

Vägen mot empowerment

En litteraturstudie om sjuksköterskans empowermentfrämjande strategier i patientundervisning av personer med diabetes typ 2

FÖRFATTARE	Linda Alexandersson Therese Johansson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete i omvårdnad VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingrid Johansson
EXAMINATOR	Sandra Pennbrant

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Vägen mot empowerment En litteraturstudie om sjuksköterskans empowermentfrämjande strategier i patientundervisning av personer med diabetes typ 2
Titel (engelsk):	The road towards empowerment A literature review on the empowerment promoting strategies of the registered nurse in patient centered education of persons with type 2 diabetes
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/högskolepoäng:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 HP
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Linda Alexandersson, Therese Johansson
Handledare:	Ingrid Johansson
Examinator:	Sandra Pennbrant

SAMMANFATTNING

Forskning visar att empowerment ger ett ökat holistiskt välbefinnande. Empowermentredskapet i diabetesvården innebär att sjuksköterskan sätter patienten i centrum och hjälper honom att hitta kunskap och egen motivation. Med detta i grunden har patienten goda förutsättningar att självständigt fatta beslut, föreslå behandlingar, reflektera och utvärdera resultatet av dem tillsammans med sjuksköterskan. Empowermentinriktningen i patientundervisningen genomsyras av en strävan efter en känsla av jämlikhet och respekt, samt en önskan att gemensamt komma fram till problemlösningar. Som beskrivande teori har Orems egenvårdsteori använts. Uppsatsen syfte var att genom en litteraturstudie beskriva vilka strategier sjuksköterskan använder i patientundervisning för att uppnå empowerment hos personer med diabetes typ 2. Fokus lades på män och kvinnor, 19-44 år med diagnosen diabetes typ 2. Diabetes typ 2 är en av våra folksjukdomar vars prevalens har ökat i dagens moderna samhälle där snabbmat och en mer passiv livsstil blivit vanligare. Då diagnosen som tidigare kallades "åldersdiabetes" blir allt vanligare i yngre åldrar, är det viktigt att med ett lyhört, otvunget arbetssätt kunna motivera denna patientgrupp till en hälsosammare livsstil. Litteraturstudien baserades på elva artiklar som söktes fram i databaserna *PubMed* och *Cinabl*. Kraven på artiklarna var att de skulle vara jämförbara med svenska förhållanden och publicerade senaste tio åren. I analysfasen av artiklarna framkom huvudtemat "*Sjuksköterskans strategier för att främja empowerment i patientundervisning*" och fyra subteman med dess innehåll. I resultatet framgick att om sjuksköterskan såg till personen bakom sjukdomen, visade empati, intresse för patienten som helhet, samt arbetade för att jämlikhet skulle råda i vårdrelationen, spelade det stor roll för hur patientens motivation och självförtroende utvecklades. Empowermentstrategin gynnar egenvården hos patienter med diabetes. Slutsatsen var att en strävan efter empowerment och en delaktig patient, vilket ger ökad *KASAM*, är det idealiska.

Sökord: *Type 2 diabetes, Diabetes Mellitus, non-insulin dependent, empowerment, motivation, attitude, prevention, patient-education, nursing, education.*

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DIABETES	1
Orsak och diagnostisering	1
Senkomplikationer	3
Behandling	3
<i>Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)</i>	
<i>och fysisk aktivitet på recept (FaR)</i>	4
OLIKA PEDAGOGISKA BEGREPP	
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	4
PATIENTENS UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED DIABETES	6
OMVÅRDNADSTEORI	8
Omvårdnadsteoretisk anknytning	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	10
METOD	10
LITTERATURSÖKNING	10
Avgränsningar (limits) i litteratursökningsarbetet	10
<i>Relaterade artiklar</i>	10
Urvalsprocessen	10
ANALYS AV ARTIKLAR	11
RESULTAT	12
SJUKSKÖTERSANS STRATEGIER FÖR ATT FRÄMJA EMPOWERMENT I PATIENTUNDERVISNING MOT EMPOWERMENT	12
Motivation	12
<i>Att sjuksköterskan motiverar personen till egenvård med hjälp av stöd och undervisning</i>	12
<i>Att sjuksköterskan motiverar personen till att förändra sin livsstil</i>	12
<i>Att sjuksköterskan motiverar personen till att få tilltro till sina egna förmågor och förbättrat självförtroende</i>	13
Sjuksköterskans roll	13
<i>Sjuksköterskan som skuldbeläggande maternalist</i>	13
<i>Sjuksköterskan som inspirerande coach</i>	14
Kompetens	14
<i>Att sjuksköterskan har kunskap om personens privata liv och kunskap om diabetes</i>	15
<i>Att sjuksköterskan tillsammans med personen reflekterar och identifierar hur vardagen med diabetes ska se ut</i>	15
<i>Att sjuksköterskan tillsammans med personen formar en vårdplan</i>	15

<i>Att sjuksköterskan uppmuntrar personen att skriva dagbok</i>	15
<i>Att sjuksköterskan tillsammans med personen vågar experimentera och utvärdera vårdbesluten</i>	16
Målsättning	16
<i>Att sjuksköterskan sätter upp mål tillsammans med personen</i>	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
REFERENSER	22
BILAGOR	
1 Figur 1 Orems tredelade hierarkiska struktur för egenvårdskapacitet	
2 TABELL 1 Datainsamling PubMed	
3 TABELL 2 Datainsamling CINAHL	
4 Artikelpresentation av samtliga utvalda artiklar till resultatdelen	
5 Presentation av de 23 frågor som ingår i <i>The Swedish Diabetes Empowerment Scale 23 (Swe-DES-23)</i>	

INLEDNING

Under vår utbildning till sjuksköterskor har vi vid ett flertal tillfällen stött på många stora utmaningar som den yrkesverksamma sjuksköterskan möter i sitt arbete. Att vara pedagogisk och att möta patienten där han befinner sig i sin livsvärld, med alla de svårigheter som diagnosen och situationen medfört, är en av dessa utmaningar.

I Socialstyrelsens *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005) står det att sjuksköterskan bland annat ska ha förmåga att informera och undervisa patienter och närstående. Sjuksköterskan ska ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling genom en dialog med patient och närstående, samt förvissa sig om att de förstår den information som givits dem (a.a.).

Vi har valt att genomföra en litteraturstudie för att söka efter användbara verktyg att ta med oss in i vår kommande yrkesroll och möten där utmaningen att motivera patienten är stor. Trots att vi har stor teoretisk kunskap om behandlingar och patofysiologi, är det svårt att omsätta tanke till en god pedagogisk handling. En handling som ska göra att patienten väljer att tillförsäkra sig vår kunskap och med hjälp av den nå en större motivation till en bättre hälsa. Att som sjuksköterska besitta konsten att genomföra framgångsrika, patientcentrerade och vårdande samtal anser vi vara en viktig ingrediens till framgångsrik omvårdnad. Sjuksköterskans målsättning med samtalen är att öka patientens motivation till egenvård, samt en önskan om ett friskare liv med ökad livskvalitet vid kronisk sjukdom.

Under samtliga verksamhetsförlagda utbildningsplaceringar har vi mött patienter med varierande kroniska diagnoser. Bland dessa var det diabetes typ 2 som fängade vårt intresse. Detta på grund av att det är en diagnos som många kan relatera till och med osunda vanor löper risk att få.

BAKGRUND

Det finns olika typer av diabetes, bland annat typ 1, typ 2, graviditetsdiabetes och sekundär diabetes. I denna litteraturstudie har fokus lagts på att endast beskriva diabetes typ 2 och kommer fortsättningsvis att referera till densamma som endast diabetes.

DIABETES

Orsak och diagnostisering

Diabetes uppkommer genom att en insulinresistens uppstår i kroppen. Resistensen utvecklas oftast under en längre tid för att senare i sjukdomsförloppet även påverka produktionen av insulin i pankreas, som då minskar (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2007).

Anledningen till insulinresistens är komplex och det finns flera orsaker såväl genetiska som miljöbetingade. Riskfaktorer för utveckling av sjukdomen är framför allt övervikt och fysisk inaktivitet. Tidigare kallades sjukdomen för åldersdiabetes då det främst var personer över 50 år som drabbades. Debutåldern för insjuknande i diabetes vandrar dock ner i åldrarna och i USA är den nu allt vanligare hos barn (Mulder, 2008).

Diabetes och det metabola syndromet är associerade med varandra även om vissa anser att diabetes är en del av syndromet och andra menar att diabetes orsakar syndromet. Begreppet metabolt syndrom är omtvistat och en del menar att det bara ska ses som rubbningar som är lika hos ett stort antal patienter. Bland dessa förändringar finns förhöjt body mass index (BMI), blodtryck, blodfetter och äggvita i urinen (mikroalbuminuri) (Mulder, 2008).

Det finns två viktiga faktorer som bidrar till insulinresistens och utveckling till diabetes. Den ena är fetma och i Sverige är ungefär 15 % av befolkningen kraftigt överviktiga med ett BMI på över 30 (N= 19-25), i USA är siffran 60 %. Var på kroppen fett sitter anses ha stor betydelse och kvinnlig fetma, "päronfetma" är mindre skadlig än manlig fetma, "äppelfetma". Anledningen till att skadan är större när fett sitter runt buken, visceralt, än runt lår och höfter, subcutant, är att den visceral fetman påverkar viktiga inre organ som exempelvis levern genom exponering av skadliga fetter (Mulder, 2008).

Den andra viktiga faktorn som bidrar till insulinresistens är minskad fysisk aktivitet. Vid fysisk aktivitet förbränner kroppen energi och om förbränningen överskrider den mängd energi som vi tillför kroppen utnyttjas även energidepåerna. I första hand utnyttjas glykogen från levern och därefter triglycerider i fettväven. På detta sätt minskas även risken för övervikt. Detta är inte det enda positiva med fysisk aktivitet. Insulin är ett av kroppens uppbyggande (anabola) hormon och en hög grad av fysisk aktivitet gör att effekten av denna förstärks samt att insulinkänsligheten i cellerna ökar och därmed minskar behovet av insulin (Mulder, 2008). Studier har visat att fysisk aktivitet två till tre gånger per vecka i kombination med en viktminskning på 5 % kan öka insulinkänsligheten (FYSS, 2008).

Diabetes utvecklas under en lång tid och börjar med insulinresistens i insulinberoende vävnader såsom skelettmuskulatur, lever och fettvävnad. Resistensen gör att betacellerna i pankreas ökar sin insulinsekretion och detta medför hyperinsulinism vilket efter 10-15 år gör att betacellernas förmåga att bilda insulin minskar och ger en insulinbrist i kroppen. Denna process pågår i flera år innan diagnosen diabetes kan ställas och det är först då det gått så här långt i sjukdomsförloppet som insulinbehandling behövs. När insulinbristen väl inträtt kommer de klassiska symtomen på ett förhöjt blodsocker såsom polydipsi (stor törst), polyuri och trötthet. Diagnos ställs genom mätning av fasteglukosvärden. Då dessa vid upprepade mätningar ligger över 7,0 mmol/l är diabetes ett faktum. Vanligt är också att göra en glukosbelastning som via olika kriterier fastställer om patienten antingen har diabetes eller nedsatt glukostolerans (Alvarsson et. al., 2007).

Att mäta medelblodglukosnivån (HbA1c) från en period som utgår ifrån mätillfället och åtta veckor tillbaka, är en god hjälp i uppföljning och utredning av personer med diabetes. Detta fungerar genom att hemoglobinet, som är ett protein och den glukosbindande delen av erytrocyten, analyseras. Vid höga glukosvärden finns fler glykerade hemoglobinmolekyler i blodet. En erytrocyt lever maximalt i 120 dygn och därför går det inte att mäta blodsockret längre tillbaka än denna period. Bindningen mellan glukos och hemoglobin är irreversibel och genom att mäta hur stor andel av hemoglobinet som är glykerat fås ett långtidsvärde av blodglukosnivån (Alvarsson et. al., 2007).

Senkomplikationer

För en person med diabetes är målet med behandlingen att glukosnivåerna ska ligga normalt och på så sätt minskas risken för de senkomplikationer som diabetesjukdomen kan ge. Anledningen till varför de klassiska diabeteskomplikationerna uppstår, är att kärlendotel, nervceller, njurceller och erythrocyter inte är insulinberoende för sitt glukosupptag. Vid hyperglykemi passerar mycket glukos in i dessa celler och leder därmed till komplikationer som makroangiopati (ateroskleros i hjärta, hjärna och perifera kärl) och mikroangiopati (retinopati, nefropati och neuropati) (Alvarsson et. al., 2007).

Behandling

Olika delar i behandlingsregimen är kost, motion, insulin och peroral antidiabetika. I denna uppsats kommer dock inte fokus att vara på läkemedelsbehandling som insulin och antidiabetika (Alvarsson et. al., 2007) utan fokus ligger på ickefarmakologisk behandling, vad sjuksköterskan kan göra och hennes strategier.

Kost som gynnar en bättre glukoskontroll bör vara fiberrik, fettbalanserad och bestå av rätt kolhydrater. En person med diabetes bör få kostrådgivning för att förstå hur maten påverkar glukosnivåerna och hur fiberinnehållet påverkar tarmens glukosupptag (Alvarsson et. al., 2007).

Valet av kolhydrater bör styras av kolhydratens glykemiska index (GI). Rekommendationerna säger att en person med diabetes bör äta tre huvudmål per dag samt ett par mindre mellanmål. Fettet ska i största möjliga mån komma från enkel- och fleromättat fett. Mer än hälften av energin som intas bör utgöras av sammansatta kolhydrater, de ska vara kostfibrerika och långsamma med bibehållen cellstruktur och hög grad av stärkelseförklstring. Detta för att upptaget i tarmen ska ske långsamt och skadliga glukosstegringar ska undvikas. Exempel på livsmedel med högt GI, som alltså bör undvikas, är kolhydrater som läsk, potatis och vitt bröd. Något som också bör beaktas är hur maten tillagas, till exempel har råstekt potatis lägre GI än kokt (Alvarsson et. al., 2007).

Hur fiberrik maten är har också betydelse för hur snabbt glukosupptaget i blodet sker. Ju längre maten stannar i ventrikeln, desto bättre. Som exempel resorberas hel frukt långsammare än mosad frukt. När nedbrytningen sker snabbt, som vid intag av till exempel sötsaker, ger det ett snabbt glukosupptag från tarmen som gör att betacellerna i pankreas utsöndrar mer insulin, vilket i sin tur innebär att glukos omvandlas till fett och lagras i fettdepåer (Alvarsson et. al., 2007).

Motion och fysisk aktivitet är en viktig del i förebyggandet av komplikationer eftersom nästan alla patienter även har det metabola syndromet. Motion motverkar det metabola syndromet genom bland annat viktnedgång. Motion har inverkan på olika riskfaktorer som hypertoni, förhöjda triglycerider, övervikt och insulinresistens. Det gynnar också blodcirkulationen vilket kan vara av stor nytta för patienter med sår. Även en lågintensiv fysisk aktivitet är mycket gynnsam hos personer med diabetes och vardagsmotionen kan räcka långt. Det är bättre med lågintensiv träning på regelbunden basis, än högintensiv men oregelbunden träning (Alvarsson et. al., 2007).

Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) och fysisk aktivitet på recept (FaR)

Förkortningen FYSS betyder fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Fysisk aktivitet på recept som FaR står för är ett komplement eller en ersättning för läkemedel. Legitimerad personal som sjuksköterskor och sjukgymnaster kan skriva ut recept (förutsatt att kunskapen finns som krävs för att utföra uppgiften korrekt). Innan ordination ges till patient, tar sjuksköterskan anamnes på fysisk aktivitet för att bedöma hur fysiskt aktiv personen är. I anamnesen tar sjuksköterskan reda på vilken typ av aktivitet som personen utför, samt frekvens, duration och intensitet på denna. Råden som sedan ges är individuella och ska bestämmas i samförstånd mellan förskrivare och person. Receptet ska vara tydligt och ange vilken fysisk aktivitet som är lämplig och dos, det vill säga: intensitet, duration och frekvens. Regelbunden fysisk aktivitet för personer med diabetes har effekt på vävnadernas känslighet för insulin, både i aktivitet och i vila. Enligt en randomiserad studie på en grupp personer med tablettbehandlad diabetes, visade det sig att fysisk aktivitet två till tre gånger per vecka i kombination med kostråd, är lika effektivt för att få ett bättre HbA1c-värde som att börja med insulin (FYSS, 2008).

OLIKA PEDAGOGISKA BEGREPP INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Modern hälso- och sjukvård går mer och mer mot att arbeta mer patientcentrerat. Med ett *patientcentrerat perspektiv* i vården går sjuksköterskan in i ett möte med patienten med en vilja att utjämna maktförhållandena som traditionellt råder mellan patient och vårdare (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). Sjuksköterskan tar reda på personens egna önskningar, erfarenheter, förväntningar och känslor runt sin vårdssituation och stödjer honom i detta för att få fram hans motivation för behandling (Henbest & Stewart, 1989) och försöker även att få bådats perspektiv att mötas (Kjellgren, 2007). I ett patientcentrerat möte är det viktigt att inte styra personen mot ett redan förbestämt mål, utan sträva efter att utgå ifrån hans situation. Tillsammans diskuterar personen och sjuksköterskan fram vilka omvårdnadsåtgärder och terapier som är adekvata för personen och hans önskningar (Henbest & Stewart, 1989).

En viktig del i behandlingen av diabetes är det *motiverande samtalet* som är en samtalsmetod med syfte att öka personens motivation till att söka hälsa. Motiverande samtal, eller motivationshöjande samtal, kommer från engelskans "*motivational interviewing*" och förkortas *MI*. Det motiverande samtalet arbetades fram i början av 1980- talet och hade från början målet att ändra människors alkoholvanor. Numera används *MI* inom de flesta discipliner. I det motiverande samtalet utgår sjuksköterskan från fyra grundläggande principer: visa empati, utveckla diskrepans (synliggöra skillnaden mellan nuvarande beteende och det önskvärda beteendet), stärka patientens självkompetens samt minska personens motstånd mot förändring (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2009). Ett *MI*-samtal utgår från personen som har ett behov av ett förändrat beteende. Även om det är sjuksköterskan som styr samtalet, är det sällan sjuksköterskan som är experten, utan båda parter utbyter tankar, funderingar och synpunkter som bidrar till att utveckla förändring (Barth & Näsholm, 2006).

En annan viktig del i behandlingen av diabetes är *self-management*, vilket innebär att öka kunskapen om sig själv och ta kontrollen över sitt liv (Stjernvall, 2008). Detta behöver en person nå upp till innan han når *empowerment*. Begreppet *empowerment* definierar den pedagogiska riktningen i patientundervisningen där sjuksköterskan och personen strävar efter en ökad patientautonomi och bemyndigande genom att

arbeta med att utveckla hans självbild och tilltro till sina egna förmågor (Maunsbach, 1999). Detta har för avsikt att ge personen det självförtroende, kraft, mod och kunskap som han behöver för att känna att han är självklar och delaktig i utformningen och planeringen av vården mot ett friskare liv. Björvell och Insulander (2008) förklarar *empowerment* med följande citat (Björvell & Insulander, 2008):

“Patients are empowered when they have the knowledge, skills, attitudes and self-awareness necessary to influence their own behavior and that of others in order to improve the quality of their lives.” (Björvell & Insulander, 2008, s. 91)

Det finns en basförutsättning som krävs av personen för att uppnå det bemyndigande som *empowerment* innebär. Den består av en vilja till att införskaffa sig kunskap om sin situation och diagnos, samt om vilka attityd- och beteendeförändringar som kan behöva förändras. Med detta i grunden har personen goda förutsättningar att självständigt kunna fatta beslut om och kompetens för att föreslå behandlingar och sedan reflektera och utvärdera resultatet av dem tillsammans med sjuksköterskan. Empowermentinriktningen i patientundervisningen genomsyras av en strävan efter en känsla av jämlikhet och respekt och en önskan att gemensamt komma fram till problemlösningar (Björvell & Insulander, 2008). Empowerment som redskap i diabetesvården innebär att sjuksköterskan sätter patienten i centrum och hjälper honom att hitta kunskap och egen motivation. Detta gör sjuksköterskan för att personen själv ska kunna hitta metoder till att kontrollera sin sjukdom och öka sin psykosociala status, och på det sättet undvika komplikationer i framtiden (Anderson & Funnell, 2000).

Jämlikhet mellan patient och sjuksköterska benämns även som *concordance*, vilket betyder samstämmighet. Den förutsätter jämställdhet och en bra kommunikation mellan sjuksköterskan och personen där erfarenheter och kunskapsutbyten sker (Towle & Godolphin, 1999). De arbetar tillsammans och har en gemensam syn på sjukdomen och valet av behandlingsform (Dickinson, Wilkie & Harris, 1999). Detta samarbete stärker personen i sin självbild och hjälper honom framåt mot *empowerment* och ger goda förutsättningar för honom att genomföra sin behandling (Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning, 1999).

Tidigare använde forskarna inom vårdvetenskapen begreppet *compliance*, som betyder följsamhet, då de beskrev patienters motivation till att följa omvårdnadsplaner. Detta begrepp har de senaste åren blivit kritiserat och används numera inte lika ofta. *Compliance* signalerar tvång och är ett mått på hur väl en personen ”lyder order” och exempelvis om han tar sina förskrivna läkemedel enligt ordination. Begreppet tar ingen hänsyn till bakomliggande orsaker till viljan eller oviljan att följa ordinationer utan ser enbart till den kliniska viljan för att uppnå rätt resultat av behandlingen (Steiner & Earnest 2000). Lindskog (2004) definierar *compliance* som:

”foglighet, följsamhet: 1. vävnadseftergivlighet; en vävnads förmåga att uttänjas el. ge efter för tryck t.ex. lungvävnaden; 2. Ordinationsföljsamhet, en patients förmåga att följa givna föreskrifter t.ex. att ta sina mediciner på angivet sätt.” (Lindskog, 2004, s. 128)

Motsatsen är *non-compliance* som syftar på att personen inte följer vårdplanen på det önskade sättet (Steiner & Earnest 2000).

Som svar på frågan: ”Vad är det som gör att människor är friska, och förblir friska?” myntade sociologen Aaron Antonovsky (1991) begreppet ”*känsla av sammanhang*”, eller *KASAM* som det oftast benämns i litteraturen. Han beskriver med detta begrepp hur befintliga personliga förutsättningar påverkar vår förmåga att anpassa oss till en situation samt välja den copingstrategi som är mest ändamålsenlig. Med det frågeformulär som Antonovsky (1991) utvecklade kan en persons *KASAM* mätas för att se dennes förutsättningar till att hantera livets olika skiften och bibehålla hälsa. Ett högt testresultat pekar på en hög känsla av sammanhang och större tillit till sin egen förmåga att kunna anpassa sig och angripa en utmaning på ett effektivt sätt (Antonovsky, 1991).

Antonovsky (1991) menade att en person aldrig är helt frisk eller helt sjuk. Han menade att vi alltid rör oss mellan de två ytterligheterna och att graden av *KASAM* bestämmer var vi befinner oss på skalan. *KASAM* påverkas av tre komponenter i en situation: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991). Ett enkelt sätt att förklara *KASAMs* påverkan på den sjukes tillstånd är: ”det är inte hur man har det, utan hur man tar det”.

I denna uppsats kommer olika sätt att ta sig an patientundervisningen, som för sjuksköterskan visat sig vara framgångsrika, att beskrivas. Inom pedagogiken är *didaktik* ett centralt begrepp. I sjuksköterskans undervisning av patienter beskriver och analyserar didaktiken undervisningen för att sjuksköterskan ska kunna utarbeta den ultimata miljön för patienters lärande. Den genererar också ett medvetet reflekterande hos sjuksköterskan för att skapa en stabil grund bestående av planering och beslut gällande undervisningens upplägg (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004).

PATIENTENS UPPLEVELSE AV ATT LEVA MED DIABETES

Ett besked om att vara drabbad av en kronisk sjukdom är något som förändrar en persons perspektiv på livet och väcker många känslor. Över en natt går personen från att vara en normal frisk människa med möjlighet till frihet och spontana infall, till att leva ett liv styrt av regler och rutiner. Fasta rutiner med blodsockermätningar, regelbundna måltider och motionspass för att undvika obehagliga symtom från hyper- eller hypoglykemi är nu en del som alltid måste planeras in i alla aktiviteter (Svenska Diabetesförbundet 1, 2006).

Många personer med diabetes brottas med känslor av skuld och att de ”syndar” när de äter en chokladkaka, inte motionerar eller mäter blodsockret så ofta som de borde. De får starka skamkänslor, inte bara inför sin diabetessjuksköterska, men också inför sig själv för att de inte klarat av att följa de riktlinjer som de fått (Lindberg 1, 2006). För att hålla sjukdomen i schack måste en person med diabetes äta rätt kost och motionera. För en del personer med diabetes är detta allt som behövs för att de ska må bra. Andra måste äta läkemedel i tablettform, medan en del måste vänja sig vid att dagligen injicera sig själv i magen för att inte få symtom (Svenska diabetesförbundet 2, 2006). Nedanstående citat är en målande beskrivning över hur vardagen kan se ut för en person med diabetes:

”Fyra gånger om dagen, åtta, tolv, fyra och åtta [...] tog [hon] blodsockerprov. Snart visste hon inte vilket finger hon skulle räkna fram. De var alla tätt punkterade, utom lillfingerarna och tummarna som inte brukade användas. Efteråt blev det ömt på fingertoppen som om man petat ut en sticka.” (Björkman, 1975, s.30-35. Text inom klamrar är ändringar gjorda för att passa in texten i sammanhanget)

Det är inte helt ovanligt att en person med diabetes går in i perioder av sjukdomsförnekelse. Detta kan inträda efter en längre symtomfri period då personen tror att han nu är botad från sin diabetes. Men när personen slutar att sköta kosten och sin medicinering kommer mycket snart symtomen än en gång åter. Sjukdomsförnekelsen kan även komma i sällskap med känslan av uppgivenhet när HbA1c, trots alla försök att följa rekommendationer och ordinationer efter konstens alla regler, inte håller sig på rätt nivå. Symtomen förvärras och med dem kommer också skammen och påminnelsen om att aldrig någonsin kunna bli helt frisk (Attwall & Lorenz, 1997; Lindberg 2, 2006).

Oavsett om det bara är en vanlig dag på jobbet som ska planeras, en drömsemester i Thailand, bästa vännens svensxa eller en eftermiddag med barnen i sandlådan går det aldrig att koppla bort sin sjukdom (Svenska Diabetesförbundet 3, 2005). Barknertz (2010) skriver i sin blogg om det oupphörliga planerandet som hon med sin diabetesdiagnos dagligen är tvingad till att göra:

”Vi har ett bagage hela tiden med oss, vi funderar och planerar. Det gör ju jag också sa någon, jag behöver ju planera vad jag skall ta med mig, om jag behöver tjock eller tunn tröja, vilken buss jag skall ta hem sa någon. Det behöver jag också + hur mycket insulin jag behöver, vad jag skall göra, är det fysisk aktivitet så jag behöver ladda upp med mat innan och under tiden? Kommer jag hem innan Lantus eller skall den sprutas också med? När behöver jag äta nästa gång? Varför ligger jag högt? Undrar om ögonbottenfotograferingen visar något denna gången? Kan jag träna när jag ligger på 17?? Är värdet en rekyl ifrån imorse?” (Barknertz, 2010)

Att ständigt vara ”under kontroll” och behöva bokföra och redovisa sina levnadsvanor är något som många personer med diagnosen diabetes tycker är påfrestande och inskränkande på sitt privatliv (Lindberg 1, 2006; Attwall & Lorenz, 1997). Många kan känna att med den förlorade spontaniteten går de miste om sina liv och sin livsglädje. Att inte längre vara ”normal” utan numera vara annorlunda, känna sig överbeskyddad och bevakad av vänner och familj, samt känna sig lurad av sin egen kropp är tärande för självkänslan. Att vara en sjukdom suddar ut den egna identiteten och lämnar lite utrymme för viljan och modet till att prova nya saker och förverkliga sina drömmar (Attwall & Lorenz, 1997). En felaktig eller föråldrad förförståelse om sjukdomen kan vara förödande för livsglädjen. Då en person tror att han inte får köra bil, resa, äta godis och god mat och inte kommer att leva lika länge som genomsnittsmänniskan, är det lätt att hopplösheten sätter in och impulsen att ge upp blir stark (Lindberg 1, 2006). I romanen *Vid 20 blev hon söt* (Björkman, 1975) får läsaren följa en ung kvinnas känslomässiga berg- och dalbana efter det att hon blivit diagnostiserad med diabetes. Den följande texten är ett sammandrag ur ett kapitel i boken där den unga kvinnan har förlorat all kämparglöd:

”Och vilken äcklig sjukdom. Bara tanken på denna honungsdoftande söta urin [...]. Hon vämjdes djupt över sin kropp som hade spelat henne detta spratt. Varför skulle jag få det här? Varför just jag? [...] Du vet mycket väl att en diabetiker aldrig aldrig aldrig blir bra. Jag kommer alltid att vara sjuk. Så länge jag lever. Och det blir inte särskilt länge, heller. [...] Det är inte rättvist, tycker jag. Jag gråter och jag skäms över att jag gråter och bär mig barnsligt åt. Tror du inte att jag vet att jag bär mig barnsligt åt! [...] Det verkar hopplöst.” (Björkman, 1975, s. 30-35. Text inom klamrar är ändringar gjorda för att passa in texten i sammanhanget)

Ur ett genusperspektiv visar forskningen att män och kvinnor hanterar det känslomässiga planet i sin situation med diabetes på helt olika sätt. Med den

traditionella kvinnorollen har kvinnor en tendens att oroa sig mer för framtiden och familjen och sätta deras väl och ve före sin egen hälsa. Kvinnor har vanligtvis ett större behov av att prata om sin oro och anförtror sig gärna till vårdpersonal och vänner för att ventileras detta. Forskare har sett att kvinnor med diabetes har en större press på sig i familjelivet då de ofta lever ett parallellt liv med sina familjemedlemmar och inte inkluderar dem i det emotionella och praktiska runt sin sjukdom. Till exempel lagar många kvinnor med diabetes vanlig mat till familjen och särskild diabeteskost till sig själv (Statens Offentliga Utredningar, 1996; Lindberg 1, 2006).

Män med diabetes lever generellt mer i nuet och vill gärna klara sig själva. Då de söker upp vården är det för att ta tag i de befintliga bekymmer som finns här och nu. (Statens Offentliga Utredningar, 1996) I boken *Diagnos, diabetes och alla känslor inombords* (Gåfvells & Lorenz, 1999) säger en man detta om oro och ångslan:

"Hålla på att spekulera i vad som kan hända... Det finns annat att ägna sin kraft åt. Man mår ju inte bättre av att fantisera. Man försöker väl på något sätt skjuta på det."
(Gåfvells & Lorenz, 1999, s. 30)

Inom diabetesvården är det inte ovanligt att vårdpersonal bemöter män och kvinnor olika. Det är mer vanligt att en mans partner engageras i vården än då en kvinna är drabbad. Forskare har därför sett att kvinnor många gånger kan känna sig ensamma och saknar det emotionella stödet i sin partner som män ofta får från sin. Därför är det inte konstigt att då kvinnor är missnöjda med diabetesvården är det oftast den personliga kontakten och det känslomässiga stödet från diabetessjuksköterskan som de är missnöjda med. Män tenderar mer att vara missnöjda med brister i den medicintekniska utrustningen (Statens Offentliga Utredningar, 1996).

OMVÅRDNADSTEORI

Valet av omvårdnadsteori bygger på författarnas tidigare erfarenheter under sjuksköterskeutbildningen. Olika omvårdnadsteoretiker har behandlats i bland annat kursen "Introduktion till omvårdnad" och med tanke på val av ämne till uppsatsen anses Dorothea Orems (1991) teorier om egenvård högst relevanta. Vid genomgång av Orems teorier överensstämmer de väl med vårt ämne. Även vid genomläsning av litteratur som behandlar de kringliggande ämnen som beskrivits i bakgrunden, har Orems (1991) teorier vid ett flertal gånger dykt upp och valet av omvårdnadsteoretiker har därmed bekräftats.

Omvårdnadsteoretisk anknytning

I Dorothea Orems teori "*Self-Care Deficit Theory of Nursing*" (S-CDTN) (1991) beskrivs relationen mellan patientens förmåga till egenvård och de egenvårdsbehov som finns hos honom. I denna teori ingår egenvård, egenvårdskapacitet, egenvårdskrav, egenvårdsbrist, omvårdnadskapacitet och omvårdnadssystem. De fyra första begreppen är knutna till patienten och de två sista till sjuksköterskan och hennes handlingar (a.a.).

Orems (1991) teori om egenvård betonar två idéer; nämligen egenvård som ett inlärt beteende och egenvård som en medveten handling. Ett exempel på denna kombination kan vara att någon borstar sina tänder för att förhindra kariesuppkomst. Detta är ett exempel på en inlärd, målinriktad egenvårdsåtgärd som kräver kunskap och beslutsfattande. Personen måste alltså först ha kunskap om åtgärden och dess betydelse för bevarandet av hälsa, för att sedan besluta om sitt handlande. Varje

egenvårdsåtgärd består av en serie processer liknande dessa. Orem menar i sin teori att egenvård är mer en medveten, än spontan, handling som är en reaktion på ett känt behov. Hon menar att alla människor har en inneboende förmåga och motivation till att visa sig själv omsorg. Detta innebär dock inte att alla kommer att utnyttja dessa resurser till egenvård (Orem, 1991).

Orem (1991) skriver i sin teori att det är sjuksköterskans ansvar att identifiera om det råder en obalans mellan patientens kapacitet och behov av handlande i situationer som rör hans hälsa. I dessa situationer bör sjuksköterskan utforma en omvårdnadsplan som har som mål att stärka patientens förmåga till att ta fram, och använda sig av, dessa resurser för att tillgodose ett behov. Omvårdnadsplanen ska utformas på ett sätt så att patientens utveckling mot att använda sina resurser följer *”Den tredelade hierarkiska strukturen för egenvårdskapacitet”* (se bilaga 1). Denna modell består av tre delar som bygger på varandra. Den första, och grundläggande delen, består av de grundläggande färdigheter och egenskaper som patienten besitter för att kunna utföra medvetna handlingar. Del två består av tio kraft- och energikomponenter som patienten behöver vilka är relaterade till egenvård, exempelvis motivation och förmåga att fatta och realisera egenvårdsbeslut, vilka är direkt nödvändiga för att patienten ska handla. Den översta delen i den hierarkiskt tredelade modellen består av tre förmågor och färdigheter till egenvårdsaktivitet. Dessa förmågor är: att se vilka behov som behöver tillgodoses för att förbättra hälsa, att utifrån den information som finns tillgänglig bedöma och besluta om egenvårdsåtgärder, samt att praktiskt utföra dessa egenvårdshandlingar. Sjuksköterskans roll i denna omvårdnadsplan varierar. Beroende av patientens fysiska och psykiska förmåga till att ta vara på sina resurser för egenvård, är sjuksköterskan i olika grad kompenserande i sin omvårdnad (Orem, 1991).

PROBLEMFORMULERING

Diabetes är en av våra folksjukdomar vars prevalens har ökat i dagens moderna samhälle där snabbmat och en allt mer passiv livsstil har blivit vanligare. Då diagnosen som tidigare kallades ”åldersdiabetes” inte längre är något som bara drabbar den äldre befolkningen, utan nu är allt vanligare i gruppen vuxna 19-44 år, anser vi att det är viktigt att med ett lyhört och otvunget arbetssätt kunna motivera denna patientgrupp till en hälsosammare livsstil. Detta dels för att förebygga en ökning av följsjukdomar som till exempel hjärt- kärlsjukdomar, men dels för att förhindra att deras ohälsosamma vanor ska ärvas ned till nästa generation. En nedärvning av dessa vanor kan troligtvis medföra konsekvensen att den framtida folkhälsan försämras och prevalensen av diabetes hos vuxna i framtiden kan komma att öka ytterligare.

Vi vill fokusera vårt arbete på att finna ut vilka framgångsrika icke-farmakologiska metoder som enligt evidensbaserad forskning sjuksköterskan kan använda sig av i det motiverande samtalet till självhjälp hos personer med diabetes. Under samtliga verksamhetsförlagda utbildningsplaceringar har vi stött på personer med diabetes som fångat vårt intresse. Detta på grund av att det är en diagnos som många kan relatera till och med osunda vanor löper risk att få. Vår förhoppning är därför att litteraturstudien inom detta område ska bidra till ökad kunskap och förståelse för hur sjuksköterskor kan arbeta med olika strategier i patientundervisning för att uppnå empowerment.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva vilka strategier sjuksköterskan använder i patientundervisning för att uppnå empowerment hos personer med diabetes.

METOD

LITTERATURSÖKNING

De tio vetenskapliga artiklar, samt en review (se bilaga 2 och 3), som använts i resultatdelen har sökts fram genom sökningar i databaserna *PubMed* och *Cinahl*. De sökordskombinationer som använts återfinns i tabell 1 och 2 (bilaga 2 och 3). Sökorden har valts ut efter diskussioner mellan författarna gällande vilka ämnen som ska vara i fokus i uppsatsen. Dessa ämnen samlades sedan till enkla begrepp och översattes till korrekta engelska söktermer via databasen *Svensk MESH*. Vid de inledande sökningarna av artiklar i *PubMed* och *Cinahl* användes MESH-termerna: *Type 2 Diabetes, empowerment, motivation, attitude, prevention, patient-education, nursing, education*.

Avgränsningar (limits) i litteratursökningsarbetet

För att få färre träffar med ett mer inriktat innehåll valdes ett antal limits vid sökningarna i databaserna. Sökningarna avgränsades till artiklar gällande åldersgruppen 19-44 år, dels då åldersspannet finns som en limit i databaserna *Cinahl* och *PubMed*, dels för att den gruppen är minst trolig att ha flera andra diagnoser med eventuellt försvårande omständigheter att ta hänsyn till vid vård. Det har varit ett medvetet val att inte göra skillnad mellan män och kvinnor vid sökningarna. Även om det kan finnas skillnader mellan de olika könen behov vid patientundervisningen har det i denna uppsats inte lagts någon tyngd på dessa skillnader. För att få fram den aktuella forskningen kring patientundervisning och empowerment valdes endast de artiklar som publicerats mellan år 2000 och 2010. I *Cinahl* valdes även *Peer Reviewed*. MESH-termerna *Type 2 Diabetes, empowerment* och *motivation* kombinerades vid den andra sökningen i *Cinahl* med *Diabetes Mellitus, non-insulin-dependent* för att smalna av sökresultaten ytterligare.

Några artiklar återfanns vid flera av sökordskombinationerna, men endast Cooper, Booth och Gills (2003) artikel "*Patients' perspective on diabetes health care education*" återfanns i både *PubMed* och *Cinahl*.

Relaterade artiklar

Förutom träfflistan har vi använt oss av artikeln "*Empowering patients with diabetes: find out about a different approach to helping patients take charge of this chronic disease*" (Mitchell Funnel & Weiss, 2009), som återfanns i listan över relaterade artiklar i databaserna. Vi fann också artikeln "*Diabetes Mellitus and the Importance of Self-care*" (Song, 2010) som var relaterad till en artikel som inte var tillgänglig på internet.

Urvalsprocessen

En rubrikanalys på resultatlistorna i databaserna gjordes först. Då en rubrik tycktes motsvara syftet med uppsatsen, lästes även abstraktet till artikeln igenom för bedömning om dess relevans. Totalt lästes 65 abstrakt. För att hitta data om sjuksköterskans arbetssätt i patientundervisningen som är applicerbar på svensk hälso- och sjukvård, valdes endast artiklar som behandlade patientgrupper från länder

med en kultur jämförbar med den svenska. Exempel på dessa är länder från Norden, Västeuropa, Nordamerika och Australien.

Även om de flesta artiklar var intressanta och innehöll mycket god data, har vi varit tvungna att exkludera ett flertal. Då vi efter genomläsning av artiklar funnit att de varit inriktade på läkemedel, vårdgivarens känslor runt ett nytt arbetssätt, medicinteknisk utrustning eller läkarprofessionen har det legat till grund för exkludering. Trots att dessa ämnen är av stor betydelse i vården av personer med diabetes är inte fokus lagt på dessa delar att behandlas i denna uppsats.

ANALYS AV ARTIKLAR

Vid granskning av vetenskaplig kvalitet, analys, bearbetning och tematisering av innehållet i de utvalda artiklarna användes Fribergs (2006) tillvägagångssätt ur boken *"Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten"* (Friberg, 2006). De utvalda artiklarna lästes igenom av båda författarna för att jämföras och kategoriseras (artikelpresentation av de 11 artiklarna, se bilaga 4) och skapa en bild av artiklarnas syfte och innehåll. Data som speglade uppsatsens syfte och närliggande ämnen eftersöktes medvetet och sorterades ut för vidare bearbetning. Minnesanteckningar i artiklarnas marginaler, samt tydliga markeringar i den löpande texten gjordes för att enkelt kunna återfinna viktiga avsnitt. Flera av artiklarna hade likheter och behandlade ämnen som flöt in i varandra. Artiklarnas substans analyserades och olika teman urskiljdes som fick ligga till grund för de olika rubrikerna med dess innehåll. Artiklarnas resultatdelar lästes därefter noga igenom och än en gång gjordes överstrykningar i texterna och minnesanteckningar där data som besvarade syftet med uppsatsen fanns.

I uppsatsens resultatdel finns ett huvudtema som är *Sjuksköterskans strategier för att främja empowerment i patientundervisning*. Följande fyra subteman med dess innehåll kunde urskiljas:

Huvudtema: Sjuksköterskans strategier för att främja empowerment i patientundervisning

Subtema: Motivation

- *Att motivera personen till egenvård med hjälp av stöd och undervisning*
- *Att motivera personen till att förändra sin livsstil*
- *Att motivera personen till att få tilltro till sina egna förmågor och förbättrat självförtroende*

Subtema: Sjuksköterskans roll

- *Sjuksköterskan som skuldbeläggande maternalist*
- *Sjuksköterskan som inspirerande coach*

Subtema: Kompetens

- *Att sjuksköterskan har kunskap om personens privata liv och kunskap om diabetes*
- *Att sjuksköterskan tillsammans med personen reflekterar och identifierar hur vardagen med diabetes ser ut*
- *Att sjuksköterskan tillsammans med personen formar en vårdplan*
- *Att sjuksköterskan uppmuntrar personen att skriva dagbok*
- *Att sjuksköterskan tillsammans med personen vågar experimentera och utvärdera vårdbesluten*

Subtema: Målsättning

- *Att sjuksköterskan sätter upp mål tillsammans med personen*

RESULTAT

SJUKSKÖTERSANS STRATEGIER FÖR ATT FRÄMJA EMPOWERMENT I PATIENTUNDERVISNING

Motivation

Att motivera personen till egenvård med hjälp av stöd och undervisning

Den största delen av diabetesvården sker i personens vardag utan hjälp från vården. Därför är det viktigt att personen får rätt stöd och undervisning. Studier visar att hos personer med diabetes har den didaktiska inriktningen som empowerment innebär, en positiv inverkan på både den fysiska och psykiska hälsan (Mitchell Funnell & Weiss, 2009). I en studie vid University of Perugia i Italien undersökte forskarna hur den fysiska aktiviteten hos personer med diabetes kunde ökas och HbA1c och BMI kunde minskas med patientcentrerad vård med motivation som redskap. Vid uppföljningstillfället, två år efter studiens slut, kunde de visa på en kvarstående förbättring i HbA1c och BMI hos ca 70 % av deltagarna som fick ta del av den patientcentrerade interventionen. Forskarna kunde dessutom konstatera att risken för senkomplikationer som hjärt- kärlsjukdomar och för tidig död minskar radikalt redan vid en liten ökning av fysisk aktivitet. I studien deltog män och kvinnor över 40 års ålder som haft sin diagnos i minst två år och majoriteten av dem hade effekt av interventionen (Brunetti, De Cicco, De Feo, Di Loreto, Fanelli, Lucidi et. al., 2003).

Trots att denna heterogena grupp uppnådde i hög grad förbättrade resultat, finns det dock några aspekter som kan försvåra förmågan till self-management enligt Funnell, Leksell, Sandberg, Smide, Wikblad och Wiklund (2007). Dessa forskare har översatt ett användbart verktyg i empowermentregimen med syfte att förbättra omvårdnaden och undervisningen av personer med diabetes. *The Diabetes Empowerment Scale (US-DES)* som tagits fram i USA har översatts till svenska förhållanden och fått benämningen *The Swedish Empowerment Scale (Swe-DES-23)* (se bilaga 5). Swe-DES-23 är ett verktyg som av forskare anses ha stor relevans för att mäta en persons befintliga grad av empowerment. För att kunna skraddarsy en personlig plan för egenvård låter sjuksköterskan personen i *Swe-DES-23* skatta sig själv i fyra olika kategorier som totalt innefattar 23 frågor. Utifrån hur personen skattar sig kan sjuksköterskan se hur stor personens befintliga motivation är, samt vilka områden som behöver mer uppmärksamhet för att hjälpa personen att exempelvis nå sina mål (Funnell et. al., 2007).

Att motivera personen till att förändra sin livsstil

I studien om *The Swedish Diabetic Empowerment Scale (Swe-DES-23)* belyser forskarna i sin slutsats några av de aspekter som de anser vara av betydelse för personens självskattning i *Swe-DES-23* olika kategorier (Funnell et. al., 2007):

- En person som skattar sin hälsa och välmående högt i *Swe-DES-23*, har många gånger svårigheter att se sina behov till att förändra sina vanor då de anser att de redan har gjort alla livsstilsförändringar som de är förmögna till. Samtidigt är de personer som skattar sin hälsa lågt på skalorna inte mentalt redo till livsstilsändringar. Detta på grund av inneboende känslor av

hopplöshet, lågt självförtroende och en avsaknad av tro på en möjlighet till förbättring i deras hälsa (Funnell et. al., 2007).

- Forskare har sett att personer med senkomplikationer relaterade till diabetes har svårare att ta sig förbi hinder som står i vägen för deras färd mot målluppfyllelse (Funnell et. al., 2007).
- Social status har troligen inverkan på hur motiverad en person är till en förändring av sin livsstil. Funnell med flera (2007) fann i sin studie att jämfört med personer med högre nivå av utbildning och bättre ekonomi, var personer med lägre nivå av utbildning och sämre ekonomi mindre förändringsbenägna. De hade också större svårigheter att hantera motgångar i behandlingen. Forskarna kunde inte i övrigt se några signifikanta korrelationer mellan social status och de olika subkategorierna i *Swe-DES-23* (Funnell et. al., 2007)

Att motivera personen till att få tilltro till sina egna förmågor och förbättrat självförtroende

I artikeln *"Validation of a Counseling Strategy to Promote the Adoption and the Maintenance of Physical Activity by Type 2 Diabetic Subjects"* (Brunetti et. al, 2003) diskuterar författarna socialpsykologen Albert Banduras teori. Bandura har sett att ett lågt självförtroende påverkar förmågan att uppnå empowerment av en persons kroniska sjukdom. Bandura beskriver nedan i sin socialkognitiva teori vikten av självförtroende för att kunna genomföra en förändring i sitt levnadsmönster (Brunetti et. al., 2003):

"..for a person to change behavior, he must believe that he is able to perform the behavior (self-efficacy) and must perceive that the positive expectations from the new behavior will outweigh the negative (motivation)." (Brunetti et. al., 2003)

Brunetti med flera (2003) drar slutsatsen från sin studie att ett självförtroende och en tilltro till sina egna förmågor är två av de faktorer vilka är centrala för en persons motivation att ta sig förbi de hinder i livet som står i vägen för förändring (Brunetti et. al., 2003). Att stötta en person till motivation är en av sjuksköterskans viktigare uppgifter i den patientcentrerade vården (Song, 2010).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan som skuldbeläggande maternalist

Som Bandura (Brunetti et. al., 2003) beskriver i sin teori om vikten av självförtroende, har även andra forskare belyst att självförtroende och en tro på sina egna förmågor är grunden för en framgångsrik patientundervisning (Hornsten, Lundman, Kihl-Selstam, & Sandström, 2005). Att hjälpa en person med diabetes till ett självförtroende i sin diagnos och self-management, är en process som sjuksköterskan ledsagar personen igenom (Benediktsson, Jonsdottir & Sigurdardottir, 2009). Den traditionella patientundervisningsformen har utvecklats för att primärt undervisa akut sjuka patienter i sjukhusmiljö och består mycket av direkt informationsöverföring. Sjuksköterskan intar en maternalistisk roll vilket innebär att tala om för sin patient vad som är bäst för honom och hans eget bästa. Ingen hänsyn tas till hur personens vardag med dess utmaningar ser ut. Genom att tala om för patienten vad han ska göra och hur han ska agera för att ändra sin livsstil, reducerar sjuksköterskan patienten och får honom att känna att han inte har kompetens nog att

ta hand om sig själv och sin hälsa (Mitchell Funnell & Weiss, 2009). I den traditionella vården sätter sjuksköterskan agendan och ställer upp mål för patienten, som för honom, kan kännas omöjliga att uppnå. Denna strategi i patientundervisningen har varken utvecklande effekt för personens autonomi eller en positiv inverkan på vårdrelationen (Hornsten et. al., 2005). Det här leder till en hierarkisk vårdrelation. Följande är ett citat från en deltagare i Hornsten med fleras (2005) studie angående hur nöjda personer med diabetes är med sin vårdkontakt:

"The health care centre, it's like a big joke, as I see it... I felt I was being blamed, and I felt a little sore when she kept on with her pointers. It's that way I experience the diabetes care of today, it is mainly pointers." (Hornsten et. al., 2005)

Sjuksköterskan som inspirerande coach

Den empowermentinriktade patientcentrerade vården karaktäriseras av att sjuksköterskan ser till personen bakom sjukdomen och visar empati och ett intresse för personen som helhet. Sjuksköterskan arbetar för att jämlikhet ska råda i relationen (Booth, Cooper & Gill, 2003). Med ett vänligt och välkomnande förhållningssätt till personen i patientundervisningen (Hornsten et. al., 2005), skapas ett öppet samtalsklimat där inga frågor är dumma. I studien av Booth med flera (2003) berättar deltagarna att detta är högt uppskattat, speciellt då sjuksköterskan är mån om, och tar sig tid, att svara utförligt på frågorna så att personen verkligen förstår.

"We could just butt in to if we wanted to and ask questions and they'd stop where they were and explain it all to you and not say 'oh, we'll have to cover that another day', sort of thing. There and then everything that they spoke about they went into it in real detail." (Booth et. al., 2003)

När vårdrelationen bygger på jämlikhet och en känsla av att bli tagen på allvar (Hornsten et. al., 2005), skapas det självförtroende personen behöver för att våga delta i planeringen av sin vård. (Booth et. al., 2003). I Hornsten, Lundman, Kihl-Selstam och Sandströms (2005) artikel berättar deltagarna även om vikten av sjuksköterskans självförtroende. Deltagarna i studien hade svårigheter att känna trygghet och självförtroende när sjuksköterskan själv saknade självförtroende i sin yrkesroll som kunskapsförmedlare. När sjuksköterskan inte var uppdaterad på senaste forskningen, och deltagarna i studien hade mer kunskap än sjuksköterskan, upplevde de inte henne som trovärdig (Hornsten et. al., 2005). I forskarnas slutsats skriver Brunetti med flera (2003) att deltagarna i deras intervjuer även ansåg det vara av vikt att sjuksköterskan ska föregå med gott exempel. Till exempel ansåg de att en sjuksköterska som inte var fysiskt aktiv inte var trovärdig då hon undervisade om motion. Forskning bekräftar att hälsorådgivning av sjuksköterskor med goda vanor är mer framgångsrika i sin rådgivning (Brunetti et. al., 2003).

"People believe more from their eyes than from their ears". (Brunetti et. al., 2003)

Kompetens

Nedanstående rubriker är ett sammandrag från Mitchell Funnell och Weiss (2009), Brunetti med flera (2003) och Heisler, Kieffer, Piette, Spencer och Vijan (2005) artiklar som alla beskriver de olika stegen i arbetsprocessen mot empowerment:

Att sjuksköterskan har kunskap om personens privata liv och kunskap om diabetes

Sjuksköterskan tar reda på så mycket som möjligt om personen och hans liv. Han är expert på sitt eget liv och hur diabetesjukdomen påverkar honom i vardagen, både fysiskt och emotionellt och har därför mycket information att delge. Frågor om stress, känslor, anhörigas engagemang, mål och prioriteringar tas upp och diskuteras (Mitchell Funnell & Weiss, 2009).

Sjuksköterskan pratar om diabetes och dess påverkan på kroppen på ett sätt så att personen förstår effekten av att till exempel motionera (Brunetti et. al., 2003) och att sträva efter att hålla HbA1c på en lägre nivå (Mitchell Funnell & Weiss, 2009). Forskarna Heisler med flera (2005) kan i sin studie se ett samband mellan vetskapen av sitt HbA1c-värde och kunskaperna om diabetes (Heisler et. al., 2005).

"It's confidence in knowing how my body responds to what I do..." (Andrews, Malpass, & Turner, 2009)

Sjuksköterskan låter personen tänka tillbaka på olika situationer i hans vardag och hur diabetesjukdomen har påverkat hans sätt att agera och reagera. Den här delen kräver att sjuksköterskan aktivt lyssnar med respekt, empati och känslighet för att personen ska våga göra en ärlig återspeglning (Mitchell Funnell & Weiss, 2009).

Att sjuksköterskan tillsammans med personen reflekterar och identifierar hur vardagen med diabetes ska se ut

Sjuksköterskan och personen tillsammans identifierar hur han fortsättningsvis vill hantera sin sjukdom. Detta innebär att personen bestämmer själv hur aktivt deltagande han vill vara i att planera sin vård. Han kan välja allt ifrån att vara helt delaktig med beslut om läkemedel och behandlingar, till att endast planera sina måltider. Det innebär även ett självständigt beslut om hur mycket flexibilitet han vill ha i behandlingsrutinerna tas. Sjuksköterskan hjälper honom att väga fördelar och nackdelar med olika val. Ett val, att inte äta på regelbundna tider, innebär konsekvenser som exempelvis tätare p-glukosmätningar, men ger mer frihet. En fast plan med regelbundna måltider och motion kräver mer självdisciplin, men ger i gengäld en bättre sjukdomskontroll. Därefter hjälper sjuksköterskan honom att sätta upp några delmål gällande till exempel HbA1c och vikt. Tillsammans reflekterar de runt dessa val och om det är realistiskt att med hjälp av valda strategier nå delmålen (Mitchell Funnell & Weiss, 2009).

Att sjuksköterskan tillsammans med personen formar en vårdplan

Sjuksköterskan presenterar de olika val som finns tillgängliga för att hantera diabetes (Mitchell Funnell & Weiss, 2009). Personen väljer utifrån dessa de strategier som han anser passar bäst för honom personligen. Detta beslut baseras på personens egna förutsättningar som ålder och fysiska förmåga (Brunetti et. al., 2003).

Att sjuksköterskan uppmuntrar personen att skriva dagbok

Personen uppmuntras att skriva dagbok. Syftet med detta är att använda dagboken som ett redskap för reflektion. I den kan han läsa om sina framsteg och utvärdera tillsammans med sjuksköterskan om planen är framgångsrik eller om en ändring kan behöva göras (Brunetti et. al., 2003).

Att sjuksköterskan tillsammans med personen vågar experimentera och utvärdera vårdbesluten

Det sista steget i processen mot empowerment är av stor vikt då det är gällande genom hela processen. Besluten i processen är inte statiska utan kan ändras med tiden, och det finns inget som är rätt eller fel. Valen är individuella och det är inte sjuksköterskans uppgift att döma om personen väljer att göra ett beslut som enligt sjuksköterskans erfarenhet leder till ett misslyckande. Att misslyckas ingår i processen då många beslut som personen tar måste provas i praktiken för att se om de är realistiska. Det viktiga är att personen ärligt reflekterar över vad som inträffat för att kunna dra lärdom av det och med den nya kunskapen välja nya strategier som är framgångsrika. Frågor som sjuksköterskan kan ställa till personen med syfte att hjälpa honom i reflektionen kan vara följande (Mitchell Funnell & Weiss, 2009):

Vilken del av diabetessjukdomen anser du vara svårast att hantera/ gör dig mest orolig, och varför (Mitchell Funnell & Weiss, 2009)?

Var ser du dig själv om sex månader? Nämn ett steg du kan ta för att nå ditt långsiktiga mål. Hur viktigt är det för dig att nå det målet (Mitchell Funnell & Weiss, 2009)?

Hur kan du ta hjälp av dina anhöriga och din omgivning för att uppnå dina mål (Brunetti et. al., 2003)?

Målsättning

Att sjuksköterskan sätter upp mål tillsammans med personen

Majoriteten av personer med diabetes sätter upp mål under sina möten med sjuksköterskan. De flesta av dessa personer känner, enligt Armstrong Shultz, Branen och Spragues (2006) studie om personer med diabeteserfarenheter av målsättning efter genomfört self-managementprogram, att måluppsättning har varit ett positivt verktyg för att öka deras motivation till self-management (Armstrong Shultz, Branen & Sprague, 2006). Då sjuksköterskan arbetar med målsättningar tillsammans med personen är det betydelsefullt att sjuksköterskan förmedlar att misslyckanden med att uppnå sina mål är en del av utvecklingen mot empowerment (Mitchell Funnell & Weiss, 2009). Armstrong Shultz med flera (2006) ser också i sin studie att de mål som är lättast att hålla är mål gällande kostvanor. De mål som personerna har svårast med är mål som gäller motion (Armstrong Shultz et. al., 2006). De mål som personen sätter kan vara högst personliga. Arnold, Bryant-Shilliday, Davis, DeWalt, Freburger, Schillinger, Seligman och Wallace (2009) ger utifrån sin studie några exempel på vad deltagarna har satt som personliga mål:

"I will walk around my block one time 3 days a week."

"I will dance with my granddaughter every day for 10-15 min."

"I will limit the desserts I eat to 2 store-bought sweets per week."

"To cut back on my drinking to a maximum of 15 drinks [alcoholic beverages] per week."

"I will walk, or jump, 2 times a week for five min at 1 p.m."

"Cut in half the amount of bread I eat at breakfast and lunch."

"I will ask for a new blood sugar monitor because my old one stopped working."

"I will eat a half a candybar instead of a whole candybar for my afterwork snack."

"Tuesday and Thursday nights I will eat only one serving of rice with dinner."

"I will talk to my doctor about my depression."

(Arnold, Bryant-Shilliday, Davis, DeWalt, Freburger, Schillinger, Seligman & Wallace, 2009)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Processen med att finna tillräckligt många vetenskapliga artiklar om empowerment av patienter med diabetes, har inte varit svår då det finns mycket forskning gjord på ämnet. För att kunna fokusera på att finna verktyg till hjälp för sjuksköterskan i hennes arbete med att stödja och vara en god pedagog i patientundervisningen av personer med diabetes, har vi valt åldersgruppen 19-44 år. Detta dels för att det finns en sådan begränsning i databaserna Cinahl och PubMed, men framför allt för att den åldersgruppen är mest trolig att inte vara multisjuk med försvårande omständigheter att ta hänsyn till. Artiklarna som valts ut för att basera uppsatsens resultatdel på, har presenterat studier med deltagare från åldersgruppen 19-44 år, men oftast även i kombination med äldre deltagare. Resultatet i uppsatsen behandlar därför inte endast den åldersgrupp som vi i syftet hade för avsikt att studera. Nu i efterhand, då vi sett att de utvalda artiklarna inte endast handlar om åldersgruppen 19-44, inser vi att vi möjligen kunde ha tagit bort denna begränsning. Alternativt kunde vi valt att endast exkludera nyfödda, barn och ungdomar. Ytterligare något vi kunde gjort annorlunda vid artikelsökningen var att eventuellt använt oss av ett större urval av sökord. Vid genomläsning av artiklar som vi baserat resultatet på har vi stött på termer som: *self-management*, *self-efficacy*, *self-care* och *tailored diabetes care*. Tillsammans hade dessa ändringar vid artikelsökningen eventuellt givit oss ett större och bredare urval av artiklar att analysera, men det hade också gjort urvalsprocessen mer mödosam.

Det har varit ett medvetet val att inte göra skillnad i resultatet mellan män och kvinnors behov vid patientundervisning. Även om det kan finnas skillnader mellan de olika könen behov vid patientundervisning, har vi valt att inte lägga fokus på detta i denna uppsats. Vi anser det dock troligt att det finns skillnader mellan mäns och kvinnors behov och att dessa vore mycket intressanta att studera. Men då tidsmarginalen vid detta examensarbete är knapp, lämnar vi därför frågan om specifika skillnader mellan de olika könen pedagogiska behov, till framtida forskning.

I den inledande litteratursökningen hittades många artiklar från de afrikanska länderna och östra Asien. För att få fram ett resultat i vår uppsats som är så nära vår kultur och levnadssätt som möjligt, exkluderades artiklar från samhällen där kultur och/eller sjukvårdssystem skiljer sig markant från nordiska förhållanden. Detta för att kunna tillämpa fynden i Sverige och de övriga nordiska länderna, där vi i framtiden mest troligt kommer att vara verksamma som sjuksköterskor.

Ur resultatet från artikelsökningen fann vi en review av Mitchell Funnell och Weiss (2009) som vi är medvetna om inte uppfyller alla kriterier för vetenskapliga artiklar enligt Friberg (2006). Vi har trots detta valt att använda denna review i resultatet då den innehåller mycket bra fakta om strategier och principer runt empowerment, samt visar hur sjuksköterskan kan arbeta mot empowerment. Författarna Mitchell Funnell och Weiss har skrivit flera böcker och artiklar om diabetes, empowerment och angränsande ämnen. ”*Empowering patients with diabetes – Find out about a different approach to helping patients take charge of this chronic disease*” (Mitchell Funnell & Weiss, 2009) bygger till stor del (fem referenser av sju) på några av deras böcker och artiklar som samtliga är skrivna på 2000- talet. Denna review uppfyller även de fem kriterier som enligt Nyberg (2000) ska finnas i en vetenskapligt baserad bok.

Dessa är bland andra att författarna är forskare vid ett universitet, att det finns en litteraturförteckning och källhänvisningar i texten, samt att författarna hänvisar till egen forskning (Nyberg, 2000).

Majoriteten av de utvalda artiklarna är kvantitativa. Det har inte varit ett medvetet val att söka efter endast kvantitativa vetenskapliga artiklar, men fördelningen mellan kvantitativa och kvalitativa artiklar har för oss varit gynnsam. De kvalitativa artiklarna har givit oss en god inblick i personernas subjektiva upplevelser av empowermentstrategins användande i vården. Ett exempel på detta är hur personerna upplever att sjuksköterskans attityd påverkar deras önskan och drivkraft till att göra livsstilsförändringar (Hornsten et. al., 2005). De kvantitativa artiklarna gav oss mer konkreta fakta om hur empowermentstrategin påverkar patientundervisning och personernas förmåga till egenvård, jämfört med andra didaktiska inriktningar.

Till bakgrunden valdes inte bara och vetenskaplig litteratur utan även skönlitteratur och internetbaserade källor som Svenska Diabetesförbundets hemsida och även en blogg. Dessa har använts för att ge en nyanserad bild och en större förståelse för hur det kan vara att leva med diabetes.

Förutom verktyg till en bra empowermentinriktad patientundervisning, hittade vi i de utvalda artiklarna även andra ämnen som skulle vara intressanta att studera mer ingående. Några av dessa var:

- Vad avgör om det kliniska mötet med vårdgivaren blir en positiv eller negativ upplevelse för patienten (Hornsten et. al., 2005)?
- Compliance eller adherence: vad döljer sig i ett begrepp (Mitchell Funnell & Weiss, 2009)?
- Användning av patientens rädsla för att motivera (Andrews et. al., 2009).

RESULTATDISKUSSION

I uppsatsen har vi valt att benämna patienten som person då vi anser att det i patientundervisning med empowerment som inriktning är viktigt att ha ett jämlikt förhållande. Då personen benämns som "patient" finns risk för att han objektifieras och reduceras till att vara lägre stående hierarkiskt än sjuksköterskan. Vi har dock valt att göra vissa undantag till detta för att i vissa stycken förstärka och tydliggöra den hierarkiska vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska.

Då vi valde att skriva om patientundervisning av personer med diabetes, ville vi utgå ifrån den för övrigt "friska" personen med endast en diabetesdiagnos. Efter inläsning på området i vetenskaplig litteratur och artiklar, insåg vi att det inte var realistiskt att tro att en person med en diabetesdiagnos, liksom vem som helst, inte hade några försvårande omständigheter i övrigt. Oftast har alla människor något mer omkring sig som påverkar motivation, livsåskådning och copingförmåga. Det kan vara saker som till exempel handikapp, multisjuklighet, sociala problem, eller bara "mycket runt omkring". Olika skeenden i livet gör att alla personer inte alltid är mottagliga för den didaktiska inriktning som empowerment innebär. Det kan vara svårt att få in nya vanor i livet hos en person med exempelvis psykisk ohälsa, då en person med

psykisk ohälsa många gånger kan ha svårt att hålla rutiner och planera sin vardag. Alla personer är komplexa och har olika förutsättningar till empowerment.

Vårt resultat pekar på att empowermentstrategin är en metod i patientundervisningen som gynnar egenvården hos personer med diabetes. Att sträva efter empowerment och låta personen själv vara med och bestämma sin vårdplan som den patientcentrerade vården innebär, är det idealiska. Orem (1991) skriver i sin teori att det är sjuksköterskans ansvar att identifiera en eventuell obalans mellan personens behov och handlande i situationer som rör hälsan. Vid dessa tillfällen är det, enligt Orem (1991), sjuksköterskans uppgift att stärka patientens förmåga till att ta fram de resurser som behövs för att uppnå empowerment. Detta finns beskrivet i resultatdelen i vår uppsats i form av ett antal steg som tydligt beskriver arbetsprocessen, vilka har för avsikt att hjälpa personen att uppnå empowerment. Dessa steg är:

- Att sjuksköterskan har kunskap om personens privata liv och kunskap om diabetes
- Att sjuksköterskan tillsammans med personen reflekterar och identifierar hur vardagen med diabetes ska se ut
- Att sjuksköterskan tillsammans med personen formar en vårdplan
- Att sjuksköterskan uppmuntrar personen att skriva dagbok
- Att sjuksköterskan tillsammans med personen vågar experimentera och utvärdera vårdbesluten

De fem stegen är ett sammandrag från tre vetenskapliga artiklar vilka tar upp dessa steg som viktiga ingredienser i arbetet mot empowerment (Mitchell Funnell & Weiss, 2009; Brunetti et. al., 2003; Heisler et. al., 2005). Vi kommer att ta med oss denna kunskap in i vår kommande yrkesroll som sjuksköterskor. Detta genom att följa stegen som är beskrivna i resultatet, under rubriken *Sjuksköterskans strategier för att främja empowerment i patientundervisning*, och ha dem som en mall för att basera vårt empowermentinriktade arbetssätt på. Den nya kunskap vi har införskaffat oss från vårt arbete med denna uppsats kommer att kunna användas på många områden. Då patientundervisning, patientstöd, motivation och stärkande av autonomi är en stor del av sjuksköterskans uppgifter i vilken vårdrelation vi än befinner oss i, eller med vilken diagnos vi än kommer i kontakt med, kommer vi att finna stor användning av dessa empowermentfrämjande strategier. Vi ser dock att även här, som i allt annat, finns det undantag. Ibland kan den maternalistiska sjuksköterskans strategi, eller åtminstone ett inslag av denna, få ett bättre resultat än den inspirerande coachens. Detta undantag bygger vi på våra egna erfarenheter från klinisk verksamhet där vi kommit i kontakt med personer med mycket varierande behov.

I ett vårdmöte kan det vara så att efter det att ”Den inspirerande coachen” har gjort alla försök enligt empowermentstrategins arbetssätt att stötta en person till ändrade levnadsvanor, och kan se att det inte kommer att lyckas, är det dags att byta strategi. I vissa fall kan då ”Den maternalistiska sjuksköterskan”, som med en mer direkt och sakligt informerande framtoning, behövas för att en person överhuvudtaget ska sluta upp med ett skadligt beteende som exempelvis rökning. Som sjuksköterska är det viktigt att tänka på att det kan behövas olika didaktiska inriktningar, samt att vara beredd på att omvärdera sitt beslut om vald strategi under undervisningens gång. Om sjuksköterskan exempelvis upptäcker att personen har svårigheter att uppnå sina mål,

är det bra att hjälpa honom att sätta upp enklare mål som, enligt vårt resultat, kan vara målsättningar gällande kostvanor (Armstrong Schultz et. al., 2006).

Funnell med flera (2007) skriver om sjuksköterskans ansvar att identifiera brister i personens motivation i sin artikel "*Psychometric properties of the Swedish Diabetes Empowerment Scale*" (Funnell et. al., 2007). Med hjälp av verktyget Swe-DES-23, som Funnell med flera (2007) utvärderar i sin artikel, kan sjuksköterskan identifiera områden där personen behöver mer stöttning för att öka motivationen till att uppnå empowerment över sin sjukdom. Denna ståndpunkt styrks av Orem's (1991) teori där hon skriver att det är sjuksköterskans ansvar att identifiera en eventuell obalans mellan personens kapacitet och behov av handlande i situationer som rör hans hälsa (Orem, 1991). I de utvalda artiklarna som beskriver empowermentprocessen (Brunetti et. al. 2003; Heisler et. al., 2005; Mitchell Funnell & Weiss, 2009) har forskarna beskrivit processen på ett sätt som påminner om Orem's (1991) triangelmodell "*Den tredelade hierarkiska strukturen för egenvårdskapacitet*" (Orem, 1991) (se bilaga 1). De har byggt upp sina artiklar runt dessa tre delar som alla bygger på varandra. För att uppnå empowerment måste de tre delarna utvecklas i rätt ordning: I) grundläggande färdigheter och egenskaper för att utföra egna handlingar II) kraft och energikomponenter relaterade till egenvårdsbeslut samt III) förmågor och färdigheter för egenvårdsaktivitet. Enligt Antonovskys (1991) teori om KASAM, behöver personen även uppleva situationen (empowermentprocessen) som begriplig, hanterbar och meningsfull för att kunna fullfölja syftet med denna. Om KASAM uteblir är det svårt, eller till och med omöjligt, för en person att sätta upp mål och ta livsavgörande beslut och sedan genomföra handlingarna för att nå målen. Vi drar slutsatsen utifrån Orem (1991), Brunetti et. al. (2003), Heisler et. al. (2005), Mitchell Funnell och Weiss (2009) och Antonovsky (1991) att vi som sjuksköterskor kan stötta en person till ökad motivation och därmed bättre förutsättning till empowerment över sitt liv med en kronisk sjukdom. Detta görs genom att stötta honom i att sätta upp mål som är begripliga, hanterbara och meningsfulla som därmed ger honom en ökad känsla av sammanhang.

Då dessa omvårdnadsteorier stämmer överens med hur vårt resultat beskriver hur sjuksköterskan kan arbeta med empowermentfrämjande strategier som ett användbart verktyg, anser vi att vårt syfte är besvarat av resultatet och även styrkt och bekräftat av Orem's (1991) och Antonovskys (1991) omvårdnadsteorier.

I Mitchell Funnell och Weiss (2003) review återfinns citatet "*You can teach me, but you can't make me*" vilket vi anser på ett talande sätt representerar vad hela empowermentstrategin handlar om. En sjuksköterska kan tala om för en person vad han borde göra för att få en bättre hälsa, men hon kan inte tvinga honom till att göra dessa förändringar. I "*Validation of a Counseling Strategy to promote the Adoption and the Maintenance of Physical Activity by Type 2 Diabetic Subjects*" skriver Brunetti med flera (2003) om motivation av personer med diabetes. Vi anser att deras artikel är av stor vetenskaplig relevans och har därför använt oss av denna artikel flertalet gånger som grund till vårt resultat. Dessvärre är vi inte överens med deras språkbruk angående hur motivation av en person ska gå till väga. På sidan 405 under punkten *Motivation* står det "*...to convince the patient that regular physical exercise is the preeminent cure for type 2 diabetes and is beneficial for people in general*" (Brunetti et. al., 2003, s. 405). Vi förstår vad deras syfte är med att skriva *convince* (engelska för *att övertyga*), men anser att deras val av formulering är motsägelsefull

då empowerment inte handlar om att övertyga en person till bättre hälsa, utan att stötta och sporra personen till att själv hitta kunskap och förståelse till att ta hälsobefrämjande beslut.

En ökad implementering av empowermentstrategin i patientvården skulle kunna leda till en högre kostnadseffektivitet och kortare vårdtider. Studier visar att en ökning av till exempel fysisk aktivitet med hjälp av empowermentprocessen, leder till färre senkomplikationer (Brunetti et. al., 2003). Varje senkomplikation leder till en kostnad för samhället och för individen då vårdtiderna ökar och belastningen på landstingen blir allt tyngre. Ekonomin inom vården är ett ämne som allt som oftast förekommer i media och på verksamheternas personalmöten. Varje försök till att minska kostnader är värt att prova och att utbilda sjuksköterskor till goda inspirerande coacher är en kostnad som på sikt skulle komma att löna sig för verksamheterna.

Under arbetets gång har vi noterat att den mesta forskningen inom vårt valda område är baserad på män med diagnosen diabetes. Även om vi inte i denna uppsats har valt att göra någon åtskillnad mellan könen, uppmärksammade vi vid artikelgenomläsningen det faktum att vi inte hittade en enda vetenskaplig artikel som var inriktad på enbart kvinnor med diagnosen diabetes. I bakgrundslitteraturen står beskrivet att kvinnor med en diabetesdiagnos ofta kan känna stor ensamhet i sitt liv (Lindberg 1, 2006; Statens Offentliga Utredningar, 1996). Har kvinnor andra behov i patientundervisningen? Hur påverkas kvinnans familjeliv och vardag av att leva med diagnosen diabetes? Här finns ett glapp i den vetenskapsbaserade kunskapen som vi vill uppmuntra forskare och studenter till att titta närmare på i framtida forskning.

REFERENSER

Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C.G. (2007). *Diabetes*. Kristianstad. Karolinska Institutet University Press.

Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2000) *The Art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators*. Harlow, U.S.A.: American Diabetes Association.

Andrews, R., Malpass, A., & Turner, K.M. (2009). Patients with Type 2 Diabetes Experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 74 (2), 258-63.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.

Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning. (1999). *Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordinationen*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Armstrong Shultz, J., Branen, L.J., & Sprague, M.A. (2006). Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education. *Fam Community Health*. 29 (4), 245-55.

Arnold, C.L., Bryant-Shilliday, B., Davis, T.C., DeWalt, D.A., Freburger, J., Schillinger, D., Seligman, H.K., & Wallace, A.S. (2009). Goal setting in diabetes self-management: taking the baby steps to success. *Patient Education Counseling*. 77 (2), 218-23.

Attwall, S., & Lorenz, K. (1997). *Vuxendiabetes- och ändå ett bra liv*. Malmö: Sveriges Radios Förlag, Livslust.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social-Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J., U.S.A.: Prentice-Hall.

Barknertz, L. (2010) *Att leva med diabetes*. Publicerad: 100306. Hämtad 2010-03-17 från <http://attlevameddiabetes.blogg.se/>.

Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal – MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Danmark: Studentlitteratur.

Benediktsson, R., Jonsdottir, H., & Sigurdardottir, A.K. (2009). Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (10), 2118-30.

Björkman, G. (1975). *Vid 20 blev hon söt*. Södertälje: Bokförlaget Trevi.

Björvell, H., & Insulander, L. (2008). Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten. Klang Söderkvist B (red). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur. P.89-111.

Booth, K., Cooper, H.C., & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research: theory & practice*. 18 (2), 191-206.

Brunetti, P., De Cicco, A., De Feo, P., Di Loreto, C., Fanelli, C., Lucidi, P. et. al. (2003). Validation of a Counseling Strategy to promote the Adoption and the Maintenance of Physical Activity by Type 2 Diabetic Subjects. *Diabetes Care*. 26 (2), 404-8.

Dickinson, D.P., Wilkie, P., & Harris, M. (1999). Taking medicines: concordance is not compliance. *BMJ*, 319, 787.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Danmark: Studentlitteratur.

Funnell, M., Leksell, J., Sandberg, G., Smide, B., Wikblad, K., & Wiklund, G. (2007). Psychometric properties of the Swedish Diabetes Empowerment Scale. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 247-52.

Gåfvels, C., & Lorenz, K. (1999). *Diagnos diabetes och alla känslor inombords*. Växjö: Förlagshuset Gothia.

Hartweg, D.L., Schmieding, N.J., & Selanders, L.C. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV: Florence Nightingale, Dorothea Orem, Ida Jean Orlando*. Lund: Studentlitteratur.

Henbest, R.J., & Stewart, M. (1989). Patient- Centredness in the consultation. *A method for measurement*. Family Practice, 6, 249-53.

Heisler, M., Kieffer, E., Piette, J.D., Spencer, M., & Vijan, S. (2005). The Relationship Between Knowledge of Resent Hba1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-Management. *Diabetes Care*. 28 (4), 816-22.

Hornsten, Å., Lundman, B., Kihl-Sestam, E., & Sandström, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (6), 609-17.

Kjellgren, K. (2007). Kommunikation och läkemedel. Fossum, B.(red). *Kommunikation- samtal och bemötande i vården*. Ungern: Studentlitteratur. P.331-351.

Leisgaard Christensen, S., & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Malmö: Studentlitteratur.

Lindberg, A-S. 1 (2006). *Lätt att komma ur kurs– själsligt stöd krävs vid diabetes*. Tidningen Diabetes. 2006:3; 7. Hämtad 2010-03-16 från http://www.diabetes.se/Templates/Extension_3349.aspx

Lindberg, A-S. 2 (2006). *Hög på dagen – djupdykning till natten: Stina har krockat med sin diabetes*. Tidningen diabetes. 2006:4; 6. Hämtad 2010-03-16 från http://www.diabetes.se/Templates/Extension_3297.aspx.

Lindskog, B. (2006). *Medicinsk Terminologi*. Vällingby: Norstedts Akademiska Förlag.

Maunsbach, M. (1999). "En ting er teori- noget andet er praxis..." *Aspekter af compliance og noncompliance blandt type 2- diabetikere* (doktorsavhandling) Sundhedsvidenskabelig Fakultet: Aarhus Universitet. Månedsskrift for Praktisk Lægegering.

Mitchell Funnell, M., & Weiss, M.A. (2009). Empowering patients with diabetes: find out about a different approach to helping patients take charge of this chronic disease. *Nursing*. 39 (3), 34-37.

Mulder, H. (2008). *Diabetes mellitus- ett metabolt perspektiv på en växande folksjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2000). Hurdana källor duger för forskning? *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. (s. 195-200) Lund: Studentlitteratur.

Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice/ Dorothea E. Orem; with a contributed chapter by Susan G. Taylor and Mc Laughlin Renpenning*. St. Lous, MO: Mosby- Year Book Inc.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2010-04-05 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Song, M. (2010). Diabetes Mellitus and the Importance of Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 25 (2), 93-98.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2009). Metoden motivationshöjande samtal i jämförelse med sedvanlig vård. *Patientutbildning vid diabetes –En systematisk litteraturöversikt*. SBU 2009: 195. Stockholm: SBU.

Statens Offentliga Utredningar (1996). *Huvudbetänkande av utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården*. SOU 1996: 133. Stockholm: Socialdepartementet.

Steiner J.F., & Earnest M.A. (2000). The Language of medication- taking. *Ann Intern Med.*, 132, 926-30.

Stjernvall, M. (2008). *Föreläsare om Self Management*. Hämtad 2010-04-01 från <http://www.life-motivational-speaker.com/forelasare-self-management.html>

Strähle, A. (red) (2008). *FYSS 2008*. Hämtad 2010-03-19 från <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/FYSS-2008/>

Svenska Diabetesförbundet 3 (2005). *Världen väntar: handbok för reslystna med diabetes. Fakta, tips och goda råd inför och under resan.* Hämtad 2010-03-16 från http://www.diabetes.se/Templates/Extension_256.aspx?ProdID=2797.

Svenska Diabetesförbundet 1 (2006). *Egenvård.* Hämtad 2010-03-16 från http://www.diabetes.se/Templates/Extension_3112.aspx

Svenska Diabetesförbundet 2 (2006). *Om diabetes: typ- 2 diabetes.* Hämtad 2010-03-16 från http://www.diabetes.se/Templates/Extension_309.aspx.

Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, 766-71.

BILAGOR

BILAGA 1



Figur 1: Den tredelade hierarkiska strukturen för egenvårdskapacitet (Campbell et. al., 1989; Hartweg, Schmieding & Selanders, 1995)

BILAGA 2**Tabell 1: Databassökning PubMed**

Databassökning: 100325 - 100326	PubMed: medicin, naturvetenskap, odontologi, vårdvetenskap.			
Sökord (T2D = Type 2 Diabetes)	Antal artiklar	Antal lästa abstracts	Antal valda artiklar	Använda artiklar
Type 2 Diabetes	11408	0	0	
T2D AND empowerment	28	12	4	1
T2D AND motivation	71	15	5	2, 3, 4
T2D AND empowerment AND attitude	7	5	2	1
T2D AND prevention AND patient education AND nursing	26	4	1	—
T2D AND education AND nursing AND motivation	5	2	1	3
Manuell sökning				11
Limits (samtliga artiklar): Ages: Adult, 19-44 years + Published in the Last: 10 years + Gender: male + Gender: female				

(För referenser, se bilaga 3)

BILAGA 3

Tabell 2: Databassökning CINAHL

Databassökning: 100325 - 100326	CINAHL: vårdvetenskap			
Sökord (T2D = Type 2 Diabetes)	Antal artiklar	Antal lästa abstracts	Antal valda artiklar	Använda artiklar
Type 2 Diabetes	2266	0	0	
T2D AND motivation	30	11	4	5, 6, 7
T2D AND empowerment	15	8	2	8
T2D + Narrow results by: "Diabetes mellitus", non-insulin-dependent AND empowerment	9	3	2	1, 9, 10
"Diabetes mellitus", non-insulin-dependent AND motivation	20	5	1	—
Limits (samtliga artiklar): Peer Reviewed + Publication Year from: 2000-2010 + Age Groups: Adult, 19-44 years + Gender: All.				

Referenser till bilaga 2 och 3

1. Booth, K., Cooper, H.C., & Gill, G. (2003).
2. Arnold, C.L., Bryant-Shilliday, B., Freburger, J., Davis, T.C., DeWalt, D.A., Seliqman, H.K., Shillinger, D., & Wallace, A.S. (2009).
3. Hornsten, Å., Lundman, B., Kihl-Sestam, E., & Sandström, H. (2005).
4. Andrews, R., Malpass, A., & Turner, K.M. (2009).
5. Armstrong Shultz, J., Branen, L.J., & Sprague, M.A. (2006).
6. Brunetti, P., De Cicco, A., De Feo, P., Di Loreto, C., Fanelli, C., Lucidi, P., et. al. (2003).
7. Heisler, M., Kieffer, E., Piette, J.D., Spencer, M., & Vijan, S. (2005).
8. Funnell, M., Leksell, J., Sandberg, G., Smide, B. Wikblad, K., & Wiklund, G. (2007)
9. Benediktsson, R., Jonsdottir, H., & Sigurdardottir, A.K. (2009).
10. **Relaterad artikel:** Mitchell Funnell, M., & Weiss, M.A. (2009).
11. **Manuell sökning:** Song, M. (2010).

BILAGA 4

Artikelpresentation av samtliga utvalda artiklar till resultatdelen

Artikel: 1

- Författare:** Booth, K., Cooper, H.C., & Gill, G.
Titel: Patients' perspectives on diabetes health care education
Tidskrift: Health Education Research: theory & practice.
År: 2003
Land: Storbritannien
Syfte: Presentera resultatet av en undersökande studie runt en teori gällande empowermentintervention. Studien presenterar utifrån ett patientperspektiv vad deltagarna i studien värdesatte och vad som var kliniskt effektivt. Besvarar även frågan om ett deltagande i interventionen påverkar personens syn på sin sjukdom, leder till förändringar i egenvård eller påverkar glukoskontrollen.
Metod: Kombinerad kvalitativ och kvantitativ blind- randomiserad studie.
Urval: 89 personer med diabetes typ 2 villiga att förbinda sig till att delta i ett åtta veckors undervisningsprogram.
Antal referenser: 41
-

Artikel: 2

- Författare:** Arnold, C.L., Bryant-Shilliday, B., Davis, T.C., DeWalt, D.A., Freburger, J., Schillinger, D., Seligman, H.K., & Wallace, A.S
Titel: Goal setting in diabetes self-management: Taking the baby steps to success.
Tidskrift: Patient Education and Counseling
År: 2009
Land: USA
Syfte: Utvärdering av användbarheten av en diabetes- self-managementguide, samt en kort rådgivningsintervention med syfte att hjälpa patienter sätta upp, och uppnå, deras beteendemässiga mål.
Metod: Kvantitativ (kvasiexperimentiell) studie. Personerna träffade vårdpersonal en gång och följdes sedan upp med två telefonsamtal.
Urval: 250 personer över 18 år som var spansk eller engelskspråkiga med diagnosen diabetes typ 2 samt kunde bli kontaktade via telefon. 229 personer fullföljde studien.
Antal referenser: 21
-

Artikel: 3

- Författare:** Hornsten, Å., Lundman, B., Kihl- Sestam, E., & Sandström, H.
Titel: Patient satisfaction with diabetes care
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2005
Land: Sverige
Syfte: Klargöra patienters upplevelser och reflektioner av möten med vårdpersonal.
Metod: Kvalitativ studie. Patienterna intervjuades och en innehållsanalys gjordes.
Urval: Samtliga patienter med diabetes vilka var registrerade vid fyra slumpmässigt utvalda vårdcentraler erbjöds att delta i studien. Kriterier för deltagande var: diabetes typ 2 sedan minst två år, svensktalande, ålder 40-80 år, samt inte lida av någon allvarlig sjukdom. Totalt 44 deltagare deltog i fokusgruppen. Patienter från ytterligare fyra vårdcentraler var med i kontrollgruppen som bestod av 60 deltagare.
Antal referenser: 54

Artikel: 4

Författare: Andrews, R., Malpass, A., & Turner, K.M.
Titel: Patients with Type 2 Diabetes Experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study.
Tidskrift: Patient Education and Counseling
År: 2009
Land: Storbritannien
Syfte: Att fastställa effekterna av rådgivning om kost och fysisk aktivitet hos patienter med diabetes typ 2.
Metod: Kvalitativ studie. Djupintervjuer och rådgivning om kost. Deltagarna uppmuntrades till att skriva dagbok, väga sig regelbundet och fick lära sig problemlösande strategier. Deltagarna förväntades motionera fem dagar i veckan och sätta upp personliga mål.
Urval: Slumpmässigt urval bland patienter som de senaste sex månaderna blivit diagnostiserade med diabetes typ 2 och var 30-80 år. Totalt 30 deltagare som alla var brittiska medborgare.
Antal referenser: 33

Artikel: 5

Författare: Armstrong Shultz, J., Branen, L.J., & Sprague, M.A.
Titel: Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education
Tidskrift: Family & Community Health
År: 2006
Land: USA
Syfte: Undersöka personer med diabetes typ 2 och deras erfarenheter av målsättning efter att ha genomgått undervisning om måluppsättning. Forskarna ville se vilka typer av mål personerna satte upp och hur måluppsättningen förändrades efter undervisningen.
Metod: Kvantitativ studie med frågeformulär med öppna frågeställningar utformade ur resultatet från en preliminär

fokusgrupp. Deskriptiv statistik användes för att sammanställa data.

Urval: Personer med diabetes typ 2 som genomgått diabetesundervisning vid tre utvalda sjukhus togs fram ur sjukhusens patientregister för att delta i en undersökning via brev. Personerna skulle under de senaste sex månaderna genomgått grundläggande patientundervisning om diabetes. Den preliminära fokusgruppen bestod av åtta deltagare. I huvudstudien ingick 97 deltagare.

Antal referenser: 25

Artikel: 6

Författare: Brunetti, P., De Cicco, A., De Feo, P., Di Loreto, C., Fanelli, C., Lucidi, P., Murdolo, G., Parlanti, N., & Santeusano, F.

Titel: Validation of a Counseling Strategy to promote the Adoption and the Maintenance of Physical Activity by Type 2 Diabetic Subjects.

Tidskrift: Diabetes Care.

År: 2003

Land: Italien

Syfte: Att validera en rådgivande strategi som kan användas av vårdpersonal i deras dagliga öppenvårdarbete för att främja upprätthållande av fysisk aktivitet hos patienter med diabetes typ 2.

Metod: Kvantitativ studie. Samtliga patienter träffade vårdpersonal och fick rådgivning om kost och fysisk aktivitet. Provtagningar för HbA1c, vikt, etc. gjordes vid studiens början, samt vid uppföljning. Deltagarna i interventionsgruppen fick även ytterligare 30 minuters rådgivning om fysisk aktivitet. En checklista följdes med följande punkter som togs upp: motivation, self-efficacy, pleasure, support, comprehension, lack of impediments och diary. Grupperna följdes upp efter två år.

Urval: Studien genomfördes på en klinik i öppenvården. Alla patienter som blivit diagnostiserad med diabetes typ 2 de senaste två åren och som var över 40 år blev tillfrågade och sedan slumpmässigt indelade i antingen kontrollgruppen (158 personer) eller gruppen som deltog i studien (182 personer). Patienter med livshotande tillstånd exkluderades.

Antal referenser: 25

Artikel: 7

Författare: Heisler, M., Kiefer, E., Piette, J.D., Spencer, M., & Vijan, S.

Titel: The Relationship Between Knowledge of Resent Hba1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-Management.

Tidskrift: Diabetes Care

År: 2005

Land: USA

Syfte: Ta reda på om vetskapen om sitt senaste HbA1c- värde ger en bättre sjukdomskontroll, samt om det är associerat till en bättre förståelse av egenvård vid diabetes, self-efficacy och beteenden relaterade till glykemisk kontroll

Metod: Kvantitativ studie med frågeformulär .

Urval: 686 deltagare. Vuxna män >18 år med diabetes typ 2 som vårdas vid vårdcentraler i sydöstra Michigan, USA. Medicinerar med blodsockersänkande läkemedel och/eller vårdats i slutenvården och/eller träffat deras öppenvårdskontakt de senaste sex månaderna med planerat återbesök.

Antal referenser: 54

Artikel: 8

Författare: Funnell, M., Leksell, J., Sandberg, G., Smide, B., Wikblad, K., & Wiklund, G.

Titel: Psychometric properties of the Swedish Diabetes Empowerment Scale.

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Science

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Studie för att mäta validiteten hos Swe-DES-23.

Metod: Kvantitativ studie. Personer med diabetes typ 1 och 2 fyllde i Swe-DES-23 frågeformuläret.

Urval: Ett bekvämlighetsurval av 195 personer med diabetes typ 1 och 2.

Antal referenser: 14

Artikel: 9

Författare: Benediktsson, R., Jonsdottir, H., & Sigurdardottir, A.K.

Titel: Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes.

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

År: 2009

Land: Island

Syfte: En rapport om en studie som genomfördes för att bedöma effektiviteten av en utbildningsintervention för personer med diabetes typ 2, vilken var baserad på självskattningsinstrument för att identifiera egenvårdsbehov.

Metod: Randomiserad kontrollerad studie där deltagarna vid tre tillfällen svarade på fem olika självskattningsinstrument samtidigt som biologiska prover insamlades. Interventionen var empowermentbaserad och bestod av ett personligt möte med sjuksköterskan, som sedan kompletterades med ett telefonsamtal per vecka under en period av fem veckor.

Urval: Personer födda efter år 1930 med läkemedelsbehandlad diabetes typ 2 och med ett HbA1c över 7,5 % sex veckor före studiens start. Diabetes diagnostiserats sedan minst ett år. Fokusgrupp: 28 deltagare, kontrollgrupp: 25 deltagare.

Antal referenser: 45

Artikel: 10**Författare:**

Mitchell Funnell, M., & Weiss, M.A.

Titel:

Empowering patients with diabetes: find out about a different approach to helping patients take charge of this chronic disease.

Tidskrift:

Nursing

År:

2009

Land:

USA

Syfte:

Förklara kortfattat, med hjälp av ett fiktivt patientfall, om tillvägagångssättet för att hjälpa personer med diabetes att uppnå empowerment.

Antal referenser:7

Artikel: 11**Författare:**

Song, M.

Titel:

Diabetes Mellitus and the Importance of Self-care

Tidskrift:

Journal of Cardiovascular Nursing

År:

2010

Land:

USA

Syfte:

Presentera en sammanställning av existerande vetenskapliga artiklar för att påvisa det viktiga sambandet mellan egenvård och hälsa hos personer med diabetes mellitus. Identifiera en egenvårdsteori som innebär beslutsfattande från personen och frihet från fasta rutiner. Den identifierade teorin ska vara modifierbar och applicerbar vid studier runt förändringar i hälsan som resultat av egenvård hos personer med diabetes mellitus.

Metod:

Undersökande litteraturstudie

Urval:

Artikelsökningar i databaserna CINAHL, PubMed och PsychINFO med sökord (i kombination med diabetes mellitus): self-care, self-monitoring, self-care management, self-management, self-care maintenance, symptom monitoring. Limits: human, English language, published between January 1999 and May 2009, adults >19 years. Artiklar som inte hade en beskrivning eller definition av egenvård vid diabetes mellitus exkluderades.

Antal referenser:

49

BILAGA 5

Presentation av de 23 frågor som ingår i *The Swedish Diabetes Empowerment Scale 23 (Swe-DES-23)*

Personen skattar sin förmåga till följande ämnen på en likertskala från 1 till 5, där 1 motsvarar "*strongly disagree*" och 5 motsvarar "*strongly agree*" (Funnell et. al. 2007).

Factor 1: Goal achievement and overcoming barriers to goal achievement

Choosing realistic diabetes goals

Reaching diabetes goals

Turning goals into a workable plan

Overcoming barriers to reaching goals

Try out different ways of overcoming barriers

Best ways of overcoming barriers

Support in dealing with diabetes

How to stay motivated to care for diabetes

How to motivate oneself to care for diabetes

Is it worth my while to change how to take care of diabetes

Factor 2: Self-awareness

Where to get support for caring for diabetes

Asking for support for caring for diabetes when needed

Knowing enough for making self-care choices

Knowing enough about oneself as a person to make diabetes care choices

Factor 3: Managing stress

Ways that having diabetes causes stress in life

Positive ways of coping with diabetes-related stress

Negative ways of coping with diabetes-related stress

Coping well with diabetes-related stress

Factor 4: Assessing dissatisfaction and readiness to change

Part of self-care that causes dissatisfaction

Parts of self-care that are ready to change

Parts that are not ready to change

What helps in reaching diabetes goals

Barriers that make reaching diabetes goals more difficult