

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:96

**Patienters erfarenheter av undervisning vid diabetes
typ2**

**Sahra Ibrahim
Li Ly**



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Patienters upplevelser av undervisning i diabetes typ 2

Författare: Sahra Ibrahim & Li Ly

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Ssk 26, 2008-04-28

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 26

Handledare: Lena Hedegård

Examinator: Eva Efraimsson

Sammanfattning

Diabetes typ 2 är i dag en av de största folksjukdomarna, och den fortsätter att öka successivt. Fetma, som oftast beror på dåliga matvanor och låg fysisk aktivitet, är en stor bidragande orsak till ökningen. När en person drabbas av diabetes innebär det att patienten bör ändra sin livssituation när det gäller kost och motion. Undervisning av sjuksköterska kan stödja patienten i denna omställning.

Syftet med denna studie är att beskriva patienters erfarenheter av undervisning i diabetes typ 2.

Datinsamlingen genomfördes genom sökning i databas Cinahl, Pubmed, och sökning i andra artiklars referenser. Studien genomfördes som litteraturstudie av kvalitativa artiklar som analyserades med hjälp av Evans analysmodell. Utifrån analysen av artiklarna skapades resultatet som framställdes med kategorier och subkategorier.

Resultatet utmynnade i två kategorier och åtta subkategorier. Kategorier är: (1) Undervisningens innehåll (2) Patienternas önskemål. Subkategorier är: (a) kost (b) medicinering (c) kontroll av sjukdomen, (d) information om sjukdom (e) önskan om mer tid, (f) önskan om kontinuitet, (g) stöd och uppmuntran, (h) gruppmöte. Litteraturstudiet visar att patienter inte får den undervisning de är i behov av.

I diskussionsavsnittet diskuteras frågan om patientens önskan om kontinuitet, information om sjukdomen samt patienters behov av stöd och uppmuntran.

Nyckelord: Undervisning, kost, sjuksköterskan, patient, diabetes typ 2, upplevelser och stöd.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Nationella riktlinjer	1
Diabetes	2
Att leva med diabetes	3
Sjuksköterskans undervisande roll	3
Undervisning ur sjuksköterskans perspektiv	4
Motiverande samtal	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
RESULTAT	6
Tabell 1. Översikt av kategorier och subkategorier	7
Undervisningens innehåll	7
Kost	7
Medicinering	8
Kontroll av sjukdomen	8
Information om sjukdomen	8
Patienternas önskemål	9
Önskan om mer tid	9
Önskan om kontinuitet	10
Stöd och uppmuntran	10
Gruppmöte	11
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
REFERENSER	15

INLEDNING

När vi kommer ut som allmänsjuksköterskor kommer vi att möta patienter som drabbats av diabetes. Vi tror att dessa patienter har behov av sjuksköterskans stöd och undervisning för att hantera sjukdomen på bästa sätt och för att få en så god livssituation som möjligt. Att leva med diabetes typ 2 innebär att lära sig leva med en sjukdom livet ut. Behandlingen är komplicerad och därför behöver man ta extra hänsyn till sin kost och motion. Inom öppenvården finns det allmänsjuksköterskor med stor erfarenhet av diabetespatienter men även utbildade diabetessjuksköterskor som hjälper personer med diabetes. När sjuksköterskan är införstådd med patienternas behov utarbetar hon /han ett undervisningsprogram anpassat till personen för att lättare kunna stödja och hjälpa denne att bearbeta sin sjukdom. Därför vill vi veta mer om patienternas erfarenheter av undervisningen vid diabetes typ 2.

BAKGRUND

Historik

Thomas Willis i England var den förste som fann att urin hos människor med diabetes smakar mer sött än normalt, den upptäckten gjorde han år 1647. Willis utvecklade termen diabetes genom att lägga till ordet mellitus som betyder honung. Diagnosen ställdes genom att läkare fick smaka på patientens urin. År 1869 beskrev Langerhan i Tyskland, grupper av celler utspridda inom hela bukspottkörteln. Dessa gavs sedan namnet de Langerhanska öarna. I slutet av 1889-talet opererade Von Mering och Minkowsky bort bukspottkörteln på hundar och upptäckte då att de utvecklade diabetes med stor törst och urinproduktion. År 1921 upptäcktes insulin och att brist på insulinet var orsaken till diabetessjukdomen. Ett år senare gavs den allra första insulininjektionen till den 14-årige Leonard Thomson (Grefberg & Johansson, 2003). På 1930-talet fann två forskare vid namn Himsworth och Kerr att det fanns två typer av diabetessjukdomar nämligen typ 1 och 2 (Ajanki, 1999).

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen (1999) har givit ut riktlinjer som syftar till att stärka patientens möjlighet att få en likvärdig vård byggd på aktuell kunskap. Nationella riktlinjer för diabetesvård har skapats för att hålla en lika bra kvalitet i hela landet. Genom att följa riktlinjerna kan vårdpersonalen tillsammans med patienten utforma en vårdplan med realistiska mål för vården. Detta gäller inte minst egenvården, d.v.s. Att kunna klara av sin egen vardag; sin kosthållning, ta sina mediciner, motionera regelbundet m.m. Socialstyrelsen (1999) rekommenderar att personer med diabetes ska undvika övervikt, högt blodtryck samt stress. Dessutom bör kosten vara balanserad genom att man följer tallriksmodellen. Enligt Nationalencyklopedin (2008) går tallriksmodellen ut på att äta måltider som innehåller till största del grönsaker och en mindre mängd fett, kolhydrater och proteiner (från animaliska produkter). Vidare rekommenderas också att man ska minska på alkoholkonsumtionen. Socialstyrelsen (1999) skriver också att patienten ska få information om hur diabetes vården är organiserad där patienten bor, vilken vård som finns, hur vårdens standard granskas och hur patienten kan få kontakt med närmaste diabetesförening. Samtidigt tar Socialstyrelsen (1999) upp vikten av att ha diabetesteam

som består av bland annat diabetessköterska, dietist och foterapeut. Teamet erbjuder undervisning, råd och stöd.

Den regelbundna kontakten med patienterna sker hos primärvården och specialkliniker. Inom öppenvårdens enheter består teamet vanligtvis av en diabetesansvarig sjuksköterska (DAS) och en diabetes ansvarig allmänläkare (DAL). DAS har en viktig roll som samordnare på mottagningen och har även kontakt med andra specialister som: dietist, foterapeut, kurator eller psykolog. DAS håller också kontakten med sjukhusens diabetesmottagningar och specialister, t ex ögonläkare, ortoped, njurläkare och hjärtspecialist (Grefberg & Johansson, 2007).

Diabetes

Vid millenniumskiftet hade omkring 100 miljoner människor världen över diabetes. Samtidigt ökar sjukdomen stadigt i alla världsdelar och om tendensen fortsätter finns risk att antalet personer med diabetes fördubblats till 200 miljoner om 10-15 år (Grefberg & Johansson, 2007). Idag har mellan tre till fyra procent av Sveriges befolkning diabetes och antalet personer med diabetes ökar. Diabetes typ 2 är delvis ärftlig men kan i många fall både lindras och förebyggas genom en näringsrik kost (Ruderfelt & Axelsson, 2004; Grefberg & Johansson, 2003). Sjukdomen finns i alla folkgrupper, men med olika frekvens. Sverige och Finland tillhör de länder i Europa med hög förekomst av personer med diabetes, såväl typ 1 och typ 2 (Grefberg & Johansson, 2003).

Enligt Almås (2004) är diabetes mellitus en metabol sjukdom, som kännetecknas av förhöjd glukoskoncentration i blodet. Orsaken är bristande produktion av insulin eller dålig verkan av det. Det finns två typer av diabetes, typ 1 och typ 2. Typ 1 kan uppträda i alla åldrar, men drabbar oftast barn och ungdomar. Denna typ av diabetes är insulinberoende och kräver insulininjektioner på grund av att bukspottskörteln upphör att tillverka insulin, medan typ 2 är icke-insulinberoende och drabbar oftast vuxna och äldre. Enligt Grefberg och Johansson (2007) är de flesta diabetes typ 2 patienter överviktiga vilket motsvarar 80% av dem som drabbas av sjukdomen. Även ärftliga faktorer spelar en viktig roll, 40 % av dem som får diabetes får det på grund av ärftlighet. Övriga riskfaktorer är ålder, tobaksrökning, urindrivande läkemedel, kortisonpreparat och stresshormoner som till exempel kortisol, bukfetma och fysisk inaktivitet (flera olika riskfaktorer kan givetvis spela in i diabetesutvecklingen) (Grefberg & Johansson, 2003a; Grefberg & Johansson, 2007b). Diabetes Typ 2 utmärks av att kroppens olika celler blir mindre känsliga för insulin och att patienten får så kallad insulinresistens. Trots att mer insulin från bukspottskörteln produceras räcker det inte till. Blodsockret tas då inte upp av kroppens celler utan ökar istället halten av socker i blodet (Almås 2004). Eriksson (2000) beskriver att det är farligt att ha extra socker cirkulerande i blodet. Det som kan inträffa är att blodkärlen förstörs. Blodkärlen tål inte att jämt utsättas för alltför mycket socker. Hjärta, hjärna, ben och fötter är beroende av en tillfredställande och god blodförsörjning, liksom ögon, nerver och njurar. Risken för komplikation i dessa organ ökar med diabetes. (Grefberg & Johansson, 2003).

När patienter får behandling för typ 2-diabetes, är målet att bli fri från symtom och att minska risken för komplikationer. Det är viktigt att patienten uppnår och håller en så

jämn blodsockernivå som möjligt (Eriksson, 2000). En effektiv åtgärd är fysisk aktivitet. Att förändra sina matvanor och att sluta röka har också stor betydelse (Grefberg & Johansson, 2003). När förändringar i levnadsvanor inte räcker till för att sänka blodsockernivån kan patienter behöva behandlas med läkemedel – tabletter och insulin. Tabletterna ges till exempel för att öka känsligheten hos cellerna och insulinet erbjuds för att ersätta kroppens egen insulin som inte längre tillverkas (Eriksson, 2000).

Att leva med diabetes

Shiu och Worig (2002) skriver i sin studie som utförts i Kina att personer med diabetes lever med ett ständigt hot av hypo- och hyperglykemi (låg och hög blodsockerhalt). Patienterna beskriver sig själva som ensamma och säger att familj, nära vänner och vårdpersonal inte fullt ut kan förstå vilket intensivt lidande de befinner sig i. Till exempel berättar en kvinna hur hennes ex-make inte kunde tolerera hennes konstanta självömkan och därför valde han att skilja sig från henne.

Rayman och Ellison (2004) menar att patienter med diabetes har ett stort behov av emotionellt stöd från sjuksköterskor eftersom de känner rädsla och oro. Den här studien har enbart kvinnliga deltagare. De anger att de kämpar med att leva med sjukdomen och att de sörjer förlusten av sitt tidigare liv. Allteftersom livssituationen förändras blir de tvungna att hantera många förluster. Friheten att äta vad man vill, till exempel godis, är en av dessa förluster. Detta har gjort att de själva och resten av familjen äter olika maträtter. De säger att det är viktigt att få stöd från sin familj. Enligt Wong, Haswell-Elkins, Tawoy och McCormott (2005) i en studie som utförts i Holland förekommer det bristande stöd i vissa familjer. Popoola (2005) har genomfört en studie i USA, där patienter med diabetes säger att sjukdomen har påverkat både deras ekonomiska, sociala och andliga liv. En man berättar bland annat hur han har förlorat ett ben på grund av komplikationer som sjukdomen har vållat. Detta innebar att han blev tvungen att sluta jobba och att han inte heller kunde gå till kyrkan. I samma studie framkommer att många patienter var rädda för komplikationer. Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) skriver att diabetes kan ses som något naturligt i livet ifall det kommer i samband med åldrande. Samtidigt kan det också uppfattas som något onormalt.

Sjuksköterskans undervisande roll

Ett livsvärldsperspektiv innebär att människors vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Det innebär att vårdaren måste kunna se, förstå och beskriva samt analysera patientens värld (Bengtsson, 2005).

Den värld människan lever i kallas livsvärlden. Det är i denna livsvärld som hon söker ett innehåll och en avsikt med livet. Så länge hon lever befinner hon sig i livsvärlden, en värld som hon inte kan komma ur eller ifrån (Dahlberg, 1997). Livsvärldsperspektivet innebär att sjuksköterskan exempelvis fokuserar på hur patienten upplever sin hälsa, sitt välbefinnande och sitt lidande. För att kunna ha ett livsvärldsperspektiv som vårdare behövs öppenhet. Det är viktigt att ha ett öppet förhållningssätt och att vara nyfiken (Dahlberg, 1997). Enligt Wiklund (2006) ett fungerande livsvärldsperspektiv är helt beroende av att det finns en relation mellan vårdare och patient, i vårdrelationen kan individens begär, behov och problem komma till uttryck.

Patientundervisning är en process som ger kunskaper och färdigheter samt påverkar beteenden och inställningar på ett sådant sätt att hälsan kan bevaras och förbättras. Syftet med undervisningen är att stötta och att stärka patientens kontroll över sin sjukdom (Ruderfelt & Axelsson, 2004).

Enligt Svenska sjuksköterskeföreningen (SSF, 2007) är undervisning ett av sjuksköterskans ansvarsområden och sjuksköterskan har därmed även en undervisande roll inom diabetesvården. Granum (1994) betonar att patientundervisningen kommer att bli allt viktigare till exempel på grund av flera hälsoproblem i anknytning till livssituation. Vidare beskriver Granum (1994) och SSF (2007) att en utgångspunkt med undervisning är att skapa goda inlärningssituationer. Det är viktigt att undervisningen är planerad. Granum (1994) anger att undervisningen ska vara en hjälp att förverkliga de mål som sjuksköterskan och patienten har formulerat. Klang Söderkvist (2001) skriver att sjuksköterskan kan utgå från patientens situation och tillsammans diskutera sig fram till vad som passar just denna patient. Sjuksköterskan bör betrakta patienten som en självständig individ som själv bär huvudansvaret för sin hälsa och livssituation. Wiklund (2006) skriver att människan är unik och att man behandlar människor olika i olika situationer beroende av egna tidigare kunskaper och erfarenheter. Huvudsyftet med undervisningen är att patienten utvecklar sin kompetens så att hon eller han kan ta ansvaret för sin egen livssituation (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

Enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) har sjuksköterskan en skyldighet att ge information och undervisning till patienten. Denna skyldighet beskrivs så att ”den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient skall se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (Wilow, 2003, s.34).

Sjuksköterskan har en rad pedagogiska funktioner enligt Pilhammar Andersson (2003). Det finns olika perspektiv för hur sjuksköterskan kan bemöta en patient såsom behavioristiskt, kognitivistiskt, sociokulturellt samt humanistiskt perspektiv. Behaviorism utgår ifrån att undervisaren förmedlar, ”lär ut”, något som den lärande förväntas ”lära in”. Sjuksköterskan ses som bärare av de kunskaper som patienten behöver. I själva undervisningssituationen är avsikten att påverka och förändra ett beteende som är oönskat och det gör man i form av information. Kognitivismen säger att kunskap kan kontrolleras t.ex. genom att vårdaren ber patienten att resonera om det han/hon lärt sig. Vårdare ställer frågor. Man jobbar med tankeprocesser, och förmedlar inte enbart kunskap utan har även en viss bevakning om huruvida patienten har förstått informationen. Ett sociokulturellt perspektiv integrerar tänkande (språk) och handlande i ett sammanhang, det vill säga kunskap skapas med hjälp av språket. Humanismen, har individens vilja att förändra eller inte förändra som utgångspunkt. Mötet med den lärande skall utformas så att den lärandes egen förmåga uppmärksammas. Pilhammar Andersson (2003) skriver vidare att ingen av de ovannämnda perspektiv anses som den enda rätta utan de olika perspektiven används efter behov.

Undervisning ur sjuksköterskans perspektiv

Adolfsson, Smide, Gregeby, Fernström och Wikblad, (2004) skriver att om sjuksköterskan skall undervisa patienten krävs det att patienten själv talar om vad han eller hon vill lära sig, istället för att personalen konfronterar patienten. Detta kräver att

man är en god lyssnare, är känslig mot vilken kunskap patienten saknar och kan ge den information han eller hon behöver. Det innebär också att ge patienten ett visst ansvar och uppmuntra den att finna lösningar till självbehandling.

Adolfsson m.fl(2004) menar att sjuksköterskorna i studien kände sig säkra i sin roll som experter och kände att de visste vad som var bäst för patienten. I Chan, Wah Yee, Leung & Day (2005) studie uttrycker sjuksköterskorna att det skulle vara givande om man gav patientcentrerad utbildning. I en patientcentrerad utbildning sätter sjuksköterskorna upp kortsiktiga mål som ökar möjligheten att få patienten att engagera sig i vårdprogrammen (t ex. ändring av kostmönster). Det betyder att sjuksköterskan stegvis bryter ner olika mål till mindre och mer hanterbara delmål som kan följas upp och utvecklas vid varje besök. Enligt studien är viktigt att sjuksköterskorna kan motivera patienterna så att de deltar i målprogrammen och får feedback under behandlingen. Sjuksköterskorna behöver även kunna identifiera eventuella missförstånd mellan henne/honom och vårdtagaren. Vidare skriver Chan m.fl. (2005) att en diabetessjuksköterska bör övervaka kvalitén och resultaten av den vård som ges, för att visa det professionella ansvaret. I undervisningen ingår förutom kostrådgivning även anti-diabetes-läkemedel.

Motiverande samtal

Motiverande samtal är ett patientcentrerat samtal. Det innebär att samtalet tar utgångspunkt i patientens egna uppfattningar, tankar, upplevelser och att försöker diskutera sig fram till lösningar. Det är viktigt att både patienten och diabetessjuksköterskan är aktiva vid dessa samtal, enligt Barth och Näsholm (2006). Samtalet kan sammanfattas i fem stadier. I det första stadiet är syftet att skapa kontakt och bygga en relation mellan patienten och sjuksköterskan. Detta ger patienten möjlighet att känna sig trygg och välkommen och utförs för att möjliggöra att ge patienten den hjälp som erbjuds. Andra stadiet kallas neutralt utforskande. Här kartlägger diabetessjuksköterskan patientens upplevelse av sin situation för att skapa en ömsesidig förståelse av startpunkten för förändring. Detta är efter att sjuksköterskan har fått all information som behövs från patienten. Det tredje stadiet kallas det perspektivgivande stadiet, i vilket man tar in andra personers åsikter och synvinklar av problemet. Här vet patienten att han eller hon har problem men är ännu inte redo för att själv jobba för en förändring. Det är viktigt att ge patienten den kunskap som behövs om problemet för att öka chansen för förändring. Under det fjärde och femte stadiet, som kallas det motivationsbyggande stadiet respektive besluts- och förpliktigandestadet, hjälper diabetessjuksköterskan patienten att motivera sig till förändring och stärka sin beslutsamhet inför förändringen. Här kan patienten uttrycka sin vilja till förändring.

Syftet med den här samtalsformen är att patienten ska bli mer mottaglig för råd och stöd, och egen handling (Barth och Näsholm, 2006). Enligt Ruderfelt och Axelsson (2004) är personlig motivation den viktigaste faktorn till att patienten lyckas förändra sin livssituation.

PROBLEMFÖRMULERING

Diabetes typ 2 är idag en av de största folksjukdomarna. Forskningen visar att fetma är en stor bidragande riskfaktor till denna ökning. Att drabbas av diabetes innebär att

patienten bör ändra sitt sätt att leva för att anpassa sig till sjukdomens krav. Eftersom detta är ett problem för en del patienter blir undervisningen extra viktig. Vi tror att undervisning kan underlätta livet för både patienten och dess närstående.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva patienters erfarenheter av undervisning vid diabetes typ 2.

METOD

Studien har utförts som en litteraturstudie där kvalitativa forskningsstudier analyserats för att få kunskap om hur undervisning vid diabetes typ 2 erfars ur ett patientperspektiv.

Evans (2003) beskriver en analysmodell som består av fyra faser: första faser är insamlingsfasen där problem definieras, sökord formuleras och litteratur väljs ut. Här valdes kvalitativa artiklar samt en kvantitativ artikel som hittades i databasen Cinahl och Pubmed. Utöver databassökningen gjordes även sökningar genom andra artiklars referenser. Artiklarna som valdes ut var vetenskapligt granskade. En begränsning utfördes genom att "diabetes typ 2" förknippades med andra sökord för att få fram artiklar som uppfyller kriterierna. Sökord som användes vid sökningen var: behavior-change, diabetes, education, nutrition, teaching, patient education och recommendations for diabetes. Efter ett flertal sökningar framkom 17 artiklar med anknytning till undervisning av diabetes typ 2. Kriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade efter år 1999 och inte äldre än 10 år utförda på vuxna med diabetes. Kriterierna var även att de skulle vara vetenskapliga, kvalitativa studier samt att de skulle ge svar på syftet.. Efter en genomgång av de 17 artiklarnas sammanfattningar och syften valdes fyra artiklar som ansågs ha starkast anknytning till studiens syfte. Artiklarnas referenser genomsöktes för att finna ytterligare användbara artiklar som var relevanta för arbetet, genom detta hittades ytterligare fyra artiklar.

I likhet med andra faser i Evans (2003) analysmodell av kvalitativa studier lästes de åtta valda artiklarna flera gånger för att skapa en helhetsbild. Därefter lades fokus på de resultat som presenterades i artiklarna. Varje artikel genomlästes noggrant och bedömdes utifrån dess anknytning till forskningsproblemet och syftet med studien.

Nyckelfyndet från studierna indelas i olika kategorier efter likheter. De här likheterna mellan studierna jämförs och undersöks enligt Evans tredje fas (2003). Artiklarnas olika delar markerades med färgglappar sedan plockades de markerade texterna ur deras respektive artiklar och förde samman efter dess likheter och olikheter. Därefter skapades kategorier och subkategorier. Varje subkategori har citat för att styrka innehållet. I Evans (2003) fjärde fas refereras varje kategori tillbaka till originalstudien för att jämföra hur väl dessa stämmer överens.

RESULTAT

Efter att ha analyserat artiklar om vad patienterna tyckte om undervisningen av diabetes typ 2, identifierades två kategorier och åtta subkategorier vilka presenteras i

nedanstående tabell. Under varje subkategori presenteras citat från patienter, för att ge en bild av deras upplevelser av undervisningen.

Tabell 1. Översikt av kategorier och subkategorier

Undervisningens innehåll	Patienternas önskemål
Kost	Önskan om mer tid
Medicinering	Önskan om kontinuitet
Kontroll av sjukdomen	Stöd och uppmuntran
Information om sjukdom	Gruppmöte

Undervisningens innehåll

Här presenteras mer ingående de subkategorier som förekommer i tabellen ovan: kost, medicinering, kontroll av sjukdomen och information om sjukdom.

Kost

I Phillips (2007) studie framkommer det att alla deltagare tycker sig ha lärt sig hantera sjukdomen sedan de har gått över från tabletter till insulin samt insett fördelarna av att äta grönsaker. Frandsen och Kristensen (2002) betonar i sin artikel hur viktigt det är att hälsopersonal går ut med information till diabetesdrabbade patienter. Informationen som bland annat kan bestå av vikten av att äta vid regelbundna tider, att inte hoppa över måltider, minska alkoholkonsumtion och att ta sina tabletter vid samma tid. En god undervisning om kostvanor kan hjälpa patienter att leva med diabetes. Vidare visade det sig att även om patienterna var väl motiverade att följa råd om kost och livsstilsförändringar, ansåg många att de hade fått otillräckligt med information om de föreskrivna behandlingarna. Dessutom har patienterna ofta ansett att skälen till förändringarna av livsstils och kostråden var vaga enligt Frandsen och Kristensen (2002).

Från olika studier framgår det att många patienter upplever att de har fått otillräcklig undervisning om kost. Trots att det är enkelt att definiera en huvudmåltid, vilken mat man äter, kan det variera i enlighet med lokala traditioner. Patienterna uttryckte vidare att de ansåg att det kostschema de inte fick var anpassade till deras behov och önskemål. Majoriteten av patienter upplevde svårigheter med att anpassa sina liv till den nya kosthållningen, och när de då berättade om sina problem för sjukhuspersonalen ansåg de att de fick otillräckligt med stöd och förståelse (Hernandez m.fl.,1999; Pooley, Gerrard, Hollis, Morton och Astbury ,2001; Frandsen & Kristensen ,2002).

Nagelkerk, Reick & Meengs (2006) skriver att trots att deltagarna har haft konsultation med dietister är kunskapen och förståelsen av planen för dieten bristfällig. Ett uttalande av en patient kring bristen i undervisningen som erbjöds av vårdpersonalen löd:

"I would like a diet plan with some guidelines to it. I think that is the biggest problem

that I have is not knowing what I can and what I can't (eat)." (Nagelkerk, m.fl., 2006, s. 154).

Medicinering

Frandsen och Kristensen (2002) rekommenderar personer med diabetes att ta tabletter vid samma tid varje dag. Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) skriver vidare i en studie i USA att det finns olika hinder varför personer med diabetes inte följer medicineringsprogram. Det kan vara att dessa personer uppger att de har svårt att komma ihåg att ta sina mediciner, har en allmän brist på kunskap om medicin, medicinens funktion och biverkningar samt att de har svårigheter att förstå ändringar av medicineringsprogrammet. Hernandez m.fl. (1999) skriver att det förekommer svårigheter i att passa tiden för medicineringen både för personer med ny debuterad diabetes samt de som haft diabetes under en längre period. Skillnaden är nästan obefintlig. Nagelkerk m.fl.(2006) påpekar även att medicinkostnaden är avskräckande och utgör därmed ännu ett hinder för medicineringen vilket bidrar till att de inte kan följa sitt undervisningsprogram. Detta har även bidragit till att personer med diabetes åker från Amerika till Kanada där de kan köpa mediciner billigare. En del väljer dessutom att halvera dosen av kostnadsskäl. Diabetes personerna testar även sitt blodsocker mer sällan än vad som rekommenderas. Nagelkerk m.fl. (2006) skriver att de personer med diabetes som har begränsande resurser/inkomster har svårt att bibehålla rekommenderade mediciner, och att de saknar en täckande försäkring i USA. Kostnaden för medicinerna utgör ett större problem i Amerika där studien genomfördes. En av deltagarna säger följande:

Last year I spent \$8, 000-00 in prescriptions. I am now buying my medicine (from) Canada at an 86% discount...It was either a matter of going through Canada or not taking them, because we do need to pay our light bill and phone bill, eat...(Nagelkerk m.fl. 2006, s. 155).

Kontroll av sjukdomen

Sönnerberg, Edgren & Welin (2001) skriver i en studie om personer med diabetes som har deltagit i en studiecirkel där temat var aktiv egenvård . Dessa personer uttrycker att det var viktigt med egenvård. Det handlar om att mäta blodsockret samt skriva ner mätvärden regelbundet och att ha kontroll över sin medicinering samt att skaffa sig information om hur kunskapsfältet diabetes utvecklas. Nagelkerk, m.fl. (2006) anger att vissa personer använder en positiv självvårdsstrategi och det är bara att söka efter pålitlig information genom tidskrifter eller böcker om vård av diabetes. Betydelsen av informationsökningen markeras i följande citat:

Even one article made a big difference, because it took a lot of weight off my mind as to how you are going to feel when you start having an insulin reaction or hypoglycaemic attack (Nagelkerk, m. fl. 2006, s. 155).

Information om sjukdomen

Enligt Frandsen och Kristensen (2002) fanns det stora brister i informationsspridningen om sjukdomen till personer med diabetes typ 2. Endast ett fåtal av patienterna var helt nöjda med mängden tillgänglig information. Genomgående i alla länder var att betoningen låg på diet och livsstil snarare än på själva tillståndet. Det var vanligare att patienter i USA rapporterade att de fått värdefull undervisning om diabetes typ 2 än i de

andra länderna (Frankrike, Tyskland, Spanien och Storbritannien). Ett mindre antal amerikanska patienter som kände att de inte fått tillräcklig med information från deras läkare, fick information som de behövde om sjukdomen från lokala apotek, tidningar samt organisationer. I de europeiska diskussionsgrupperna uttryckte patienter ofta sitt missnöje över informationen som gavs ut om diabetes typ 2 och flera påstod att orsaken till diet- och livsstilsförändring har varit otillräckligt förklarad (Frandsen & Kristensen, 2002). Studien av Kralik, Brown & Koch (2000) berättar hur en kvinna inte fått den information som hon önskade angående sin diabetesbehandling. Enligt henne svarade inte vårdgivaren på hennes frågor vilket ledde till att patienten fick en långvarig negativ inställning till sjukvården.

Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) skriver i sin artikel att patienter upplever att vårdplanen inte är tillräckligt individuellt utformad och att det finns brister i förståelsen av information. Citat från en patient:

“I was in the hospital... the only thing they told me when I got out is that I should make an appointment with my family physician... I was diabetic but I didn't know until after I got out... it would have been nice to know that before (my office visit). They didn't tell me at the hospital that I was now a diabetic.” (Nagelkerk, m.fl., 2006, s.154).

Många patienter upplever att de inte förstår vårdpersonalen och söker sig därför till någon annan de känner sig trygg hos och som lyssnar till deras problem, hjälper dem med att göra justeringar i deras vårdplan och ger exakta och enkla instruktioner. Det kan handla om någon annan inom vården, eller någon i vänkretsen (Nagelkerk, m.fl., 2006).

Hernandez, Antone och Cornelius (1999) har i sin artikel kommit fram till ett resultat som skiljer sig något från de ovanstående artiklarnas resultat. De patienter de har talat med uttryckte ingen önskan om att få mer information om sin sjukdom. Det visade sig dock att de antingen inte visste hur de skulle hantera sin sjukdom, eller inte ens visste vad diabetes innebar. Detta visar att även om patienterna inte uttryckte en önskan om mer information, fanns det ett omedvetet behov av både mer information och undervisning samt att den skulle vara mer lättförståelig.

Patienternas önskemål

Här nedan redovisas patienters erfarenheter och önskan om mer tid, önskan om kontinuitet, stöd och uppmuntran och gruppmöte.

Önskan om mer tid

I en studie av Pooley, Gerrard, Hollis, Morton och Astbury (2001) betonas vikten av undervisningstid för att lära patienten att hantera sin sjukdom. Det är patienterna själva som velat ha mer tid att bli undervisade om hur de skall leva med sin sjukdom. Särskilt viktigt blev det för patienterna om de drabbades av en kronisk sjukdom såsom diabetes. Studien tar även upp patienters egna erfarenheter om tidsbristen som råder:

“I think it's, it's the time. You've got to feel that you're not pushed because if you pushed because if you know, if you've got a long list of questions and you're aware that outside the room there's a long queue of people waiting, you don't like to feel that you're taking up time on perhaps something that's seen as trivial, and perhaps you tend

not to ask, think oh well, I'll leave that to next time cause you don't want to take up too much time" (Pooley m. fl., 2001, s. 6).

En effektiv konsultation och en god egenvård kan inte etableras utan att tillräcklig tid ges för kommunikation mellan patienten och sjukvårdaren. Det har konstaterats att vårdpersonalen också upplever att tiden inte räcker till för att kunna förmedla information om sjukdomen på bästa sätt. Det är därmed i både patientens respektive vårdgivarens intresse att finna tid för effektivare och längre undervisning (Pooley m.fl. 2001).

Phillips (2007) skriver i en studie om en kvinna som beskriver hur att en läkare inte hade tid att diskutera med henne. Kvinnan ville veta för och nackdelar med att använda insulin eftersom hon skulle gå över till insulinet. Hon uttryckte att läkaren sa mycket snabbt och plötsligt att hon skulle träffa sjuksköterskan, vilket medförde att hon blev orolig och förvirrad.

Önskan om kontinuitet

Kiessling och Kjellgren (2004) skriver att vid brist på undervisning och kontinuitet kan patienten uppleva att sjukvårdspersonalen inte har all kunskap om honom eller henne och detta kan leda till osäkerhet och otrygghet hos patienten:

"I think what really affected me over the past 2-3 years is the (lack of) continuity. I must have had about three doctors. When I went there the first doctor was all right and he was doing a bit of explaining. Then this new doctor came with new ideas. I think I saw her once and she left. Somebody else took over and then they got this new doctor... as the new doctor came the diabetic nurse left" (Pooley m. fl., 2001, s.7)

Här betonar Pooley m. fl. (2001) att patienter föredrar att få hjälp av samma personer ur vårdpersonalen kontinuerligt, för att de på ett bättre sätt ska kunna vara insatta i den enskilda patientens fall. Sönneberg m.fl. (2001) skriver att patienter har behov av kontinuitet gällande undervisning och rutiner till exempel vid medicinering, journalläsning och ansvarsfördelning (Sönneberg m.fl., 2001).

Stöd och uppmuntran

Diabetespatienter upplever att de behöver få idéer och erfarenheter från andra som ger stöd (Sönnerberg, Edgren & Welin, 2001). I studien utförd av Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) framkommer det att patienterna uppskattar personer som kan ge stöd och uppmuntran och kan engagera sig tillsammans med dem i undervisning och planering. En patient uttalade sig följande:

"My wife has helped me stay on my diet. She has made sure that we have had stuff in the house so I won't go off my diet. She asked me everyday whether I walked or not... I have to answer to a higher authority" (Nagelkerk m. fl., 2006, s.155).

Detta överensstämmer med det Sönnerberg m.fl. (2001) deras studie betonar vikten av att införa familjen i lärandet så att de kan ge det stöd och den uppmuntran patienten behöver. Många diabetiker upplever att hälsopersonal som själva inte är drabbade av diabetes inte kan veta hur det känns att vara diabetiker. En av patienterna säger följande:

"From what I've experienced, I think nobody would really understand unless they went through it themselves... I think a person doesn't really know anything, really understand it unless it's happened to them..." (Hernandez, Antone & Cornelius, 1999, s. 225).

Stöd och uppmuntran från andra diabetespatienter accepteras och mottas bättre än stöd från personen som undervisar om denna är en icke-diabetiker. En patient säger angående detta:

"Well, I've learned more, I think, from other people that were diabetic than from any nurses and doctors. Just because I guess when you're talking to a person that's had it, or has it, you tend to listen to them more. And so, I think it's really helpful if a person that's looking after themselves really well, and they're doing good with diabetes, and they were to find out that someone new had just become diabetic. But if they talk to him, they would get it across, come across better than, you know, professionals would " (Hernandez m. fl, 1999, s. 225).

Phillips (2007) skriver i en artikel att en gift patient tycker att han/hon får mycket stöd och uppmuntran från sin partner. Till exempel en kvinna anger att hon ser till att hennes man lyssnar noga vid undervisningen för att sedan påminna henne vad som meddelats.

Gruppmöte

Nagelkerk m. fl. (2006) skriver att deltagarna uppskattar gruppmöte som uppmuntrar till frågor, diskussioner och farhågor men påpekade också att det fanns hinder i gruppundervisningar, till exempel olämpliga tider, för långa och detaljerande undervisnings innehåll. Deltagarna uppfattade lektionerna som opersonliga och nedan uttryckte en av deltagare:

"The problem I had was the meeting that I did go to was about types of sugar problems... I really didn't understand all the type.s" (Nagelkerk, m.fl., 2006, s. 154).

Även en annan studie skriven av Frandsen och Kristensen (2002) visade att deltagarna önskade att gruppundervisningen/gruppmötena vore mer anpassade efter personliga behov och livsstil.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva patienters erfarenheter av undervisning vid diabetes typ 2. För att uppnå syftet valdes kvalitativa artiklar som beskriver patienters personliga erfarenheter av sjukdomsundervisning. Här valdes alla kvantitativa artiklar bort, bortsett från en artikel som innehöll både kvalitativa och kvantitativa studier. Vi har dock endast använt den kvalitativa delen av artikeln. Till en början läste vi igenom alla artiklar för att plocka ut de mest relevanta. Alla artiklar som skrevs utifrån sjuksköterskans perspektiv, om diabetes typ 1 och de som inte tog upp undervisningen valdes successivt bort. Artiklarna vi använde var både amerikanska och europeiska. Detta resulterade i att vår kunskap om sjukvården för patienter med diabetes typ 2 främst gäller sjukvården i Europa och USA. Vi fann dessutom en del artiklar som berörde asiatisk sjukvård, men dessa hade ett mer medicinskt perspektiv. Det var inte så enkelt att hitta lämpliga

artiklar som skrev om vårt ämne. Även vissa delar av artiklarna behandlade andra kroniska sjukdomar såsom cancer eller diabetes typ 1. Vi valde att endast ta ut den delen av artiklarna där vårt ämne behandlades.

Vid sökningen av artiklar avsattes tid till att formulera sökord som passade syftet. Till en början hade vi 20 sökord som vi tvingades att minska ner för att få mer relevanta träffar. Artiklarna skulle helst vara från år 2000 och framåt. Vi upptäckte dock hur svårt det var att få fram dessa och satte gränsen från år 1999. Där kom ytterligare en artikel till användning. Det fanns måttligt av material om diabetes men det var ett begränsat antal artiklar som utgick ifrån patienters perspektiv av undervisning vid diabetes typ 2. Informationen i sin helhet var på flera sätt otillräcklig och bristande. Artiklarna var för få till antalet samtidigt som de hade alltför få teman. Vi saknade även mer information kring gruppmöten, kontroll av sjukdomen samt vilken syn som personer med diabetes hade berörande vårdpersonalens undervisningsmetod. Ännu en svaghet i artiklarna var att de bara tog upp de negativa erfarenheterna av undervisningen. Det var också brist på svenska artiklar som skrev om erfarenheter eller upplevelser som svenska personer med diabetes hade. Det var på det viset svårt att dra slutsatsen om undervisningen uppfattas på ett mer negativt sätt här i Sverige. Det var alltså svårt att generalisera.

För att genomföra en trovärdig forskningsprocess valdes en dataanalys utformad av Evans (2003) där artiklarnas resultat analyseras i olika steg till en ny helhet. Vi anser att vårt resultat är tillfredställande eftersom vi har använt den metod som Evans (2003) beskriver för analysering.

Fördelen med Evans (2003) analysmodell är att den tydligt beskriver tillvägagångssättet i hur man analyserar artiklar där man går från helhet till delar till en ny helhet. Modellen redogör steg för steg hur vi skulle göra. Dessutom har Evans (2003) analysmodell en inriktning på kvalitativa studier. Detta innebär bland annat att patienternas upplevelser sätts i fokus.

Svagheten med vår datainsamling kan vara att vi enbart kunde använda svensk- och engelskspråkliga artiklar.

Resultatdiskussion

Det väcks tankar och känslor hos människor som insjuknar i diabetes. Personer med diabetes får leva med sjukdomen hela livet efter insjuknandet. Friska människor glömmer vanligen bort sin kropp – när man drabbas av diabetes gör sig däremot kroppen klart och tydligt påmind i form av att sockerbalansen rubbas och att man mår sämre. Uppmärksamheten koncentreras därmed ofta på den egna kroppen.

Personerna med diabetes som är med i forskningen som ligger till grund för vårt resultat, befinner sig det så kallade tredje stadiet i det motiverande samtalet (se sida 7). Enligt Barth och Näsholm (2006) är en patient som befinner sig i det tredje stadiet sugen på kunskap; man vill veta hur man kan hantera sin egen sjukdom. En person som befinner sig i det här läget vill och kan själv arbeta för en förändring. Med andra ord känner de sig motiverade i det här stadiet. Sjuksköterskan kan då hjälpa till att fylla patientens behov av information.

Vårt resultat visar, att flertalet av de patienter som ingår i de undersökningar som vårt arbete bygger på, har erfarit en bristande undervisning och information om sin sjukdom. Detta är det viktigaste vi har kommit fram till i vår undersökning. Vi tror att brist på information är ett problem som kan förekomma även bland andra patienter, och inte bara just de som ingått i artiklarna i vår studie. Det kan gälla både personer med diabetes typ 2 och personer med andra kroniska sjukdomar. Vi anser att man kan förebygga detta genom att sätta patientens perspektiv i centrum. Patienten skall ha makt över sin vård och behandlas utifrån ett helhetsperspektiv. Vården bör bedrivas som ett samarbete mellan vårdpersonalen och patienten. För att samarbetet ska fungera, behöver sjuksköterskan involvera hela patienten; såväl kropp, själ som ande. Patienten kan själv berätta och besvara öppna frågor som kan leda till en bättre förståelse. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att vårdare ofta glömmer att patienten är en unik person med egna erfarenheter och det är viktigt att inte bemöta patienten som om hon/han vore ett objekt. Wiklund (2003) betonar att patienten själv kan uttrycka vad som är bra för honom eller för henne, vilket gör att situationen känns mer naturlig och verklig. Patienten känner sig då bekräftad.

Enligt Almås (2004) skriver Socialstyrelsen (1995:5):

”att en svensk legitimerad sjuksköterska måste kunna identifiera patientens behov av information för att klara egenvård och bedöma hur behovet ska tillgodoses samt kunna instruera patienten och/eller närstående och ge lämplig informationen och kan handla enligt instruktionerna.” (Almås, 2004, s.15)

En envägskommunikation medför att patienten upplever att de står längst ned i hierarkin enligt Pilhammar Andersson (2003). Men hur kan man undvika att patienten upplever sig stå längst ned i hierarkin? Det är viktigt att sjuksköterskan har kompetens och erfarenhet. Genom ett bra förhållningssätt kan man skapa en god relation där patienten är mottaglig för information och kunskap, samt känner tillit och trygghet. Det är viktigt att bemöta patienten med uppmärksamhet och intresse. En avvisande attityd från sjuksköterskan kan hindra patienten från att uttrycka sina behov med följd att patienten inte får den hjälp han eller hon behöver. Resultatet visar att patienten vänder sig till andra källor för information snarare än att vända sig till sjukvårdspersonalen. Risken finns att patienten får felaktig information från andra källor.

När patienter får en diagnos på en sjukdom så har de mycket att tänka på och smälta gällande den information de fått av sjukvårdspersonalen. Därför kan sjuksköterskan ibland hänvisa och ge förslag till patienter om till exempel internetsidor som ger information att i lugn och ro ta till sig hemma. Sjuksköterskan kan även erbjuda broschyrer om diabetes typ 2 vid undervisningen. På samma gång kan sjuksköterskan upplysa patienterna om någon diabetesförening, där den senaste informationen om sjukdomen finns. Här kan de träffa andra patienter i samma situation och få det stöd de behöver av dem. Sjuksköterskan ska följa upp med patienten minst en gång om året för att ha insyn i om han/hon har förstått undervisningen samt hur det har gått för honom eller henne. Sjuksköterskan kan sedan erbjuda patienten ytterligare undervisning som bedrivs i grupper, om så behövs eller önskas. Samtidigt ska sjuksköterskan ta reda på vad som kan försvåra förmågan att följa upp den undervisning som patienten har fått och om de mål som har ställts upp är möjliga eller svåra för patienten att följa. Det är

även viktigt att diabetessjuksköterskan försöker höja patientens motivation, speciellt för dem som känner sig omotiverade.

Efter granskningen av artiklarna upplevde vi att patienterna vill ha klarhet om sjukdomen. När de inte får svar eller bra bemötande från sjukvårdspersonalen kan otrygghet uppstå. Otryggheten kan undvikas genom en god kommunikation. Almås (2004) skriver att genom samtal förmedlar sjuksköterskan uppmärksamhet, stöd och trygghet. Samtal medverkar till att skapa kontakt och trygghet och är en viktig bas för samarbetet mellan patienten och sjuksköterskan.

Granskning av artiklarna visar att många av de intervjuade patienterna vill behålla samma läkare (vårdgivare) vid varje besök. Vi tycker att det är viktigt att patienterna även får samma diabetessköterska vid varje återbesök. Klang Söderkvist (2001) skriver att det är betydelsefullt för patienten att få samma sjuksköterska vid återbesök eftersom när en patient bestämt sig för en förändring, kan patienten få möjligheten att få feedback. Det kan underlätta båda för patienten och sjuksköterskan att fokusera på vad patienten lyckats bra med respektive vilka situationer som varit besvärliga. Genom en kontinuerlig kontakt kan sjuksköterskan och patienten hitta en möjlighet till förändring. Det är betydelsefullt att uppföljningen passar den enskilda patienten. Ibland kan det vara tillåtet att bryta den vanliga rutinen om den inte gynnar patienten, till exempel en viss flexibilitet vid medicinutdelning, så länge det inte påverkar patientens hälsa. Det är viktigt att ta upp frågan angående önskan om kontinuitet med cheferna och diskutera problemet med kollegorna. Det är viktigt att hela arbetsgruppen eller avdelningen arbetar enhetligt, för att arbetsmetoderna ska ge resultat. Granum (1994) skriver att förändring i de här områdena kräver arbete från organisationen. Personalresurserna måste diskuteras och prioriteras.

Många patienter upplever att de behöver stöd och uppmuntran från bland annat sin familj, vilket vi framhåller i resultatet. Ruderfelt och Axelsson (2004) skriver i sin artikel att stöd gör det enklare för patienten att följa sin diet. Vidare hävdar författarna att genom att ta hänsyn till patientens kulturella bakgrund, uppnås ett förbättrat resultat i kostbehandlingen. Något annat som kan tynga sinnet är rädslan för att behöva lida och att förlora kontrollen över kroppsfunctionerna. Många patienter och deras närmaste vet att den sjuke aldrig kommer att bli frisk och att de måste lära sig att leva med en livslång sjukdom. Ska sjuksköterskan informera i form av samtal kan sjuksköterskan låta familjemedlemmarna komma till tals och vara lyhörda för vad som är viktigt för dem i den situation de befinner sig i. Ett sådant samtal ger familjemedlemmarna en känsla av att de blir sedda. De får då möjlighet att ta upp sådant som sjuksköterskan förhoppningsvis kan ge svar på.

REFERENSER

- Adolfsson, E. T., Smide, Gregeby, E., Fernström, L. & Wikblad, K., (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. **Patient Education and Counseling**, **53**, 319-324.
- Ajanki, T. (1999). **Historien om diabetes**. Lund: Historiska media.
- Almås, H. (red) (2004). **Klinisk omvårdnad del 1 & 2** (2: a uppl.) Stockholm: Liber.
- Barth, T., Näsholm, C. (2006). **Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor**. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). **Med livsvärld som grund**. Lund: Studentlitteratur.
- Chan, M. F., Wah Yee, A. S., Leung, E. L. Y. & Day, M. C. (2005). The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control. **Journal of Clinical Nursing** **15**, 770–781.
- Dahlberg, K. (1997). **Kvalitativa metoder för vårdvetare**. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O & Fagersberg, I. (2003) **Att förstå vårdvetenskap**. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, S, B. (2000). **Kropp Själ Diabetes**. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. **Australian Journal of Advanced Nursing**, **20** (2), 22-26.
- Frandsen, K., & Kristensen, J.,S. (2002). Diet and lifestyle in type 2 ´diabetes: the patient´s perspective. **Practical Diabetes Int.** **19** (3): 77-80.
- Granum, V. (1994). **Att undervisa i vårdsituationen en självständig omvårdnadsfunktion**. Lund: Studentlitteratur.
- Grefberg, N., & Johansson, L-G. (2003). **Medicinboken**. (3:e uppl.). Stockholm: Liber utbildning.
- Grefberg, N., & Johansson, L-G. (2007). **Medicinboken**.(4:e uppl.) Lund: Liber.
- Gåfvells, C., & Lorentz, K. (1999). **Diagnos diabetes och alla känslor inombords**. Växjö: Grafiska Punkten.
- Hernandez, C., Antone, I., & Cornelius, I. (1999). A Grounded Theory Study of the Experience of type 2 Diabetes Mellitus in first Nations adult in Canada. **Journal of Transcultural Nursing**, **10** (3), 220-228.

Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. **Journal of Advanced Nursing**, **47**(2), 174–182.

Kiessling, T. & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. **Vården i Norden**, **24** (4), 31-35.

Klang Söderkvist, B. (red.).(2001). **Patientundervisning**. Lund: Studentlitteratur.

Kralik, D., Brown, M. & Koch, T. (2000) Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. **Journal of Advanced Nursing**, **33** (5), 594- 602.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (red.). (2005). **Grundläggande omvårdnad**. (Del 3). Stockholm: Liber AB.

Mars, G. M. J., Proof, I. M., Janssen, P. P. M., Van Eijk, J. TH. M. & Kempen, G. I. J. M. (2006). How do people with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study **Health research institute**, **29** (6). 485-493.

Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. **Journal of advanced nursing** **54**(2), 151-158.

Nationalencyklopedin (2008) Hämtad från 2008-11-10:
<http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/artikel/648836/648836>.

Pihammar Andersson, E. (red) (2003) **Pedagogik inom vård och omsorg**. Lund: Studentlitteratur.

Phillips ,A. (2007). Experiences of patients with type 2 diabetes starting insulin therapy. **Nursing Standard**. **21**, 23, 35-41.

Pooley, C., Gerrard, C., Hollis, S., Morton, S. & Astbury, J. (2001). Oh it's a wonderful practise ...you can talk to them: a qualitative study of patients' views on the management of type 2 diabetes. **Health & Social Care in the Community** **9** (5), 318-326.

Popoola, M. M. (2005). Living With Diabetes
The Holistic Experiences of Nigerians and African Americans. **Holist nurs pract** ; **19**(1): 10-16.

Rayman, K. M. & Ellison, G. C. (2004). Home alone: The experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control. **Health care for women international** **25**; 900-915.

Ruderfelt, D. & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. **Vård i Norden**. **24** (4) 9-14.

Shiu, A.T –Y. & Wong, R,Y –M. (2002). Fears and worries associated with hypoglycaemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients **Journal of advanced nursing**, **39** (2), 155-113.

Socialstyrelsen. (1999). **Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Information till dig som har diabetes mellitus.** Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskförening. (2007). **Patientundervisning och patienterslärande.** Stockholm: Gothia förlag.

Sönnerberg, E., Edgren, L. & Welin, L. (2001). Patientrollen i en värld i förändring. **Vård i Norden**, **4**. 38-41.

Wiklund, L. (2006). **Vårdvetenskap i klinisk praxis.** Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Wilow, K. (2004). **Författningshandboken.** (HSL 1998: 531). Stockholm: Liber AB.

Wong, M., Hawell- Elkins, M., Tomwoy, E., McDermott, R.& d'Abbs, P. (2005). **Perspectives on clinic attendance, medication and foot-care among people with diabetes in the Torres Strait Islands and Northern Peninsula Area.** Aust. J. Rural Health **13**, 172-177.

Bilaga 1. Översikt av analyserad litteratur

	Perspektiv (vårdvetenskapliga eller andra teoretiska perspektiv)	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Diet and lifestyle in typ 2 diabetes. The patient perspective.</p> <p>Författare: Frandsen, K., & Kristensen, J., S.</p> <p>Tidskrift: Praactical diabetes Int., 19 (3), 77-80</p> <p>Årtal: 2002</p>	<p>Patienters perspektiv</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka patienters syn på förståelse och följsamhet till kost, livsstil och medicinering</p>	<p>En studie som inkluderar fem länder; Frankrike, Spanien, Tyskland, Storbritannien och USA. Två grupper från varje land med åtta till tio personer deltog, förutom från USA där sex grupper deltog. Personerna i grupperna skulle vara över 40 år och ha diabetes typ2. Data samlades genom både kvalitativa gruppsamtal och genom kvantitativa frågeformulär. Det totala antalet patienter i urvalet var 123 st.</p>	<p>Patienter är motiverade att få råd och att ändra på sin livsstil men känner att de inte fått den information de förväntat sig. De har brist på information eller förståelse om hur man behandlar diabetes. Många patienter erkänner att de tycker att det är svårt att undvika mat man tidigare tyckte om och att inta måltider vid regelbundna tider. Patienterna har svårt att förstå vikten av livsstillsändring, eftersom de lider av brist på information.</p>
<p>Titel: A Grounded Theory Study of the Experience of type 2 Diabetes Mellitus in first Nations adult in Canada</p> <p>Författare: Hernandez, C., Antone, I., & Cornelius, I.</p> <p>Tidskrift: Journal of Transcultural Nursing, 10 (3), 220-228</p> <p>Årtal: 1999</p>	<p>Patienters perspektiv</p>	<p>Studiens syftet är att undersöka erfarenheter bland vuxna nordamerikanska urinvånare med diabetes typ 2</p>	<p>En kvalitativ studie där deltagarna skulle vara över 21år, ha diabetes typ 2, ha burit diagnosen minst ett år samt kunna tala engelska. Deltagarna var sex kvinnor och fyra män. Sex av deltagarna var gifta, en var skild, en var separerad , en var änkebliven och en var ensam. Deltagarna intervjuades vid två tillfällen.</p>	<p>Resultatet visar att deltagarna önskar ha mer undervisning om diabetes typ 2 och att det finns tre faser av sjukdomen. Liknande faser finns för typ 1 diabetes hos vita, men en del viktiga skillnader finns. Övriga intressanta fanns det dessutom en stark tro på diabetesundervisning hos patienterna.</p>
<p>Titel: Patienters upplevelse av delaktighet i vården.</p> <p>Författare: Kiessling, T. & Kjellgren, K.</p> <p>Tidskrift: Vården i Norden, 24 (4), 31-35</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Patienters perspektiv</p>	<p>Syftet var att beskriva delaktighet i vården och att kartlägga vilka faktorer som patienterna upplevde hade betydelse för deras delaktighet.</p>	<p>En kvalitativ studie baserad på intervjuer. I studien deltog fyra kvinnor och fyra män. Deltagarna skulle vara över 25 år, intervjuerna pågick 15-40 minuter och spelades in på ljudband. En av intervjuerna varade endast 15 minuter på</p>	<p>Det framkom tre teman: behov av samtal, behov av kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen och behov av kontroll. Alla teman var viktiga för och påverkade patientens möjlighet till delaktighet.</p>

			grund av intervjupersonen just då mätte dåligt.	
<p>Titel: Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness.</p> <p>Författare: Kralik, D., Brown, M., & Koch, T.,</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 33 (5), 594-602.</p> <p>Årtal: 2000</p>	Patienters perspektiv	Syftet med studien är att öka medvetenhet hos hälsopersonal om att medicinska diagnoser kan ge allvarliga följder för patienten och kan problematisera självvidentiteten.	Kvalitativ studie. Studien sätter fokus på upplevelser i att ta emot en medicinsk diagnos på en livslång sjukdom. Deltagarna var sex kvinnor som har diabetes typ 2. Intervjupersonerna träffades åtta gånger och varje session varade två timmar.	Att ta emot en medicinsk diagnos på en livslång sjukdom är påfrestande för kvinnor och deras familjeliv. Många kvinnor känner sig ensamma med sina sjukdomar och upplever att de inte får tillräckligt med information.
<p>Titel: Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management.</p> <p>Författare: Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L.</p> <p>Tidskrift: Journal of advanced nursing, 54 (2), 151-158.</p> <p>Årtal: 2006</p>	Patienters perspektiv	Syftet är att belysa de uppfattade hinder och effektiva egenvårdsstrategier som boende på landet med diabetes typ 2 patienter upplever.	En kvalitativ studie där deltagarna skulle vara över 21 år, ha diabetes typ 2, kunna tala engelska samt äga en telefon. 26 deltagare ingick i studien. Sex till 12 av dem träffades åt gången i två timmars långa pass under tre kvällar. En av dessa kvällar användes bandspelare. Deltagarna fick öppna frågor.	Det vanligaste rapporterade problemet var brist på kunskap, brist på förståelse av vårdplanen, känsla av hjälplöshet och frustration. Brist på kontroll över blodsocker och fortsatt sjukdomsförlopp trots att man följde dieten.
<p>Titel: Oh it's a wonderful practise ...you can talk to them: a qualitative study of patients' views on the management of type 2 diabetes.</p> <p>Författare: Pooley,C., Gerrard,C., Hollis,S., Morton,S.&Astbury,</p> <p>Tidskrift: J. Health & Social Care in the Community, 9 (5), 318-326.</p> <p>Årtal: 2001</p>	Patienters och hälsovårds-personals perspektiv	Den undersöker utsträckningen av hur patientens och hälsopersonalens syn på genomförandet av behandlingen överensstämmer, samt tar upp frågor kring patientens bemyndigande (empowerment) och undervisningens karaktär.	Kvalitativ studie I studien deltog 47 patienter och 38 hälsovårdsyrkesmän (fem diabetes, tre distriktsköterskor, fem dietist, fyra kiropraktor, sju allmänläkare, tre optiker och nio sjuksköterskestudenter samt två diabeteskonsulter).	Det framkom fem teman: brist på tid för rådgivning, brist på kontinuitet i fråga om personal, behov av ställa frågor vid rådgivning och att det krävs förmåga från personalen att lyssna på vad patienter har att säga samt att patienter är olika individer med olika behov.
<p>Titel: Patientrollen i en värld i förändring.</p> <p>Författare: Sönnnerberg, E., Sönnnerberg, E., Edgren, L. & Welin, L.</p>	Patientperspektiv	Syftet är att beskriva och analysera hur individer med diabetes förväntar och upplever att reflektera över sin patientroll och dess möjligheter i en studiecirkel.	En kvalitativ studie. Gruppintervjuer. Studiens urval omfattar 12 personer som var över 58 år. Bland de är åtta kvinnor och fyra män. Deltagarna träffades nio gånger	Resultatet visar att patienter har behov av att möta andra i samma situation, och få idéer från varandras erfarenhet av att leva med diabetes samt från varandras möten med vården.

<p>Tidskrift: Vård i Norden, 4. 38-41. Årtal: 2001</p>			<p>under fyra månader med en uppföljande träff efter tre månader.</p>	
<p>Författare: Phillips, A . Tidskrift: Nursing Standard. 21, 23, 35-41. Patientperspektiv. Årtal: 2007</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Syftet är att undersöka personer med diabetes typ 2:s erfarenheter att gå över till insulinbehandling.</p>	<p>Kvalitativ studie. Enskilda intervjuer, genomfördes med åtta patienter som hade insulin längre än ett år. Det var 4 kvinnor och 4 män. Kvinnorna var 59-72 år och männen var 49-72 år.</p>	<p>Resultatet visar att deltagarna var inte medvetna om den progressiva karktären av diabetes typ 2 och behovet av att behandlingen kan ändras till insulin.</p>