt att känslor som upplevs i samband med diabetes mellitus typ 2 kan främja och hindra personerna att utföra livsstilsförändringar.

Figur 1: Indelning av resultatkategorier

Upplevelsen av bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal

Tillfredställande bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen var viktigt för personerna med diabetes mellitus typ 2 och hade betydelse för främjandet av livsstilsförändringar (Janiszewski, O'Brian & Lipman, 2015; Miller & Marolen, 2012). Likaså ansågs ett opersonligt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen hindra personerna med diabetes mellitus typ 2 till livsstilsförändringar (Laursen, FrØlich & Christensen, 2017; Miller & Marolen, 2012).

Tillfredställande upplevelse av bemötande

Upplevelser som personer med diabetes mellitus typ 2 fick med sig av olika undervisningstillfällen var att hälso- och sjukvårdspersonalen hade ett personligt och bra bemötande (Janiszewski et al., 2015; Laursen et al., 2017; Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger, 2017). De såg till individuella behov gällande livsstil och personliga utmaningar hos personerna med diabetes mellitus typ 2 (Laursen et al., 2017). De upplevdes som en säker källa att vända sig till vid funderingar då de besatt stor kompetens (Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013). Stödet från hälso- och sjukvårdspersonal var betydelsefullt och hjälpte personerna med diabetes mellitus typ 2 till att hantera situationer som uppfattades svåra genom att ge information och råd gällande behandlingen (Laursen et al., 2017; Miller & Marolen, 2012; Rise et al., 2013). Hälso- och sjukvårdspersonalens attityd till livsstilsförändringar uppfattades som en styrka (Laursen et al., 2017; Rise et al., 2013) då personerna kände att personalen var intresserad av deras livsstilsförändringar (Laursen et al., 2017; Odgers-Jewell et al., 2017; Rise et al., 2013). Hälso- och sjukvårdspersonalen upplevdes som engagerade och omhändertagande av varje person (Janiszewski et al., 2015; Laursen et al., 2017; Odgers-Jewell et al., 2017). Intresset och det personliga bemötandet som hälso- och sjukvårdspersonalen visade för personer med diabetes mellitus typ 2, resulterade i goda hälsorelaterade kunskaper för personerna, och kom att främja behandlingens utlopp (Laursen et al., 2017; Rise et al., 2013).

Otillfredsställande upplevelse av bemötande

Personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde besvikelse över att hälso- och sjukvårdspersonal endast hade tid för konkreta frågor som exempelvis insulindoser och glukosnivåer (Li, Drury & Taylor, 2013; Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk, 2010). Tid för bemötande av personernas oro och andra frågor om exempelvis kost saknades (Rygg et al., 2010). Personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde att de inte fick ut det de ville av patientundervisningen (Laursen et al., 2017; Miller & Marolen, 2012). De ville ha bekräftelse från hälso- och sjukvårdspersonal för de ansträngningar som gjorts för att uppnå de utsatta målen, men de förväntningarna som fanns inför patientundervisningen besvarades inte (Miller & Marolen, 2012). Personal från hälso- och sjukvården skapade en negativ bild hos personer med diabetes mellitus typ 2 då de upplevdes ha ett bemötande som hindrade livsstilsförändringarnas utlopp (Laursen et al., 2017). Brist på empati ifrån hälso- och sjukvårdspersonal beskrevs som en upplevelse personer med diabetes mellitus typ 2 kände (Li et al., 2013).

Kunskapsöverföringens betydelse för livsstilsförändringar i patientundervisningen

Personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde kunskapsöverföringen och att få information om sjukdomen som nödvändig för att utföra livsstilsförändringar (Janiszewski et al., 2015; Odgers-Jewell et al., 2017; Rise et al., 2013). När informationen som gavs vid patientundervisningen var bristfällig upplevde personerna med diabetes mellitus typ 2 praktiska problem som hindrade utförande av livsstilsförändringar (Rygg et al., 2010).

Upplevelsen av hur kunskapen främjar livsstilsförändringar

Kunskapen sågs som en central del i patientundervisningen och nödvändig för att utföra livsstilsförändringar (Laursen et al., 2017; Odgers-Jewell et al., 2017; Rise et al., 2013). Undervisning från hälso- och sjukvårdspersonal ansågs vara komplex för personer med diabetes mellitus typ 2, men trots det fanns en vilja av att lära sig mer (Janiszewski et al., 2015). Personer med diabetes typ 2 upplevde att kunskapen de inhämtade under patientundervisningen hade fått dem att förstå mer om sin sjukdom och att de trots sjukdomen kunde leva ett ”normalt liv” (Rise et al., 2013). Andra upplevde känslan av normalisering av att delta i gruppbaserad patientundervisning då de kände sig bekväma med andra i liknande situation, vilket främjar utförandet av livsstilsförändringar (Odgers-Jewell et al., 2017). Personerna upplevde att kunskapen var ett instrument till att hantera behandlingen och kunna utföra livsstilsförändringar (Odgers-Jewell et al., 2017; Rise et al., 2013). Kunskapen ledde till en förbättrad självhantering och personerna med diabetes mellitus typ 2 uppfattade sjukdomen som mindre skrämmande då de besatt mer kunskap (Rise et al., 2013). Upplevelsen av att de besatt god kunskap om diabetes mellitus typ 2 men att motivationsbrist var ett hinder för att utföra livsstilsförändringar framkom (Laursen et al., 2017). Hälso- och sjukvårdspersonalen tog sig tid till varje person genom att diskutera, låta personerna med diabetes mellitus typ 2 ställa sina frågor och ge en begriplig förklaring (Janiszewski et al., 2015; Odgers-Jewell et al., 2017). Hälso- och sjukvårdspersonal upplevdes som en central roll i patientundervisningen då de bidrog med hälsorelaterad kunskap som ansågs viktig för livsstilsförändringarna för personerna med diabetes mellitus typ 2 (Laursen et al., 2017; Rise et al., 2013).

Upplevelsen av hur bristande kunskap hindrar livsstilsförändringar

Problematiska upplevelser i undervisningen var att personerna med diabetes mellitus typ 2 ibland upplevde informationen som irrelevant och/eller falsk och ignorerade då (Rygg et al., 2010). Detta visade sig ibland bero på att jämförelser gjordes med andra informationskällor, exempelvis internet, TV och annan media (Rygg et al., 2010). Informationen som gavs under patientundervisningen var svår att förstå vilket hindrade utförandet av livsstilsförändringar. De som deltagit i gruppbaserad patientundervisning upplevde informationen ifrån hälso- och sjukvårdspersonal svåranpassad då kunskapsnivån skilde sig mellan de som deltog i utbildningen (Laursen et al., 2017). Mängden information gav en känsla av att de inte kunde bearbeta och återkalla all information som gavs och framkallade i sin tur förvirring. De områden som främst skapade förvirring var begrepp som kolhydrater, fruktkonsumtion, socker och fett (Booth, Lowis, Dean, Hunter & McKinley, 2013). Informationen som gavs var inte anpassad efter hur länge personerna med diabetes mellitus typ 2 hade haft sjukdomen. Det ansågs hindra utförandet av livsstilsförändringar. Nydiagnostiserade saknade ofta generell information och kunskap om sjukdomen där specifikt avsaknad av kunskap kring kost framkom. De

som haft sjukdomen några år saknade uppdaterad information som kunde bekräfta att deras sätt att leva var tillräckligt. Vidare upplevde personerna med diabetes mellitus typ 2 att de hade praktiska problem och upplevde därför osäkerhet i sin sjukdom (Rygg et al., 2010). Upplevelsen av att om de skulle haft tillräckligt med information och kunskap om diabetes mellitus typ 2 och konsekvenserna av att inte följa livsstilsrådgivningen, skulle det lösa praktiska problem. Att uppleva praktiska problem hade sitt ursprung i att informationen upplevdes som motsägelsefull och brist på kontakt med andra med diabetes mellitus typ 2 saknades. Tillräcklig information vid patientundervisningen skulle lätta förvirringen de upplevde och därmed förbättra förmågan att hantera sjukdomen och att utföra livsstilsförändringar (Rise et al., 2013; Rygg et al., 2010). Upplevelse av brist på adekvat information och att de inte fått svar på sina frågor på grund av tidsbrist hos hälso- och sjukvårdspersonalen framkom (Rygg et al., 2010).

Kommunikationens påverkan till livsstilsförändringar

Gruppbaserad patientundervisning upplevde personerna med diabetes mellitus typ 2 som fördelaktiga då jämförelse med andra personer med diabetes mellitus typ 2 kunde skapa en motivation till livsstilsförändringar (Laursen et al., 2017; Odgers-Jewell et al., 2017). Missförstånd i kommunikationen gällande behandling och biverkningar och rädsla att hamna på sjukhus på grund av komplikationer ifrån sjukdomen sågs som ett hinder för utförandet av livsstilsförändringar under patientutbildningen (Rygg et al., 2010). Möjligheten att diskutera och dela upplevelser om sjukdomen med andra personer i samma situation uppfattades som stödjande och främjade livsstilsförändringarnas utlopp (Janiszewski et al., 2015; Rygg et al., 2010). Det ansågs vara en viktig aspekt av behandlingen som gav personerna ett mer positivt tänk. Den gruppbaserade patientutbildningen bidrog till stor självutveckling och insikt hos personerna. Det hjälpte till att fördjupa förståelsen och vikten av egenansvaret för hälsan som resulterade i en förbättrad behandling gällande livsstilsförändringar (Janiszewski et al., 2015). Personerna önskade en kombination av individuell utbildning och gruppbaserad patientundervisning då de ansåg att ett sådant upplägg skulle tillföra mer för självhanteringen av sjukdomen (Janiszewski et al., 2015).

Känslor som är av betydande roll för utförandet av livsstilsförändringar

Känslor som motivation och osäkerhet hade en betydande roll i hanteringen av diabetes mellitus typ 2 (Booth et al., 2013; Li et al., 2013; Rygg et al., 2010). Hälso- och sjukvårdspersonal ansågs som ett stöd för att personerna skulle uppleva motivation till att utföra livsstilsförändringar (Booth et al., 2013; Stenner, Courtenay & Carey, 2011). Känslan av osäkerhet och oro som infann sig vid patientundervisningen upplevdes hindra utförandet av livsstilsförändringar (Rise et al., 2013; Rygg et al., 2010).

Motivationens betydelse för livsstilsförändringar

Personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde målsättningar som en motivationsfaktor, genom att gå ner i vikt, ha kontroll över sitt blodglukosvärde och vara hälsosam i sin kosthållning och fysisk aktivitet kunde de hålla sin motivation vid liv (Booth et al., 2013). Stödet från hälso- och sjukvårdspersonal gav personerna motivation till att ändra livsstil anpassad till sin sjukdom (Booth et al., 2013; Stenner et al., 2011). Barriärer för att ta till sig olika råd i patientundervisningen visade sig vara på grund av motivationsbrist (Booth et al., 2013; Miller & Marolen, 2012; Rygg et al., 2010). Det ansågs att sjukdomen inte var allvarlig och att livsstilsförändringar var

onödigt (Booth et al., 2013; Malpass, Andrews & Turner, 2009). Andra var rädda för komplikationer som kunde uppstå om förändringar inte gjordes och motiverades därför till att utföra dessa (Booth et al., 2013; Malpass et al., 2009; Rygg et al., 2010). Oavsett stödet ifrån hälso- och sjukvårdspersonal ansåg en del att det primära ansvaret för beteendeförändring låg hos personerna själva (Miller & Marolen, 2012; Rahim-Williams, 2011; Rise et al., 2013). Andra upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen hade ansvaret för livsstilsförändringarna (Rise et al., 2013). Patientundervisning som hade inslag av praktiska möjligheter till fysisk aktivitet gjorde att personer med diabetes mellitus typ 2 blev motiverade till att göra livsstilsförändringar (Laursen et al., 2017).

Känslan av osäkerhet och oro hindrar livsstilsförändringar

Känslor som framkom för personerna med diabetes mellitus typ 2 i samband med patientundervisningen var svårigheter och nya utmaningar gällande att bryta långt etablerade vanor. Det skapade en osäkerhet och oro gällande framförallt omställningen till en ny kosthållning och att påbörja insulinbehandling Booth et al., 2013). Osäkerheten personerna med diabetes mellitus typ 2 kände vid patientundervisningen upplevdes som ett hinder för att utföra livsstilsförändringar. Att leva med diabetes mellitus typ 2 upplevdes svårt, då informationen som gavs var otillräcklig vilket gjorde att personerna kände oro över att göra något fel i behandlingen som skulle leda till negativa konsekvenser. De oroade sig över om de administrerade medicinen korrekt och hur de skulle hantera biverkningar om de uppstod (Rygg et al., 2010). Personerna önskade att få bekräftelse av hälso- och sjukvårdspersonal för att veta om de var på rätt väg i sin behandling eller om korrigeringar behövde tillämpas (Rise et al., 2013; Rygg et al., 2010).

Metoddiskussion

Kvalitativ metod studerar specifikt personers levda erfarenheter av ett fenomen (Henricsson, 2017). Då studiens syfte är att studera personers upplevelse av patientundervisningen, ansågs valet av litteraturöversikt med kvalitativa artiklar vara lämpligast. Urvalet vid kvalitativa studier innebär ofta ett mindre antal informanter jämfört med vid kvantitativa studier. Informanterna i kvalitativa studier kan emellertid ge rikligare beskrivningar av fenomenet (Henricsson & Billhult, 2017), vilket är ytterligare en anledning till att kvalitativ metod valdes. Induktiv ansats valdes eftersom det innebär att deltagarnas upplevda erfarenheter var i fokus och att slutsatser drogs utifrån dessa, vilket kopplar väl till studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2016; Henricsson & Billhult, 2017). Vidare valdes induktiv ansats med grund i att litteraturöversikten då startar med förutsättningslös insamling av empiri. Deduktiv ansats innebär däremot att litteraturöversikten startar med antagande som baseras på tidigare teoretisk eller empirisk kunskap (Priebe & Landström, 2017).

Vid litteratursökningen användes de tre databaserna, CINAHL, PsycINFO och MEDLINE. Enligt Henricsson (2017) stärks arbetets trovärdighet genom att söka i flera databaser med omvårdnadsfokus. Det ökar även chansen att hitta relevanta artiklar (Forsberg & Wengström, 2016). Resultatets tillförlitlighet anses stärkas om samma studier återkommer under flera olika sökordkombinationer samt att sökningar genomförs i flertalet olika databaser (Henricsson, 2017). Första sökningen som genomfördes i CINAHL och PsycINFO gav en begränsning i antalet artiklar. Efter att ha modifierat sökorden i andra sökningen gav det tre respektive fyra dubbletter av artiklar som användes i resultatet, vilket anses styrka studiens trovärdighet i linje med Henricsson (2017). De artiklar som valdes ut till resultatet publicerades i England, Sverige, USA, Danmark, Singapore och Norge. Då majoriteten av studierna publicerades i andra länder än Sverige kan överförbarheten ökas, men resultatet kan inte med säkerhet tillämpas i svensk sjukvård. Det beror på att synen på sjukvård kan uppfattas olika beroende på kulturell bakgrund samt att uppbyggnaden av sjukvårdssystemen kan variera. Däremot skapar användningen av artiklar från olika länder en bredare förståelse för hur personer med diabetes mellitus typ 2 upplever patientundervisningen, eftersom hälso- och sjukvården ser annorlunda ut i olika delar av världen (Henricsson, 2017).

Syftet med de sökningar som gjordes var att hitta så många artiklar som möjligt som svarade mot litteraturöversiktens syfte. En begränsning i antalet artiklar som presenterades i resultatet kan ha uppstått på grund av oerfarenhet av artikelsökning i vetenskapliga databaser (Forsberg & Wengström, 2016; Henricsson, 2017). Översättningen från svenska till engelska vid valet av sökord och kombination av sökorden kan också ha bidragit till bristande trovärdighet (Henricsson, 2017), och det går inte att utesluta att det kan ha påverkat resultatet (Forsberg & Wengström, 2016). Vidare kan studiens kvalitet ha påverkats av valet av inklusions- och exklusionskriterier. Relevanta artiklar kan ha utelämnats och därmed påverkat resultatet, eftersom en av inklusionskriterierna var att artiklarna endast skulle vara publicerade på engelska (Forsberg & Wengström, 2016; Henricsson, 2017). Att enbart artiklar som är peer reviewed inkluderades i studien stärker däremot dess trovärdighet (Henricsson, 2017).

Artikelsammanställningen resulterade i elva artiklar som var relevanta gentemot syftet och har fokus på hur personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde

livsstilsförändringar. Samtliga artiklar till resultatet lästes individuellt i avseende att erhålla en helhetsbild av texterna, vilket stärker studiens trovärdighet (Henricsson, 2017). Därefter jämfördes innehållet i texterna, och gemensamt beslutades vilka artiklar som skulle läsas ytterligare ett flertal gånger individuellt i avseende att finna delarna som skapar en ny helhet till resultatet. Det kan betraktas som en svaghet (Forsberg & Wengström, 2016), och minska trovärdigheten då artiklarna aldrig lästes gemensamt (Henricsson, 2017). Resultatet anses stärkas då enbart intervjuer och fokusgrupper har använts i resultatartiklarna (Henricsson, 2017). En kvalitetsgranskning av samtliga artiklar gjordes enskilt och jämfördes sedan gemensamt med syftet att undersöka om samma resultat framkommit. Henricsson (2017) menar att ett sådant tillvägagångssätt stärker trovärdigheten. Fyra av artiklarna uppfyllde inte alla kriterier i kvalitetsgranskningsprotokollet vilket påverkar resultatets trovärdighet (Henricsson, 2017). Dessa artiklar inkluderades trots det, eftersom de uppvisade ett tydligt etiskt förhållningssätt och svarade på syftet. Nyttan ansågs överväga riskerna för deltagarna gällande deras integritet, lika värde och självbestämmande. Bedömningen av resonemanget är dock inte baserat på vad deltagarna anser vilket utgör ett etiskt dilemma då deltagarna själva inte har möjlighet att påverka bedömningen. Detta kan betraktas som en svaghet i litteraturöversikten. Resterande artiklar uppfyllde alla kriterier i kvalitetsgranskningen och besvarade syftet vilket gjorde att dessa inkluderades. Det går inte att bortse ifrån att trovärdigheten skulle kunna stärkas om samtliga artiklar uppfyllt alla kriterier i kvalitetsgranskningsprotokollet, då högre poäng ökar resultatets trovärdighet. Vidare innehöll en av de utvalda artiklarna endast två meningar som svarade på litteraturöversiktens syfte, varpå endast dessa två utvalda meningar inkluderades. Två av resultatartiklarna som innefattas i den här litteraturöversikten har inkluderat deltagare som ansågs vara socioekonomiskt svaga. Utifrån en rättvisesyn bör dessa artiklar ha exkluderats då de kan betraktas som en sårbar grupp som utnyttjas då de är lättillgängliga att tillfråga (Kjellström, 2017). Argumentet för att inkludera just dessa artiklar är att nyttan överväger tyngre än riskerna för deltagarna. Nyttan kan bedömas vara att inkludering av sårbara grupper möjliggör en förbättring av dessa gruppers utsikter till bättre levnadsvillkor (Kjellström, 2017). Bekräftelsebarheten stärks emellertid eftersom utomstående, i form av handledare, opponenter och handledningsgrupp regelbundet granskat litteraturöversikten och kontrollerat att resultatet är rimligt och svarar på syftet (Henricsson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). För att försäkra att analysen är grundad i data har diskussion med utomstående utförts, vilket stärker trovärdigheten och pålitligheten i studien (Henricsson, 2017). Risken för att förförståelsen skulle påverka resultatet har minimerats genom en pågående medvetenhet och att reflektion gemensamt gjorts genom hela analysprocessen. Medvetenhet om förförståelsen påverkar litteraturöversiktens pålitlighet (Henricsson, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). Det går dock inte att utesluta att förförståelsen kan ha påverkat analysen och resultatet (Polit & Beck, 2012).

Resultatdiskussion

Resultatet i litteraturöversikten visar att bemötandet ifrån hälso- och sjukvårdspersonal främjar livsstilsförändringarna för personer med diabetes mellitus typ 2 när de visar engagemang, är intresserade och därmed upplevdes ge en trygghet. Kunskapen och informationen som gavs vid patientundervisningen var en central del i att genomföra livsstilsförändringar. Då patientundervisningen inte var personcentrerad och nivåanpassad hindrades möjligheten att utföra livsstilsförändringar för personerna med diabetes mellitus typ 2. Gruppbaserad patientundervisning gav möjlighet till diskussion och reflektion som genererade i god kunskap om diabetes mellitus typ 2. Ytterligare huvudfynd som framkom var att känslorna som uppkom vid patientundervisningen både främjar och hindrar förmågan att utföra livsstilsförändringar. Känslan av osäkerhet personerna upplevde vid patientundervisningen upplevdes som ett hinder medan motivationen främst ansågs främja livsstilsförändringarna.

Bemötandet vid patientundervisningen hade stor betydelse för utförandet av livsstilsförändringarna. Detta då personerna med diabetes mellitus typ 2 upplevde att ett personcentrerat bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen hjälpte till att hantera livsstilsförändringarna betydligt bättre än då patientundervisningen gavs på en nivå som var svårförståelig. Det stärks i Cronenwett et al. (2007) som menar på att personcentrerat bemötande innebär att ingå i ett partnerskap mellan hälso- och sjukvårdspersonal och personen med diabetes mellitus typ 2 där personen involveras i sin egen vård gällande planering, utförande och utvärdering av behandling (Cronenwett et al., 2007). Detta förespråkar även Boström et al. (2014) som belyser vikten av att lyssna och diskutera livsstilsförändringarna tillsammans med personerna istället för att enbart ge information. Ett sådant tillvägagångssätt innebär att patientundervisningen kan ges på en mer individanpassad nivå (Boström et al., 2014). I resultatet framkom att personerna med diabetes mellitus typ 2 lägger stor vikt vid att hälso- och sjukvårdspersonalen är intresserade och engagerade i dem och hur de på bästa sätt kan göra livsstilsförändringar. Det personcentrerade bemötandet resulterade i att personerna med diabetes mellitus typ 2 upplevde god kunskap som hade betydelse för behandlingens utlopp, och som gav en trygghet till självhantering. Bartol (2012) beskriver vikten av att patientundervisningen grundar sig i ett personcentrerat perspektiv för att förstå hur personen med diabetes mellitus typ 2 upplever sjukdomen. Det bidrar till att patientundervisningen kan anpassas till en nivå som är begriplig för personen med diabetes mellitus typ 2 att ta till sig kunskap på (Bartol, 2012). Det personcentrerade bemötandet visade i resultatet vara främjande för utförandet av livsstilsförändringar. I relation till de mänskliga rättigheterna innebär det personcentrerade bemötandet som framkom i resultatet att personerna med diabetes mellitus typ 2 bemöts respektfullt och har ett lika värde som hälso- och sjukvårdspersonal (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Det ledde till en trygghet i att fatta egna beslut och främjade självhanteringen av livsstilsförändringarna. Andersson och Funnell (2010) menar att empowerment är en grundläggande funktion i personcentrerad vård där även personerna med diabetes mellitus typ 2 besitter expertkunskap om deras dagliga liv och att de har kontroll över sin diabetesvård.

Ytterligare faktorer som framkom i resultatet var hur kunskapen främjar och hindrar livsstilsförändringen i patientundervisningen. Att tillämpa personcentrerad omvårdnad vid patientundervisningen ökade personernas kunskap om diabetes mellitus typ 2, och personerna upplevde att de utvecklades och lättare kunde anpassa

sig till de nya livsstilsförändringarna. Hälso- och sjukvårdspersonal hade en nyckelroll i att undervisa och lära ut relevant kunskap som kunde främja personernas självhantering. Det är i enighet med Karlsen, Rasmussen, Bruun & Oftedal (2018) som beskriver patientundervisning utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Innebörden av det är att sjuksköterskan delar med sig av sin expertkunskap som genererar till att personer med diabetes typ 2 kunnat förvandla allmän kunskap till praktiskt utförande av livsstilsförändringar (Karlsen et al., 2018). Detta kan relateras till Svensk sjuksköterskeförening (2016) som belyser samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patienten där man tar till vara på båda parternas kunskap för att uppnå en personcentrerad omvårdnad. Det framkom även i resultatet att personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde att en personcentrerad omvårdnad inte hade tillämpats i deras patientundervisning då informationen som gavs var otillräcklig för dem. Det skapade stor besvikelse då personerna med diabetes mellitus typ 2 inte fick relevant kunskap som kunde främja deras livsstilsförändringar. Jansink et al. (2010) beskriver att när personerna med diabetes mellitus typ 2 saknar kunskap gällande fysisk aktivitet leder det till bristande patientundervisning och påverkar i sin tur förmågan att utföra livsstilsförändringar. Detta för att personerna saknar motivation att ändra sin livsstil eller disciplin att upprätthålla en förbättrad livsstil (Jansink et al., 2010). Vidare upptäcktes huvudfynd i resultatet om gruppbaserad patientundervisning som både hindrade och främjade personerna till livsstilsförändringar. Främjande likheter av gruppbaserad patientundervisning var upplevelsen av trygghet i att få reflektera med personer i liknande situationer, vilket gav kunskap och motivation till att utföra livsstilsförändringar. Jämförelse kan göras med Herre, Graue, Kolltveit och Gjengedal, (2016) som menar att personerna upplevde att de fått nödvändig kunskap och bättre förståelse om hur de ska gå tillväga gällande livsstilsförändringar. God undervisning från hälso- och sjukvårdspersonal i kombination med diskussion om sjukdomen med andra personer som diagnostiserats med diabetes mellitus typ 2 gav nya värdefulla insikter för personerna (Herre et al., 2016). Det framkom i resultatet att gruppbaserad patientundervisning utgjorde hinder för livsstilsförändringar hos personer med diabetes mellitus typ 2. De upplevde bristande och opersonlig information från hälso- och sjukvårdspersonal samt olika kunskapsnivåer hos personerna med diabetes mellitus typ 2 som resulterade i okunskap och motivationsbrist att utföra livsstilsförändringar. Liknelser kan göras med att gruppbaserad patientundervisning inte ansågs ha en betydande roll för främjandet av livsstilsförändringar (Schwennesen, Henriksen, & Willaing, 2016). De menar på att personerna med diabetes mellitus typ 2 avstod ifrån dessa undervisningstillfällen då de upplevde dem som otillfredsställande på grund av den varierande kunskapsnivån och att ingen personcentrerad undervisning gavs (Schwennesen et al., 2016). Det skiljer sig från Herre et al. (2016) som inte nämner att gruppbaserad patientundervisning hindrat livsstilsförändringar. Olikheterna kan bero på skillnader i metodval då litteraturöversiktens resultatartiklar som nämner gruppbaserad patientundervisning använt sig av både fokusgrupper och fördjupade intervjuer till skillnad från Herre et al. (2016) som bygger på enbart fokusgrupper. Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki och Pietilä (2014) beskriver att individuell patientundervisning främjar personen med diabetes mellitus typ 2 till att vara involverad i sin egen behandling och utföra livsstilsförändringar. En kombination av individuell och gruppbaserad patientundervisning där personcentrerad omvårdnad tillämpas kan ses som främjande i utförandet av livsstilsförändringar.

Resultatet visar att personer med diabetes mellitus typ 2 upplevde hälso- och sjukvårdspersonal som ett betydelsefullt stöd för att motiveras till att utföra livsstilsförändringar. Eftersom den personcentrerade omvårdnaden innebär att se till hela personens livsvärld behövs det att hälso- och sjukvårdspersonal anpassar patientundervisningen efter personens individuella behov gällande livsstil och personliga utmaningar. Det bidrar till att kunna utföra livsstilsförändringar och lättare uppnå de utsatta målen. Det kan jämföras med Karlsen et al. (2018) som visar att sjuksköterskans stöd och feedback i patientundervisningen var en central källa till motivation. Detta bekräftas av Bartol (2012) och Robertson (2012) som även menar att det personcentrerade förhållningssättet är en hjälp att uppnå motivation samt utförandet av livsstilsförändringar. I resultatet framkom skillnader i vem som hade ansvaret för livsstilsförändringarna för personerna med diabetes mellitus typ 2. Att inte veta vem som har ansvaret kan betraktas som ett hinder i patientundervisningen. Oklarheter kring vem som har ansvaret har beskrivits av Karlsen et al. (2018) som menar att personerna med diabetes typ 2 behöver vara medvetna om att fatta beslut gällande livsstilsförändringar men att besluten ska fattas i samarbete med hälso- och sjukvårdspersonal. Svensk sjuksköterskeförening (2016) och Boström et al., (2014) stärker det och menar att vården ska planeras gemensamt. Halkoaho et al. (2014) menar istället på att patientundervisningen leder fram till att personen med diabetes mellitus typ 2 får en förståelse om att ansvaret för behandlingen och livsstilsförändringarna i slutändan beror på dem. Stöd och ansvar från hälso- och sjukvårdspersonalen finns under hela behandlingen men ansvaret för att livsstilsförändringarna utförs, har personen med diabetes mellitus typ 2 (Halkoaho et al., 2014). Det medför att besluten inte vilar hos en enskild person utan borde göras tillsammans. Bristande kunskap ansågs medföra en osäkerhet som blev ett hinder för utförandet av livsstilsförändringarna. Personerna med diabetes mellitus typ 2 kände osäkerhet då livsstilsförändringarna var många att tillämpa och komplexa att förstå eftersom de inte fått en personcentrerad patientundervisning. De ville inte göra något fel i behandlingen som kunde medföra negativa komplikationer, resultatet blev då att livsstilsförändringarna åsidosattes. Osäkerheten över att behöva ändra långt invanda rutiner till helt nya beskriver Boström et al. (2014) som ett hinder för livsstilsförändringar. Personerna med diabetes mellitus typ 2 upplevde osäkerhet över hur de praktiskt skulle gå tillväga för att utföra livsstilsförändringarna, vilket ansågs bero på okunskap och brist på information (Boström et al., 2014). Orsaken till osäkerheten som framkom i resultatet kan vara att det finns brister i patientundervisningen. Att tillämpa empowerment i patientundervisningen innebär att identifiera känslor relaterade till självupplevda problem och sedan skapa personligt meningsfulla mål och strategier för att lösa problemen (Andersson & Funnell, 2010). Resultatet visar på hur viktigt det är att en personcentrerad omvårdnad tillämpas eftersom det utgör grunden för hur behandlingens utlopp kommer bli.

Kliniska implikationer

Resultatet ger en bild av hur personer med diabetes mellitus typ 2 upplever patientundervingen och vilken nyckelroll sjuksköterskan har i mötet med personerna. I kliniken innebär detta att sjuksköterskan behöver ha en förståelse för hur viktig bemötandet med personen är i patientundervisningen, för utfallet av livsstilsförändringar. Resultatet kan också användas för att öka sjuksköterskans förståelse för hur viktigt det är att informationen i mötet med personer med diabetes mellitus typ 2 är individanpassad efter personernas kunskapsnivå. I det kliniska omvårdnadsarbetet kan resultatet användas för att öka sjuksköterskors kunskap om patientundervisningen och hur den kan bidra till att personerna utför livsstilsförändringar. Fortsatt forskning behövs då det är ett viktigt ämne där patientundervisningen bör tas allvarligt på eftersom det kan vara en avgörande faktor till om personer med diabetes typ 2 upplever en god behandling eller inte.

Slutsatser

Personer med diabetes mellitus typ 2 upplever bemötandet ifrån hälso- och sjukvårdspersonal som avgörande för utförandet av livsstilsförändringar. Den personcentrerade omvårdnaden främjar utförandet av livsstilsförändringar och minskar därmed känslan av osäkerhet vid patientundervisningen. Tillräckligt med avsatt tid främjar livsstilsförändringarna medan tidsbrist hindrar utförandet av livsstilsförändringar. Patientundervisningen bidrar till att personer mer diabetes mellitus typ 2 upplever motivation till att utföra livsstilsförändringar där hälso- och sjukvårdspersonals bemötande har en central roll. De bidrar med kunskap som personer med diabetes mellitus typ 2 upplever som nödvändig för utförandet av livsstilsförändringar. Samarbetet mellan parterna där personcentrerad omvårdnad tillämpas främjar genomförande av livsstilsförändringar. Gruppbaserad patientutbildning ger personerna med diabetes mellitus typ 2 en ökad kunskap som därmed främjar livsstilsförändringarna. Däremot är inte den gruppbaserade patientutbildningen personcentrad vilket hindrar livsstilsförändringarna. En kombination av individuell och gruppbaserad patientutbildning kan främja utförandet av livsstilsförändringarna där personcentrerad omvårdnad är grunden.

Referenser

Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care, 30*(1), 41-47. https://doi.org/10.3109/02813432.2011.654193

Andersson, R., & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling, 79*(3), 277-282. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025

Bartol, T. (2012). Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24,* 270-276. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00722.x

Breen, C., McKenzie, K., Yoder, R., Ryan, M., Gibney, M. J., & O'Shea, D. (2015). A qualitative investigation of patients' understanding of carbohydrate in the clinical management of type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition & Dietetics, 29*(2), 146-155. https://doi.org/10.1111/jhn.12292

Booth, A O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S J., & McKinley, M C. (2013). Diet and physical acivity in the self-management of type 2 diabetes: Barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary health care research and development, 14*(3), 293-306. https://doi.org/10.1017/S1463423612000412

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian journal of caring science, 28*(4), 675-682. http://dx.doi.org/10.1111/scs.12092

Casey. D., De Civita. M., & Dasgupta. K. (2010). Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study. *Diabetic Medicine,* 27(1)*,* 79–84. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02873.x

Casey, G. (2018). Type 2 diabetes mellitus. *Kai tiaki nursing New Zealand, 24*(4), 20-24.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., … Warren, J. (2007). Quality and Safety Education for Nurses. Nursing Outlook, 55(3), 122–131. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006

Diabetesförbundet. (2016). *Träna med diabetes*. Hämtad 1 april 2019, från https://www.diabetes.se/diabetes/leva/trana-med-diabetes/

Diabetesförbundet. (2017a). *Diabetes i siffror*. Hämtad 7 mars 2019, från https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/

Diabetesförbundet. (2017b). *Hjärta och kärl*. Hämtad 26 mars 2019, från https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/sa-paverkas-kroppen/hjarta-och-karl/

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (129-139). Lund, Sverige: Studentlitteratur

Gromlovits, K. (2018). Non-invasive glucose monitoring: An introduction to decreasing urologic complications related to uncontrolled diabetes mellitus. *Urologic nursing, 38*(6), 298-302. http://dx.doi.org/10.7257/1053-816X.2018.38.6.298

Halkoaho, A., Kangasniemi, M., Niinimäki, S., & Pietilä, A-M. (2014). Type 2 diabetes patients' perceptions about counselling elicited by interview: is it time for a more health-oriented approach?. *European diabetes nursing, 11*(1), 13-18. https://doi.org/10.1002/edn.240

Henricsson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricsson. (Red. 2 uppl.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Henricsson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricsson. (Red. 2.uppl.) *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.111- 119). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Heiss. V., & Petosa, R. (2014). Correlates of Physical Activity Among Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review. *American Journal of Health Education, 45*(5), 278-287. https://doi.org/10.1080/19325037.2014.933139

Herre, A J., Graue, M., Kolltveit, B-C H. & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian journal of caring sciences, 30*(2), 382-390. https://doi.org/10.1111/scs.12260

Hicks, D. (2010). Self-management skills for people with type 2 diabetes. *Nursing Standard, 25*(6), 48-56.

Janiszewski, D., O'Brian, C A., & Lipman, R D. (2015). Patient experience in a coordinated care model featuring diabetes self-management education integrated into the patient- centered medical home. *The diabetes educator, 41*(4), 466-471. https://doi.org/10.1177/0145721715586577

Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC family practice, 11*(41). https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-41

Karlsen, B., Rasmussen Bruun, B., & Oftedal, B. (2018). New Possibilities in Life with Type 2 Diabetes: Experiences from Participating in a Guided Self-Determination Programme in General Practice. *Nursing Research and Practice, 2018*. https://doi.org/10.1155/2018/6137628

Khazrai, Y. M., Defeudis, G., & Pozzilli, P. (2013). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: a review. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews, 30*, 24-33. http://dx.doi.org/10.1002/dmrr.2515

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricsson. (Red. 2.uppl.). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.57- 80). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Korkiakangas, E., Taanila A. M., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011). Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health & Social Care in the Community, 19*(1), 15-22. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00942.x

Laursen, D, H., FrØlich, A., & Christensen, U. (2017) Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 31(4), 1039-1047. https://doi.org/10.1111/scs.12429

Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2013). Diabetes is nothing: The experience of older Singaporean women living and coing with type 2 diabetes. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession, 45*(2), 188-196. https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.2.188

Malpass, A., Andrews, R., & Turner, KM. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitatie study. *Patient education & counseling, 79*(2), 258-263. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.018

Messina, J., Campbell, S., Morris, R., Eyles, E., & Sanders, C. (2017). A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. *Plos One, 12*(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177699

Miller, S, T., & Marolen, K. (2012). Physical activity-related experiences, counseling expectations, personal responsibility, and altruism among urban African American women with Type 2 diabetes. *The Diabetes Educator, 38*(2), 229-235. https://doi.org/10.1177/0145721712437558

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M. Henricsson. (Red. 2.uppl.). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.421- 438). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Odgers-Jewell, K., Isenring, EA., Thomas, R., & Reidlinger, DP. (2017). Group participants' experiences of a patient- directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. *PLoS ONE 12*(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177688

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research - generating and assesing evidence for nursing practice*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricsson. (Red. 2.uppl.) *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.25-42). Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Rahim-Williams, B. (2011). Beliefs, behaviours, and modifications of type 2 diabetes self-management among African American women. *Journal of the national medical association, 103*(3), 203-215. http://dx.doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30300-X

Reaney, M., Chmiel, N., & Churchill, S. (2018). Footcare, *spousal* support and type 2 diabetes: an exploratory qualitative study. *Psychology & Health, 33*(9), 1191-1207. https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1481215

Rise, M, B., Pellerud, A., Rygg, L, Ø; Steinsbekk, A. (2013). Making and maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self- Management Educations: A Qualitative Study. *PLoS ONE, 8*(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009

Robertson, C. (2012). The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24,* 225-233. http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00719.x

Rygg, L Ø., Rise, M B., Lomundal, B., Solberg, H S., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian journal of public health, 38*(8), 788-793. https://doi.org/10.1177/1403494810382475

Schwennesen, N., Henriksen, J E., & Willaing, I. (2016). Patient explanations for non-attendance at type 2 diabetes self-management education: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences, 30*(1), 187-192. https://doi.org/10.1111/scs.12245

Stenner, K., Courtenay, M., & Carey, N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patients view. *International journal of nursing studies, 48*(1), 37-46. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad.* Hämtad 21 April 2019, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

World Health Organization [WHO]. (2019). *Diabetes mellitus.* Hämtad 21 April 2019, från https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/

Whitehead, L., Crowe, M., Carter, J., Maskil, V., Carlyle, D., Bugge, C., & Frampton, C. (2016). A nurse-led interdisciplinary approach to promote self-management of type 2 diabetes: a process evaluation of post-intervention experiences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 23*(**2**), 264-271. https://doi.org/10.1111/jep.12594

Ågård. A., Ranjbar. V., & Strang. S. (2016). Diabetes in the shadow of daily life: factors that make diabetes a marginal problem. Practical diabetes, 33(2), 49-53. https://doi.org/10.1002/pdi.2000

Bilaga 1. Sökmatris

Databas: Cinahl					
diabetes mellitus type 2 or diabetes mellitus or diabetes type 2					
AND					
patient education or patient teaching					
AND					
lifestyle					
AND					
patient or person					
AND					
experience* or perception* or view*					
Begränsningar: English language; peer-reviewed; published date 20090101-20190101					
Sökning: 2019-03- 03	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Till resultat
	72	72	12	11	4

Databas: PsycINFO						
diabetes mellitus type 2 or diabetes mellitus or diabetes type 2						
AND						
patient education or patient teaching						
AND						
lifestyle						
AND						
patient or person						
AND						
experience* or perception* or view*						
Begränsningar: English language; peer-reviewed; published date 20090101-20190101						
Sökning: 2019-03-03	Träffar	Lästa titlar	Dubbletter	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Till resultat
	43	43	3	8	8	4

Databas: Medline						
diabetes mellitus type 2 or diabetes mellitus or diabetes type 2						
AND						
patient education or patient teaching						
AND						
lifestyle						
AND						
patient or person						
AND						
experience* or perception* or view*						
Begränsningar: English language; peer-reviewed; published date 20090101-20190101						
Sökning: 2019-03-25	Träffar	Lästa titlar	Dubbletter	Lästa abstrakt	Lästa fulltext	Till resultat
	19	19	4	4	1	0

Bilaga 2.

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I.
Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? ☐ Ja ☐ Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? ☐ Ja ☐ Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? ☐ Ja ☐ Nej

Är urvalet beskrivet? ☐ Ja ☐ Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II
Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? ☐ Ja ☐ Nej

Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativt metod) ☐ Ja ☐ Nej

Beskrivs datainsamlingen? ☐ Ja ☐ Nej

Beskrivs dataanalysen? ☐ Ja ☐ Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande? ☐ Ja ☐ Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? ☐ Ja ☐ Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen? ☐ Ja ☐ Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? ☐ Ja ☐ Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?
Om ja, beskriv:
……
……
……

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:
……
……
……

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

…….
……

Deltagarkarakteristiska
Antal……
Ålder……....
Man/Kvinna…….

Granskare sign: …….

Bilaga 3. Artiklar som inkluderats i resultatet

Författare, år & land	Syfte	Design	Antal deltagare	Resultat	Kvalitet och kommentar
CINAHL					
Malpass, Andrews & Turner. (2009). England.	Att undersöka personer som nyligen diagnostiserats med diabetes mellitus typ 2 erfarenheter av förändringar i sin diet och fysisk aktivitet och om detta ansågs fördelaktigt eller som ett hinder i behandlingen.	Kvalitativ design. Fördjupade intervjuer.	N = 30	Information om kost och fysisk aktivitet uppmuntrar personer med Diabetes mellitus typ 2 till att tillämpa detta i sin behandling och visar sig vara användbara livsstilsförändringar.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8 Har ej ett etiskt godkännande men har ett etiskt ställningstagande
Rahim-Williams. (2011). USA.	Att utforska och identifiera hälsoproblem och hälsotillstånd som påverkar självhanteringen av diabetes mellitus typ 2 bland afroamerikanska kvinnor.	Mixad metod. Djupintervjuer, observation och självhanteringsformulär.	N = 25	De kliniska rekommenderade beteenden som ges visar sig både stödja och hindra deltagarnas självhantering i sin sjukdom.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Li, Drury & Taylor. (2013). Singapore.	Att beskriva erfarenheterna och sätten att hantera diabetes mellitus typ 2 för äldre singaporeanska kvinnor.	Kvalitativ design. Halvstrukturera de intervjuer	N = 10	Brist på empati ifrån sjukvårdspersonal.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Miller & Marolen. (2012). USA.	Att undersöka fysiska aktiviteter relaterade erfarenheter, uppfattningar och rådgivningsförväntningar bland afroamerikanska kvinnor med typ 2-diabetes.	Kvalititiv design. Fokusgrupper.	N= 11	Prioriteringar och brist på motivation uppfattades som betydande hinder för fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet relaterad-rådgivning, förväntningar och erfarenheter var inkonsekvent.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8 Har ej ett etiskt godkännande men har ett etiskt ställningstagande

Författare, år & land	Syfte	Design	Antal deltagare	Resultat	Kvalitet och kommentar
PsycINFO					
Booth, Lowis, Dean, Hunter & McKinley. (2013). England.	Att undersöka hur personer som nyligen diagnostiserats med Diabetes mellitus typ 2 upplever självhantering av förändringar gällande fysisk aktivitet och kost samt undervisning från hälso- och sjukvårdspersonal.	Kvalitativ design. Fokusgrupper med djupgående strukturerade intervjuer.	N = 16	Personerna som intervjuades upplevde stora hinder till de förändringar gällande kost och fysisk aktivitet som tillkom med diagnosen. Detta gav hälso- och sjukvårdspersonal en djupare förståelse av vikten att förbättra patientundervisningen.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk. (2010). Norge.	Att undersöka orsakerna till deltagande i gruppbaserad självhanteringsutbildning gällande Diabetes mellitus typ 2.	Kvalitativ design. Fokusgrupper och individuella intervjuer.	N = 22	Huvudorsakerna till deltagandet visade sig vara på grund av att personerna inte hade tillräckligt med information om sjukdomen och detta ledde till praktiska problem samt osäkerheter i vardagen.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Stenner, Courtenay & Carey. (2011). England.	Att utforska sjuksköterska med förskrivningsrätt från en patient med diabetes synvinkel.	Kvalitativ design. Semistrukturera de intervjuer.	N = 41	Patientens upplevelse av sjuksköterskans kompetens hade positiv effekt på förståelsen och behandlingen av sjukdomen för patienten.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Janiszewski, O'Brian & Lipman. (2015). USA.	Att få insikt om patientens erfarenhet av självhanteringsutbildning om diabetes.	Kvalitativ design. Fokusgrupper.	N = 37	Patienterna värderade stödet från självhaneringsutbildningen högt då det fanns möjlighet för diskussion om svårigheter av livsstilsförändringar. Detta besvarades av kompetent hälso- och sjukvårdspersonal på ett personcentrerat sätt.	Del 1: 4/4 Del 2: 6/8 Har ej ett etiskt godkännande men har ett etiskt ställningstagande. Kvalitativ metod ej beskriven.

Författare, år & land	Syfte	Design	Antal deltagare	Resultat	Kvalitet och kommentar
Manuell sökning					
Laursen, FrØlich & Christensen. (2017). Danmark.	Att utforska skillnader i hur personer med diabetes upplever diabetesrelaterade patientutbildningsprogram.	Kvalitativ studie. Djupintervjuer	N = 11	Att skillnader finns i om personerna självupplever sig som friska eller sjuka i hur diabetesutbildningen uppfattas.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8 Har ej ett etiskt godkännande men ett etiskt ställningstagande.
Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk. (2013). Norge.	Att undersöka hur deltagare skapar och upprätthåller livsstilsförändringar efter att ha deltagit i gruppbaserad självhanteringsutbildning av typ 2 diabetes.	Kvalitativ studie. Halvstrukturera de intervjuer.	N= 23	Att kunskapen var väsentlig för att förändra livsstil efter patientundervisning.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger. (2017). England.	Att utforska erfarenheterna hos individer som deltagit i ett gruppbaserat utbildningsprogram.	Kvalitativ studie. Semistrukturera de intervjuer.	N= 13	Deltagarna uppfattade att gruppinteraktionerna underlättade vidare lärande och ökad motivation	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8